Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg - Weissenau

Abteilung Versorgungsforschung

Leitung: Prof. Dr. med. Tilman Steinert

# Gewalt- und Deliktprävention bei Patienten mit Schizophrenie

**Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Humanbiologie der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm**

Karen Hamann

Stuttgart

2011

Amtierender Dekan: Prof. Dr. Thomas Wirth

1. Berichterstatter: Prof. Dr. Tilman Steinert

2. Berichterstatter: Priv.-Doz. Dr. Ulrich Frommberger

Tag der Promotion: 19.04.2012

Meinen Eltern

# Inhaltsverzeichnis

**Abkürzungsverzeichnis ..... VI**

**Teil I ..... 1**

**1 Einleitung ..... 1**

1.1 Das Störungsbild der Schizophrenie ..... 3

1.2 Forensische Aspekte: Aggression und Gewalt ..... 10

1.3 Ziele und Fragestellungen der Studie ..... 25

**2 Material und Methoden ..... 29**

2.1 Vorarbeiten ..... 29

2.2 Untersuchungsplan ..... 33

2.3 Messinstrumente ..... 34

2.4 Untersuchungsgruppe ..... 40

2.5 Untersuchungsablauf ..... 40

2.6 Statistische Analysemethoden ..... 41

**3 Ergebnisse ..... 42**

3.1 Stichprobencharakteristika ..... 43

3.2 Fragestellung 1: Rekrutierbarkeit ..... 56

3.3 Fragestellung 2: Fremdaggression ..... 57

3.4 Fragestellung 3: Durchführbarkeit ..... 68

**4 Diskussion ..... 75**

4.1 Interpretation und Diskussion der Ergebnisse ..... 75

4.2 Methodische Einschränkungen ..... 91

**Teil II ..... 93**

**5 Einleitung ..... 94**

5.1 Hintergrund ..... 94

5.2 Ziele und Fragestellungen der Arbeit ..... 96

**6 Material und Methoden ..... 97**

6.1 Suchstrategie ..... 97
6.2 Selektionskriterien ..... 97
6.3 Datensammlung und –analyse ..... 98

**7 Ergebnisse ..... 99**

7.1 Externe Validität ..... 99
7.2 Machbarkeit ..... 100

**8 Diskussion ..... 112**

8.1 Interpretation und Diskussion der Ergebnisse ..... 112
8.2 Implikationen für die Forschung ..... 119
8.3 Methodische Einschränkungen ..... 120

**9 Zusammenfassung ..... 122**
**10 Literatur ..... 124**
**11 Anhang ..... 142**
**Danksagung ..... 247**
**Lebenslauf ..... 248**

# Abkürzungsverzeichnis

| | |
|---|---|
| APA | American Psychiatric Association |
| BGB | Bürgerliches Gesetzbuch |
| BPRS | Brief Psychiatric Rating Scale |
| BRAS-GP | Bremen Risc Assessment Scale for General Psychiatry |
| BVC | Brøset Violence Checklist |
| CATIE | Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness |
| CONSORT | Consolidated Standards of Reporting Trials |
| CSRI | Compliance Selbst-Rating-Instrument |
| CTQ | Childhood Trauma Questionnaire |
| CTS | Conflict Tactics Scale |
| DSM-IV | Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, 4. Revision |
| HCR-20 | Historical, Clinical and Risk Management violence risk assessment scheme |
| ICD-10 | Internationale Klassifikation psychischer Störungen, 10. Revision |
| KVT | Kognitive Verhaltenstherapie |
| MeSH | Medical Subject Heading |
| MOAS | Modified Overt Aggression Scale |
| NICE | National Institute for Health and Clinical Excellence |
| OAS | Overt Aggression Scale |
| PANSS | Positive and Negative Syndrome Scale |
| PCL-SV | Psychopathy Checklist Screening Version |
| RCT | Randomized Controlled Trial |
| SOAS | Staff Observation Aggression Scale |
| TCO | Threat Control Override |
| TREND | Transparent Reporting of Evaluations with Nonrandomized Designs |
| UAW | Unerwünschte Arzneimittelwirkungen |
| UBG | Unterbringungsgesetz |
| VG | Vorgeschichte |

| | |
|---|---|
| V-RISK-10 | Violence risk screening-10 |
| WHO | World Health Organization |
| YLDS | years of life lived with disability |

# Teil I

# Gewalt- und Deliktprävention bei aus stationärer Behandlung entlassenen Patienten mit Schizophrenie.

## Eine Machbarkeitsstudie

# 1 Einleitung

Trotz aller Bemühungen um Aufklärung sehen sich psychisch kranke Menschen auch heute noch allzu oft mit Vorurteilen konfrontiert. Die Stigmatisierung psychisch Erkrankter stellt ein weit verbreitetes Phänomen dar, das durch die irrige Vorstellung, Betroffene seien per se gefährlich, gewalttätig und unberechenbar, genährt wird (Angermeyer u. Matschinger 2004). Diesen Vorurteilen entgegenzutreten, ist eine wichtige Aufgabe aller Vertreter der Psychiatrie (Gaebel et al. 2005).

Dennoch darf dabei nicht ignoriert werden, dass psychiatrische Patienten tatsächlich ein gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöhtes Risiko für Gewalt und Gewaltdelikte haben, wenn auch in einem sehr viel geringeren Maße als in weiten Teilen der Bevölkerung befürchtet. Unter Fachleuten wurde der Zusammenhang von psychischen Störungen und Gewalt lange Zeit kontrovers diskutiert und vielfach negiert. Letzteres war nicht zuletzt der Sorge um eine weitere Stigmatisierung psychisch kranker Menschen geschuldet und basierte unter anderem auf einer der weltweit ersten und der bis heute einzigen deutschen epidemiologischen Studie zu Gewalt und psychischen Störungen. Die Autoren resümierten, dass „Geisteskranke und Geistesschwache insgesamt nicht häufiger […] zu Gewalttätern werden als sogenannte Geistesgesunde“ (Böker u. Häfner 1973, S. 93f.). Die Studie wurde in den Folgejahren häufig, doch meist wenig differenziert zitiert. Denn neben dem störungsübergreifend nicht signifikant erhöhten Gewaltrisiko belegte die Untersuchung für einzelne Störungsbilder, namentlich für schizophrene Erkrankungen, sehr wohl ein erhöhtes Gewaltrisiko.

Heute herrscht weitestgehend Konsens darüber, dass sogenannte „Major Mental Disorders“ und darunter insbesondere die Schizophrenie mit einem erhöhten Gewalt- und Deliktrisiko einhergehen. Während die ganz überwiegende Mehrheit der Patienten mit Schizophrenie nicht häufiger gewalttätig ist als die Allgemeinbevölkerung, ist es eine kleine, aber bedeutsame Minderheit von Patienten, die für den Großteil der von psychisch Kranken ausgeübten Gewalt verantwortlich zeichnet. Diese Gewalttaten verursachen persönliches Leiden von Opfern und auch Tätern, sie konterkarieren die Bemühungen der Psychiatrie um eine Entstigmatisierung psychisch kranker Menschen und verursachen nicht zuletzt immense Kosten für die Gesundheits- und Justizsysteme.

Die Psychiatrie sieht sich seit jeher mit gewalttätigen Patienten konfrontiert und eine ihrer Kernaufgaben ist die Abwendung von Eigen- oder Fremdgefährdung. Dies geschieht bislang jedoch fast ausschließlich im stationären Setting durch die Akutbehandlung und gegebenenfalls durch Zwangsmaßnahmen. Eine systematische Gewaltprävention im ambulanten Rahmen, die den Patienten aktiv mit einbezieht und langfristig ausgerichtet ist, findet bislang nicht statt. Dies liegt vermutlich daran, dass gerade Patienten mit einer Vorgeschichte aggressiver Handlungen sich durch eine schlechte Behandlungsadhärenz auszeichnen (Habermeyer et al. 2010; Kutscher et al. 2009) und die Behandlung in Deutschland hinsichtlich der Zuständigkeiten unübersichtlich und nicht selten unkoordiniert in einem fragmentierten Versorgungssystem verteilt ist. Studien konnten zeigen, dass eine große Mehrheit der straffällig gewordenen Patienten in der Forensischen Psychiatrie vor dem Delikt bereits mehrfach durch Gewalt auffällig und in der Allgemeinpsychiatrie behandelt worden war (Hodgins u. Müller-Isberner 2004; Kutscher et al. 2009; Weithmann u. Traub 2008). Dies stellt eine Chance, wenn nicht gar eine Verpflichtung für die Allgemeinpsychiatrie dar, Gewaltprävention als eine ihrer Aufgaben anzuerkennen und in der Regelversorgung zu etablieren. Es sollte idealerweise zukünftig möglich sein, Risikopatienten systematisch zu identifizieren und frühzeitig gewaltpräventiv zu intervenieren, bevor es zu einem strafrechtlich relevanten Delikt kommt.

Angesichts nur vereinzelter Studien (z.B. Haddock et al. 2009; Swanson et al. 2000; Walsh et al. 2001) zu Gewaltprävention bei psychischen Störungen respektive bei Schizophrenie konnte die Frage nach der Machbarkeit gewaltpräventiver Interventionsprogramme in der Allgemeinpsychiatrie bislang nicht beantwortet werden. Die vorliegende Arbeit soll diese Lücke schließen. Ziel ist es, die Machbarkeit von Gewaltprävention bei aus stationärer Behandlung entlassenen Patienten mit Schizophrenie im allgemeinpsychiatrischen Kontext zu überprüfen. Auf der Grundlage der Ergebnisse sollen Hinweise für die Praxis entwickelt werden, wie Gewaltprävention in der Allgemeinpsychiatrie umgesetzt werden kann und es soll ein Ausblick auf zukünftige Forschungsfragen gegeben werden.

## 1.1 Das Störungsbild der Schizophrenie

### 1.1.1 Geschichtlicher Abriss

Das Störungsbild der Schizophrenie ist untrennbar mit den Namen Emil Kraepelins (1856-1926) und Eugen Bleulers (1857-1939) verbunden. Zwar wurden schizophrene Symptome schon in antiken Schriften beschrieben, doch das Verdienst des deutschen Psychiaters Kraepelin war es, dass er erstmals scheinbar unabhängige Krankheitsbilder, nämlich die Hebephrenie, die Katatonie und die Dementia paranoides als Ausprägungen einer übergeordneten Störung ansah. Er fasste diese Ende des 19. Jahrhunderts unter dem Oberbegriff „Dementia praecox" zusammen und schuf damit die prinzipiell heute noch gültige Krankheitsdefinition der Schizophrenie. Eugen Bleuler, ein Zeitgenosse und schweizerischer Kollege Kraepelins, prägte 1911 den Begriff der Schizophrenie, der sich aus den griechischen Begriffen *schizein* für „Spalten" und *phrenos* für „Geist" zusammensetzt. Bleuler hielt ihn für prognostisch weniger deterministisch und den Kern der Erkrankung besser umschreibend: „In jedem Fall besteht eine mehr oder weniger deutliche Spaltung der psychischen Funktionen. […] Die Persönlichkeit verliert ihre Einheit" (Bleuler 1988, S.6). Bleuler erweiterte Kraepelins Einteilung noch um das Bild der Schizophrenia simplex und unterschied sogenannte Grundsymptome, die stets vorhanden sein sollten, von akzessorischen Symptomen, die häufig, aber nicht zwingend vorlägen (Bleuler 1988). In den 1950er Jahren nahm der Heidelberger Psychiater Kurt Schneider eine weitere Systematisierung der mannigfaltigen Symptome der Schizophrenie vor. Er unterschied nach Wichtigkeit für die Diagnosestellung Symptome 1. Ranges (z.B. Gedankenlautwerden, kommentierende oder dialogisierende Stimmen, leibliche Beeinflussungserlebnisse) und 2. Ranges (z.B. Wahneinfall, Ratlosigkeit, depressive oder maniforme Verstimmung) und schuf mit diesem Konzept einen Vorläufer der operationalisierten Diagnostik (Schneider 1987). Das System Bleulers bzw. Kraepelins, das die Schizophrenie als eine Störung mit den Unterformen der Hebephrenie, Katatonie, paranoid-halluzinatorische Form oder Schizophrenia Simplex fasst, bildet ebenso wie das Schizophreniekonzept Schneiders die Grundlage der modernen Schizophreniediagnostik und findet sich auch heute noch weitestgehend in den operationalisierten Diagnosesystemen DSM-IV und ICD-10 wieder.

### 1.1.2 Klassifikation und Symptomatik

Wie schon bei Kraepelin und Bleuler lassen sich auch nach heutiger Klassifikation abhängig von der vorherrschenden Symptomatik und dem Verlauf verschiedene Subtypen der Schizophrenie unterscheiden. Das Diagnosesystem der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10; WHO 2000), fasst die schizophrenen und verwandte Störungsbilder im Unterkapitel F2 „Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen“ zusammen. Im Klassifikationssystem der American Psychiatric Association (APA), dem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-IV; APA 1998), sind schizophrene Erkrankungen mit dem Diagnoseschlüssel 295 kodiert. Die Bezeichnungen der Subtypen ebenso wie die dazugehörigen Diagnosekriterien divergieren in beiden Klassifikationssystemen nur unwesentlich.

Die verschiedenen Unterformen der Schizophrenie unterscheiden sich in ihrer vorherrschenden Symptomatik zum Teil deutlich. Gemein ist den schizophrenen Erkrankungen, dass sie sich in Form von grundlegenden und charakteristischen Störungen des Denkens und der Wahrnehmung sowie durch einen inadäquaten oder verflachten Affekt bei den Betroffenen äußern. Diese als Allgemeine Kriterien bezeichneten Symptome sind für die Diagnosestellung einer Schizophrenie nach ICD-10 essenziell und werden in Tabelle 1 zusammengefasst.

Tab. 1: Allgemeine Diagnosekriterien der Schizophrenie nach ICD-10

| Mindestens eines der folgenden Merkmale |
|---|
| Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung, Gedankenentzug oder Gedankenausbreitung |
| Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten, deutlich bezogen auf Körper- oder Gliederbewegungen oder bestimmte Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen; Wahnwahrnehmung; |
| Kommentierende oder dialogische Stimmen, die über das Verhalten des Patienten reden oder andere Stimmen, die aus bestimmten Körperteilen kommen; |
| Anhaltender, kulturell unangemessener, bizarrer und völlig unrealistischer Wahn, wie der, das Wetter kontrollieren zu können oder mit Außerirdischen in Verbindung zu stehen. |
| Oder mindestens zwei der folgenden Merkmale |
| Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität, täglich während mindestens eines Monats begleitet |

| |
|---|
| von flüchtigen oder undeutlich ausgebildeten Wahngedanken ohne deutlichen affektiven Inhalt oder begleitet von lang anhaltenden überwertigen Ideen |
| Neologismen, Gedankenabreißen, oder Einschiebungen in den Gedankenfluss, was zu Zerfahrenheit oder Danebenreden führt; |
| Katatone Symptome wie Erregung, Haltungsstereotypien oder wächserne Biegsamkeit (Flexibilitas cerea), Negativismus, Mutismus und Stupor; |
| „Negative“ Symptome wie auffällige Apathie, Sprachverarmung, verflachte oder inadäquate Affekte. |

Das ICD-10 berücksichtigt neben dem Vorliegen einer bestimmten Mindestanzahl spezifischer Symptome auch die Zeitkomponente. Zur Diagnosestellung müssen Symptome mindestens während eines Zeitraums von einem Monat den überwiegenden Teil der Zeit vorhanden sein.

Neben den Allgemeinen Kriterien, die für die Diagnose einer Schizophrenie vorliegen müssen, ist jede Unterform durch spezifische Symptome charakterisiert. Die Paranoide Schizophrenie (F20.0) bzw. der Paranoide Typus (295.30) stellt weltweit den häufigsten Schizophrenietypus dar und ist durch dauerhaftes, oft paranoides Wahnerleben und Halluzinationen meist akustischer Form charakterisiert. Der Affekt ist gegenüber anderen Subtypen weniger verflacht, die Stimmung häufig gestört, z.B. in Form von Reizbarkeit, plötzlichen Wutausbrüchen, Furchtsamkeit oder Misstrauen. Der Verlauf kann sowohl episodisch mit teilweiser oder vollständiger Remission als auch chronisch sein. Anders als bei der Paranoiden Schizophrenie stehen beim Subtyp der Hebephrenen Schizophrenie (F20.1) bzw. des Desorganisierten Typus (295.10) weniger Wahn oder Wahrnehmungsstörungen, sondern affektive Veränderungen im Vordergrund, die sich in Form von verflachter oder inadäquater Stimmung zeigen. Die Hebephrene Schizophrenie beginnt meist im Jugend- oder frühen Erwachsenenalter und ist mit einer eher schlechten Prognose verbunden. Ein weiterer Subtypus der Schizophrenie ist die Katatone Schizophrenie (F20.2) bzw. der Katatone Typus (295.20), der vor allem durch Störungen der Psychomotorik charakterisiert ist. Betroffene zeigen schnelle Wechsel von oft gegensätzlichen psychomotorischen Auffälligkeiten wie übermäßiger motorischer Aktivität und Stupor, Befehlsautomatismen und Negativismus, Mutismus oder Willkürbewegungen. Episodenhafte schwere Erregungszustände treten häufig auf und bedeuten eine akute Eigen- wie auch Fremdgefährdung. Eine Übersicht der schizophrenen Subtypen findet sich in Tabelle 2.

Tab. 2: Subtypen der Schizophrenie nach ICD-10

| Diagnose | Beeinträchtigte Funktion | Symptome | Anmerkung |
|---|---|---|---|
| Paranoide Schizophrenie (F20.0) | Wahrnehmung, Denken, | Wahn, Halluzinationen | Häufigste Form<br>z.T. Reizbarkeit, Wutausbrüche, Misstrauen, Furchtsamkeit |
| Hebephrene Schizophrenie (F20.1) | Affekt, Denken, Antrieb | Inadäquater oder verflachter Affekt, zielloses Verhalten, Denkstörungen | Früher Beginn, schlechte Prognose |
| Katatone Schizophrenie (F20.2) | Psychomotorik | Stupor, Erregung, Haltungsstereotypien, Negativismus | Heute nur noch selten z.T. schwere Erregungszustände mit akuter Eigen- und Fremdgefährdung |
| Schizophrenia simplex (F20.6) | Persönlichkeit, Antrieb | Veränderung von Persönlichkeitsmerkmalen, Antriebsverlust, sozialer Rückzug | Schleichende Progredienz |

Neben den genannten Unterformen der Schizophrenie stehen dem Diagnostiker noch weitere Diagnosen zur Verfügung, die dem schizophrenen Spektrum zugerechnet werden und die in Tabelle 3 dargestellt werden.

