

Universitätsklinikum Ulm  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I  
Ärztlicher Direktor Prof. Dr. med. Tilman Steinert

**Auswirkungen, Prädiktoren und Auslöser  
von aggressivem Verhalten psychisch erkrankter Menschen  
gegen Angehörige und Betreuungspersonen  
Ein systematisches Review als Beitrag für die Entwicklung  
der deutschen S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention  
und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“**

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin  
der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

Hannah Lilly Rafalski  
Breisach am Rhein

2020

Amtierender Dekan: Professor Dr. rer. nat. Thomas Wirth

1. Berichterstatter: Professor Dr. med. Tilman Steinert

2. Berichterstatter: PD M. Kösters

Tag der Promotion: 29.07.2021

## Widmung

*Ich widme diese Arbeit meiner Großmutter Theresia und meinem Großvater Walter, die beide im Alter von 92 Jahren kurz nach einander Anfang 2019 verstarben. Sie hätten so gerne meine Approbation als Ärztin noch erlebt.*

## Vermerk

Teile dieser Dissertation sind bereits im Zuge der Publikation der S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ im Abschnitt 7.2 von Seite 47 bis einschließlich Seite 52 veröffentlicht. Es wurde über die Evidenz von 27 Studien ab dem Jahr 2005 berichtet (Langversion – Fassung vom 10.09.2018, AWMF-Register Nr. 038-022). In der Leitlinienreportfassung wird auf den Seiten 31 bis 37 die systematische Literaturrecherche dokumentiert. Auf den Seiten 235 bis 266 finden sich die Datenextraktionstabellen.

Diese Arbeit enthält auch die Studien der Jahre vor 2005 sowie eine Aktualisierung des Reviews am 5. August 2019 im Anhang 7.3.

## Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	III
1 Einleitung .....	1
1.1 Wissenschaftlicher Hintergrund und Begründung der Arbeit.....	1
1.2 Zielsetzung der Arbeit .....	5
2 Methodik und Material.....	8
2.1 Studiendesign und Registrierung .....	8
2.2 Informationsquellen .....	9
2.3 Ein- und Ausschlusskriterien .....	11
2.4 Suche.....	14
2.5 Auswahl der Studien .....	22
2.6 Narrative Synthese.....	26
2.7 Beurteilung der Berichtsqualität und des Verzerrungsrisikos .....	28
3 Ergebnisteil .....	30
3.1 Literaturrecherche nach Erscheinungszeitraum, Untersuchungsland, Populationsgrößen, psychischen Erkrankungen, Zielgruppen, Studiendesigns, Erhebungsmethoden und Quellen .....	30
3.2 Eingeschlossene Studien .....	37
3.2.1 Studien mit Untersuchungsgegenstand „Auswirkungen und Prädiktoren bzw. Auslöser“ .....	37
3.2.2 Studien nur mit Untersuchungsgegenstand „Auswirkungen“ .....	49
3.2.3 Studien nur mit Untersuchungsgegenstand „Prädiktoren bzw. Auslöser“ .....	54
3.3 Deskription der Untersuchungsgegenstände .....	57
3.3.1 »Burden« und »Violence« .....	57
3.3.2 »Perpetrator -, victim - and interaction factors« .....	59
3.4 Synthese der Daten.....	73
3.4.1 Belastungen und Gewalt .....	73
3.4.2 Risikoeinschätzung und auslösende Situationen .....	79
3.5 Robustheit des Reviews .....	86
3.5.1 Verzerrungsrisiko .....	86
3.5.2 Schlussfolgerungen aus der narrativen Synthese .....	90
4 Diskussion .....	97

4.1 Die Auswirkungen von aggressivem Verhalten .....	97
4.2 Die Risikoeinschätzung und die auslösenden Situationen .....	98
4.3 Das Setting.....	99
4.4 Die Limitationen der Übersichtsarbeit.....	101
4.5 Die Einordnung des Reviews .....	102
4.6 Der Ausblick .....	104
5 Zusammenfassung .....	106
6 Literaturverzeichnis.....	108
7 Anhang .....	124
7.1 Artikelverzeichnis .....	124
7.1.1 Verzeichnis der eingeschlossenen Studien .....	124
7.1.2 Verzeichnis der ausgeschlossenen Volltexte .....	131
7.2 ROBIS-Fragebogen zur Bewertung des Verzerrungsrisikos .....	140
7.3 Aktualisierung des Reviews am 5. August 2019 .....	145
Danksagung .....	162
Lebenslauf.....	163

## Abkürzungsverzeichnis

APD	Antisocial Personality Disorder
ESRC	Economic and Social Research Council
GHQ	General Health Questionnaire
IES-R	Impact of Event Scale-Revised
IPV	Intim Partner Violence
MMSE	Mini Mental State Examination
MeSH	Medical Subject Headings
MIP	Methodology - Issues - Participants
NPI-D	Neuropsychiatric Inventory Caregiver Distress Scale
OR	Odds Ratio
PICO	Patient - Intervention - Comparison - Outcome
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
ROBIS	Risk of Bias in Systematic Reviews

# 1 Einleitung

## 1.1 Wissenschaftlicher Hintergrund und Begründung der Arbeit

Die Psychiatriereform begann, je nach Land, in den 1950er bis 1970er Jahren und ist ein bis heute andauernder Prozess mit dem Ziel, die Situation psychisch erkrankter Menschen maßgeblich zu verbessern (Schott und Tölle 2006). Dieser Reform ging der Übergang von der Verwahrspsychiatrie der europäischen Wohlfahrtspolitik zum medizinischen Modell mit der Entstehung der Psychiatrie im 19. Jahrhundert voraus. Die Entdeckung und Einführung der Antidepressiva, Neuroleptika und Anxiolytika und die Entwicklung praktikabler Psychotherapie- und Rehabilitationsverfahren ermöglichten in neuem Umfang Entlassungen chronisch kranker Menschen und einen Wechsel zu ambulanten Behandlungen (Häfner 2016). Durch diesen Wandel haben sich auch die Aufgabenbereiche verschoben und Angehörige wurden zunehmend mit der Versorgung der zuhause lebenden psychisch erkrankten Patienten konfrontiert. Die Patienten wurden zunehmend abhängiger von ihren Angehörigen. Häufig leben sie im Haushalt der Angehörigen. Eine gute Patientenversorgung ist somit auch maßgeblich durch das Engagement der Angehörigen bedingt. Daher ist es wichtig, dass die Forschung ihren Blick auch auf das häusliche Setting richtet.

Im August 2018 wurde durch das Ministerium für Soziales und Integration ein neuer Landespsychiatrieplan herausgegeben. Mit dem „Landesplan der Hilfen für psychisch kranke Menschen in Baden-Württemberg“ wird ein Werk zur Verfügung gestellt, das die Rahmenplanung für die weitere Entwicklung der baden-württembergischen Versorgung in der Psychiatrie darstellt. Der Plan hat zum Ziel, das Zusammenwirken der verschiedenen Beteiligten (Patienten, Angehörige und Professionelle) sowie geeignete Handlungsrahmen aufzuzeigen, Defizite in den unterschiedlichen Bereichen zu erkennen und einen gemeinsamen Weg für Weiterentwicklungen zu beschreiben. Er soll ein Leitfaden sein für das Handeln der Landesregierung und aller, die an dem Entstehungsprozess beteiligt sind (Ministerium für Soziales und Integration 2018). Auf Seite 73 des Landesplans wird folgende Erklärung veröffentlicht: „Leider wird von professioneller Seite der Rolle und den Erfahrungen der Angehörigen immer noch zu wenig Beachtung geschenkt, die Angehörigen werden nicht einbezogen oder mit ihren Problemen allein gelassen“ (Ministerium für

Soziales und Integration 2018). Dieses Statement untermalt noch einmal die Wichtigkeit des angehörigenorientierten Schwerpunktes dieser Arbeit.

Die Beeinträchtigungen und das Leid der Angehörigen, die im Zusammenleben mit psychisch erkrankten Menschen entstehen, sind in der psychiatrischen Fachliteratur bereits vielfach thematisiert worden. In den letzten Jahrzehnten wurden insbesondere in den englischen und amerikanischen »caregiver-burden-studies« zahlreiche Befunde zusammengetragen, die einen hohen Grad an Belastung belegen (BBS 2002). Die Belastungen umfassen unter anderem finanzielle Ausgaben und Einbußen, wenn Angehörige aufgrund der Betreuung nicht mehr Vollzeit arbeiten können, soziale Ausgrenzung, eine reduzierte Teilnahme am öffentlich-sozialen Leben aufgrund mangelnder Zeit für sich selbst, sowie gesundheitliche und emotional-psychische Beeinträchtigungen. Die vorliegende Arbeit richtet ihren Schwerpunkt auf die Belastung der Angehörigen, welche explizit durch aggressives Verhalten bedingt ist.

Als »caregiver« kann jeder bezeichnet werden, der unbezahlte Hilfe für den Erkrankten zur Verfügung stellt (Spillman und Black 2005). Eine operationale Definition von Perlick und Autoren findet sich im Kapitel 2.3. An dieser Stelle soll erwähnt werden, dass die vorliegende Arbeit »caregiver« mit den Begriffen pflegende *Angehörige* bzw. *Betreuungspersonen* gleichsetzt. Angehörige sind zum einen als Bezugs- und Betreuungspersonen unverzichtbar, zum anderen können sie den Behandlern in Form von fremdanamnesischen Angaben wichtige Informationen geben. Sie leisten somit einen Beitrag, um die Fragen nach Ursachen, Beginn und dem Verlauf psychischer Erkrankungen untersuchen zu können (Bindl 2004). Wenn Angehörige, Betroffene und Professionelle auf einem gemeinsamen Weg sind, kann eine „dritte Dimension in der Psychiatrie“, so der Buchtitel von Binder und Bender, das Verständnis für psychische Störungen verändern (Binder und Bender 2003). Die deutsche Sozialpsychiatrie nennt diese Zusammenarbeit von Psychiatrie Erfahrenen, Angehörigen und Experten auch Trialog. Es geht um den Austausch von Perspektiven und Sichtweisen von psychischen Erkrankungen und letztlich um eine bessere Behandlung von Erkrankten. Obwohl sich seit den Reformen in den 70er Jahren viel gewandelt hat, besteht weiterhin ein Bedarf an einer engen und noch besseren Zusammenarbeit wie auch das oben genannte Statement der Angehörigen aus

dem Landesplan deutlich macht. Auch aus diesem Grund ist es wichtig, dass sich die psychiatrische Forschung mit diesen Themen auseinandersetzt.

Trotz der bereits dargestellten Wichtigkeit der Angehörigenforschung gibt es in Bezug auf aggressives Verhalten psychisch erkrankter Menschen gegen Angehörige und informelle Betreuungspersonen immer noch beträchtliche Wissenslücken. Dies könnte daran liegen, dass die Familien nur selten über Gewalt in der Familie in der Öffentlichkeit sprechen. Über Nachforschungen, die eben solche, mehr oder weniger tabuisierte, persönliche Sachverhalte ansprechen (Skarbek-Koziatulska 2012), ist bekannt, dass auf Nachfragen häufig mit Bagatellisierung und Rationalisierung im Sinne eines „sozial erwünschten Antwortverhalten“ geantwortet wird (Bogner und Landrock 2014). Darüber hinaus könnten die Beteiligten einige Vorkommnisse verdrängen. Beide Geschehen führen dazu, dass die Häufigkeit unterschätzt wird (Eggert et al. 2018). Die Dunkelziffer wird vermutlich u.a. deshalb noch höher liegen, weil es oft zu keiner offiziellen Anzeige kommt. Andererseits sind „die spektakulären Ereignisse [wie zum Beispiel Erregungszustände mit Aggressionen gegenüber der Umgebung] aber gar nicht das größte Problem, so sonderbar sich das anhört. Zahlenmäßig viel häufiger und vor allem inhaltlich mindestens so belastend ist jene Aggressivität, die sich in ständiger Bedrohung oder Bedrängung äußert bzw. sich in vielerlei Hinsicht nicht direkt, sondern atmosphärisch auswirkt“ (Faust 2019). In der Tat wurde immer wieder festgestellt, dass Familienmitglieder lediglich befürchten, dass ihre Angehörigen mit einer psychischen Erkrankung jemanden schädigen könnten und die negative Beurteilung des Zusammenlebens mit einem größeren psychologischen Stress, einer geringeren psychischen Gesundheit und einer höheren objektiven Belastung verbunden ist (Labrum 2017a).

Es stellt sich daher die Frage, ob viele Situationen, in denen es zu Gewaltausübung durch den psychisch erkrankten Menschen in den Familien kommt, verhindert werden könnten, wenn die Angehörigen besser über die Erkrankung und die möglichen Ursachen von Gewalt Bescheid wüssten. Diese Arbeit zielt darauf ab, die Auswirkungen und die Prädiktoren bzw. bei qualitativen Studien die Auslöser von aggressivem Verhalten psychisch erkrankter Menschen zu identifizieren und den Angehörigen zu helfen, Situationen zu erkennen und in Zukunft zu vermeiden oder anders zu interagieren. Es sind prädiktive Informationen, die die Identifikation von Problemlagen möglich machen, bevor diese entstehen und so einen Zeitvorsprung

verschaffen können. Sie sind hilfreich im Spektrum zwischen Offensichtlichem und nicht vorhersehbaren Ereignissen (Saßmann und Glößner 2018). Es sind nützliche statistische Verknüpfungen von unabhängigen Variablen und abhängigen Variablen, ohne aber damit kausale Zusammenhänge zu belegen (Steinert 1998). Auslöser und Auswirkungen aus qualitativen Studien werden auch gesammelt.

Über Faktoren aggressiver Patientenübergriffe in psychiatrischen Kliniken und in der Gesellschaft existiert eine umfangreiche Literatur. Hier kann insbesondere auf jeweilige Kapitel in den neuen S3-Leitlinien verwiesen werden. Für das *nicht stationär psychiatrische Setting* bzw. *aus dem häuslichen Bereich* stellen Solomon, Cavanaugh und Gelleser im Jahr 2005 einen vernachlässigten Forschungsbereich fest (Solomon et al. 2005). Nachdem sie die Forschungsliteratur durchgesehen hatten, kamen sie zum Schluss, dass bei einer konservativen Schätzung der Gewalttaten von Familienangehörigen mit einer psychiatrischen Störung mit einem Anteil zwischen 10% und 40% seit der Diagnose der Krankheit auszugehen ist. Bei einer neueren Literaturrecherche wurden, als beste verfügbare Schätzung, 20% bis 35% als Opfer von Gewalt in den letzten 6 bis 12 Monaten und mindestens 40% seit dem Einsetzen der Krankheit des Angehörigen angenommen (Labrum 2017a). Es lässt sich vermuten, dass für die Gewalt an Angehörigen ähnliche Faktoren aggressiven Verhaltens wie in psychiatrischen Kliniken oder in der Gesellschaft allgemein existieren, gleichwohl könnte man sich aufgrund des besonderen Settings neue, zusätzliche Faktoren vorstellen. Diese könnten für die Entwicklung effektiver Interventionen für Politik und Praxis interessant sein.

## 1.2 Zielsetzung der Arbeit

Im Verlauf der *Erstellung der deutschen S3-Leitlinie: Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen* (DGPPN 2018) wurde entschieden, ein weiteres systematisches Review zur häuslichen Gewalt gegen Angehörige psychisch erkrankter Menschen durchzuführen, da hier in der alten Leitlinienversion auf S2-Niveau (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde 2010) eine thematische Lücke entdeckt wurde. Es geht um die Fragen: *Welche Auswirkungen hat aggressives Verhalten psychisch erkrankter Menschen auf die Angehörigen? Lassen sich Prädiktoren und Auslöser finden, die aggressives Verhalten psychisch erkrankter Menschen gegen ihre Angehörigen voraussagen oder beschreiben? Und wenn ja, welche sind das?*

Eine im Jahr 2018 durchgeführte quantitative deutsche Bevölkerungsbefragung „Aggression und Gewalt in der informellen Pflege“ durch das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) kommt u.a. zu folgendem Ergebnis: Pflegende Angehörige, die Angaben zufolge Gewalt von pflegebedürftigen Angehörigen ausgeliefert waren, beschrieben sich in 44 % als „häufig niedergeschlagen“. Bei den Angehörigen ohne solche Gewalterfahrungen waren es nur 30 %. Ähnliche Unterschiede zeigen sich bei körperlicher Gewalt: 44 Prozent aus der Gruppe der Betroffenen berichten Niedergeschlagenheit, in der Gruppe der nicht Betroffenen sind es 35 Prozent (Eggert et al. 2018). Aus diesem Grund wurde beschlossen auch »caregiver-burden-studies« mit *Belastungen im Zusammenhang mit aggressivem Verhalten* aufzufinden.

Angesichts der engen Beziehungen sind für eine Ursachenforschung auch *Seiten der Opfer (Angehörige, informelle Betreuungspersonen) und interaktionelle Aspekte* relevant. Angehörige und Erkrankte sind sich oft einig, dass psychodynamische und situative Faktoren zur aggressiven Eskalation von Situationen beitragen (Hsu und Tu 2014). Gewalterfahrungen gegen psychisch erkrankte Menschen werden in den Leitlinien gesondert in Kapitel 7.4 unter dem Aspekt der Viktimisierung aufgenommen. Labrum entwickelte in seiner Dissertation ein Modell, das Faktoren beschreibt, welche mit dem Aufkommen von Gewalt in Familien von psychisch erkrankten Menschen in Verbindung stehen könnten. Der Bereich »community factors«, welcher sich auf mögliche Interaktionen mit der nachbarschaftlichen Umgebung bezieht, wurde nicht aufgenommen.

Die Abbildung 1 in Anlehnung an Labrum und Solomon visualisiert das Arbeitskonzept, das geeignet ist, einen narrativen Syntheseprozess für das Review anzustoßen (Labrum und Solomon 2016).

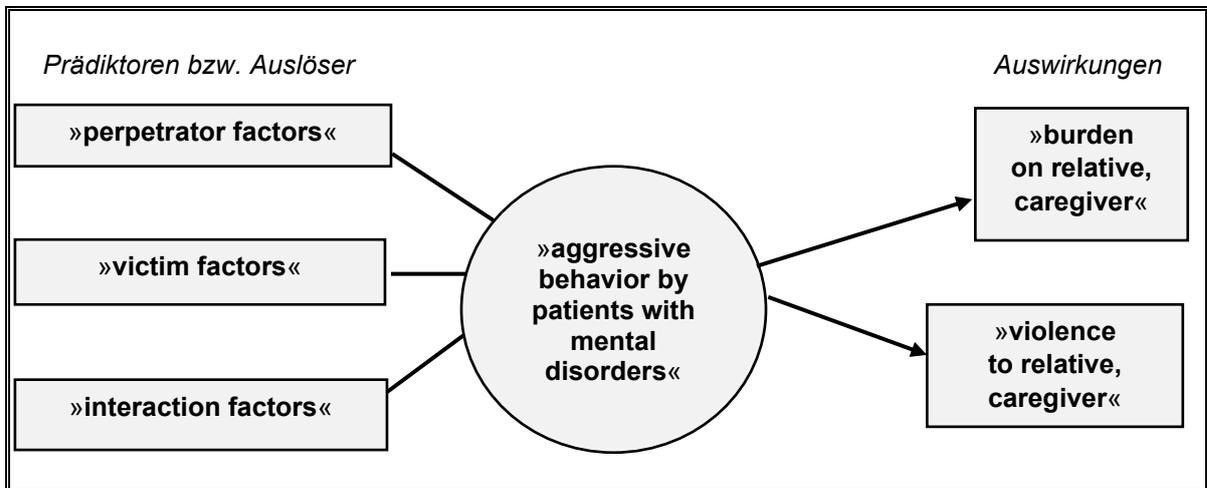


Abbildung 1: Element zum Beginn des narrativen Syntheseprozesses des Reviews, Darstellung der Thematik und der zu untersuchenden Fragestellung als graphische Darstellung: Aggressives Verhalten psychisch erkrankter Menschen gegen Angehörige und Betreuungspersonen führt zu Gewalt in unterschiedlicher Form und hat Belastungen unterschiedlicher Art zur Folge. Ursachen (sog. Prädiktoren bei Studien mit quantitativem Design und Auslöser bei Studien mit qualitativem Design) versuchen dieses Verhalten zu erklären.

Das Arbeitskonzept versucht Risikofaktoren oder Auslöser und Auswirkungen von aggressivem Verhalten von Personen mit psychischen Erkrankungen gegen Angehörige oder informelle Betreuungspersonen strukturell abzubilden. Es zeigt zum einen das Verhalten an sich und wie es sich als solches äußert. »Practice of violence« steht für alle Arten von Gewalt als Auswirkungen dieses Verhaltens. Darüber hinaus entstehen für die Angehörigen spezielle Belastungen durch das aggressive Verhalten. Sie werden mit »burden of aggressive behavior« beschrieben. Die »factors« sind die Situationen, die neben der psychischen Disposition das Risiko oder die Gefahr erhöhen, in wenigen Ausnahmen vermindern, dass es zu aggressivem Verhalten kommt. Hier wird sowohl von einem Beitrag durch den Täter als auch durch das Opfer ausgegangen. Außerdem wird unterstellt, dass Interaktionen zwischen diesen zwei Parteien als Prädiktor bzw. Auslöser fungieren können.

Grundsätzlich sind alle systematischen Reviews auch Evidenz-Synthesen, unabhängig davon, ob es sich um quantitative, qualitative oder beide Formen von Evidenz handelt. Für die Zielsetzung der Arbeit, die epidemiologischen Fragen nachgeht, ist die Ergänzung mit qualitativen Studien möglich (DAE 2000). Eine »mixed-

methods«-Strategie scheint geeignet, weil quantitative Auswertungen und ein Eindruck der Situation durch qualitative Aussagen aus dem Leben der Menschen die Angemessenheit bestimmen (Harden 2010).

## 2 Methodik und Material

### 2.1 Studiendesign und Registrierung

Der erste wichtige Schritt für eine systematische Übersichtsarbeit war die Formulierung einer genauen Prüfungsfrage. Die Anatomie einer guten klinischen Frage, die von traditionellen systematischen Reviews angesprochen wird, enthält typischerweise vier Aspekte, die auch als PICO-Modell bezeichnet werden: Patienten oder Problem (englisch »patient«), Intervention oder Exposition (englisch »intervention«), Vergleich (englisch »comparison«) und Ergebnisse (englisch »outcome«).

Die hier zu bearbeitenden Fragen sind jedoch eher epidemiologischer Art, die in der Interviewforschung zu finden sind. Die Forschungsparadigmen sind überwiegend auf quantitative und qualitative Umfragen konzentriert. Für die Überprüfung empirischer Studien in der Bioethik haben Strech et al. ein MIP-Modell (Methodik, englisch »methodology«, Themen, englisch »issues«, Teilnehmer, englisch »participants«) entwickelt, das die wesentlichen Aspekte von Überprüfungsfragen innerhalb der empirischen Bioethik besonders berücksichtigt (Strech et al. 2008).

Aufgrund der fehlenden Vergleichskomponente in der zu bearbeitenden Fragestellung war das PICO-Modell hier nicht geeignet. Es wurde für dieses Review das MIP-Modell ausgewählt; auch wenn es sich nicht um ein bioethisches Thema im engeren Sinne handelt. Das Modell erschien trotzdem passend, da es die Methodik, sowohl qualitativer als auch quantitativer Natur, in die Suche miteinschließt. Suchbegriffe für die systematische Suche in den bibliographischen Datenbanken wurden mit diesen drei Blöcken übereinstimmend gewählt, um Sensitivität und Spezifität beim Abrufen relevanter Literatur zu gewährleisten. Abbildung 2 zeigt die Zuordnung der Begriffe in die genannten drei Blöcke.

»Methodology«	»Issue«	»Participants«
»prevalence, risk factors, predictors; caregiver-burden studies; quantitative, qualitative«	»aggressive behavior, violence against relative, informal caregivers«	»adult persons with mental disorders, mental illness«

Abbildung 2: Suchbegriffe für die systematische Suche in den Datenbanken, aufgeteilt in drei Blöcke nach dem MIP-Schema (Methodik, englisch »methodology«, Themen, englisch »issues«, Teilnehmer, englisch »participants«)

Vor Beginn der Suche, am 20. Mai 2017, wurde das Review, welches die Grundlage für diese Dissertation bildet, bei PROSPERO unter der Nummer CRD 420 170 650 03 registriert. PROSPERO ist eine internationale Datenbank, die prospektiv systematische Übersichtsarbeiten aufnimmt, die sich auf Gesundheits- und Sozialfürsorge, Wohlfahrt, öffentliche Gesundheit, Bildung, Kriminalität, Justiz und internationale Entwicklung beziehen, sofern diese zur Beeinflussung der Gesundheit führen. Die wichtigsten Merkmale des Überprüfungsprotokolls werden aufgezeichnet und als permanente Aufzeichnung verwaltet. Systematische Reviews sollten zu Beginn, das heißt im Protokollstadium registriert werden, um weltweit ungeplante Überschneidungen zu vermeiden und damit Ressourcen zu sparen.

## 2.2 Informationsquellen

Über das Internet fanden sich zahlreiche Möglichkeiten für einen einfachen Zugang zu Fachdatenbanken. Der Kostenfaktor war abhängig vom Hersteller. Eine Alternative stellte die Suche über sogenannte Hosts dar. Hierbei handelt es sich um Unternehmen, die über eine Software verschiedene thematisch verwandte Fachdatenbanken bereitstellen. Sie bestimmen die Recherchefunktionalität und die Lizenzmodelle für die einzelnen Datenbanken in Form von Geschäftsmodellen mit den Endnutzern. Der große Vorteil in der Nutzung eines Hosts, wie z.B. Ovid besteht darin, dass man auf nur einer Plattform auf mehrere Datenbanken gleichzeitig zugreifen kann. Die Syntax ist meist einheitlich gestaltet und der Zugang läuft über ein gemeinsames Interface. Datenbankvertriebe sind mit wenigen Ausnahmen kostenpflichtig. Die Hosts kaufen die Lizenzen verschiedener Datenbankanbieter und bieten den Endnutzern diese in verschiedenen Abonnement-Modellen an (Merz 2016). Für die systematische Suche in dieser Arbeit wurde eine Suche über den Datenbankanbieter *Ovid* durchgeführt. Es wurden die folgenden Datenbanken ausgewählt.

### **Medline**

Medline ist eine wichtige Datenbank für medizinische Fragen. Die Publikationen gehen bis ins Jahr 1946 zurück und stammen aus ca. 5.600 Zeitschriften weltweit. Es handelt sich überwiegend um englischsprachige Quellen. In Medline werden die

Dokumente mit sogenannten MeSH-Terms (Medical Subject Headings) verschlagwortet. Folgende Bereiche der Medizin sind hierbei abgedeckt: Humanmedizin, Zahnmedizin, vorklinische Fächer, Krankenpflege und Gesundheitswesen, Gerontologie, Geriatrie, medizinische Technik, medizinische Ausbildung, Psychiatrie, Pharmazie, Pharmakologie, Anthropologie, Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Sportmedizin, Umweltmedizin, Rechtsmedizin, Rehabilitation (DBIS Medline 2019).

### **Embase**

Embase ist mit über 7000 Zeitschriften aus 70 Ländern für die Medizin die umfangreichste bibliografische Datenbank. Sie enthält nicht nur alle Dokumente, die auch in Medline zu finden sind, sondern darüber hinaus zusätzliche Werke mit Schwerpunkt auf dem europäischen Markt. Es werden Themen der Humanmedizin und ihre Randgebiete, insbesondere Pharmazie und Arzneimittelforschung, behandelt (DBIS Embase 2019).

### **PsycINFO**

PsycINFO ist eine psychologische Datenbank. Diese enthält Zeitschriftenaufsätze, Bücher, Buchkapitel, Buchbesprechungen, Forschungsberichte und Fallstudien. Neben der Psychologie werden auch Randgebiete wie Psychiatrie, Soziologie, Erziehungswissenschaften, Anthropologie, Pharmakologie, Physiologie, Kriminologie und Linguistik, falls für die Psychologie von Interesse, aufgenommen. Es werden circa 2.500 Zeitschriften ausgewertet und pro Jahr gibt es circa 60.000 Neueintragen (DBIS PsycINFO 2019).

### **PSYINDEX**

Hier handelt es sich ebenfalls um eine psychologische Datenbank. Diese ist in zwei Segmente aufgeteilt: „Literatur und audiovisuelle Medien“ und „Tests“. Für die vorliegende Arbeit wurde lediglich im erstgenannten Segment recherchiert. Dieses enthält deutsch- und englischsprachige Zeitschriftenaufsätze, Bücher, Sammelwerksbeiträge, Reports und Dissertationen von Autoren aus Deutschland, Österreich und der Schweiz. Auch hier werden zusätzlich zur Psychologie relevante Aspekte aus Nachbardisziplinen wie Psychiatrie und Medizin miteingeschlossen. Es gibt auch hier eine spezifische Verschlagwortung. Die Suche kann sowohl im Englischen als auch im Deutschen erfolgen (DBIS PSYINDEX 2019).

*Das endgültige Suchdatum über den Host Ovid in den Datenbanken Medline, Embase, PsycINFO und PSYINDEX war am 1. August 2017.*

## **CINAHL**

CINAHL ist eine englischsprachige Datenbank mit dem Schwerpunkt auf Pflege- und Gesundheitswissenschaften. Sie beinhaltet Pflegezeitschriften, Monografien, graue Literatur (meist keine Verlagspublikationen), audiovisuelle Materialien, Dissertationen und ausgewählte Kongressberichte. CINAHL wertet mehr als 5.400 Zeitschriften aus (CINAHL 2019).

Da CINAHL über Ovid nicht zugänglich ist, wurde hierfür EBSCO host, ein anderer Datenbankanbieter, genutzt und eine gesonderte Suche durchgeführt.

*Das endgültige Suchdatum über den Host EBSCO in der Datenbank CINAHL war am 21. August 2017.*

### 2.3 Ein- und Ausschlusskriterien

Es wurde primär ohne Einschränkung nach **psychischen Erkrankungen**, »mental disorders« bzw. »(severe) mental illness« gesucht. Um eine weitere Spezifizierung vorzunehmen und weitere Schlagwörter zu generieren, wurden psychische Erkrankungen im Sinne des Kapitels V der International Classification of Disease – 10 (ICD-10) und Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5 (DSM-5) ausgewählt.

#### **Ausschlusskriterien:**

- Ausgeschlossen wurden Kinder und Jugendliche, da sie nicht die Zielgruppe in den Leitlinien sind.
- Borderline-Persönlichkeitsstörung und Zwangsstörung (»obsessive compulsive disorder«) wurden ausgeschlossen. Nach einem Vorscreening im Zuge der Erstellung des Suchtermes hatten sich bei diesen zwei Formen von psychiatrischen Erkrankungen keine Ergebnisse für die gewünschte Fragestellung gezeigt. Um die Suche nicht zu offen zu gestalten, wurden aus diesem Grund diese zwei Störungen ausgeschlossen.

- Neonatizide sind ausgeschlossen, da es wahrscheinlich andere Bedingungen gibt.
- Drogen- und Alkoholmissbrauch wurden nur als Co-Erkrankung, nicht jedoch als alleinstehende Diagnose mit aufgenommen, da der Fokus der Suche auf »severe mental illness« liegt.
- Neurologische Erkrankungen ohne psychiatrische Begleitsymptomatik oder Verhaltensstörung wurden ebenfalls ausgeschlossen.

Die Auswahl an psychischen Erkrankungen wurde mit der Auswahl der anderen Reviews in den Leitlinien abgestimmt, um die Zielgruppe der Leitlinie möglichst genau zu treffen.

**Aggression** und Gewalt werden in der Gesellschaft häufig synonym verwendet. Die Arbeit versucht den Suchbegriff „aggressives Verhalten“ in seiner Definition möglichst offen zu lassen, um zum einen auch mögliche Vor- und Zwischenstufen und Unterformen dieses Verhaltens in die Suche miteinzuschließen. Zum anderen gibt auch die psychiatrische Fachliteratur keine eindeutigen und allgemein akzeptierten Definitionen vor. Aggression ist zumeist ein Angriffsverhalten gegen andere Personen, Gegenstände oder Institutionen, oder, in Form der Autoaggression, gegen sich selbst. Eine weitere Beschreibung kann durch die zugrundeliegende Motivation der Tat erfolgen. So kann Aggression reaktiv ein Ausdruck von Hilflosigkeit sein, wie z.B. als Abwehr bei der körperlichen Pflege durch Demenzpatienten. Die Aggression wird auch instrumentalisiert, um ein bestimmtes Ziel zu erreichen. Ein Beispiel hierfür wäre die Erpressung von Geld für Drogen.

Unter dem Begriff **Gewalt** werden dagegen ähnlich wie unter dem englischen Pendant »violence« Handlungen verstanden, die eine physische Schädigung einer Person zum Ziel haben. Gewalt ist somit konkreter als Aggression und kann sozusagen als Subkategorie angesehen werden. Während im Englischen in diesem Zusammenhang oft der Begriff »agitation« benutzt wird, taucht in deutschen Publikationen der Begriff „psychomotorischer Erregungszustand“ auf, der gewalttätiges Verhalten umfassen kann.

In der vorliegenden Arbeit werden die Begriffe, wie auch in der Leitlinie, ohne strikte Operationalisierung verwendet (DGPPN 2018).

»**Burden**« ist die Belastung, die Betreuungspersonen aufgrund von Problemen und Herausforderungen bei der Pflege und dem Zusammenleben erfahren. Sie entwickelt sich aufgrund der fürsorglichen Aufgaben oder Einschränkungen, die dem Angehörigen auferlegt werden (Zarit et al. 1980). Es ist eine mehrdimensionale Reaktion auf Stressfaktoren (z. B. physische, psychische, emotionale, soziale und finanzielle), die sich aus der fürsorglichen Beziehung ergeben. Die Wahrnehmung der Belastung durch die Pflegeperson, nicht die der anderen Familienmitglieder oder Gesundheitsdienstleister, bestimmt die Gesamtauswirkung auf das Leben der Pflegeperson (Kasuya et al. 2000).

**Ausschlusskriterien:**

- Ausgeschlossen sind Belastungen, die sich nicht durch aggressives Verhalten der psychisch erkrankten Menschen ergeben.

Ein »**caregiver**« ist jeder, der mindestens drei der folgenden Kriterien erfüllt: (1) Ein Elternteil, Partner oder anderer Verwandter, der (2) regelmäßigen Kontakt mit dem Erkrankten hat, (3) diesen finanziell unterstützt, (4) den Patienten regelmäßig in die Therapie begleitet und um die Schwere seiner Erkrankung weiß sowie (5) im Notfall durch die Ärzte oder Pflegefachkräfte kontaktiert werden kann (Perlick et al. 2005). In dieser Operationalisierung verwendet die vorliegende Arbeit die Begriffe *Angehörige bzw. Betreuungspersonen*.

**Ausschlusskriterien:**

- Ausgeschlossen als Opfer des aggressiven Verhaltens sind »formal caregiver and nursing«, also bezahlte Pflegekräfte oder Krankenpfleger/ -pflegerinnen, andere Patienten oder der psychisch erkrankte Patient selbst in Form der Viktimisierung.

Es werden **Risikofaktoren** oder **Auslöser** gesucht, die kurz-, mittel- und langfristige Vorhersagen über Wahrscheinlichkeiten für Frequenz, Art und Schweregrad gewalttätigen Handelns machen können (Kastner 2011).

**Ausschlusskriterien:**

- Ausgeschlossen sind Faktoren aus »clinical settings« bzw. von »in-patients«.

Ziel der Arbeit ist das *häusliche Setting*. Insbesondere im häuslichen Setting wird vermutet, dass einige der psychisch erkrankten Menschen gar nicht in

psychiatrischer Behandlung sind, was womöglich ausschlaggebend für die Ergebnisse der Fragestellung sein könnte.

Es wurden vor allem **Primärstudien** gesucht und eingeschlossen. **Sekundäranalysen** wurden miteingeschlossen, wenn sie die Ein- und Ausschlusskriterien erfüllten und das übergeordnete Thema der zugehörigen Primärstudie dem gesuchten entsprach. Ein Einschluss der entsprechenden Primärstudie erschien nicht sinnvoll, da diese meist nur in Teilaspekten (Sekundäranalyse) die vorliegende Fragestellung beantwortete.

#### **Ausschlusskriterien:**

- Ausgeschlossen wurden »letters, editorials und reviews«.

Es gab anfänglich keine Einschränkung in Bezug auf den Zeitraum und die Dauer der Studien, die Sprache und den Publikationsstatus. Bezüglich der Sprachen erfolgte nach dem Screening bei der Volltext-Sichtung eine Eingrenzung auf deutsche, englische, französische und spanische Texte aufgrund mangelnder anderer Übersetzungsmöglichkeiten.

## 2.4 Suche

Es erfolgte eine gestaffelte Suche über den Datenbankanbieter Ovid. Begonnen wurde mit einer »Basic-Search« zum Einstieg in die Suche. Dies ist eine ovidspezifische Funktion, um dem Reviewer bei der Wortsuche für seinen Suchterm zu helfen. Es stellt lediglich einen Zusatz bei der endgültigen Suche dar und kann auch ausgelassen werden, enthält aber erfahrungsgemäß meistens die besten Treffer. Bei der »Basic-Search« werden ganze Phrasen / Sätze benutzt. Jedes Wort ist gleichwertig und wird in die Suche mit aufgenommen. Je nach dem, ob alle Wörter in dem Treffer vorkommen oder nur Teile, wird der Artikel mit Sternen von eins bis fünf bewertet; mit fünf Sternen als Marker für einen sehr präzisen Treffer. Es wurden sehr viele Varianten durchgespielt und jedes Mal die Ergebnisse gesichtet und anschließend entschieden, welche Suche bzw. welche Suchbegriffe die besten und meisten Treffer liefert. Die »Basic-Search« ist in allen Datenbanken gleich. Bei der Suche wird das interne Wörterbuch abgearbeitet. Am Ende wurden nur die 5-

Sterne-Artikel über die Wahl »5 stars only« und »Add to searchery« in die sogenannte »Advanced-Search« übernommen. In der »Advanced-Search« erfolgte eine Verfeinerung der Suche, indem die Freitext-Suche mittels Trunkierungen und Thesaurus-Auswahl an die jeweilige Datenbank angepasst wurde. Denn insbesondere die Thesauri, d.h. die Verschlagwortung von Begriffen durch den Autor bzw. die Datenbank, sogenannte inhaltskennzeichnende Wörter, unterscheiden sich untereinander. In Medline heißen sie Medical Subject Headings (»MeSH-Terms«), in Embase »Emtree«. Eine Trunkierung erfolgte durch Anfügen eines \*- oder eines \$-Zeichens an den Wortstamm des Wortes. So wird mit violen\* z.B. nicht nur »violence« gesucht, sondern auch »violent« oder auch »violently«. Das trunkierte Wort lässt sich nun noch auf die Suche allein im Titel, in Titel / Zusammenfassung, usw. einschränken oder ausweiten.

Es wurde noch die Funktion »focus« und »explode« getestet, um die Suche weiter zu differenzieren. Es erfolgten mehrere Versuche mit und ohne diese Zusatzfunktion. Ziel war es dabei, die Suche nicht zu offen, aber auch nicht zu eng zu gestalten, sodass nicht von Anfang an zu viele, eventuell guteTreffer verloren gehen würden. In der endgültigen Suchstrategie wurde ohne »explode« und »focus« gearbeitet.

Die »Multifield-Search« ermöglicht die fertige Suche, falls man sie genau formulieren kann. Da sich so eine Suchstrategie allerdings erst durch die Anpassungen an die einzelnen Datenbanken entwickelt, bot sich an, dies Schritt für Schritt in der »Advanced-Search« zu machen und auch dokumentarisch so festzuhalten. Die Varianten, Trunkierungen und Schlagwörter, innerhalb eines Themenblockes wurden mit OR verknüpft. Es wurde entweder nach dem einen oder dem anderen Begriff gesucht. Beispielsweise wurde entweder nach dementen oder schizophrenen Patienten gesucht. Die Blöcke untereinander wurden dann mit AND verbunden. Hierdurch entstand ein Suchterm mit Elementen aus allen drei Blöcken; das heißt es wurde immer nach „Risikofaktoren ODER Auswirkungen ODER Belastung“ zusammen mit „einer Form von Gewalt“ zusammen mit „Familie ODER Betreuungsperson“ zusammen mit „einer Form von psychischer Erkrankung“ gesucht.

Die Abbildung 3 zeigt den kommentierten Suchlauf in Ovid mit der Ovid-spezifischen Syntax für die Datenbanken Medline, Embase und PsycINFO in den Blöcken des MIP-Schemas. Die Darstellung richtet sich nach der „Schreibweise“ von Ovid.

CLUSTER	Ovid (MEDLINE, EMBASE, PsycINFO)
M E T H O D O L O G Y	<p>1 Predictors and outcomes of violence against family members by patients with mental disorders {Including Related Terms} (10950)</p> <p>2 limit 1 to five stars (138)</p> <p>3 remove duplicates from 2 (88)</p> <p>4 Risk Factors/ (1247403)</p> <p>5 Prevalence/ (794779)</p> <p>6 „Survey and Questionnaires “/ (930526)</p> <p>7 predict*.ti. or predict*.ab. (3319044)</p> <p>8 „Outcome and Process Assessment (Health Care) “/ (740394)</p> <p>9 burd*.ti. or burd*.ab. (423959)</p> <p>10 consequen*.ti. or consequen*.ab. (1317384)</p> <p>11 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 (7739036)</p>
I S S U E	<p>12 Domestic Violence/ or Violence/ or Intimate Partner Violence/ (128317)</p> <p>13 Spouse Abuse/ or Elder Abuse/ or Physical Abuse/ (32020)</p> <p>14 Expressed Emotion/ (85537)</p> <p>15 violent*.ti. or violent*.ab. (180575)</p> <p>16 aggressi*.ti. or aggressi*.ab. (490950)</p> <p>17 abus*.ti. or abus*.ab. (392959)</p> <p>18 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 (1109873)</p> <p>19 Family/ (202837)</p> <p>20 Family Relations/ (52353)</p> <p>21 Caregivers/ (91275)</p> <p>22 caregiv*.ti. or caregiv*.ab. (162211)</p> <p>23 19 or 20 or 21 or 22 (422960)</p>

<p style="text-align: center;">P A R T I C I P A N T S</p>	<p>24 mental*.ti. or mental*.ab. or psychiatr*.ti. or psychiatr*.ab. or schizo*.ti. or schizo*.ab. or autis*.ti. or autis*.ab. or delir*.ti. or delir*.ab. or dement*.ti. or dement*.ab. or intellect.ti. or intellect.ab. or brain injur*.ti. or brain injur*.ab. or bipolar.ti. or bipolar.ab. (2552958)</p> <p>25 mental disorders/ or bipolar disorders/ or „disruptive, impulse control, and conduct disorders“/ or mood disorders/ or neurocognitive disorders/ or personality disorders/ or affective disorders, psychotic/ or paranoid disorders/ or psychotic disorders/ or schizophrenia/ or „trauma and stressor related disorders“/ (809606)</p> <p>26 24 or 25</p>
<p style="text-align: center;">A D A P T I O N  T O  D A T A B A S E S</p>	<p>27 11 and 18 and 23 and 26 (4674) (gesamt Medline)</p> <p>28 prediction/ (311999) (Ergänzung Embase-Verschlagwortung zu M)</p> <p>29 emotional abuse/ or sexual abuse/ (41897) (s.o. zu I »violence«)</p> <p>30 caregiver burden/ or caregiver support/ (203762) (s.o. zu I »family«)</p> <p>31 mental disease/ or attitude to mental illness/ (203763) (s.o. zu P)</p> <p>32 11 or 28 (7766642) (gesamt Methology) (Verknüpfung Embase mit Medline)</p> <p>33 18 or 29 (1118286) (gesamt Issue »violence«) (s.o.)</p> <p>34 24 or 30 (425061) (gesamt Issue »family«) (s.o.)</p> <p>35 26 or 31 (2825092) (gesamt Participants) (s.o.)</p> <p>36 32 and 33 and 34 and 35 (4859) (spezifische Suche in Embase)</p> <p>37 27 or 36 (4859) (endgültiger Suchterm, Embase und Medline) * *) keine Anpassung in PsycINFO notwendig</p>

	38 remove duplicates from 37 <b>(3755)</b> ( <i>Endtreffer</i> )
	<b>Zusätzlich PSYNDXplus Literatur und Audiovisual Media</b>
	Durch die Anpassung der Suchstrategie an PSYNDEXplus (deutsche Verschlagwortung) wurde die Suche für PSYNDEXplus genauer und erreichte eine größere Trefferzahl, für die anderen Datenbanken wurde die Suche aber zu offen. Die Dubletten wurden entfernt und anschließend die Treffer von PSYNDEXplus exportiert (161 Treffer). Die Hauptsuche wurde dann ohne PSYNDEXplus-Datenbank und die dazugehörige (deutsche) Verschlagwortung / Anpassung gemacht.
	<b>(161)</b> ( <i>Endtreffer</i> )

Abbildung 3: Suchlauf für MEDLINE, EMBASE, PSYCINFO über Ovid mit der Ovid-spezifischen Syntax mit den Blöcken des MIP-Schemas (Methodik, englisch »methodology«, Themen, englisch »issues«, Teilnehmer, englisch »participants«): Die Tabelle enthält trunkierte Stichwörter, mit denen Titel und Zusammenfassung der Artikel in den Datenbanken durchsucht wurden, sowie Thesauri, sogenannte datenbankspezifische Schlagwörter mit denen Synonyme, Ober-, Unter- und verwandte Begriffe vernetzt sind. Die Schritte zeigen die verwendeten Suchstrings.

#### Erläuterungen:

- Cluster **Methodology**: 1) »Basic Search«, 2) 5-Sterne-Artikel aus der »Basic Search«, 3) Schritt 2 nach Dubletten-Entfernung, 4-11) Suchbegriffe in Form von einfachen Schlagwörtern, Thesauri und Trunkierungen mit OR-Verknüpfung
- Cluster **Issue**: 12-18) Suchbegriffe in Form von einfachen Schlagwörtern, Thesauri und Trunkierungen zum Oberbegriff Aggression / Gewalt (»violence«) mit OR-Verknüpfung, 19-23) Suchbegriffe in Form von einfachen Schlagwörtern, Thesauri und Trunkierungen zum Oberbegriff Angehörige / informelle Betreuungspersonen (»family«) mit OR-Verknüpfung
- Cluster **Participants**: 24-26) Suchbegriffe in Form von einfachen Schlagwörtern, Thesauri und Trunkierungen zum Oberbegriff psychisch erkrankte Menschen / psychische Erkrankungen (»participants«) mit OR-Verknüpfung
- 27) Verknüpfung der einzelnen Blöcke mit AND (Medline)
- 28-31) Anpassung der Suche mittels Embase-spezifischer Verschlagwortung
- 32) Verknüpfung von Embase und Medline spezifischer Suche (»Cluster Methodology«)
- 33) Verknüpfung von Embase und Medline spezifischer Suche (»Cluster Issue«: Aggression / Gewalt)
- 34) Verknüpfung von Embase und Medline spezifischer Suche (»Cluster Issue«: Angehörige / informelle Betreuungspersonen)
- 35) Verknüpfung von Embase und Medline spezifischer Suche (»Cluster Participants«)
- 36) spezifische Suche in Embase, Verknüpfung der einzelnen Blöcke mit AND
- 37) Endgültiger Suchterm, Embase und Medline zusammen, verknüpft durch die Hauptsuchvorgänge in der jeweiligen Datenbank mit OR
- 38) Trefferanzahl nach Dubletten-Entfernung

Die Abbildung 4 zeigt exemplarisch den Suchlauf umgeschrieben als Pubmed-Variante für die Datenbanken Medline in den Blöcken des MIP-Schemas. Falls nicht mit Ovid gearbeitet wird, muss die Ovid-Syntax umgeschrieben werden. Aus „**ti,ab**“ (**Medline Ovid**) wird „**[Title/Abstract]**“ (**Medline Pubmed**) und aus „**/**“ (**Medline Ovid**) wird „**[MeSH]**“ (**Medline Pubmed**). Vorteil von Ovid ist, dass es keinen Unterschied bezüglich der Schreibweise der Thesauri der einzelnen Datenbanken gibt. So wird sowohl der Embase Thesaurus Emtree als auch der Medline Thesaurus MeSH einheitlich mit einem „**/**“ gekennzeichnet.