Tab. 3: Weitere Diagnosen aus dem schizophrenen Spektrum nach ICD-10

| Diagnose | Anmerkung |
|---|---|
| Undifferenzierte Schizophrenie (F20.3) | nicht eindeutig einem der Subtypen zuzuordnen |
| Sonstige Schizophrenieformen (F20.8) | |
| Schizophrenes Residuum (F20.5) | chronischer Krankheitsverlauf mit einer deutlichen Verschlechterung gegenüber einem früheren Stadium |
| Postschizophrene Depression | bei Aufeinanderfolgen zunächst schizophrener und danach |

| | |
|---|---|
| (F20.4) | depressiver Symptomatik |
| Schizotype Störung (F21) | Exzentrisches Verhalten und Anomalien im Denken ohne eindeutige und charakteristische Symptome der Schizophrenie |
| Anhaltende wahnhafte Störungen (F22) | Langanhaltender Wahn als einziges Charakteristikum und nicht anderweitig klassifizierbar |
| Akute vorübergehende psychotische Störungen (F23) | Akuter Beginn häufig in Zusammenhang mit belastenden Lebensereignissen, rasche und vollständige Remission |
| Induzierte wahnhafte Störung (F24) | Wahn wird von zwei Personen mit enger emotionaler Bindung geteilt |
| Schizoaffektive Störungen (F25) | Vorliegen sowohl affektiver als auch schizophrener Symptome ohne Diagnostizierbarkeit einer abgrenzbaren Schizophrenie oder affektiven Störung |
| Nichtorganische psychotische Störungen (F28; F29) | Wahnhafte oder halluzinatorische Störungen die keiner anderen Kategorie zugeordnet werden können |

### 1.1.3 Epidemiologie und Verlauf

Eine Vielzahl epidemiologischer Studien der letzten Jahrzehnte gibt Auskunft über die Häufigkeit und den Verlauf schizophrener Erkrankungen weltweit. Sie zeigen, dass die Inzidenz- und Prävalenzraten im Vergleich mit anderen psychischen Störungen, wie z.B. affektiven Störungen oder Angststörungen, relativ gering sind. In einer systematischen Übersichtsarbeit über 188 Studien aus 46 Ländern ermittelten Saha et al. (2005) folgende Prävalenzraten pro 1000 Einwohner: Punktprävalenz 4.6, Periodenprävalenz (1-12 Monate) 3.3, Lebenszeitprävalenz 4.0 und Lebenszeiterkrankungsrisiko 7.2. Im Gegensatz zu anderen Studien, die eine höhere Erkrankungsraten bei Männern berichten (McGarth et al. 2004) fanden die Autoren keine signifikanten Geschlechtsunterschiede. Signifikant höhere Prävalenzraten fanden sich hingegen bei Immigranten gegenüber Einheimischen. Weiterhin untersuchten die Autoren in ihrer Arbeit mögliche Unterschiede in der Prävalenz zwischen Ländern unterschiedlicher Entwicklungsstadien. Es zeigte sich, dass in Entwicklungsländern gegenüber Schwellen- oder Industrieländern eine signifikant niedrigere Prävalenz für Schizophrenie gefunden werden konnte (geschätzte Raten: Entwicklungsländer 3,05 vs. Schwellenländer 5,69 und Industrieländer 5,82).

Die Schizophrenie ist mit einem hohen Grad an Behinderung verbunden. Unter den Erkrankungen, auf die weltweit die meisten Lebensjahre mit Behinderung (years of life lived with disability, YLDS) zurückgehen, steht die Schizophrenie an siebter Stelle, für die Untergruppe der 15-44-Jährigen sogar an dritter Stelle (WHO 2001, S. 28). Neben der Primärdiagnose Schizophrenie treten häufig komorbid weitere psychische Störungen auf. Hier ist vor allem der Substanzmissbrauch zu nennen, der mit einer geschätzten Lebenszeitprävalenz von 47% die dominierende Rolle unter den Komorbiditäten einnimmt ebenso wie Depressionen mit vergleichbarer Häufigkeit. Aber auch Angsterkrankungen treten weit häufiger bei Patienten mit Schizophrenie als in der Allgemeinbevölkerung auf. So wird die Prävalenz für Panikstörungen auf 15%, für Posttraumatische Belastungsstörungen auf 29% und für Zwangsstörungen auf 23% geschätzt (Buckley et al. 2009).

Das durchschnittliche Ersterkrankungsalter liegt für beide Geschlechter zwischen 20 und 35 Jahren, wobei Frauen im Durchschnitt drei bis vier Jahre später erkranken als Männer und einen zweiten Peak von Ersterkrankungen um die Menopause herum aufweisen (Häfner u. an der Heiden 1997). In der ABC-Schizophreniestudie differenzierte Häfner (2005) das Ersterkrankungsalter für Krankheitssymptome in verschiedenen Phasen bis zur erstmaligen Aufnahme in einer Klinik. Es wurden unterschieden: Erstes Krankheitszeichen unspezifischer Art, erstes Negativsymptom, erste psychotische Episode und Erstaufnahme. Es wurde für das erste unspezifische Krankheitszeichen ein mittleres Alter von 24,2 Jahren (Männer: 22,5; Frauen: 25,4) gefunden und bei Erstaufnahme ein durchschnittliches Alter von 30,3 Jahren (Männer: 28,2; Frauen 32,2). Im Mittel geht dem ersten psychotischen Symptom eine Prodromalphase mit unspezifischen Anzeichen der Erkrankung von 4,8 Jahren Dauer voraus. Nach dem ersten psychotischen Symptom dauert es im Durchschnitt noch einmal 1,3 Jahre bis die Betroffenen in Behandlung gelangen. Dies zeigt, dass zwischen den ersten unspezifischen Krankheitszeichen bis zur manifesten psychotischen Symptomatik bzw. Erstbehandlung in der Regel Jahre vergehen.

Entgegen der Annahme Kraepelins, dass die „Dementia praecox“ eine unweigerlich fortschreitende degenerative Erkrankung sei, sind heute verschiedene Verlaufsformen bekannt. Die Erkrankung kann kontinuierlich wie auch episodisch verlaufen, mit einzelnen oder mehreren Episoden, die vollständig oder nur teilweise remittieren. Auch kann die Erkrankung mit stabilen wie auch im Verlauf zunehmenden Defiziten in verschiedenen

Funktionsbereichen verbunden sein. Der globale Verlauf der Erkrankung wurde unter anderem in einer prospektiven dänischen Kohortenstudie untersucht (Wiersma et al. 1998). Es zeigte sich, dass nach 15 Jahren rund ein Viertel vollständig remittiert waren, während die Hälfte der Patienten nur eine Teilremission erreichte, die sich meist in Form persistierender Negativsymptomatik präsentierte. Etwa 10% der Patienten waren über den gesamten Untersuchungszeitraum hinweg psychotisch. Die Studie konnte auch belegen, dass Schizophrenie eine in hohem Maße rezidivierende Erkrankung ist. Etwa ein Drittel der Patienten erlitt lediglich einmalig eine Episode, doch erlebten von diesen Patienten mit nur einer Episode fast zwei Drittel einen chronischen Verlauf. Zwei Drittel und damit die überwiegende Mehrheit der Gesamtstichprobe erlitt einen oder mehrere Rückfälle innerhalb von 15 Jahren. Die Wahrscheinlichkeit einer Chronifizierung stieg dabei mit jeder folgenden Episode an.

### 1.1.4 Behandlung

Die pharmakologische Therapie spielt in der Behandlung der Schizophrenie eine führende Rolle. Lange Zeit war keine wirkungsvolle Therapie für schizophrene Erkrankungen bekannt, weshalb viele Patienten mit Schizophrenie meist dauerhaft in psychiatrischen Kliniken untergebracht waren. Erst mit der Entwicklung der Neuroleptika bot sich die Möglichkeit, die Krankheitssymptome zu behandeln und die Prognose zu verbessern. Nachteil der Neuroleptika der älteren Generation waren die zum Teil erheblichen Nebenwirkungen, insbesondere extrapyramidal-motorische Störungen. Hier führte die Entwicklung neuerer Medikamente, so genannter Atypika, die ein günstigeres Wirkungs-Nebenwirkungs-Profil aufweisen, zu einer Verbesserung, wenngleich diese Substanzen mit anderen (v.a. metabolischen) Nebenwirkungen behaftet sind. Heute stehen in der Behandlung der Schizophrenie diverse Medikamente zur Verfügung, die die akuten Symptome einer psychotischen Phase lindern und die Prognose des Krankheitsverlaufs signifikant bessern können, indem sie das Rückfallrisiko deutlich senken (Leucht et al. 2003; Robinson et al. 1999). Der gut belegten Wirksamkeit der Psychopharmakotherapie der Schizophrenie steht allerdings in der Praxis die oft nur partielle oder gänzlich fehlende Medikamentenadhärenz der Patienten entgegen, die zu häufigen Rückfällen führt (Leucht u. Heres 2006). In der Regel wird die psychopharmakologische Behandlung durch psychoedukative Angebote flankiert. Psychoedukation erhöht das Krankheitswissen und

wirkt sich positiv auf das Befinden des Patienten aus. Keine gesicherte Auswirkung zeigt Psychoedukation jedoch auf Compliance und Einsicht oder Rückfall- und Wiederaufnahmeraten (Pekkala u. Merinder 2002), weshalb Psychoedukation beispielsweise in der aktualisierten britischen Schizophrenie-Leitlinie des National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) nicht mehr empfohlen wird (National Collaborating Centre for Mental Health 2009). In den letzten Jahren hat deshalb zunehmend die Psychotherapie in der Schizophreniebehandlung an Bedeutung gewonnen. Während für psychodynamische Therapieansätze keine Wirksamkeit bei Schizophrenie belegt ist (Malmberg et al. 2001), kommt hier vor allem der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) eine wichtige Rolle zu. Deren Wirksamkeit ist hinsichtlich verschiedener Zielvariablen in Metaanalysen belegt (Rector u. Beck 2001; Turkington et al. 2004; Wykes et al. 2008). So liegen unter anderem Wirksamkeitsbelege hinsichtlich der Rückfallhäufigkeiten und der Compliance (Bechdolf et al. 2004), der Verzögerung bzw. Besserung der Symptomatik in der Prodromalphase (Morrison et al. 2004) oder hinsichtlich der Reduktion persistierender Positivsymptome (Gould et al. 2001) vor. Trotz der gut belegten Wirksamkeit der KVT wird in der Praxis immer noch ein viel zu geringer Anteil der an Schizophrenie Erkrankten kognitiv-verhaltenstherapeutisch behandelt (Puschner et al. 2006). Neben der KVT haben sich weitere evidenzbasierte psychosoziale Ansätze, wie Familientherapie, assertive community treatment oder Soziale Kompetenz-Trainings in der Schizophreniebehandlung etabliert (Bustillo et al. 2001).

## 1.2 Forensische Aspekte: Aggression und Gewalt

### 1.2.1 Aggression und Gewalt

Welche Verhaltensweisen gemeinhin als „aggressives“ Verhalten gelten, ist nicht fest definiert, sondern abhängig von verschiedenen Variablen wie den geltenden Normen oder dem Kontext, in dem ein Verhalten stattfindet. Baron u. Richardson (1994) definieren Aggression in folgender Weise: „Aggression is any form of behavior directed toward the goal of harming another living being who is motivated to avoid this treatment“ (S. 37). Neben dem Zufügen von Schmerz bzw. Schaden ist nach dieser Definition auch die Schädigungsabsicht sowie die situative (Un-)Angemessenheit des Verhaltens für eine Klassifizierung als aggressives Verhalten vonnöten. Versuche, Aggression und Gewalt zu erklären, wurden bislang in verschiedensten (sozial-)psychologischen Modellen

unternommen. Klassische Aggressionstheorien, wie trieb- und instinkttheoretische Modelle (z.B. Freud 1920; Lorenz 1963) oder die Frustrations-Aggressions-Hypothese (Dollard et al. 1939) stellten vor allem die Psychodynamik des Täters in den Mittelpunkt. Aggression galt diesen Theorien als eine Art kathartisches „Ventil", das die aktuelle trieb- oder instinktbedingte Energie oder den durch Frustration ausgelösten Ärger abbauen sollte. Nachteil dieser Erklärungsansätze war, dass sie Faktoren wie Funktionalität und Konsequenzen des aggressiven Verhaltens, den sozialen Kontext oder die Interaktion der Akteure nicht berücksichtigten. Aktuellere Theorien sehen aggressives Verhalten verstärkt als soziale Interaktion, die durch verschiedene Faktoren beeinflusst wird. Beispiele für solche Faktoren sind das aggressive Modellverhalten anderer oder die positiven Konsequenzen, die das eigene aggressive Verhalten nach sich zieht (z.B. Soziale Lerntheorie; Bandura 1973). Auch der persönliche Wert des angestrebten Ziels sowie das individuell zur Verfügung stehende Verhaltensrepertoire beeinflussen das Verhalten (z.B. Social Interactionist Theory of Coercice Action; Tedeschi u. Felson 1994) ebenso wie individuelle Unterschiede in der sozialen Wahrnehmung (z.B. Modell sozialer Informationsverarbeitung; Dodge 1986; Crick u. Dodge 1994).

### 1.2.2 Aggression und Gewalt bei psychischen Störungen

Die ganz überwiegende Mehrheit psychisch erkrankter Menschen ist nicht häufiger gewalttätig als die Allgemeinbevölkerung. Betrachtet man die Gesamtzahl aller Gewaltdelikte, so zeichnen psychisch Kranke nur für einen geringen Anteil verantwortlich (Böker u. Häfner 1973; Brennan et al. 2000). Dennoch belegt eine Vielzahl von Untersuchungen der letzten Jahrzehnte konsistent einen moderaten, aber robusten Zusammenhang von psychischen Erkrankungen mit einem erhöhten Risiko für Gewalt und Gewaltdelikte (Arsenault et al. 2000; Elbogen u. Johnson 2009; Joyal et al. 2007). Eine der wichtigsten Studien zu Gewalt bei psychischen Erkrankungen veröffentlichten Steadman et al. (1998) mit der MacArthur Study of Mental Disorder and Violence. Die Autoren der Studie verglichen aus psychiatrischer Behandlung entlassene Personen mit nicht-psychiatrischen Personen des gleichen Wohnquartiers hinsichtlich ihres Gewaltverhaltens. Dazu wurden 1136 Personen im ersten Jahr nach ihrer Entlassung aus psychiatrischer Behandlung alle 10 Wochen zu Gewaltvorkommnissen befragt. Die Angaben der Patienten selbst wurden durch fremdanamnestische Angaben sowie durch Polizei- und

Behandlungsakten ergänzt. Die Ergebnisse zeigten, dass die alleinige Erfassung mittels Akten bei lediglich 4,5% der Patienten Gewalttaten innerhalb eines Jahres vermuten ließ. Durch eine ergänzende Einbeziehung von Patienten- und Fremdangaben erhöhte sich diese Rate auf 27,5%. Damit dürften Studien, die sich auf einzelne Datenquellen berufen, die Prävalenz von Gewalt bei Major Mental Disorders vermutlich noch weit unterschätzt haben. Auch fanden sie, dass die berichteten Prävalenzraten sowohl in der gesunden wie auch in der psychiatrischen Gruppe hoch waren. Dies zeigt, dass die Berücksichtigung der Gewaltraten des Umfeldes bedeutsam ist, um valide feststellen zu können, ob psychiatrische Patienten ein erhöhtes Gewaltrisiko haben. Die Autoren konnten so zeigen, dass in Abwesenheit von Substanzmissbrauch psychisch gesunde Personen wie psychiatrische Patienten keinen Unterschied hinsichtlich der Prävalenz von Gewalt aufwiesen. Ganz anders gestaltete sich dies, wenn Symptome von Substanzmissbrauch vorlagen. Diese erhöhten die Gewaltprävalenz sowohl für Personen in der Patienten- wie auch in der Vergleichsgruppe. Allerdings war die Gewaltrate für Patienten mit komorbidem Substanzmissbrauch signifikant höher als für Personen, die bislang nicht psychiatrisch aufgefallen waren. Zudem berichteten Patienten weit häufiger Symptome eines komorbiden Substanzmissbrauchs. Dieser scheint demnach eine Schlüsselrolle für den Zusammenhang von Gewalt und psychischen Störungen zu spielen.

Ein erhöhtes Risiko für Gewalt trifft nicht auf alle psychischen Störungen gleichermaßen zu, sondern gilt primär für Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (Major Mental Disorders), zu denen schizophrene und andere psychotische Erkrankungen sowie affektive Störungen gezählt werden. In einer Überblicksarbeit ermittelten Joyal et al. (2007) über alle Major Mental Disorders hinweg ein um den Faktor 3 bis 5 erhöhtes Risiko für Gewalttaten. Studien, die die Daten für verschiedene psychische Erkrankungen aufschlüsseln, zeigen, dass nur eine kleine Gruppe von Störungsbildern mit einem erhöhten Risiko behaftet ist. So untersuchten Tiihonen et al. (1997) prospektiv über einen Zeitraum von 26 Jahren Mitglieder einer unselektierten Geburtskohorte in Finnland. Sie konnten zeigen, dass in erster Linie affektive Störungen mit psychotischen Symptomen sowie schizophrene Erkrankungen mit einem deutlich erhöhten Risiko für Gewalt und Gewaltkriminalität einhergehen und immerhin 7% aller männlichen Gewalttäter an einer psychotischen Störung litten. Auch in einer dänischen Kohortenstudie konnte retrospektiv gezeigt werde, dass Menschen mit Major Mental Disorders in dem

Untersuchungszeitraum von 44 Jahren für einen überproportionalen Anteil der in der Geburtskohorte begangenen Gewalttaten verantwortlich waren. Männer mit organischen Psychosen sowie Männer und Frauen mit Schizophrenie wurden signifikant häufiger wegen Gewalt inhaftiert als Personen ohne psychische Erkrankung. Dieser Zusammenhang blieb auch unter Berücksichtigung von Substanzmissbrauch oder von Persönlichkeitsstörungen bestehen (Brennan et al. 2000). Diese und andere Studien zeigen, dass unter den Major Mental Disorders vor allem psychotische Erkrankungen mit einem bedeutsam erhöhten Risiko für Gewalt- und Gewaltdelikte einhergehen.

### 1.2.3 Aggression und Gewalt bei Schizophrenie

Unter den psychischen Erkrankungen ist insbesondere für die Schizophrenie ein gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöhtes Gewalt- und Deliktrisiko gut belegt. Dieser Zusammenhang ist nicht nur in Überblicksarbeiten hinlänglich bestätigt (Angermeyer 2000; Brennan u. Alden 2006; Fazel, Gulati et al. 2009; Joyal et al. 2007), sondern stellt auch unabhängig von der Wahl des Untersuchungsansatzes oder der Stichprobe einen robusten Befund dar. So konnte weltweit in Industrienationen (Dänemark: Brennan et al. 2000; Deutschland: Böker u. Häfner 1973; Erb et al. 2001; Österreich: Haller et al. 2001; Schweden: Fazel, Grann et al. 2009; USA: Steadman et al. 1998) wie auch in Schwellen- und Entwicklungsländern (Ellouze et al. 2009; Volavka et al. 1997), in intrainstitutioneller (Arango et al. 1999; Biancosino et al. 2009) gleichermaßen wie in extrainstitutioneller Umgebung (Swanson et al. 2006) sowie mittels verschiedener Studiendesigns ein erhöhtes Gewaltrisiko bei Schizophrenie bestätigt werden.