METHODOLOGY	ISSUE	PARTICIPANTS
<p><i>Schritt 1:</i></p> <p>Risk Factors [MeSH] or Prevalence [MeSH] or „Survey and Questionnaires“ [MeSH] or „Outcome and Process Assessment (Health Care)“ [MeSH] or predict* [Title/Abstract] or burd* [Title/Abstract] or consequen* [Title/Abstract]</p>	<p><i>Schritt 2:</i></p> <p>Domestic Violence [Mesh] or Violence [MeSH] or Intimate Partner Violence [MeSH] or Spouse Abuse [MeSH] or Elder Abuse [MeSH] or Physical Abuse [MeSH] or Expressed Emotion [MeSH] or violent* [Title/Abstract] or aggressi* [Title/Abstract] or abus* [Title/Abstract]</p> <p><i>Schritt 3:</i></p> <p>Family [MeSH] or Family Relations [MeSH] or Caregivers [MeSH] or caregiv* [Title/Abstract]</p>	<p><i>Schritt 4:</i></p> <p>mental* [Title/Abstract] or psychiatr* [Title/Abstract] or schizo* [Title/Abstract] or autis* [Title/Abstract] or delir* [Title/Abstract] or dement* [Title/Abstract] or intellect* [Title/Abstract] or brain injur* [Title/Abstract] or bipolar [Title/Abstract] or mental disorders [MeSH] or bipolar disorders [MeSH] or „disruptive, impulse control, and conduct disorders“ [MeSH] or mood disorders [MeSH] or neurocognitive disorders [MeSH] or personality disorders [MeSH] or affective disorders, psychotic [MeSH] or paranoid disorders [MeSH] or psychotic disorders [MeSH] or schizophrenia [MeSH] or „trauma and stressor related disorders“ [MeSH]</p>
<p><b>gesamter Suchlauf für MEDLINE</b></p>		

Schritt 5\*: Schritt 1 and Schritt 2 and Schritt 3 and Schritt 4

\*) (Risk Factors [MeSH] or Prevalence [MeSH] or „Survey and Questionnaires“ [MeSH] or „Outcome and Process Assessment (Health Care)“ [MeSH] or predict\* [Title/Abstract] or burd\* [Title/Abstract] or consequen\* [Title/Abstract]) **and** (Domestic Violence [MeSH] or Violence [MeSH] or Intimate Partner Violence [MeSH] or Spouse Abuse [MeSH] or Elder Abuse [MeSH] or Physical Abuse [MeSH] or Expressed Emotion [MeSH] or violent\* [Title/Abstract] or aggressi\* [Title/Abstract] or abus\* [Title/Abstract]) **and** (Family [MeSH] or Family Relations [MeSH] or Caregivers [MeSH] or caregiv\* [Title/Abstract]) **and** (mental\* [Title/Abstract] or psychiatr\* [Title/Abstract] or schizo\* [Title/Abstract] or autis\* [Title/Abstract] or delir\* [Title/Abstract] or dement\* [Title/Abstract] or intellect\* [Title/Abstract] or brain injur\* [Title/Abstract] or bipolar [Title/Abstract] or mental disorders [MeSH] or bipolar disorders [MeSH] or „disruptive, impulse control, and conduct disorders“ [MeSH] or mood disorders [MeSH] or neurocognitive disorders [MeSH] or personality disorders [MeSH] or affective disorders, psychotic [MeSH] or paranoid disorders [MeSH] or psychotic disorders [MeSH] or schizophrenia [MeSH] or „trauma and stressor related disorders“ [MeSH])

Abbildung 4: Suchlauf für MEDLINE über Pubmed mit den Blöcken des MIP-Schemas (Methodik, englisch »methodology«, Themen, englisch »issues«, Teilnehmer, englisch »participants«): Die Tabelle enthält trunkierte Stichwörter, mit denen Titel und Zusammenfassung der Artikel in den Datenbanken durchsucht wurden, sowie Thesauri, sogenannte datenbankspezifische Schlagwörter mit denen Synonyme, Ober-, Unter- und verwandte Begriffe vernetzt sind. Die *Schritte* zeigen den Aufbau des Suchstrings.

Bei dem Datenbankanbieter EBSCO Host ließen sich die Thesauri und die Freitextsuche mit Trunkierung nicht einfach verbinden wie auf Ovid. Deshalb erfolgte zuerst die Verschlagwortung aller drei Blöcke mittels Thesauri ((S1-S8 und S11 (aus S6 OR S7)) und anschließend die Trunkierungen (S9, S12, S14, S17). Nachdem die Blöcke mittels Thesauri und Freitext-Trunkierungen abgebildet und miteinander verbunden wurden (S10, S13, S15, S18), erfolgte am Schluss ein Verknüpfen aller drei Blöcke (S19). Der Abgleich mit den Treffern in Ovid bezüglich Dubletten erfolgte manuell bei der Durchsicht der 390 Treffer von CINAHL bzw. erneut bei der Aufnahme in Citavi. Die Abbildung 4 zeigt den originalen Suchverlauf aus CINAHL (S1 bis S19). Die *Kommentare in den Klammern* und die optische Trennung in die MIP-Blöcke sollen helfen den Entstehungsprozess und die Fragestellung zu erkennen.

CLUSTER	CINAHL EBSCO HOST
<b>M</b>	<p><b>S1</b> (MH „Surveys“) OR (MH „Risk Factors“) (231,487)</p> <p><b>S2</b> (MH „Prevalence“) (64,374)</p> <p><b>S3</b> (MH „Outcome Assessment“) (39,443)</p> <p><b>S4</b> S1 OR S2 OR S3 <i>(Thesaurus (Subject Headings))</i></p>
<b>I<sub>1</sub></b>	<p><b>S5</b> (MH „Homicide“) OR (MH „Violence“) OR (MH „Domestic Violence“) OR (MH „Exposure to violence“) OR (MH „Verbal Abuse“) OR (MH „Aggression“) (30,989) <i>(Thesaurus (Subject Headings))</i></p>
<b>I<sub>2</sub></b>	<p><b>S6</b> (MH „Family“) OR (MH „Patient-Family Relations“) OR (MH „Family Functioning“) (35,763) <i>(Thesaurus (Subject Headings))</i></p> <p><b>S7</b> (MH „Caregiver Burden“) (7,492) <i>(Thesaurus (Subject Headings))</i></p>
<b>P</b>	<p><b>S8</b> (MH „Mental Disorders“) OR (MH „Neurotic Disorders“) OR (MH „Affective Disorders“) OR (MH „Dissociative Disorders“) OR (MH „Impulse Control Disorders“) OR (MH „Psychotic Disorders“) OR (MH „Affective Disorders, Psychotic“) OR (MH „Bipolar Disorders“) OR (MH „Dementia“) OR (MH „Paranoid Disorders“) OR (MH „Schizoaffective Disorders“) OR (MH „Schizophrenia“) OR (MH „Acting Out“) (110,580) <i>(Thesaurus (Subject Headings))</i></p> <p><b>S9</b> TI (mental* OR psychiatr* OR schizo* OR delir* OR dement* OR intellect* OR brain injur* OR bipolar*) OR AB (mental* OR psychiatr* OR schizo* OR delir* OR dement* OR intellect* OR brain injur* OR bipolar*) (240,715)</p> <p><i>(Freitextsuche mit Trunkierung für P: psychische Erkrankungen)</i></p>

	<p><b>S10</b> S8 OR S9 (277,690)  <i>(gesamt Thesaurus und Freitextsuche mit Trunkierung für P: psychische Erkrankungen)</i></p>
	<p><b>S11</b> S6 OR S7 (41,405)  <i>(gesamt Thesaurus für I<sub>2</sub>: »family«)</i></p> <p><b>S12</b> TI (violen* OR aggressi* OR abus*) OR AB (violen* OR aggressi* OR abus*) (93,236)  <i>(Freitextsuche mit Trunkierung für I<sub>1</sub>: violence)</i></p> <p><b>S13</b> S5 OR S12 (105,266)  <i>(gesamt Thesaurus und Freitextsuche mit Trunkierung für I<sub>1</sub>: »violence«)</i></p> <p><b>S14</b> TI caregiv* OR AB caregiv* (35,053)  <i>(Freitextsuche mit Trunkierung für I<sub>2</sub>-family)</i></p> <p><b>S15</b> S11 OR S14 (69,058)  <i>(Thesaurus und Freitextsuche mit Trunkierung für I<sub>2</sub>: famiy)</i></p> <p><b>S16</b> S13 AND S15 (3,222)  <i>(gesamt I.: violence UND family)</i></p> <p><b>S17</b> TI (predict* OR burd* OR consequen*) OR AB (predict* OR burd* OR consequen*) (329,728)  <i>(Freitextsuche mit Trunkierung für Methodology)</i></p> <p><b>S18</b> S4 OR S17 (590,775)  <i>(Thesaurus und Freitextsuche mit Trunkierung für Methology)</i></p> <p><b>S19</b> S10 AND S16 AND S18 (<b>390</b>)  <i>(endgültiger Suchterm)</i></p>

Abbildung 5: Kommentierter CHINAL-Suchlauf mit den Blöcken des MIP-Modells (Methodik, englisch »methodology«, Themen, englisch »issues«, Teilnehmer, englisch »participants«). I<sub>1</sub>: Thema: „Auswirkungen von aggressivem Verhalten“ und I<sub>2</sub> Thema: „gegen Angehörige, Betreuungspersonen“

## 2.5 Auswahl der Studien

Die Suche erfolgte über zwei Hosts. Über Ovid wurde in Medline, Embase, PsycINFO und PSYNDEXplus gesucht, über EBSCO host in CINAHL. Insgesamt

wurden so 5410 Datensätze gefunden. Nach Abzug der Dubletten blieben noch 4037 Datensätze übrig.

Das »Screening« der Treffer erfolgte in drei Schritten. Als erstes wurde der Titel des Artikels gelesen. Artikel, die bereits durch ihren Titel den Kriterien widersprachen, wurden direkt an dieser Stelle ausgeschlossen. In den meisten Fällen wurde allerdings in einem zweiten Schritt die Zusammenfassung gelesen. Durch das »Title / Abstract-Screening« konnten 3874 Artikel ausgeschlossen werden.

Entsprachen der Titel und die Zusammenfassung den Ein- und Ausschlusskriterien, so wurde in einem dritten Schritt der Volltext gesichtet. Insgesamt qualifizierten sich hierfür 163 Artikel. Sie wurden als Volltext gelesen.

Bei der Sichtung der Volltexte wurden folgende Artikel aussortiert. Drei Artikel mussten aufgrund dem Mangel eines entsprechenden Übersetzers ausgeschlossen werden. 14 Artikel hatten keinen Bezug zum Untersuchungsgegenstand. 12 Volltexte wurden ausgeschlossen, weil die Auswirkung »burden« nicht durch aggressives Verhalten bedingt war. 26 Artikel mussten ausgeschlossen werden, weil die thematisierte Gewalt sich nicht gegen Familienmitglieder richtete. Drei Volltexte fehlte der Bezug zu einer psychischen Erkrankung. Ausgesondert wurden insgesamt 10 Bucheinträge, Leitartikel oder Briefe. 28 Reviews wurden in die Eignung nicht mit einbezogen. Die ausgeschlossenen Volltexte sind im Anhang 7.1.2 aufgeführt.

Um die Standards eines systematischen Reviews zu erfüllen, gab es eine zweite Raterin, die Treffer begutachtete, bei denen Unsicherheiten bestanden. In gemeinsamer Diskussion wurde dann entschieden, ob der Artikel den Ein- und Ausschlusskriterien entsprach. Darüber hinaus erfolgte eine zweite Sichtung der zutreffenden Artikel.

Von den 4037 Treffern aus der Datenbanksuche blieben nach dem »title / abstract-screening« 4% an potenziell passenden Treffern übrig. Von den 163 als Volltext beschafften Artikel waren 40% geeignet. 67 Studien wurden in die narrative Synthese eingeschlossen. Sie sind im Anhang 7.1.1 chronologisch aufgelistet.

Die Abbildung 5 visualisiert diesen systematischen Prozess mittels Flussdiagrammes nach PRISMA-Standard (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses).

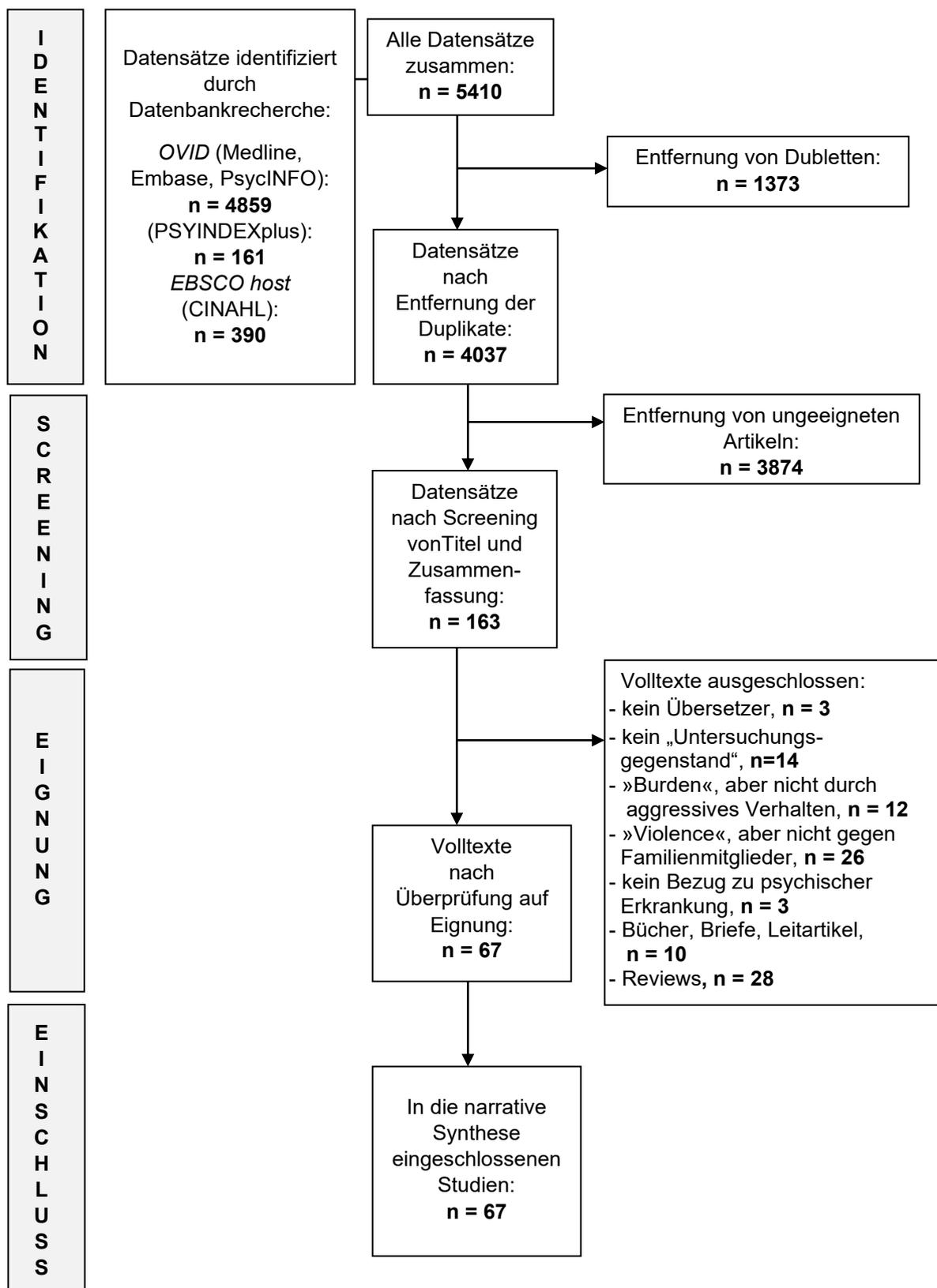


Abbildung 6: Das PRISMA-Flow Diagram (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) gilt als Standarddarstellung. Das Flussdiagramm beschreibt den zur Erstellung des systematischen Reviews durchgeführten mehrstufigen Ein- und Ausschlussprozess. Die Anzahl der gefundenen aus- und eingeschlossenen „Treffer (n)“ sind aufgeführt. Die Quellen der ausgeschlossenen Volltexte sind im Anhang 7.1.2 nach ihrem Grund gelistet.

## Weitere Datenbanken und andere Suchstrategien

In der „EBM Reviews - Cochrane Database of Systematic Reviews“ wurde separat nach ähnlichen Projekten gesucht. Es wurde sowohl die Cochrane Group List mit 53 Gruppen als auch über die einfache Suche mittels Basic-Search vorgegangen. Beide Strategien ergaben keine passenden Treffer.

In einer »hand search« wurden alle Referenzen der ausgeschlossenen Reviews gesichtet. Bei möglichen Treffern wurde der Artikel über Ovid gesucht und mittels »Titel/Abstract« geprüft. Es zeigte sich, dass alle zutreffenden Artikel bereits durch die systematische Suche gefunden worden waren. Die »hand search« ergab somit keine weiteren Treffer und wurde aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht mit in das Flussdiagramm übernommen.

**Graue Literatur** wurde letztendlich nicht gefunden, obwohl es in diesem Bereich eine Quelle gab. Der Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen (BApK) e.V. führte 2014 bis 2016 ein Schwerpunktprojekt zum Thema Aggression und Gewalt in Familien psychisch erkrankter Menschen durch. U.a. wurde eine deutschlandweite Online-Befragung von Angehörigen psychisch erkrankter Menschen durchgeführt, um erste Eindrücke von möglichen Konfliktsituationen und den Umgang damit zu gewinnen. Bei der Entwicklung des Fragebogens, der Verbreitung und der Durchführung der Online-Befragung sowie der Auswertung hat Univation verschiedene Aufgaben übernommen (Laufzeit der Evaluation: 9/2014-01/2016).

Angesprochen werden sollten Angehörige, die nicht in der Angehörigenselbsthilfe organisiert sind. Es sollte ihnen ermöglicht werden anonym über ihre Erfahrungen im Umgang mit Aggression und Gewalt, ihre Bewältigungsstrategien und nötige Unterstützungsangebote zu berichten. Die Autorin dieser Übersichtsarbeit hat Zugang zum Originaldatenbestand. Leider waren die offenen Fragen, zum Beispiel Nummer 12, die in Abbildung 7 formuliert ist, nicht ausgewertet.

*„Schildern Sie doch bitte einen Vorfall aus der letzten Zeit (möglichst aus den vergangenen 12 Monaten), bei dem es zu Aggressionen und/oder körperlicher oder psychischer Gewalt von Seiten Ihres/r Angehörigen bzw. Ihres/r Freundes/Freundin kam. Bitte beschreiben Sie den vermuteten Auslöser, was passiert ist und wie Sie reagiert haben.“*

Abbildung 7: Offene Frage aus der bundesweiten Umfrage des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. im Jahr 2014

Trotz eines Versuches einer eigenen qualitativen Auswertung wurde die Studie nicht aufgenommen. Desweiteren wurde auf Erfahrungen einzelner Angehöriger aus Foren und Selbsthilfegruppen verzichtet, da sie den wissenschaftlichen Ansprüchen nicht genügt haben.

## 2.6 Narrative Synthese

Eine Metaanalyse ist bei diesem Review nicht möglich, weil das Datenmaterial der eingeschlossenen Studien zu heterogen ist und überwiegend eine Verrechnung verbieten. Deshalb wurden die Studien narrativ zusammengefasst, um mögliche Evidenz zu generieren. Es besteht aber derzeit kein Konsens über notwendige Bestandteile einer narrativen Synthese und die Bedingungen für die Schaffung von Vertrauenswürdigkeit. Vielmehr gibt es eine Vielzahl an Möglichkeiten und Ansätzen für den Syntheseprozess. Der allgemeine Rahmen und die eingesetzten Werkzeuge für den narrativen Syntheseprozess wurde aus dem Economic and Social Research Council (ESRC) - Methodenprogramm entnommen (Popay et al. 2006). Folgende Elemente kennzeichnen die Herangehensweise in dieser Arbeit:

Es wird von einem *Arbeitskonzept* (Abbildung 1) ausgegangen, von dem angenommen wird, dass es Risikofaktoren oder Auslöser und Auswirkungen von aggressivem Verhalten von Personen mit psychischen Erkrankungen gegen Angehörige oder informelle Betreuungspersonen strukturell abbilden kann.

Die *eingeschlossenen Studien mit ausgewählten Datendetails werden nach Erscheinungsjahr, Untersuchungsland, Populationsgröße, psychischen Erkrankung, Zielgruppe, Studiendesign, Erhebungsmethode und Quelle ausgewertet*. Danach werden die *Untersuchungsgegenstände näher betrachtet*.

Die *Auswirkungen werden in »Burden of aggressive behavior« und »Practice of violence« kategorisiert*. Die *Risikofaktoren und Auslöser werden in »perpetrator factors«, »victim factors« und »interaction factors« eingeteilt*.

Die *Risikofaktoren* aus den quantitativen Studien werden genannt. Der Anteil der signifikanten unter den untersuchten Risikofaktoren wird ausgezählt. Ein signifikanter Prädiktor trägt zur Erklärung der statistisch ermittelten Eintrittswahrscheinlichkeit

eines Ereignisses bei. Es handelt sich allerdings nicht um einen deterministischen oder gar kausalen Zusammenhang. Vielmehr handelt es sich um Wahrscheinlichkeiten. Man spricht von probabilistischen Beziehungen zwischen Sachverhalten bzw. Ereignissen. Es besteht eine zeitliche Beziehung. Der Risikofaktor geht dem Ereignis voraus. Außerdem sollte möglichst eine nicht zufällige Relation bestehen. (Dollinger 2014). Qualitative Studien ermöglichen keine Prädiktion. Sie liefern mögliche *Auslöser*.

*Die Synthese der Daten listet zuerst die Auswirkungen „Belastungen und Gewalt“ in ihren Merkmalen auf. Danach folgt eine Einschätzung der Prädiktoren aus den Studien mit quantitativem Design.*

Bei der Risikoeinschätzung wurde unterschieden, ob die Situation stabil oder veränderbar ist. Die stabilen Parameter werden als statische Prädiktoren, die änderbar als dynamische Prädiktoren bezeichnet. Hanson hat im Jahr 1998 unter therapeutischen Aspekten für den dynamischen Prädiktor eine weitere Aufteilung in fixiert dynamisch und aktuelle, sich ändernde Risikofaktoren unternommen (Müller et al. 2017). Dadurch wird versucht, eine Interpretationsebene zu schaffen und mögliche Implikationen für die Praxis zu entwickeln. Grenzfälle und Überschneidungen sind aber natürlich möglich. Folgende Fragen stehen im Vordergrund: Um wen muss man sich Sorgen machen? Dies ist Gegenstand einer „aktuarischen Risikoeinschätzung“. Ein Beispiel hierzu wäre „junge Männer“. Das Alter und das Geschlecht sind stabile, nicht veränderbare Größen. Eine „klinische Risikoeinschätzung“ sucht aktuelle, sich ändernde Faktoren. Man muss sich fragen, wann man sich Sorgen machen muss. Ein Beispiel hierfür wäre „der Moment nach der stationären Entlassung“ oder bei „innerer Unruhe“. Dies sind Faktoren, die sich von einem zum anderen Moment entwickeln oder ändern können und sich somit schlecht voraussagen lassen. Bei wem sind „Veränderungen möglich und erreichbar“? Diese Frage beschäftigt sich mit klinischen Variablen und mit Reaktionsmustern und hilft bei der Einschätzung bezüglich einer Behandlungsmöglichkeit (Nedopil 2012). Die fixiert dynamischen Faktoren sind beständiger, treten daher nicht so unerwartet auf, haben meist eine klar eruierte Ursache und können somit besser verändert werden. So kann „Schmerz“ medikamentös therapiert oder „Arbeitslosigkeit“ abgeschafft werden.

*Für die möglichen Auslöser aus den qualitativen Studien werden in einer Synthese, themenanalytisch Rubriken gesucht, die eine einfache Auszählung ermöglichen.*

Um die *Robustheit der narrativen Synthese* zu beurteilen werden alternativ themenanalytisch die »conclusions« aus den »abstracts« der Autoren für übergreifende Schlussfolgerungen zusammen gefasst. Es wird versucht eine abschließende, synthetisierte Interpretation für die Übersichtsarbeit, eine sogenannte »lines-of-argument synthesis« zu gewinnen (Richter und Hahn 2009).

## 2.7 Beurteilung der Berichtsqualität und des Verzerrungsrisikos

Es ist wichtig, zwischen Mängeln in der Berichterstattung eines systematischen Reviews und einem hohen Verzerrungsrisiko zu unterscheiden. Für eine gute Berichtsqualität sind Vollständigkeit, Detailliertheit, Objektivität und Nachvollziehbarkeit einer wissenschaftlichen Arbeit entscheidend. Eine aussagekräftige Bewertung des Verzerrungsrisikos setzt immer eine ausreichende Berichtsqualität voraus. Zur Sicherung der methodischen Qualität ist es wichtig, dass a priori ein Protokoll über den Ablauf der Arbeit erstellt wird. Dies wurde für die vorliegende Arbeit gemacht und über eine Registrierung bei Prospero festgehalten. Zur weiteren Verbesserung der Berichtsqualität wurde das sogenannte Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA) -Statement zu Hilfe gezogen. Es ist eine Weiterentwicklung des bereits 1999 maßgeblichem Quality Of Reporting Of Metaanalyses (QUOROM) (Cochrane Deutschland 2017).

Das PRISMA-Statement empfiehlt bezüglich des Verzerrungsrisikos, sowohl das Verzerrungsrisiko in den einzelnen Studien als auch das Risiko der Verzerrung über diese hinweg zu untersuchen. Es ist die Aufgabe der Autoren der systematischen Übersichtsarbeit, potenzielle Mängel der Primärstudien zu erkennen, diese zu berücksichtigen und eine selektive Berichterstattung zu vermeiden. Für einen Einschluss in die Leitlinien ist es notwendig, dass das Verzerrungsrisiko möglichst gering ist und eine vollständige, transparente und nachvollziehbare Evidenzlage besteht (Cochrane Deutschland 2017). Eine Verzerrung in den narrativen Synthesebemühungen ist auf jeden Fall so gering wie möglich zu halten. Eine Bewertung der einzelnen Studien erfolgte in dieser Arbeit nicht, da keine Meta-Analyse erfolgen

konnte (lediglich „Vote Counting“) und es sich bei den vorliegenden Artikeln nicht um Interventionsstudien handelte.

Zur Bewertung des Verzerrungsrisikos gibt es verschiedene Instrumente. Eines hiervon ist das Risk of Bias in Systematic Reviews -Instrument (ROBIS). Es besteht aus drei Phasen: 1) der Einschätzung der Relevanz (optional), 2) der Identifikation potenzieller Verzerrungen und 3) der Gesamteinschätzung des Verzerrungsrisikos mittels Checkliste (Cochrane Deutschland 2017). ROBIS wurde im Jahr 2016 veröffentlicht und ist das aktuell neueste Bewertungsinstrument. Im Vergleich zu anderen, bereits gut etablierten und validierten Instrumenten, fehlt hier noch eine ausreichende Validierung. Trotzdem wurde hier das ROBIS-Instrument herangezogen, weil dieses sich, im Gegensatz zu den anderen existierenden Instrumenten, ausschließlich auf das Verzerrungsrisiko für systematische Übersichtsarbeiten bezieht (Cochrane Deutschland 2017).

Das ROBIS-Instrument zur Bewertung des Verzerrungsrisikos (Phase 2) wird in die Domänen 1 bis 4 unterteilt und separat bewertet (ausgefüllter Fragebogen in Anhang 7.2).

Domäne 1: Einschlusskriterien der Studien

Domäne 2: Identifikation und Auswahl der Studien

Domäne 3: Datenextraktion und Bewertung des Verzerrungsrisikos

Domäne 4: Datensynthese und Ergebnisse

Für jede Domäne gibt es unterschiedliche Leitfragen. Auf diese kann mit JA (geringes Biasrisiko), WAHRSCHEINLICH JA, WAHRSCHEINLICH NEIN, NEIN (hohes Biasrisiko) und KEINE INFORMATION ZUR VERFÜGUNG geantwortet werden. Aufgrund der Antworten erfolgt für jede Domäne eine Einschätzung. Durch die getrennte Beurteilung wird eine Transparenz geschaffen. Das Verzerrungsrisiko für jede Domäne wird am Schluss zusammengefasst und ergibt so die Einschätzung des Verzerrungsrisikos als gering, hoch oder unklar. Im dritten Schritt erfolgt durch die Beantwortung von drei Leitfragen die Gesamteinschätzung des Verzerrungsrisikos der systematischen Übersichtsarbeit (Cochrane Deutschland 2017). Der übersetzte Fragebogen wurde aus dem Cochrane Manual entnommen. Das Ergebnis mit diesem Instrument findet sich im Ergebnisteil in Kapitel 3.5.1.

### 3 Ergebnisteil

#### 3.1 Literaturrecherche nach Erscheinungszeitraum, Untersuchungsland, Populationsgrößen, psychischen Erkrankungen, Zielgruppen, Studiendesigns, Erhebungsmethoden und Quellen

##### Erscheinungszeitraum

In den meisten Fällen hat sich das Jahr, in dem die Studie zur Publikation akzeptiert wurde, mit dem Erscheinungsjahr überschritten. Bei den Ausnahmen, bei denen zwischen Freigabe des Artikels und dessen Publikation Unterschiede im Jahr bestanden, wurde das Publikationsjahr genommen. In der Regel werden Leitlinien alle fünf Jahre aktualisiert (Hirsch 2018). Aus diesem Grund bot sich an, die Auflistung der Artikel bezüglich ihres Erscheinungsjahres in Fünfjahresabschnitte zu unterteilen. Tabelle 1 zeigt die Studien in diesen Zeiträumen sortiert, wobei 2017 im August endet.

Tabelle 1: Studien in absoluter und prozentualer Verteilung nach den Erscheinungszeiträumen in Fünfjahresabschnitte

	Anzahl	in %	Studien
<b>2016 - 2017</b>	7	10,45%	[66, 65, 64, 63, 62, 61]
<b>2011 - 2015</b>	19	28,4%	[67, 60, 59, 58, 57, 56, 55, 54, 53, 52, 51, 50, 49, 48, 47, 46, 45, 44, 43, 42]
<b>2006 - 2010</b>	10	14,9%	[41, 40, 39, 38, 37, 36, 35, 34, 33, 32]
<b>2001 - 2005</b>	14	20,9%	[31, 30, 29, 28, 27, 26, 25, 24, 23, 22, 21, 20, 19, 18]
<b>1996 - 2000</b>	8	11,9%	[17, 16, 15, 14, 13, 12, 11, 10]
<b>1990 - 1995</b>	6	9,0%	[9, 8, 7, 6, 5, 4]
<b>vor 1990</b>	3	4,5%	[3, 2, 1]
<b>insgesamt</b>	67	100,0%	

## Untersuchungsland

Tabelle 2 zeigt die Unterteilung der Studien nach Untersuchungsländern. Insbesondere die USA tragen mit circa einem Drittel aller gefundenen Studien maßgeblich zum Ergebnis dieser Arbeit bei.

Tabelle 2: Studien in absoluter und prozentualer Verteilung nach den Untersuchungsländern

	Anzahl	in %	Studien
<b>USA</b>	24	35,8%	[66, 64, 63, 59, 55, 49, 47, 41, 35, 32, 31, 27, 24, 22, 16, 13, 12, 11, 9, 7, 4, 3, 2, 1]
<b>United Kingdom</b>	9	13,4%	[60, 54, 51, 48, 42, 40, 39, 30, 20]
<b>Australien</b>	5	7,5%	[38, 33, 19, 14, 10]
<b>Japan</b>	4	6,0%	[65, 58, 34, 21]
<b>Kanada</b>	4	6,0%	[36, 28, 8, 5]
<b>Indien</b>	4	6,0%	[61, 57, 43, 6]
<b>Taiwan</b>	3	4,5%	[56, 46, 44]
<b>Finnland</b>	2	3,0%	[67, 23]
<b>Neuseeland</b>	2	3,0%	[18, 15]
<b>Israel,</b>	1	1,5%	[17]
<b>Schweiz,</b>	1	1,5%	[25]
<b>Frankreich,</b>	1	1,5%	[26]
<b>Niederlande,</b>	1	1,5%	[29]
<b>Kenia,</b>			
<b>UK/Italien,</b>	1	1,5%	[37]
<b>Korea,</b>	1	1,5%	[45]
<b>Brasilien,</b>	1	1,5%	[50]
<b>Thailand,</b>	1	1,5%	[52]
<b>Brasilien/</b>	1	1,5%	[53]
<b>Spanien</b>	1	1,5%	[62]
<b>insgesamt</b>	67	100,0%	

## Populationsgrößen

Mit Ausnahme von sechs Studien, die eine Population mit  $N > 1000$  stellen, befinden sich die meisten Studien in einem Bereich zwischen 1 und 400 Studienteilnehmern. In Tabelle 3 werden die Populationsgrößen aufgelistet. Dabei zeigt sich eine relativ gleiche Verteilung.

Tabelle 3: Studien in absoluter und prozentualer Verteilung nach den Populationsgrößen

	Anzahl	in %	Studien
<b><math>N \leq 100</math></b>	28	41,8%	[67, 61, 59, 57, 56, 55, 54, 52, 51, 44, 43, 42, 36, 34, 33, 30, 29, 28, 27, 25, 23, 22, 18, 17, 15, 14, 12, 6]
<b><math>100 &lt; N &lt; 300</math></b>	22	32,8%	[66, 62, 53, 50, 49, 47, 46, 45, 41, 40, 39, 38, 37, 32, 31, 20, 19, 16, 10, 8, 5, 4]
<b><math>N \geq 300</math></b>	17	25,4%	[65, 64, 63, 60, 58, 48, 35, 26, 24, 21, 13, 11, 9, 7, 3, 2, 1]
<b>insgesamt</b>	67	100,0%	

## Psychische Erkrankungen

In der Tabelle 4 zeigt sich, dass Demenzerkrankte mit einem Drittel aller Studien eine wichtige Patientengruppe in den zu untersuchenden Fragen darstellen. Die Tabelle nennt auch die weiteren psychischen Erkrankungen und ihren Prozentanteil in Bezug auf alle Studien.

Tabelle 4: Studien in absoluter und prozentualer Verteilung nach den psychischen Erkrankungen

	Anzahl	in %	Studien
»Dementia«	22	32,8%	[62, 59, 55, 53, 52, 51, 49, 47, 46, 44, 41, 40, 35, 34, 29, 26, 21, 16, 14, 12, 8, 5]
»Psychosis«	15	22,4%	[67, 65, 58, 57, 56, 50, 45, 38, 36, 28, 25, 20, 19, 17, 6]
»mentally disorder«	6	9,0%	[61, 54, 37, 13, 10, 3]
»Acquired Brain injury / Traumatic brain injury«	2	3,0%	[39, 15]
»Intellectual disability«	2	3,0%	[60, 42]
»Personality disorder«, »Posttraumatic Stress D.«, »Bipolar Disorder«	1 1 1	1,5% ..1,5% ..1,5%	[22] [18] [23]
»Various«	17	25,4%	[66, 64, 63, 48, 43, 33, 32, 31, 30, 27, 24, 11, 9, 7, 4, 2, 1]
<b>insgesamt</b>	<b>67</b>	<b>100,0%</b>	

### Zielgruppen

Die *Angehörigen und Betreuungspersonen* waren fast in einem Drittel der Studien die Befragten. Bei knapp einem Viertel erfolgte die Befragung ausschließlich über die *Patienten*. Am häufigsten erfasste eine Untersuchung *beide Zielgruppen*. Tabelle 5 zeigt die absolute und relative Verteilung dieses Merkmals.

Tabelle 5: Studien in absoluter und prozentualer Verteilung nach den Zielgruppen

	Anzahl	in %	Studien
<b>Angehörige, Betreuungspersonen</b>	21	31,3%	[67, 65, 61, 58, 57, 52, 51, 50, 45, 43, 42, 39, 38, 36, 32, 25, 20, 18, 15, 6, 3]
<b>psychisch erkrankte Menschen</b>	16	23,9%	[66, 63, 55, 48, 35, 33, 31, 30, 23, 17, 11, 9, 7, 4, 2, 1]
<b>beide Gruppen</b>	30	44,8%	[64, 62, 60, 59, 56, 54, 53, 49, 47, 46, 44, 41, 40, 37, 34, 29, 28, 27, 26, 24, 22, 21, 19, 16, 14, 13, 12, 10, 8, 5]
<b>insgesamt</b>	67	100,0%	

### Studiendesign

Es wurde entschieden, für das systematische Review sowohl *quantitative* als auch *qualitative* Studien miteinzuschließen. Ein Grund hierfür war, dass zu dem Thema „Gewalt psychisch erkrankter Menschen gegen Angehörige“ immer noch ein großer Forschungsbedarf besteht und deshalb alle Informationen dazu beitragen können, diesen zu befriedigen. Tabelle 6 zeigt diese Aufteilung.

Tabelle 6: Studien in absoluter und prozentualer Verteilung nach den Studiendesigns

	Anzahl	in %	Studien
<b>quantitative Studiendesigns</b>	41	61,2%	[66, 65, 63, 58, 53, 50, 49, 48, 47, 46, 45, 44, 42, 41, 40, 39, 38, 36, 35, 34, 33, 32, 31, 30, 29, 26, 23, 22, 21, 17, 16, 15, 13, 12, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1]
<b>qualitative Studiendesigns</b>	17	25,4%	[67, 61, 60, 59, 56, 55, 54, 52, 51, 43, 37, 27, 25, 20, 19, 18, 10]
<b>beide Studiendesigns</b>	9	13,4%	[64, 62, 57, 28, 24, 14, 11, 9, 8]
<b>insgesamt</b>	67	100,0%	

## Erhebungsmethoden

Die Erhebungsmethoden wurden in folgende Kategorien eingeteilt: Fragebögen («questionnaires»), Interviews («interviews»), Fallberichte («case studies») und Datensätze («records»). Zu den *Fragebögen* wurden sowohl Selbst- als auch Fremdbeurteilungsbögen gezählt. «Assessments» (Bewertung, Einschätzung) wurden ebenfalls in dieser Kategorie erfasst. Als *Interview* wird die gezielte Befragung von Angehörigen und Erkrankten verstanden. Einige Autoren beschrieben die Interviewtechnik genauer. So wurde in sieben Artikeln ein »semi-structured interview« (halbstrukturiertes Interview) durchgeführt. Ein Interview war ein strukturiertes Interview. Außerdem gab es jeweils zwei Artikel, die mit »face-to-face interview« (persönliches Interview), »in-depth interview« (ausführliches Interview) und mit Fokusgruppen arbeiteten. Viele Studien lieferten keine Informationen über die Art des Interviews. So wurden »follow-up visits« und »telephone screenings« zu „Interviews“ gezählt. *Fallberichte* erfassten ein bis acht Teilnehmende. Unter „Datensätze“ wurden folgende Erhebungsmethoden subsumiert: »reports of psychiatrists« (Berichte von Psychiatern), »inquiry reports« (Untersuchungsberichte), »retrospective chart review« oder »medical records« (Patientenkurven), »hospital records« (Krankenhausakten). 14 Artikel bzw. deren Datensätze oder Kohorten stammen aus einer größeren Studie («part of a larger study»). Einige Studien benutzten mehr als eine Erhebungsmethode. Die Tabelle 7 zeigt diese Zuteilung.

Tabelle 7: Studien in absoluter und prozentualer Verteilung nach den Erhebungsmethoden mit Mehrfachnennungen (\*).

	Anzahl	in %	Studien
<b>Fragebogen (»questionnaires«)</b>	36*	53,7%	[66, 65, 63, 62, 58, 57, 53, 50, 49, 48, 47, 46, 45, 44, 42, 40, 39, 38, 36, 34, 29, 26, 22, 21, 17, 16, 15, 14, 13, 12, 11, 8, 9, 6, 5, 3]
<b>Interviews (»interviews«)</b>	30*	44,8%	[67, 64, 62, 61, 60, 57, 56, 54, 51, 47, 44, 43, 41, 37, 35, 32, 31, 29, 28, 25, 24, 23, 20, 19, 18, 16, 14, 11, 10, 9]
<b>Fallberichte (»case studies«)</b>	4*	6,0%	[59, 55, 52, 27]
<b>Datensätze (»records«)</b>	15*	22,4%	[64, 49, 48, 33, 30, 28, 24, 17, 16, 13, 11, 7, 4, 2, 1]

## Quellen

Um einen gewissen Eindruck über die Vielfalt der Quellen des Zugangs zu den Daten zu erhalten werden diese in Tabelle 8 charakteristisch zusammengefasst. Es sind Patienten, die einen *ambulanten Dienst*, *Kliniken*, *Ärztezentren* oder *pflegerische Einrichtungen* nutzen. Vielfach ermöglichten *staatliche Einrichtungen*, wie zum Beispiel Gesundheits- und Polizeibehörden oder Gerichte den Zugang. Mit 12% waren *spezifische Netzwerke* wie Vereine, Organisationen oder Verbände an der Erhebung beteiligt. Informationen lieferten auch medizinischen Daten aus Patienten- oder Krankenhausakten.

Tabelle 8: Studien in absoluter und prozentualer Verteilung nach den Quellen

	Anzahl	in %	Studien
<b>Ambulante Population</b>	20	29,9%	[66, 63, 62, 60, 61, 57, 54, 43, 42, 36, 34, 29, 27, 22, 21, 9, 8, 6, 5, 1]
<b>Kliniken</b>	19	28,4%	[64, 56, 53, 43, 37, 32, 31, 28, 24, 23, 20, 17, 15, 14, 13, 12, 11, 10, 7]
<b>Ärztezentren</b>	8	12%	[59, 49, 47, 44, 41, 35, 26, 19]
<b>Spezifische Netzwerke</b>	8	12%	[67, 65, 58, 50, 45, 39, 25, 3]
<b>Medizinische Datensätze</b>	5	7,5%	[55, 38, 18, 4, 2]
<b>Staatliche Einrichtungen/ Behörden</b>	4	6%	[52, 48, 33, 30]
<b>Pflegerische Einrichtungen</b>	3	4,5%	[51, 40, 16]
<b>insgesamt</b>	67	100,0%	

### 3.2 Eingeschlossene Studien

#### 3.2.1 Studien mit Untersuchungsgegenstand „Auswirkungen und Prädiktoren bzw. Auslöser“

Die 67 eingeschlossenen Studien wurden aufgeteilt in Studien mit beiden Untersuchungsgegenständen (Tabelle 9) und Studien, die nur einen Untersuchungsgegenstand (Tabelle 10 und Tabelle 11) bearbeiten.

Die Listen enthalten die Kurzbezeichnung des Verfassers bzw. der Autorengruppe, das Land, in dem die Publikation erschienen ist, die Studiennummern, die im Artikelverzeichnis mit dem »Digital Object Identifier« im Anhang 7.1.1 verlinkt aufgeführt sind, das Erscheinungsjahr, das Studiendesign (quantitativ, qualitativ oder zwei Kennzeichnungen bei beiden Designs), die Populationsgröße (N=), die Erhebungsmethode und die Zielgruppen Angehörige / Betreuungspersonen (A / B),

psychisch erkrankte Menschen (peM) oder eine Kombination von beiden Gruppen (BEIDE). Die psychischen Erkrankungen haben folgende Kategorien: »Dementia«, »Psychosis«, »Mental disorder«, wenn keine Spezifizierung in den Studien vorgenommen wurde, »Acquired Brain injury / Traumatic brain injury«, »Intellectual disability«, »Personality disorder«, »Posttraumatic Stress Disorder«, »Bipolar Disorder« und »Various«, wenn verschiedene Erkrankungen explizit genannt werden. Ausgewählte Datendetails geben Einblick in die spezifischen Erkenntnisse der Studien.

Tabelle 9: Studien mit Untersuchungsgegenstand „Auswirkungen **und** Prädiktoren bzw. Auslöser“ mit Autor(en), Studiennummer, Erscheinungsjahr, Studiendesign, Populationsgröße, Erhebungsmethode, Zielgruppe (A / B: Angehörige, Betreuungspersonen; peM: psychisch erkrankte Menschen; BEIDE: beide Zielgruppen), psychischer Erkrankung und ausgewählte Datendetails

Autor(en)									
Land		Design		Population (N=)	Erhebungsmethode	Zielgruppe			Psychische Erkrankung
Nummer	Jahr	quantitativ	qualitativ			»A / B«	»peM«	»BEIDE«	
<b>„Ausgewählte Datendetails“</b>									
Auswirkungen					Prädiktoren und Auslöser				
<b>KONTIO ET AL.</b>									
FINLAND			qualitativ	N= 8	»Focus groups interviews«	»A / B«			»Psychosis«
67	2015								
Auswirkungen: ... Patienten erhalten eine Fassade nach außen hin aufrecht. Zuhause spielt sich dann das Gegenteil ab. „Mein Mann hätte sich im Krankenhaus nicht so benommen, drohend und aggressiv wie er es zu Hause im schlimmsten Fall tat.“					Prädiktoren und Auslöser: ... schwerwiegende psychotische Positivsymptome wie Halluzinationen, Unruhe, Misstrauen und Angst zeigten sich als Prädiktoren für gewalttätiges Verhalten der Patienten				
<b>LABRUM</b>									
USA		quantitativ		N= 243	»Secondary data analysis (63); Online-survey«	»A / B«			»Various«
66	2017								
Auswirkungen: ... 15% (N=36) der Befragten gaben an, in den letzten 6 Monaten körperlich misshandelt worden zu sein, 6,6% (N=16) berichteten von „einer Art körperlicher Misshandlung“, 8,2% (N=20) berichteten „mehrere Arten von körperlichem Misshandlung“ oder dass „bestimmte Handlungen mehrfach begangen wurden“. 19 % (N=47) der Befragten gaben an, in den letzten 6 Monaten finanziell missbraucht worden zu sein. 4,1% (N=10) wurden einmalig finanziell missbraucht, 9,5 % (N=23) zwischen zwei und vier Mal, und 5,8% (N=14) fünf oder mehr als fünf Mal. 41% (N=99) der Befragten gaben an, in den letzten 6 Monaten psychologisch misshandelt worden zu sein, mit einem Medianwert von acht.					Prädiktoren und Auslöser: ... Für das Auftreten von finanziellem Missbrauch zeigten sich folgende signifikante Faktoren: Die Übernahme der Aufgabe als Stellvertreter bzw. Ersatzempfänger für die erkrankten Angehörigen und ebenfalls das Setzen von mehr Grenzen (bivariate Odds Ratio (OR) 2,61 mit $p \leq 0,01$ ; adjusted OR 2,76 mit $p \leq 0,05$ / bivariate OR 5,99 mit $p \leq 0,001$ ; adjusted OR 3,76 mit $p \leq 0,01$ ).				

KAGEYAMA ET AL.									
JAPAN		quantitativ		N=400	»Questionnaires«	»A / B«		»Psychosis«	
65	2016								
Auswirkungen:  ... Von 400 Eltern erlebten 34,4% (N=137) körperliche Gewalt und 65,8% (N=263) keine Gewalt.					Prädiktoren und Auslöser: ... Beim Vergleich von Eltern, die Gewalt erfuhren und solchen, die keine Gewalt erfuhren, zeigten sich acht unabhängige, signifikante Variablen ( $p < 0,05$ ). Hiervon betrafen fünf Variablen die Patienten. Patienten, waren eher weiblich, waren nicht wettbewerbsfähig berufstätig, waren drei Mal oder öfters hospitalisiert seit Beginn der Erkrankung, nutzen keine Rehabilitationsdienste und hatten weniger Tage pro Monat, an denen sie mit Anderen sprachen.				
KIVISTO ET AL.									
USA		quantitativ	qualitativ	N=1136	»Interviews; records«			»BEIDE«	»Various«
64	2016								
Auswirkungen:  ... Die Gewalttaten von Patienten mit Schizophrenie gegenüber Familienangehörigen hatten einen Anteil von 60,9% in der Lebenszeit und 27,2% im letzten Jahr.					Prädiktoren und Auslöser: ... Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied bezüglich der Geschlechter. Frauen verübten wahrscheinlicher Gewalt gegen Familienangehörige, und insbesondere Gewalt am Beziehungspartner. Es zeigte sich eine doppelt so hohe Prävalenz im Vergleich zum männlichen Geschlecht (13,9% vs. 29,4%). Am höchsten war die Gewalt in den ersten 10 Wochen nach der Entlassung.				
LABRUM UND SOLOMON									
USA		quantitativ		N=573	»Online survey«	»A / B«		»Various«	
63	2016								
Auswirkungen:  ... Gewalt war signifikant wahrscheinlicher, wenn die erkrankten Angehörigen ein Jahreseinkommen von weniger als 10.000 Dollar hatten, in den letzten 6 Monaten illegal Drogen konsumiert hatten oder im letzten Jahr psychiatrisch hospitalisiert waren. Hingegen war es signifikant unwahrscheinlicher, wenn die Patienten ihre verschriebene Medikation regelmäßig einnahmen, sowie regelmäßig zu den psychiatrischen Behandlungen gingen.					Prädiktoren und Auslöser: ... Anblick von Medikamenten (N=30), wahrgenommene Feindseligkeit (N=20), Schlafmangel (N=10), laute Geräusche hören (N=10), nicht in der Lage ihre sexuellen Bedürfnisse zu erfüllen (N=5).				

VARGHESE ET AL.								
INDIA			qualita- tiv	N= 100	»Cross sectional study, semi-structured interviews«	»A / B«		»Mental disorders«
61	2016							
<p>Auswirkungen:</p> <p>... 95% verbale Aggression: macht laute Geräusche und schreit wütend (85%), macht persönliche Beleidigungen (76%), flucht, bedroht andere oder sich selbst (62%), macht Gewaltdrohungen gegen andere oder sich selbst deutlich („Ich werde dich töten.“) (38%).</p>					<p>Prädiktoren und Auslöser:</p> <p>... Nicht erfüllte Patientenforderungen: kein Geld für Alkoholkonsum (N=10), Rauchen nicht erlaubt (N=10), Verbot nach Mitternacht auszugehen (N=2). Nicht befolgte Anordnungen durch die Angehörigen: Verweigerung der Medikamenteneinnahme (N=40), Verweigerung von Hausarbeit (N=20), Verweigerung morgens aufzustehen (N=5). Andere Antworten: Gespräche mit anderen über die Krankheit der Patienten (N=30).</p>			
FINLAYSON ET AL.								
UK			qualita- tiv	N= 446	»Face-to-face interviews«		»BEIDE«	»Intellectual disability«
60	2015							
<p>Auswirkungen:</p> <p>... Ein „herausforderndes Verhalten“ umfasste nicht nur körperliche Aggressionen.</p>					<p>Prädiktoren und Auslöser:</p> <p>... Weder für das Geschlecht noch für das Alter wurde eine signifikante Assoziation zum Erleben von Gewalt bzw. mindestens einer Verletzung von einer anderen Person gefunden.</p>			
KAGEYAMA ET AL.								
JAPAN			quan- titativ	N= 302	»Secondary data analysis, mail survey«	»A / B«		»Schizophrenic circle«
58	2015							
<p>Auswirkungen:</p> <p>... Die Rate an Gewalt gegen irgendein Familienmitglied betrug 60,9% für die gesamte Lebensdauer und 27,2% für das letzte Jahr.</p>					<p>Prädiktoren und Auslöser:</p> <p>...Es gab keinen signifikanten Unterschied der Gewaltraten aufgrund des Geschlechtes der Patienten. Mütter erlebten Gewalt am häufigsten.</p>			

HSU UND TU								
TAIWAN			qualita- tiv	N= 14	»Individual in-depth interviews«		»BEIDE«	»Psychosis«
56	2014							
<p>Auswirkungen:</p> <p>... Die meisten gewalttätigen Episoden waren verbal (z. B. missbräuchliche Sprache, Anschreien der Eltern, Schuldzuweisungen, Spott und Kritik), gefolgt von Sachschäden, gewalttätigen Drohungen und Verletzungen von Personen und Gegenständen (z. B. Schlagen, Schubsen, Werfen von Gegenständen, Einschlagen von Wänden oder Türen).</p>					<p>Prädiktoren und Auslöser:</p> <p>... Psychotische Symptome und Impulskontrolle schienen wichtige Faktoren zu sein: „Einige Eltern hatten das Gefühl, dass Gewalt in einigen Fällen die Waffe der Wahl war, um die Entscheidungsgewalt wieder zu gewinnen.“ „Die Eltern hatten das Gefühl, dass die Patienten oft versuchten, ihre unerfüllten Bedürfnisse zu kompensieren, indem sie Gewalt anwendeten, und verspürten dabei ein Mangel/ Verlust an Machtbefugnis.“ Emotionaler Stress und (Gefühls-)Schwankungen (Vorläufer und Gewaltauslöser). Ärger und Wutausbrüche als Folge einer gereizten Stimmung und häufigen emotionalen oder Verhaltensüberreaktionen oder intensive Stimmungsänderungen.</p>			
ONWUMERE ET AL.								
UK			qualita- tiv	N= 72	»Randomzed contolled trial, semi-structured interviews«		»BEIDE«	»Mental disorders«
54	2014							
<p>Auswirkungen:</p> <p>... „Er fing an, mich zu schlagen, zu bedrohen und mich zu schubsen. Es dauerte einige Tage und ich konnte niemanden finden, der ihn hätte beurteilen können.“</p>					<p>Prädiktoren und Auslöser:</p> <p>... „Sie hat mich gestern geschlagen, weil sie wollte, dass ich jeden Tag hierherkomme, so wie früher.“</p>			
DO ROSÁRIO DE MENEZES ET AL.								
BRAZIL			qualita- tiv	N= 4	»Explorative study with a qualitative ap- proach (four cases) «	»A / B«		»Dementia«
52	2013							
<p>Auswirkungen:</p> <p>... „Er war nie so, er hat mich zuvor nie geschlagen. [...] Nachdem er mich angegriffen hatte, verhielt er sich so, als hätte er nichts gemacht, es schien, als sei er eine andere Person.“</p>					<p>Prädiktoren und Auslöser:</p> <p>... „Er hört nicht auf und wenn ich mich nicht verteidige, tötet er mich.“</p>			

MORGAN ET AL.								
USA		quantitativ	N= 171	»Data analysis of a long study assessments over 2 years«	»BEIDE«	»Dementia«		
49	2013							
Auswirkungen:  ... Sowohl Depression als auch der Schweregrad der Demenz führten über die Variable Agitation zu Angehörigenbelastung. Im Gegensatz dazu, wurde die Beziehung zwischen dem Ausgangswert, der nicht aggressiven körperlichen Unruhe und dem Zeitpunkt bis zum Ausbruch von Aggression durch die Angehörigenbelastung vermittelt.				Prädiktoren und Auslöser:  ... Signifikante Prädiktoren für ein Anstieg des Risikos für Aggressionen waren höhere Werte der Ausgangslage von Angehörigenbelastung.				
ORAM ET AL.								
UK		quantitativ	N= 1431	»homicide cases, reports; questionnaires«	»peM«	»Various«		
48	2013							
Auswirkungen:  ... Von 1180 Tätern mit Tötungsdelikten an Partnern hatten 20% Symptome einer psychischen Erkrankung (7% Symptome einer Psychose, 13% Symptome einer Depression) während der Zeit des Angriffes.				Prädiktoren und Auslöser:  ... Die Täter waren jedoch eher weniger häufig berufstätig, hatten seltener vorangehende Straftaten und ebenfalls weniger missbräuchlichen Alkoholkonsum.				
COOPER ET AL.								
UK		quantitativ	N= 220	»Data analysis from cross-sectoral study, interviews«	»BEIDE«	»Dementia«		
40	2010							
Auswirkungen:  ... 47,3% der Angehörigen berichteten missbräuchliches Verhalten: 36,4% psychologischen Missbrauch, 5,9% körperlichen Missbrauch.				Prädiktoren und Auslöser:  ... Erfahrung von mehr Missbrauch, wenn sowohl die aktuelle als auch die vergangene Beziehung mit den Patienten wenig wertschätzend (»rewarding«) war.				
LOUGHLAND ET AL.								
AUSTRALIA		quantitativ	N= 106	»Questionnaire«	»A / B«	»Psychosis«		
38	2009							
Auswirkungen:  ... 51,5% (N=34 von 66) der Befragten, welche moderaten / schweren Aggressionen ausgeliefert waren, gaben einen Impact of Event-Scale-Revised (IES-R) -Wert von 33 oder mehr an und wurden der Gruppe „Hohe Wahrscheinlichkeit für Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)“ zugeordnet.				Prädiktoren und Auslöser:  ... Die Gruppe mit mittelschwerer / schwerer Aggression zeigte stärkere affektive, antisoziale, negative und psychotische Symptome, verglichen mit der Untergruppe mit keinen / leichten Aggressionen.				

CHAN							
CANADA		quantitativ	N= 61	»Survey, questionnaires«	»A / B«		»Psychosis«
36	2008						
<p>Auswirkungen:</p> <p>... Prävalenz von Gewalt und Verletzungen von Bezugspersonen in Familien, die in den letzten 12 Monaten Angehörige mit Schizophrenie betreuten (N=61): Physischer Angriff: schwerer 26,2%; geringfügiger 31,1%; Psychologische Aggression: schwere 44,3%; geringfügige 63,9%; Verletzungen: schwere 9,8%; geringfügige 18,0%; Jeder Vorfall von Gewalt: 63,9%.</p>				<p>Prädiktoren und Auslöser:</p> <p>... Kritisierende Kommentare der Betreuer an den Patienten.</p>			
ORENGO ET AL.							
USA		quantitativ	N= 395	»Telephone screening, assessments«	»peM«		»Dementia«
35	2008						
<p>Auswirkungen:</p> <p>... 19,5% (75 von 385) der Teilnehmer waren bei der ersten Telefonprüfung aggressiv: verbal aggressiv 31% (N=23), körperlich aggressiv 12% (N=9), sowohl verbal als auch körperlich aggressiv 32% (N=24), nicht näher bezeichnetes aggressives Verhalten 25% (N=19).</p>				<p>Prädiktoren und Auslöser:</p> <p>... Kein Unterschied zwischen aggressiven und nicht aggressiven Patienten bezüglich stationärer Krankenhausaufenthalte, Ambulanzbesuchen und psychiatrischen Komorbiditäten.</p>			
NIELSSEN ET AL.							
AUSTRALIA		quantitativ	N= 88	»Reports of psychiatrists«	»peM«		»Various«
33	2007						
<p>Auswirkungen:</p> <p>... Tötungsmethoden waren Erstechen (60%), Zusammenschlagen oder Knüppeln (17%), Strangulieren, Erstickten oder Ertränken (11%), Verbrennen oder Verbrühen (7%), Erschießen mittels Schusswaffen (5%).</p>				<p>Prädiktoren und Auslöser:</p> <p>... 80% Männer, 41% Frauen hatten Substanzmissbrauch, 35% berichteten von akuter Intoxikation zum Zeitpunkt des Mordes, 58% berichteten von Halluzinationen in Form von Stimmenhören unmittelbar vor der Straftat, 32% waren der wahnhaften Überzeugung, durch das Opfer bedroht zu sein, 36% hatten wahnhafte Überzeugungen, dass das Opfer plane, sie zu töten, 18% glaubten, dass das Opfer der Teufel selbst sei und es verdient hatte zu sterben, 17% glaubten, dass die Person getötet werden müsse, um andere von Leiden zu bewahren, 24% glaubten, dass das Opfer ersetzt sei durch jemand anderen.</p>			

ELBOGEN ET AL.									
USA		quantitativ		N= 245	»Structured interviews for a randomized study«		»peM«	»Various«	
31	2005								
Auswirkungen: ... 19,2% der Stichprobe (N=47) gaben an, entweder an körperlichen Kämpfen teilgenommen zu haben oder verbale Drohungen mit einer tödlichen Waffe gegenüber einem Familienmitglied während des Jahres der Studie gemacht zu haben.				Prädiktoren und Auslöser: ... Prädiktoren: Substanzmissbrauch (OR 2,68 mit p=0,009), Gewalt in der Vergangenheit (OR 2,3 mit p=0,05)					
MCGRATH UND OYEBODE									
UK		quantitativ		N= 97	»Inquiry reports«		»peM«	»Various«	
30	2005								
Auswirkungen: ... Die üblichsten Methoden waren das Erstickchen (44%), Schlagen (21%), Strangulieren (13%), Hausbrand (9%), Verkehrsunfall (5%), gewaltsame Angriffe (2%), Ersticken (2%), Erschießen (2%), Verstümmelung (1%) und Sturz aus einer Höhe (1%).				Prädiktoren und Auslöser: ... Risikofaktoren waren: psychisch krank zum Zeitpunkt des Mordes (84%), Konsum von Alkohol zum Zeitpunkt des Mordes (35%), Substanzmissbrauch zum Zeitpunkt des Mordes (15%), unter psychiatrischer Medikation zum Zeitpunkt des Mordes (68%), fehlende Medikamentencompliance (56%).					
JOYAL ET AL.									
CANADA		quantitativ	qualitativ	N= 85	»Interviews and reports«			»BEIDE«	»Psychosis«
28	2004								
Auswirkungen: ... Fast die Hälfte (47%) der Täter hatten jemanden aus dem eigenen Haushalt angegriffen, einschließlich Eltern und Mitbewohner.				Prädiktoren und Auslöser: ... 60% der Morde in Folge von Wahrnehmungen und / oder Halluzinationen kurz zuvor oder diese bezogen sich direkt auf den Mord ... 83% der Patienten ohne antisocial personality disorder (APD) vs. 46% der Patienten mit APD, bei vorausgehender Auseinandersetzung oder Streit ... 9% ohne APD vs. 34% mit APD unter Alkoholintoxikation zum Zeitpunkt des Mordes					

ROBBINS ET AL.									
USA		quantita- tiv	qualita- tiv	N= 1136	»Secondary data analy- sis, interviews, records«			»BEIDE«	»Various«
24	2003								
Auswirkungen: ... Gewalttaten wie Tritte, Bisse, Verprügeln, Waffengebrauch hatten einen signifikant höheren Anteil bei Männern (52,4 % vs. 9,9 %). Bei anderen Handlungen wie Objekte werfen, drücken, greifen, schubsen, und schlagen hatten die Frauen einen signifikant höheren Anteil (79,9% vs. 25,5%).					Prädiktoren und Auslöser: ... Substanzmissbrauch: Männer 52,2% vs. Frauen 34,0 %				
DORE UND ROMANS									
NEW ZEALAND			qualita- tiv	N= 41	»Face-to-face interviews«	»A / B«			»Bipolar disorder«
18	2001								
Auswirkungen: ... „Einmal hat er mich auf den Boden geworfen und versucht, meinen Kopf zu stoßen.“, "Er hat mir einmal mit einer Kettensäge gedroht.", "Sie wollte mich gerade mit einem Küchenmesser erstechen, also schlug ich sie bewusstlos.", „Seine Feindseligkeit und seine bedrohliche Art mir gegenüber ist beunruhigend und manchmal beängstigend.“					Prädiktoren und Auslöser: ... Die Patienten waren distanziert (90%) während ihren Krankheitsphasen, sie waren leichter reizbar, wenn es ihnen nicht gut ging (80%).				
COHEN-MANSFIELD UND WERNER									
USA		quantita- tiv		N= 200	»Longitudinal study, interviews; questionnaires«			»BEIDE«	»Dementia«
16	1998								
Auswirkungen: ... Angehörige bewerteten das Aggressionslevel durchgehend höher als das Pflegepersonal.					Prädiktoren und Auslöser: ... Ein niedrigeres Maß an kognitiver Funktion (MMSE, Mini Mental Status Examination), ein höheres Maß an depressiven Affekten und ein Rückgang an sozialen Kontakten.				
TARDIFF ET AL.									
USA		quan- titativ	quali- tativ	N= 430	»Interviews, assess- ments«			»peM«	»Various«
11	1997								
Auswirkungen: ... Die Mehrzahl der Attacken waren Schlagen oder Kratzen und hinterließen Hämatome oder Kratzer.					Prädiktoren und Auslöser: ... Keiner der Patienten, der im Krankenhaus körperlich gewalttätig war, war nach der Entlassung gewalttätig.				

VADDADI ET AL.									
AUSTRALIA			qualita- tiv	N= 101	»Semi-structured interviews«		»BEIDE«	»Mental disor- ders«	
10	1997								
<p>Auswirkungen:</p> <p>... 15% der Pflegepersonen gaben an, in Angst vor ihren Verwandten zu leben, wobei alle diese Pflegepersonen Drohungen oder tatsächliche Körperverletzungen erfahren hatten. 79% der Betreuer hatten beim General Health Questionnaire (GHQ) -Werte von &gt;4, was auf ein erhebliches Maß an emotionalen und psychiatrischen Störungen hindeutet.</p>					<p>Prädiktoren und Auslöser:</p> <p>... Die Gesamtheit an erfahretem Missbrauch korrelierte positiv mit dem General Health Questionnaire (GHQ) -Wert der Angehörigen sowie mit der Anzahl der Missbrauchsarten. Die Korrelation zwischen dem Gesamtbelastungswert und der Gesamtanzahl des persönlichen Missbrauchs war hoch signifikant.</p>				
ASNIS ET AL.									
USA			quanti- tativ	qualita- tiv	N= 517	»Survey; semi-struc- tured interviews		»peM«	»Various«
9	1994								
<p>Auswirkungen:</p> <p>... Die Ziele der Mordversuche waren Vater (18%), Brüder (9%), Ehepartner oder Freundin (27%), Fremde (18%). Ein Messer war die häufigste Waffe, die in 45% der Versuche verwendet wurde.</p>					<p>Prädiktoren und Auslöser:</p> <p>... Gruppe mit Mordideen: höchste Werte in Depression, zwischenmenschlichem Einfühlungsvermögen und Psychotizismus. ... Gruppe mit Mordversuch: höchste Werte in zwischenmenschlichem Einfühlvermögen, Feindseligkeit und paranoide Ideen. ... Gruppe ohne mörderisches Verhalten: höchste Werte in Angst, Depression und Zwanghaftigkeit.</p>				
STRAZNICKAS ET AL.									
USA			quan- titativ		N= 581	»Retrospective chart review«		»peM«	»Various«
7	1993								
<p>Auswirkungen:</p> <p>...63 aggressive Patienten gegen Familienmitglieder: 43% (N=27) attackierten ein Elternteil, 38% (N=24) einen Ehepartner, 14% (N=9) die eigenen Kinder, 14% (N=9) die Geschwister oder andere Familienmitglieder.</p>					<p>Prädiktoren und Auslöser:</p> <p>... Sie waren jung, aber diejenigen, die ihre Kinder angegriffen hatten, waren deutlich älter. ... Singles, die ihre Eltern oder Bekannte angriffen, hatten paranoide Wahnvorstellungen, äußerten Behauptungen von sexueller Untreue und hatten Substanzmissbrauch.</p>				

HAMEL ET AL.								
CANADA		quantitativ	N= 213	»Questionnaires«	»BEIDE«	»Dementia«		
5	1990							
<p>Auswirkungen: ...Auch wenn die Mehrheit der Patienten sich zu einem Zeitpunkt aggressiv zeigte, die tatsächliche Frequenz war gering: nie 88,76%, irgendwann 3,09%, 1-3 Mal im Monat 1,72%, 1-6 Mal in der Woche 3,13%, mehr als 1 Mal pro Tag 1,45%.</p>				<p>Prädiktoren und Auslöser: ... Prämorbid Persönlichkeiten, größere Anzahl an Problemen, wie z.B. Gedächtnisschwierigkeiten.</p>				
KALUNIAN ET AL.								
USA		quantitativ	N= 195	»Retrospective chart review«	»peM«	»Various«		
4	1990							
<p>Auswirkungen: ... Patienten mit schizophrenen Störungen zeigten wie Patienten mit paranoiden Zuständen ein ähnliches Maß an Gewalt. Patienten mit senilen organisch psychotischen Zuständen übten signifikant häufiger körperliche Angriffe aus als andere Patienten.</p>				<p>Prädiktoren und Auslöser: ... Männer waren signifikant häufiger als Frauen an körperlichen Angriffen beteiligt.</p>				
SWAN UND LAVITT								
USA		quantitativ	N= 1156	»Questionnaires«	»A / B«	»Mental disorders«		
3	1988							
<p>Auswirkungen: ... 38,4% (N=444) aus der Stichprobe wurden als gewalttätig eingestuft ... 27,6% (N=319) waren nicht gewalttätig. Ergänzend berichteten Angehörige, dass 11,2% der Patienten in der Vergangenheit aggressiv waren, dies bis jetzt aber nicht mehr waren.</p>				<p>Prädiktoren und Auslöser: ... Sie waren jünger, hatten mehr Krankenhausaufweisungen, waren weniger gebildet und seltener berufstätig. ... Sie hatten einen erhöhten Alkoholkonsum und waren weniger „compliant“ mit der Medikation.</p>				
BINDER ET AL.								
USA		quantitativ	N= 300	»Medical records«	»peM«	»Various«		
2	1986							
<p>Auswirkungen: ... 15% (46 von 300) der Patienten haben innerhalb von zwei Wochen vor der Aufnahme eine andere Person angegriffen: 54% (N=25) davon haben ein Familienmitglied, 34% (N=10) einen Elternteil, 24% (N=7) einen Ehepartner, 21% (N=6) Geschwister, 10% (N=3) ein Kind, 10% (N=3) eine Nichte oder einen Neffen.</p>				<p>Prädiktoren und Auslöser: ... In Familien mit multiplem Vorkommen von Gewalt zeigt sich Gewalt als eine akzeptierte Form von Interaktion. Sie differenziert auch nach „Art der Familie“.</p>				

TARDIFF ET AL.								
USA		quanti- tativ		N= 2916	»Review of hospital re- cords«		»peM«	»Various«
1	1985							
Auswirkungen:  ... Kollektiv von Payne Whitney Clinic war aggressiv (N=50) und nicht aggressiv (N=2056), Kollektiv von Westchester Division war aggressiv (N=25) und nicht aggressiv (N=785). Ziele der Aggressionen waren Ehepartner (22% / 32 %), andere Familienmitglieder (33 % / 25 %) und andere Personen (45% / 37%).				Prädiktoren und Auslöser:  ... Sie waren jung und männlich.				

### 3.2.2 Studien nur mit Untersuchungsgegenstand „Auswirkungen“

Zu den Aussagen über Auswirkungen aggressiven Verhaltens aus den vorangegangenen 33 Studien kommen jetzt noch 26 Studien, die diesen Untersuchungsgegenstand allein untersuchten. Die Tabelle 10 listet diese auf.

Tabelle 10: Studien nur mit Untersuchungsgegenstand „Auswirkungen“ mit Autor(en), Studiennummer, Erscheinungsland, Studiendesign, Populationsgröße, Erhebungsmethode, Zielgruppe (A / B: Angehörige, Betreuungspersonen; peM: psychisch erkrankte Menschen; BEIDE: beide Zielgruppen), psychischer Erkrankung und ausgewählte Datendetails

Autor(en)									
Land		Design		Population (N=)	Erhebungsmethode	Zielgruppe			Psychische Erkrankung
Nummer	Jahr	quantitativ	qualitativ			»A / B«	»peM«	»BEIDE«	
<b>„ Ausgewählte Datendetails “</b>									
<b>Auswirkungen</b>									
<b>SOUSA ET AL.</b>									
<b>BRAZIL &amp; SPAIN</b>		quantitativ	qualitativ	N= 274	»Cross-sectional study; interviews and questionnaires«			»BEIDE«	»Dementia«
62	2016								
...Die Auswirkung Belastung wurde hier mit dem Zarit Burden Interview gemessen: Sowohl in der spanischen als auch in der brasilianischen Kohorte war ein hohes Level an Belastung mit neuropsychiatrischen Symptomen assoziiert (p<0,001).									
<b>CHATURVEDI ET AL.</b>									
<b>INDIA</b>		quantitativ	qualitativ		»Interviews«	»A / B«		»Psychosis«	
57	2014								
... Gewaltformen wie Schläge und Angriffe, Drohungen und Beleidigungen führten am häufigsten zu Belastungen der Angehörigen.									
<b>TAEMEEYAPRADIT ET AL.</b>									
<b>THAILAND</b>		quantitativ		N= 158	»Cross-sectional study questionnaires«		»BEIDE«	»Dementia«	
53	2014								
... Die Betreuungspersonen stufen die körperlichen Symptome der Patienten als gravierender ein als die psychologischen Symptome. Das Symptom, das die höchste Belastung verursachte, war Agitation / Aggression, gefolgt von Enthemmtheit, anomalem motorischem Verhalten und Schlafproblemen.									
<b>HANZAWA ET AL.</b>									
<b>KOREA</b>		quantitativ		N= 116	»Questionnaires«	»A / B«		»Psychosis«	
50	2013								
... Zarit Caregiver Burden Interview mit 8-items (ZBI-8 score) war signifikant höher für pflegende Familienangehörige, die Patientengewalt erfahren haben, als solche, die keine erfahren haben.									

ORNSTEIN ET AL.									
USA		quantitativ		N=160	»Six-year follow-up visits«			»BEIDE«	»Dementia«
47	2013								
<p>... Es zeigte sich, dass persistierende Agitation / Aggression über den Zeitraum von einem Jahr in einem Anstieg der depressiven Symptome der Betreuungspersonen resultiert (OR 1,76), auch wenn dieser Zusammenhang im angepassten (»adjusted«) Modell nicht länger signifikant war.</p>									
UEI ET AL.									
TAIWAN		quantitativ		N=162	»Cross-sectoral study questionnaires«			»BEIDE«	»Dementia«
46	2013								
<p>... Die Ergebnisse mehrerer Regressionsanalysen zeigten, dass die Häufigkeit der behavioralen Störungen von Menschen mit Demenz signifikant mit einer erhöhten Pflegebelastung assoziiert waren. Die häufigsten Verhaltenstypen waren Unruhe (2,38 in einem Bereich von 0 bis 4), Aggressivität (1,77) und unangemessenes Sexualverhalten (1,11).</p>									
CARRÀ ET AL.									
UK/ITALY		quantitativ		N=101	»Secondary data analysis, questionnaires«	»A / B«			»Psychosis«
45	2012								
<p>... Die Punktezahl für subjektive Belastungen bei Angehörigen mit hohem Expressed Emotion (EE) -Level war positiv mit gestörtem Verhalten assoziiert.</p>									
HUANG ET AL.									
TAIWAN		quantitativ		N=88	»Cross-sectional study, questionnaires«			»BEIDE«	»Dementia«
44	2012								
<p>... Agitation / Aggression zeigte eine statistisch signifikante positive Korrelation zwischen Symptommhäufigkeit und Neuropsychiatric Inventory-Distress- (NPI-D) -Score. Agitation / Aggression und Reizbarkeit / Affektlabilität zeigten statistisch signifikante Korrelationen zwischen Schweregrad der Symptome und NPI-D-Scores und zeigten eine signifikante Korrelation zwischen dem Produkt aus Häufigkeit und Schweregrad und dem NPI-D-Score.</p>									
UNWIN UND DEB									
UK		quantitativ	qualitativ	N=44	»Secondary data analysis, questionnaires«	»A / B«			»Intellectual disability«
42	2011								
<p>... Die Schwere der Aggressionen war stark positiv mit der Belastung der Betreuer / Angehörigen assoziiert. Außerdem zeigte sich, dass die Belastung signifikant höher unter jenen war, die sich um Patienten kümmerten, welche eine Woche vor der Bewertung körperliche Aggressionen zeigten. Arten von aggressivem Verhalten: verbale Aggression mit 79,1% (N=34), körperliche Aggression gegen andere mit 37,2% (N=16), Gewalt gegen sich selbst mit 41,9% (N=18), körperliche Aggressionen gegenüber Objekten mit 58,1% (N=25) und 9,3% (N=4) zeigten alle vier Arten der Gewalt.</p>									

JACKSON ET AL.								
UK		quantitativ		N= 222	»Questionnaire«	»A / B«		»Aquired brain injury«
39	2009							
... Für jemanden mit Aggressionsproblemen zu sorgen, prognostizierte ein signifikant höheres Level an Belastung, schlechtere Lebensqualität in allen Bereichen und schlechtere seelische Gesundheit.								
NDETEI ET AL.								
KENYA		quantitativ	qualitativ	N= 107	»Cross-sectional study, interviews, focus group discussions«			»BEIDE«
37	2009							
... Angehörige berichteten zwar, dass Patienten selten / manchmal (45,6%) körperlich gewalttätig wurden. Im Vergleich hierzu gaben 6,4% der Befragten immerwährende Aggressionen an, allerdings war die Belastung hierdurch trotzdem hoch. So bestätigten 44,2% ein hohes Level an Effekt / Auswirkungen durch die Aggressionen, wohingegen nur 19,5% der Befragten die Belastung als moderat einstufen.								
MATSUMOTO ET AL.								
JAPAN			qualitativ	N= 67	»Secondary data analysis, questionnaires«			»BEIDE«
34	2007							
... Agitation / Aggression, Wahnvorstellungen und Reizbarkeit / Affektlabilität wurden bei allen Probanden am häufigsten als schwerwiegende Belastung genannt.								
THOMPSON								
USA		quantitativ	qualitativ	N= 189	»Secondary data analysis, interviews«	»A / B«		»Various«
32	2007							
... Für gewalttätige Patienten mit schwerer psychischer Erkrankung zu sorgen, ist mit einem größeren Maß an finanzieller Beteiligung und mehr wahrgenommener finanzieller Belastung assoziiert.								
MEILAND ET AL.								
NETHERLAND		quantitativ		85	»Questionnaires«			»BEIDE«
29	2005							
... NPI-D-Wert: Agitation / Aggression (N=41) mit Mittelwert 3,3 und Enthemmung (N=34) mit Mittelwert 3,1 und Reizbarkeit (N=38) mit Mittelwert 3,3.								
HAZIF-THOMAS ET AL.								
FRANCE		quantitativ		N= 408	»Questionnaires«			»BEIDE«
26	2003							
...Frequenz der Klagen, die mit dem Vorkommen von unangemessenem motorischem Verhalten von dementen Patienten assoziiert sind: Agitation (OR 9,52), Wut, Gewalt, Aggressivität (OR 7,81), Enthemmtheit (OR 6,48)								

LAUBER ET AL.									
SWITZERLAND			qualitativ	N= 64	»Semi-structured interviews«	»A / B«			»Psychosis«
25	2003								
... 95% der Betroffenen zeigen ein störendes oder einschränkendes Verhalten. Beide Gesamtbelastungswerte (subjektiv und objektiv) hängen mit dem aggressiven Verhalten von Personen mit Schizophrenie zusammen.									
CALHOUN ET AL.									
USA			quantitativ	N= 71	»Questionnaires«			»BEIDE«	»Posttraumat. Stress Disorder«
22	2002								
... Symptome des Patienten und interpersonelle Gewalt waren signifikant mit erhöhten Belastungen des pflegenden Angehörigen verbunden.									
MIYAMOTO ET AL.									
JAPAN			quantitativ	N= 379	»Questionnaires«			»BEIDE«	»Dementia«
21	2002								
... In der Gruppe der mobilen, dementen Patienten zeigte sich u.a. durch Aggressionen eine erhöhte Belastung von pflegenden Angehörigen. In der Gruppe der nicht mobilen, dementen Patienten war dies nicht signifikant.									
MACINNES UND WATSON									
UK			qualitativ	N= 107	»In-depth interviews«	»A / B«			»Psychosis«
20	2002								
... Die drei am meisten beschriebenen Belastungen betrafen Ärger, Krankheitssymptomatik und Gewalt. In der forensischen Gruppe (vs. nicht forensische Gruppe) gab es etwas schwerere Belastungen, die möglicherweise auf die größere Anzahl gewalttätiger Vorfälle zurückzuführen sind.									
VADDADI ET AL.									
AUSTRALIA			qualitativ	N= 101	»Semi-structured interviews«			»BEIDE«	»Psychosis«
19	2002								
... Bei emotionalem Stress und Missbrauch sowie Gesamtbelastung und Missbrauch gab es jeweils eine sehr signifikante Korrelation.									
MARSH ET AL.									
NEW ZEALAND			quantitativ	N= 69	»Questionnaires (at 6 months and 1 year) «	»A / B«			»Traumatic brain Injury«
15	1998								
... 6 Monate nach schwerer traumatischer Hirnverletzung zeigt sich Aggression mit niedriger Frequenz (28 %), jedoch war sie für die pflegenden Angehörigen am stärksten belastend.									

NAGARATNAM ET AL.									
AUSTRALIA		quantitativ	qualitativ	N= 90	»Interviews, assessments«			»BEIDE«	»Dementia«
14	1998								
... Am störendsten waren die unkontrollierten Anfälle von verbaler Aggression (59%), welche meistens an die Betreuungspersonen adressiert waren.									
STEADMAN ET AL.									
USA		quantitativ		N= 1136	»Questionnaires, records«			»BEIDE«	»Mental disorders«
13	1998								
... Der einzige signifikante Unterschied zwischen Patienten- und Gemeindekollektiv bezüglich Gewalt ist, dass Patientengewalt mehr erzwungenen Sex und weniger Drohungen mit Waffen / Waffengebrauch beinhaltete.									
VICTOROFF ET AL.									
USA		quantitativ		N= 35	»Questionnaires«			»BEIDE«	»Dementia«
12	1998								
... Hoch signifikante Beziehung zwischen Patientenunruhe / Agitation und Angehörigenbelastung und -depression (interrater reliability (Konkordanzen) $r = 0,59$ für die Belastung $r = 0,61$ für die Depression)									
REIS ET AL.									
CANADA		quantitativ	qualitativ	N= 213	»Questionnaires, open-ended question«			»BEIDE«	»Dementia«
8	1994								
... Weibliche Betreuer, die für aggressivere und stärker beeinträchtigte Angehörige sorgten, empfanden die Pflege belastender.									
GOPINATH ET AL.									
INDIA		quantitativ		N= 62	»Assessments«	»A / B«			»Psychosis«
6	1992								
... Verhalten, das am meisten Leid bei den Angehörigen der Patienten hervorrief, war aggressives oder psychotisches Verhalten. Es war aber nicht signifikant.									

### 3.2.3 Studien nur mit Untersuchungsgegenstand „Prädiktoren bzw. Auslöser“

Von den 67 Studien untersuchte ein relativ kleiner Anteil von 8 Studien nur Prädiktoren bzw. Auslöser von aggressivem Verhalten. Diese werden in Tabelle 11 aufgelistet.

Tabelle 11: Studien nur mit Untersuchungsgegenstand „Prädiktoren beziehungsweise Auslöser“ mit Autor(en), Studiennummer, Erscheinungsort, Studiendesign, Populationsgröße, Erhebungsmethode, Zielgruppe (A / B: Angehörige, Betreuungspersonen; peM: psychisch erkrankte Menschen; BEIDE: beide Zielgruppen), psychischer Erkrankung und ausgewählte Datendetails

Autor									
Land		Design		Population (N=)	Erhebungsmethode	Zielgruppe			Psychische Erkrankung
Nummer	Jahr	quantitativ	qualitativ			»A / B«	»peM«	»BEIDE«	
<b>„Ausgewählte Datendetails“</b> Prädiktoren, Auslöser									
<b>FOWLER ET AL.</b>									
USA			qualitativ	N= 3	»Intervention study; three case studies«			»BEIDE«	»Dementia«
59	2015								
<p>... Mögliche Ursachen waren Schmerzen, Geräusche, Gesichtsausdrücke, Verhaltensänderungen und Unruhe.</p>									
<b>KAUFMANN UND NEWMAN</b>									
USA			qualitativ	N= 1	»Case analysis«		»peM«		»Dementia«
55	2014								
<p>... „Er war der Überzeugung, dass seine Frau vermisst wurde, während eine andere Frau ihren Platz eingenommen habe (Capgras-Syndrom).“</p>									
<b>DUXBURY ET AL.</b>									
UK			qualitativ	N= 8	»Focus groups«	»A / B«			»Dementia«
51	2013								
<p>... „Er tat es, weil er wirklich frustriert war. Er versuchte mir etwas zu sagen, aber natürlich verstand ich es nicht und dann wurde er wirklich wütend, weil ich nicht verstand, was er zu mir sagte. Leichte Persönlichkeitszüge verstärkten sich. Meine Mutter hat Veränderungen noch nie gemocht und so ist jetzt jede Veränderung gleich ein großes Thema.“</p>									

RAVEENDRANATHAN ET AL.									
INDIA			qualitativ	N= 100	»Semi-structured interviews«	»A / B«			»Various«
43	2012								
... 78% hatten einen Gewaltvorfall im Vormonat.									
BALL ET AL.									
USA		quantitativ		N= 171	»Secondary data analysis telephone screen; follow-up's«			»BEIDE«	»Dementia«
41	2010								
...Es zeigte sich kein Zusammenhang zwischen den Gesamtwerten von Gemeinsamkeit (»mutuality«) und Patientenaggression.									
REID									
USA			qualitativ	N= 8	»Cases«			»BEIDE«	»Various«
27	2004								
... „Er gab das Töten zu, bestand aber darauf, dass das Opfer nicht seine Mutter war und dass das Monster sie vor vielen Jahren ersetzt hatte.“ Diese Dynamik aus kombiniertem realem und narzisstischem Verlust, oft mit dem Gefühl großer Erniedrigung, ist bei Männern üblich, die ihre Frauen töten.									
WEIZMANN-HENELIUS ET AL.									
FINLAND			qualitativ	N= 61	»Semi-structured interviews«		»peM«		»Personality Disorder«
23	2003								
... Frauen, die gewalttätig gegen nahestehende Bezugspersonen / Angehörige waren, waren älter zum Zeitpunkt des Angriffes (N=37), hatten eine größere Anzahl an Kindern (87,5%), einen höheren Schulabschluss (29,2%), waren berufstätig (33,3%), pflegten einen geringeren Gebrauch von Alkohol und illegalen Drogen (50,0% / 16,7 %), hatten weniger vorausgehende gewalttätige Straftaten (25,0%) als Frauen, die einen Bekannten oder einen Fremden angriffen.									
VALEVS.KI ET AL.									
ISRAEL		quantitativ		N= 33	»Questionnaire, records «		»peM«		»Psychosis«
17	1999								
... Gruppe mit schizophrenen Patienten mit Tötungsdelikten gegen Gruppe Schizophrener ohne Tötungsdelikte: mehr vorangehende aggressive Drohungen (45,5% vs. 0,0%), mehr vorangehende aggressive Taten (66,0% vs. 28,6%), mehr vorangehende Polizeikontakte (27,3% vs. 3,6%), mehr Alkoholmissbrauch (38% vs. 7%), mindestens einen Eintrag, der mit Aggressionen assoziiert ist (91% vs. 28%).									

### 3.3 Deskription der Untersuchungsgegenstände

#### 3.3.1 »Burden« und »Violence«

Die Tabelle 12 zeigt die Verteilung der Studien, die Aussagen zu den Auswirkungen von aggressivem Verhalten machen. Eine zweifache Thematisierung ist möglich.

Tabelle 12: Absolute und prozentuale Verteilung der Untersuchungsgegenstände »burden« und »violence« in den Studien, \*) zweifache Behandlung ist möglich.

Untersuchungsgegenstände	Anzahl	in %
»burden«	31*	46,3 %
»violence«	41*	61,2 %

#### »Burden«

Um die gesamte Vielfalt von Belastungen durch aggressives Verhalten zu ordnen, wird oft eine Einteilung in subjektive und objektive Belastung verwendet. Unter objektive Belastungen sollen verifizierbare und beobachtbare Ereignisse oder Umstände fallen, als subjektiv werden Gefühle und Emotionen gesehen; hier ist die explizite Nennung der Emotion gemeint. Da dies von der Art der Messung abhängig ist, versucht die Übersichtsarbeit eine Aufteilung in gesundheitlich / emotional sowie sozial / wirtschaftlich. Wenn die Belastung nicht einzuordnen ist, entfällt die Zuweisung.

*Gesundheitliche und emotionale Belastungen:* Es wird eine breite Palette von Gefühlen und Emotionen erfasst. Gemeint sind Schuldgefühle, Ungewissheit, Zwiespalt, Hass, Wut, Sympathie, Verlustängste, Einsamkeit, Hoffnung und Enttäuschung, Gefühl der Hilflosigkeit und vieles mehr. Sie werden durch die wörtliche Beschreibung durch die Angehörigen explizit genannt. Gleiches gilt für die gesundheitlichen Belastungen wie zum Beispiel depressive Symptome und Schlafmangel.

*Soziale und wirtschaftliche Belastungen:* Hierunter fallen alle Aussagen über regelmäßige Unterstützung bei Aktivitäten des alltäglichen Lebens (»household routine«), Zeitaufwand, finanzielle Belastungen (»finances«) und Beeinträchtigung des sozialen Lebens (»family relations«, »social relations«).

## »Violence«

Gewalt wird in verbaler, psychischer, physischer, sexueller und finanzieller Form unterschieden. Tötung erfährt eine gesonderte Nennung.

*Verbale Gewalt:* Verbale Aggressionen zeigen sich z.B. in Form von: ... macht laute Geräusche, ... schreit wütend, ... beleidigt auf persönlicher Ebene, ... bössartige Flüche, ... benutzt unflätige Sprache oder ... droht mit Gewalt.

*Psychische Gewalt:* Psychischer Missbrauch beinhaltet u.a. Kritik, Zerstörung von Eigentum und Gewaltdrohungen. Hier besteht ein fließender Übergang zur verbalen Gewalt.

*Physische Gewalt:* Als aggressives Verhalten werden zum Beispiel folgende Taten genannt: beißen, grapschen, treten, spucken, stoßen, schlagen, kratzen, Gegenstände werfen und Verletzungen. Als Verletzungen werden genannt: gebrochene Knochen, luxierte Gelenke, bewusstlos werden, Körperteile kneifen, Körperteile schneiden, Blutergüsse, Gegenstand steckt in einem Körperteil fest, Verbrennung, Verbrühung, Vergiftung und innere Verletzungen.

*Tötung:* Hierunter fallen Tötungsdelikte. Es werden aber auch Mordgedanken und Mordversuche, falls im Zuge der Nennung des Deliktes erwähnt, miteingeschlossen. Am häufigsten erfolgt die Tötung durch eine Messerstecherei. Weitere Arten sind Erschlagen, Verprügeln, Strangulieren, Erstickten, Ertränken, Verbrennen, Verbrühen, durch Erschießen, Verkehrsunfall, gewalttätige Attacke, Verstümmelung und Stoßen aus einer großen Höhe.

*Sexuelle Gewalt:* Sexuelle Gewalt beinhaltet unter anderem sexuelle Einschüchterung, Belästigung, sexuelle Übergriffe, Vergewaltigungen, erzwungenen Sex und sexuelle Aggression in Form von beispielsweise übermäßig hartnäckigem Umarmen und Küssen, Berühren von Körperteilen und obszöne Gesten.

*Finanzieller Missbrauch:* Geld und Eigentum werden missbräuchlich verwendet. *Gewalt wird nicht weiter differenziert:* In diesen Studien geht es um Angriffsverhalten, Impulsivität, Agitation, Aggression und »Dementia Behavior Disturbance«.

Die psychisch erkrankten Menschen im häuslichen Bereich müssen nicht in Behandlung sein. Bei möglicher ambulanter Behandlung spricht man von »out-patients«.

Ein Eindruck über den Einfluss der Erkrankung auf die eingeschlossenen Studien soll die Tabelle 13 geben. Sie ordnet die Studien den **Auswirkungen und den psychischen Erkrankungen** zu.

Tabelle 13: Studien verteilt nach psychischen Erkrankungen und Auswirkungen («burden» und »violence«)

	<b>Auswirkungen</b>	
<b>Psychische Erkrankungen</b>	<b>»burden«</b>	<b>»violence«</b>
<b>»Dementia«</b>	[62, 53, 49, 47, 46, 44, 34, 29, 26, 21, 14, 12, 8]	[52, 52, 46, 40, 35, 34, 16, 14, 5]
<b>»Psychosis «</b>	[67, 57, 50, 45, 38, 25, 20, 19, 6]	[65, 56, 50, 38, 36, 28, 25, 20, 19]
<b>»mentally disorder«</b>	[61, 37, 10)	[61, 54, 13, 10, 3]
<b>»Intellectual disability«</b>	[15]	[15]
<b>»Personality disorder«, »Post-traumatic Stress Disorder«, »Bipolar Disorder«</b>	[18] [42] [22]	[18] [42]
<b>»Acquired Brain injury / Traumatic brain injury«</b>	[39]	
<b>»Various«</b>	[32]	[66, 64, 63, 33, 31, 30, 24, 11, 9, 7, 4, 2, 1]

### 3.3.2 »Perpetrator -, victim - and interaction factors«

Die Mehrzahl der Studien berichten über Risikofaktoren und Auslöser, die dem erkrankten Menschen als Täter zugeordnet sind. Mehr als ein Drittel der Studien beschrieben aber auch die Entstehung der Auswirkungen durch die Interaktion mit den Angehörigen bzw. Betreuungspersonen. Die »victim factors« aus den Studien beschreiben die betroffenen Angehörigen und ihr Handeln als Risikofaktor und

Auslöser. Die Tabelle 14 zeigt die dreigliedrige Zurechnung. Die Summe der Studien ist größer als 67, weil einige Studien mehrere Aspekte erfassen.

Tabelle 14: Verteilung der Studien nach »perpetrator -, victim -, interaction factors«, \*) Mehrfachnennungen sind in den Studien möglich.

	Anzahl	in %
<b>»perpetrator factors«</b>	36*	53,7%
<b>»victim factors«</b>	20*	29,9%
<b>»interaction factors«</b>	23*	34,3%

Die Tabelle 15 listet die Täter-, Opfer- und interaktionellen Risikofaktoren für die jeweilig gemessenen Auswirkungen aus den quantitativen Studien auf.

Die signifikanten Risikofaktoren sind **fett** gekennzeichnet. Die aufgeführte Erhebungsmethode der Studie gibt einen Hinweis zur Einordnung der Signifikanz. Die Zahlen der insgesamt untersuchten Risikofaktoren in den Studien werden den Zahlen der als signifikant festgestellten Risikofaktoren gegenübergestellt. Am Ende der Tabelle sind die Anteile der signifikanten an den untersuchten »perpetrator-, victim - and interaction factors« in Prozent ermittelt.