Die ganz überwiegende Mehrheit von Patienten ist nicht häufiger gewalttätig als die Allgemeinbevölkerung. Das erhöhte Risiko ist durch eine kleine, aber bedeutsame Untergruppe zu erklären, auf die ein Großteil der von schizophrenen Patienten begangenen Gewalttaten zurückgeht (Joyal et al. 2007). Das Risiko gewalttätig zu werden ist für Männer mit Schizophrenie gegenüber der Allgemeinbevölkerung etwa um den Faktor 4 bis 5 erhöht (Fazel, Gulati et al. 2009). Gerade für schwere Delikte wie Mord (Erb et al. 2001; Schanda et al. 2004; Haller et al. 2001) und Brandstiftung (Anwar et al. 2009) besteht ein deutlich erhöhtes Risiko. Dies macht die Schizophrenie zu derjenigen psychischen Erkrankung, die mit dem höchsten Risiko für Gewalt einhergeht (Joyal et al. 2007). Dieses Risiko nimmt mit zunehmendem Lebensalter nicht ab (Wessely 1997). Es gilt

zudem gleichermaßen für Männer und für Frauen (Brennan 2000; Dean et al. 2006; Fazel, Gulati et al. 2009). Doch trotz des statistisch erhöhten Gewaltrisikos von an Schizophrenie erkrankten Frauen in Relation zu nicht erkrankten Frauen sind diese absolut deutlich seltener und vor allem in einem geringeren Schweregrad gewalttätig als Männer und begehen nur selten strafrechtlich relevante Delikte (Soyka u. Ufer 2002; Steinert 1998). Dies spiegelt sich auch in der Praxis des Maßregelvollzuges wider, wo über 90% der untergebrachten Patienten männlichen Geschlechts sind (Leygraf 2006).

Die in Studien ermittelten Prävalenzraten für Gewalt bei Schizophrenie divergieren. Dies ist unterschiedlichen Gewaltdefinitionen, Stichproben und Studiendesigns geschuldet und deutet die methodischen Schwierigkeiten epidemiologischer Untersuchungen an (für einen Überblick siehe Walsh et al. 2002). Eine der umfangreichsten Studien zur Epidemiologie von Gewalt bei Schizophrenie führten Swanson et al. (2006) im Rahmen des Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) des National Institute of Mental Health durch, an dem 56 Zentren in den Vereinigten Staaten teilnahmen. Sie befragten Patienten mit Schizophrenie im ambulanten Rahmen nach deren Gewaltverhalten in den vergangenen sechs Monaten. Dabei unterschieden sie zwischen geringfügiger (ohne Verletzungsfolgen) und schwerer Gewalt (mit Verletzungsfolgen, Waffengebrauch, sexuelle Gewalt). Die Autoren berichten eine 6-Monatsrate für jegliche Gewalttaten von 19,1%, die Rate für schwere Gewalt lag bei 3,1%. Prädiktoren für Gewalt im Allgemeinen waren Positivsymptome, während Negativsymptome das Risiko für schwere Gewalt senkten. Geringfügige Gewalt war mit Substanzmissbrauch sowie interpersonellen und sozialen Faktoren assoziiert. Prädiktoren für schwere Gewalt waren psychotische und depressive Symptome, Verhaltensauffälligkeiten in der Kindheit sowie Viktimisierung gewalt- und nichtgewalttätiger Art in den vergangenen 6 Monaten. Der Frage nach Gewalt bei Patienten im stationären Setting gingen Arango et al. (1999) in einer prospektiven Studie nach. 24,4% der Patienten waren während des stationären Aufenthalts physisch gewalttätig gegenüber anderen, weitere 14,3% zeigten bedrohliches Verhalten. In der Woche vor Aufnahme in der Klinik zeigten 27% der Patienten physische Gewalt und insgesamt waren 46% der Patienten in irgendeiner Form gewalttätig. Noch höhere Zahlen berichtet Steinert (1998), der bei 65% der Patienten innerhalb eines 2-Jahres-Zeitraums nach Erstaufnahme Fremdaggression in irgendeiner Art fand. Eine Studie von Bobes et al. (2009) widmet sich dem Gewaltverhalten complianter Patienten mit

Schizophrenie. Es zeigte sich, dass trotz suffizienter medikamentöser Behandlung noch 5% der Befragten berichteten, in der vergangenen Woche gewalttätig gewesen zu sein, wobei der größte Teil der Gewalt verbaler Natur (44%) war, gefolgt von Gewalt gegen Objekte (29%) und Gewalt gegen andere Personen (19%). Soyka et al. (2004) untersuchten Delinquenz und Gewaltverbrechen bei Patienten mit Schizophrenie in einem Zeitraum von 7-12 Jahren nach deren Entlassung aus der stationären Behandlung in der psychiatrischen Universitätsklinik in München. Es zeigte sich, dass von den untersuchten Patienten 13,1% inhaftiert worden waren. Die Rate für Gewaltverbrechen war besonders hoch, 2,6% der Stichprobe waren wegen Gewalttaten zu einer Gefängnisstrafe verurteilt worden. Männer waren dreimal häufiger zu einer Gefängnisstrafe verurteilt worden als Frauen. Auch Fazel, Grann et al. (2009) berichten ähnliche Ergebnisse zu Gewaltdelikten bei Schizophrenie. In einer Untersuchung einer schwedischen Kohorte von knapp 14.000 Patienten mit Schizophrenie fanden sie, dass innerhalb eines Untersuchungszeitraums von 12 Jahren 17,1% der Männer und 5,6% der Frauen wegen Gewalt inhaftiert wurden. Überwiegend handelte es sich dabei um physische Gewalt, gefolgt von Bedrohung. Von den insgesamt rund 3100 Gewalttaten in diesem Zeitraum handelte es sich bei 125 um Tötungsdelikte. Auch hier zeigt sich ein deutlicher Geschlechterunterschied. 109 Tötungsdelikte wurden von männlichen Tätern begangen, gegenüber 16, die durch Frauen verursacht waren.

Dass Gewalt bei Schizophrenie kein neuartiges Phänomen darstellt, zeigen Untersuchungen, die Kohorten verschiedener Jahrzehnte vergleichen. Sie belegen eine Assoziation von Gewalt und Schizophrenie über Jahrzehnte hinweg. Der Großteil dieser Untersuchungen zeigt auch, dass die Gewaltraten im Lauf der Zeit ansteigen. Dies ist allerdings kein isoliertes Phänomen bei Patienten mit Schizophrenie, sondern korrespondiert mit dem allgemeinen Anstieg der Gewaltraten in der Gesellschaft (Wallace et al. 2004). In der Diskussion um Gewalt bei Schizophrenie gilt es zu beachten, dass trotz des relativ erhöhten Risikos für Gewalttaten das absolute Gewaltrisiko, das von schizophren Erkrankten ausgeht, in den meisten Fällen sehr gering und insgesamt auch nur mäßig erhöht ist, vergleichbar mit dem anderer gesellschaftlicher Risikogruppen wie z.B. gesunder junger Männer. Nur etwa 10% der Gewaltverbrechen in der Gesellschaft stehen im Zusammenhang mit schizophrenen Erkrankungen (Walsh et al. 2002). Menschen mit Schizophrenie sind weitaus häufiger selbst Opfer von Gewalt als die

Allgemeinbevölkerung (Hodgins et al. 2007; Brekke et al. 2001; Silver et al. 2005; Teplin et al. 2005; Walsh et al. 2003).

### 1.2.4 Risikofaktoren und Verlauf von Gewalt bei Schizophrenie

Erklärungsansätze, die singuläre Ursachen für den Zusammenhang von Gewalt und Schizophrenie anführen, sind nicht haltbar (Wallace et al. 2004). Es handelt sich vielmehr um ein komplexes Zusammenspiel zwischen einer Person und ihrem sozial-ökologischen Kontext, das durch persönlichkeitsrelevante, lebensgeschichtliche und krankheitsrelevante Faktoren beeinflusst wird. Diese Zusammenhänge sind bisher nicht eindeutig geklärt, doch konnten in Studien zahlreiche Risikofaktoren identifiziert werden, die mit Gewalt bei Schizophrenie im Zusammenhang stehen. Der Systematik der MacArthur Study of Mental Disorder and Violence (Steadman et al. 1998) folgend, lassen sich lebensgeschichtliche (historical), klinische (clinical), dispositionelle (dispositional) und kontextuelle (contextual) Risikofaktoren für Gewalt unterscheiden.

**Lebensgeschichtliche Risikofaktoren**

Ein gut gesicherter Risikofaktor für zukünftige Gewalt bei an Schizophrenie erkrankten Menschen ist Gewaltverhalten in der Vergangenheit (Bobes et al. 2009; Elbogen u. Johnson 2009; Fazel, Grann et al. 2009; Steinert 2002). Auch frühe Probleme in der Kindheit, wie schlechter Schulerfolg (Cannon et al. 2002; Heads et al. 1997) oder Störungen des Sozialverhaltens (Hodgins et al. 2005; Swanson et al. 2008) gelten als Risikofaktoren für Gewalt im Erwachsenenalter. Ebenfalls gesichert ist der Risikofaktor eines dissozialen Persönlichkeitsmusters, das sich häufig in frühen Verhaltensauffälligkeiten wie Jugendkriminalität verbunden mit einem stabilen Muster dissozialer Verhaltensweisen äußert (Elbogen u. Johnson 2009). Neben frühen Auffälligkeiten der Patienten selbst nehmen auch frühe Umgebungsbedingungen einen Einfluss auf das spätere Gewaltrisiko. So spielt die Gewaltkriminalität der Eltern eine bedeutsame Rolle. Allerdings ist bislang unklar, ob dieser Zusammenhang über ein frühes Modelllernen oder genetische Faktoren zustande kommt (Fazel, Grann et al. 2009). Nur einzelne Untersuchungen existieren zum Einfluss von Traumatisierungen in Kindheit und Jugend auf die spätere Gewalttätigkeit. Sie deuten darauf hin, dass körperlicher Missbrauch durch die Eltern einen Risikofaktor für spätere Gewalt darstellt (Elbogen u. Johnson 2009) und negative bzw. traumatische Kindheitserlebnisse positiv mit

wiederholten Gewalttaten (Heads et al. 1997) und häufigeren Kontakten mit den Justizbehörden (Rosenberg et al. 2007) im Erwachsenenalter korrelieren. Möglicherweise fördern entsprechende Traumatisierungen die Entwicklung eines dissozialen Persönlichkeitsmusters.

**Klinische Risikofaktoren**

Ob die schizophrene Erkrankung selbst als Risikofaktor für Gewalt wirkt, ist nicht eindeutig geklärt. Es existieren sowohl Belege dafür, dass die Erkrankung allein bereits ein erhöhtes Gewaltrisiko mit sich bringt (Brennan et al. 2000) als auch Belege dafür, dass der Zusammenhang von psychischen Erkrankungen und Gewalt vor allem durch andere Risikofaktoren, wie z.B. Substanzmissbrauch, die psychisch erkrankte Menschen überdurchschnittlich häufig in sich vereinen, vermittelt wird (Elbogen u. Johnson 2009). Unstrittig hingegen ist der Zusammenhang von Substanzmissbrauch mit Gewalt bei Menschen mit wie auch ohne psychische Erkrankungen. Eine deutliche Erhöhung des Gewaltrisikos bei Patienten mit Schizophrenie und komorbid vorliegendem Substanzmissbrauch wurde fast ausnahmslos in allen einschlägigen Studien gefunden (Elbogen u. Johnson 2009; Fazel, Grann et al. 2009; Fazel, Långström et al. 2009; Steadman et al. 1998; Wallace et al. 2004). Zahlreiche Studien untersuchten auch den Einfluss psychotischer Symptomatik auf Gewalt. Positive Symptome scheinen bei gleichzeitigem Vorliegen geringer Negativsymptomatik einen Risikofaktor für Gewalt darzustellen (Swanson et al. 2006). Hinsichtlich der Bedeutung von Wahnsymptomen im Allgemeinen und so genannter „threat/control override (TCO)-Symptome“ - die das Empfinden ernsthaft durch andere bedroht zu sein bzw. durch andere kontrolliert zu werden bezeichnen - im Speziellen ist die Studienlage widersprüchlich. Es existieren sowohl Belege dafür, dass Wahn oder TCO-Symptome keine Risikofaktoren darstellen (Appelbaum et al. 2000; Stompe et al. 2004) als auch für das Gegenteil (Chan 2008; Hodgins et al. 2003). Bezieht man die Schwere der Gewalttaten mit ein, scheinen TCO-Symptome möglicherweise mit schwererer Gewalt zusammenzuhängen (Stompe et al. 2004). Ebenfalls uneindeutig sind die Befunde zur Erhöhung des Gewaltrisikos durch akustische Halluzinationen. Während diese in manchen Studien Gewalt prädizierten (Yesavage et al. 1981; Janofsky et al. 1988), konnten andere Studien diesen Zusammenhang nicht bestätigen (Arango et al. 1999; Steinert, Woelfle et al. 2000; Taylor et al. 1998). Einen weiteren krankheitsbezogenen Risikofaktor stellt die Krankheitseinsicht

dar, die bei gewalttätigen Patienten in geringerem Maße vorliegt als bei nicht-gewalttätigen Patienten (Arango et al. 1999; Buckley et al. 2004).

**Dispositionale Risikofaktoren**

Gut belegte dispositionale Risikofaktoren für Gewalt stellen männliches Geschlecht und ein jüngeres Alter dar (Swanson et al. 2006). Als weiterer möglicher Risikofaktor für eine spätere Entwicklung von Gewalt bei psychischen Erkrankungen wird die Interaktion von perinatalen Komplikationen und frühen ungünstigen Umgebungsbedingungen (biosocial interaction theory; Brennan et al. 1997) diskutiert, doch sprechen empirische Befunde eher gegen diese Theorie (Cannon et al. 2002; Hodgins et al. 2001).

**Kontextuelle Risikofaktoren**

Ein niedriger sozio-ökonomischer Status, charakterisiert durch die Variablen geringes Einkommen, niedrige Bildung, Einwandererstatus (Fazel, Grann et al. 2009) und bestehende Arbeitslosigkeit (Elbogen u. Johnson 2009; Swanson et al. 2006), stellt einen Risikofaktor für Gewalt dar**.** Auch ein durch „High Expressed Emotions“ geprägtes Familienklima erhöht das Risiko für Gewalt gegenüber Angehörigen signifikant (Chan 2008), wobei allein das Zusammenleben mit anderen Personen das Gewaltrisiko in der CATIE-Studie bereits um etwa das dreifache erhöhte (Swanson et al. 2006). Aber auch negative Erlebnisse in jüngerer Vergangenheit in Form einer Trennung oder Scheidung oder in Form einer eigenen Viktimisierung erhöhen das Risiko für Gewalt bei Patienten mit Schizophrenie (Elbogen u. Johnson 2009). Als wichtiger Einflussfaktor fungiert zudem die mangelhafte Behandlung der Patienten. Studien zur psychiatrischen Behandlung zeigen eine geringe Einbindung aggressiver Patienten in die Gesundheitsversorgung, mangelhafte Behandlungsadherence und eine geringe Behandlungsmotivation (Elbogen et al. 2006; Haller et al. 2001; Swanson et al. 1997).

Bislang konnte eine Vielzahl von Risikofaktoren für Gewalt bei Schizophrenie identifiziert werden, die jedoch nicht für jeden Patienten gleichermaßen gelten. Mit dem Ziel, für einzelne Individuen eine sinnvolle Risikovorhersage treffen zu können und allgemeingültige Präventionsstrategien zu entwickeln, die möglichst passgenau auf verschiedene Risikogruppen ausgerichtet sind, wurden in jüngeren Studien Gruppen identifiziert, die bestimmte Cluster von Risikofaktoren in sich vereinen. Diese

Untersuchungen veranschaulichen, dass Patienten mit Schizophrenie und Gewaltneigung keine homogene Gruppe darstellen. Vielmehr lassen sich Untergruppen unterscheiden, für die unterschiedliche Risikofaktoren Gültigkeit haben und deren Gewaltverhalten einen unterschiedlichen Verlauf nimmt (Krakowski et al. 1999; Skeem et al. 2004; Tengström et al. 2001, Volavka u. Citrome 2008). Nehmen einige Autoren noch feinere Differenzierungen vor, so lassen sich doch vor allem zwei Hauptgruppen gewalttätiger Patienten unterscheiden. Zum einen existiert die Gruppe so genannter „early starters", die bereits prämorbid durch antisoziales Verhalten in Form von Gewalt oder anderen Delikten aufgefallen ist. Demgegenüber steht die Gruppe der „late starters", die erst im Rahmen der Erkrankung gewalttätige Verhaltensauffälligkeiten zeigt (Tengström et al. 2001; Swanson et al. 2008). Patienten der ersten Gruppe zeichnen sich eher durch eine Diagnose einer Psychose des desorganisierten Typs, einen frühen Krankheitsbeginn, Substanzmissbrauch, frühe Gewalttätigkeit und strafrechtliche Verurteilungen und höhere Werte für Psychopathie aus. Patienten der zweiten Gruppe sind eher durch die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie, einen späteren Erkrankungsbeginn und einen sozialen Abstieg in Folge der Erkrankung charakterisiert (Steinert 2002; Tengström et al. 2001).

Es haben sich nicht nur für unterschiedliche Typen von Gewalttätern verschiedene Risikofaktoren als relevant herausgestellt, gleiches gilt auch für unterschiedliche Settings. So sind in Institutionen andere Risikofaktoren bedeutsam als außerhalb davon. Während intrainstitutionelle Gewalt häufig mit psychopathologischen Risikofaktoren korreliert, spielen diese bei extrainstitutioneller Gewalt eine eher untergeordnete Rolle. Hier sind vor allem Substanzmissbrauch, Alter und Geschlecht bedeutsam (Steinert 2002). Studien geben außerdem Hinweise darauf, dass unterschiedliche Risikofaktoren auch mit einem unterschiedlichen Schweregrad von Gewalt assoziiert sind. So konnten Swanson et al. (2006) zeigen, dass Substanzmissbrauch oder interpersonelle bzw. soziale Faktoren mit einem eher leichten Schweregrad von Gewalt, psychotische oder depressive Symptome, Störungen des Sozialverhaltens im Kindes- und Jugendalter und Viktimisierung mit einem eher hohen Schweregrad von Gewalt assoziiert waren.