Tabelle 15: Risikofaktoren der Studien aus quantitativem Design mit der untersuchten und signifikanten Anzahl. Die signifikanten Risikofaktoren sind **fett** gekennzeichnet. Die aufgeführte Erhebungsmethode der Studie gibt einen Hinweis zur Einordnung der Signifikanz. Am Ende wird die Summe der untersuchten und signifikanten Risikofaktoren ermittelt. Daraus errechnet sich der Anteil der signifikanten an den untersuchten Risikofaktoren in Prozent. Die Summen und der prozentuale Anteil werden sowohl für die »perpetrator factors«, »victim factors«, »interaction factors« und als gesamte Größe ermittelt.

		Erhebungsmethode		
Studie	Risikofaktoren	»perpetrator factors«:	untersucht	signifikant
		»victim factors«:		
		»interaction factors«:		
66	<b>»Secondary data analysis (63), online-survey«</b>			
	<b>Körperliche Misshandlung</b> »perpetrator factors«: jüngeres Alter ( $\leq 36$ ); männliches Geschlecht; keine Vollzeitbeschäftigung; niedrigeres jährliches Einkommen ( $\leq 10.000$ €); Diagnose schizophrener Formenkreis oder Bipolare Störung; Konsum von illegalen Drogen in den letzten 6 Monaten; Regelmäßiger Konsum von Alkohol in den letzten Monaten; früher Krankheitsbeginn ( $\leq 20$ . Lebensjahr); Psychiatrische Hospitalisation im letzten Jahr; regelmäßige Einnahme von Medikation in den letzten 6 Monaten; regelmäßige psychische Behandlung in den letzten 6 Monaten; Verhaftung in der Vergangenheit	12	0	
	»victim factors«: jüngeres Alter ( $\leq 61$ ); niedriges jährliches Einkommen ( $\leq 80.000$ €); Diagnose einer psychischen Erkrankung; Elternschaft	4	0	
	»interaction factors«: regelmäßige finanzielle Unterstützung ( $\geq 4$ ); mehr Fürsorge gegenüber dem Patienten ( $\geq 11$ ); mehr Fürsorge gegenüber dem Befragten ( $\geq 1$ x/ Monat); <b>Zusammenwohnen</b> ; persönlicher Kontakt ( $\geq 1$ x/ Woche); <b>mehr Grenzen gegenüber dem Patienten setzen</b> ( $\geq 7$ ); stellvertretender Zahlungsempfänger für den Patienten sein; inoffizielles Geldmanagement für den Patienten	8	2	
	<b>Finanzielle Misshandlung</b> »perpetrator factors«: jüngeres Alter ( $\leq 36$ ); männliches Geschlecht; keine Vollzeitbeschäftigung; niedrigeres jährliches Einkommen ( $\leq 10.000$ €); Diagnose schizophrener Formenkreis oder Bipolare Störung; <b>Konsum von illegalen Drogen in den letzten 6 Monaten</b> ; Regelmäßiger Konsum von Alkohol in den letzten Monaten; früher Krankheitsbeginn ( $\leq 20$ . Lebensjahr); Psychiatrische Hospitalisation im letzten Jahr; regelmäßige Einnahme von Medikation in den letzten 6 Monaten; regelmäßige psychische Behandlung in den letzten 6 Monaten; Verhaftung in der Vergangenheit	12	1	
	»victim factors«: jüngeres Alter ( $\leq 61$ ); niedriges jährliches Einkommen ( $\leq 80.000$ €); Diagnose einer psychischen Erkrankung; Elternschaft	4	0	

	<p>»interaction factors«: regelmäßige finanzielle Unterstützung (≥4); mehr Fürsorge gegenüber dem Patienten (≥11); mehr Fürsorge gegenüber dem Befragten (≥1x/ Monat); Zusammenwohnen; persönlicher Kontakt (≥1x/ Woche); <b>mehr Grenzen gegenüber dem Patienten setzen (≥7); stellvertretender Zahlungsempfänger für den Patienten sein</b>; inoffizielles Geldmanagement für den Patienten</p>	8 unter- sucht	<b>2</b> <b>signifi- kant</b>
	<p><b>Psychische Misshandlung</b> »perpetrator factors«: jüngeres Alter (≤36); männliches Geschlecht; keine Vollzeitbeschäftigung; niedrigeres jährliches Einkommen (≤10.000\$); Diagnose schizophrener Formenkreis oder Bipolare Störung; Konsum von illegalen Drogen in den letzten 6 Monaten; regelmäßiger Konsum von Alkohol in den letzten Monaten; früher Krankheitsbeginn (≤20. Lebensjahr); Psychiatrische Hospitalisation im letzten Jahr; regelmäßige Einnahme von Medikation in den letzten 6 Monaten; regelmäßige psychische Behandlung in den letzten 6 Monaten; Verhaftung in der Vergangenheit</p>	12 unter- sucht	<b>0</b> <b>signifi- kant</b>
	<p>»victim factors«: jüngeres Alter (≤61); niedriges jährliches Einkommen (≤80.000\$); Diagnose einer psychischen Erkrankung; Elternschaft</p>	4 unter- sucht	<b>0</b> <b>signifi- kant</b>
	<p>»interaction factors«: <b>regelmäßige finanzielle Unterstützung (≥4); mehr Fürsorge gegenüber dem Patienten (≥11); mehr Fürsorge gegenüber dem Befragten (≥1x/ Monat); Zusammenwohnen; persönlicher Kontakt (≥1x/ Woche); mehr Grenzen gegenüber dem Patienten setzen (≥7); stellvertretender Zahlungsempfänger für den Patienten sein</b>; inoffizielles Geldmanagement für den Patienten</p>	8 unter- sucht	<b>4</b> <b>signifi- kant</b>
	<b>»Questionnaires«</b>		
65	<p><b>Körperliche Gewalt</b> »perpetrator factors«: Alter; <b>Geschlecht weiblich; keine Beschäftigung; Anzahl an Hospitalisationen: 3 oder mehr</b>; Zusammenwohnen; Medikamenten-Compliance; Arztbesuche, Psychiater (regelmäßig, unregelmäßig); <b>Nutzen von Rehabilitationsmaßnahmen nicht genutzt; Tage pro Monat, an denen der Patient zu einer anderen Person spricht (≤3 oder &gt;3)</b></p>	9 unter- sucht	<b>5</b> <b>signifi- kant</b>
	<p>»victim factors«: Alter; Geschlecht (Vater oder Mutter); <b>Haushaltseinkommen (&lt; \$20 K US, \$20-40 K US, über \$40 K US)</b>; Arztbesuche, Psychiater; Arztbesuche, allgemein; Teilnahme an Familiengruppen</p>	6 unter- sucht	<b>1</b> <b>signifi- kant</b>
	<p>»interaction factors«: <b>FAS (Family Attitude Scale) (hoch ≥60 oder niedrig &lt;60)</b>; Haltung zueinander (0-4): Der Patient ist wichtig für mich; Ich werde von dem Patienten respektiert; <b>Geldmanagement (zuständig, andere)</b></p>	4 unter- sucht	<b>2</b> <b>signifi- kant</b>
	<b>»Interviews, records«</b>		
64	<p><b>Gewalttätiges Ereignis</b> »perpetrator factors«: <b>Geschlecht weiblich; Zeitpunkt nach der Krankenhausentlassung</b>; Medizinische Behandlung; Medikamenten-Compliance; Art der Behandlung</p>	5 unter- sucht	<b>2</b> <b>signifi- kant</b>

			»Online survey«	
63	<b>Gewaltsame Viktimisierung</b> <i>»perpetrator factors«:</i> jüngeres Alter (<37); männliches Geschlecht; keine Vollzeitbeschäftigung; <b>niedrigeres jährliches Einkommen (≤10.000\$)</b> ; Diagnose schizophrener Formenkreis oder Bipolare Störung; <b>Konsum von illegalen Drogen in den letzten 6 Monaten</b> ; regelmäßiger Konsum von Alkohol in den letzten Monaten; früher Krankheitsbeginn (<20. Lebensjahr); <b>psychiatrische Hospitalisation im letzten Jahr</b> ; regelmäßige Einnahme von Medikation in den letzten 6 Monaten; regelmäßige psychische Behandlung in den letzten 6 Monaten; Verhaftung in der Vergangenheit	12 unter- sucht	3 <b>signifi- kant</b>	
	<i>»victim factors«:</i> <b>jüngeres Alter (&lt;53); keine Vollzeitbeschäftigung; niedriges jährliches Einkommen (&lt;60.000\$); Diagnose einer psychischen Erkrankung</b>	4 unter- sucht	4 <b>signifi- kant</b>	
	<i>»interaction factors«:</i> Eltern sein; regelmäßige finanzielle Unterstützung (>2); mehr Fürsorge gegenüber dem Patienten (>10); Zusammenwohnen; persönlicher Kontakt (≥1x/ Woche); <b>mehr Grenzen gegenüber dem Patienten setzen (&gt;7); stellvertretender Zahlungsempfänger für den Patienten sein; inoffizielles Geldmanagement für den Patienten</b>	8 unter- sucht	3 <b>signifi- kant</b>	
»Secondary data analysis, mail survey«				
58	<b>Gewalt</b> <i>»perpetrator factors«:</i> Geschlecht (männlich)	1 unter- sucht	1 <b>signifi- kant</b>	
	<i>»victim factors«:</i> Familienmitglied (Vater und Brüder)	1 unter- sucht	1 <b>signifi- kant</b>	
»Data analysis of a long study assessments over 2 years«				
49	<b>Aggressives Verhalten</b> <i>»perpetrator factors«:</i> <b>schlimmster Schmerz über 4 Wochen</b> ; Depression; Schweregrad der Demenz; <b>Agitation (nicht aggressive körperliche Agitation); Wandel in der Agitation steigend</b>	5 unter- sucht	3 <b>signifi- kant</b>	
	<i>»victim factors«:</i> <b>Angehörigen Belastung</b>	1 unter- sucht	1 <b>signifi- kant</b>	
	<i>»interaction factors«:</i> <b>Wandel in der Gemeinsamkeit (»mutuality«) bzw. Angehörigen-Patienten-Verhältnis (gut / schlecht)</b>	1 unter- sucht	1 <b>signifi- kant</b>	

48	»homicide cases, reports; questionnaires«		
	<b>Häuslicher Mord an</b> <i>»perpetrator factors«:</i> <b>Geschlecht männlich*</b> ; <b>Alter (älter)*</b> ; ethnisch-rassistische Minderheit; <b>Beschäftigungsstatus (arbeitslos/berufstätig*)</b> ; Beziehungsstatus; <b>Vorstrafen (weniger)</b> ; <b>Psychische Erkrankung</b> (ohne Substanzabhängigkeit); <b>Symptome einer psychischen Erkrankung während des Deliktes</b> ; <b>Substanz-Abhängigkeit bzw. missbräuchlicher Gebrauch vor Delikt (weniger)</b> ; <b>Selbstverletzungsvorgeschichte (weniger)*</b> ; <b>Kontakt zu einer medizinischen Einrichtung (letztes Jahr vor Delikt)</b> ; keine Medikamenten-Compliance	Fami- lie          intime Part- ner	7 <b>signifi- kant</b>          10* <b>signifi- kant</b>
41	»Secondary data analysis telephone screen, follow-up's«		
	<b>Gemeinsamkeit initial und über die Zeit (»mutuality«) als Prädiktor für die psychosoziale Funktion: Depression, Schmerz (jetzt), Genuss an angenehmen Veranstaltungen, Frequenz an angenehmen Veranstaltungen, Angehörigenbelastung, Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Aggression</b> <i>»interaction factors«:</i> keine Beziehung zwischen Gemeinsamkeit und Aggression! ABER: Ein Anstieg der Gesamt-Gemeinsamkeit über eine Periode von 4 Monaten war signifikant mit weniger Angehörigen-Belastung und weniger Patienten-Aggression assoziiert.	1 unter- sucht	0 <b>signifi- kant</b>
40	»Data analysis from cross-sectoral study, interviews«		
	<b>Beleidigendes Verhalten / Misshandlung</b> <i>»perpetrator factors«:</i> <b>Geschlecht männlich</b> ; <b>Ethnische Zugehörigkeit</b> (weiß US oder andere); <b>Beeinträchtigungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens</b>	3 unter- sucht	3 <b>signifi- kant</b>
	<i>»victim factors«:</i> Geschlecht; Ethnische Zugehörigkeit (weiß US oder andere); Beziehung zu dem Patienten (Partner / Ehepartner, Kind, Freund / anderer Verwandter); <b>dysfunktionale Coping-Strategien</b>	4 unter- sucht	1 <b>signifi- kant</b>
<i>»interaction factors«:</i> <b>Beziehung, aktuell und vergangene, mit dem Patienten (weniger) wertschätzend</b>	1 unter- sucht	1 <b>signifi- kant</b>	
38	»Questionnaires«		
	<b>Aggression – Vergleich von Charakteristika bei keiner / milder Aggression und moderater / schwerer Aggression</b> <i>»perpetrator factors«:</i> Beziehung zu Angehörigem (Nachwuchs, Geschwister, Eltern); Geschlecht; Erkrankung (Schizophrenie, Schizoaffektive Störung, andere); Hospitalisation in den letzten 12 Monaten; <b>Symptome (affektiv, antisozial, interpersonell, negative, psychotisch)</b>	5 unter- sucht	1 <b>signifi- kant</b>
<i>»victim factors«:</i> <b>durchschnittliche Tage pro Monat Kontakt zu Patienten; dysfunktionale Coping-Strategien</b>	2 unter- sucht	2 <b>signifi- kant</b>	

	<p>»interaction factors«: DASS (depression-anxiety-stress-scale); POPAS (perception of prevalence of aggression scale); <b>Beziehung aktuelle und vergangene, wenig wertschätzend</b></p>	3 unter- sucht	1 <b>signifi- kant</b>
	»Survey, questionnaires«		
36	<p><b>Physischer und psychologischer Angriff</b> »perpetrator factors«: TCO-Symptome (Threat-Control-Override-Symptome)</p>	1 unter- sucht	1 <b>signifi- kant</b>
	<p>»victim factors«: kritisierende Kommentare durch Angehörige</p>	1 unter- sucht	1 <b>signifi- kant</b>
	»Telephone screening, assessments«		
35	<p><b>Aggression</b> »perpetrator factors«: Alter; Beziehungsstatus; Demenz-Typ; Medizinische Co-Morbidität; stationärer Krankenhausaufenthalt; ambulante Behandlung; psychiatrische Co-Morbidität</p>	7 unter- sucht	0 <b>signifi- kant</b>
	»Reports of psychiatrists«		
33	<p><b>Mord</b> »perpetrator factors«: Alter (Durchschnitt 33,4 Jahre); Geschlecht weiblich 19% und männlich 81%; vorangehende Straftaten (35%); Symptome in Prodromal-Phase; Akut-Phase, in der der Mord passiert; Substanz-Missbrauch; Beziehung zwischen Symptomen und dem Angriff; Beziehung zum Opfer; Kontakt zu psychischer Behandlung vor dem Angriff (48%)</p>	9 unter- sucht	9 <b>signifi- kant</b>
	»Structured interviews for a randomized study«		
31	<p><b>Gewalt in Familien</b> »perpetrator factors«: Alter; Geschlecht, männlich; Ethnie, schwarz; GAF (Global Assessment of Functioning Scale); <b>Substanz-Missbrauch</b>; Psychiatrische Erkrankung; Anzahl an Gewalt über das Jahr; Gewalt in der Vergangenheit</p>	8 unter- sucht	1 <b>signifi- kant</b>
	<p>»interaction factors«: <b>Übernahme der Aufgabe als Stellvertreter</b>; Familienkontakte (&gt; Median)</p>	2 unter- sucht	1 <b>signifi- kant</b>
	»Inquiry reports«		
30	<p><b>Mord</b> »perpetrator factors«: psychisch krank (84%); Alkoholkonsum (35%); <b>Substanzmissbrauch (15%)</b>; psychiatrische Medikation (60%); <b>Medikamenten-Incompliance (56%)</b></p>	4 unter- sucht	4 <b>signifi- kant</b>

			2 unter- sucht	2 <b>signifi- kant</b>
	»Interviews and reports«			
28	<b>Mord, durch Personen mit Schizophrenie</b> <i>»perpetrator factors«:</i> Schizophrenie-Typ: paranoide; andere; Trigger-Elemente: Psychotische Symptome: Wahnvorstellungen, Verfolgung, Größenwahn, Religiosität, Gedankeneingebung, Wahnwahrnehmung, Halluzinationen: Kommentierende, andere auditorische, visuelle; <b>Streit/ Auseinandersetzungen*</b> ; andere Gründe; <b>Intoxikation</b>	mit antisozialer Persönlichkeitsstörung	5 unter- sucht	2* <b>signifi- kant</b>
		ohne antisozialer Persönlichkeitsstörung		1 <b>signifi- kant</b>
	»Secondary data analysis, interviews, records«			
24	<b>Gewalt, Unterschiede bei verschiedenen psychischen Erkrankungen und im Geschlecht</b> <i>»perpetrator factors«:</i> <b>Geschlecht (Männer 52% und Frauen 34%);</b> Erkrankung: Depression, Schizophrenie, Bipolare Störung, Andere Psychosen, Persönlichkeitsstörungen und <b>Alkohol- / Drogenabhängigkeit</b>		2 unter- sucht	2 <b>signifi- kant</b>
	»Semi-structured interviews«			
23	<b>Gewaltsame Straftaten durch weibliche Täterinnen an nahestehenden Personen / Bekannten / Fremden</b> <i>»perpetrator factors«:</i> verheiratet; <b>Kinder, größere Anzahl (78%/86%/27%);</b> Bildung: Elementary School, <b>Secondary School (30%/0%/7%),</b> High School; <b>berufstätig (33%/14%/0%);</b> arbeitslos; körperliche Misshandlung; psychologische Misshandlung; sexuelle Misshandlung; <b>weniger Drogen-Missbrauch (17%/60%/46%); weniger Alkohol-Missbrauch (24%/55%/53%); weniger vorangehende gewalttätige Straftaten (25%/55%/53%);</b> vorangehende nicht-gewalttätige Straftaten, psychiatrisch-ambulanter Patient; psychiatrisch-stationärer Patient, Suizidversuche		15 unter- sucht	6 <b>signifi- kant</b>

	<p>»interaction factors«:  <b>Streit mit dem Opfer (5%/19%/5%); Streit während des Alkoholtrinkens (19%/27%/33%); tiefe Konflikte in der Beziehung (8%/0%/0%), Eifersucht (8%/4%/0%); Verteidigung in gewaltsamen Situationen (11%/4%/0%); sexuelle Belästigung (3%/8%/6%); langjährige körperliche Misshandlung (5%/0%/0%); langjährige psychologische Misshandlung (11%/5%/0%); Rache (0%/19%/17%); Lösen von anderen Problemen(14%/4%/17%); gesundheitliche Probleme des Erkrankten (14%/4%/17%); „kann es nicht sagen“ (3%/4%/0%)</b></p>	12 unter- sucht	<b>12 signifi- kant</b>
17	<p style="text-align: right;">»Questionnaire, records «</p> <p><b>Risikofaktoren: Vergleich mit Tötungsdelikten / ohne Tötungsdelikte</b>  »perpetrator factors«:  Erfahrungen von Kindesmissbrauch; als Kind, arme / isolierte Verhältnisse; psychomotorische Entwicklungsabnormitäten; keine Beschäftigung (Arbeit, Teilzeit, Rehabilitation); &gt;1 verpflichtende Hospitalisationen; vorangehender Suizidversuch; <b>vorangehende aggressive Drohungen (46%/0%); vorangehende aggressive Tat (67%/29%); vorangehender Kontakt mit der Polizei (27%/4%); nicht in Israel geboren (88%/50%); Alkohol-Missbrauch (38%/7%); schlechte, soziale Integration als Erwachsener; Erfahrungen mit kommentierenden Stimmen; kein / partieller Militärdienst</b></p>	14 unter- sucht	<b>5 signifi- kant</b>
16	<p style="text-align: right;">»Longitudinal study, interviews, questionnaires«</p> <p><b>Aggressives Verhalten, körperlich</b>  »perpetrator factors«:  <b>Kognitiver Status (MMSE), niedrig; Frequenz an sozialen Kontakten, wenig; Geschlecht; depressive Episoden, viele; körperlicher Schmerz; Alter</b></p> <p><b>Aggressives Verhalten, verbal:</b>  »perpetrator factors«:  <b>Kognitiver Status (MMSE); Anzahl an aktiven Diagnosen; Körperlicher Schmerz; depressive Episoden; Frequenz an sozialen Kontakten</b></p>	6 unter- sucht	<b>3 signifi- kant</b>
11	<p style="text-align: right;">»Interviews, assessments«</p> <p><b>Gewalt</b>  »perpetrator factors«:  Alter; Geschlecht; Rasse; Schizophrenie; Manie; Depression; Substanz-Missbrauch; »Axis I disorder«; »Axis II disorder«; andere organische Störungen; <b>Gewalt gegenüber Personen bevor der stationären Aufnahme</b>; Gewalt während dem Krankenhausaufenthalt; Medikamenten-Noncompliance</p>	13 unter- sucht	<b>2 signifi- kant</b>
10	<p style="text-align: right;">»Semi-structured interviews«</p> <p><b>Körperliche Misshandlung:</b>  »perpetrator factors«:  Diagnose (<b>Schizophrenie oder schizoaffektive Störung, Depression, Bipolare Störung</b>); <b>starker Alkoholkonsum</b>; Amphetamin-Konsum; <b>Cannabis-Konsum</b>; Schwere des psychischen Zustandes; BPRS Gesamtscore (Brief Psych. Rating Scale); Beschäftigungsstatus; Bildung; Geschlecht; Alter</p>	9 unter- sucht	<b>3 signifi- kant</b>

	»victim factors«: <b>Alter, jünger</b>	1 unter- sucht	<b>1 signifi- kant</b>
	»interaction factors«: <b>Beziehung zwischen den Erkrankten und den Angehörigen vor der Erkrankung</b>	1 unter- sucht	<b>1 signifi- kant</b>
9	»Survey, semi-structured interviews«		
	<b>Mord (Vergleich von 3 Gruppen: kein Mordverhalten, Mord- gedanken, Mordversuch)</b> »perpetrator factors«: <b>Alter, jünger</b> ; Geschlecht; Rasse; Beziehungsstatus; vorange- hende psychiatrische Behandlung (ambulant oder stationär); Ge- schichte von suizidalem Verhalten, Gedanke, Versuch, Multiple Versuche	6 unter- sucht	<b>1 signifi- kant</b>
	»victim factors«: <b>Geschichte von suizidalem Verhalten, Suizid- versuch, durchgeführter Suizid</b>	1 unter- sucht	<b>1 signifi- kant</b>
7	»Retrospective chart review«		
	<b>Gewalt</b> »perpetrator factors«: <b>Alter, jung; Beziehungsstatus, Single</b> ; Wohnsituation: allein oder mit Anderen; Diagnose: Schizophrenie, Demenz, Affektive Psychosen, Andere; <b>Substanz-Missbrauch; paranoide Wahn- vorstellungen</b>	5 unter- sucht	<b>4 signifi- kant</b>
	»victim factors«: <b>Setzen von Grenzen</b>	1 unter- sucht	<b>1 signifi- kant</b>
	»interaction factors«: <b>Wohnsituation: mit dem Opfer</b>	1 unter- sucht	<b>1 signifi- kant</b>
5	»Questionnaires«		
	<b>Aggressives Verhalten</b> »perpetrator factors«: Alter; Geschlecht; <b>Aggressionen vor Ausbruch der Demenz; Kognitives Level; größere Anzahl an Problemen (Verhalten und Gedächtnis)</b>	5 unter- sucht	<b>3 signifi- kant</b>
	»victim factors«: Geschlecht; Einkommen; Beziehung zum Patienten; NEO Neuro- ticism Score; Reaktion auf das Verhalten des Patienten; <b>prämor- bide Beziehung zum Patienten, schlecht</b>	6 unter- sucht	<b>1 signifi- kant</b>

4	»Retrospective chart review«		
	<b>Gewalttätiges Verhalten</b> <i>»perpetrator factors«:</i> Diagnose: affektive Psychose, <b>senile organische psychotische Störung</b> , Schizophrenie, paranoide Zustände, andere Diagnosen; <b>Geschlecht, männlich; Beziehungsstatus, verheiratet;</b> ethnische Zugehörigkeit; <b>Wohnen (mit Familie oder andere)</b>	5 unter- sucht	4 <b>signifi- kant</b>
3	»Questionnaires«		
	<b>Gewalt</b> <i>»perpetrator factors«:</i> <b>Medikamenten-Compliance, keine; Bildung, niedrig; Hospitalisationen, viele; Alkohol-Missbrauch, hoch; Beschäftigung, arbeitslos; Alter, jünger</b>	6 unter- sucht	6 <b>signifi- kant</b>
	<i>»victim factors«:</i> <b>Einkommen der Familie, gering; Anpassungsfähigkeit, gering</b>	2 unter- sucht	2 <b>signifi- kant</b>
	<i>»interaction factors«:</i> <b>zusammenwohnen</b>	1 unter- sucht	1 <b>signifi- kant</b>
2	»Medical records«		
	<b>Gewalt</b> <i>»perpetrator factors«:</i> Geschlecht; Alter; Ethnische Zugehörigkeit; Beziehungsstatus; Soziale Klasse; Diagnose	6 unter- sucht	0 <b>signifi- kant</b>
	<i>»interaction factors«:</i> <b>zusammenleben</b>	1 unter- sucht	1 <b>signifi- kant</b>
1	»Review of hospital records«		
	<b>Angreifendes Verhalten</b> <i>»perpetrator factors«:</i> <b>Geschlecht, männlich; Alter, jung;</b> Rasse; Beziehungsstatus; Diagnose; kürzliches suizidales Verhalten; kürzliche Suizidge- danke	7 unter- sucht	2 <b>signifi- kant</b>
<b>Auswertung nächste Seite</b>			

Anzahl der untersuchten Risikofaktoren	»perpetrator factors«:	226	
	»victim factors«:	42	
	»interaction factors«:	62	
	gesamt:	330	
Anzahl der signifikanten Risikofaktoren	»perpetrator factors«:		88
	»victim factors«:		17
	»interaction factors«:		34
	gesamt:		139
Anteil* der signifikanten an den untersuchten Risikofaktoren in Prozent  *) 100 / Anzahl der untersuchten Risikofaktoren x Anzahl der signifikanten Risikofaktoren	»perpetrator factors«:		38,9%
	»victim factors«:		40,5%
	»interaction factors«:		54,8%
	gesamt:		42,1%

In vier Studien (66, 64, 63, 41) ergaben sich Faktoren, die zu einer Abnahme der Gewalt führten. Diese sog. **Schutzfaktoren** waren die regelmäßige Einnahme der Medikamente, die Nutzung eines psychiatrischen Dienstes (»perpetrator factors«), „Eltern sein“ (»victim factor«) und die Qualität der Beziehung (»interaction factor«).

### Auslöser aus Studien mit qualitativem Design

Die Auslöser aus Studien mit qualitativem Design sind mit einer statistischen Signifikanz nicht zu erfassen. Trotzdem geben sie einen interessanten Einblick in die Entstehung von aggressivem Verhalten. Sie werden im Folgenden genannt. Die Populationsgröße N ist zusätzlich angegeben.

Studie 67: N=8

»Perpetrator factors«:

- Misstrauen
- Angst
- abweichender Tagesablauf

Studie 61: N=100

»Perpetrator factors«:

- Anblick von Medikamenten

- wahrgenommene Feindseligkeit
- Schlafmangel
- laute Geräusche hören
- nicht in der Lage sein, sexuelle Bedürfnisse zu befriedigen

»Victim factors«:

- gibt kein Geld für Alkohol
- gibt kein Geld für Zigaretten
- verbietet nach Mitternacht auszugehen
- redet über die Krankheit mit Anderen

»Interaction factors«:

- weigert sich die Medikamente zu nehmen
- weigert sich Aufgaben im Haushalt zu erledigen
- weigert sich morgens aufzustehen

### Studie 59: N=3

»perpetrator factors«:

- in allen drei Fällen entwickelten die Patienten keine Gewalt über die Zeit von 12 Monaten

### Studie 56: N=14

»perpetrator factors«:

- emotionaler Stress
- Gefühlsschwankungen
- gereizte Stimmung
- emotionale Verhaltensüberreaktionen
- intensive Stimmungsänderungen

»victim factors«:

- weil sie den Patienten misstrauen
- weil sie sich ablehnend gegenüber den Patienten verhalten
- fehlende Flexibilität

»interaction factors«:

- interpersonelle Spannungen
- unwirksame Kommunikation

### Studie 55: N=1

»perpetrator factors«:

- „Capgras-Syndrom“

»victim factors«:

- Tragen neuer Kleidung

»interaction factors«:

- alle Episoden sind am Abend aufgetreten

### Studie 54: N=72

»perpetrator factors«:

- Feindseligkeit
- niedrige Selbstachtung
- Defizit in der funktionalen Bewältigung

»victim factors«:

- Alter (jünger)
- Geschlecht (männlich)
- allein für die Pflege/ Betreuung zuständig
- Beziehungsstatus (Single)

### Studie 52: N=4

#### »perpetrator factors«:

- „Er war sehr traurig, er war anders, ich glaube, es war, weil er nichts zu tun hatte.“
- „Ich sagte ihm, ich finde er ist irgendwie verrückt.“

### Studie 51: N=8

#### »perpetrator factors«:

- Frustration:
  - „Sie war es gewöhnt Dinge zu unternehmen und jetzt konnte sie es nicht mehr und das frustrierte sie zu tiefst.“
  - „Er tat es, weil er wirklich frustriert war, ... er versuchte mir etwas zu sagen, aber natürlich verstand ich es nicht und dann wurde er wirklich wütend, weil ich nicht verstand, was er zu mir sagte.“
- Krankheit als spezifischer Trigger
- leichte Persönlichkeitszüge verstärkten sich, ... „meine Mutter hat Veränderungen noch nie gemocht und so ist jetzt jede Veränderung gleich ein großes Thema.“
- persönlicher und räumlicher Freiraum:
  - „... einer fängt in einer Ecke an zu schreien, dies bewirkt einen Dominoeffekt und jeder beginnt zu schreien, meine Mutter eingeschlossen.“
  - „Sie war nie wirklich eine besonders gesellige Person, sie mochte ihren Freiraum. Und plötzlich kam sie an einen Ort, wo ich glaube, dass sie denkt, dass jeder in irgendeiner Weise in ihren persönlichen Freiraum eindringt und das mag sie nicht.“

#### »interaction factors«:

- Interpersoneller Umgang
  - „Wir hatten entsetzliche Auseinandersetzungen, weil ich mich traute etwas zu sagen, wie zum Beispiel, dass sie mich dies bereits gefragt habe und sie daraufhin sagte: „Nein, habe ich nicht“ und verlor danach die Kontrolle. Danach sah ich Teller auf mich zu fliegen.“
  - „Sie wird ziemlich schnell aggressiv, wenn es um ihre Körperpflege ging. Sie mag es nicht geduscht zu werden, ihre Haare gewaschen zu bekommen...“
  - „Es war einfach Frustration, sie wurde wirklich gewalttätig, eigentlich wird sie das immer noch, insbesondere wenn man mit ihr die Kleidung wechselt.“

### Studie 43: N=100

#### »perpetrator factors«:

- Gewaltereignis im Vormonat
- vorausgehende Drohungen
- wehrt sich gegen die Therapie
- verdächtige Gedanken

#### »victim factors«:

- hindert Patient am Verlassen des Krankenhauses
- wenn Angehöriger mit Krankenhauspersonal über das aggressive Verhalten spricht

#### »interaction factors«:

- Streit mit Familienmitgliedern
- Versuche, während ein Familienmitglied dem erkrankten Menschen bei Aktivitäten des täglichen Lebens hilft

### Studie 27: N=8

#### »perpetrator factors«:

- Fehlende Medikamentencompliance:

- „Er hatte aufgehört seine Medikamente zu nehmen.“ „Sie hatte versucht, ihn zu drängen, seine antipsychotischen Medikamente einzunehmen.“
- Überwältigende Sensibilität für Verlust und Erniedrigung:
- „Diese Dynamik aus kombiniertem realem und narzisstischem Verlust, oft mit dem Gefühl großer Erniedrigung, ist bei Männern üblich, die ihre Frauen töten.“
- Trennung:
- „Sie wurde uncharakteristisch wütend auf ihn.“ „Ihm wurde bewusst, dass sie einen anderen Mann sah [...] er war sowohl vom Verlust als auch von der Erniedrigung am Boden zerstört.“
- Tritt auf, wenn bestimmte Männer mit anderen Arten von psychologisch wahrgenommenen Schwächen konfrontiert werden, beispielsweise Bedrohungen für ihre Männlichkeit, in Situationen, denen sie nicht ohne weiteres entkommen können. [...] Männer, bei denen unbewusste homosexuelle Impulse stimuliert wurden.

»victim factors«:

- Verweigerung von Forderungen des erkrankten Menschen

»interaction factors«:

- schlechter oder unzureichender Zugang zu psychiatrischen Hilfen
- Menschen mit psychischen Erkrankungen leben meist im Haus ihrer Eltern, oft mit alleinstehenden Müttern. Die werden dann zum „Opfer der Zweckmäßigkeit“ bzw. sie leben einfach in einer „Gefahrenzone“, wenn mal etwas schief geht. So sind sie manchmal „einfach zur falschen Zeit am falschen Ort“.

#### Studie 18: N=41

»perpetrator factors«:

- war distanziert
- war leicht reizbar

»victim factors«:

- Partner (77%) waren häufiger betroffen von Gewalt als Eltern (33 %) und als nicht verwandte Betreuungspersonen (23%)

#### Studie 10: N=101

»perpetrator factors«:

- starker Alkoholkonsum
- Cannabis-Konsum
- Alter (jung)

»interaction factors«:

- Schlechte Beziehung zwischen Patienten und Angehörigen vor der Erkrankung

### 3.4 Synthese der Daten

#### 3.4.1 Belastungen und Gewalt

In diesem Abschnitt werden die Informationen des Untersuchungsgegenstandes „Auswirkungen“ zusammengefasst. Die Studien werden in die Subkategorien »burden of aggressive behavior« und »practice of violence« eingeteilt. Es wird die Studiennummer mit ihrer Kernaussage genannt. Wenn möglich sind quantifizierbare Informationen angegeben. Studien mit qualitativem Design sind zusätzlich durch einen hochgestellten Stern (\*) gekennzeichnet. Die *kursiv* dargestellten Begriffe sind

die Formen der gesundheitlichen und emotionalen Belastungen bzw. der sozialen und wirtschaftlichen Belastungen. Bei fehlender Definition der Belastung erfolgt eine Auflistung unter „nicht differenziert“.

### **Subkategorie »burden of aggressive behavior«**

#### **a) Nicht differenzierte Belastungen**

- 62, ... Agitation / Aggression ein signifikanter Prädiktor ( $p=0,019$ ) für ein hohes Level
- 57, ... Schläge und Missbrauch waren die häufigsten ursächlichen Symptome.
- 53, ... Aggressionen verursachten die höchste Belastung.
  
- 50, ... psychologische Auswirkungen gemessen mit dem Impact of Event Scale-Revised (IES-R): Mittelwert 31,21 mit  $N=56$  mit gewalttätigem Verhalten vs. Mittelwert 21,83 mit  $N=59$  ohne gewalttätiges Verhalten
- 46, ... die Frequenz der Verhaltensstörungen bei Demenzerkrankten korrelierte signifikant mit der Belastung,  $p<0,005$  bei der Unterkategorie Aggressivität
- 42, ... Die Schwere der Aggression war positiv assoziiert mit der Belastung.
- 38, ... 51,5% von  $N=66$  gaben einen Impact of Event Scale-Revised (IES-R) -Wert von 33 und mehr an.
- 37\*, ... 44,2% von  $N=107$  hohes Level
- 26, ... Frequenz der Klagen assoziiert mit Gewalt (OR 7,81)
- 22, ... signifikant durch interpersonelle Gewalt
- 21, ... Gruppe der mobilen dementen Erkrankten erzeugt eine erhöhte Belastung (vs. nicht-mobil)
- 14, ... 59% von  $N=90$  Belastung durch verbale Aggression
- 8, ... für weibliche Betreuer stärker
- 6, ... Leid durch verschiedene Verhaltensweisen; keine Signifikanz für positive Symptomatik und aggressives Verhalten

## **b) Gesundheitliche und emotionale Belastungen**

### *Depression:*

49, ... auch abhängig vom Schweregrad der demenziellen Erkrankung

47, ... persistierende Aggression führten zu einem Anstieg (OR 1,76)

12; ... Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI): sowohl physische als auch verbale Aggression korrelierten signifikant mit dem Anstieg von Depression ( $p < 0,001$ )

### *Angst:*

67\*, ... kombiniert mit Sorge, Schuld und Kummer

15, ... 39% von N=67

10, ... 15% von N=101, davon 79% Werte  $> 4$

beim General Health Questionnaire (GHQ)

### *Reizbarkeit:*

44, ... Neuropsychiatric Inventory Caregiver Distress Scale (NPI-D)

mit Mittelwert 3,0 +/- 1,9

34, ... zweithöchster Mittelwert im NPI-D Score 2,1 +/- 1,4

29, ... NPI-D-Mittelwert 3,3

### *emotionaler Stress:*

19\*; ... GHQ mit einer Gesamtpunktzahl von 11,1

### *Ärger:*

20\*, ... durch gewalttätige Vorfälle

## **c) Soziale und wirtschaftliche Belastungen**

### *Negative Gefühle gegen externe Quellen:*

61\*, ... 30% von N=101

*Veränderungen des sozialen Lebens:*

15, ... signifikante Korrelation mit der Anzahl an Verhaltensproblemen  
( $p < 0,009$ )

*schlechtere Lebensqualität:*

39, ... signifikante Assoziation bei den »Acquired brain injury«-Angehörigen;  
bei den Angehörigen von Demenzerkrankten nicht

*Beziehungsprobleme:*

25\*, ... 95% von N=64

*persönliche Notlage:*

18\*, ... 64% von N=41

*finanzielle Belastung:*

32, ... höher bei der Pflege von gewalttätigen Patienten als bei der von  
nicht-gewalttätigen

Die Studien mit quantitativem Design lieferten in der Subkategorie »**practice of violence**« quantitative Angaben. Der prozentuale Anteil an der Population zeigt die Dimension der Auswirkungen. Leider sind diese Daten nicht auf einen einheitlichen Zeitraum gerechnet. Die Prozentangaben erfassen deshalb immer den höchsten Wert. Physische Gewalt erlitten also 3,7% bis 77,4% der Angehörigen und Betreuungspersonen. Die Angaben für **physische Gewalt** sind mit Land, Erscheinungsjahr und Studiennummer in der Tabelle 16 absteigend geordnet.

Tabelle 16: Studien berichten über physische Gewalt: Prozentualer Anteil an der Population, absteigend mit Land, Erscheinungsjahr und Studiennummer

<b>Anteil</b>	<b>Population</b>	<b>Land</b>	<b>Jahr</b>	<b>Studie</b>
77,4%	106	AUSTRALIA	2009	38
59,8%	1136	USA	2003	24
57,3%	61	CANADA	2008	36
52,9%	72	UK	2014	54
48,3%	116	KOREA	2013	50
47,0%	85	CANADA	2004	28
44,0%	97	UK	2005	30
42,5%	107	UK	2002	20
38,4%	1156	USA	1988	3
37,3%	220	UK	2010	40
37,2%	43	UK	2011	42
34,1%	213	CANADA	1990	5
27,5%	1136	USA	1998	13
27,2%	302	JAPAN	2015	58
21,0%	573	USA	2016	63
20,3%	1136	USA	2016	64
20,0%	195	USA	1990	4
19,2%	245	USA	2005	31
19,0%	581	USA	1993	7
17,3%	400	JAPAN	2016	65
15,0%	243	USA	2017	66
15,0%	300	USA	1986	2
11,0%	69	AUSTRALIA	1998	14
Fortsetzung nächste Seite				

Fortsetzung Tabelle 16				
Anteil	Population	Land	Jahr	Studie
9,8%	446	UK	2015	60
8,6%	385	USA	2008	35
3,7%	430	USA	1997	11

Verbale Gewalt erlitten 19,5% bis 79,1% der Angehörigen und Betreuungspersonen. Die Angaben für **verbale Gewalt** sind mit Land, Erscheinungsjahr und Studiennummer in der Tabelle 17 absteigend geordnet.

Tabelle 17: Studien berichten über verbale Gewalt: Prozentualer Anteil an der Population, absteigend mit Land, Erscheinungsjahr und Studiennummer

Anteil	Population	Land	Jahr	Studie
79,1%	44	UK	2011	42
64,0%	101	AUSTRALIA	1998	19
59,0%	90	AUSTRALIA	1998	14
56,0%	200	USA	1998	16
51,0%	213	CANADA	1990	5
48,3%	116	KOREA	2013	50
48,0%	64	SWITZERLAND	2003	25
39,0%	101	AUSTRALIA	1997	10
37,3%	220	UK	2010	40
33,0%	107	UK	2002	20
31,0%	395	USA	2008	35
19,5%	245	USA	2005	31

Die Studien 67, 25, 19, und 18 beschrieben in ihrem *qualitativen Design* physische Gewalt. Die Studien 67, 61, 56, 25, 20, 19, 18 und 10 beschrieben in ihrem *qualitativen Design* verbale Gewalt.

Über **psychische Gewalt** berichten die Studie 36 mit 44,3% von N=61 aus Kanada im Jahr 2008 und die Studie 66 mit 41,0% von N=243 aus den USA im Jahr 2017.

Über **sexuelle Gewalt** berichten die Studie 5 mit 7,2% von N=213 aus KANADA im Jahr 1990, die Studien 38 aus den USA im Jahr 1998 und die Studie 13 aus Australien im Jahr 2009 mit nicht quantifizierbaren Angaben.

Über **finanzielle Gewalt** berichtet die Studie 66 mit 9,5% von N=243 aus den USA im Jahr 2017.

Bei den **Tötungsmethoden** zeigt die Studie 33 aus Australien im Jahr 2007 folgende Reihenfolge: Erstechen 60%, zusammenschlagen oder knüppeln 17%, strangulieren, ersticken oder ertränken 11%, verbrennen oder verbrühen 7%, erschießen mittels Schusswaffen 5%. Die Studie 30 aus dem Vereinigten Königreich von Großbritannien im Jahr 2005 ermittelt folgende Häufigkeiten: erstechen 44%, schlagen 21%, strangulieren 13%, verbrennen 9%, Verkehrsunfall 5%, gewaltsame Angriffe 2%, ersticken 2%, erschießen 2%, verstümmeln 1% und stürzen aus einer großen Höhe 1%. Ein Messer war die häufigste Waffe, die in 45% der Versuche verwendet wurde. Das berichtet die Studie 9 aus den USA im Jahr 1994.

Über **nicht differenzierte Gewalt** berichtet die Studie 34 mit 39,0 % von N=67 aus Japan im Jahr 2007 und die Studie 1 mit 3,1% von N=785 aus den USA aus dem Jahr 1985.

### 3.4.2 Risikoeinschätzung und auslösende Situationen

Die aktuarische Risikoeinschätzung erfasst statische und somit unveränderliche Merkmale, wie zum Beispiel Geschlecht, Erkrankungsalter, anamnestiche Daten und persönliche Dispositionen. Mit dem Wissen um diese lassen sich keine Veränderungen erzielen, aber man weiß, „um wen man sich Sorgen machen muss“.

Die dynamischen Risikofaktoren sind hingegen mehr mit den Krankheitssymptomen verstrickt und geben daher zusätzliche Informationen für eine klinische Einschätzung. Bei einer gewissen Symptomatik in einer aktuellen und änderbaren Situation stellt sich die Frage, „wann man sich Sorgen machen muss“. Fixiert dynamische Risikofaktoren betrachten Fehlhaltungen und -einstellungen oder bestimmte

Verhaltensweisen, die veränderbar sind und „einer Behandlung oder Veränderung unterzogen werden könnten“.

Die signifikanten Risikofaktoren werden entsprechend der o.g. Einteilung zusammengefasst. Um einen Publikationsbias zu vermeiden, werden die Studien in denen sich die Risikofaktoren als signifikant erwiesen, in eckiger und fett gedruckter Klammer angegeben. Studien, in denen sie nicht signifikant waren, werden in runder Klammer und nicht fett gedruckt dargestellt.

### Aktuarische Risikoeinschätzung:

#### »perpetrator factors«

1. Alter:  
alt: **[7]**, **[48]** jung: **[1]**, **[3]**, **[7]**, **[9]**, (31), (33 Durchschnitt 33,7 Jahre), (63), (66) nicht definiert: (2), (5), (11), (35)
2. Geschlecht:  
weiblich: **[64]**, **[65]** männlich: **[1]**, **[4]**, **[24]**, **[40]**, **[48]**, (31), (63), (66),  
  
nicht definiert: (2), (5), (11), (33), (58)
3. Ethnische Zugehörigkeit: **[40]**, (48), (31), (11), (4), (2)
4. Familienstand: **[7 Single]**
6. Bildungsstand: **[3 niedrig]**
7. Kinder haben: **[23]**
8. Niedriges Jahreseinkommen: **[63]**, (66), (5), (3)
9. Suizidversuch in der Familie: **[9]**, (17), (1)
10. Aggressive, prämorbid Persönlichkeit: **[5]**, (35)
11. Gewalttaten / Vorstrafen in der Vergangenheit: **[31]**, **[17]**, **[11]**
12. wenig / keine Gewalttaten in der Vergangenheit: **[48]**
13. Hospitalisation: **[65]**, **[63]**, **[48]** **[3]**, (66), (9)
14. Niedriges, prämorbid kognitives Funktionslevel: **[16]**

»victim factors«

- 15. Alter: Jung: **[63]**, (66)
- 16. Nicht vollzeitig berufstätig: **[63]**
- 17. Geringes Haushaltseinkommen: **[65]**, **[63]**, **[3]**

»interaction factors«

- 18. Zusammenwohnen: **[66]**, **[63]**, **[38]**, **[31]**, **[30]**, **[7]**, **[4]**, **[3]**, **[2]**
- 19. Schlechte prämorbid Beziehung: **[40]**, **[38]**, **[5]**
- 20. „Männer greifen Männer an“: **[58]**

**Klinische Risikoeinschätzung:**

»perpetrator factors«

- 21. Irritierbarkeit und innere Unruhe: **[49]**
- 22. Im Anschluss an die Entlassung: **[64]**

»victim factors«

- 23. Anordnungen geben: **[5]**; Kritische Kommentare: **[36]**
- 24. Hindert am Verlassen des Krankenhauses: **[2]**
- 25. Geringe Anpassungsfähigkeit: **[3]**

»interaction factors«

- 26. Abnahme der Gegenseitigkeit: **[65]**, **[49]**
- 27. Übernahme der Aufgabe als Stellvertreter / Ersatzempfänger: **[66]**, **[63]**, **[31]**, (39)
- 28. Setzen von Grenzen: **[66]**, **[63]**, **[7]**
- 29. Finanzielle Unterstützung / Geldmanagement: **[66]**, **[65]**, **[63]**
- 30. Streit, Konflikte: **[28]**

## Einschätzung der Behandlungsmöglichkeit:

### »perpetrator factors«

31. Beschäftigungsstatus: arbeitslos: **[3], [48]**, (66), **[65]** berufstätig: **[48]**  
nicht definiert: [17)
32. Schmerz: **[49], [16]**
33. keine Rehabilitation poststationär: **[65]**
34. wenig Kontakt zu anderen: **[65], [16]**
35. Medikamenten-Noncompliance: **[48], [30], [3]**, (66), (65), (64), (11)
36. Substanz-Missbrauch: **[66], [63], [33], [31], [30], [24], [17] [7], [3]**
37. Beeinträchtigung bei »Activities of daily living (ADLs)«: **[40]**

### »victim factors«

38. Dysfunktionale Coping Strategien: **[40], [38]**

### »interaction factors«

39. ineffektive / schlechte / keine Kommunikation: (38)
40. „Gewalt als akzeptierte Form der Interaktion“: **[2]**

## Schutzfaktoren

In vier Studien ergaben sich Faktoren, die zu einer Abnahme der Gewalt führten: Studie 66 untersucht Faktoren, die mit körperlicher, finanzieller und psychischer Misshandlung von älteren Personen durch psychisch erkrankte Angehörige zusammenhängen. Als protektiver Faktor kann für alle Formen der Misshandlung eine regelmäßige psychische Behandlung des Erkrankten in den letzten 6 Monaten gefunden werden. Darüber hinaus sind Eltern weniger häufig von psychischer Misshandlung betroffen. Studie 66 stellt eine Sekundäranalyse der Studie 63 dar. Es wird explizit eine Untergruppe mit älteren Personen ( $\geq 55$  Jahre,  $N=243$ ) untersucht. Studie 63 untersucht Faktoren, die mit familiärer Gewalt durch Personen mit einer psychiatrischen Erkrankung ( $N=573$ ) assoziiert sein. Auch hier finden sich wie in Studie 66 protektive Faktoren. Die regelmäßige Einnahme der Medikamente in den letzten 6 Monaten und eine regelmäßige psychische Behandlung in den letzten 6 Monaten zeigen eine signifikante Assoziation mit weniger familiärer Gewalt. Ebenso scheint das „Eltern sein“ eine schützende Funktion darzustellen. Studie 64 untersucht die Prävalenz von Gewalt, Risikofaktoren und den Einfluss eines psychiatrischen Dienstes auf die Gewalt in der Partnerschaft von psychiatrischen Patienten. Es zeigt sich, dass jegliche Art von Behandlung, sei es eine psychiatrische Medikation, Psychotherapie oder beides, im ersten Jahr nach der Entlassung zu einer Risikoreduktion von 40 % führt. In Studie 41 wird die Qualität der Beziehung zwischen Betreuungspersonen und Patienten mit Demenz als möglicher Prädiktor für das psychosoziale Verhalten der Erkrankten untersucht. Die Qualität der Beziehung («mutuality», deutsch: Gegenseitigkeit, Gemeinsamkeit) stellt die unabhängige Variable dar und wurde initial und im Verlauf erfragt. Abhängige Variablen waren Depression, psychotische Symptome, Schmerz, die Frequenz der sozialen Kontakte und Aggressionen des dementen Patienten als Ausdruck des psychosozialen Verhaltens. Außerdem wurde die Angehörigenbelastung erhoben. Es zeigte sich kein Zusammenhang zwischen der vorhandenen Aggression und der Beziehung zwischen Betreuungsperson und Patient, sowohl initial als auch im Verlauf. Allerdings war ein Anstieg in der Gesamtgemeinsamkeit bzw. eine bessere Beziehung über eine Periode von vier Monaten signifikant mit weniger Angehörigenbelastung und mit weniger Patientenaggression assoziiert.

## Auslösende Situationen

Für die Auslöser aus den qualitativen Studien, die am Ende des Abschnitts 3.3.2 aufgelistet sind, werden themenanalytisch Rubriken gesucht, die eine Auszählung ermöglichen.

Die Tabelle 18 zeigt die »perpetrator factors«.

Tabelle 18: »Perpetrator factors«: auslösende Situationen aus den Studien mit qualitativem Design zusammengefasst in fünf Rubriken, absteigend geordnet nach der Häufigkeit der Besetzung

Rubrik	Auslösende Situation aus den Studien
<i>Situationen mit erlebten Aggressionen in der Vergangenheit</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Gewaltereignis in der Vergangenheit</li> <li>2) vorausgehende Drohungen</li> <li>3) Misstrauen</li> <li>4) Angst</li> <li>5) wahrgenommene Feindseligkeit</li> <li>6) verdächtige Gedanken</li> <li>7) Feindseligkeit</li> </ol>
<i>Situationen mit gefühlten Verlustängsten</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Scheidung</li> <li>2) nicht in der Lage seine sexuellen Bedürfnisse zu befriedigen</li> <li>3) überwältigende Sensibilität für Verlust und Erniedrigung</li> <li>4) persönlicher und räumlicher Freiraum</li> <li>5) niedrige Selbstachtung</li> <li>6) Frustration</li> </ol>
<i>Situationen mit starken Stimmungsschwankungen</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) emotionaler Stress</li> <li>2) Gefühlsschwankungen</li> <li>3) gereizte Stimmungen</li> <li>4) emotionale Verhaltensüberreaktionen</li> <li>5) intensive Stimmungsänderungen</li> </ol>
<i>Situationen mit therapeutischem Einfluss</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Anblick von Medikamenten</li> <li>2) wehrt sich gegen die Therapie</li> <li>3) abweichender Tagesablauf</li> </ol>
<i>Situationen mit Substanzmissbrauch</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) starker Alkoholkonsum</li> <li>2) Cannabis-Konsum</li> <li>3) Schlafmangel</li> </ol>

Die Tabelle 19 zeigt die »victim factors«.

Tabelle 19: »Victim factors«: auslösende Situationen aus den Studien mit qualitativem Design zusammengefasst in drei Rubriken, absteigend geordnet nach der Häufigkeit der Besetzung

Rubrik	Auslösende Situation aus den Studien
<p><i>Situationen, in denen Grenzen gesetzt werden</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Forderungen der kranken Menschen werden nicht erfüllt (kein Geld für Alkohol, für Zigaretten, Verbot nach Mitternacht auszugehen)</li> <li>2) Angehörige verhalten sich ablehnend</li> <li>3) Angehörige verhindern die stationäre Entlassung</li> <li>4) Erkrankte vermissen Flexibilität</li> </ol>
<p><i>Situationen, in denen das aggressive Verhalten thematisiert wird</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Angehörige reden über die Krankheit mit Anderen</li> <li>2) Angehörige sprechen mit Krankenhauspersonal über das aggressive Verhalten</li> <li>3) Angehörige misstrauen den kranken Menschen</li> </ol>
<p><i>Situationen, in denen die Partnerschaft im Mittelpunkt steht</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Partner (77%) waren häufiger betroffen von Gewalt als Eltern (33%) und als verwandte Betreuungspersonen (23%).</li> <li>2) Tragen neuer Kleidung</li> </ol>

Die Tabelle 20 zeigt die »interaction factors«.

Tabelle 20: »Interaction factors«: auslösende Situationen aus den Studien mit qualitativem Design zusammengefasst in drei Rubriken, absteigend geordnet nach der Häufigkeit der Besetzung

Rubrik	Auslösende Situation aus den Studien
<i>Situationen mit Verweigerungen der Anweisungen</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) hält sich nicht an die Anordnungen durch die Angehörigen</li> <li>2) weigert sich die Medikamente zu nehmen</li> <li>3) weigert sich Aufgaben im Haushalt zu erledigen</li> <li>4) weigert sich morgens aufzustehen</li> <li>5) lässt sich nicht bei Aktivitäten des täglichen Lebens helfen</li> </ol>
<i>Situationen mit Kommunikationsdefiziten</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) interpersonelle Spannungen</li> <li>2) Streit mit Familienmitgliedern</li> <li>3) schlechte Beziehung</li> <li>4) unwirksame Kommunikation</li> </ol>
<i>Situationen mit speziellen Umgebungsumständen</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) unzureichende Zeit in psychiatrischen Behandlungen</li> <li>2) erkrankte Menschen leben meist im Haus ihrer Eltern, oft mit alleinstehenden Müttern</li> <li>3) alle Episoden sind am Abend aufgetreten</li> </ol>

### 3.5 Robustheit des Reviews

#### 3.5.1 Verzerrungsrisiko

Mit Hilfe des ROBIS-Instrumentes wurde das Verzerrungsrisiko eingeschätzt. Es erfolgte eine schrittweise Beurteilung.

In der *ersten Domäne* ging es um die Einschlusskriterien der Studien. Um an dieser Stelle Verzerrungen zu vermeiden, war es wichtig, dass der Beginn der Suche und

die Erstellung der systematischen Übersichtsarbeit im Anschluss an die Definition der Einschlusskriterien und nach vordefinierten Zielen erfolgte. Außerdem sollten die Einschlusskriterien auf die Fragestellung der systematischen Übersichtsarbeit angepasst sein und zu dieser hinführen. Darüberhinaus wird gefordert, dass die Einschlusskriterien eindeutig definiert und im Detail in der Arbeit dargestellt werden, um eine mögliche Replizierung theoretisch zu ermöglichen. Der letzte Punkt dieser Domäne betraf mögliche Einschränkungen beim Einschluss und ob diese angemessen gewählt und anschließend ebenfalls detailliert in der Arbeit beschrieben wurden. Hierunter fielen u.a. Einschränkungen bezüglich des Studiendesigns, des Publikationszeitraums oder der Fallzahl, sowie der Informationsquelle, wie z.B. dem Publikationsstatus oder der Sprache. In allen Punkten konnte mit JA geantwortet und im Hinblick auf die Einschlusskriterien der Studien von einem geringen Verzerrungsrisiko ausgegangen werden.

Die *zweite Domäne* beschäftigte sich mit der Identifikation und Auswahl der Studien. Hier sollte geprüft werden, ob eine angemessene Anzahl an Datenbanken bzw. elektronischen Quellen durchsucht wurden. Mit einer Anzahl von fünf verschiedenen Datenbanken (Medline, Embase, PsycINFO, PSYINDEXplus und CINAHL) kann hier mit JA geantwortet werden. Auch bei der Frage, ob weitere Quellen genutzt wurden, konnte bejahend geantwortet werden. Es erfolgte beispielsweise eine Suche in den Referenzlisten bereits vorhandener Reviews. Ebenfalls erfolgte eine spezifische Suche mit adäquaten Suchbegriffen, welche auf die einzelnen Datenbanken angepasst wurden (Textwortsuche, Suche mit Trunkierungen und datenbankspezifischer Verschlagwortung wie beispielsweise MeSH-Terms). Eine weitere Frage beschäftigte sich mit adäquaten Einschränkungen im Hinblick auf Suchzeitraum oder Sprache. Auch hier konnte mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit ein geringes Biasrisiko angegeben werden. Die Domäne 2 schließt mit der Frage, ob Maßnahmen zur Fehlerminimierung bei der Studienausswahl ergriffen wurden. Da die ausgewählten Studien und Studien, bei denen der Einschluss unsicher war, von zwei unabhängigen Ratern gesichtet wurden, konnte auch hier mit JA geantwortet werden. Zusammenfassend ergibt sich somit auch im Hinblick auf die Identifikation und Auswahl der Studien ein geringes Verzerrungsrisiko.

Die *dritte Domäne* beschäftigt sich mit dem Vorgang der Datenextraktion und der Bewertung der Studien. Bei der Frage, ob Maßnahmen ergriffen wurden, um Fehler

bei der Datenerhebung zu minimieren, musste mit „NEIN“ geantwortet werden, da in diesem Fall nur einer der zwei Rater die Datenextraktion vorgenommen hat. Allerdings kann mit hoher Wahrscheinlichkeit gesagt werden, dass alle relevanten Daten, die für die Synthese wichtig sind, extrahiert wurden. Eine eigene Ergebnisinterpretation der Leser durch die ausgewählten Datendetails ist möglich. Wie bereits an anderer Stelle erwähnt, wurde das Verzerrungsrisiko der Primärstudien aus bereits genannten Gründen nicht bewertet. Für die Datenextraktion und Bewertung der Studien muss man daher von einem hohen Verzerrungsrisiko ausgehen.

Die *vierte und letzte Domäne* des ROBIS-Instrumentes beschäftigt sich mit Fragen zur Datensynthese und den Ergebnissen. Bezüglich der Frage, ob die Ergebnisse aus allen relevanten Studien aufgenommen wurden, kann mit JA geantwortet werden. Ebenso kann mit „WAHRSCHEINLICH JA“ die Frage, ob alle a priori festgelegten Analysen durchgeführt oder Abweichungen davon erläutert wurden, beantwortet werden. Hingegen ist es unklar, ob die Datensynthesen im Hinblick auf die Fragestellung, potenziellen Divergenzen zwischen den Studientypen und Endpunkten adäquat durchgeführt wurden. Hier musste deshalb mit „WAHRSCHEINLICH NEIN“ geantwortet werden. Aufgrund der unterschiedlichen Studiendesigns lagen keine homogenen Studienergebnisse vor. Ob eine adäquate Berücksichtigung gelang, ist nicht sicher zu sagen. Es erfolgte eine Einschätzung mit „WAHRSCHEINLICH NEIN“. Zu den letzten zwei Fragen dieser Domäne gab es nicht genügend Informationen, um eine Einschätzung zu machen. Hier wurde zum einen nach robusten Ergebnissen gefragt und ob entsprechende statistische Tests durchgeführt wurden. Die Robustheit der narrativen Synthese wurde mit der Erarbeitung einer »line of argument synthesis« aus den »conclusions« der Studienverfasser überprüft.

Die Abbildung 8 zeigt die Bewertung der einzelnen Domänen für die systematische Übersichtsarbeit Nr.4 aus der Leitlinienerstellung.

Nr. Review aus den Leitlinien	Phase 2			
	1. Ein- und Ausschluss- kriterien	2. Identifizierung und Auswahl der Studien	3. Daten- sammlung und Studien- bewertung	4. Synthese und Ergebnisse
1: Pharmakologische Behandlung aggressiven Verhaltens				
2: Nicht-pharmakologische Interventionen zur Reduktion von mechanischen Zwangsmaßnahmen bei Erwachsenen in psychiatrischen Kliniken				
3: Mitarbeiterschulungen zum Umgang mit aggressivem Verhalten				
<b>4: Auswirkungen, Prädiktoren und Auslöser von aggressivem Verhalten psychisch erkrankter Menschen gegen Angehörige und Betreuungspersonen</b>				
	😊	😊	😞	?

Abbildung 8: ROBIS-Bewertungen (Risk of Bias in Systematic Reviews) der Phase 2, graphische Darstellung adaptiert aus: University of Bristol 2019 Die Reviews Nummer 1, 2, 3 sind die anderen Reviews für die Leitlinienerstellung.

Mit der dritten Phase des ROBIS-Instrumentes erfolgte die **Gesamteinschätzung** der systematischen Übersichtsarbeit. Hierzu galt es drei Leitfragen zu beantworten. Die Leitfrage 1 beschäftigt sich damit, ob potenzielle Verzerrungsrisiken aus Phase 2 in der Ergebnisinterpretation adressiert wurden. Folgerichtig ist dies für diese Arbeit mit „WAHRSCHEINLICH JA“ zu beantworten. Die zweite Leitfrage überprüft, ob die in der Übersichtsarbeit eingeschlossenen Studien die Fragestellung angemessen adressieren. Hier kann mit JA geantwortet werden. Die abschließende Frage soll sicherstellen, dass eine selektive Berichterstattung innerhalb der Arbeit ausgeschlossen wurde. Durch die Zusammenarbeit mit einem zweiten Rater und der Orientierung am PRISMA-Statement kann hier mit „WAHRSCHEINLICH JA“ geantwortet werden.

Für die Gesamteinschätzung gilt, dass ein niedriges Verzerrungsrisiko besteht, wenn alle drei Leitfragen mit „JA“ beantwortet wurden bzw. wenn ein

Verzerrungsrisiko in einer der Domänen vorliegt, dieses adäquat in der Ergebnisinterpretation der Arbeit berücksichtigt werden muss. Somit kann bei dieser Arbeit von einem geringen bis leicht erhöhten Verzerrungsrisiko ausgegangen werden, welches aber transparent dargestellt wurde.

### 3.5.2 Schlussfolgerungen aus der narrativen Synthese

Um eine Schlussfolgerung aus der narrativen Synthese zu generieren, wurden die Schlüsselaussagen aus den »conclusions« aus den »abstracts« der Studien genommen und zu Kategorien zusammengeführt. Tabelle 21 und 22 beschäftigen sich hierbei mit der Fragestellung zu den Prädiktoren, Tabelle 23 und 24 mit dem Bezug zu den Angehörigen. Die Kategorien lauten: „Koordiniertes Risikomanagement ist sinnvoll.“, „Patientenmerkmale können für die Risikobewertung verwendet werden.“, „Angehörige sind wichtige Informationsquellen.“ und „Angehörige brauchen Anleitungen.“. Die Reihenfolge der Kategorien richtet sich nach der Häufigkeit der darin enthaltenen Schlussfolgerungen.

## „Koordiniertes Risikomanagement ist sinnvoll.“

Tabelle 21: »Conclusions« aus den »abstracts« der Studien mit Nummerierung zusammengefasst in der Kategorie „Koordiniertes Risikomanagement ist sinnvoll.“

Koordiniertes Risikomanagement ist sinnvoll.	Nr.
1. Koordiniertes Risikomanagement unmittelbar nach der stationären Entlassung ist sinnvoll.	64
2. Eine stärkere Zusammenarbeit bei finanziellen Entscheidungen ist zu fördern.	63
3. Die Akzeptanz eines Demenzscreenings ist ein wichtiger Faktor.	59
4. Die Beurteilung der familiären Not ist hilfreich bei der Unterstützung von Betreuern von Personen mit Schizophrenie.	57
5. Es ist wichtig, ein Netzwerk für die Gesundheitsversorgung älterer Betreuungspersonen mit an Demenz erkrankten Menschen aufzubauen.	52
6. Die vorliegenden Ergebnisse legen die Notwendigkeit eines verbesserten gemeindebasierten Dienstes für die vorbeugende Langzeitpflege nahe. Dies beinhaltet einschließlich die Sicherstellung der Medikamenteneinnahmen für ambulante Patienten mit Schizophrenie anstelle mehrerer Krankenhausaufenthalte.	50
7. Eine Nachbeobachtung der Erkrankten könnte das Risiko für Schäden für Betreuer verringern.	49
8. Zukünftige Längsschnittdaten über die Beziehung zur Pflege von Demenzerkrankungen sollten verstärkt die negativen Auswirkungen bei der Diagnose von Demenz im Frühstadium auf Pflegepersonen bei anhaltender Agitation / Aggression untersuchen.	47
9. Es besteht Bedarf an interkulturellen Vergleichen der subjektiven Erfahrung von Stress und Belastung bei Pflegepersonen mit hohen »Expressed Emotion« als Ziel für Interventionen, die darauf abzielen, den familiären Stress zu reduzieren und die Patientenergebnisse zu verbessern.	45
10. Eine Verbesserung der Behandlungen bei aggressivem Verhalten an Demenz erkrankten Menschen kann die Belastung der Pflegekräfte verringern.	44
11. Die ambulante Versorgung sollte sich dieses Zusammenhangs bewusst sein und den Betreuern Dienste anbieten, um die Auswirkungen des aggressiven Verhaltens zu verringern.	42
12. Die überraschend hohe Prävalenz von Aggressionen bei Personen, bei denen neu Demenz diagnostiziert wurde, legt die potenzielle Nützlichkeit eines frühen Screenings auf Aggressionen in dieser Population nahe.	36
13. Es ist eine angemessene Politik erforderlich, um den Bedürfnissen von Familien mit psychisch Kranken gerecht zu werden.	33
14. Interventionen zur Verringerung der erlebten Belastung der Pflegekräfte sollten sich nicht nur auf die psychiatrischen Symptome des Patienten konzentrieren, sondern auch auf das Kompetenzgefühl der Pflegeperson und die finanzielle Belastung aufgrund der Pflegesituation.	29
Fortsetzung nächste Seite	

Fortsetzung Tabelle 21 <b>Koordiniertes Risikomanagement ist sinnvoll.</b>	<b>Nr.</b>
15. Selbst bei extremen Handlungen wie Mord können sich die Umstände, die das Auftreten von Gewalt bei Straftätern mit Schizophrenie beeinflussen, unterscheiden, wenn eine zusätzliche Diagnose vorliegt, die Präventions- und Behandlungsprogramme beurteilt.	<b>28</b>
16. Die Behandlung dieser Auswirkungen erfordert eine Partnerschaft zwischen psychiatrischen Fachkräften und den informellen Betreuern.	<b>18</b>
17. Die Auswirkungen, die die Pflege einer Person mit schwerem traumatischen Gehirnschäden auf die Einheit der Großfamilie haben kann, müssen diskutiert werden.	<b>15a</b>
18. Die Beziehung zwischen vergangenen und aktuellen Episoden aggressiven Verhaltens unterstreicht die Bedeutung einer sorgfältigen Bewertung der Vorgeschichte gewalttätiger Verhaltensweisen als Teil der routinemäßigen psychiatrischen Bewertung.	<b>9</b>
19. Die Auswirkungen müssen diskutiert werden, einschließlich der Frage des ambulanten zivilrechtlichen Engagements.	<b>2</b>
20. Ärzte in ambulanten und stationären Einrichtungen, die psychisch erkrankte Menschen behandeln, sollen mit den Auswirkungen aggressivem Verhalten vertraut sein.	<b>1</b>

**„Patientenmerkmale können für die Risikobewertung verwendet werden.“**

Tabelle 22: »Conclusions« aus den »abstracts« der Studien mit Nummerierung zusammengefasst in der Kategorie „Patientenmerkmale können für die Risikobewertung verwendet werden.“

<b>Patientenmerkmale können für die Risikobewertung verwendet werden.</b>	<b>Nr.</b>
1. Das Geschlecht der Betreuungspersonen war ein wichtiger Faktor bei der Belastung.	<b>62</b>
2. Väter und Brüder waren eher Opfer von Männern.	<b>58</b>
3. Die meisten Täter hatten im Jahr vor der Tat keinen Kontakt mit psychiatrischen Diensten.	<b>48</b>
4. Das weibliche Geschlecht der Pflegekräfte, das Bildungsniveau der Pflegekräfte, die Beziehung zum Pflegebedürftigen, die Pflegestunden und die Selbstwirksamkeit der Pflegeperson bei der Behandlung der »dementia behavior disturbance« korrelieren mit der Pflegebelastung signifikant.	<b>46</b>
5. Menschen in ihren ersten Episoden einer psychischen Erkrankung haben ein höheres Risiko für schwere Gewalt als Menschen in nachfolgenden Episoden.	<b>34</b>
6. Patientenmerkmale können für die Risikobewertungen verwendet werden, um aktuelle Vorhersagen für Gewalt durch psychisch kranke Personen zu verbessern.	<b>30</b>
7. Die Dynamik aus kombiniertem, realem und narzisstischem Verlust, oft mit dem Gefühl großer Erniedrigung, ist bei Männern üblich, die ihre Frauen töten.	<b>27</b>
8. Es gab jedoch erhebliche geschlechtsspezifische Unterschiede im situativen Kontext der begangenen Gewalt.	<b>24</b>
9. Diese Ergebnisse legen nahe, dass das gewalttätige Verhalten von Frauen häufiger zum Tod des Opfers führt, wenn das Opfer eng mit dem Täter verwandt ist.	<b>23</b>
10. Die Pflegekräfte der mobilen, dementen Menschen berichteten über eine höhere Belastung im Vergleich zu denen der nicht mobilen, kranken Menschen.	<b>21</b>
11. Die forensischen Betreuer beschrieben jedoch eher Belastungen im Zusammenhang mit gewalttätigen Vorfällen und Belästigungen.	<b>20</b>
12. Schizophren erkrankte Menschen mit dem Profil von Alkoholismus und Aggressivität bergen ein hohes Risiko für Mordverhalten.	<b>17</b>
13. Der Anteil der mittelschweren bis schweren Gruppe der Kranken erfordert weitere Pflege und Intervention.	<b>14</b>
14. Entlassene psychisch erkrankte Menschen bilden keine homogene Gruppe in Bezug auf Gewalt in der Gemeinschaft.	<b>13</b>
15. Keiner der Erkrankten, der im Krankenhaus körperlich gewalttätig war, war tatsächlich nach der Entlassung gewalttätig.	<b>11</b>
16. Hauptkorrelate des Missbrauchs waren Diagnose, gleichzeitiger Drogenmissbrauch und eine schlechte prämorbid Beziehung zwischen Pflegeperson und erkranktem Menschen.	<b>10</b>
<b>Fortsetzung nächste Seite</b>	

<b>Fortsetzung Tabelle 22</b>	
<b>Patientenmerkmale können für die Risikobewertung verwendet werden.</b>	<b>Nr.</b>
17. Die Sorge um kognitiv beeinträchtigte und aggressivere Angehörige und die Tatsache, dass sie weiblich sind, erhöhten zunächst die negativen Ergebnisse.	<b>8</b>
18. Die Aggression der Patienten sagte die Entscheidung voraus, die häusliche Pflege einzustellen.	<b>5</b>
19. Weitere Untersuchungen sind notwendig, um Methoden von wirksamen, präventiven Interventionen und den Umgang mit Gewalt in dieser Bevölkerungsgruppe darzustellen.	<b>4</b>

## „Angehörige sind wichtige Informationsquellen.“

Tabelle 23: »Conclusions« aus den »abstracts« der Studien mit Nummerierung zusammengefasst in der Kategorie „Angehörige sind wichtige Informationsquellen.“

<b>Angehörige sind wichtige Informationsquellen.</b>	<b>Nr.</b>
1. Angehörige sind wichtige Informationsquellen.	<b>67</b>
2. Die Rolle der Betreuungsperson erfordert weitere Untersuchungen.	<b>60</b>
3. Nicht nur die Beurteilung der Verhaltensstörungen und psychologischen Symptome bei Demenz, sondern auch die Gefühle und das Leiden der Pflegekräfte sollte unter Verwendung des Neuropsychiatrischen Inventar-Fragebogens beurteilt werden.	<b>53</b>
4. Die Wahrnehmung von Aggressionen als zwischenmenschliche Herausforderung, die durch die Krankheit der Demenz verstärkt oder vermittelt wird, war den Angehörigen klar.	<b>51</b>
5. Eine Verbesserung der Gegenseitigkeit (»quality of relationships«) war mit einer verringerten Belastung der Pflegekräfte und einer verringerten Aggression im Laufe der Zeit verbunden.	<b>41</b>
6. Es gab unterschiedliche Erfahrungen mit der Betreuung jüngerer Erwachsener mit »acquired brain injury and dementia« im Vergleich zu älteren Erwachsenen.	<b>39</b>
7. Die kritischen Kommentare der Pflegekräfte gegen Angehörige mit Schizophrenie waren signifikante Prädiktoren für die psychologische Aggression gegen die Pflegekräfte.	<b>37</b>
8. Aggressionen können die Pflegekräfte erheblich beeinträchtigen, obwohl ihre Häufigkeit und Schwere gering sind.	<b>35</b>
9. Die Ergebnisse zeigen, dass gewalttätige Taten die Anzahl der finanziellen Beiträge und die wahrgenommene finanzielle Belastung erhöhen.	<b>32</b>
10. Die Daten geben Aufschluss über das Potenzial, dass die Übernahme der Aufgabe als finanzieller Stellvertreter mit einem erhöhten Risiko für zwischenmenschliche Konflikte und Gewalt verbunden ist.	<b>31</b>
11. Die Belastung der Pflegekräfte hing stark mit der psychologischen Anpassung des Ehepartners zusammen.	<b>22</b>
12. Körperliche Aggression kann die Pflegekräfte noch stärker beeinträchtigen als der kognitive Status der dementen Menschen.	<b>12</b>
13. Die fürsorgliche Rolle kann ein herausragender Faktor sein, der Einfluss auf Familienmitglieder hat, die zu Opfern von Aggressionen werden.	<b>7</b>
14. Not wurde häufiger von jüngeren Verwandten und Personen mit höherer Bildung gemeldet.	<b>6</b>
15. Distanzierung und Beruhigung stellte sich als bestes Antwortverhalten auf Gewalt heraus.	<b>3</b>

## „Angehörige brauchen Anleitungen.“

Tabelle 24: »Conclusions« aus den »abstracts« der Studien mit Nummerierung zusammengefasst in der Kategorie „Angehörige brauchen Anleitungen.“

<b>Angehörige brauchen Anleitungen.</b>	<b>Nr.</b>
1. Ältere Angehörige profitieren von Anleitungen zur Deeskalation von Konflikten.	<b>66</b>
2. Aufklärung über Kommunikationsstrategien kann die Gewalt in der Familie verringern.	<b>65</b>
3. Betreuungspersonen sind in die Lage zu versetzen, Strategien anzuwenden, um das Auftreten aggressiven Verhaltens von psychisch erkrankten Menschen zu reduzieren und Wege zu finden, um effektiv mit der Situation umzugehen.	<b>61</b>
4. Angehörige sollten sich der Komplexität des Zusammenspiels von Faktoren bewusst sein, die Gewalt auslösen.	<b>56</b>
5. Betreuungspersonen benötigen eine Weiterbildung in »capgras delusion in Alzheimer dementia«.	<b>55</b>
6. Betreuungspersonen müssen geeignete Verfahren zur Minimierung dieser Gewalt in Betracht ziehen.	<b>54</b>
7. Es ist wichtig, der Familie kulturspezifische Interventionen zur Verfügung zu stellen, die es ihnen ermöglichen, mit Gewalt umzugehen und die Erkrankten besser zu versorgen.	<b>43</b>
8. Interventionen zur Änderung der Bewältigungsstile der Pflegepersonen können die Auswirkungen missbräuchlichen Verhaltens abschwächen.	<b>40</b>
9. Pflegepersonen benötigen ein höheres Maß an Information und Unterstützung in ihren Pflegerollen.	<b>38</b>
10. Pflegekräfte benötigen Zeit und Informationen, um die häusliche Pflege von Demenzkranken zu überwachen.	<b>26</b>
11. Um der Belastung besser begegnen zu können, sollten die Angehörigen lernen, mit störenden Verhaltensweisen und veränderten Beziehungen zu den Betroffenen umzugehen, aber auch mit ihren eigenen Bedürfnissen.	<b>25</b>
12. Pflegepläne für pflegende Angehörige könnten sinnvollerweise Strategien zur Risikominderung zum Ziel haben, um das Auftreten von Missbrauch zu minimieren.	<b>19</b>
13. Die Verbesserung der Beziehungsqualität sollte ein Ziel bei der Entwicklung von Interventionen bei aggressivem Verhalten sein.	<b>16</b>

## 4 Diskussion

Im Verlauf der Erstellung der deutschen S3-Leitlinie: Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen (DGPPN 2018) wurde entschieden, ein weiteres systematisches Review zur häuslichen Gewalt gegen Angehörige psychisch erkrankter Menschen durchzuführen, da hier in der alten Leitlinienversion auf S2-Niveau (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde 2010) eine thematische Lücke entdeckt wurde.

### 4.1 Die Auswirkungen von aggressivem Verhalten

Für den weltweiten Bereich und einem Zeitraum von 1986 bis 2017, aktualisiert bis 2019, ist der Datenbestand »*practice of violence*« „überschaubar“. Eine Schätzung, die Zeiträume und Populationsgrößen nicht berücksichtigt, kommt auf einen Mittelwert bei physischer Gewalt von 23% und bei verbaler Gewalt von 35%. Da es sich jedoch um das Schicksal von Menschen handelt, ist jeder Prozentpunkt zu viel. So ist eine neuere Studie von Ose et. al wenig hilfreich, wenn sie die Prävalenz für das Gewaltisiko bei ambulanten Patienten „nur“ bei 8% im Vergleich zu stationären Patienten mit 32% feststellt (Ose et al. 2017). Denn unabhängig von der Häufigkeit belastet aggressives Verhalten die Angehörigen. Deshalb wurde entschieden nicht nur Studienergebnisse über Gewalt aufzunehmen, sondern auch Studien über »*burden of aggressive behavior*« einzuschließen, um die Dimension der Auswirkungen zu erweitern. Durch die Hinzunahme dieser Subkategorie erhöhte sich die Anzahl der gefundenen und eingeschlossenen Studien von 36 auf 67, wobei 13 Studien beide Subkategorien von Auswirkungen untersuchten. Die Datengrundlage erfuhr also fast eine Verdopplung.

#### *Die besondere Belastung bei Demenz*

Eggert et al. untersuchten aktuell private Pflegebeziehungen bezüglich aufkommender Konflikte, Aggressionen und Gewalt. Sie befragten hierzu 1006 pflegende Angehörige, wie häufig Gewalt zwischen ihnen und den von ihnen versorgten Pflegebedürftigen war. Es zeigte sich, dass Angehörige von Menschen mit Demenz häufiger von psychischer und körperlicher Gewalt durch die pflegebedürftigen Personen betroffen waren als die anderen Angehörigen (Eggert et al. 2018). Die eingeschlossenen Studien mit »Dementia« bestätigen, dass bei dieser psychischen Erkrankung

die meisten Auswirkungen die Subkategorie »burden of aggressive behavior« ausmachen. Es sind insgesamt 13 Studien. Diese erhöhte Belastung war in 11 von 13 Studien signifikant. Bei Taameeyapradit et al. konnte gezeigt werden, dass 45% der Angehörigen Agitation / Aggression als schwere Belastung empfanden (Taameeyapradit et al. 2014). Nagaratnam et al. beschrieben verbale Aggression mit einem Anteil von 59% als häufigstes störendes und belastendes Verhalten (Nagaratnam et al. 1998). Bei den restlichen Studien wurden keine prozentualen Angaben gemacht. Aber es konnten signifikant positive Korrelationen zwischen dem Verhalten der Demenzkranken (insbesondere Agitation, Aggression, Wut, Gewalt) und dem Schweregrad der Belastung der Angehörigen gemacht werden. Bei Hazif-Thomas et al. zeigte sich, dass je weniger Punkte der Erkrankte im Mini-Mental-Status-Test erreichte, sprich je eingeschränkter er von seiner Erkrankung war, es desto häufiger zu agitiertem Verhalten kam (Hazif-Thomas et al. 2003). Huang et al. konnten darüber hinaus zeigen, dass die Symptommfrequenz von Agitation / Aggression mit einem entsprechend erhöhten Belastungsniveau der Angehörigen (NPI-D score) zusammen hingen (Huang et al. 2012). Auch Miyamoto et al. wiesen einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Frequenz des störenden Verhaltens, unter anderem physische und verbale Aggression, und der Belastung der Angehörigen, gemessen mit dem »Zarit Burden Interview«, nach (Miyamoto et al. 2002).

#### 4.2 Die Risikoeinschätzung und die auslösenden Situationen

Eine systematische Übersichtsarbeit mit insgesamt 110 Studien von 1960 bis 2011 zu Risiko- und Schutzfaktoren für Gewalt psychisch erkrankter Menschen während einer Psychose (Witt et al. 2013) gibt allerdings keine Auskunft über Opfer- oder Interaktionsfaktoren. Die vorliegende Arbeit konnte im Zuge der aktuarischen *Risikoeinschätzung* die »interaction factors« „Zusammenwohnen“ mit signifikanten Studienergebnissen aus den Studien [66], [63], [38], [31], [30], [7], [4], [3], [2] herausfinden. Bei den dynamischen Risikofaktoren sind es „Übernahme der Aufgabe als finanzieller Stellvertreter / Ersatzempfänger“ aus den Studien [66], [63], [31], „Setzen von Grenzen“ aus den Studien [66], [63], [7] und „finanzielle Unterstützung / Geldmanagement“ aus den Studien [66], [65], [63]. Die Aufzählung berücksichtigt

nicht die Populationsgrößen der Studien. Außerdem sind alle Stichproben nicht zufällig.

Die *Auslöser* aus den Studien mit qualitativem Design erheben erst gar nicht diesen Anspruch. Sie geben lediglich einen Einblick in mögliche Ursachen: „Zusammenwohnen“ [27], „schlechte prämorbid Beziehung“ [10], „Übernahme der Aufgabe als finanzieller Stellvertreter / Ersatzempfänger“ [54], „Verlust der Selbstkontrolle“ [56], „Streit, Konflikte“ [23], „Nichteinhaltung der Anweisungen der Pflegeperson(en)“ [61], „Verteidigung“ [23], „ineffektive / schlechte / keine Kommunikation“ [56], [51]. Die Rubriken der inhaltsanalytischen Zusammenfassung für »perpetrator factors« mit den „Situationen mit erlebten Aggressionen in der Vergangenheit“, „Situationen mit gefühlten Verlustängsten“, „Situationen mit starken Stimmungsschwankungen“, „Situationen mit therapeutischem Einfluss“ und „Situationen mit Substanzmissbrauch“, für »victim factors« mit den „Situationen, in denen Grenzen gesetzt werden“, „Situationen, in denen das aggressive Verhalten thematisiert wird“, „Situationen, in denen die Partnerschaft im Mittelpunkt steht“ und für »interaction factors« mit den „Situationen mit Verweigerungen der Anweisungen“, „Situationen mit Kommunikationsdefiziten“ und „Situationen mit speziellen Umgebungsumständen“ ermöglichen ein Verständnis für das Leben mit psychisch kranken Menschen in aggressiven Situationen.

### 4.3 Das Setting

#### *Familie und Partnerschaft*

In Studie [23] »The violent female perpetrator and her victim« (Weizmann-Henelius et al. 2003) wurden drei Gruppen gewalttätiger Täterinnen in Bezug auf ihre Beziehung zum Opfer untersucht. 15 Frauen griffen Fremde an, 22 Frauen Bekannte und 24 Frauen nahestehende Personen. Hierbei stellte sich heraus, dass in der Gruppe, die nahestehende Personen (»close-group«) angreift, die Risikofaktoren: Alter (alt), Berufstätigkeit, wenig / keine Gewalttaten in der Vergangenheit, wenig / kein Substanz-Missbrauch, eigene Kinder haben und einen höheren Schulabschluss haben häufiger auftraten. Bei der Studie [48] von Oram et al. geht es um Risikofaktoren für einen Mord (Oram et al. 2013). Auch hier werden zwei Gruppen betrachtet und

miteinander bezüglich ihrer Charakteristika verglichen. Die erste Gruppe besteht aus 251 erwachsenen Tätern, die einen Mord innerhalb der Familie verübt haben. Die zweite Gruppe umfasst 1180 Täter, die einen Mord an einem intimen Partner begangen haben. Die Gruppe mit dem Mord an einem intimen Partner weisen wie die »close-group« aus der obigen Studie die gleichen, „atypischen“ Risikofaktoren auf. Die Gruppe mit einem Mord innerhalb der Familie weisen hingegen wieder die „bekannteren“, auch in anderen Studien nachgewiesenen Risikofaktoren wie junges Alter, Arbeitslosigkeit und frühere Gewalttaten auf. Hiervon kann abgeleitet werden, dass in der Familie und insbesondere in der Partnerschaft weniger die Krankheitsaspekte und die damit verbundenen Risikofaktoren im Vordergrund stehen, sondern vielmehr der zwischenmenschliche, enge Kontakt und vielleicht auch die Situation, „zur falschen Zeit am falschen Ort“ zu sein, eine mögliche Rolle spielt.

### *Die Angehörigen*

Die Studien und damit auch diese Arbeit sprechen immer von den Angehörigen. Eventuell erscheint noch ein Verwandtschaftsgrad und / oder ein Betreuungsmerkmal. Bremer stellt ohne Anspruch auf Vollständigkeit und Objektivität in einem Vortrag beim Treffen des Landesverbandes der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen am 8. April 2017 in Stuttgart unter dem Aspekt die „Erfahrenen“ folgende Gruppen fest: Angehörige,

- die in den Verbänden organisiert sind
- die sich in Selbsthilfegruppen treffen und bereit sind, über ihre Situation zu sprechen, die den Wunsch haben, ihre Erfahrung mit anderen zu teilen
- die Kinder psychisch erkrankter Eltern sind
- die inzwischen erwachsene Kinder psychisch erkrankter Eltern sind
- die Geschwister psychisch erkrankter Menschen sind
- die sich kümmern, die sich organisieren und austauschen; die bereit sind, sich systemischen, dialogischen, familien-therapeutischen Angeboten zu stellen; die für ihre kranken Angehörigen und sich selbst etwas Gesundheitsförderndes tun möchten
- die vorübergehend Erkrankten und chronisch erkrankten Menschen gegenüberstehen, die sich von ihren psychisch erkrankten Angehörigen abwenden, die eine Unterbringung anstreben und sich ansonsten in ihrem Leben

möglichst vom Schicksal und ihren erkrankten Familienmitgliedern nicht beeinträchtigen lassen möchten

- die Täter sind, die durch psychischen oder körperlichen Missbrauch die psychische Erkrankung ihrer Angehörigen evoziert haben (Bremer 2017).

Der „Angehörigen-Begriff“ muss kritisch reflektiert und differenziert werden. Dies ist notwendig, um beurteilen zu können, welche Bedeutung Gewalt und Belastung durch aggressives Verhalten der psychisch erkrankten Menschen hat und um im System der Versorgung besser gehört zu werden. Eine so differenzierte Begutachtung und Aufteilung der Angehörigen in solche Gruppen ist bei den Studien dieses Reviews und somit dem Review selbst nicht erfolgt. Dies wäre für zukünftige Arbeiten zu empfehlen.

#### 4.4 Die Limitationen der Übersichtsarbeit

##### *Die PICO-Blockbildung*

Das „PICO-Schema“ war aufgrund der fehlenden Vergleichskomponente für die Fragestellung nicht geeignet. Daher wurde versucht, ein anderes passendes Schema zu finden. MIP war zum Zeitpunkt der Erstellung und Operationalisierung der Fragestellung der geeignetste Ansatz. Für die Nutzung eines Schemas spricht, dass es einem unerfahrenen Reviewer eine gute Struktur gibt und außerdem eine gute Replizierung Dritter ermöglicht. Für eine offene Suche hätte im Nachhinein die Praktikabilität gesprochen, da das klassische „PICO-Schema“ in diesem Falle nicht passend war und sich die Suche nach einem passenden Schema schwierig gestaltete. Ein weiterer Grund für eine Suche ohne Schema wäre das festgelegte Rechercheprinzip gewesen. Hierbei musste zwischen sensitiv und spezifisch gewählt werden. Bei dem sensitiven Rechercheprinzip geht es darum, möglichst alle Studien zur Fragestellung zu finden. Es werden höchstwahrscheinlich alle relevanten Treffer gefunden, allerdings hat man auch einen großen Anteil an nicht passenden Treffern. Bei dem spezifischen Rechercheprinzip geht es darum, möglichst schnell einige wichtige und passende Treffer zu finden. Hier kann nicht garantiert werden, dass alle relevanten Treffer gefunden werden, allerdings beinhaltet die Suche meist auch keine nicht relevanten Studien (Nordhausen und Hirt 2018). Aufgrund der Frage-

stellung mit zwei Interaktionsparteien, Patienten und Angehörige und dem Ziel der Erstellung eines systematischen Reviews, welches für sich beansprucht möglichst alle relevanten Studien zu beinhalten, wurde für diese Arbeit ein sensitives Rechercheprinzip gewählt. Da eine sensitive Suche möglichst offengehalten werden sollte, hätte in diesem Falle auch eine Suche ohne Schema erfolgen können.

#### *Die Untersuchungsgegenstände ohne direkte Verknüpfung*

Das Review geht den zwei Fragen nach: Was sind die Auswirkungen des aggressiven Verhaltens psychisch erkrankter Menschen für die betroffenen Angehörigen? Lassen sich Faktoren finden, die dieses Verhalten erklären oder voraussagen? Interessant gewesen wäre aber auch die Frage: Welche Prädiktoren sagen welche Auswirkungen voraus? Diese direkte Verknüpfung war nicht Gegenstand der Arbeit.

#### *Die Studiendesigns*

Bei der Wahl der Methode sollte immer die Problemstellung Bezugspunkt sein und nicht umgekehrt. Es gilt die Gesamtheit des Gegenstandes in ihrem alltäglichen Kontext zu untersuchen (Flick 1998). Aus diesem Grund wurden bezüglich des Studiendesigns keine Einschränkungen gemacht. Die Deskription und Synthese der Daten erfolgte getrennt in quantitative und qualitative Ergebnisse. Eine Zusammenführung der Ergebnisse konnte nicht geleistet werden.

#### *Die Robustheit der Synthese*

Die Prüferin verfügte über genügend Informationen, um beurteilen zu können, ob die einzelnen Studien die Kriterien der Aufnahme erfüllen. Dies ist ein Aspekt der Robustheit, der sich auf die Vertrauenswürdigkeit der Synthese auswirken kann. Diskutabel ist die Methodik der verwendeten Synthese und ihrer Grenze auf ein Endergebnis.

### 4.5 Die Einordnung des Reviews

Bei der Erstellung der Übersichtsarbeit fanden sich sechs Reviews, die sowohl Auswirkungen als auch Prädiktoren von Gewalt psychisch erkrankter Menschen gegen Angehörige behandelten. Dies sind folgende sechs Reviews: »Stress of caregiving

for the chronically mentally ill« (Vaddadi 1996), »Coping with the threatening, intimidating, violent behaviors of people with psychiatric disabilities living at home: Guidelines for family caregivers« (Hyde 1997), »Aggression in the elderly« (Brodaty und Low 2003), »Family Violence among adults with severe mental illness« (Solomon et al. 2005), »Aggressive behavior in patients with dementia: Correlates and management« (Cipriani et al. 2011) und »What is known about dementia care recipient violence and aggression against caregivers?« (Wharton und Ford 2014).

Bei 5 der 6 Reviews ist davon auszugehen, dass es sich um nicht systematische Arbeiten handelt, da weder eine explizite Bezeichnung als »systematic review« erfolgte noch eine Darstellung der Herangehensweise und der Suche. Ausschließlich bei Wharton und Ford mit dem Titel »What Is Known About Dementia Care Recipient Violence and Aggression Against Caregivers?« wird beschrieben, welche Datenbanken und welche Suchbegriffe benutzt wurden. Zeitlich sind die Übersichtsarbeiten 1996, 1997, 2003, 2005, 2011 und 2014 erschienen. Das vorliegende Review schließt keinen Zeitpunkt aus und seine letzte Suche war am 05.08.2019. Es ist aber nicht nur ein zeitliches Update. Durch seine Erhebungsmethode ist es die einzige Übersichtsarbeit, die dieses Thema in diesem Umfang bis jetzt systematisch untersucht hat. Bezüglich der Erkrankungen der Patienten definieren Vaddadi et al., Hyde und Solomon „psychisch krank“ nicht weiter. Bei Brodaty, Cipriani und Wharton handelt es sich um Menschen mit „Demenz“. In der hier vorliegenden Arbeit wurden beide dieser Gruppen mit eingeschlossen. Außerdem wurde zusätzlich zu »mentally ill« und Demenzen nach weiteren konkreten psychischen Erkrankungen gesucht. Die Übersichtsarbeit ist eine systematische Aktualisierung der Untersuchungsgegenstände. Sie schließt Erkenntnisse aus Studien mit qualitativem Design nicht aus.

### *Das Vote-Counting*

Bei der Durchführung der narrativen Synthese der Prädiktoren wurde jeder Publikation eine „Stimme“ (»vote«) gegeben. Diese Vorgehensweise vernachlässigt den Umfang und die Art der Untersuchung. Die „statistische Power“ wird nicht berücksichtigt. Obwohl so eine „reine“ systematische Übersichtsarbeit, aufgrund der Nachteile, heute eher selten geworden ist (Leonhardt 2008), ist dieses Review ein Beitrag für die Erstellung einer S3-Leitlinie.