### 1.2.5 Individuelle, ökonomische und gesellschaftliche Konsequenzen von Gewalt bei psychischen Störungen

Wie alle Gewalttaten stellen auch die von psychisch erkrankten Menschen verübten Gewalttaten eine große Belastung für die Opfer dar. Außerhalb von Institutionen sind nur selten Fremde, sondern vor allem Angehörige von Gewalt betroffen (Chan 2008; Steadman et al. 1998). Angriffe verbaler oder physischer Natur werden von einem Großteil pflegender Angehöriger berichtet. Diese haben eine hohe psychische Belastung der Angehörigen zur Folge, häufig auch posttraumatische Symptome (Loughland et al. 2009; Vaddadi et al. 2002). Patientenangriffe in Institutionen geschehen überwiegend gegenüber dem Pflegepersonal (Richter 1999). Insbesondere jüngere und unerfahrene Mitarbeiter werden Opfer von Patientenangriffen. Patientenangriffe bleiben dabei nicht ohne Folgen. In Untersuchungen von Richter und Berger (2001; 2009) kam es bei 5 % der Betroffenen zur Arbeitsunfähigkeit, 14% entwickelten Symptome einer psychischen Belastungsreaktion und 3% der von Patientenangriffen betroffenen Mitarbeiter entwickelten langfristig das Vollbild einer posttraumatischen Belastungsreaktion.

Doch nicht nur den Opfern, auch den Tätern selbst gereicht das eigene Gewaltverhalten zum Nachteil. So zählen gewalttätige Patienten zur Gruppe der so genannten „most-difficult-to-place“ Patienten, deren Verhalten eine Enthospitalisierung und ein Leben in der Gemeinde erschwert (Meyer et al. 2002). Zudem ist Gewaltverhalten einer der stärksten Prädiktoren dafür, selbst Opfer physischer Gewalt zu werden (Hodgins et al. 2007; Walsh et al. 2003).

Neben der individuellen Betroffenheit von Opfern wie Tätern stellt Gewalt bei Schizophrenie auch Institutionen vor Herausforderungen. Die Anzahl der Betten in der forensischen Psychiatrie ist europaweit dramatisch angestiegen (Priebe 2005). Dieser Anstieg ist überwiegend auf eine zunehmende Zuweisung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen zurückzuführen und keineswegs, wie etwa vermutet werden könnte, auf eine Zunahme oder längere Unterbringungsdauer von Patienten mit Sexualdelikten auf Grund von Gesetzesänderungen (Traub u. Weithmann 2008). Beispielsweise hat sich die Zahl der Patienten mit Schizophrenie in forensischen Klinken in Nordrhein-Westfalen in den vergangenen 12 Jahren fast verdreifacht, während sich die Zahl forensischer Patienten aus anderen Diagnosegruppen lediglich verdoppelte (Kutscher et al. 2009). Diese Zahlen veranschaulichen nicht nur ein Kapazitäts-, sondern auch ein

Kostenproblem. Allein in Baden-Württemberg wurden im Jahr 2000 knapp 47 Mio. €, im Jahr 2003 bereits mehr als 59 Mio. € für den Maßregelvollzug aufgewandt (Bron 2004). Berechnungen der Kosten, die durch Justizkontakte von Patienten mit Schizophrenie verursacht werden, ergeben, dass 3 bis 6 % der direkten Kosten, die durch die Erkrankung verursacht werden, auf Kontakte mit dem Rechtssystem zurückgehen. So betrugen in den USA bereits 1990 die Gesamtkosten von Justizkontakten von Patienten mit Schizophrenie rund 464 Millionen US $ und Kanada wendete 1996 rund 70 Millionen $ für Haftkosten auf (Knapp et al. 2004). Angesichts der steigenden Zahl forensischer Betten dürften heute weit höhere Zahlen gelten. Die ökonomische Herausforderung durch Gewalt bei Schizophrenie gilt nicht nur für die Kostenträger in der forensischen Psychiatrie, sondern gleichermaßen auch für diejenigen in der Allgemeinpsychiatrie. Schizophrenie verursacht besonders hohe direkte und indirekte Kosten, nicht nur im Vergleich mit anderen psychischen, sondern auch mit somatischen Erkrankungen. Den größten Kostenfaktor (38%) stellt dabei die stationäre Behandlung dar (Haberfellner 2009). Diese wird durch gewalttätige Verhaltensauffälligkeiten verlängert und erschwert und es werden damit beträchtliche Zusatzkosten für die Kostenträger verursacht (Steinert et al. 1996). Nicht zuletzt seien die gesellschaftlichen Folgen von Gewalt genannt. Gewaltakte psychiatrischer Patienten erneuern und verfestigen die ohnehin bestehenden Vorurteile gegenüber psychisch kranken Menschen und befördern deren Stigmatisierung (Angermeyer u. Matschinger 1995).

### 1.2.6 Gewaltprävention bei Schizophrenie

#### 1.2.6.1 Bisherige Befunde

Überraschenderweise wurde bislang in der einschlägigen Literatur dem Thema Gewaltprävention bei psychischen Erkrankungen wenig Aufmerksamkeit gewidmet. Neben zahlreichen epidemiologischen Studien liegen überwiegend Arbeiten vor, die sich mit der Identifizierung von Risikovariablen oder mit der Entwicklung von Instrumenten zur Risikovorhersage im Maßregelvollzug (z.B. HCR-20, Webster et al. 1997; PCL-R, Hare 2003; BVC, Almvik et al. 2000) oder in jüngerer Vergangenheit für die Risikovorhersage in der Allgemeinpsychiatrie (z.B. BRAS-GP, Berg u. Haselbeck 2008; V-RISK-10, Bjørkly et al. 2009) befassen. Empirische Studien, die Auskunft über Art oder Effekte gewaltpräventiver Interventionen im außerstationären Bereich geben, fehlen weitgehend (Steinert u. Bergk

2008). Dieser Umstand wird zunehmend von Vertretern der Gewaltforschung moniert und es wird die Forderung laut, einen Schritt weiter - von der Risikoprädiktion zur Risikoprävention – zu gehen (z.B. Biancosino et al. 2009; Hodgins u. Müller-Isberner 2004; Skeem et al. 2002). So konstatiert Mullen (2006): "A structured programme in which the criminogenic personality and behavioural factors, substance misuse and social dislocation are managed together with the active symptoms of the disorder could prevent the progress to violence. Such systems of care could significantly reduce serious criminal violence and homicide, reduce the number of people with schizophrenia who end up in prison, stop the rising number of forensic psychiatric bed and, most importantly, improve the lives of many of the most disturbed and disadvantaged of those with the disorder" (S. 239). Derartige umfassende Programme fehlen jedoch bislang in der klinischen Praxis. Anders als in der forensischen Psychiatrie, zu deren Repertoire tertiär präventive Interventionsprogramme für bereits straffällig gewordene Patienten gehören (Eucker 2002), findet in der Allgemeinpsychiatrie ungeachtet hoher Gewaltraten während wie nach der stationären Behandlung bislang keine gezielte Gewaltprävention statt. Zwar werden indirekte Maßnahmen, die auf eine Reduktion von Gewaltvorkommnissen im stationären Setting abzielen, auf der Ebene der Mitarbeiter oder durch Veränderungen der Umgebungsvariablen ergriffen. Studien belegen jedoch, dass weder mitarbeiterbezogene Trainingsmaßnahmen zum Aggressionsmanagement (Richter u. Needham 2007) noch die Umgestaltung des Stationsmilieus (Nijman u. Rector 1999) signifikant die Gewaltraten im stationären Setting senken können. Einen ebenfalls indirekten Ansatz der Gewaltprävention stellt die medikamentöse Behandlung dar. Zwar liegen Belege für die anti-aggressive Wirkung von Neuroleptika vor (Brieden et al. 2002) und die Gewalttätigkeit aggressiver schizophrener Patienten im stationären Setting nimmt mit zunehmender Dauer der neuroleptischen Behandlung ab (Steinert, Sippach et al. 2000). Ein Teil der durch schizophren Erkrankte verübten Gewalttaten könnte demnach durch eine adäquate medikamentöse Behandlung verhindert werden. Dem steht aber häufig die mangelnde Compliance dieser Patienten entgegen und Studien zeigen, dass auch compliante Patienten ein erhöhtes Risiko für Gewalt aufweisen (Bobes et al. 2008). Die medikamentöse Behandlung kann eine wichtige, nicht aber eine alleinige Rolle in der Prävention von Gewalttaten bei Patienten mit Schizophrenie spielen. Sie sollte vielmehr nicht-medikamentöse Verfahren flankieren. Derlei Interventionen, die nicht nur kurzfristig

Gewalt verhindern, sondern langfristig gewalt- und deliktpräventiv wirken, die den Patienten direkt und aktiv involvieren und die auch außerhalb der stationären Behandlung fortgeführt werden, haben allerdings bislang in der Allgemeinpsychiatrie keinen festen Platz gefunden.

Studien belegen jedoch, dass die Allgemeinpsychiatrie einen wichtigen Beitrag zur Gewalt- und Deliktverhinderung leisten könnte. Aggression stellt ein über die Zeit hinweg konstantes intraindividuelles Phänomen dar. So konnte beispielsweise Steinert (1998) zeigen, dass Patienten, die bereits bei Erstaufnahme durch fremdaggressive Akte auffielen, auch später ein signifikant erhöhtes Risiko für Fremdaggression hatten. Risikopatienten könnten also leicht in der Allgemeinpsychiatrie identifiziert werden. Neben der unmittelbaren Gewaltverhinderung bietet sich aber auch die Möglichkeit, eine langfristige delinquente Entwicklung zu verhindern. Untersuchungen an forensisch untergebrachten Patienten zeigen, dass der ganz überwiegende Teil dieser Patienten bereits vor Unterbringung mindestens einmal in der Allgemeinpsychiatrie aufgenommen wurde. Durchschnittlich erfolgten vor Unterbringung in einer forensischen Einrichtung zwischen sechs und sieben Aufnahmen in der Allgemeinpsychiatrie, bevor es zu dem zur Verurteilung führenden Delikt kam (Habermeyer et al. 2010; Hodgins u. Müller-Isberner 2004; Kutscher et al. 2009; Weithmann u. Traub 2008). Zudem zeigte sich, dass die Hälfte bis zwei Drittel der forensischen Patienten bereits vor ihrer ersten Aufnahme in einer Allgemeinpsychiatrie durch Gewalt aufgefallen waren (Hodgins u. Müller-Isberner 2004; Weithmann u. Traub 2008) und bereits Einträge im Bundeszentralregister wegen geringfügiger Vergehen vorzuweisen hatten (Habermeyer et al. 2010). Dies prädestiniert die Allgemeinpsychiatrie dafür, Risikopatienten für Gewalt und Delikte zu identifizieren und präventiv zu intervenieren.

Nur wenige Studien liegen vor, die Hinweise auf die Art, Intensität und Wirksamkeit gewaltpräventiver Interventionen bei allgemeinpsychiatrischen Patienten geben können. Swanson et al. (2000) konnten in einer Untersuchung von psychiatrischen Patienten mit Gewaltneigung zeigen, dass gerichtlich verordnete, ambulante Maßnahmen nach einem stationären Aufenthalt gewaltpräventiv wirken können. Die Reduktion gewalttätiger Handlungen war allerdings nicht primäres Ziel der Studie und über die Art der Interventionen geben die Autoren keine Auskunft. Auch sind die Ergebnisse aufgrund der „zwangsweisen“ Verordnung der ambulanten Maßnahmen nur eingeschränkt auf

deutsche Verhältnisse übertragbar. In einer Studie von Walsh et al. (2001) wurde nicht primär die Gewaltreduktion durch gezielte Interventionen, sondern der Effekt unterschiedlicher Intensität in der ambulanten Nachbetreuung von Patienten mit Psychosen untersucht. Bei dieser häufig zitierten Publikation handelt es sich allerdings um eine Sekundärauswertung einer Studie, die nicht mit dieser Fragestellung durchgeführt worden war. Eine Verringerung der Fallzahlen je Fallmanager und eine damit verbundene Erhöhung der Kontakthäufigkeit allein hatte keine Reduktion der Anzahl gewalttätiger Verhaltensweisen im Untersuchungszeitraum erbracht, wobei über den Schweregrad keine Daten mitgeteilt wurden. Eine erste randomisierte kontrollierte Studie, die sich mit dem Effekt kognitiver Verhaltenstherapie speziell auf Gewalt bei Schizophrenie befasst, veröffentlichten jüngst Haddock et al. (2009). Primäres Ziel war die Gewaltreduktion durch gezielte Interventionen. Die Autoren verglichen kognitive Verhaltenstherapie mit dem Fokus Aggressionsreduktion mit „social activity therapy“ in Hinblick auf deren Effekte auf Aggression und Ärger bei Patienten mit Schizophrenie und bekannter Gewaltneigung über einen Zeitraum von sechs Monaten. Die kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionen beinhalteten neben der Motivierung zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Strategien zur Reduktion psychotischer Symptome auch Strategien zur Reduktion von Ärgergefühlen, die mit Aggression und Gewalt im Zusammenhang stehen. „Social activity therapy“ beinhaltete die Unterstützung der Patienten in der Planung und Durchführung positiver Aktivitäten. Die Ergebnisse zeigen, dass gezielte kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen gegenüber „social activity therapy“ signifikant physische Aggression während des Interventions- und des Follow-up-Zeitraums reduzieren konnten. Bezüglich der Effekte auf verbale Aggression und Ärger wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen den Bedingungen gefunden.

#### 1.2.6.2 Entwicklungsansätze

Neben der genannten Untersuchung von Haddock et al. (2009) fehlen weitestgehend Studien, die Auskunft über mögliche Inhalte gewaltpräventiver Interventionen geben. Eine Schlussfolgerung, wie fundierte Interventionen für die Allgemeinpsychiatrie ausgestaltet sein könnten, ist also nur indirekt möglich. Als Hinweisgeber für die Entwicklung entsprechender Programme können zum ersten die Behandlung nicht-delinquenter Schizophreniekranker, zum zweiten die Behandlung nicht psychisch erkrankter Straftäter

und zum dritten forensische Rehabilitationsprogramme für psychisch kranke Rechtsbrecher dienen (Müller-Isberner u. Hodgins 2000).

In der Behandlung der Schizophrenie haben sich neben der medikamentösen Therapie diverse psychosoziale Ansätze bewährt. Insbesondere die kognitive Verhaltenstherapie weist eine gute, in Metaanalysen belegte Wirksamkeit bei Schizophrenie auf (Rector u. Beck 2001; Turkington et al. 2004; Wykes et al. 2008). Wichtiger Bestandteil sowohl in der allgemeinpsychiatrischen als auch in der Behandlung im Maßregelvollzug sind außerdem psychoedukative Ansätze (Hofstetter 2002) sowie ein Training sozialer Kompetenzen. Um eine längerfristige Stabilisierung des Patienten zu erreichen, darf die Behandlung nicht isoliert von der Lebensrealität des Patienten stattfinden, sondern sollte gemeindenah, im Idealfall direkt im Lebensumfeld des Patienten stattfinden (Müller-Isberner u. Eucker 2006). Die Einbeziehung der Angehörigen in die Behandlung führt zu deutlich geringeren Rückfallraten (Pitschel-Walz et al. 2001). Für kognitiv-verhaltenstherapeutische Programme zur Straftäterbehandlung ist die deliktpräventive Wirksamkeit in Metaanalysen belegt (Lipsey et al. 2001). Ambulante forensische Rehabilitationsprogramme für psychisch kranke Rechtsbrecher sind bislang weniger beforscht, doch liegen Hinweise zur Wirksamkeit vor (Lau 2003). Dies gilt vor allem für ambulant und gemeindenah durchgeführte rückfallpräventive Maßnahmen. Erfolgreiche Programme zeichnen sich unter anderem durch eine behaviorale oder kognitiv-behaviorale Ausrichtung aus, sind multimodal und hochstrukturiert und zielen auf hohe Risiken ab. Sie widmen sich inhaltlich den empirisch belegten kriminogenen Faktoren und orientieren sich formal an dem handlungsorientierten Lernstil von Straftätern (Lau 2003; Müller-Isberner u. Eucker 2006).

## 1.3 Ziele und Fragestellungen der Studie

### 1.3.1 Ziele der Studie

Gewalttaten psychisch kranker Menschen sind nicht nur für die Patienten selbst und deren Angehörige problematisch, sondern stellen auch in ökonomischer und gesellschaftlicher Hinsicht eine erhebliche Belastung dar und erschweren die Entstigmatisierungsbemühungen der Psychiatrie. Gerade aus ökonomischen Erwägungen muss Gewaltprävention bei psychisch kranken Menschen zukünftig eine wichtigere Rolle spielen. Gewalttätige Verhaltensauffälligkeiten verlängern und erschweren die stationäre

Behandlung und verursachen damit beträchtliche Zusatzkosten für die Kostenträger (Steinert et al. 1996). Auch die steigende Bettenzahl in der Forensischen Psychiatrie, die ganz überwiegend auf eine zunehmende Zuweisung von Patienten mit psychotischen Störungen zurückzuführen ist, und die damit verbundenen wachsenden Kosten sind in diesem Zusammenhang zu nennen (Kutscher et al. 2009; Priebe 2005). Neben ökonomischen Erwägungen spielt auch der Schutz der Opfer von Angriffen durch Patienten, bei denen es sich meist um deren Angehörige oder um Klinikpersonal handelt (Chan 2008; Richter 1999; Steadman et al. 1998), eine wichtige Rolle. Nicht zuletzt ist auch die Stärkung der Handlungsfähigkeit der Patienten ein wichtiges Anliegen von Programmen zur Gewaltprävention. Patienten können Strategien vermittelt werden, gewalttätige Impulsdurchbrüche besser kontrollieren zu können, um so Einflussnahme auf das eigene Verhalten – auch in Krankheitsphasen – zurück zu gewinnen. Dies trägt nicht nur zur Verhinderung von Gewalttaten, sondern auch zum „Empowerment“ und einer Verbesserung der Lebensqualität der Patienten bei. Der Allgemeinpsychiatrie kommt bei der Gewaltprävention eine wichtige Rolle zu, da sich im Rahmen einer stationären Behandlung die Möglichkeit bietet, Risikopatienten zu identifizieren und präventiv zu intervenieren (Hodgins u. Müller-Isberner 2004; Weithmann u. Traub 2008). Gleichzeitig sieht sich das Vorhaben, präventiv bei Patienten mit bekannter Gewaltneigung zu intervenieren, auch mit Herausforderungen konfrontiert. Der klinische Alltag zeigt und Studien belegen, dass die Erreichbarkeit schizophrener Patienten ein deutliches Problem bei deren Versorgung darstellt. Die Complianceraten sind niedrig, die Behandlungskontinuität ist gering (Fenton et al. 1997; Kamali et al. 2001; Perkins 2002). Dies gilt für schizophrene Patienten allgemein, ganz sicher jedoch für die gewalttätigen Patienten, die mehrere Risikofaktoren in sich vereinen (Elbogen et al. 2006). Der Frage nach der Machbarkeit von Gewaltprävention bei Patienten mit schizophrenen Erkrankungen ist bisher nicht gezielt nachgegangen worden. Die vorliegende Machbarkeitsstudie will diese Lücke schließen. Es soll die Machbarkeit gewaltpräventiver verhaltenstherapeutischer Interventionen im nach-stationären Umfeld der Allgemeinpsychiatrie überprüft werden. Hierfür sollen männliche Patienten mit Diagnosen aus dem schizophrenen Spektrum und bekannter Gewaltneigung, die sich zum Interventionsbeginn in stationärer, allgemeinpsychiatrischer Behandlung befinden, für die Teilnahme an kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionen zur Gewaltprävention

gewonnen werden. Von einem Einschluss fremdaggressiver weiblicher Patientinnen wird abgesehen, da die Gewaltprävalenz unter der von männlichen Patienten liegt und eine delinquente Entwicklung mit forensischer Behandlung bei Frauen selten eintritt (Steinert 1998). Es sollen mittels eines Screeningverfahrens, das verschiedene Datenquellen nutzt, individuelle Risikofaktoren identifiziert werden. Die Interventionen werden individuell angepasst, indem sie auf die jeweils relevantesten Risikofaktoren des Teilnehmers abzielen. So weit möglich wird im Screening- und Interventionsprozess das soziale Umfeld der Teilnehmer mit einbezogen und die Teilnehmer werden in ihrer häuslichen Umgebung aufgesucht. Die kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionen sollen während des stationären Aufenthalts der Patienten begonnen und nach Entlassung aus der stationären Behandlung über einen Zeitraum von sechs Monaten im ambulanten Rahmen weitergeführt werden. Dabei erfolgen regelmäßige persönliche Interventionskontakte sowie ergänzend telefonische Kurzkontakte mit den Teilnehmern.