### *Das ROBIS-Instrument*

Die Bewertung des Verzerrungsrisikos der systematischen Übersichtsarbeit erfolgte mit dem ROBIS-Instrument. Es gibt keinen vorgegebenen Mindestwert für einen validierten Qualitätsindex. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen erwartet die Dokumentation und Diskussion der Interessenkonflikte der Autorinnen und Autoren (IQWiG 2016).

#### 4.6 Der Ausblick

Die im Sommer 2018 veröffentlichte S3–Leitlinie „Verhinderung von Zwang“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) formuliert explizit *für Angehörige einen Nachsorgeauftrag*: Angehörige eines psychisch erkrankten Menschen, die durch eine krankheitsbedingte Handlung körperlich oder psychisch geschädigt worden sind oder wo Dritte entsprechend geschädigt wurden, sollten im Sinne der sekundären und tertiären Prävention über die Vermeidung künftiger krankheitsbedingter Risiken aggressiven Verhaltens aufgeklärt und beraten werden (DGPPN 2018, S. 123). Es muss die *Empfehlung sein in der Forschung weiterzumachen*. Auch im neuen Landesplan der Hilfen für psychisch kranke Menschen in Baden-Württemberg wird der Themenbereich „*Gewalt im Milieu*“ wie bspw. Gewalt in der Familie und gegen Angehörige als weiterer Schwerpunkt aufgenommen (Ministerium für Soziales und Integration 2018). Bei zukünftigen Untersuchungen sollte insbesondere der *Aspekt der Interaktion* zwischen Angehörigem und Erkranktem berücksichtigt werden. In der angewandten Forschung werden immer wieder quantitative und qualitative methodische Ansätze kombiniert, um Stärken zu nutzen und Schwächen der Methoden auszugleichen. Bei der Erstellung von Studien könnte es zukünftig eine Strategie sein die unterschiedlichen Aspekte der Fragestellung unabhängig voneinander *mit quantitativen und qualitativen Methoden* zu untersuchen. Hierbei ist es wichtig, dass die Untersuchungsgegenstände kongruent sind und die Forschungsmethoden adäquat eingesetzt werden.

Labrum stellt in seinem Fazit fest, dass Personen mit psychischen Erkrankungen und ihre Angehörigen vergleichsweise gefährdete Bevölkerungsgruppen sind. Er

fordert deshalb weiterhin Forschung zu diesem Thema und dass politische Entscheidungsträger und die psychiatrische Versorgung sie nutzen, um dieses soziale Problem und seine Verharmlosung zu verhindern (Labrum 2017). Eine gewisse Kongruenz mit der Sozialarbeit spricht für einen *interdisziplinären Ansatz*. Die aufsuchende Sozialarbeit könnte zum Beispiel zusätzliche Risikoeinschätzungen zu »*community factors*« erbringen.

Gewalt durch psychisch erkrankte Menschen gegen Angehörige und Betreuungspersonen und mögliche Prädiktoren und Auslöser waren Gegenstände dieser Arbeit. Sie sollen ein *Beitrag bei der Entwicklung der deutschen S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“* sein.

## 5 Zusammenfassung

### Hintergrund

Im Verlauf der Erstellung der deutschen S3-Leitlinie: Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen wurde entschieden, ein systematisches Review zur häuslichen Gewalt psychisch erkrankter Menschen gegen Angehörige durchzuführen, da hier in der alten Leitlinienversion auf S2-Niveau eine thematische Lücke entdeckt wurde. Es geht um die Fragen: Welche Auswirkungen hat aggressives Verhalten psychisch erkrankter Menschen auf die Angehörigen? Lassen sich Prädiktoren, Auslöser finden, die aggressives Verhalten psychisch Erkrankter gegen ihre Angehörigen voraussagen und beschreiben?

### Methodik und Material

Es wurde eine systematische Übersichtsarbeit erstellt. Die Prüfungsfrage wurde mit Hilfe des MIP-Modells konstruiert. Die Blöcke »Methodology«, »Issues« und »Participants« wurden genutzt, um die Frage in eine Suchstrategie mit Booleschen Operatoren, Trunkierungen und Thesauri umzusetzen. Die Suche erfolgte über den Datenbankanbieter Ovid in den Datenbanken Medline, Embase, PsycINFO und PSYNDEXplus. Außerdem wurde eine weitere Suche in CINAHL über den Anbieter EBSCO host durchgeführt. Von den 4037 Treffern aus der Datenbanksuche blieben nach dem »title / abstract-screening« 4,8 % an potenziell passenden Treffern übrig. 163 Artikel wurden als Volltext beschafft und bezüglich ihrer Eignung geprüft. 37,9 % (67 Studien) konnten schließlich in das Review eingeschlossen werden. Eine narrative Synthese strukturiert den Ergebnisteil. An dessen Ende steht die Bewertung des Verzerrungsrisikos.

### Ergebnisteil

33 Studien mit beiden Untersuchungsgegenständen, 26 Studien mit dem Untersuchungsgegenstand Auswirkungen und 8 Studien mit dem Untersuchungsgegenstand Prädiktoren, Auslöser wurden nach acht Studienmerkmalen geordnet.

Die Kategorien »burden of aggressive behavior« und »practice of violence« wurden in ihrer Vielfalt beschrieben. Die Risikofaktoren aller Studien mit quantitativem Design und die Auslöser aus den Studien mit qualitativem Design wurden entsprechend der Einteilung in »perpetrator-, victim-, interaction factors« aufgezählt. Für die möglichen Prädiktoren wurde der Anteil der signifikanten Faktoren ermittelt.

Die Datensynthesen kommen zu folgenden Ergebnissen:

- Über eine erhöhte nicht differenzierte Belastung berichten 14 Studien. Gesundheitliche und emotionale Belastungen wie Depression, Angst, Reizbarkeit, emotionaler Stress und Ärger sind in 11 Studien unterschiedlich festgestellt. Soziale und wirtschaftliche Belastungen wie negative Gefühle gegen externe Quellen, soziale Anpassung, schlechtere Lebensqualität, Beziehungsprobleme, persönliche Notlage, erhöhte Pflegebelastung und erhöhter finanzieller Aufwand konnten in 6 Studien herausgearbeitet werden.
- Bei Gewalterfahrungen waren bei physischer Gewalt von 3,7% bis 77,4%, bei verbaler Gewalt von 19,5% bis 79,1% der Angehörigen betroffen. Außerdem berichten Studien von psychischer, sexueller und finanzieller Gewalt. Bei den Tötungsmethoden war das Erstechen mit einem Messer die häufigste Methode (44% bis 60%).
- 40 Prädiktoren in einer differenzierten Risikoeinschätzung werden durch 11 Rubriken von auslösenden Situationen aus Studien mit qualitativem Design ergänzt.

Mit dem »Risk Of Bias In Systematic reviews« - Instrument (ROBIS) wurde in der Gesamteinschätzung ein geringes bis leicht erhöhtes Verzerrungsrisiko des Reviews ermittelt. Die Robustheit der narrativen Synthese wurde mit der »lines of argument synthesis« untermauert: „Koordiniertes Risikomanagement ist sinnvoll.“, „Patientenmerkmale können für die Risikobewertung verwendet werden.“ und „Angehörige sind wichtige Informationsquellen.“ und „Angehörige brauchen Anleitungen.“

### **Fazit**

Die Auswirkungen aggressiven Verhaltens durch psychisch erkrankte Menschen gegen Angehörige und Betreuungspersonen, Prädiktoren oder Auslöser waren Recherchegegenstände dieser Arbeit. Der gefundene Datenbestand ist überschaubar. Das „reine“ narrative Review ist mit seinem »vote counting« ein aktueller Beitrag bei der Entwicklung der deutschen S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“.

## 6 Literaturverzeichnis

- 1 Asnis, Gregory M.; Kaplan, Margaret L.; van Praag, Herman M.; Sanderson, William C.: Homicidal Behaviors Among Psychiatric Outpatients. In: *PS* 45: 127–132 (1994).
- 2 Ball, Valdesha; Snow, A. Lynn; Steele, Avila B.; Morgan, Robert O.; Davila, Jessica A.; Wilson, Nancy; Kunik, Mark E.: Quality of relationships as a predictor of psychosocial functioning in patients with dementia. In: *Journal of geriatric psychiatry and neurology* 23: 109–114 (2010).
- 3 BBS, Reha-Forschungsverbund Berlin-Brandenburg-Sachsen (Hg.): Gesundheitliche und ökonomische Belastungen von Familien mit psychisch kranken Angehörigen. Abschlussbericht zum Teilprojekt C3. Online verfügbar unter <https://www.eservice-drv.de/ForschPortalWeb/reha-Doc.pdf?rehaid=9A121338FD17596DC1256E1C004DF64A>, zuletzt geprüft am 22.02.2019 (2002).
- 4 Binder, Renée L.; McNeil, Donna: Victims and families of violent psychiatric patients. In: *The Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law* 14: 131–139 (1986).
- 5 Binder, Werner; Bender, Wolfram (Hg.): Die dritte Dimension in der Psychiatrie. Angehörige, Betroffene und Professionelle auf einem gemeinsamen Weg. Köln: Richter (2003).
- 6 Bindl, Wolfgang: Die Belastung von Angehörigen schizophrener Erkrankter in Abhängigkeit von der Teilnahme bzw. Nichtteilnahme der Angehörigen an professionell intendierten psychoedukativen Gruppen und unspezifischen Angehörigen-Gruppen. Med. Dissertation. Technische Universität München. Online verfügbar unter <https://mediatum.ub.tum.de/?id=602363>, zuletzt geprüft am 19.02.2019 (2004).
- 7 Blanthorn-Hazell, Sophee; Gracia, Alfredo; Roberts, Jenna; Boldeanu, Anca; Judge, Davneet: A survey of caregiver burden in those providing informal care for patients with schizophrenia or bipolar disorder with agitation: results from a European study. In: *Annals of general psychiatry* 17: 8 (2018).

- 8 Bogner, Kathrin; Landrock, Uta: Antworttendenzen in standardisierten Umfragen. S.2. Unter Mitarbeit von GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften. Online verfügbar unter [https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/40905.2/ssoar-2015-bogner\\_et\\_al-Antworttendenzen\\_in\\_standardisierten\\_Umfragen\\_Version.pdf?sequence=1&isAllowed=y&lnkname=ssoar-2015-bogner\\_et\\_al-Antworttendenzen\\_in\\_standardisierten\\_Umfragen\\_Version.pdf](https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/40905.2/ssoar-2015-bogner_et_al-Antworttendenzen_in_standardisierten_Umfragen_Version.pdf?sequence=1&isAllowed=y&lnkname=ssoar-2015-bogner_et_al-Antworttendenzen_in_standardisierten_Umfragen_Version.pdf), zuletzt geprüft am 23.09.2019 (2014).
- 9 Bozgeyik, Gamze; Ipekcioglu, Derya; Yazar, Menekse Sıla; İlnem, Mehmet Cem: Behavioural and psychological symptoms of Alzheimer's disease associated with caregiver burden and depression. In: *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology* 8: 1–9 (2018).
- 10 Bremer, Fritz: Angehörige sind Erfahrene - Neue Rolle gesucht! Hg. v. Landesverband Baden-Württemberg der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. Stuttgart. Online verfügbar unter <https://www.lvbwapk.de/app/download/7978760/Vortrag+Fritz+Bremer.pdf>, zuletzt geprüft am 15.01.2020 (2017).
- 11 Brodaty, Henry; Low, Lee-Fay: Aggression in the elderly. Review. In: *J Clin Psychiatry* 64 Suppl 4: 36–43 (2003).
- 12 Calhoun, Patrick S.; Beckham, Jean C.; Bosworth, Hayden B.: Caregiver burden and psychological distress in partners of veterans with chronic posttraumatic stress disorder. In: *Journal of traumatic stress* 15: 205–212 (2002).
- 13 Carrà, Giuseppe; Cazzullo, Carlo Lorenzo; Clerici, Massimo: The association between expressed emotion, illness severity and subjective burden of care in relatives of patients with schizophrenia. Findings from an Italian population. In: *BMC psychiatry* 12: 140 (2012).
- 14 Carter, Mark McLean; Wei, Angelina; Li, Xinlei: An individualised, non-pharmacological treatment strategy associated with an improvement in neuropsychiatric symptoms in a man with dementia living at home. In: *BMJ case reports* 12 (2019).
- 15 Chan, Billy Wing-Yum: Violence against Caregivers by Relatives with Schizophrenia. In: *International Journal of Forensic Mental Health* 7: 65–81 (2008).

- 16 Chaturvedi, Santosh K.; Hamza, Ameer; Sharma, Mahendra P.: Changes in distressing behavior perceived by family of persons with schizophrenia at home - 25 years later. In: *Indian Journal of Psychological Medicine* 36: 282 (2014).
- 17 CINAHL: Universität Münster. Online verfügbar unter <https://www.uni-muenster.de/ZBMed/aktuelles/9791>, zuletzt geprüft am 02.07.2019 (2019).
- 18 Cipriani, Gabriele; Vedovello, Marcella; Nuti, Angelo; Di Fiorino, Mario: Aggressive behavior in patients with dementia: correlates and management. Review. In: *Geriatrics & gerontology international* 11: 408–413 (2011).
- 19 Cochrane Deutschland (Hg.): Cochrane Deutschland, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften - Institut für Medizinisches Wissensmanagement: „Bewertung von systematischen Übersichtsarbeiten: ein Manual für die Leitlinienerstellung“. Online verfügbar unter Verfügbar: Cochrane Deutschland: <http://www.cochrane.de/de/review-bewertung-manual> AWMF: <http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk/II-entwicklung.html>, zuletzt geprüft am 05.02.2019 (2017).
- 20 Cohen-Mansfield, J.; Werner, P.: Predictors of Aggressive Behaviors: A Longitudinal Study in Senior Day Care Center. In: *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 53B: P300-P310 (1998).
- 21 Cooper, C.; Selwood, A.; Blanchard, M.; Livingston, G.: Abusive behaviour experienced by family carers from people with dementia: the CARD (caring for relatives with dementia) study. In: *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry* 81: 592–596 (2010).
- 22 DAE, Deutsche Arbeitsgemeinschaft Epidemiologie: Leitlinien und Empfehlungen zur Sicherung von Guter Epidemiologischer Praxis (GEP). In: *Gesundheitswesen* 62: 295–303 (2000).
- 23 DBIS Embase: kiz Universität Ulm. Online verfügbar unter [http://rzblx10.uni-regensburg.de/dbinfo/detail.php?bib\\_id=ubu&colors=&ocolors=&lett=a&tid=4&titel\\_id=205](http://rzblx10.uni-regensburg.de/dbinfo/detail.php?bib_id=ubu&colors=&ocolors=&lett=a&tid=4&titel_id=205), zuletzt geprüft am 02.07.2019 (2019).
- 24 DBIS Medline: kiz Universität Ulm. Online verfügbar unter [http://rzblx10.uni-regensburg.de/dbinfo/detail.php?bib\\_id=ubu&colors=&ocolors=&lett=a&tid=11&titel\\_id=288](http://rzblx10.uni-regensburg.de/dbinfo/detail.php?bib_id=ubu&colors=&ocolors=&lett=a&tid=11&titel_id=288), zuletzt geprüft am 02.07.2019 (2019).

- 25 DBIS PsycINFO: kiz Universität Ulm. Online verfügbar unter [http://rzblx10.uni-regensburg.de/dbinfo/detail.php?bib\\_id=ubu&colors=&ocolors=&lett=a&tid=14&titel\\_id=149](http://rzblx10.uni-regensburg.de/dbinfo/detail.php?bib_id=ubu&colors=&ocolors=&lett=a&tid=14&titel_id=149), zuletzt geprüft am 02.07.2019 (2019).
- 26 DBIS PSYINDEX: kiz Universität Ulm. Online verfügbar unter [http://rzblx10.uni-regensburg.de/dbinfo/detail.php?bib\\_id=ubu&colors=&ocolors=&lett=a&tid=14&titel\\_id=86](http://rzblx10.uni-regensburg.de/dbinfo/detail.php?bib_id=ubu&colors=&ocolors=&lett=a&tid=14&titel_id=86), zuletzt geprüft am 02.07.2019 (2019).
- 27 Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde: Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie. Heidelberg: Steinkopff-Verlag Darmstadt (S2 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie, 2) (2010).
- 28 DGPPN (Hg.): Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde: S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“. (Langversion – Fassung vom 10.09.2018) (AWMF-Register Nr. 038-022). Online verfügbar unter <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-022.html>, zuletzt geprüft am 20.01.2019 (2018).
- 29 do Rosário de Menezes, Maria; Bastos Alves, Manuela; dos Santos Souza, Andréa; Almeida da Silva, Valdenir; Nunes da Silva, Eduardo; Souza Oliveira, Cíntia Maria: Aggressive behavior in the relationship between old and the family caregiver in dementias (*Ciência Cuidado e Saúde*, 744-751). Online verfügbar unter [https://www.researchgate.net/publication/317453914\\_Aggressive\\_behavior\\_in\\_the\\_relationship\\_between\\_old\\_and\\_the\\_family\\_caregiver\\_in\\_dementias](https://www.researchgate.net/publication/317453914_Aggressive_behavior_in_the_relationship_between_old_and_the_family_caregiver_in_dementias), zuletzt geprüft am 06.06.2019 (2013).
- 30 Dollinger, Bernd: Die Aussagekraft von Risikofaktoren im Umgang mit Kriminalität. Eine Einschätzung. Online verfügbar unter [http://www.bildung.uni-siegen.de/mitarbeiter/dollinger/files/risikofaktoren\\_2014\\_text.pdf](http://www.bildung.uni-siegen.de/mitarbeiter/dollinger/files/risikofaktoren_2014_text.pdf), zuletzt geprüft am 24.07.2019 (2014).
- 31 Dore, Glenys; Romans, Sarah E.: Impact of bipolar affective disorder on family and partners. In: *Journal of Affective Disorders* 67: 147–158 (2001).
- 32 Duxbury, J.; Pulsford, D.; Hadi, M.; Sykes, S.: Staff and relatives' perspectives on the aggressive behaviour of older people with dementia in residential

care: a qualitative study. In: *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 20: 792–800 (2013).

33 Eggert, Simon; Schnapp, Patrick; Sulmann, Daniela: Aggression und Gewalt in der informellen Pflege – 2018. Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP). Online verfügbar unter <https://www.zqp.de/portfolio/gewalt-informelle-pflege/>, zuletzt geprüft am 19.02.2019 (2018).

34 Elbogen, Eric B.; Swanson, Jeffrey W.; Swartz, Marvin S.; van Dorn, Richard: Family representative payeeship and violence risk in severe mental illness. In: *Law and human behavior* 29: 563–574 (2005).

35 Faust, Volker: Psychosoziale Gesundheit von Angst bis Zwang ,. Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln. S.10. Online verfügbar unter [http://www.psychosoziale-gesundheit.net/psychiatrie/schizophrenie\\_gewalt.html](http://www.psychosoziale-gesundheit.net/psychiatrie/schizophrenie_gewalt.html), zuletzt geprüft am 10.01.2019 (2019).

36 Finlayson, Janet; Jackson, Alison; Mantry, Dipali; Morrison, Jillian; Cooper, Sally-Ann: Types and Causes of Injuries of Carers of Adults With Intellectual Disabilities: Observational Study. In: *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities* 19, n/a-n/a (2015).

37 Flick, Uwe: Qualitative Methoden in der Analyse sozialer Repräsentationen. Konferenzbeitrag. Online verfügbar unter [https://www.ewi-psy.fu-berlin.de/einrichtungen/arbeitsbereiche/qualitative\\_sozial-\\_bildungsforschung/Medien/zugänge\\_zum\\_un-vertrauten.pdf](https://www.ewi-psy.fu-berlin.de/einrichtungen/arbeitsbereiche/qualitative_sozial-_bildungsforschung/Medien/zugänge_zum_un-vertrauten.pdf), zuletzt geprüft am 11.07.2019 (1998).

38 Fowler, Nicole R.; Perkins, Anthony J.; Turchan, Hilary A.; Frame, Amie; Monahan, Patrick; Gao, Sujuan; Boustani, Malaz A.: Older primary care patients' attitudes and willingness to screen for dementia. In: *Journal of aging research* 2015: 423265 (2015).

39 Gopinath, P. S.; Chaturvedi, S. K.: Distressing behaviour of schizophrenics at home. In: *Acta psychiatrica Scandinavica* 86: 185–188 (1992).

40 Häfner, Heinz: Psychiatriereform in Deutschland. Vorgeschichte, Durchführung und Nachwirkungen der Psychiatrie-Enquête. Ein Erfahrungsbericht. In: *Heidelberger Jahrbücher Online* 1: 119–145 (2016).

- 41 Hamel, M.; Gold, D. P.; Andres, D.; Reis, M.; Dastoor, D.; Grauer, H.; Bergman, H.: Predictors and Consequences of Aggressive Behavior by Community-Based Dementia Patients. In: *The Gerontologist* 30: 206–211 (1990).
- 42 Hanzawa, Setsuko; Bae, Jeong-Kyu; Bae, Yong Jun; Chae, Moon-Hyeon; Tanaka, Hideki; Nakane, Hideyuki et al.: Psychological impact on caregivers traumatized by the violent behavior of a family member with schizophrenia. In: *Asian journal of psychiatry* 6: 46–51 (2013).
- 43 Harden, Angela: Mixed-Methods Systematic Reviews: Integrating Quantitative and Qualitative Findings. Hg. v. NCDDR: FOCUS. Online verfügbar unter [http://ktdrr.org/ktlibrary/articles\\_pubs/ncddrwork/focus/focus25/Focus25.pdf](http://ktdrr.org/ktlibrary/articles_pubs/ncddrwork/focus/focus25/Focus25.pdf), zuletzt geprüft am 24.02.2019 (2010).
- 44 Hazif-Thomas, C.; Bouché, C.; Clément, J.-P; Thomas, P.: Influence de la déambulation et des comportements moteurs inadéquats sur la prise en charge des déments à domicile par des aidants informels. L'étude PIXEL. In: *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 161: 666–673 (2003).
- 45 Hirsch, Sophie (2018): Evidenzbasierte nicht-pharmakologische Interventionen zur Reduktion von mechanischen Zwangsmaßnahmen bei Erwachsenen in psychiatrischen Kliniken – ein systematisches Review. Universität Ulm. Online verfügbar unter <https://oparu.uni-ulm.de/xmlui/bitstream/123456789/8372/3/Diss-Hirsch180707Uplo.pdf>.
- 46 Hsu, Mei-Chi; Tu, Chun-Hsien: Adult patients with schizophrenia using violence towards their parents: a phenomenological study of views and experiences of violence in parent-child dyads. In: *Journal of advanced nursing* 70: 336–349 (2014).
- 47 Huang, Si-Sheng; Lee, Meng-Chih; Liao, Yi-Cheng; Wang, Wen-Fu; Lai, Te-Jen: Caregiver burden associated with behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) in Taiwanese elderly. In: *Archives of gerontology and geriatrics* 55: 55–59 (2012).
- 48 Hyde, Alexander P.: Coping with the threatening, intimidating, violent behaviors of people with psychiatric disabilities living at home: Guidelines for family caregivers. Review. In: *Psychiatric Rehabilitation Journal* 21: 144–149 (1997).

- 49 IQWiG: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, Allgemeine Methoden, Entwurf für Version 5.0 vom 07.12.2016, verfügbar unter: [https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=20&ved=2ahUKEwiW\\_Zf7qq7pAhWMzaQKHTBBD-U4ChAWMAI6BA-gEEAE&url=https%3A%2F%2Fwww.iqwig.de%2Fdownload%2FIQWiG\\_Methoden\\_Entwurf-fuer-Version-5\\_final.pdf&usg=AOvVaw0-9pHp1U9vYyupWmsjWJz4](https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=20&ved=2ahUKEwiW_Zf7qq7pAhWMzaQKHTBBD-U4ChAWMAI6BA-gEEAE&url=https%3A%2F%2Fwww.iqwig.de%2Fdownload%2FIQWiG_Methoden_Entwurf-fuer-Version-5_final.pdf&usg=AOvVaw0-9pHp1U9vYyupWmsjWJz4), zuletzt geprüft am 11.07.2019 (2019).
- 50 Jackson, Diana; Turner-Stokes, Lynne; Murray, Joanna; Leese, Morven; McPherson, Kathryn M.: Acquired brain injury and dementia: a comparison of carer experiences. In: *Brain injury* 23: 433–444 (2009).
- 51 Joyal, C.; Putkonen, A.; Paavola, P.; Tiihonen, J.: Characteristics and circumstances of homicidal acts committed by offenders with schizophrenia. In: *Psychological Medicine* 34: 433–442 (2004).
- 52 Kageyama, Masako; Solomon, Phyllis: Post-traumatic stress disorder in parents of patients with schizophrenia following familial violence. In: *PloS one* 13 : e0198164 (2018).
- 53 Kageyama, Masako; Solomon, Phyllis; Kita, Sachiko; Nagata, Satoko; Yokoyama, Keiko; Nakamura, Yukako et al.: Factors related to physical violence experienced by parents of persons with schizophrenia in Japan. In: *Psychiatry research* 243: 439–445 (2016).
- 54 Kageyama, Masako; Solomon, Phyllis; Yokoyama, Keiko; Nakamura, Yukako; Kobayashi, Sayaka; Fujii, Chiyo: Violence Towards Family Caregivers by Their Relative with Schizophrenia in Japan. In: *The Psychiatric quarterly* 89: 329–340 (2017).
- 55 Kageyama, Masako; Yokoyama, Keiko; Nagata, Satoko; Kita, Sachiko; Nakamura, Yukako; Kobayashi, Sayaka; Solomon, Phyllis: Rate of Family Violence Among Patients With Schizophrenia in Japan. In: *Asia-Pacific journal of public health* 27: 652–660 (2015).
- 56 Kalunian, D. A.; Binder, R. L.; McNeil, D. E.: Violence by geriatric patients who need psychiatric hospitalization. In: *J Clin Psychiatry* 51: 340–343 (1990).

- 57 Kastner, Irina: Aggressives Verhalten in der Psychiatrie - Prädiktoren und Epidemiologie. Dissertation. Universität Regensburg. Online verfügbar unter <https://d-nb.info/1023276690/34>, zuletzt aktualisiert am 30.06.2019 (2011).
- 58 Kasuya, R. T.; Polgar-Bailey, P.; Takeuchi, R.: Caregiver burden and burn-out. A guide for primary care physicians. In: *Postgraduate medicine* 108: 119–123 (2000).
- 59 Kaufman, Kenneth R.; Newman, Neil B.; Dawood, Alveena: Capgras delusion with violent behavior in Alzheimer dementia: case analysis with literature review. In: *Annals of clinical psychiatry : official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists* 26: 187–191 (2014).
- 60 Kivisto, Aaron J.; Watson, Malorie E.: 12-Month Prevalence, Trends, Gender Differences, and the Impact of Mental Health Services on Intimate Partner Violence Perpetration Among Discharged Psychiatric Inpatients. In: *J Fam Viol* 31: 379–385 (2016).
- 61 Kontio, Raija; Lantta, Tella; Anttila, Minna; Kauppi, Kaisa; Välimäki, Maritta: Family Involvement in Managing Violence of Mental Health Patients. In: *Perspectives in psychiatric care* 53: 55–66 (2017).
- 62 Labrum, T.; Solomon, P. L.: Factors associated with family violence by persons with psychiatric disorders. In: *Psychiatry research* 244: 171–178 (2016).
- 63 Labrum, Travis: Factors Associated With Family Violence By Persons With Serious Mental Illness: A National Online Survey. Publicly Accessible Penn Dissertations. (2409). Online verfügbar unter <https://repository.upenn.edu/edissertations/2409>, zuletzt geprüft am 19.02.2019 (2017a).
- 64 Labrum, Travis: Factors related to abuse of older persons by relatives with psychiatric disorders. In: *Archives of gerontology and geriatrics* 68: 126–134 (2017b).
- 65 Lauber, Christoph; Eichenberger, Adrian; Luginbühl, Peter; Keller, Christian; Rössler, Wulf: Determinants of burden in caregivers of patients with exacerbating schizophrenia. In: *European Psychiatry* 18: 285–289 (2003).

- 66 Legewie, Heiner: Qualitative Forschung und der Ansatz der Grounded Theory. Online verfügbar unter [http://www.ztg.tu-berlin.de/download/legewie/Dokumente/Vorlesung\\_11.pdf](http://www.ztg.tu-berlin.de/download/legewie/Dokumente/Vorlesung_11.pdf), zuletzt geprüft am 11.07.2019 (2019).
- 67 Leonhardt, Rainer: Psychologische Methodenlehre / Statistik, 1. Auflage, München, freier Download: Methoden zur Aggregation von Studien, Online verfügbar unter [http://www.reinhardt-verlag.de/\\_pdf\\_media/Leonhart\\_Methoden.pdf](http://www.reinhardt-verlag.de/_pdf_media/Leonhart_Methoden.pdf), zuletzt geprüft am 10.05.2020 (2008).
- 68 Loughland, Carmel M.; Lawrence, Gali; Allen, Joanne; Hunter, Mick; Lewin, Terry J.; Oud, Nico E.; Carr, Vaughan J.: Aggression and trauma experiences among carer-relatives of people with psychosis. In: *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 44: 1031–1040 (2009).
- 69 MacInnes, Doug L.; Watson, Jim P.: The differences in perceived burdens between forensic and non-forensic caregivers of individuals suffering from schizophrenia. In: *Journal of Mental Health* 11: 375–388 (2002).
- 70 Marsh, Nigel V.; Kersel, Denyse A.; Havill, Jack H.; Sleight, Jamie W.: Caregiver burden at 1 year following severe traumatic brain injury. In: *Brain injury* 12: 1045–1059 (1998a).
- 71 Marsh, Nigel V.; Kersel, Denyse A.; Havill, Jack H.; Sleight, Jamine W.: Caregiver burden at 6 months following severe traumatic brain injury. In: *Brain injury* 12: 225–238 (1998b).
- 72 Matsumoto, Naomi; Ikeda, Manabu; Fukuhara, Ryuji; Shinagawa, Shunichiro; Ishikawa, Tomohisa; Mori, Takaaki et al.: Caregiver burden associated with behavioral and psychological symptoms of dementia in elderly people in the local community. In: *Dementia and geriatric cognitive disorders* 23: 219–224 (2007).
- 73 Mauleon, Adelaide de; Soto, Maria; Ousset, Pierre Jean; Nourhashemi, Fati; Lepage, Benoit; Vellas, Bruno: Potentially modifiable factors associated with agitation and aggression in Alzheimer's disease: results of the ICTUS study. In: *International psychogeriatrics*: 1–8 (2019).

- 74 McGrath, Melissa; Oyebode, Femi: Characteristics of perpetrators of homicide in independent inquiries. In: *Medicine, science, and the law* 45: 233–243 (2005).
- 75 Meiland, Franka J. M.; Kat, Martin G.; van Tilburg, Willem; Jonker, Cees; Droes, Rose-Marie: The Emotional Impact of Psychiatric Symptoms in Dementia on Partner Caregivers. In: *Alzheimer Disease & Associated Disorders* 19: 195–201 (2005).
- 76 Merz, Ann-Kathrin: Information Behaviour bei der Erstellung systematischer Reviews. Dissertation. Universität Regensburg. Online verfügbar unter <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:bvb:355-epub-363313>, zuletzt geprüft am 06.04.2019 (2016).
- 77 Meyer, Thorsten: Kritische Bewertungen qualitativer Studien. Online verfügbar unter <http://www.evidencebasedpublichealth.de/download/Meyer%20Kritische%20Bewertung%20von%20qualitativen%20Studien.pdf>, zuletzt geprüft am 11.07.2019 (2012).
- 78 Ministerium für Soziales und Integration (Hg.): Landesplan der Hilfen für psychisch kranke Menschen in Baden-Württemberg. S.88. Online verfügbar unter [https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/interntern/downloads/Publikationen/Landesplan\\_Hilfen\\_psychisch\\_kranke\\_Menschen\\_Landespsychiatrieplan\\_2018\\_bf.pdf](https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/interntern/downloads/Publikationen/Landesplan_Hilfen_psychisch_kranke_Menschen_Landespsychiatrieplan_2018_bf.pdf), zuletzt geprüft am 08.04.2019 (2018).
- 79 Miyamoto, Yuki; Ito, Hiroto; Otsuka, Toshio; Kurita, Hiroshi: Caregiver burden in mobile and non-mobile demented patients: a comparative study. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 17: 765–773 (2002).
- 80 Morgan, Robert O.; Sail, Kavita R.; Snow, A. Lynn; Davila, Jessica A.; Fouladi, Negin N.; Kunik, Mark E.: Modeling causes of aggressive behavior in patients with dementia. In: *The Gerontologist* 53: 738–747 (2013).
- 81 Müller, Jürgen; Nedopil, Norbert; Freisleder, Franz Joseph; Graf, Marc; Haller, Reinhard: Forensische Psychiatrie. Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht. S.288. 5., überarbeitete Auflage. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag. Online verfügbar unter <https://books.google.de/books?id=AxU->

DCygR8IC&pg=PA288&lp=PA288&dq=fixiert+dynamische+und+aktuell+%C3%A4nderbare+risikofaktoren&source=bl&ots=WnfKr-dssA&sig=ACfU3U2tkl7rZvr5rs1H5arBlqQxFiFYeQ&hl=de&sa=X&ved=2ahU-KEwiWzb2y\_7zIAhXPZ1AKHTMiDZ8Q6AEwAHoECAkQAQ#v=onepage&q=fixiert%20dynamische%20und%20aktuell%20%C3%A4nderbare%20risikofaktoren&f=false, zuletzt geprüft am 27.10.2019 (2017).

82 Nagaratnam, N.; Lewis-Jones, M.; Scott, D.; Palazzi, L.: Behavioral and psychiatric manifestations in dementia patients in a community: caregiver burden and outcome. In: *Alzheimer Dis Assoc Disord* 12 (4), S. 330–334, zuletzt geprüft am 06.03.2019 (1998).

83 Ndetei, D. M.; Pizzo, M.; Khasakhala, L. I.; Maru, H. M.; Mutiso, V. N.; Ongecha-Owuor, F. A.; Kokonya, D. A.: Perceived economic and behavioural effects of the mentally ill on their relatives in Kenya: a case study of the Mathari Hospital. In: *African Journal of Psychiatry* 12 (2009).

84 Nedopil, N.: Risikoeinschätzung und Risikokommunikation. Online verfügbar unter <https://www.rechtspsychologie-bdp.de/wp-content/uploads/vortraege3tag/Nedopil.pdf> (2012).

85 Nielssen, Olav B.; Westmore, Bruce D.; Large, Matthew M. B.; Hayes, Robert A.: Homicide during psychotic illness in New South Wales between 1993 and 2002. In: *Medical Journal of Australia* 186: 301–304 (2007).

86 Nordhausen, Thomas; Hirt, Julian: Manual zur Literaturrecherche in Fachdatenbanken. Online verfügbar unter [https://www.netzwerk-versorgungsforschung.de/uploads/1.1.0.News/RefHunter\\_Version\\_1.0.pdf](https://www.netzwerk-versorgungsforschung.de/uploads/1.1.0.News/RefHunter_Version_1.0.pdf), zuletzt geprüft am 02.11.2019 (2018).

87 Onwumere, Juliana; Grice, Sarah; Garety, Philippa; Bebbington, Paul; Dunn, Graham; Freeman, Daniel et al.: Caregiver reports of patient-initiated violence in psychosis. In: *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie* 59: 376–384 (2014).

88 Onwumere, Juliana; Parkyn, Grace; Learmonth, Stephanie; Kuipers, Elizabeth: The last taboo: The experience of violence in first-episode psychosis caregiving relationships. In: *Psychology and psychotherapy* 92: 1–19 (2019).

- 89 Oram, Siân; Flynn, Sandra Marie; Shaw, Jenny; Appleby, Louis; Howard, Louise Michele: Mental illness and domestic homicide: a population-based descriptive study. In: *Psychiatric services (Washington, D.C.)* 64: 1006–1011 (2013).
- 90 Orengo, Claudia A.; Khan, Jennifer; Kunik, Mark E.; Snow, Andrea L.; Morgan, Robert; Steele, Avila et al.: Aggression in individuals newly diagnosed with dementia. In: *American journal of Alzheimer's disease and other dementias* 23: 227–232 (2008).
- 91 Ornstein, K. A.; Gaugler, J. E.; Devanand, D. P.; Scarmeas, N.; Zhu, C. W.; Stern, Y.: Are there sensitive time periods for dementia caregivers? The occurrence of behavioral and psychological symptoms in the early stages of dementia. In: *International psychogeriatrics* 25: 1453–1462 (2013).
- 92 Ose, Solveig Osborg; Lilleeng, Solfrid; Pettersen, Ivar; Ruud, Torleif; van Weeghel, Jaap: Risk of violence among patients in psychiatric treatment: results from a national census. In: *Nordic journal of psychiatry* 71: 551–560 (2017).
- 93 Perlick, Deborah A.; Hohenstein, Jill M.; Clarkin, John F.; Kaczynski, Richard; Rosenheck, Robert A.: Use of mental health and primary care services by caregivers of patients with bipolar disorder: a preliminary study. In: *Bipolar Disorders* 7: 126–135 (2005).
- 94 Popay, Jennie; Roberts, Helen; Sowden, Amanda; Petticrew, Mark; Arai, Lisa; Rodgers, Mark et al.: Guidance on the conduct of narrative synthesis in systematic reviews: A product from the ESRC Methods Programme: Lancaster University (2006).
- 95 Raveendranathan, Dhanya; Chandra, Prabha; Chaturvedi, Santosh: Violence among psychiatric inpatients: A victim's perspective. In: *East Asian Archives of Psychiatry* Vol. 22 (No. 4), S. 141–145, zuletzt geprüft am 07.03.2019 (2012).
- 96 Reid, William H.: Killing Family Members: Mental Illness, Victim Risk, and Culpability. In: *Journal of Psychiatric Practice*® 10 (2004).
- 97 Reis, M. F.; Gold, D. P.; Andres, D.; Markiewicz, D.; Gauthier, S.: Personality traits as determinants of burden and health complaints in caregiving. In: *International journal of aging & human development* 39: 257–271 (1994).

- 98 Richter, Dirk; Hahn, Sabine: Formelles und informelles Aufgabenprofil in der ambulanten psychiatrischen Pflege aus Sicht von Pflegenden: Eine Meta-Synthese. In: *Pflege* 22: 129–142 (2009).
- 99 Robbins, Pamela Clark; Monahan, John; Silver, Eric: Mental Disorder, Violence, and Gender. In: *Law and human behavior* 27: 561–571 (2003).
- 100 Saßmann, Volker; Glößner, Peter: Predictive Analytics. Hannover. Online verfügbar unter [https://www.entscheiderfabrik.com/sites/default/files/\\_fileserver/documents/2018/Fachgruppen-Tagung/2.Session/2018.05.16\\_EF\\_FG-T\\_P.Gloessner\\_Dr.V.Sassmann.pdf](https://www.entscheiderfabrik.com/sites/default/files/_fileserver/documents/2018/Fachgruppen-Tagung/2.Session/2018.05.16_EF_FG-T_P.Gloessner_Dr.V.Sassmann.pdf), zuletzt geprüft am 24.02.2019 (2018).
- 101 Schott, H.; Tölle, R.: Geschichte der Psychiatrie: Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen: C.H. Beck. Online verfügbar unter [https://books.google.de/books?id=p8kQZJGV3\\_oC](https://books.google.de/books?id=p8kQZJGV3_oC) (2006).
- 102 Skarbek-Kozietulska, Anna et al.: Leugnen oder gestehen? Bestimmungsfaktoren wahrer Antworten in Befragungen To Deny or to Confess? Determinants of Truthful Answers in Surveys. Online verfügbar unter <http://www.zfs-online.org/index.php/zfs/article/viewFile/3088/2626>, zuletzt geprüft am 23.09.2019 (2012).
- 103 Solomon, Phyllis L.; Cavanaugh, Mary M.; Gelles, Richard J.: Family violence among adults with severe mental illness: a neglected area of research. In: *Trauma, violence & abuse* 6: 40–54 (2005).
- 104 Sousa, Maria Fernanda B.; Santos, Raquel L.; Turró-Garriga, Oriol; Dias, Rachel; Dourado, Marcia C. N.; Conde-Sala, Josep L.: Factors associated with caregiver burden: comparative study between Brazilian and Spanish caregivers of patients with Alzheimer's disease (AD). In: *International psychogeriatrics* 28: 1363–1374 (2016).
- 105 Spillman, B. C.; Black, K. J.: Staying the course: trends in family caregiving. AARP Public Policy Institute. Washington, D.C. (Nov. Pub. No. 2005-17). Online verfügbar unter [http://assets.aarp.org/rgcenter/il/2005\\_17\\_caregiving.pdf](http://assets.aarp.org/rgcenter/il/2005_17_caregiving.pdf), zuletzt geprüft am 19.02.2018 (2005).
- 106 Steadman, Henry J.; Mulvey, Edward P.; Monahan, John; Robbins, Pamela Clark; Appelbaum, Paul S.; Grisso, Thomas et al.: Violence by People Discharged

From Acute Psychiatric Inpatient Facilities and by Others in the Same Neighborhoods. In: *Arch Gen Psychiatry* 55: 393–401 (1998).

107 Steinert, Tilman: Aggression und Gewalt bei Schizophrenie. Häufigkeit, Prädiktoren und Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf. Zugl.: Ulm, Univ., Habil.-Schr., 1997. Münster: Waxmann (Internationale Hochschulschriften, 283) (1998).

108 Straznickas, Katherine A.; McNeil, Dale E.; Binder, Renee L.: Violence Toward Family Caregivers by Mentally Ill Relatives. In: *PS* 44: 385–387 (1993).

109 Strech, D.; Synofzik, M.; Marckmann, G.: Systematic reviews of empirical bioethics. In: *Journal of medical ethics* 34: 472–477 (2008).

110 Swan, R. W.; Lavitt, M.: Patterns of Adjustment to Violence in Families of the Mentally Ill. In: *J Interpers Violence* 3: 42–54 (1988).

111 Taameeyapradit, U.; Udomittipong, D.; Tepparak, N.: Characteristics of behavioral and psychological symptoms of dementia, severity and levels of distress on caregivers. In: *J Med Assoc Thai* 97: 423–430 (2014).

112 Tardiff, K.; Koenigsberg, H. W.: Assaultive behavior among psychiatric outpatients. In: *The American journal of psychiatry* 142: 960–963 (1985).

113 Tardiff, K., Marzuk, P. M., Leon, A. C., & Portera, L.: A Prospective Study of Violence by Psychiatric Patients After ospital Discharge (Violent Behavior and Mental Illness: A Compendium of Articles from Psychiatric Services and Hospital and Community Psychiatry, 60). Online verfügbar unter [https://scholar.google.de/scholar?hl=de&as\\_sdt=0%2C5&q=A+Prospective+Study+of+Violence+by+Psychiatric+Patients+After+ospital+Discharge+K+Tardiff%2C+PM+Marzuk%2C+AC+Leon%E2%80%A6+and+Mental+Illness%3A+A+%E2%80%A6%2C+1997+-+books.google.com&btnG=](https://scholar.google.de/scholar?hl=de&as_sdt=0%2C5&q=A+Prospective+Study+of+Violence+by+Psychiatric+Patients+After+ospital+Discharge+K+Tardiff%2C+PM+Marzuk%2C+AC+Leon%E2%80%A6+and+Mental+Illness%3A+A+%E2%80%A6%2C+1997+-+books.google.com&btnG=), zuletzt aktualisiert am 06.06.2019 (1997).

114 Thompson, Maxine Seaborn: Violence and the costs of caring for a family member with severe mental illness. In: *Journal of health and social behavior* 48: 318–333 (2007).

- 115 Uei, Shu-Lin; Sung, Huei-Chuan; Yang, Mei-Sang: Caregivers' Self-Efficacy and Burden of Managing Behavioral Problems in Taiwanese Aged 65 and Over with Dementia. In: *Soc Behav Personal* 41: 1487–1496 (2013).
- 116 University of Bristol: Tabular presentation of the ROBIS assessments. On-line verfügbar unter <http://www.bristol.ac.uk/population-health-sciences/projects/robis/resources/>, zuletzt geprüft am 31.07.2019 (2019).
- 117 Unwin, Gemma; Deb, Shoumitro: Family Caregiver Uplift and Burden: Associations With Aggressive Behavior in Adults With Intellectual Disability. In: *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities* 4: 186–205 (2011).
- 118 Vaddadi, K. S.; Soosai, E.; Gilleard, C. J.; Adlard, S.: Mental illness, physical abuse and burden of care on relatives: a study of acute psychiatric admission patients. In: *Acta psychiatrica Scandinavica* 95: 313–317 (1997).
- 119 Vaddadi, Krishna: Stress of Caregiving for the Chronically Mentally Ill. Review. In: *Psychiatr Ann* 26: 766–771 (1996).
- 120 Vaddadi, Krishna S.; Gilleard, Chris; Fryer, Helen: Abuse of carers by relatives with severe mental illness. In: *The International journal of social psychiatry* 48: 149–155 (2002).
- 121 Valevs.ki, A.: Homicide by schizophrenic patients in Israel. In: *European Psychiatry* 14: 89–92 (1999).
- 122 Varghese, Abin; Khakha, Deeepika C.; Chadda, Rakesh Kumar: Pattern and Type of Aggressive Behavior in Patients with Severe Mental Illness as Perceived by the Caregivers and the Coping Strategies Used by Them in a Tertiary Care Hospital. In: *Archives of psychiatric nursing* 30: 62–69 (2016).
- 123 Victoroff, J.; Mack, W. J.; Nielson, K. A.: Psychiatric complications of dementia: impact on caregivers. In: *Dementia and geriatric cognitive disorders* 9: 50–55 (1998).
- 124 Weizmann-Henelius, Ghitta; Viemerö, Vappu; Eronen, Markku: The violent female perpetrator and her victim. In: *Forensic Science International* 133: 197–203 (2003).

- 125 Wharton, Tracy C.; Ford, Bryan K.: What is known about dementia care recipient violence and aggression against caregivers? Review. In: *Journal of gerontological social work* 57: 460–477 (2014).
- 126 Witt, Katrina; van Dorn, Richard; Fazel, Seena: Risk factors for violence in psychosis: systematic review and meta-regression analysis of 110 studies. In: *PloS one* 8: e55942 (2013).
- 127 Zarit, S. H.; Reever, K. E.; Bach-Peterson, J.: Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. In: *The Gerontologist* 20: 649–655 (1980).

## 7 Anhang

### 7.1 Artikelverzeichnis

#### 7.1.1 Verzeichnis der eingeschlossenen Studien

67	Kontio, Raija; Lantta, Tella; Anttila, Minna; Kauppi, Kaisa; Välimäki, Maritta (2015): Family Involvement in Managing Violence of Mental Health Patients. In: <i>Perspectives in psychiatric care</i> 53: 55–66, <a href="https://doi.org/10.1111/ppc.12137">https://doi.org/10.1111/ppc.12137</a> .
66	Labrum, Travis (2017): Factors related to abuse of older persons by relatives with psychiatric disorders. In: <i>Archives of gerontology and geriatrics</i> 68: 126–134, <a href="https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.09.007">https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.09.007</a> .
65	Kageyama, Masako; Solomon, Phyllis; Kita, Sachiko; Nagata, Satoko; Yokoyama, Keiko; Nakamura, Yukako et al. (2016): Factors related to physical violence experienced by parents of persons with schizophrenia in Japan. In: <i>Psychiatry research</i> 243: 439–445, <a href="https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.06.036">https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.06.036</a> .
64	Kivisto, Aaron J.; Watson, Malorie E. (2016): 12-Month Prevalence, Trends, Gender Differences, and the Impact of Mental Health Services on Intimate Partner Violence Perpetration Among Discharged Psychiatric Inpatients. In: <i>J Fam Viol</i> 31: 379–385, <a href="https://doi.org/10.1007/s10896-015-9780-0">https://doi.org/10.1007/s10896-015-9780-0</a> .
63	Labrum, T.; Solomon, P. L. (2016): Factors associated with family violence by persons with psychiatric disorders. In: <i>Psychiatry research</i> 244: 171–178, <a href="https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.07.026">https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.07.026</a> .
62	Sousa, Maria Fernanda B.; Santos, Raquel L.; Turró-Garriga, Oriol; Dias, Rachel; Dourado, Marcia C. N.; Conde-Sala, Josep L. (2016): Factors associated with caregiver burden: comparative study between Brazilian and Spanish caregivers of patients with Alzheimer's disease (AD). In: <i>International psychogeriatrics</i> 28: 1363–1374, <a href="https://doi.org/10.1017/S1041610216000508">https://doi.org/10.1017/S1041610216000508</a> .
61	Varghese, Abin; Khakha, Deepika C.; Chadda, Rakesh Kumar (2016): Pattern and Type of Aggressive Behavior in Patients with Severe mental Illness as Perceived by the Caregivers and the Coping Strategies Used by Them in a Tertiary Care Hospital. In: <i>Archives of psychiatric nursing</i> 30: 62–69. <a href="https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.10.002">https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.10.002</a> .
60	Finlayson, Janet; Jackson, Alison; Mantry, Dipali; Morrison, Jillian; Cooper, Sally-Ann (2015): Types and Causes of Injuries of Carers of Adults With Intellectual Disabilities: Observational Study. In: <i>Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities</i> 19, n/a-n/a, <a href="https://doi.org/10.1111/jppi.12109">https://doi.org/10.1111/jppi.12109</a> .
59	Fowler, Nicole R.; Perkins, Anthony J.; Turchan, Hilary A.; Frame, Amie; Monahan, Patrick; Gao, Sujuan; Boustani, Malaz A. (2015): Older primary

	care patients' attitudes and willingness to screen for dementia. In: <i>Journal of aging research</i> 2015: 423265, <a href="https://doi.org/10.1155/2015/423265">https://doi.org/10.1155/2015/423265</a> .
58	Kageyama, Masako; Yokoyama, Keiko; Nagata, Satoko; Kita, Sachiko; Nakamura, Yukako; Kobayashi, Sayaka; Solomon, Phyllis (2015): Rate of Family Violence Among Patients With Schizophrenia in Japan. In: <i>Asia-Pacific journal of public health</i> 27: 652–660, <a href="https://doi.org/10.1177/1010539515595069">https://doi.org/10.1177/1010539515595069</a> .
57	Chaturvedi, Santosh K.; Hamza, Ameer; Sharma, Mahendra P. (2014): Changes in distressing behavior perceived by family of persons with schizophrenia at home - 25 years later. In: <i>Indian Journal of Psychological Medicine</i> 36: 282, <a href="https://doi.org/10.4103/0253-7176.135381">https://doi.org/10.4103/0253-7176.135381</a> .
56	Hsu, Mei-Chi; Tu, Chun-Hsien (2014): Adult patients with schizophrenia using violence towards their parents: a phenomenological study of views and experiences of violence in parent-child dyads. In: <i>Journal of advanced nursing</i> 70: 336–349, <a href="https://doi.org/10.1111/jan.12194">https://doi.org/10.1111/jan.12194</a> .
55	Kaufman, Kenneth R.; Newman, Neil B.; Dawood, Alveena (2014): Capgras delusion with violent behavior in Alzheimer dementia: case analysis with literature review. In: <i>Annals of clinical psychiatry: official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists</i> 26: 187–191, verfügbar unter: <a href="https://www.ingentaconnect.com/content/fmc/acp/2014/00000026/00000002/art00002">https://www.ingentaconnect.com/content-fmc/acp/2014/00000026/00000002/art00002</a> zuletzt geprüft am: 12.3.2019
54	Onwumere, Juliana; Grice, Sarah; Garety, Philippa; Bebbington, Paul; Dunn, Graham; Freeman, Daniel et al. (2014): Caregiver reports of patient-initiated violence in psychosis. In: <i>Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie</i> 59: 376–384, Online verfügbar unter <a href="https://doi.org/10.1177/070674371405900705">https://doi.org/10.1177/070674371405900705</a> .
53	Taameeyapradit, U.; Udomittipong, D.; Tepparak, N. (2014): Characteristics of behavioral and psychological symptoms of dementia, severity, and levels of distress on caregivers. In: <i>J Med Assoc Thai</i> 97: 423–430, <a href="https://europepmc.org/article/med/24964685">https://europepmc.org/article/med/24964685</a> zuletzt geprüft am 05.06.2019
52	do Rosário de Menezes, Maria; Bastos Alves, Manuela; dos Santos Souza, Andréa; Almeida da Silva, Valdenir; Nunes da Silva, Eduardo; Souza Oliveira, Cíntia Maria (2013): Aggressive behavior in the relationship between old and the family caregiver in dementias (Ciência Cuidado e Saúde, 744-751), Online verfügbar unter <a href="https://www.researchgate.net/publication/317453914_Aggressive_behavior_in_the_relationship_between_old_and_the_family_caregiver_in_dementias">https://www.researchgate.net/publication/317453914_Aggressive_behavior_in_the_relationship_between_old_and_the_family_caregiver_in_dementias</a> zuletzt geprüft am 06.06.2019.
51	Duxbury, J.; Pulsford, D.; Hadi, M.; Sykes, S. (2013): Staff and relatives' perspectives on the aggressive behaviour of older people with dementia in residential care: a qualitative study. In: <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> 20: 792–800, <a href="https://doi.org/10.1111/jpm.12018">https://doi.org/10.1111/jpm.12018</a> .

50	Hanzawa, Setsuko; Bae, Jeong-Kyu; Bae, Yong Jun; Chae, Moon-Hyeon; Tanaka, Hideki; Nakane, Hideyuki et al. (2013): Psychological impact on caregivers traumatized by the violent behavior of a family member with schizophrenia. In: <i>Asian journal of psychiatry</i> 6: 46–51, <a href="https://doi.org/10.1016/j.ajp.2012.08.009">https://doi.org/10.1016/j.ajp.2012.08.009</a> .
49	Morgan, Robert O.; Sail, Kavita R.; Snow, A. Lynn; Davila, Jessica A.; Fouladi, Negin N.; Kunik, Mark E. (2013): Modeling causes of aggressive behavior in patients with dementia. In: <i>The Gerontologist</i> 53: 738–747, <a href="https://doi.org/10.1093/geront/gns129">https://doi.org/10.1093/geront/gns129</a> .
48	Oram, Siân; Flynn, Sandra Marie; Shaw, Jenny; Appleby, Louis; Howard, Louise Michele (2013): Mental illness and domestic homicide: a population-based descriptive study. In: <i>Psychiatric services (Washington, D.C.)</i> 64: 1006–1011, <a href="https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200484">https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200484</a> .
47	Ornstein, K. A.; Gaugler, J. E.; Devanand, D. P.; Scarmeas, N.; Zhu, C. W.; Stern, Y. (2013): Are there sensitive time periods for dementia caregivers? The occurrence of behavioral and psychological symptoms in the early stages of dementia. In: <i>International psychogeriatrics</i> 25: 1453–1462, <a href="https://doi.org/10.1017/S1041610213000768">https://doi.org/10.1017/S1041610213000768</a> .
46	Uei, Shu-Lin; Sung, Huei-Chuan; Yang, Mei-Sang (2013): Caregivers' Self-Efficacy and Burden of Managing Behavioral Problems in Taiwanese Aged 65 and Over with Dementia. In: <i>Soc Behav Personal</i> 41: 1487–1496, <a href="https://doi.org/10.2224/sbp.2013.41.9.1487">https://doi.org/10.2224/sbp.2013.41.9.1487</a> .
45	Carrà, Giuseppe; Cazzullo, Carlo Lorenzo; Clerici, Massimo (2012): The association between expressed emotion, illness severity and subjective burden of care in relatives of patients with schizophrenia. Findings from an Italian population. In: <i>BMC psychiatry</i> 12, S. 140, <a href="https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-140">https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-140</a> .
44	Huang, Si-Sheng; Lee, Meng-Chih; Liao, Yi-Cheng; Wang, Wen-Fu; Lai, Te-Jen (2012): Caregiver burden associated with behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) in Taiwanese elderly. In: <i>Archives of gerontology and geriatrics</i> 55: 55–59. <a href="https://doi.org/10.1016/j.arch-ger.2011.04.009">https://doi.org/10.1016/j.arch-ger.2011.04.009</a> .
43	Raveendranathan, Dhanya; Chandra, Prabha S and Chaturvedi, Santosh K (2012): Violence among psychiatric inpatients: A victim's perspective. In: <i>East Asian Archives of Psychiatry</i> Vol. 22: 141–145, verfügbar unter: <a href="https://search.informit.com.au/documentSummary;dn=038106982237895;res=IELHEA">https://search.informit.com.au/documentSummary;dn=038106982237895;res=IELHEA</a> zuletzt geprüft am 07.03.2019.
42	Unwin, Gemma; Deb, Shoumitro (2011): Family Caregiver Uplift and Burden: Associations with Aggressive Behavior in Adults with Intellectual Disability. In: <i>Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities</i> 4: 186–205, <a href="https://doi.org/10.1080/19315864.2011.600511">https://doi.org/10.1080/19315864.2011.600511</a> .
41	Ball, Valdesha; Snow, A. Lynn; Steele, Avila B.; Morgan, Robert O.; Davila, Jessica A.; Wilson, Nancy; Kunik, Mark E. (2010): Quality of relationships as a predictor of psychosocial functioning in patients with

	dementia. In: <i>Journal of geriatric psychiatry and neurology</i> 23: 109–114, <a href="https://doi.org/10.1177/0891988710363709">https://doi.org/10.1177/0891988710363709</a> .
40	Cooper, C.; Selwood, A.; Blanchard, M.; Livingston, G. (2010): Abusive behaviour experienced by family carers from people with dementia: the CARD (caring for relatives with dementia) study. In: <i>Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry</i> 81: 592–596, <a href="https://doi.org/10.1136/jnnp.2009.190934">https://doi.org/10.1136/jnnp.2009.190934</a> .
39	Jackson, Diana; Turner-Stokes, Lynne; Murray, Joanna; Leese, Morven; McPherson, Kathryn M. (2009): Acquired brain injury and dementia: a comparison of carer experiences. In: <i>Brain injury</i> 23: 433–444, <a href="https://doi.org/10.1080/02699050902788451">https://doi.org/10.1080/02699050902788451</a> .
38	Loughland, Carmel M.; Lawrence, Gali; Allen, Joanne; Hunter, Mick; Lewin, Terry J.; Oud, Nico E.; Carr, Vaughan J. (2009): Aggression and trauma experiences among carer-relatives of people with psychosis. In: <i>Social psychiatry and psychiatric epidemiology</i> 44: 1031–1040, <a href="https://doi.org/10.1007/s00127-009-0025-5">https://doi.org/10.1007/s00127-009-0025-5</a> .
37	Ndetei, D. M.; Pizzo, M.; Khasakhala, L. I.; Maru, H. M.; Mutiso, V. N.; Ongecha-Owuor, F. A.; Kokonya, D. A. (2009): Perceived economic and behavioural effects of the mentally ill on their relatives in Kenya: a case study of the Mathari Hospital. In: <i>African Journal of Psychiatry</i> 12 (4), <a href="https://doi.org/10.4314/ajpsy.v12i4.49050">https://doi.org/10.4314/ajpsy.v12i4.49050</a> .
36	Chan, Billy Wing-Yum (2008): Violence against Caregivers by Relatives with Schizophrenia. In: <i>International Journal of Forensic Mental Health</i> 7: 65–81. <a href="https://doi.org/10.1080/14999013.2008.9914404">https://doi.org/10.1080/14999013.2008.9914404</a> .
35	Orengo, Claudia A.; Khan, Jennifer; Kunik, Mark E.; Snow, Andrea L.; Morgan, Robert; Steele, Avila et al. (2008): Aggression in individuals newly diagnosed with dementia. In: <i>American journal of Alzheimer's disease and other dementias</i> 23: 227–232, <a href="https://doi.org/10.1177/1533317507313373">https://doi.org/10.1177/1533317507313373</a> .
34	Matsumoto, Naomi; Ikeda, Manabu; Fukuhara, Ryuji; Shinagawa, Shunichiro; Ishikawa, Tomohisa; Mori, Takaaki et al. (2007): Caregiver burden associated with behavioral and psychological symptoms of dementia in elderly people in the local community. In: <i>Dementia and geriatric cognitive disorders</i> 23: 219–224, <a href="https://doi.org/10.1159/000099472">https://doi.org/10.1159/000099472</a> .
33	Nielssen, Olav B.; Westmore, Bruce D.; Large, Matthew M. B.; Hayes, Robert A. (2007): Homicide during psychotic illness in New South Wales between 1993 and 2002. In: <i>Medical Journal of Australia</i> 186: 301–304, <a href="https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb00905.x">https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb00905.x</a> .
32	Thompson, Maxine Seaborn (2007): Violence and the costs of caring for a family member with severe mental illness. In: <i>Journal of health and social behavior</i> 48: 318–333, <a href="https://doi.org/10.1177/002214650704800308">https://doi.org/10.1177/002214650704800308</a> .
31	Elbogen, Eric B.; Swanson, Jeffrey W.; Swartz, Marvin S.; van Dorn, Richard (2005): Family representative payeeship and violence risk in

	severe mental illness. In: <i>Law and human behavior</i> 29: 563–574, <a href="https://doi.org/10.1007/s10979-005-7120-2">https://doi.org/10.1007/s10979-005-7120-2</a> .
30	McGrath, Melissa; Oyebode, Femi (2005): Characteristics of perpetrators of homicide in independent inquiries. In: <i>Medicine, science, and the law</i> 45: 233–243, <a href="https://doi.org/10.1258/rsmmsl.45.3.233">https://doi.org/10.1258/rsmmsl.45.3.233</a> .
29	Meiland, Franka J. M.; Kat, Martin G.; van Tilburg, Willem; Jonker, Cees; Dr??es, Rose-Marie (2005): The Emotional Impact of Psychiatric Symptoms in Dementia on Partner Caregivers. In: <i>Alzheimer Disease &amp; Associated Disorders</i> 19: 195–201, <a href="https://doi.org/10.1097/01.wad.0000189035.25277.02">https://doi.org/10.1097/01.wad.0000189035.25277.02</a> .
28	Joyal, C.; Putkonen, A.; Paavola, P.; Tiihonen, J. (2004): Characteristics and circumstances of homicidal acts committed by offenders with schizophrenia. In: <i>Psychological Medicine</i> 34: 433–442, <a href="https://doi.org/10.1017/S0033291703001077">https://doi.org/10.1017/S0033291703001077</a> .
27	Reid, William H. (2004): Killing Family Members: Mental Illness, Victim Risk, and Culpability. In: <i>Journal of Psychiatric Practice</i> ® 10 (1). Online verfügbar unter <a href="https://journals.lww.com/practicalpsychiatry/Fulltext/2004/01000/Killing_Family_Members_Mental_Illness_Victim.8.aspx">https://journals.lww.com/practicalpsychiatry/Fulltext/2004/01000/Killing_Family_Members_Mental_Illness_Victim.8.aspx</a> zuletzt geprüft am 20.03.2019
26	Hazif-Thomas, C.; Bouché, C.; Clément, J.-P; Thomas, P. (2003): Influence de la déambulation et des comportements moteurs inadéquats sur la prise en charge des déments à domicile par des aidants informels. L'étude PIXEL. In: <i>Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique</i> 161: 666–673, <a href="https://doi.or/10.1016/S0003-4487(03)00147-1">https://doi.or/10.1016/S0003-4487(03)00147-1</a> .
25	Lauber, Christoph; Eichenberger, Adrian; Luginbühl, Peter; Keller, Christian; Rössler, Wulf (2003): Determinants of burden in caregivers of patients with exacerbating schizophrenia. In: <i>European Psychiatry</i> 18: 285–289, <a href="https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2003.06.004">https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2003.06.004</a> .
24	Robbins, Pamela Clark; Monahan, John; Silver, Eric (2003): Mental Disorder, Violence, and Gender. In: <i>Law and human behavior</i> 27: 561–571, <a href="https://doi.org/10.1023/B:LAHU.0000004886.13268.f2">https://doi.org/10.1023/B:LAHU.0000004886.13268.f2</a> .
23	Weizmann-Henelius, Ghitta; Viemerö, Vappu; Eronen, Markku (2003): The violent female perpetrator and her victim. In: <i>Forensic Science International</i> 133: 197–203, <a href="https://doi.org/10.1016/S0379-0738(03)00068-9">https://doi.org/10.1016/S0379-0738(03)00068-9</a> .
22	Calhoun, Patrick S.; Beckham, Jean C.; Bosworth, Hayden B. (2002): Caregiver burden and psychological distress in partners of veterans with chronic posttraumatic stress disorder. In: <i>Journal of traumatic stress</i> 15: 205–212. <a href="https://doi.org/10.1023/A:1015251210928">https://doi.org/10.1023/A:1015251210928</a> .
21	Miyamoto, Yuki; Ito, Hiroto; Otsuka, Toshio; Kurita, Hiroshi (2002): Caregiver burden in mobile and non-mobile demented patients: a comparative study. In: <i>International Journal of Geriatric Psychiatry</i> 17: 765–773, <a href="https://doi.org/10.1002/gps.694">https://doi.org/10.1002/gps.694</a> .

20	MacInnes, Doug L.; Watson, Jim P. (2002): The differences in perceived burdens between forensic and non-forensic caregivers of individuals suffering from schizophrenia. In: <i>Journal of Mental Health</i> 11: 375–388, <a href="https://doi.org/10.1080/09638230020023741">https://doi.org/10.1080/09638230020023741</a> .
19	Vaddadi, Krishna S.; Gilleard, Chris; Fryer, Helen (2002): Abuse of carers by relatives with severe mental illness. In: <i>The International journal of social psychiatry</i> 48: 149–155, <a href="https://doi.org/10.1177/002076402128783208">https://doi.org/10.1177/002076402128783208</a> .
18	Dore, Glenys; Romans, Sarah E. (2001): Impact of bipolar affective disorder on family and partners. In: <i>Journal of Affective Disorders</i> 67: 147–158, <a href="https://doi.org/10.1016/S0165-0327(01)00450-5">https://doi.org/10.1016/S0165-0327(01)00450-5</a> .
17	Valevs.ki, A. (1999): Homicide by schizophrenic patients in Israel. In: <i>European Psychiatry</i> 14: 89–92. <a href="https://doi.org/10.1016/S0924-9338(99)80723-8">https://doi.org/10.1016/S0924-9338(99)80723-8</a> .
16	Cohen-Mansfield, J.; Werner, P. (1998): Predictors of Aggressive Behaviors: A Longitudinal Study in Senior Day Care Center. In: <i>The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences</i> 53B (5), P300-P310, <a href="https://doi.org/10.1093/geronb/53B.5.P300">https://doi.org/10.1093/geronb/53B.5.P300</a> .
15a	Marsh, Nigel V.; Kersel, Denyse A.; Havill, Jack H.; Sleigh, Jamie W. (1998): Caregiver burden at 1 year following severe traumatic brain injury. In: <i>Brain injury</i> 12: 1045–1059, <a href="https://doi.org/10.1080/026990598121954">https://doi.org/10.1080/026990598121954</a> .
15b	Marsh, Nigel V.; Kersel, Denyse A.; Havill, Jack H.; Sleigh, Jamie W. (1998): Caregiver burden at 6 months following severe traumatic brain injury. In: <i>Brain injury</i> 12: 225–238, <a href="https://doi.org/10.1080/026990598122700">https://doi.org/10.1080/026990598122700</a> .
14	Nagaratnam, N.; Lewis-Jones, M.; Scott, D.; Palazzi, L. (1998): Behavioral and psychiatric manifestations in dementia patients in a community: caregiver burden and outcome. In: <i>Alzheimer Dis Assoc Disord</i> 12: 330–334. Online verfügbar unter <a href="https://europepmc.org/abstract/med/9876961">https://europepmc.org/abstract/med/9876961</a> , zuletzt geprüft am 06.03.2019.
13	Steadman, Henry J.; Mulvey, Edward P.; Monahan, John; Robbins, Pamela Clark; Appelbaum, Paul S.; Grisso, Thomas et al. (1998): Violence by People Discharged From Acute Psychiatric Inpatient Facilities and by Others in the Same Neighborhoods. In: <i>Arch Gen Psychiatry</i> 55: 393–401, <a href="https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.5.393">https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.5.393</a> .
12	Victoroff, J.; Mack, W. J.; Nielson, K. A. (1998): Psychiatric complications of dementia: impact on caregivers. In: <i>Dementia and geriatric cognitive disorders</i> 9: 50–55, <a href="https://doi.org/10.1159/000017022">https://doi.org/10.1159/000017022</a> .
11	Tardiff, K., Marzuk, P. M., Leon, A. C., & Portera, L. (1997): A Prospective Study of Violence by Psychiatric Patients After Hospital Discharge (Violent Behavior and Mental Illness: A Compendium of Articles from Psychiatric Services and Hospital and Community Psychiatry, 60), Online verfügbar unter

	<a href="https://scholar.google.de/scholar?hl=de&amp;as_sdt=0%2C5&amp;q=A+Prospective+Study+of+Violence+by+Psychiatric+Patients+After+ospital+Discharge+K+Tardiff%2C+PM+Marzuk%2C+AC+Leon%E2%80%A6+-+%E2%80%A6+and+Mental+Illness%3A+A+%E2%80%A6%2C+1997+-+books.google.com&amp;btnG=">https://scholar.google.de/scholar?hl=de&amp;as_sdt=0%2C5&amp;q=A+Prospective+Study+of+Violence+by+Psychiatric+Patients+After+ospital+Discharge+K+Tardiff%2C+PM+Marzuk%2C+AC+Leon%E2%80%A6+-+%E2%80%A6+and+Mental+Illness%3A+A+%E2%80%A6%2C+1997+-+books.google.com&amp;btnG=</a> , zuletzt aktualisiert am 06.06.2019.
10	Vaddadi, K. S.; Soosai, E.; Gilleard, C. J.; Adlard, S. (1997): Mental illness, physical abuse and burden of care on relatives: a study of acute psychiatric admission patients. In: <i>Acta Psychiatrica Scandinavica</i> 95: 313–317, <a href="https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1997.tb09637.x">https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1997.tb09637.x</a> .
9	Asnis, Gregory M.; Kaplan, Margaret L.; van Praag, Herman M.; Sanderson, William C. (1994): Homicidal Behaviors Among Psychiatric Outpatients. In: <i>PS</i> 45: 127–132, <a href="https://doi.org/10.1176/ps.45.2.127">https://doi.org/10.1176/ps.45.2.127</a> .
8	Reis, M. F.; Gold, D. P.; Andres, D.; Markiewicz, D.; Gauthier, S. (1994): Personality traits as determinants of burden and health complaints in caregiving. In: <i>International journal of aging &amp; human development</i> 39: 257–271, <a href="https://doi.org/10.2190/6LYN-YFWQ-P87D-MKWX">https://doi.org/10.2190/6LYN-YFWQ-P87D-MKWX</a> .
7	Straznickas, Katherine A.; McNiel, Dale E.; Binder, Renee L. (1993): Violence Toward Family Caregivers by Mentally Ill Relatives. In: <i>PS</i> 44: 385–387, <a href="https://doi.org/10.1176/ps.44.4.385">https://doi.org/10.1176/ps.44.4.385</a> .
6	Gopinath, P. S.; Chaturvedi, S. K. (1992): Distressing behaviour of schizophrenics at home. In: <i>Acta Psychiatrica Scandinavica</i> 86: 185–188, <a href="https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1992.tb03249.x">https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1992.tb03249.x</a> .
5	Hamel, M.; Gold, D. P.; Andres, D.; Reis, M.; Dastoor, D.; Grauer, H.; Bergman, H. (1990): Predictors and Consequences of Aggressive Behavior by Community-Based Dementia Patients. In: <i>The Gerontologist</i> 30 : 206–211, <a href="https://doi.org/10.1093/geront/30.2.206">https://doi.org/10.1093/geront/30.2.206</a> .
4	Kalunian, D. A.; Binder, R. L.; McNiel, D. E. (1990): Violence by geriatric patients who need psychiatric hospitalization. In: <i>J Clin Psychiatry</i> 51: 340–343, verfügbar unter: <a href="https://europepmc.org/abstract/med/2380159">https://europepmc.org/abstract/med/2380159</a> , zuletzt geprüft am 12.3.2019
3	Swan, R. W.; Lavitt, M. (1988): Patterns of Adjustment to Violence in Families of the Mentally Ill. In: <i>J Interpers Violence</i> 3: 42–54, <a href="https://doi.org/10.1177/088626088003001004">https://doi.org/10.1177/088626088003001004</a> .
2	Binder, Renée L.; McNeil, Donna (1986): Victims and families of violent psychiatric patients. In: <i>undefined</i> . Online verfügbar unter <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3730626">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3730626</a> .
1	Tardiff, K.; Koenigsberg, H. W. (1985): Assaultive behavior among psychiatric outpatients. In: <i>The American journal of psychiatry</i> 142: 960–963, <a href="https://doi.org/10.1176/ajp.142.8.960">https://doi.org/10.1176/ajp.142.8.960</a> .

## 7.1.2 Verzeichnis der ausgeschlossenen Volltexte

### Kein Übersetzer:

1. Albuquerque, Ellen Pinheiro Tenório de; Cintra, Ana Maria de Oliveira; Bandeira, Marina (2010): Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos: comparação entre diferentes tipos de cuidadores. In: *J. bras. psiquiatr.* 59: 308–316. DOI: 10.1590/S0047-20852010000400007.
2. Muzinic, L. et al (2008): Psihijatrijski bolesnik i nasilje u obitelji. Online verfügbar unter <https://scholar.google.de/citations?user=ofayl4aaaaaj&hl=de&oi=sra>.
3. Valença, Alexandre Martins (2008): Aspectos psicopatológicos e forenses de mulheres homicidas com diagnóstico de transtornos psicóticos primários: estudo de série de casos. In: *J. bras. psiquiatr.* 57: 253–260. DOI: 10.1590/S0047-20852008000400005.

### Kein Untersuchungsgegenstand:

1. Asai, K. (1983): Responses of Japanese families to mental disorder. In: *The International journal of social psychiatry* 29: 257–263. DOI: 10.1177/002076408302900404.
2. Barrowclough, Christine; Tarrier, Nicholas; Humphreys, Lloyd; Ward, Jonathan; Gregg, Lynsey; Andrews, Bernice (2003): Self-esteem in schizophrenia: Relationships between self-evaluation, family attitudes, and symptomatology. In: *Journal of Abnormal Psychology* 112: 92–99. DOI: 10.1037/0021-843X.112.1.92.
3. Bartorelli, L.: I bisogni del Caregiver. 48° Congresso DIGG: La prevenzione in Geriatria.
4. Biegel, David E.; Ishler, Karen J.; Katz, Shiri; Johnson, Pamela (2007): Predictors of Burden of Family Caregivers of Women with Substance Use Disorders or Co-Occurring Substance and Mental Disorders. In: *Journal of Social Work Practice in the Addictions* 7: 25–49. DOI: 10.1300/J160v07n01\_03.
5. Corcoran, M. A. (1992): Gender differences in dementia management plans of spousal caregivers: implications for occupational therapy. In: *The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association* 46: 1006–1012. DOI: 10.5014/ajot.46.11.1006.
6. Covinsky, Kenneth E.; Newcomer, Robert; Fox, Patrick; Wood, Joan; Sands, Laura; Dane, Kyle; Yaffe, Kristine (2003): Patient and caregiver characteristics associated with depression in caregivers of patients with dementia. In: *Journal of general internal medicine* 18: 1006–1014. DOI: 10.1111/j.1525-1497.2003.30103.x.

7. Danhauer, Suzanne C.; McCann, Judith J.; Gilley, David W.; Beckett, Laurel A.; Bienias, Julia L.; Evans, Denis A. (2004): Do behavioral disturbances in persons with Alzheimer's disease predict caregiver depression over time? In: *Psychology and aging* 19: 198–202. DOI: 10.1037/0882-7974.19.1.198.
8. Friedmann, M. S.; Goldstein, M. J. (1994): Relatives' perceptions of their interactional behavior with a schizophrenic family member. In: *Family process* 33: 377–387. DOI: 10.1111/j.1545-5300.1994.00377.x.
9. Kohn-Wood, Laura P.; Wilson, Melvin N. (2005): The context of caretaking in rural areas: family factors influencing the level of functioning of seriously mentally ill patients living at home. In: *American journal of community psychology* 36: 1–13. DOI: 10.1007/s10464-005-6229-2.
10. Paddick, S-M; Kisoli, A.; Longdon, A.; Dotchin, C.; Gray, W. K.; Chaote, P. et al. (2015): The prevalence and burden of behavioural and psychological symptoms of dementia in rural Tanzania. In: *International journal of geriatric psychiatry* 30: 815–823. DOI: 10.1002/gps.4218.
11. Réveillère, C.; Dutoit, D.; Beaune, D.; Nandrino, J.L; Goudemand, M. (2001): Schizophrénie et famille. Contribution à l'étude et à la prévention de l'état de surcharge. In: *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 159: 455–459. DOI: 10.1016/S0003-4487(01)00069-5.
12. Thomas, Philippe; Ingrand, Pierre; Lalloue, Fabrice; Hazif-Thomas, Cyril; Billon, Rémy; Viéban, François; Clément, Jean-Pierre (2004): Reasons of informal caregivers for institutionalizing dementia patients previously living at home: the Pixel study. In: *International journal of geriatric psychiatry* 19: 127–135. DOI: 10.1002/gps.1039.
13. Vugt, Marjolein E. de; Riedijk, Samantha R.; Aalten, Pauline; Tibben, Aad; van Swieten, John C.; Verhey, Frans R. J. (2006): Impact of behavioural problems on spousal caregivers: a comparison between Alzheimer's disease and frontotemporal dementia. In: *Dementia and geriatric cognitive disorders* 22: 35–41. DOI: 10.1159/000093102.
14. Woo, S. M.; Goldstein, M. J.; Nuechterlein, K. H. (1997): Relatives' expressed emotion and non-verbal signs of subclinical psychopathology in schizophrenic patients. In: *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 170: 58–61. DOI: 10.1192/bjp.170.1.58.

**»Burden« ohne aggressives Verhalten:**

1. Adeosun, Increase Ibukun (2013): Correlates of Caregiver Burden among Family Members of Patients with Schizophrenia in Lagos, Nigeria. In: *Schizophrenia research and treatment* 2013, S. 353809. DOI: 10.1155/2013/353809.

2. Allen, Karen; Linn, Richard T.; Gutierrez, Horacio; Willer, Barry S. (1994): Family burden following traumatic brain injury. In: *Rehabilitation Psychology* 39: 29–48. DOI: 10.1037/h0080313.
3. Boye, B.; Bentsen, H.; Ulstein, I.; Notland, T. H.; Lersbryggen, A.; Lingjaerde, O.; Malt, U. F. (2001): Relatives' distress and patients' symptoms and behaviours: a prospective study of patients with schizophrenia and their relatives. In: *Acta psychiatrica Scandinavica* 104: 42–50. DOI: 10.1034/j.1600-0447.2001.00190.x.
4. Breitborde, Nicholas J. K.; López, Steven R.; Kopelowicz, Alex (2010): Expressed emotion and health outcomes among Mexican-Americans with schizophrenia and their caregiving relatives. In: *The Journal of nervous and mental disease* 198: 105–109. DOI: 10.1097/NMD.0b013e3181cc532d.
5. Caqueo-Urizar, Alejandra; Miranda-Castillo, Claudia; Lemos Giráldez, Serafín; Lee Maturana, Sau-Lyn; Ramírez Pérez, Mauricio; Mascayano Tapia, Franco (2014): An updated review on burden on caregivers of schizophrenia patients. In: *Psicothema* 26: 235–243. DOI: 10.7334/psicothema2013.86.
6. Caqueo-Urizar, Alejandra; Miranda-Castillo, Claudia; Lemos Giráldez, Serafín; Lee Maturana, Sau-Lyn; Ramírez Pérez, Mauricio; Mascayano Tapia, Franco (2014): An updated review on burden on caregivers of schizophrenia patients. In: *Psicothema* 26: 235–243. DOI: 10.7334/psicothema2013.86.
7. da Silva, Giovanna Del Grande; Jansen, Karen; Barbosa, Luana Porto; Branco, Jerônimo da Costa; Pinheiro, Ricardo Tavares; Magalhães, Pedro Vieira da Silva et al. (2014): Burden and related factors in caregivers of young adults presenting bipolar and unipolar mood disorder. In: *The International journal of social psychiatry* 60: 396–402. DOI: 10.1177/0020764013491740.
8. Katz, Judith; Medoff, Deborah; Fang, Li Juan; Dixon, Lisa B. (2015): The Relationship Between the Perceived Risk of Harm by a Family Member with Mental Illness and the Family Experience. In: *Community mental health journal* 51: 790–799. DOI: 10.1007/s10597-014-9799-3.
9. Kuo, Li-Min; Huang, Huei-Ling; Hsu, Wen-Chuin; Shyu, Yea-Ing L. (2014): Health-related quality of life and self-efficacy of managing behavior problems for family caregivers of vascular dementia and Alzheimer's disease patients. In: *Dementia and geriatric cognitive disorders* 38: 310–320. DOI: 10.1159/000360414.
10. Lowyck, B.; Hert, M. de; Peeters, E.; Wampers, M.; Gilis, P.; Peuskens, J. (2004): A study of the family burden of 150 family members of schizophrenic patients. In: *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists* 19: 395–401. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2004.04.006.

11. Uddin, M. JalalM; Alam, Md. Tariqul; Ahmed, Helal Uddin; Khan, Niaz Mohammad; Hamid, M. A.; Chowdhury, Waziul Alam; Rabbani, Md. Golam (2015): Psychiatric Morbidity among Caregivers of Schizophrenia Patients – A Study in Tertiary Care Psychiatric Hospital in Dhaka. In: *J Curr Adv Med Res* 2: 12–17. DOI: 10.3329/jcamr.v2i1.22581.
12. Zawadzki, L.; Mondon, K.; Peru, N.; Hommet, C.; Constans, T.; Gaillard, Ph; Camus, V. (2011): Attitudes towards Alzheimer's disease as a risk factor for caregiver burden. In: *International psychogeriatrics* 23: 1451–1461. DOI: 10.1017/S1041610211000640.

### **Nicht gegen Familienangehörige, informelle Betreuungspersonen:**

1. Rascón G., Ma. Luisa; Gutiérrez L., Ma. de Lourdes; Valencia C., Marcelo; Murow T., Esther.
2. Arboleda-Flórez, J. (1998): Mental illness and violence: an epidemiological appraisal of the evidence. In: *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie* 43: 989–996. DOI: 10.1177/070674379804301002.
3. Brooke, Marvin M.; Questad, Kent A.; Patterson, David R.; Bashak, Karen J. (1992): Agitation and restlessness after closed head injury: A prospective study of 100 consecutive admissions. In: *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 73: 320–323. DOI: 10.1016/0003-9993(92)90003-F.
4. Caqueo-Urizar, Alejandra; Fond, Guillaume; Urzúa, Alfonso; Boyer, Laurent; Williams, David R. (2016): Violent behavior and aggression in schizophrenia: Prevalence and risk factors. A multicentric study from three Latin-America countries. In: *Schizophrenia research* 178: 23–28. DOI: 10.1016/j.schres.2016.09.005.
5. Colleen Maxwell et al. (2010): Neuropsychiatric symptoms in dementia: Variation by care setting and gender.
6. Cottle, Cindy Cathleen, Ph.D. (2003): The role of social context in the prediction and management of violence among persons with mental illness.
7. Crocker, A. G.; Mercier, C.; Lachapelle, Y.; Brunet, A.; Morin, D.; Roy, M-E (2006): Prevalence and types of aggressive behaviour among adults with intellectual disabilities. In: *Journal of intellectual disability research : JIDR* 50: 652–661. DOI: 10.1111/j.1365-2788.2006.00815.x.
8. Ekman, SL., Norberg, A., Viitanen, M., Winblad, B. (1994): Pflege dementer Patienten mit schweren Verständigungsproblemen.
9. Galski, Thomas; Palasz, Joan; Bruno, Richard L.; Walker, John E. (1994): Predicting physical and verbal aggression on a brain trauma unit. In: *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 75: 380–383. DOI: 10.1016/0003-9993(94)90158-9.

10. Gibbons, Carrie; Creese, Joy; Tran, Mun; Brazil, Kevin; Chambers, Lori; Weaver, Bruce; Bédard, Michel (2014): The psychological and health consequences of caring for a spouse with dementia: a critical comparison of husbands and wives. In: *Journal of women & aging* 26: 3–21. DOI: 10.1080/08952841.2014.854571.
11. Jeffrey L. Jackson; Renee Mallory (2009): Aggression and Violence Among Elderly Patients, a Growing Health Problem. In: *J GEN INTERN MED* 24: 1167–1168. DOI: 10.1007/s11606-009-1099-1.
12. Keshavan, Matcheri S.; Shah, Jai L. (2013): Violence and mental illness. In: *Asian journal of psychiatry* 6: 1–2. DOI: 10.1016/j.ajp.2013.01.001.
13. Kivimäki, Mika PhD; Vahtera, Jussi M. D.; Elovainio, Marko PhD; Lillrank, Benita MD, and; Kevin, May V. MD (2002): Death or Illness of a Family Member, Violence, interpersonal Conflict, and Financial Difficulties as Predictors of Sickness Absence: Longitudinal Cohort Study on Psychological and Behavioral Links.
14. Klassen, Deidre; O'Connor, William A. (1988): A prospective study of predictors of violence in adult male mental health admissions. In: *Law and Human Behavior* 12: 143–158. DOI: 10.1007/BF01073122.
15. Kunik, Mark E.; Snow, A. Lynn; Davila, Jessica A.; Steele, Avila B.; Balasubramanyam, Valli; Doody, Rachelle S. et al. (2010): Causes of aggressive behavior in patients with dementia. In: *The Journal of clinical psychiatry* 71: 1145–1152. DOI: 10.4088/JCP.08m04703oli.
16. Lindqvist, P.; Allebeck, P. (1990): Schizophrenia and assaultive behaviour: the role of alcohol and drug abuse. In: *Acta psychiatrica Scandinavica* 82: 191–195. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1990.tb03051.x.
17. Liu, Chia-Yih; Wang, Pei-Ning; Lin, Ker-Neng; Liu, Hsiu-Chih (2007): Behavioral and psychological symptoms in Taiwanese patients with Alzheimer's disease. In: *International psychogeriatrics* 19: 605–613. DOI: 10.1017/S1041610207005121.
18. M Fox - Families in trouble (1988): Treating families with a member diagnosed as mentally ill.
19. Marvin S. Swartz (1998): Violence and Severe Mental Illness: The Effects of Substance Abuse and Nonadherence to Medication.
20. Muralidharan, Anjana; Kotwicki, Raymond J.; Cowperthwait, Colleen; Craighead, W. Edward (2015): Parental relationships and behavioral approach system dysregulation in young adults with bipolar disorder. In: *Journal of clinical psychology* 71: 387–401. DOI: 10.1002/jclp.22146.
21. Parsons, John P.; Carpenter-Hyland, Ezekiel; Burrigh, Richard G.; Donovick, Peter J. (1995): Changes in overt aggression after traumatic brain injury as reported by brain-injured individuals and their close relatives. In: *Int J Rehab Health* 1: 275–284. DOI: 10.1007/BF02214645.

22. Rössler, Wulff (1998): Psychiatric services.
23. Stompe, Thomas; Strnad, Alexandra; Ritter, Kristina; Fischer-Danzinger, Doris; Letmaier, Martin; Ortwein-Swoboda, Gerhard; Schanda, Hans (2006): Family and social influences on offending in men with schizophrenia. In: *The Australian and New Zealand journal of psychiatry* 40: 554–560. DOI: 10.1080/j.1440-1614.2006.01838.x.
24. Tsai, S. J.; Hwang, J. P.; Yang, C. H.; Liu, K. M. (1996): Physical aggression and associated factors in probable Alzheimer disease. In: *Alzheimer disease and associated disorders* 10: 82–85. DOI: 10.1097/00002093-199601020-00005.
25. Tsang, H.W.H. (2001): Family needs and burdens of mentally ill offenders : International Journal of Rehabilitation Research.
26. Whall, Ann L.; Colling, Kathleen B.; Kolanowski, Ann; Kim, HyoJeong; Son Hong, Gwi-Ryung; DeCicco, Barry et al. (2008): Factors associated with aggressive behavior among nursing home residents with dementia. In: *The Gerontologist* 48: 721–731. DOI: 10.1093/geront/48.6.721.

#### **Keine psychische Erkrankung:**

1. BOCQUET, H.; CHARLET, J. P.; POUS, J. (1997): Troubles mentaux et comportementaux des personnes âgées : essai de classification et lien avec la charge des aidants. In: *Revue d'épidémiologie et de santé publique* 45 (5), 392-399UR - <https://pascal-francis.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=2068472>.
2. María Luisa Rascón-Gasca; L. Rosa Díaz-Martínez; Luciana Ramos-Lira (2003): V. La violencia doméstica en familiares de pacientes con esquizofrenia. In: *Gac Med Mex* 139: 370–376. Online verfügbar unter <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=4841>.
3. Yamamoto, Yosuke; Hayashino, Yasuaki; Yamazaki, Shin; Takegami, Misa; Fukuhara, Shunichi (2009): Violent patient behavior is associated with bodily pain and a high burden on informal caregivers. In: *Journal of general internal medicine* 24: 1085–1088. DOI: 10.1007/s11606-009-1060-3.

#### **Bucheinträge, »editorials«, »letters«:**

1. Commentary on In-home Monitoring Support for Dementia Caregivers: Feasibility Study. In: *Clinical Nursing Research*. Online verfügbar unter <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1054773813475999>.
2. Alonso-Fernandes, Francisco (1995): Aggressivität und Gewalt: Prävention und Therapie.

3. Kalucy, M. J. (2007): Preventing homicide in the context of psychosis.
4. Kar, N.; Sharma, P. S.; Sengupta, S. (2001): Behavioural and Psychological Symptoms in Dementia-Clinical Features in an Indian Population. In: *International journal of geriatric psychiatry* 16 (5). DOI: 10.1002/gps.365.
5. Kieffer-Kristensen (2017): Parental acquired brain injury.
6. Levine, Carol (2003): Depression in caregivers of patients with dementia: a greater role for physicians. In: *Journal of general internal medicine* 18: 1058–1059. DOI: 10.1111/j.1525-1497.2003.31003.x.
7. Saß, H., Herpertz, S.: Forensisch-psychiatrische Aspekte der Gewaltdelinquenz (Handbuch der Forensischen Psychiatrie, Bd, 2009).
8. Wehring, Heidi J.; Carpenter, William T. (2011): Violence and schizophrenia. In: *Schizophrenia bulletin* 37: 877–878. DOI: 10.1093/schbul/sbr094.
9. Wehring, Heidi J.; Carpenter, William T. (2011): Violence and Schizophrenia. In: *Schizophr Bull* 37: 877–878. DOI: 10.1093/schbul/sbr094.
10. Yudofsky (2013): Management of adults with traumatic brain injury.

#### Reviews:

1. Alessi, Cathy A. (1991): Managing the Behavioral Problems of Dementia in the Home. In: *Clinics in Geriatric Medicine* 7: 787–802. DOI: 10.1016/S0749-0690(18)30520-2.
2. Ana Fresán; Rogelio Apiquián; Humberto Nicolini; María García-Anaya (2007): Association between violent behavior and psychotic relapse in schizophrenia: once more through the revolving door? In: *Salud Mental* 30: 25–30. Online verfügbar unter <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenl.cgi?IDREVISTA=81&IDARTICULO=16082&IDPUBLICACION=1643>.
3. Beentjes, Titus A. A.; Goossens, Peter J. J.; Poslawsky, Irina E. (2012): Caregiver burden in bipolar hypomania and mania: a systematic review. In: *Perspectives in psychiatric care* 48: 187–197. DOI: 10.1111/j.1744-6163.2012.00328.x.
4. Brodaty, Henry; Low, Lee-Fay (2003): Aggression in the elderly. In: *The Journal of clinical psychiatry* 64: 36–43.
5. Burns, Alistair (2000): Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia and Caregiver Burden. In: *Int. Psychogeriatr.* 12: 347–350. DOI: 10.1017/S1041610200007262.
6. Cipriani, Gabriele; Vedovello, Marcella; Nuti, Angelo; Di Fiorino, Mario (2011): Aggressive behavior in patients with dementia: correlates and management. In: *Geriatrics & gerontology international* 11: 408–413. DOI: 10.1111/j.1447-0594.2011.00730.x.

7. Cohen-Mansfield, Jiska; Marx, Marcia S.; Werner, Perla (1992): Agitation in Elderly Persons: An Integrative Report of Findings in a Nursing Home. In: *Int. Psychogeriatr.* 4: 221–240. DOI: 10.1017/s1041610292001285.
8. Eliason, Scott (2009): Murder-suicide: a review of the recent literature. On-line verfügbar unter <http://www.criminiseriali.it/murdersuicide2.pdf>.
9. Farooque, Rokeya; Ernst, Frederick A. (2003): Filicide: a review of eight years of clinical experience. In: *Journal of the National Medical Association* 95: 90–94.
10. Feast, Alexandra; Moniz-Cook, Esme; Stoner, Charlotte; Charlesworth, Georgina; Orrell, Martin (2016): A systematic review of the relationship between behavioral and psychological symptoms (BPSD) and caregiver well-being. In: *International psychogeriatrics* 28: 1761–1774. DOI: 10.1017/S1041610216000922.
11. Galovski, Tara; Lyons, Judith A. (2004): Psychological sequelae of combat violence: A review of the impact of PTSD on the veteran's family and possible interventions. In: *Aggression and Violent Behavior* 9: 477–501. DOI: 10.1016/S1359-1789(03)00045-4.
12. Gilhooly, Mary L. M.; Sweeting, Helen N.; Whittick, Janice E.; McKee, Kevin (1994): Family care of the dementing elderly. In: *International Review of Psychiatry* 6: 29–40. DOI: 10.3109/09540269409025241.
13. Harriet P. Lefley (1998): The family experience in cultural context: Implications for further research and practice. In: *New Directions for Mental Health Services* 1998: 97–106. DOI: 10.1002/ymd.23319987710.
14. Hodgins, S.: Violent behaviour among people with schizophrenia: a framework for investigations of causes, and effective treatment, and prevention. In: *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*. DOI: 10.1098/rstb.2008.0034.
15. Hyde, Alexander P. (1997): Coping with the threatening, intimidating, violent behaviors of people with psychiatric disabilities living at home: Guidelines for family caregivers. In: *Psychiatric Rehabilitation Journal* 21: 144–149. DOI: 10.1037/h0095326.
16. Isik, Ahmet Turan; Soysal, Pinar; Solmi, Marco; Veronese, Nicola (2019): Bidirectional relationship between caregiver burden and neuropsychiatric symptoms in patients with Alzheimer's disease: A narrative review. In: *International journal of geriatric psychiatry* 34: 1326–1334. DOI: 10.1002/gps.4965.
17. Johannesen, Mark; LoGiudice, Dina (2013): Elder abuse: a systematic review of risk factors in community-dwelling elders. In: *Age and ageing* 42: 292–298. DOI: 10.1093/ageing/afs195.