### 1.3.2 Fragestellungen und Hypothesen

Der vorliegenden Machbarkeitsstudie liegt die primäre Fragestellung nach der Machbarkeit von Gewaltprävention in der Allgemeinpsychiatrie zugrunde. Hierzu soll zum einen die Rekrutierbarkeit von Studienteilnehmern in der Stichprobe bestimmt werden (Fragestellung 1). Daneben werden die Häufigkeit und der Schweregrad von Gewaltvorkommnissen im Vorfeld bzw. im Rahmen der stationären Behandlung für die Gesamtstichprobe sowie für die Teilstichproben bestimmt (Fragestellung 2). Des Weiteren werden praktische Erfahrungen hinsichtlich der Durchführbarkeit eines gewaltpräventiven Interventionsprogramms in der Allgemeinpsychiatrie gesammelt (Fragestellung 3). Ergänzend werden soziodemografische bzw. erkrankungs- und behandlungsassoziierte Charakteristika der Gesamtstichprobe und der Teilstichproben untersucht. Es handelt sich um ein ausschließlich exploratives Vorgehen, weshalb der Untersuchung keine wissenschaftlichen Hypothesen zugrunde liegen. Die oben genannten Ziele der Untersuchung werden im Folgenden in wissenschaftliche Fragestellungen übersetzt:

**Fragestellung 1: Wie stellt sich die Rekrutierbarkeit von Studienteilnehmern für ein gewaltpräventives Interventionsprogramm in der Allgemeinpsychiatrie dar?**

Wie hoch ist der prozentuale Anteil der Teilnehmer in der Stichprobe?

Wie hoch ist der prozentuale Anteil der Dropouts in der Stichprobe?

Welche Gründe führen zu einer Nichtteilnahme?

**Fragestellung 2: Wie stellen sich Häufigkeit und Schweregrad von Fremdaggression in der Allgemeinpsychiatrie dar?**

Wie hoch ist der prozentuale Anteil von Aufnahmen von Patienten mit bekannter Gewaltneigung an der Anzahl der Gesamtaufnahmen männlicher Patienten mit ICD-10 F2-Diagnosen?

Wie stellt sich der Schweregrad der erfassten fremdaggressiven Handlungen in der Gesamtstichprobe dar?

Wie stellen sich Schweregrad und Häufigkeit der erfassten fremdaggressiven Handlungen in den Teilstichproben dar?

**Fragestellung 3: Welche praktischen Erfahrungen können hinsichtlich der Durchführbarkeit eines gewaltpräventiven Interventionsprogramms in der Allgemeinpsychiatrie gewonnen werden?**

Wie gestaltet sich die Kontaktaufnahme bzw. die Rekrutierung?

Wie gestaltet sich das Screening bzw. das Interview mit den Teilnehmern?

Wie gestaltet sich die Durchführung der Interventionen?

# 2 Material und Methoden

## 2.1 Vorarbeiten

### 2.1.1 Entwicklung des Studienkonzepts

Vor dem Hintergrund der genannten Befunde zum Gewalt- und Deliktrisiko von Patienten mit Schizophrenie erstellte eine Arbeitsgruppe unter der Federführung von Priv.-Doz. Dr. med. Dipl. Biol. Ulrich Frommberger (MediClin Klinik an der Lindenhöhe, Offenburg), Prof. Dr. med. Tilman Steinert (Zentrum für Psychiatrie Die Weißenau, Ravensburg) und Dr. med. Markus Schwarz (Psychiatrisches Zentrum Nordbaden, Wiesloch) erstmalig in Deutschland ein Studienkonzept zur Gewaltprävention bei Schizophrenie in der Allgemeinpsychiatrie. Jenes Konzept, das der hier beschriebenen Machbarkeitsstudie zugrunde liegt, wurde 2008 mit dem Christian Roller Preis der Illenauer Stiftungen ausgezeichnet. Es handelt sich um den höchstdotierten Psychiatriepreis in Deutschland, der für innovative Projekte mit Vorbildcharakter und von überregionaler Bedeutung auf dem Gebiet der Gestaltung sozialpsychiatrischer, psychosozialer und rehabilitativer Einrichtungen sowie auf dem Gebiet der Begleit- oder Versorgungsforschung verliehen wird. Vor Durchführung des Projektvorhabens wurde der Ethikkommission der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg eine detaillierte Studienbeschreibung zur Prüfung vorgelegt und durch diese genehmigt.

### 2.1.2 Entwicklung der Interventionen

Die konkrete Umsetzung des Projektvorhabens „Prevention of Violence in Outpatients with Schizophrenia (PREVIOS)“ erfolgte ab Oktober 2008. Vor dem Hintergrund der genannten Befunde zur Behandlung von an Schizophrenie Erkrankten und zur Behandlung von Straftätern wurden in einem ersten Arbeitsschritt kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen mit dem Fokus Gewalt- und Aggressionsprävention entwickelt. Dafür wurde ein Interventionsmanual entwickelt (s. Anhang), das ein breites Spektrum der aus der Literatur bekannten Risikofaktoren für Gewalt abdeckt. Der modulare Aufbau erlaubt die Auswahl spezifischer Interventionen für die individuell bedeutsamsten Risikofaktoren jedes Patienten. Da in akuten Krankheitsphasen das Risiko für Gewalttätigkeiten steigt, ist

mit jedem Studienteilnehmer die Erarbeitung eines persönlichen Krisenplans vorgesehen, der schriftlich festgehalten wird. Neben den Patienten selbst soll, soweit umsetzbar, auch das soziale Umfeld in die Interventionen mit einbezogen werden. Folgende Risikofaktoren werden im Interventionsmanual berücksichtigt:

*Risikofaktor Dissoziale Persönlichkeitsmerkmale*: Dissoziale Persönlichkeitsmerkmale äußern sich unter anderem in Impulsivität und schwacher Selbstkontrolle, in Rationalisierungen gewalttätigen Verhaltens, einem kriminellen Selbstkonzept und schädlichen emotionalen Reaktionsmustern wie Wut und Ärger. Häufig zeigen Betroffene eine in Kindheit und Jugend beginnende und kontinuierliche Beteiligung an dissozialen Aktivitäten und bewegen sich in einem Umfeld mit überwiegend sozialen Kontakten im kriminellen oder gewalttätigen Milieu, das dissoziale Verhaltensweisen toleriert.
*Interventionen:* Entsprechend der dissozialen Merkmale umfassen die Interventionen die Psychoedukation zur physischen Ärgerreaktion und die Schulung der Wahrnehmung persönlicher Anzeichen von Ärger oder Wut. Darauf aufbauend werden Ärgermanagementstrategien vermittelt. Mit dem Patienten werden alternative Interpretations- und Verhaltensmöglichkeiten in aggressionsrelevanten Situationen, nicht-aggressive Problemlösestrategien und Konsequenzanalysen des eigenen gewalttätigen Verhaltens erarbeitet. Ein weiteres Ziel ist die Unterstützung des Patienten bei der Aufnahme neuer, nichtkrimineller sozialer Kontakte (Modul 1-5).

*Risikofaktor Angehörige*: Konfliktreiche Beziehungen und ein durch High Expressed Emotions geprägtes Familienklima erhöhen das Risiko für Gewalttätigkeiten seitens des Patienten vor allem gegenüber Angehörigen. Hierbei spielt der Kommunikationsstil eine wichtige Rolle. Die in der Folge drohenden Trennungen oder Scheidungen stellen einen weiteren eigenständigen Risikofaktor für Gewalt dar.
*Interventionen:* Im Rahmen des Moduls werden gemeinsam mit dem Patienten und dessen Angehörigen Kommunikationsregeln aufgestellt und in Rollenspielen wird das adäquate Verbalisieren von Gefühlen und Wünschen eingeübt. Für den Umgang mit Konfliktsituationen werden Ärgeranzeichen erarbeitet, anhand derer Angehörige und Patienten aggressiv eskalierende Situationen rechtzeitig erkennen können. Um aggressive

Situationen zu deeskalieren, bevor es zu gewalttätigen Auseinandersetzungen kommt, werden mit den Beteiligten gemeinsam Verhaltensregeln vereinbart (Modul 6 und 7).

*Risikofaktor Soziale Integration:* Arbeitslosigkeit und eine häufig damit verbundene fehlende soziale Integration ebenso wie eine geringe Involviertheit in und Befriedigung mit nicht-krimineller Freizeitgestaltung stellen Risikofaktoren für Gewalt dar.
*Interventionen:* Mit dem Ziel einer befriedigenden Freizeitgestaltung werden mit dem Patienten seine individuellen Bedürfnisse und Interessen hinsichtlich einer aktiven Freizeitgestaltung geklärt und Unterstützung bei der Planung und Durchführung von Freizeitaktivitäten angeboten (z.B. in Form von Freizeitkarten oder Informationen zu wohnortnahen Angeboten). Zur Verbesserung der sozialen Integration werden Möglichkeiten der Kontaktaufnahme erarbeitet und regionale Angebote wie Sportvereine oder Freizeitclubs für psychisch kranke Menschen vorgestellt (Modul 5 und 8).

*Risikofaktor Substanzgebrauch:* Als wichtigster und am besten belegter Risikofaktor für Gewalt kann Missbrauch von Alkohol oder anderen Substanzen gelten.
*Interventionen:* Die Interventionen umfassen die Psychoedukation zum Zusammenhang von Substanzkonsum mit Gewalt und die geleitete Analyse von Vor- und Nachteilen des eigenen Konsums. Hierbei soll das Gespräch im Sinne eines Motivational Interviewings (Miller u. Rollnick 2002) erfolgen, um den Patienten zur Inanspruchnahme von Hilfe bzw. zur Abstinenz zu motivieren. Es werden Informationen zu Hilfsmöglichkeiten (z.B. Suchtberatungsstelle, Hausarzt) gegeben und mit dem Patienten Alternativen zum Konsumverhalten erarbeitet (Modul 9).

*Risikofaktor Symptomatik*: Das Risiko für Gewalttätigkeit steigt in akuten Krankheitsphasen an. Demgegenüber steht eine in der Regel geringe Behandlungskontinuität von Patienten mit Gewaltneigung. Es gibt außerdem Hinweise, dass bestimmte Symptomkonstellationen (deutliche Positiv- bei geringer Negativsymptomatik, TCO-Symptome) eher mit Gewalt assoziiert sind.
*Interventionen:* Zur Förderung der Behandlungsmotivation erfolgt eine ausführliche Psychoedukation zur medikamentösen Therapie der Schizophrenie (z.B. Wirkweise, Dauer der Behandlung, Rückfallhäufigkeiten ohne Medikamente). Ergänzend werden Strategien

im Umgang mit unerwünschten Arzneimittelwirkungen vermittelt. Obligatorisch für jeden Studienteilnehmer wird ein persönlicher Krisenplan (schriftlich festgehalten in einem Krisenpass) erarbeitet, der neben individuellen Frühwarnzeichen für eine beginnende psychotische Episode konkrete Selbsthilfe- und Unterstützungsmaßnahmen beinhaltet (Modul 10 und 11).

Tabelle 4 zeigt eine Übersicht über die oben beschriebenen Interventionsmodule.

Tab. 4: Interventionsmodule zu Risikofaktoren für Gewalt

| Modul | Titel | Inhalt | Risikofaktor | Zielgruppe |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Ärger wahrnehmen & kontrollieren | Psychoedukation zu physischer Ärgerreaktion<br>Wahrnehmung von Ärger<br>Deeskalationsstrategien | Antisoziales Syndrom: Antisoziale Kognitionen & Persönlichkeits-muster | Patient |
| 2 | Alternative Interpretationen und Verhaltens-weisen | Alternative Sicht- und Verhaltensweisen anhand von Beispielen<br>Entschärfende Bewertungen | Antisoziales Syndrom: Vorgeschichte antisozialen Verhaltens | Patient |
| 3 | Konsequenzen aggressiven Verhaltens erkennen | Analyse kurz- und langfristiger Konsequenzen | Antisoziales Syndrom: Vorgeschichte antisozialen Verhaltens | Patient |
| 4 | Ärger als lösbares Problem | Problemlösetraining | Antisoziales Syndrom: Antisoziale Kognitionen & Persönlichkeits-muster | Patient |
| 5 | Soziale Kontakte aufnehmen und pflegen | Vorstellen regionaler Angebote | Soziales Umfeld,<br>Freizeit/Erholung,<br>Antisoziales Syndrom: Antisoziale Haltung | Patient |
| 6 | Gefühle angemessen | Vermittlung Kommunikationsregeln | Soziales Umfeld | Patient und Angehörige |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | ausdrücken | | | |
| 7 | Umgang mit aggressiven Situationen | Erarbeiten Ärgeranzeichen,<br>„Rote Karte“ | Soziales Umfeld | Patient |
| 8 | Freizeit gestalten | Ressourcenaktivierung<br>Freizeitkarten<br>Planung positiver Aktivitäten | Freizeit/Erholung | Patient |
| 9 | Alkohol & Drogen | Motivational Interviewing<br>Analyse Vor- und Nachteile Substanzgebrauch | Substanzmissbrauch | Patient |
| 10 | Medikamente | Psychoedukation Pharmakotherapie<br>Umgang mit Nebenwirkungen | Compliance | Patient und Angehörige |
| 11 | Persönlicher Krisenplan | Frühwarnzeichen<br>Eigene und fremde Unterstützungsmöglichkeiten | Psychopathologie | Patient und Angehörige |

## 2.2 Untersuchungsplan

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine Machbarkeitsstudie, die explorativ die Durchführbarkeit von gewaltpräventiven Interventionen überprüft. Eine Kontrollgruppe oder eine Spezifikation der Stichprobengröße ist nicht notwendig, da aufgrund des Studiendesigns eine Überprüfung von Gruppenunterschieden mit den verbundenen statistischen Voraussetzungen an die Stichprobe nicht vorgesehen ist. Primäres Ziel ist nicht die Wirksamkeitsüberprüfung der Interventionen, sondern die Überprüfung der Machbarkeit von Gewaltprävention in der Allgemeinpsychiatrie, operationalisiert über Teilnahme- und Dropoutraten. Zudem werden Häufigkeit und Schwere von Gewaltvorkommnissen erhoben und die Zielpopulation spezifiziert. Die Untersuchungsgruppe der Studie rekrutierte sich aus in der psychiatrischen Klinik aufgenommenen männlichen Patienten mit einer gesicherten ICD-10 F2-Diagnose, bei denen Hinweise auf Gewalt im Zusammenhang mit der aktuellen Aufnahme, im Verlauf der aktuellen Behandlung oder in den vergangenen fünf Jahren vorliegen. Die

Teilnehmerrekrutierung erfolgte zwischen Januar und August 2009 in zwei allgemeinpsychiatrischen Klinikabteilungen mit Vollversorgungsverpflichtung in Baden-Württemberg. Die Gesamtlaufzeit der Studie setzte sich aus einem achtmonatigen Rekrutierungszeitraum, in dem Patienten in die Studie eingeschlossen wurden, sowie einem sechsmonatigen Follow-up, in dem die Teilnehmer nach-stationär begleitet wurden, zusammen. Als Datenquellen wurden die Patienten selbst, Bezugspersonen, Klinikpersonal sowie Behandlungsakten herangezogen. Studienteilnehmer erhielten im stationären Rahmen zwei Interventionskontakte, nach Entlassung aus der stationären Behandlung weitere drei Interventionskontakte mit einem Psychologen über einen Zeitraum von sechs Monaten. In den Kontakten erfolgten kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen zur Gewaltprävention. Die Interventionsmodule wurden für die vorliegende Studie entwickelt und orientieren sich an der Schizophrenie- bzw. Straftäterbehandlung und decken ein breites Spektrum der aus der Literatur bekannten Risikofaktoren für Gewalt ab. Die Auswahl der Interventionsinhalte erfolgte individuell angepasst auf der Basis eines für die vorliegende Studie erstellten strukturierten Interviews (s. Anhang), in dem die Risikofaktoren des Patienten erhoben wurden. Zwischen den persönlichen Kontakten fanden 14-tägig telefonische Kurzkontakte mit den Patienten statt. Zum letzten persönlichen Kontakt im nach-stationären Rahmen erfolgte eine abschließende Befragung zur Studienteilnahme. Es wurde eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 10 Euro für die Teilnahme am Interview und von 20 Euro bei vollständiger Teilnahme an der Studie geleistet. Fahrtkosten wurden zusätzlich in voller Höhe erstattet.

## 2.3 Messinstrumente

*Vorscreening.* Alle im Untersuchungszeitraum stationär aufgenommenen männlichen Patienten mit ICD-10 F2-Diagnosen wurden auf eine aktuell oder in der Vergangenheit vorliegende Fremdaggressivität gescreent. Dies erfolgte über die Basisdokumentation nach DGPPN bzw. über die Patientenakten des aktuellen sowie der vorherigen Aufenthalte und durch die Einschätzung der Behandler.

*Basisdaten.* Für Patienten, die die Einschlusskriterien erfüllen, wurden Informationen zu soziodemographischen und behandlungsbezogenen Variablen sowie die Einweisungsumstände aus den Patientenakten ermittelt.