18. Konno, Rie; Stern, Cindy; Gibb, Heather (2013): The best evidence for assisted bathing of older people with dementia: a comprehensive systematic review. In: *JBI Evidence Synthesis* 11: 123. DOI: 10.11124/jbisrir-2013-607.
19. Lippi, Gian (2016): Schizophrenia in a member of the family: Burden, expressed emotion and addressing the needs of the whole family. In: *S. Afr. J. Psych.* 22: 7. DOI: 10.4102/sajpsy psychiatry.v22i1.922.
20. Mori, Takaaki, Ueno, Shu-ichi (2011): Support provided to dementia patients by caregivers and the community. Online verfügbar unter [http://www.med.or.jp/english/journal/pdf/2011\\_05/301\\_304.pdf](http://www.med.or.jp/english/journal/pdf/2011_05/301_304.pdf).
21. Onwumere, Juliana; Zhou, Zheng; Kuipers, Elizabeth (2018): Informal Caregiving Relationships in Psychosis: Reviewing the Impact of Patient Violence on Caregivers. In: *Frontiers in psychology* 9: 1530. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.01530.
22. Ornstein, Katherine; Gaugler, Joseph E. (2012): The problem with "problem behaviors": a systematic review of the association between individual patient behavioral and psychological symptoms and caregiver depression and burden within the dementia patient-caregiver dyad. In: *International psychogeriatrics* 24: 1536–1552. DOI: 10.1017/S1041610212000737.
23. Seeman, Mary V.: Bad, burdened or ill? Characterizing the spouses of women with schizophrenia. In: *International Journal of Social Psychiatry*. DOI: 10.1177/0020764012456818.
24. Solomon, Phyllis L. et al.: Family Violence among Adults with Severe Mental Illness: A Neglected Area of Research. In: *Trauma, Violence, & Abuse*. DOI: 10.1177/1524838004272464.
25. Trevillion, Kylee; Williamson, Emma; Thandi, Gursimran; Borschmann, Rohan; Oram, Sian; Howard, Louise M. (2015): A systematic review of mental disorders and perpetration of domestic violence among military populations. In: *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 50: 1329–1346. DOI: 10.1007/s00127-015-1084-4.
26. Vaddadi, Krishna (1996): Stress of Caregiving for the Chronically Mentally Ill. In: *Psychiatric Annals* 26: 766–771. DOI: 10.3928/0048-5713-19961201-07.
27. Wharton, Tracy C.; Ford, Bryan K. (2014): What is known about dementia care recipient violence and aggression against caregivers? In: *Journal of gerontological social work* 57: 460–477. DOI: 10.1080/01634372.2014.882466.
28. Wood, Rodger LI, Thomas, Rhys H.: Impulsive and episodic disorders of aggressive behaviour following traumatic brain injury. In: *Brain Injury*. DOI: 10.3109/02699052.2012.743181.

## 7.2 ROBIS-Fragebogen zur Bewertung des Verzerrungsrisikos

Abbildung mit freundlicher Genehmigung von Cochrane Deutschland

### a) Phase 2

---

#### **Domäne 1: Einschlusskriterien der Studien**

Erfolgte die Erstellung der systematischen Übersicht nach vordefinierten Zielen und Einschlusskriterien?

- JA  WAHRSCHEINLICH JA  WAHRSCHEINLICH NEIN  NEIN  
 KEINE INFORMATION

---

Passten die Einschlusskriterien zur Fragestellung der systematischen Übersichtsarbeit (im Hinblick auf die Patientenpopulation [z.B. Alter, Indikation, Diagnose], Setting der Studie, Intervention/Exposition [Dosierung, Häufigkeit])?

- JA  WAHRSCHEINLICH JA  WAHRSCHEINLICH NEIN  NEIN  
 KEINE INFORMATION

---

Wurden die Einschlusskriterien eindeutig definiert und im Detail dargestellt / erlaubt die Beschreibung der Einschlusskriterien eine Replizierung der systematischen Übersichtsarbeit?

- JA  WAHRSCHEINLICH JA  WAHRSCHEINLICH NEIN  NEIN  
 KEINE INFORMATION

---

Wurden bestehende Einschränkungen bei den Einschlusskriterien (z.B. im Hinblick auf das Studiendesign, den Publikationszeitraum, der Fallzahl oder der Endpunktauswahl) angemessen ausgewählt? -Falls Einschränkungen vorlagen, diese detailliert beschrieben und als sinnvoll erachtet wurden

- JA  WAHRSCHEINLICH JA  WAHRSCHEINLICH NEIN  NEIN  
 KEINE INFORMATION

---

Wurden bestehende Einschränkungen bei den Einschlusskriterien im Hinblick auf die Informationsquelle (z.B. Publikationsstatus oder die Sprache) angemessen ausgewählt? -Falls Einschränkungen vorlagen, diese detailliert beschrieben und als sinnvoll erachtet wurden

- JA  WAHRSCHEINLICH JA  WAHRSCHEINLICH NEIN  NEIN  
 KEINE INFORMATION

**Bedenken im Hinblick auf die Einschlusskriterien**  
(Verzerrungsrisiko):  Gering\*  Hoch\*\*  Unklar\*\*\*

#### **Domäne 2: Identifikation und Auswahl der Studien**

Wurden eine angemessene Anzahl an Datenbanken bzw. elektronischen Quellen durchsucht (z.B. Medline, Embase, verschiedene Datenbanken der Cochrane Library)?

JA  WAHRSCHEINLICH JA  WAHRSCHEINLICH NEIN  NEIN  
 KEINE INFORMATION

---

Wurden zusätzlich zur elektronischen Suche weitere Quellen durchsucht (z.B. Suche nach unpublizierten Daten, graue Literatur, Suche in den Referenzlisten bereits vorhandener Reviews)

JA  WAHRSCHEINLICH JA  WAHRSCHEINLICH NEIN  NEIN  
 KEINE INFORMATION

---

Wurde eine systematische Literatursuche mit adäquaten Suchbegriffen durchgeführt (z.B. Textwortsuche und Suche mit Schlagwörtern (Medical Subject Headings, bzw. MeSH Terms)?)

JA  WAHRSCHEINLICH JA  WAHRSCHEINLICH NEIN  NEIN  
 KEINE INFORMATION

---

Wurden adäquate Einschränkungen im Hinblick auf Suchzeitraum oder Sprache angewandt?

JA  WAHRSCHEINLICH JA  WAHRSCHEINLICH NEIN  NEIN  
 KEINE INFORMATION

---

Wurden Maßnahmen ergriffen, um Fehler bei der Studienauswahl zu minimieren (2 unabhg. Reviewer)?

JA  WAHRSCHEINLICH JA  WAHRSCHEINLICH NEIN  NEIN  
 KEINE INFORMATION

**Bedenken im Hinblick auf die Identifikation  
und Auswahl der Studien (Verzerrungsrisiko):**  Gering\*  Hoch\*\*  Unklar\*\*\*

### **Domäne 3: Datenextraktion und Bewertung der Studien**

Wurden Maßnahmen ergriffen, um Fehler bei Datenerhebung zu minimieren (2 unabhg. Reviewer)?

JA  WAHRSCHEINLICH JA  WAHRSCHEINLICH NEIN  NEIN  
 KEINE INFORMATION

---

Wurden Studiendaten detailliert genug beschrieben, um Reviewautoren und Lesern eine Ergebnisinterpretation zu erlauben?

JA  WAHRSCHEINLICH JA  WAHRSCHEINLICH NEIN  NEIN  
 KEINE INFORMATION

---

Wurden alle relevanten Daten, die für die Synthese wichtig sind, extrahiert?

JA  WAHRSCHEINLICH JA  WAHRSCHEINLICH NEIN  NEIN  
 KEINE INFORMATION

---

Wurde das Verzerrungsrisiko der Primärstudien nach standardisierten Methoden bewertet (z.B. mit dem ‚Cochrane Risk of Bias‘ Instrument)?

JA  WAHRSCHEINLICH JA  WAHRSCHEINLICH NEIN  NEIN  
 KEINE INFORMATION

---

Wurden Maßnahmen ergriffen, um Fehler bei der Bewertung des Verzerrungsrisikos zu minimieren (2 unabhg. Reviewer)?

JA  WAHRSCHEINLICH JA  WAHRSCHEINLICH NEIN  NEIN  
 KEINE INFORMATION

**Bedenken im Hinblick auf die Datenextraktion  
und Bewertung der Studien (Verzerrungsrisiko):**  Gering\*  Hoch\*\*  Unklar\*\*\*

\*) Gering: Falls die Leitfragen der entsprechenden Domäne mit JA / WAHRSCHEINLICH JA beantwortet wurden.

\*\*) Hoch: Falls eine der Leitfragen mit NEIN / WAHRSCHEINLICH NEIN beantwortet wurde.

\*\*\*) Unklar: Falls nicht genügend Informationen vorliegen, um eine Einschätzung abzugeben.

#### **Domäne 4: Datensynthese und Ergebnisse**

Wurden in die Datensynthese die Ergebnisse aus allen relevanten Studien aufgenommen?

JA  WAHRSCHEINLICH JA  WAHRSCHEINLICH NEIN  NEIN  
 KEINE INFORMATION

---

Wurden alle a priori festgelegten Analysen durchgeführt oder Abweichungen davon erläutert?

JA  WAHRSCHEINLICH JA  WAHRSCHEINLICH NEIN  NEIN  
 KEINE INFORMATION

Wurde die Datensynthese im Hinblick auf die Fragestellung, potentiellen Divergenzen zwischen den Studientypen und Endpunkten adäquat durchgeführt?

JA  WAHRSCHEINLICH JA  WAHRSCHEINLICH NEIN  NEIN  
 KEINE INFORMATION

---

Lagen homogene Studienergebnisse vor? Falls nicht, wurden sie in der Analyse adäquat berücksichtigt?

JA  WAHRSCHEINLICH JA  WAHRSCHEINLICH NEIN  NEIN  
 KEINE INFORMATION

---

Lagen robuste Ergebnisse vor? Wurden dementsprechende statistische Tests durchgeführt, z.B. eine Funnel Plot oder Sensitivitätsanalyse?

JA  WAHRSCHEINLICH JA  WAHRSCHEINLICH NEIN  NEIN  
 KEINE INFORMATION

---

Lag ein niedriges Verzerrungsrisiko der Primärstudien vor? Falls nicht, wurden adäquate Analysen durchgeführt, um das Verzerrungsrisiko zu berücksichtigen?

JA     WAHRSCHEINLICH JA                       WAHRSCHEINLICH NEIN                       NEIN

KEINE INFORMATION

**Bedenken im Hinblick auf die Datensynthese und Ergebnisse (Verzerrungsrisiko):**

Gering\*     Hoch\*\*     Unklar\*\*\*

\*Gering: Falls die Leitfragen der entsprechenden Domäne mit JA / WAHRSCHEINLICH JA beantwortet wurden.

\*\*Hoch: Falls eine der Leitfragen mit NEIN / WAHRSCHEINLICH NEIN beantwortet wurde.

\*\*\*Unklar: Falls nicht genügend Informationen vorliegen, um eine Einschätzung abzugeben.

## b) Phase 3: Gesamteinschätzung.

---

*Leitfrage I:* \* Wurden die potentiellen Verzerrungsrisiken aus Phase 2 in der Ergebnisinterpretation der entsprechenden systematischen Übersichtsarbeit adressiert?

JA     WAHRSCHEINLICH JA                       WAHRSCHEINLICH NEIN                       NEIN

KEINE INFORMATION

---

*Leitfrage II:* \*\* Adressieren die in die systematische Übersichtsarbeit eingeschlossenen Studien die Fragestellung, d.h., ist die klinische Relevanz der eingeschlossenen Studien im Hinblick auf die Fragestellung der systematischen Übersichtsarbeit gegeben?

JA     WAHRSCHEINLICH JA                       WAHRSCHEINLICH NEIN                       NEIN

KEINE INFORMATION

---

*Leitfrage III:* \*\*\* Kann selektive Berichterstattung innerhalb der systematischen Übersichtsarbeit ausgeschlossen werden?

JA     WAHRSCHEINLICH JA                       WAHRSCHEINLICH NEIN                       NEIN

KEINE INFORMATION

\* Leitfrage I

JA/WAHRSCHEINLICH JA: Wenn in keiner Domäne aus Phase 2 ein Verzerrungsrisiko vorliegt oder wenn für eine oder für mehrere Domänen zwar ein Verzerrungsrisiko vorliegt, das Verzerrungsrisiko dabei aber adäquat in der Ergebnisinterpretation der systematischen Übersichtsarbeit berücksichtigt wurde.

WAHRSCHEINLICH NEIN/NEIN: Wenn für eine oder für mehrere Domänen aus Phase 2 ein Verzerrungsrisiko vorliegt, dass Verzerrungsrisiko jedoch nicht adäquat in der Ergebnisinterpretation der systematischen Übersichtsarbeit berücksichtigt wurde. \*\*

\* Leitfrage II

JA/WAHRSCHEINLICH JA: Wenn die klinische Relevanz gegeben ist oder wenn die klinische Relevanz zwar nicht gegeben, dieses ‚Problem‘ jedoch adäquat in der Ergebnisinterpretation der systematischen Übersichtsarbeit berücksichtigt wurde.

WAHRSCHEINLICH NEIN/NEIN: Wenn die klinische Relevanz nicht gegeben ist und dieses ‚Problem‘ auch nicht in der Ergebnisinterpretation berücksichtigt wurde. \*\*\*

\* Leitfrage III

JA/WAHRSCHEINLICH JA: Wenn eine selektive Berichterstattung ausgeschlossen werden kann.

WAHRSCHEINLICH NEIN/NEIN: Wenn von den Autoren der systematischen Übersichtsarbeit in erster Linie Endpunkte mit positivem Ergebnis berichtet wurden.

### **Gesamteinschätzung des Verzerrungsrisikos**

Gering  Hoch  Unklar

Niedrig: Wenn alle drei Leitfragen mit JA beantwortet wurden.

Hoch: Wenn eine der drei Leitfragen mit NEIN beantwortet wurde.

Unklar: Wenn unzureichende Informationen für eine abschließende Bewertung vorliegen.

### 7.3 Aktualisierung des Reviews am 5. August 2019

#### 2.4 Suche

##### Suchlauf Ovid

Database: Ovid MEDLINE(R) ALL <1946 to August 02, 2019>, Embase <1974 to 2019 August 02>, PsycINFO <1806 to July Week 5 2019>

Search Strategy vom 05.08.2019

- 
- 1 Predictors and outcomes of violence against family members by patients with mental disorders {Including Related Terms} (12127)
  - 2 limit 1 to five stars (156)
  - 3 Risk Factors/ (1431198)
  - 4 Prevalence/ (932136)
  - 5 "Surveys and Questionnaires"/ (1074903)
  - 6 predict\*.ti. or predict\*.ab. (3846261)
  - 7 "Outcome and Process Assessment (Health Care)"/ (808508)
  - 8 burd\*.ti. or burd\*.ab. (531752)
  - 9 consequen\*.ti. or consequen\*.ab. (1472935)
  - 10 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 (8869518)
  - 11 Domestic Violence/ or Violence/ or Intimate Partner Violence/ (140990)
  - 12 Spouse Abuse/ or Elder Abuse/ or Physical Abuse/ (32358)
  - 13 Expressed Emotion/ (90330)
  - 14 violen\*.ti. or violen\*.ab. (204297)
  - 15 aggressi\*.ti. or aggressi\*.ab. (551577)
  - 16 abus\*.ti. or abus\*.ab. (424866)
  - 17 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 (1224414)
  - 18 Family/ (209020)
  - 19 Family Relations/ (54885)
  - 20 Caregivers/ (111403)
  - 21 caregiv\*.ti. or caregiv\*.ab. (195585)
  - 22 18 or 19 or 20 or 21 (466371)
  - 23 mental\*.ti. or mental\*.ab. or psychiatr\*.ti. or psychiatr\*.ab. or schizo\*.ti. or

schizo\*.ab. or autis\*.ti. or  
autis\*.ab. or delir\*.ti. or delir\*.ab. or dement\*.ti. or dement\*.ab. or intellect\*.ti. or in-  
tellect\*.ab. or brain  
injur\*.ti. or brain injur\*.ab. or bipolar.ti. or bipolar.ab. (2814321)  
24 mental disorders/ or bipolar disorder/ or "disruptive, impulse control, and con-  
duct disorders"/ or mood  
disorders/ or neurocognitive disorders/ or personality disorders/ or affective disor-  
ders, psychotic/ or paranoid  
disorders/ or psychotic disorders/ or schizophrenia/ or "trauma and stressor related  
disorders"/ (865198)  
25 23 or 24 (3046368)  
26 10 and 17 and 22 and 25 (5277)  
27 prediction/ (366403)  
28 emotional abuse/ or sexual abuse/ (45692)  
29 caregiver burden/ or caregiver support/ (15046)  
30 mental disease/ or attitude to mental illness/ (209273)  
31 27 or 10 (8900365)  
32 28 or 17 (1233468)  
33 29 or 22 (468862)  
34 30 or 25 (3092047)  
35 31 and 32 and 33 and 34 (5487)  
36 remove duplicates from 2 (104)  
37 26 or 35 (5487)  
38 remove duplicates from 37 (4161)  
39 limit 38 to yr="2017 -Current" (620)  
40 remove duplicates from 39 (620)  
41 limit 38 to dt="20170801-20190805" [Limit not valid in Embase,PsycINFO;  
records were retained] (3532)  
Annotation: Kürzel für Medline  
42 limit 38 to up="20170801-20190805" (3511)  
Annotation: Kürzel für PsycINFO  
43 limit 38 to dc="20170801-20190805" [Limit not valid in PsycINFO; records  
were retained] (1152)  
Annotation: Kürzel für Embase

- 44 41 use medall (40)
- 45 42 use psych (66)
- 46 43 use oemezd (436)
- 47 44 or 45 or 46 **(542)**

Annotation: Suche vom 01.08.2017-05.08.2019 in folgenden Datenbanken:

AllMedline

Embase

PsycINFO

## 2.5 Auswahl der Studien

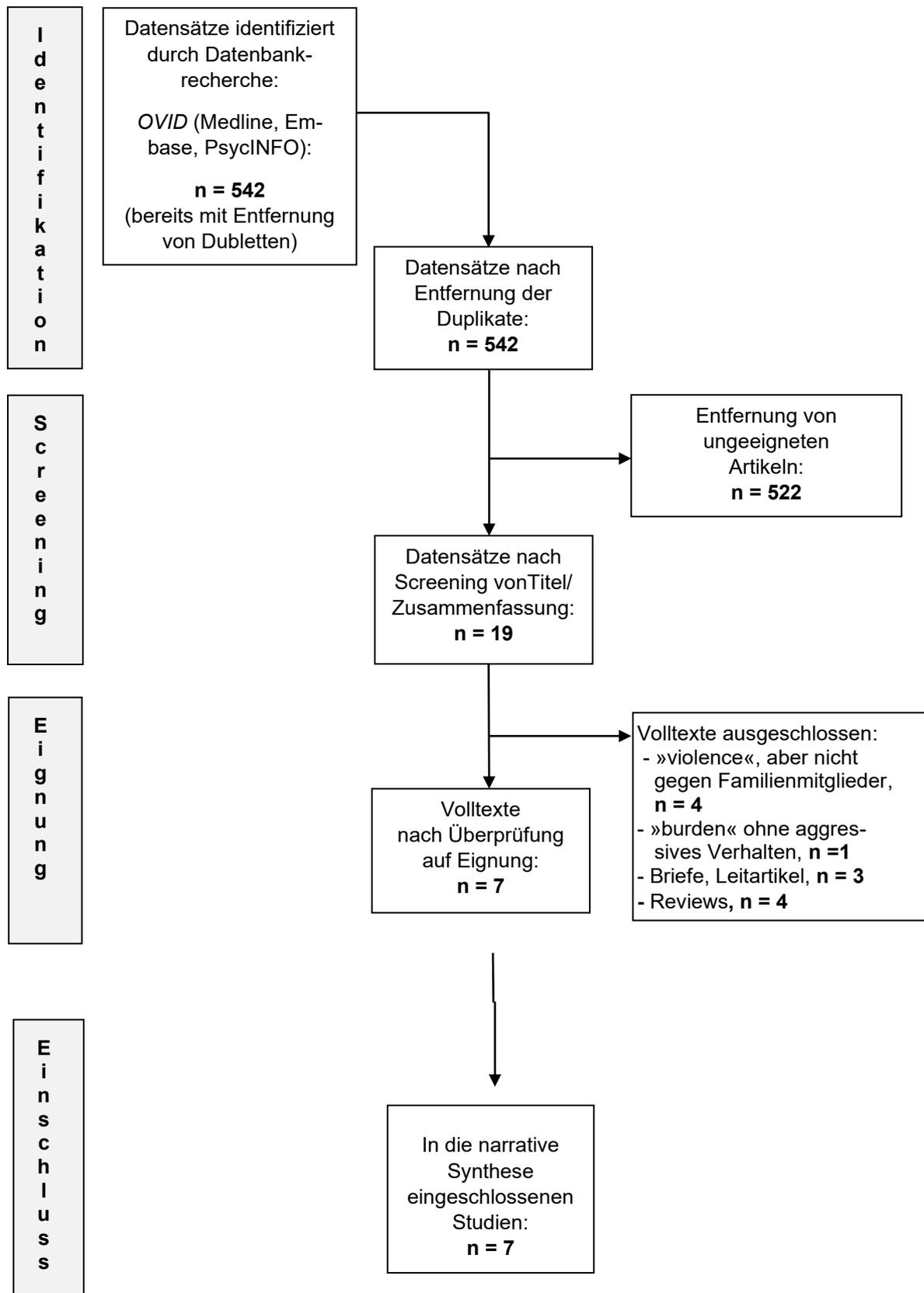


Abbildung 6:

Das PRISMA-Flow Diagram (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) gilt als Standarddarstellung. Das Flussdiagramm beschreibt den zur Erstellung des systematischen Reviews durchgeführten mehrstufigen Ein- und Ausschlussprozess. Die Anzahl der gefundenen aus- und eingeschlossenen „Treffer (n)“ sind aufgeführt. Die Quellen der ausgeschlossenen Volltexte sind im Anhang 7.1.2 nach ihrem Grund gelistet.

### 3.1 Studien nach Erscheinungszeitraum, Untersuchungsland, Populationsgrößen, psychischen Erkrankungen, Zielgruppen, Studiendesigns, Erhebungsmethoden und Quellen

Tabelle 1: Studien in absoluter und prozentualer Verteilung nach den Erscheinungszeitraum

	Anzahl	Studien
<b>2017 - 2019</b>	7	[74], [73], [72], [71], [70], [69], [68]

Tabelle 2: Studien in absoluter und prozentualer Verteilung nach den Untersuchungsländern

	Anzahl	Studien
<b>China, Frankreich, UK, USA, Türkei, UK/Deutschland/Spanien, Japan</b>	jeweils 1x	[74], [73], [72], [71], [70], [69], [68]

Tabelle 3: Studien in absoluter und prozentualer Verteilung nach den Populationsgrößen

	Anzahl	Studien
<b>N≤100</b>	3	[74], [72], [69]
<b>100&lt;N&lt;300</b>	2	[70], [68]
<b>N≥300</b>	2	[73], [71]

Tabelle 4: Studien in absoluter und prozentualer Verteilung nach den psychischen Erkrankungen

	Anzahl	Studien
»Dementia«	3	[73], [72], [69]
»Psychosis«	3	[74], [71], [68]
»Psychosis«, »Bipolar-Disorder«	1	[70]

Tabelle 5: Studien in absoluter und prozentualer Verteilung nach den Zielgruppen

	Anzahl	Studien
Angehörige, Betreuungspersonen	3	[74], [71], [68]
Patienten	1	[72]
Beide Gruppen	3	[73], [70], [69]

Tabelle 6: Studien in absoluter und prozentualer Verteilung nach den Studiendesigns

	Anzahl	Studien
Quantitative Studiendesigns	5	[73], [71], [70], [69], [68]
Qualitative Studiendesigns	2	[74], [72]

Tabelle 7: Studien in absoluter und prozentualer Verteilung nach den Erhebungsmethoden

	Anzahl	Studien
Fragebögen (»questionnaires«)	5	[73], [71], [70], [69], [68]
Interviews (»interviews«)	1	[74]
Fallbericht (»case report«)	1	[72]

Tabelle 8: Studien in absoluter und prozentualer Verteilung nach den Quellen

	<b>Anzahl</b>	<b>Studien</b>
<b>Ambulante Population</b>	2	[72], [70]
<b>Spezifische Netzwerke</b>	3	[74], [71], [68]
<b>Kliniken</b>	2	[73], [69]

### 3.2 Eingeschlossene Studien

#### 3.2.1 Studien mit Untersuchungsgegenstand „Auswirkungen und Prädiktoren beziehungsweise Auslöser“

Tabelle 9: Studien mit Untersuchungsgegenstand „Auswirkungen und Prädiktoren bzw. Auslöser“ mit Autor(en), Studiennummer, Erscheinungsjahr, Studiendesign, Populationsgröße, Erhebungsmethode, Zielgruppe (A / B: Angehörige, Betreuungspersonen; peM: psychisch erkrankte Menschen; BEIDE: beide Zielgruppen), psychischer Erkrankung und ausgewählte Datendetails

Autor(en)									
Land		Design		Population (N=)	Erhebungsmethode	Zielgruppe			Psychische Erkrankung
Nummer	Jahr	quantitativ	qualitativ			»A / B«	»peM«	»BEIDE«	
<b>„Ausgewählte Datendetails“</b>									
<b>Auswirkungen</b>					<b>Prädiktoren und Auslöser</b>				
Onwumere et al.									
UK			qualitativ	N= 8	Semi-structured interviews	»A / B«			»Psychosis«
74	2019								
<p>Auswirkungen:            ... Ich bete, dass es besser wird. Ich hoffe, dass es ihm besser gehen wird, weil ich nicht weiß, wie lange ich es aushalten kann. Denn es ist zu viel.“ „Ich fühle mich ängstlich.“, „Ich habe Angst vor ihm und Angst um ihn.“ „Es (die Aggression) beeinflusste die Beziehung zwischen uns sehr, denn wir können nicht mal mehr miteinander reden. Wir können keine Freunde sein, weil er denkt, dass ich sein Feind bin. Deshalb können wir keine Beziehung haben.“ „Es betrifft mich insofern, dass ich mich kaum mehr auf mich konzentriere.“ „Es betrifft mich physisch, mental, spirituell; es hat mich in jedem Aspekt beeinflusst.“</p>					<p>Prädiktoren und Auslöser:            ... „In den meisten Fällen passiert es, wenn ich mit ihr alleine bin, wenn ihr Bruder oder ihre Schwester da sind passiert es nicht...“ „Sie sah nicht ein, dass sie krank war und so brachte ich sie ins Krankenhaus, damit die sie zurückhielten. Daraufhin wurde sie richtig gewalttätig mir gegenüber, sie attackierte mich, sie schlug mich und boxte mir ins Gesicht.“ „Wahrscheinlich könnte ich es mit jemand anderem, aber wenn es deine eigene Familie ist, wenn es dein eigenes Fleisch und Blut ist, dann ist es anders, dann gehst du dabei zugrunde.“</p>				

Carter et al.							
CHINA			quali- tativ	N= 1	Case report	»peM«	»Dementia«
72	2019						
<p>Auswirkungen:</p> <p>... Agitation und Aggression (über die Zeit und während der Intervention):</p> <p>Monat 1: &gt;3x/ Tag und &gt;3x/ Tag, Monat 2: 2-3x/ Tag und &gt;2-3x/ Tag, Monat 3: 1x/ Tag und &gt;2-3x/ Tag, Monat 4: 1x/ Tag und 1x/ Tag, Monat 5: 3x/ Woche und 3x/ Woche, Monat 6: 1x/ Woche und keine, Monat 7: 1x/ Woche und keine, Monat 8: 1x/ Woche und keine.</p>				<p>Prädiktoren und Auslöser:</p> <p>... Der Verlust seines Kurzzeitgedächtnisses, die Unfähigkeit Familienmitglieder zu erkennen und die gestörte Fähigkeit seine Finanzen eigenständig zu regeln, führten dazu, dass er misstrauisch wurde [...] er wurde seiner Frau und Tochter gegenüber anklagend [...]. Die Schnittmenge aus Gedächtnisverlust und gestörten Fähigkeiten resultierten in einem wahrgenommenen Stress für den Patienten, welcher Halluzinationen/ Wahngedanken, Agitation und Aggression triggerten. Der Patient hatte auch Episoden, in denen er sich selbst nicht im Spiegel wiedererkannte [...] was dazu führte, dass er seiner Frau gegenüber verbal aggressive wurde.</p>			

### 3.2.2 Studien nur mit Untersuchungsgegenstand „Auswirkungen“

Tabelle 10: Studien nur mit Untersuchungsgegenstand „Auswirkungen“ mit Autor(en), Studiennummer, Erscheinungsjahr, Land, Studiendesign, Populationsgröße, Erhebungsmethode, Zielgruppe (A / B: Angehörige, Betreuungspersonen; peM: psychisch erkrankte Menschen; BEIDE: beide Zielgruppen), psychischer Erkrankung und ausgewählte Datendetails

Autor(en)									
Land		Design		Population (N=)	Erhebungsmethode	Zielgruppe			Psychische Erkrankung
Nummer	Jahr	quantitativ	qualitativ			»A / B«	»peM«	»BEIDE«	
<b>„Ausgewählte Datendetails“</b>									
<b>Auswirkungen</b>									
<b>Kageyama et al</b>									
USA		quantitativ		N= 353	Questionnaires	»A / B«			»Psychosis«
71	2018								
<p>... Psychologische Gewalt: 56,1 % (N=198 von insgesamt N=353), Andere aggressive Handlungen: 74,2 % (N=261/ 353), Gewalttaten: 28,4 % (N=100/ 353).</p>									
<b>Blanthorn-Hazell et al.</b>									
UK, SPAIN, GERMANY		quantitativ		N= 297	Survey			»BEIDE«	»Psychosis« »Bipolar«
70									
<p>... Patientensymptome, welche während einer Episode von Agitation auftraten und der dazugehörige Mittelwert des IEQ (=Involvement Evaluation Questionnaire; durch die Angehörigen bewertet): Feindselig: IEQ Mittelwert 41,7 gewalttätig: IEQ Mittelwert 39,5 aggressiv: IEQ Mittelwert 37,8 (Maximum 108 Punkte)</p>									
<b>Bozgeyik et al.</b>									
TURKEY		quantitativ		N= 71	Prospective and clinic-based study - questionnaires			»BEIDE«	»Dementia«
69	2018								
<p>... Frequenz von Verhalten- und psychologischen Symptomen bei Demenz: 35,2 % (N=25) Enthemmung, 29,6 % (N=21) abnorme motorische Verhaltensstörungen, 26,8 % (N=19) Agitation/ Aggression.</p>									

Kageyama et al.								
JAPAN		quantitativ		N= 277	Secondary data analysis - questionnaires	»A / B«		»Psychosis«
68								
... 87,7 % (N=243) der Bezugspersonen erlebten psychologische Gewalt, 75,8 % (N=210) der Bezugspersonen erlebten physische Gewalt. Nur 9,4 % (N=26) erlebten nie Gewalt.								

### 3.1.3 Studien nur mit Untersuchungsgegenstand „Prädiktoren und Auslöser“

Tabelle 11:

Studien nur mit Untersuchungsgegenstand „Prädiktoren und Auslöser“ mit Autor(en), Studiennummer, Erscheinungsjahr, Studienland, Studiendesign, Populationsgröße, Erhebungsmethode, Zielgruppe (A / B: Angehörige, Betreuungspersonen; peM: psychisch erkrankte Menschen; BEIDE: beide Zielgruppen), psychischer Erkrankung und ausgewählte Datendetails

Autor									
Land		Design		Population (N=)	Erhebungsmethode	Zielgruppe			Psychische Erkrankung
Nummer	Jahr	quantitativ	qualitativ			»A / B«	»peM«	»BEIDE«	
<b>„Ausgewählte Datendetails“</b>									
<b>Prädiktoren und Auslöser</b>									
Maulieon et al.									
FRANCE		quantitativ		N= 1375	Clinical assessments			»BEIDE«	»Dementia«
73	2019								
... Potenziell veränderbarer Faktor, der mit der Schwere von Agitations-/ Aggressionssymptomen (A/ A) assoziiert ist: -eine schwere Angehörigen-Belastung (Anstieg der Schwere der A/ A-Symptome um 1,08 Punkte mit p<0,001)									

### 3.3 Deskription der Untersuchungsgegenstände

#### 3.3.1 »Burden« und »Violence«

Tabelle 12: Absolute und prozentuale Verteilung der Untersuchungsgegenstände »burden« und »violence« in den Studien, \*) zweifache Behandlung ist möglich.

	Anzahl	Studien
<b>»burden«</b>	4	[74], [72], [70], [69]
<b>»violence«</b>	2	[71], [68]

Tabelle 13: Studien verteilt nach psychischen Erkrankungen und Auswirkungen

	Auswirkungen	
Psychische Erkrankungen	»burden«	»violence«
• <b>»Dementia«</b>	[72], [69]	
• <b>»Psychosis«</b>	[74], [70]	[71], [68]

#### 3.3.2 »Perpetrator-, victim-and interaction factors«

Tabelle 14: Verteilung der Studien nach »perpetrator -, victim -, interaction factors«, \*) Mehrfachnennungen sind in den Studien möglich.

	Anzahl	Studien
<b>»perpetrator factors«</b>	3*	[74], [73], [72]
<b>»victim factors«</b>	2*	[74], [73]
<b>»interaction factors«</b>	1*	[74]

Tabelle 15: Risikofaktoren der Studien aus quantitativem Design mit der untersuchten und signifikanten Anzahl. Die signifikanten Risikofaktoren sind **fett** gekennzeichnet. Die Erhebungsmethoden ergänzen die mögliche Prädiktion der Auswirkungen. Am Ende wird die Summe der untersuchten und signifikanten Risikofaktoren ermittelt. Daraus errechnet sich der Anteil der signifikanten an den untersuchten Risikofaktoren in Prozent. Die Summen und der prozentuale Anteil werden sowohl für die »perpetrator factors«, »victim factors«, »interaction factors« und als gesamte Größe ermittelt.

Studie	Risikofaktoren	»perpetrator factors«:	untersucht	signifikant
		»victim factors«:		
		»interaction factors«:		
73	<b>Agitation und Aggression</b> »perpetrator factors«: <b>Alter, Geschlecht, Level bei Aktivitäten des täglichen Lebens, Symptome im Neuropsychiatrischen Inventar</b> (affektive Störungen, Apathie, Psychose, Hyperaktivität, Ess- oder Schlafstörung)	4	4	<b>signifikant</b>
	»victim factors«: <b>Stadium im »Zarit burden«-Test</b> (mild, moderat, schwer)	1	1	<b>signifikant</b>

### 3.4 Synthese der Daten

#### 3.4.1 Belastungen und Gewalt

##### »burden of aggressive behavior«

- *Nicht differenzierte Belastung:*

**72\***, .. Belastung durch die Pflege

**70**, ... Belastung gemessen mit dem »Involvement Evaluation Questionnaire score« - (37,8 Mittelwert)

**69**, ... Belastung: mild 50,7% (N=36), moderat 15,5% (N=11), schwer 33,8% (N=24) gemessen mit »Zarit Caregiver Burden Scale«

- *Gesundheitliche und emotionale Belastungen:*

*Angst:*

**74\***, „Ich fühle mich ängstlich.“, „Ich habe Angst vor ihm und um ihn.“

*Überforderung:*

**74\***,.. „Es ist zu viel.“ „Es überforderte mich, ich wusste nicht wie ich damit umgehen sollte.“

*Depression:*

**69**, ... 19,7% mild (N=14), moderat 19,7% (N=14), schwer 4,2% (N=3) gemessen mit »Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D)«

#### »practice of violence«

- *physische Gewalt:* **71**, ... 74,2% auf die gesamte Lebenszeit bezogen  
**68**, ... 75,8% auf die gesamte Lebenszeit bezogen
- *psychische Gewalt:* **71**, ... 56,1% auf die gesamte Lebenszeit bezogen  
**68**, ... 87,7% auf die gesamte Lebenszeit bezogen

### 3.4.2 Risikoeinschätzung und auslösende Situationen

#### Klinische Risikoeinschätzung

»victim factors«:

1. Angst, Reizbarkeit: **[74]**

### 3.4.3

#### Auslösende Situationen

Auslöser aus Studien mit qualitativem Design: Angabe der Studiennummer, der Populationsgröße N, der Zurechnung als »Perpetrator factors«, »Victim factors« und »Interaction factors«

»perpetrator factors«: gestörte Fähigkeit seine Finanzen eigenständig zu regeln [72], Eifersucht [73];

»victim factors«: „... wenn ich mit ihr alleine bin“

»interaction factors«: „[...] man muss vorsichtig sein mit dem, was man sagt. Er nimmt alles (jeden Witz) so wörtlich [...]“

### 3.5.2 Schlussfolgerungen aus der narrativen Synthese

#### **„Koordiniertes Risikomanagement ist sinnvoll.“**

Tabelle 21: »Conclusions« aus den »abstracts« der Studien mit Nummerierung zusammengefasst in der Kategorie „Koordiniertes Risikomanagement ist sinnvoll.“

<b>Koordiniertes Risikomanagement ist sinnvoll.</b>	<b>Nr.</b>
1. Es ist wichtig ein fundierteres Verständnis der spezifischen Bedürfnisse der Pflegenden und der Pflegebeziehung zu entwickeln.	<b>74</b>
2. Um Gewalt zu verhindern und Familienangehörige zu unterstützen ist es notwendig, Kriseninterventionsprogramme aufzustellen, insbesondere angesichts der derzeitigen Betonung der Deinstitutionalisierungspolitik.	<b>71</b>

#### **„Patientenmerkmale können für die Risikobewertung verwendet werden.“**

Tabelle 22: »Conclusions« aus den »abstracts« der Studien mit Nummerierung zusammengefasst in der Kategorie „Patientenmerkmale können für die Risikobewertung verwendet werden.“

<b>Patientenmerkmale können für die Risikobewertung verwendet werden.</b>	<b>Nr.</b>
1. Die Forschung sollte bewerten, ob die Identifizierung und Behandlung einer affektiven Erkrankung zusammen mit der Bewertung und optimalen Behandlung des Betreuers einen positiven Einfluss auf den Verlauf von Agitation und Aggression bei Patienten mit leichten bis mittelschweren Formen von Alzheimer-Demenz hat.	<b>73</b>
2. Weitere multizentrische Studien mit prospektivem Design, an denen unterschiedliche Kulturen, Patienten aus einer breiteren Bevölkerung und unterschiedliche Pflegeeinstellungen beteiligt sind, sind erforderlich.	<b>69</b>
3. Gewalt in der Familie durch Personen mit Schizophrenie ist nicht selten, aber in Japan weit verbreitet und kann fatale Folgen haben.	<b>68</b>

#### **„Angehörige sind wichtige Informationsquellen.“**

Tabelle 23: »Conclusions« aus den »abstracts« der Studien mit Nummerierung zusammengefasst in der Kategorie „Angehörige sind wichtige Informationsquellen.“

<b>Angehörige sind wichtige Informationsquellen.</b>	<b>Nr.</b>
1. Betreuer sind aktive Teilnehmer an der Erkennung und Bewältigung von Agitationsepisoden.	<b>70</b>

## „Angehörige brauchen Anleitungen.“

Tabelle 24: »Conclusions« aus den »abstracts« der Studien mit Nummerierung zusammengefasst in der Kategorie „Angehörige brauchen Anleitungen.“

Angehörige brauchen Anleitungen.	Nr.
1. Die Aufklärung von Angehörigen und Betreuern über Demenz und praktische, einfache Wege zur Umsetzung der täglichen Realitätsorientierung kann helfen, neuropsychiatrische Symptome von Demenz zu behandeln.	72

### Literaturverzeichnis

- 1 Blanthorn-Hazell, Sophee; Gracia, Alfredo; Roberts, Jenna; Boldeanu, Anca; Judge, Davneet: A survey of caregiver burden in those providing informal care for patients with schizophrenia or bipolar disorder with agitation: results from a European study. In: *Annals of general psychiatry* 17: 8 (2018).
- 2 Bozgeyik, Gamze; Ipekcioglu, Derya; Yazar, Menekse Sila; Ilnem, Mehmet Cem: Behavioural and psychological symptoms of Alzheimer's disease associated with caregiver burden and depression. In: *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology* 8: 1–9 (2018).
- 3 Carter, Mark McLean; Wei, Angelina; Li, Xinlei: An individualised, non-pharmacological treatment strategy associated with an improvement in neuropsychiatric symptoms in a man with dementia living at home. In: *BMJ case reports* 12 (5) (2019).
- 4 Kageyama, Masako; Solomon, Phyllis: Post-traumatic stress disorder in parents of patients with schizophrenia following familial violence. In: *PloS one* 13 (6), e0198164 (2018).
- 5 Kageyama, Masako; Solomon, Phyllis; Yokoyama, Keiko; Nakamura, Yukako; Kobayashi, Sayaka; Fujii, Chiyo: Violence Towards Family Caregivers by Their Relative with Schizophrenia in Japan. In: *The Psychiatric quarterly* 89: 329–340 (2017).
- 6 Mauleon, Adelaide de; Soto, Maria; Ousset, Pierre Jean; Nourhashemi, Fati; Lepage, Benoit; Vellas, Bruno: Potentially modifiable factors associated with agitation and aggression in Alzheimer's disease: results of the ICTUS study. In: *International psychogeriatrics*: 1–8 (2019).
- 7 Onwumere, Juliana; Parkyn, Grace; Learmonth, Stephanie; Kuipers, Elizabeth: The last taboo: The experience of violence in first-episode psychosis caregiving relationships. In: *Psychology and psychotherapy* 92: 1–19 (2019).

## 7 Anhang

### 7.1 Artikelverzeichnis

#### 7.1.1 Verzeichnis der eingeschlossenen Studien

74	Onwumere, Juliana; Parkyn, Grace; Learmonth, Stephanie; Kuipers, Elizabeth (2019): The last taboo: The experience of violence in first-episode psychosis caregiving relationships. In: <i>Psychology and psychotherapy</i> 92: 1–19, <a href="https://doi.org.10.1111/papt.12173">https://doi.org.10.1111/papt.12173</a>
73	Mauleon, Adelaide de; Soto, Maria; Ousset, Pierre Jean; Nourhashemi, Fati; Lepage, Benoit; Vellas, Bruno (2019): Potentially modifiable factors associated with agitation and aggression in Alzheimer's disease: results of the ICTUS study. In: <i>International psychogeriatrics</i> : 1–8. <a href="https://doi.org.10.1017/S1041610218001990">https://doi.org.10.1017/S1041610218001990</a>
72	Carter, Mark McLean; Wei, Angelina; Li, Xinlei (2019): An individualised, non-pharmacological treatment strategy associated with an improvement in neuropsychiatric symptoms in a man with dementia living at home. In: <i>BMJ case reports</i> 12 (5), <a href="https://doi.org.10.1136/bcr-2018-229048">https://doi.org.10.1136/bcr-2018-229048</a>
71	Kageyama, Masako; Solomon, Phyllis (2018): Post-traumatic stress disorder in parents of patients with schizophrenia following familial violence. In: <i>PloS one</i> 13 (6), e0198164, <a href="https://doi.org.10.1371/journal.pone.0198164">https://doi.org.10.1371/journal.pone.0198164</a>
70	Blanthorn-Hazell, Sophee; Gracia, Alfredo; Roberts, Jenna; Boldeanu, Anca; Judge, Davneet (2018): A survey of caregiver burden in those providing informal care for patients with schizophrenia or bipolar disorder with agitation: results from a European study. In: <i>Annals of general psychiatry</i> 17: 8, <a href="https://doi.org.10.1186/s12991-018-0178-2">https://doi.org.10.1186/s12991-018-0178-2</a>
69	Bozgeyik, Gamze; Ipekcioglu, Derya; Yazar, Menekse Sila; Ilnem, Mehmet Cem (2018): Behavioural and psychological symptoms of Alzheimer's disease associated with caregiver burden and depression. In: <i>Psychiatry and Clinical Psychopharmacology</i> 8: 1–9, <a href="https://doi.org.10.1080/24750573.2018.1541646">https://doi.org.10.1080/24750573.2018.1541646</a>
68	Kageyama, Masako; Solomon, Phyllis; Yokoyama, Keiko; Nakamura, Yukako; Kobayashi, Sayaka; Fujii, Chiyo (2017): Violence Towards Family Caregivers by Their Relative with Schizophrenia in Japan. In: <i>The Psychiatric quarterly</i> 89: 329–340, <a href="https://doi.org.10.1007/s11126--017-9537-4">https://doi.org.10.1007/s11126--017-9537-4</a>

## Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei den Menschen bedanken, die an dieser Arbeit beteiligt waren und ohne die es diese Arbeit so nicht geben würde.

Zuallererst möchte ich Herrn Prof. Dr. Tilman Steinert danken, dass er mir mit einem Auftrag für die Leitlinienerstellung die Möglichkeit für eine Dissertation gegeben hat. Sein großzügiges Zeitfenster hat dabei sehr geholfen.

Ein herzliches Dankeschön geht an meine Betreuerin Frau Dr. Sophie Hirsch, die mir bei etlichen Fragen zu jeder Zeit schnelle und praktische Tipps geben konnte und als kompetente Raterin zur Verfügung stand.

Darüber hinaus möchte ich Frau Ernestine Stößer-Jost als technische Ansprechpartnerin der Universität Ulm für die Ovid-Plattform dankend erwähnen.

Und zu guter Letzt danke ich meiner Familie für die emotionale Unterstützung in dieser Zeit.

## Lebenslauf

### Persönliches

- Name: Hannah Lilly Rafalski
- Geburtsdatum: 1993
- Geburtsort: Breisach

### Schule

- 2012 Wentzinger Gymnasium Freiburg: Abitur

### Studium

- 09/2014 Universität Ulm: Physikum
- 04/2018 Universität Ulm: schriftliches 2. Staatsexamen
- 05/2019 Universität Ulm: mündliches 2. Staatsexamen

### Wahlfächer

- Psychotherapie und Diagnostik in der Psychiatrie
- Praktikum Sonographie
- Phytopharmakologie und Phytotherapie
- Orthopädischer Untersuchungskurs
- Praxis der physikalischen Medizin und Rehabilitation
- „Mit Sicherheit verliebt“ – bundesweites Projekt für Sexualität& Prävention in Schulen

### Praktisches Jahr

- Terial Innere Medizin:  
Segeberger Kliniken, Bad Segeberg
- Terial Chirurgie:  
Kantonsspital Winterthur, Schweiz
- Terial Psychiatrie:  
Universitätsklinikum, Ulm

## **Promotion**

- 2017-2021 Erstellen einer systematischen Übersichtsarbeit im Zuge der Erarbeitung der S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“.

## **Beschäftigung**

- ab 09/2019 Alb-Donau-Klinikum Langenau, Abteilung Innere Medizin, Rheumatologie
- ab 06/2020 Alb-Donau-Klinikum Blaubeuren, Abteilung Innere Medizin, Gastroenterologie