*Gewalttätigkeit.* Für potentielle Studienteilnehmer wurde die aktuelle Gewalttätigkeit zum Zeitpunkt der Aufnahme sowie im Behandlungszeitraum mittels der Modified Overt Aggression Scale (MOAS; Kay et al. 1988) erhoben. Es handelt sich bei der MOAS um eine modifizierte Version der Overt Aggression Scale (OAS) von Yudofsky et al. (1986). Die MOAS misst aggressives Verhalten in den vier Bereichen a) Verbale Aggression (Verbale Feindseligkeit, Beschimpfungen, Versuch psychische Schäden durch Entwertung/Herabsetzung herbeizuführen, Gewaltandrohungen), b) Aggression gegen Gegenstände (mutwillige und rücksichtslose Zerstörung von Stationsutensilien oder Eigentum von Anderen), c) Autoaggression (physische Selbstschädigung wie Selbstverstümmelung oder Suizidversuch) und d) Körperliche Aggression (gewalttätige Handlungen mit der Absicht, anderen Schmerz, körperlichen Schaden oder den Tod zuzufügen). Es wird die jeweils ernsthafteste Handlung in jedem Bereich auf einer vierstufigen Skala eingeschätzt. Gegenüber der OAS definiert die MOAS zum einen als schwerwiegendste Form von Autoaggression den Suizidversuch, zum anderen werden die Werte der vier Bereiche gewichtet (a) Faktor 1, b) Faktor 2, c) Faktor 3, d) Faktor 4). Aus den gewichteten Werten errechnet sich ein Summenwert zwischen 0 und 40 Punkten. Für die vorliegende Arbeit führte ein Summenwert >0 zum Studieneinschluss, wobei Werte im Bereich c) Autoaggression nicht berücksichtigt wurden. Es wurde bewusst kein Cut off-Wert für den Studieneinschluss festgelegt, um eine möglichst große Bandbreite von Patienten mit Gewaltpotenzial einzuschließen. Bei der Klassifizierung der aktuellen Gewalthandlungen dienten die Patientenakten sowie Angaben von Behandlern und Pflegepersonal als Informationsquelle. Bei allen Patienten, die sich zur Teilnahme an einer strukturierten Befragung bereit erklärten, wurden die frühere Gewalttätigkeit sowie aktuelle oder frühere Gewaltgedanken und –fantasien erhoben. Hierzu wurden die Patienten strukturiert zu früheren rechtswidrigen Taten (definiert durch Polizeikontakte, Strafanzeigen oder rechtskräftigen Verurteilungen) bzw. in Anlehnung an die Conflict Tactics Scales (CTS; Straus 1979; 1990; Straus et al. 1996) zu eigenen Gewalthandlungen in der Vergangenheit befragt und Gewaltgedanken und -fantasien mittels Items nach Kröber

(2008; S. 134) erfragt. Bei Einverständnis seitens des Patienten wurden außerdem dessen Bezugspersonen zur Gewalt im sozialen Nahraum in den vergangenen fünf Jahren mittels der CTS (Straus 1979; 1990; Straus et al. 1996) befragt. Die CTS dienen der Einschätzung von Konfliktlösungsstrategien in familiären bzw. nahen Beziehungen. Die Strategien sind in den Skalen „physical assault“ (Physische Gewalt), „psychological aggression“ (Psychische Aggression), „Negotiation“ (Verhandlung), „injury“ (Verletzung) und „sexual coercion“ (Sexuelle Gewalt) zusammengefasst.
Zur Verlaufsbeobachtung der Gewalttätigkeit wurden Studienteilnehmer bei jedem persönlichen oder telefonischen Kontakt zu ihrem Gewaltverhalten im Zeitraum zwischen zwei Kontakten befragt.

*Risikofaktoren*. Neben der aktuellen und anamnestischen Gewalttätigkeit wurden die aus der Literatur bekannten Risikofaktoren erhoben. Ein weit verbreitetes Instrument hierfür ist das Historical, Clinical and Risk Management violence risk assessement scheme (HCR-20; Webster et al. 1997), das eine Risikoeinschätzung für zukünftige Gewalt erlaubt durch die Erfassung der bedeutsamsten Risikofaktoren. Die Risikoeinschätzung erfolgt auf drei Dimensionen mittels einer dreistufigen Skala. Auf der ersten Dimension werden vergangenheitsbezogene Variablen, wie z.B. Alter bei Erstdelinquenz, Substanzmissbrauch oder frühere Verstöße gegen Auflagen berücksichtigt. Die zweite Dimension umfasst klinische Variablen wie Mangel an Einsicht, Aktive Symptome oder Impulsivität. Auf der dritten Dimension werden zukunftsbezogene Risikovariablen wie fehlende Compliance, Mangel an Unterstützung oder Stressoren erhoben. Das HCR-20 wurde zur Vorhersage von Gewalt bzw. zur Gefährlichkeitseinschätzung von Straftätern entwickelt. In der vorliegenden Studie diente es weniger der Vorhersage als vielmehr einer umfassenden und strukturierten Erfassung von Risikofaktoren. Ergänzend zum HCR-20 wurde zur Erfassung dissozialer Persönlichkeitsmerkmale die Hare Psychopathy Checklist Screening Version (PCL:SV; Hart et al. 1995) eingesetzt, eine Kurzform der Hare Psychopathy Checklist Revised (PCL-R; Hare et al. 1990; Hare 2003). Die Skala umfasst zwei Faktoren, die Persönlichkeitsmerkmale (Faktor 1) bzw. Antisoziales Verhalten (Faktor 2) beschreiben und auf einer dreistufigen Skala eingeschätzt werden. Auf dem Faktor 1 werden interpersonelle Merkmale, wie betrügerisches und manipulatives Verhalten oder glatter, oberflächlicher Charme sowie affektive Merkmale wie ein übersteigertes Selbstwertgefühl

und Empathiemangel beurteilt. Auf Faktor 2 werden antisoziale Verhaltensweisen wie mangelnde Verhaltenskontrolle und verantwortungsloses Handeln sowie ein sozial abweichender Lebensstil beispielsweise in Form von polytroper Kriminalität oder Jugendkriminalität erhoben. Der Summenwert erreicht 0 bis 24 Punkte. Die Cut off-Werte ermöglichen die Diagnose „potential psychopathy“ (Summenwert >13) bzw. „psychopathy“ (Summenwert >18). Zur Erfassung des Risikofaktors Substanzmissbrauch werden Häufigkeit und Menge (durchschnittliche Konsummenge pro Tag, prozentualer Anteil abstinenter Tage) des Suchtmittelgebrauchs im letzten Monat vor Aufnahme erfragt sowie Zusammenhänge desselben mit Gewalthandlungen.

Zur Erfassung des psychopathologischen Risikofaktors TCO-Symptome wurden die entsprechenden sechs Items der Symptom Checklist Revised (SCL-90-R; Derogatis 1977) eingesetzt, die auf einer fünfstufigen Skala vom Patienten selbst und gegebenenfalls mittels Fremdbeurteilung eingeschätzt wurden. Weiter wurden Positivsymptome mittels der Positivskala der Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS; Kay et al. 1987) erhoben. Die PANSS ist ein strukturiertes psychiatrisches Interview, das mittels drei Skalen Symptome der Schizophrenie erfragt, welche auf einer siebenstufigen Skala eingeschätzt werden. Da nur Positivsymptome als Risikofaktoren für Gewalt belegt sind, während Negativsymptome eher sogar protektiv zu wirken scheinen, wurde auf eine Erhebung der Negativskala und der Psychopathologischen Globalskala verzichtet. Die Positivskala, die unter anderem Symptome wie Wahn, formale Denkstörungen, Halluzinationen, Erregung oder Feindseligkeit umfasst, wurde für den Interviewzeitpunkt sowie retrospektiv für den Aufnahmezeitpunkt eingeschätzt. Die retrospektive Einschätzung erfolgte anhand der Patientenakten und von Informationen durch die Behandler. Daneben wurden zusätzliche gewaltrelevante psychopathologische Phänomene erfragt, wie Autoaggression in Form von Suizidversuchen bzw. –ankündigungen, Coenästhesien und bizarren Handlungen. Schließlich wurde als allgemeiner Indikator für die Funktionsbeeinträchtigung des Patienten die Global Assessment of Functioning (GAF) Scale des DSM-IV erhoben, die eine Beurteilung des Funktionsniveaus in psychischer, sozialer und beruflicher Hinsicht erlaubt. Es können Werte zwischen 100 (Hervorragende Leistungsfähigkeit, Schwierigkeiten im Leben geraten nie außer Kontrolle, keine Symptome) und 1 (Ständige Gefahr sich oder andere zu verletzen oder anhaltende Unfähigkeit minimale Hygiene aufrechtzuerhalten oder ernsthafter Suizidversuch mit Todesabsicht) vergeben werden.

*Weitere destabilisierende Variablen*, die bei der Entstehung von Gewalt eine Rolle spielen können, wurden erhoben. Das soziale Umfeld des Patienten als möglicher destabilisierender Faktor wurde strukturiert erfragt bzw. durch Angaben des Behandlers eingeschätzt. Daneben wurden mittels des Compliance Selbst-Rating Instruments (CSRI-E; Jaeger et al.) Compliance-Einstellungen zum Zeitpunkt der Erst- sowie der Abschlussbefragung erfasst. Das CSRI-E ist ein jüngst entwickeltes Instrument, das Compliance in einem weiter gefassten Sinn erhebt. Es erfragt Einstellungen hinsichtlich diverser sozialpsychiatrischer Angebote zur Rückfallverhinderung, die vom Patienten auf einer fünfstufigen Skala eingeschätzt werden. Als Maß für die Erfassung eigener Gewalterfahrungen in der Kindheit bzw. allgemein früher traumatischer Erfahrungen dient der Childhood Trauma Questionnaire (CTQ; Bernstein et al. 1994). Es handelt sich um ein Selbstbeurteilungsinstrument, dessen Skalen retrospektiv Vernachlässigung (zwei Subskalen: emotional und physisch) und Missbrauch (drei Subskalen: emotional, physisch und sexuell) im Kindes- und Jugendalter erfassen.

*Ressourcen*. Abschließend wurden im Rahmen der Befragung in freier Form die individuellen Ressourcen des Patienten erfragt.

*Gründe für Nichtteilnahme.* Für Patienten, die nicht an der strukturierten Befragung teilnahmen, wurden, soweit bekannt, die vom Patienten genannten Gründe sowie zusätzlich die vom Studienmitarbeiter eingeschätzten Gründe für die Nichtteilnahme dokumentiert.

*Beurteilung Interventionen:* Im Rahmen der Abschlussbefragung wurden die Interventionsteilnehmer hinsichtlich ihrer Einschätzung von Nutzen und Einsatzhäufigkeit der erlernten Interventionsinhalte befragt.
Tabelle 5 gibt eine Übersicht über die verwendeten Messinstrumente.

Tab. 5: Messinstrumente zur Datenerhebung

| Variable | Instrument | Datenquelle | Stichprobe |
|---|---|---|---|
| Soziodemografische und behandlungsbezogene | | Patientenakten | Patienten, die die Einschluss- |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Variablen, Einweisungsumstände | | | kriterien erfüllen |
| Gewalthinweise, aktuell | MOAS | Fremdeinschätzung Behandler | |
| Gewalthinweise, anamnestisch<br>Gewaltgedanken und -fantasien, aktuell oder anamnestisch | Strukturierte Befragung<br>Items nach Kröber (2008) | Patientenakten, Selbsteinschätzung Patient, Fremdeinschätzung Bezugspersonen | Teilnehmer |
| Gewalthinweise im sozialen Nahraum | CTS | Fremdeinschätzung Bezugspersonen | |
| Risikofaktoren gesamt | HCR-20 | Selbsteinschätzung Patient, Fremdeinschätzung Behandler | |
| Dissozialität/psychopathy | PCL-SV | Fremdeinschätzung Behandler | |
| Psychopathologie<br>TCO-Symptome<br>Positivsymptomatik<br>Globales Funktionsniveau<br>Zusätzliche Psychopathologie | Items der SCL-90-R<br>Positivskala der PANSS<br>GAF<br>Items nach Kröber, 2008 | Fremdeinschätzung Studienmitarbeiter | |
| Compliance | CSRI | Selbsteinschätzung Patient | |
| Soziales Umfeld | Strukturierte Befragung | Fremdeinschätzung Studienmitarbeiter | |
| Suchtmittelgebrauch | Strukturierte Befragung | Selbsteinschätzung Patient | |
| Frühe traumatische Erfahrungen | CTQ | Selbsteinschätzung Patient | |
| Individuelle Ressourcen | Strukturierte Befragung | Selbsteinschätzung Patient | |
| Beurteilung Interventionen | Strukturierte Befragung | Einschätzung Patient, Einschätzung | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | Studienmitarbeiter | |
| Gründe für Nichtteilnahme | Checkliste | Selbsteinschätzung Patient<br>Fremdeinschätzung Studienmitarbeiter | Nichtteilnehmer |

## 2.4 Untersuchungsgruppe

Die folgenden Einschlusskriterien definieren die geplante Untersuchungsgruppe und führten zu Studieneinschluss:

a) Gesicherte ICD-10 F2-Diagnose

b) Männliches Geschlecht

c) Mindestalter 18 Jahre

d) Hinweise auf Gewalt im Zusammenhang mit der aktuellen Aufnahme, im Verlauf der aktuellen Behandlung oder in der Vergangenheit (maximal fünf Jahre zurückliegend).

Patienten, die die oben genannten Kriterien erfüllten, wurden in die Datenerhebung eingeschlossen und es wurden soziodemographische Daten und Behandlungsdaten erhoben sowie die aktuelle Gewalttätigkeit (MOAS) eingeschätzt.

Folgende Kriterien führten zu einem Ausschluss von der Teilnahme am Interview bzw. den Interventionen:

a) Sicherheitsgefährdung des Studienmitarbeiters

b) Starke kognitive Einschränkungen

c) Mangelnde Deutschkenntnisse

## 2.5 Untersuchungsablauf

Von Januar bis August 2009 erfolgte die Patientenrekrutierung in der MediClin Klinik an der Lindenhöhe in Offenburg und dem Psychiatrischen Zentrum Nordbaden in Wiesloch, wissenschaftlich begleitet durch das Zentrum für Psychiatrie Die Weißenau in Ravensburg. Es wurden alle Aufnahmen von männlichen Patienten mit ICD-10 F2-Diagnosen erfasst. Patienten, die oben genannte Einschlusskriterien erfüllten, wurden in die Studie eingeschlossen. Sofern keine Ausschlussgründe vorlagen, wurden die Patienten durch einen Studienmitarbeiter vor Ort angesprochen und zur Teilnahme an einem ca. einstündigen Interview eingeladen. Vor Einholung einer schriftlichen

Einverständniserklärung zur Studienteilnahme erfolgte eine ausführliche Aufklärung der Patienten. Die Einwilligungsfähigkeit wurde durch einen Arzt attestiert. Danach erfolgten im stationären Rahmen zwei, nach Entlassung aus der stationären Behandlung weitere drei persönliche Kontakte mit dem Studienmitarbeiter über einen Zeitraum von sechs Monaten. Zwischen den persönlichen Treffen fanden in der Regel 14-tägig telefonische Kontakte mit den Patienten statt. Zum letzten persönlichen Kontakt im nach-stationären Rahmen erfolgte eine abschließende Befragung des Patienten zur Studienteilnahme.

## 2.6 Statistische Analysemethoden

Die statistische Datenauswertung erfolgte am Zentrum für Psychiatrie Die Weißenau in Ravensburg und wurde in quantitativer und qualitativer Form vorgenommen. Die quantitative Auswertung erfolgte unter Zuhilfenahme der Software StatSoft© STATISTIKA Version 7.1. Die Auswertung erfolgte vorwiegend auf deskriptivem Niveau, da von inferenzstatistischen Berechnungen aufgrund der Stichprobengrößen abgesehen werden musste.

# 3 Ergebnisse

In den rekrutierenden Studienzentren erfolgten im Untersuchungszeitraum zwischen Januar und August 2009 insgesamt 368 Aufnahmen männlicher Patienten mit schizophrenen Diagnosen in die stationäre, allgemeinpsychiatrische Behandlung. Davon zeigten 144 Patientenaufnahmen eine Aggressionsneigung nach den oben definierten Einschlusskriterien. Diese 144 Aufnahmen gingen auf N=89 Personen zurück, welche in die Stichprobe eingingen. Die Gesamtstichprobe von N=89 setzte sich aus den Teilstichproben der Teilnehmer (N=13) sowie der Nichtteilnehmer (N=76) zusammen. Letztere Gruppe beinhaltete die Subgruppen der Verweigerer (N=40), der Nichtteilnehmer aufgrund organisatorischer Gründe (z.B. sehr kurze Aufenthaltsdauern, Entlassung in Abwesenheit des Studienmitarbeiters; N=20), der Nichtteilnehmer aufgrund fehlender Teilnahmefähigkeit (N=14) sowie der Dropouts nach anfänglicher Teilnahme (N=2). Eine schematische Darstellung des Rekrutierungsablaufs findet sich in Abbildung 1.

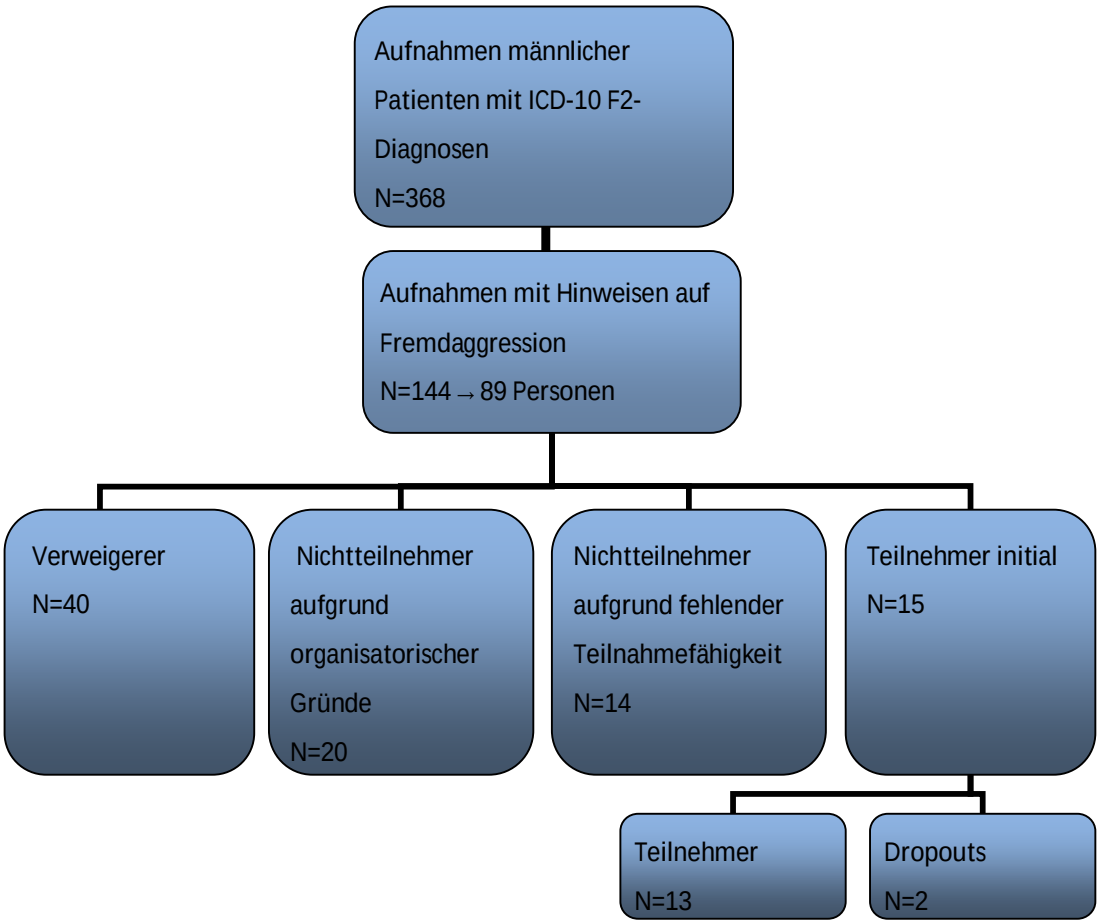



Abb. 1: Rekrutierungsablauf

## 3.1 Stichprobencharakteristika

### 3.1.1 Gesamtstichprobe

#### 3.1.1.1 Soziodemografische Variablen

Das Durchschnittsalter der Probanden betrug in der Gesamtstichprobe von N=89 Personen zum Zeitpunkt der ersten Aufnahme innerhalb des Untersuchungszeitraums 39,7 Jahre (s= 11,9). 70 (78,7%) Patienten waren ledig, elf (12,4%) verheiratet und sechs (6,7%) geschieden. Von zwei (2,2%) Patienten fehlten Angaben zum Familienstand. 78 (87,6%) Patienten waren deutscher Staatsangehörigkeit, sechs (6,7%) türkischer, zwei (2,2%) russischer und jeweils ein (1,1%) Patient chinesischer bzw. kroatischer Herkunft. Bei einem (1,1%) asylsuchenden Patienten war die Staatszugehörigkeit unbekannt. Daten zur Wohnsituation zeigten, dass 26 (29,2%) Patienten in institutioneller Umgebung (Heim, Wohngruppe, Asylunterkunft, o.ä.), 21 (23,6%) alleine, 21 (23,6%) mit den Eltern oder anderen Familienangehörigen, elf (12,4%) mit der eigenen Familie oder Partnerin und zwei (2,2%) in einer Wohngemeinschaft lebten. Vier (4,5%) Patienten hatten zum Zeitpunkt der ersten Aufnahme innerhalb des Untersuchungszeitraums keinen festen Wohnsitz. Von vier (4,5%) fehlten Angaben zur Wohnsituation. Die Wohnform war bei 53 (59,6%) Patienten selbstständig, bei 25 (28,1%) professionell betreut. Sechs (6,7%) Patienten waren ohne feste Wohnform, zwei (2,2%) lebten in einer kommunalen Unterkunft. Von drei (3,4%) Patienten fehlten Angaben zur Wohnform.

25 (28,1%) Patienten bezogen eine Erwerbsunfähigkeits- oder Altersrente, 24 (27,0%) waren zum Zeitpunkt der ersten Aufnahme innerhalb des Untersuchungszeitraums arbeitslos gemeldet. Zwölf (13.5%) Patienten waren beschützt beschäftigt. Einer regulären Erwerbstätigkeit gingen zehn (11,2%) Patienten regelmäßig nach, zehn (11,2%) waren anderweitig nicht erwerbstätig und vier (4,5%) Patienten waren gelegentlich erwerbstätig. Ein (1,1%) Patient befand sich zum Erhebungszeitpunkt in Ausbildung. Von drei (3,4%) Patienten fehlten Angaben zur Erwerbstätigkeit. Als Hauptquelle des Lebensunterhalts bezogen zum Zeitpunkt der ersten Aufnahme innerhalb des Untersuchungszeitraums 42 (47,2%) Patienten Arbeitslosengeld und 28 (31,5%) Rentenzahlungen. Elf (12,4%) Patienten finanzierten ihren Lebensunterhalt durch Erwerbstätigkeit, drei (3,4%) hatten andere, nicht näher bezeichnete Einkünfte und zwei (2,2%) wurden durch Angehörige finanziell unterstützt. Von drei (3,4%) Patienten fehlten Angaben zur Hauptquelle des

Lebensunterhalts. Die in Einzelfällen fehlenden Angaben zu soziodemografischen Variablen sind zu einem Großteil auf rasche Verlegungen der betreffenden Patienten in wohnortnahe Kliniken oder auf sprach- oder symptombedingte Verständigungsprobleme mit den Patienten zurückzuführen.

#### 3.1.1.2 Erkrankungs- und Behandlungsvariablen

Die häufigste Diagnose in der Stichprobe war die Paranoide Schizophrenie (F20.0), die bei 65 (73,0%) Patienten diagnostiziert worden war. Einen Überblick über die Verteilung der ICD-10 Diagnosen findet sich in Tabelle 6.

Tab. 6: Verteilung der Diagnosen in der Stichprobe

| ICD-10 Diagnose | Anzahl | Prozent |
|---|---|---|
| paranoide Schizophrenie (F20.0) | 65 | 73,0% |
| schizoaffektive Störungen (F25) | 12 | 13,5% |
| hebephrene Schizophrenie (F20.1) | 4 | 4,5% |
| schizophrenes Residuum (F20.5) | 3 | 3,3% |
| katatone Schizophrenie (F20.2) | 1 | 1,1% |
| undifferenzierte Schizophrenie (F20.3) | 1 | 1,1% |
| postschizophrene Depression (F20.4) | 1 | 1,1% |
| wahnhafte Störung (F22.0) | 1 | 1,1% |
| akute polymorphe psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie (F23.1) | 1 | 1,1% |
| Gesamt | 89 | 100% |

Die durchschnittliche Dauer der Erkrankung - gemessen als Zeitraum zwischen der ersten stationären Aufnahme im Lebensverlauf und der erstmaligen Aufnahme im Erhebungszeitraum - betrug 13,3 Jahre (s=10,5). Die durchschnittliche Anzahl der stationären Vorbehandlungen einschließlich der Mehrfachaufnahmen im

Erhebungszeitraum betrug 13,0 (s=15,1). Eine komorbid vorliegende Alkoholabhängigkeit oder ein Alkoholabusus war bei 22 (24,7%) Patienten vordiagnostiziert, ebenfalls 22 (24,7%) Patienten hatten die Diagnose einer Abhängigkeit oder eines Abusus von illegalen Drogen oder Medikamenten. Von acht (9,0%) Patienten lagen keine Angaben zum Substanzkonsum vor. Eine komorbid vorliegende Persönlichkeitsstörung war bei einem (1,1%) Patienten gesichert diagnostiziert, für 13 (14,6%) Patienten fehlten Angaben hierzu.

Die Auswertung der Behandlungsdaten aus dem Untersuchungszeitraum zeigte, dass bei 49 (34,0%) der insgesamt 144 Aufnahmen im Untersuchungszeitraum die betreffenden Patienten in Begleitung der Polizei in die Klinik eingewiesen wurden. Bei 42 (47,2%) der Aufnahmen erfolgte die stationäre Behandlung aufgrund eines richterlichen Beschlusses, 30 (33,7%) der Aufnahmen erfolgten freiwillig, 16 (18,0%) freiwillig bei Vorliegen einer gesetzlichen Betreuung zur Behandlung. Ein (1,1%) Patient wurde fürsorglich zurückgehalten ohne nachfolgende Unterbringung. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug 47,4 Tage (s=56,4). Tabelle 7 zeigt die Verteilung der Aufenthaltsdauern in der Stichprobe von N=144 Aufnahmen.

Tab. 7: Verteilung der Aufenthaltsdauern in der Stichprobe

| ≤ 1 Woche | > 1 Woche bis ≤ 1 Monat | > 1 Monat bis ≤ 3 Monate | > 3 Monate |
|---|---|---|---|
| 18,1% | 28,5% | 42,4% | 10,4% |

Die Entlassung aus der stationären Behandlung erfolgte bei 89 (61,8%) Aufenthalten regulär, bei 33 (22,9%) gegen ärztlichen Rat, bei 13 (9,0%) durch Entweichung und bei zwei (1,4%) wegen mangelnder Behandlungsmotivation. Ein (0,7%) Aufenthalt wurde durch die Verlegung des Patienten in eine forensische Klinik, ein (0,7%) Aufenthalt durch den Tod des Patienten beendet. Zu fünf (3,5%) Behandlungen lagen keine Angaben in Bezug auf die Entlassart vor.

## 3.1.2 Vergleich der Teilstichproben

### 3.1.2.1 Soziodemografische Variablen

Das durchschnittliche Alter in der Teilstichprobe der Teilnehmer von N=13 Personen betrug zum Zeitpunkt der letzten Aufnahme innerhalb des Untersuchungszeitraums 32,5 Jahre (s=9,5). Das durchschnittliche Alter in der Teilstichprobe aller Nichtteilnehmer (N=76) betrug 41,0 Jahre (s=11,9). Dieser Unterschied ist statistisch signifikant (p=.02). Hinsichtlich des Familienstands gaben in der Teilstichprobe der Teilnehmer (N=13) 13 (100,0%) Patienten an, ledig zu sein. Von den Verweigerern (N=40) waren 30 (75,0%) Patienten ledig, sieben (17,5%) verheiratet und drei (7,5%) Patienten geschieden. In der Gruppe der Nichtteilnehmer aufgrund organisatorischer Gründe (N=20) waren 14 (77,8%) Patienten ledig, drei (16,7%) Patienten geschieden und ein (5,6%) Patient verheiratet. In der Teilstichprobe von Nichtteilnehmern, die als nicht teilnahmefähig eingeschätzt wurden (N=14), waren elf (78,6%) Patienten ledig und drei (21,4%) Patienten verheiratet. In der Teilstichprobe der Dropouts (N=2) gaben zwei (100,0%) Patienten an, ledig zu sein. Zwölf (92,0%) von 13 Patienten in der Teilstichprobe der Teilnehmer waren deutscher Staatsangehörigkeit, in der Gruppe aller Nichtteilnehmer traf dies auf 66 (86,4%) von 76 Patienten zu. Die Auswertung der Wohnsituation in den Teilstichproben zeigte, dass von den Teilnehmern fünf (38,5%) Patienten bei den Eltern lebten, vier (30,8%) Patienten in institutioneller Umgebung, drei (23,1%) Patienten alleine wohnten und ein (7,7%) Patient mit anderen Familienangehörigen als den Eltern zusammenlebte. In der Teilstichprobe der Verweigerer wohnten elf (27,5%) Patienten mit den Eltern zusammen, weitere elf (27,5%) Patienten wohnten in institutioneller Umgebung. Acht (20,0%) Patienten wohnten alleine, fünf (12,5%) Patienten lebten mit ihrer Partnerin und Kindern zusammen, drei (7,5%) Patienten hatten zum Erhebungszeitpunkt keinen festen Wohnsitz und zwei (5,0%) Patienten lebten mit ihrer Partnerin zusammen. Von den Nichtteilnehmern aufgrund organisatorischer Gründe wohnten sieben (43,8%) Personen in institutioneller Umgebung, fünf (31,5%) Patienten wohnten alleine. Jeweils ein (6,3%) Patient lebte mit den Eltern, der Partnerin oder Freunden zusammen. Für einen (6,3%) Patienten konnte zum Untersuchungszeitpunkt kein fester Wohnsitz festgestellt werden. In der Teilstichprobe der Nichtteilnehmer wegen Nichtteilnahmefähigkeit gaben fünf (35,7%) Patienten an, in institutioneller Umgebung zu leben, vier (28,6%) Patienten lebten alleine. Zwei (14,3%) Patienten lebten mit den Eltern und jeweils ein (7,1%) Patient wohnte mit der Partnerin

bzw. der Partnerin und Kindern oder mit anderen Familienangehörigen als den Eltern zusammen. In der Gruppe der Dropouts lebte ein (50,0%) Patient mit anderen Familienangehörigen als den Eltern zusammen und ein (50,0%) Patient wohnte alleine. Die Wohnform war in der Teilstichprobe der Teilnehmer bei neun (69,2%) Patienten selbstständig und bei drei (23,1%) Patienten professionell betreut. Ein (7,7%) Patient war ohne festen Wohnsitz. In der Teilstichprobe der Verweigerer lebten 26 (65,0%) Patienten selbstständig, neun (22,5%) wurden professionell betreut, vier (10,0%) Patienten waren ohne festen Wohnsitz und ein (2,5%) Patient lebte in einer kommunalen Unterkunft. Bei den Nichtteilnehmern, die aus organisatorischen Gründen nicht erreicht werden konnten, war die Wohnform bei acht (47,1%) Patienten selbstständig und bei sieben (41,2%) Patienten professionell betreut. Zwei (11,8%) Patienten waren ohne festen Wohnsitz. In der Gruppe der Nichtteilnehmer aufgrund von Nichtteilnahmefähigkeit lebten sechs (42,9%) Patienten selbstständig, weitere sechs (42,9%) Patienten wohnten professionell betreut. Jeweils ein (7,2%) Patient war ohne festen Wohnsitz bzw. lebte in einer kommunalen Unterkunft. Die Wohnform in der Gruppe der Dropouts war bei zwei (100,0%) Patienten selbstständig. Die Daten zur Erwerbstätigkeit zeigten, dass von den Teilnehmern fünf (38,5%) Patienten eine Erwerbsunfähigkeits- oder Altersrente bezogen und jeweils drei (23,1%) Patienten arbeitslos gemeldet waren bzw. anderweitig nicht beschäftigt waren. Ein (7,7%) Patient ging einer regulären Erwerbstätigkeit nach, ein (7,7%) Patient war beschützt beschäftigt. In der Teilstichprobe der Verweigerer waren zwölf (30,0%) Patienten arbeitslos gemeldet, sieben (17,5%) Patienten bezogen eine Erwerbsunfähigkeits- oder Altersrente und sieben (17,5%) gingen einer regulären Erwerbstätigkeit nach. Sechs (15,0%) Patienten waren beschützt beschäftigt, fünf (12,5%) waren anderweitig nicht beschäftigt. Zwei (5,0%) Patienten waren gelegentlich erwerbstätig und ein (2,5%) Patient befand sich zum Erhebungszeitpunkt in Ausbildung. In der Gruppe der Nichtteilnehmer aufgrund organisatorischer Gründe bezogen sieben (41,2%) Patienten eine Erwerbsunfähigkeits- oder Altersrente, vier (23,5%) Patienten waren beschützt beschäftigt. Drei (17,7%) Patienten waren zum Erhebungszeitpunkt arbeitslos gemeldet. Jeweils ein (5,9%) Patient war regulär erwerbstätig bzw. gelegentlich regulär erwerbstätig oder war anderweitig nicht beschäftigt. In der Gruppe der Nichtteilnehmer, die als nicht teilnahmefähig eingeschätzt wurden, bezogen sechs (42,9%) Patienten eine Erwerbsunfähigkeits- oder Altersrente, vier (28,6%) Patienten waren

arbeitslos gemeldet. Zwei (14,3%) Patienten waren beschützt beschäftigt und jeweils ein (7,2%) Patient ging einer regulären Erwerbstätigkeit nach bzw. war anderweitig nicht beschäftigt. In der Teilstichprobe der Dropouts waren zwei (100,0%) Patienten zum Erhebungszeitpunkt arbeitslos gemeldet. Als Hauptquelle des Lebensunterhalts gaben in der Gruppe der Teilnehmer sechs (46,2%) Patienten eine Erwerbsunfähigkeits- oder Altersrente an, fünf (38,5%) Patienten bezogen Arbeitslosengeld. Jeweils ein (7,7%) Patient bestritt seinen Lebensunterhalt durch Erwerbstätigkeit bzw. wurde durch Angehörige finanziell unterstützt. In der Gruppe der Verweigerer diente als Hauptquelle des Lebensunterhalts bei 19 (47,5%) Patienten das Arbeitslosengeld, bei zehn (25,0%) Patienten eine Erwerbsunfähigkeits- oder Altersrente. Acht (20,0%) Patienten finanzierten sich hauptsächlich durch die eigene Erwerbstätigkeit, zwei (5,0%) Patienten hatten anderweitige Einkünfte und ein (2,5%) Patient erhielt finanzielle Unterstützung durch Angehörige. In der Teilstichprobe der Nichtteilnehmer aufgrund organisatorischer Gründe bezogen zehn (58,8%) Patienten Arbeitslosengeld und sechs (35,3%) Patienten eine Erwerbsunfähigkeits- oder Altersrente. Ein (5,9%) Patient gab als Hauptquelle des Lebensunterhalts die eigene Erwerbstätigkeit an. In der Gruppe der als nicht teilnahmefähig eingeschätzten Nichtteilnehmer bezogen sieben (50,0%) Patienten Arbeitslosengeld und fünf (35,7%) eine Erwerbsunfähigkeits- oder Altersrente. Jeweils ein (7,1%) Patient finanzierte seinen Lebensunterhalt durch die eigene Erwerbstätigkeit bzw. hatte anderweitige Einkünfte. In der Gruppe der Dropouts bezogen zwei (100,0%) Patienten zum Erhebungszeitpunkt Arbeitslosengeld. Eine Übersicht zu den soziodemografischen Daten in den Teilstichproben gibt Tabelle 8.

Tab. 8: Soziodemografische Daten in den Teilstichproben

| | Teilnehmer | Verweigerer | Nichtteilnehmer aufgrund organisatorischer Gründe | Nichtteilnehmer aufgrund fehlender Teilnahmefähigkeit | Dropouts |
|---|---|---|---|---|---|
| Alter (Jahre) | 32,5 (s=9,5) | 41,0 (s=11,9) | | | |
| Familienstand | | | | | |
| ledig | 13 (100%) | 30 (75,0%) | 14 (77,8%) | 11 (78,6%) | 2 (100%) |
| verheiratet | 0 (0,0%) | 7 (17,5%) | 1 (5,6%) | 3 (21,4%) | 0 (0,0%) |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| geschieden | 0 (0,0%) | 3 (7,5%) | 3 (16,7%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) |
| Staatsangehörigkeit deutsch | 12 (92,0%) | 66 (86,4%) | | | |
| Wohnsituation | | | | | |
| mit Eltern | 5 (38,5%) | 11 (27,5%) | 1 (6,3%) | 2 (14,3%) | 0 (0,0%) |
| institutionell | 4 (30,8%) | 11 (27,5%) | 7 (43,8%) | 5 (35,7%) | 0 (0,0%) |
| alleine | 3 (23,1%) | 8 (20,0%) | 5 (31,5%) | 4 (28,6%) | 1 (50,0%) |
| mit Partnerin | 0 (0,0%) | 7 (17,5%) | 1 (6,3%) | 2 (14,3%) | 0 (0,0%) |
| andere Angehörige | 1 (7,7%) | 0 (0,0%) | 1 (6,3%) | 1 (7,1%) | 1 (50,0%) |
| ohne festen Wohnsitz | 0 (0,0%) | 3 (7,5%) | 1 (6,3%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) |
| Wohnform | | | | | |
| selbstständig | 9 (69,2%) | 26 (65,0%) | 8 (47,1%) | 6 (42,9%) | 2 (100%) |
| professionell betreut | 3 (23,1%) | 9 (22,5%) | 7 (41,2%) | 6 (42,9%) | 0 (0,0%) |
| ohne festen Wohnsitz | 1 (7,7%) | 4 (10,0%) | 2 (11,8%) | 1 (7,2%) | 0 (0,0%) |
| kommunale Unterkunft | 0 (0,0%) | 1 (2,5%) | 0 (0,0%) | 1 (7,2%) | 0 (0,0%) |
| Erwerbstätigkeit | | | | | |
| Rente | 5 (38,5%) | 7 (17,5%) | 7 (41,2%) | 6 (42,9%) | 0 (0,0%) |
| regulär erwerbstätig | 1 (7,7%) | 7 (17,5%) | 1 (5,9%) | 1 (7,2%) | 0 (0,0%) |
| gelegentlich erwerb. | 0 (0,0%) | 2 (5,0%) | 1 (5,9%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) |
| beschützt beschäftigt | 1 (7,7%) | 6 (15,0%) | 4 (23,5%) | 2 (14,3%) | 0 (0,0%) |
| in Ausbildung | 0 (0,0%) | 1 (2,5%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) |
| arbeitslos | 3 (23,1%) | 12 (30,0%) | 3 (17,7%) | 4 (28,6%) | 2 (100%) |
| anderweitig nicht erwerbstätig | 3 (23,1%) | 5 (12,5%) | 1 (5,9%) | 1 (7,2%) | 0 (0,0%) |
| Lebensunterhalt | | | | | |
| Rente | 6 (46,2%) | 10 (25,0%) | 6 (35,3%) | 5 (35,7%) | 0 (0,0%) |
| Arbeitslosengeld | 5 (38,5%) | 19 (47,5%) | 10 (58,8%) | 7 (50,0%) | 2 (100%) |
| Erwerbstätigkeit | 1 (7,7%) | 8 (20,0%) | 1 (5,9%) | 1 (7,1%) | 0 (0,0%) |
| Angehörige | 1 (7,7%) | 1 (2,5%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) |
| anderweitige Einkünfte | 0 (0,0%) | 2 (5,0%) | 0 (0,0%) | 1 (7,1%) | 0 (0,0%) |

### 3.1.2.2 Erkrankungs- und Behandlungsvariablen

Die durchschnittliche Dauer der Erkrankung - gemessen als Zeitraum zwischen der ersten stationären Aufnahme im Lebensverlauf und der erstmaligen Aufnahme im Erhebungszeitraum - betrug in der Gruppe der Teilnehmer 8,6 Jahre (s=8,5). In der Teilstichprobe der Verweigerer betrug der durchschnittliche Wert 13,4 Jahre (s=9,8). Die Nichtteilnehmer, die aus organisatorischen Gründen nicht erreicht werden konnten, waren im Durchschnitt seit 12,9 Jahren (s=8,0) erkrankt, in der Gruppe der Nichtteilnehmer aufgrund fehlender Teilnahmefähigkeit betrug dieser Wert 17,2 Jahre (s=16,0). In der Teilstichprobe der Dropouts lag die durchschnittliche Erkrankungsdauer bei 15,8 Jahren. Der Unterschied in der Krankheitsdauer zwischen Teilnehmern und Nichtteilnehmern ist bei Berechnung über alle Aufnahmen statistisch signifikant ($p<.05$) bzw. bei Berechnung über alle Personen tendenziell signifikant ($p<.10$).

Die durchschnittliche Anzahl stationärer Vorbehandlungen betrug in der Teilstichprobe der Teilnehmer über alle Personen 9,5 (s=11,0). In der Gruppe aller Nichtteilnehmer lagen im Durchschnitt 8,6 (s=10,6) Vorbehandlungen vor.

Betrachtet man alle Aufnahmen im Untersuchungszeitraum in den einzelnen Teilstichproben, so zeigt sich, dass in der Gruppe der Teilnehmer sieben (46,7%) von 15 Aufnahmen in Polizeibegleitung erfolgten. In der Gruppe der Verweigerer war bei 25 (39,1%) von 64 Aufnahmen die Polizei involviert. In der Teilstichprobe der Nichtteilnehmer aus organisatorischen Gründen geschahen 14 (45,2%) der insgesamt 31 Aufnahmen in Polizeibegleitung, während dies bei der Teilstichprobe der Nichtteilnehmer, die als nicht teilnahmefähig eingeschätzt worden waren, auf zwei (6,9%) von 29 Aufnahmen zutraf. In der Gruppe der Dropouts erfolgte eine (20,0%) von fünf Aufnahmen im Untersuchungszeitraum in Polizeibegleitung. Tabelle 9 gibt eine Übersicht über die Häufigkeiten von Aufnahmen in Polizeibegleitung in den Teilstichproben.

Tab. 9: Häufigkeiten von Aufnahmen in Polizeibegleitung in den Teilstichproben

| | Aufnahmen in Polizeibegleitung | Aufnahmen insgesamt |
|---|---|---|
| Teilnehmer | 7 (46,7%) | 15 |
| Verweigerer | 25 (39,1%) | 64 |
| Nichtteilnehmer aufgrund | 14 (45,2%) | 31 |

| | | |
|---|---|---|
| organisatorischer Gründe | | |
| Nichtteilnehmer aufgrund fehlender Teilnahmefähigkeit | 2 (6,9%) | 29 |
| Dropouts | 1 (20,0%) | 5 |

Die Daten zur Rechtsgrundlage der stationären Behandlungen zeigen, dass in der Gruppe der Teilnehmer acht (53,3%) von 15 Behandlungen im Untersuchungszeitraum unfreiwillig aufgrund eines richterlichen Beschlusses erfolgten (46,7% nach Unterbringungsgesetz (UBG), 6,6% nach Bürgerlichem Gesetzbuch (BGB)). In der Teilstichprobe der Verweigerer waren 31 (48,4%) der insgesamt 64 Aufnahmen richterlich angeordnet (29,7% nach UBG, 18,7% nach BGB). In der Gruppe der Nichtteilnehmer aus organisatorischen Gründen traf dies auf acht (25,8%) der insgesamt 31 Behandlungen im Untersuchungszeitraum zu (19,3% nach UBG, 6,5% nach BGB), zudem wurden bei zwei (6,45%) Behandlungen Patienten fürsorglich zurückgehalten. In der Teilstichprobe der Nichtteilnehmer aufgrund fehlender Teilnahmefähigkeit erfolgten sechs (20,7%) von 29 Behandlungen aufgrund eines richterlichen Beschlusses (10,3% nach UBG, 10,3% nach BGB), in der Gruppe der Dropouts erfolgten zwei (40,0%) der insgesamt fünf Aufnahmen im Untersuchungszeitraum unfreiwillig (20,0% nach UBG, 20,0% nach BGB). Eine Übersicht über die Rechtsgrundlage der Behandlung in den Teilstichproben gibt Tabelle 10.

Tab. 10: Rechtsgrundlage der Behandlung in den Teilstichproben

| | Freiwillig | Richterlicher Beschluss | Fürsorgliche Zurückhaltung | Aufnahmen insgesamt |
|---|---|---|---|---|
| Teilnehmer | 7 (46,7%) | 8 (53,3%) | 0 (0,0%) | 15 |
| Verweigerer | 25 (39,1%) | 31 (48,4%) | 0 (0,0%) | 64 |
| Nichtteilnehmer aus organisatorischen Gründen | 21 (67,7%) | 8 (25,8%) | 2 (6,45%) | 31 |
| Nichtteilnehmer wegen fehlender Teilnahmefähigkeit | 23 (79,3%) | 6 (20,7%) | 0 (0,0%) | 29 |
| Dropouts | 3 (60,0%) | 2 (40,0%) | 0 (0,0%) | 5 |

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer über alle Aufnahmen im Untersuchungszeitraum hinweg betrug in der Gruppe der Teilnehmer 103,0 Tage (s=84,4). In der Gruppe aller Nichtteilnehmer lag die durchschnittliche Aufenthaltsdauer bei 72,1 Tagen (s=69,5). Der Unterschied in der Aufenthaltsdauer ist nicht statistisch signifikant (p=.16) Die Auswertung der Daten zur Aufnahmeanzahl über alle Personen zeigt, dass in allen Teilstichproben bei dem größten Anteil der Patienten nur eine stationäre Aufnahme im Untersuchungszeitraum erfolgte. Einen Überblick über die Verteilung der Aufnahmehäufigkeiten im Untersuchungszeitraum in den Teilstichproben gibt Tabelle 11.

Tab. 11: Verteilung der Aufnahmehäufigkeiten im Untersuchungszeitraum in den Teilstichproben (über Personen)

| | 1 Aufnahme | 2 Aufnahmen | 3 Aufnahmen | 4-6 Aufnahmen | 6-8 Aufnahmen | Personen |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Teilnehmer | 9 (69,2%) | 4 (30,8%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 13 |
| Verweigerer | 28 (70%) | 8 (20,0%) | 3 (7,5%) | 0 (0,0%) | 1 (2,5%) | 40 |
| Nichtteilnehmer aufgrund organisatorischer Gründe | 15 (75%) | 3 (15,0%) | 1 (5,0%) | 1 (5,0%) | 0 (0,0%) | 20 |
| Nichtteilnehmer aufgrund fehlender Teilnahmefähigkeit | 6 (42,9%) | 3 (21,4%) | 2 (14,3%) | 2 (14,3%) | 1 (7,1%) | 14 |
| Dropouts | 1 (50,0%) | 1 (50,0%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 2 |

Ein Blick auf die Entlassgründe für Behandlungen während des Untersuchungszeitraums zeigt, dass in der Gruppe der Teilnehmer zwölf (92,3%) Patienten regulär entlassen wurden und ein (7,7%) Patient durch Entweichung die Behandlung beendete. In der Teilstichprobe der Verweigerer erfolgte bei 25 (69,4%) Patienten die Entlassung regulär, sieben (19,4%) brachen die Behandlung gegen ärztlichen Rat ab, drei (8,33%) Patienten entwichen aus der Klinik und ein (2,8%) Patient wurde in eine forensische Einrichtung verlegt. Von den Nichtteilnehmern, die aus organisatorischen Gründen nicht erreicht werden konnten, beendeten elf (55,0%) die Behandlung regulär, sechs (30,0%) brachen

die Behandlung gegen ärztlichen Rat ab und jeweils ein (5,0%) Patient wurde wegen mangelnder Behandlungsmotivation entlassen bzw. brach die Behandlung durch Entweichen ab. Die Behandlung eines (5,0%) Patienten wurde durch dessen Versterben aufgrund von Suizid beendet. In der Teilstichprobe der nichtteilnahmefähigen Nichtteilnehmer erfolgte bei zehn (71,4%) Patienten der Behandlungsabschluss regulär und vier (28,6%) Patienten brachen die Behandlung gegen ärztlichen Rat ab. In der Gruppe der Dropouts wurde ein (50,0%) Patient regulär entlassen und ein (50,0%) Patient brach die Behandlung gegen ärztlichen Rat ab.

Der Unterschied von Teilnehmern und Nichtteilnehmern hinsichtlich einer regulären Entlassung versus andere Entlassgründe ist tendenziell statistisch signifikant (p=.04). Teilnehmer wurden tendenziell häufiger regulär entlassen als Patienten in anderen Teilstichproben.

Die Häufigkeiten der Entlassgründe in den Teilstichproben sind in Tabelle 12 dargestellt.

Tab. 12: Häufigkeiten der Entlassgründe in den Teilstichproben

| | Entlassung regulär | Abbruch durch Entweichung | Abbruch gegen ärztlichen Rat | Entlassung wegen mangelnder Behandlungsmotivation | Tod des Patienten | Verlegung in Forensik | Personen |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Teilnehmer | 12 (92,3%) | 1 (7,7%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 13 |
| Verweigerer | 25 (69,4%) | 3 (8,3%) | 7 (19,4%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 1 (2,8%) | 36 |
| Nichtteilnehmer aufgrund organisatorischer Gründen | 11 (55,0%) | 1 (5,0%) | 6 (30,0%) | 1 (5,0%) | 1 (5,0%) | 0 (0,0%) | 20 |
| Nichtteilnehmer aufgrund fehlender Teilnahmefähigkeit | 10 (71,4%) | 0 (0,0%) | 4 (28,6%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 14 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Dropouts | 1 (50,0%) | 0 (0,0%) | 1 (50,0%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 2 |
| Gesamt | 59 | 5 | 18 | 1 | 1 | 1 | 85 |

Ein gesetzliches Betreuungsverhältnis zum Zeitpunkt der Entlassung aus der stationären Behandlung bestand in der Teilstichprobe der Teilnehmer bei neun (69,2%) Patienten, bei drei (23,1%) Patienten lag kein Betreuungsverhältnis vor und bei einem (7,7%) Patienten war eine Betreuung beantragt worden. In der Gruppe der Verweigerer bestand bei 22 (61,1%) Patienten ein Betreuungsverhältnis, bei 13 (36,1%) keine gesetzliche Betreuung und bei einem (2,8%) Patienten war eine Betreuung beantragt worden. In der Teilstichprobe der Nichtteilnehmer aufgrund organisatorischer Gründe wurden neun (47,4%) Patienten gesetzlich betreut, weitere neun (47,4%) Patienten hatten keine gesetzliche Betreuung. Für einen (5,3%) Patienten war ein Betreuungsverhältnis beantragt worden. In der Gruppe der nichtteilnahmefähigen Nichtteilnehmer bestand bei elf (78,6%) Patienten ein gesetzliches Betreuungsverhältnis, bei zwei (14,3%) Patienten nicht und bei einem (7,1%) Patienten war eine Betreuung beantragt worden. In der Gruppe der Dropouts bestand bei zwei (100,0%) Patienten zum Entlasszeitpunkt ein gesetzliches Betreuungsverhältnis.

#### 3.1.2.3 Interviewdaten

Mit Patienten, die sich zur Studienteilnahme bereit erklärten, wurde ein Interview zu Risikofaktoren und Gewaltverhalten durchgeführt. Es liegen Daten aus dem Interview von N=13 Teilnehmern vor.

Es wurde das allgemeine Funktionsniveau aller Teilnehmer mittels der Global Assessment of Functioning Scale (GAF) des DSM-IV erfasst. Diese kann Werte zwischen 0 und 100 Punkten annehmen, wobei niedrigere Werte ein geringeres Funktionsniveau abbilden. Der durchschnittliche GAF-Wert in der Gruppe der Teilnehmer betrug 42,5 Punkte (s=12,2). Dies entspricht gemäß der GAF-Definition ernsten Symptomen bzw. einer ernsten Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit. Tabelle 13 bildet die Verteilung der GAF-Werte in der Teilnehmergruppe ab.

Tab. 13: Verteilung der GAF-Werte für alle Teilnehmer

| | 1 - 10 Punkte | 11 – 20 Punkte | 21 – 30 Punkte | 31 – 40 Punkte | 41 – 50 Punkte | 51 – 60 Punkte | 61 – 70 Punkte | > 71 Punkte |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Teilnehmer | 0 | 0 | 2 | 5 | 2 | 3 | 1 | 0 |

Zur Erfassung des Risikofaktors Positivsymptomatik wurde für jeden Teilnehmer die Positivskala der Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) eingeschätzt. Diese kann Summenwerte zwischen 7 und 49 Punkten annehmen. Im Durchschnitt wiesen die Teilnehmer einen Wert von 24,3 Punkten (s=7,7) auf der PANSS-Positivskala auf. Die Übersicht der Verteilung der Summenwerte in Tabelle 14 zeigt, dass der Großteil der Teilnehmer eine mittlere Ausprägung an Positivsymptomen aufweist.

Tab. 14: Verteilung der Summenwerte der PANSS-Positivskala für alle Teilnehmer

| | 7 - 10 Punkte | 11 – 20 Punkte | 21 – 30 Punkte | 31 – 40 Punkte | 41 – 49 Punkte |
|---|---|---|---|---|---|
| Teilnehmer | 1 | 2 | 8 | 2 | 0 |

Zur Erfassung des Risikofaktors früher negativer Erfahrungen wurden N=8 Teilnehmer mittels des Childhood Trauma Questionnaire befragt, der 28 Items umfasst. Es wurde in der vorliegenden Studie ein dichotomes Antwortformat gewählt. Im Durchschnitt stimmten die Teilnehmer 7,8 Items (s=6,8) zu. Damit gaben die Patienten im Durchschnitt ein eher geringes Ausmaß an Vernachlässigung oder Missbrauch in der Kindheit an. Die Verteilung der Antworthäufigkeiten findet sich in Tabelle 15.

Tab. 15: Verteilung der Antworthäufigkeiten („stimme zu“) des CTQ in der Teilnehmergruppe

| | 1 - 7 Items | 8 – 14 Items | 15 – 22 Items | 23 – 28 Items |
|---|---|---|---|---|
| Teilnehmer | 5 | 1 | 2 | 0 |

Zur zusammenfassenden Erhebung gewaltassoziierter Risikofaktoren wurde das Historical, Clinical and Risk Management violence risk assessement scheme (HCR-20) durchgeführt.

Dieses kann Summenwert zwischen 0 und 44 Punkten annehmen. Die Teilnehmer wurden im Durchschnitt mit 17,5 Punkten (s=7,7) eingeschätzt. Dies entspricht einer eher niedrigen Risikoeinschätzung für Gewalttaten (0-20 Punkte). Eine Übersicht der Verteilung der Summenwerte des HCR-20 in der Teilnehmergruppe findet sich in Tabelle 16.

Tab. 16: Verteilung der Summenwerte des HCR-20 für alle Teilnehmer

| | 1 - 10 Punkte | 11 – 20 Punkte | 21 – 30 Punkte | 31 – 40 Punkte | > 41 Punkte |
|---|---|---|---|---|---|
| Teilnehmer | 2 | 8 | 2 | 1 | 0 |

## 3.2 Fragestellung 1: Rekrutierbarkeit

Insgesamt 89 Patienten erfüllten die Einschlusskriterien. 74 (83,1%) Patienten nahmen aus den unten weiter erläuterten Gründen nicht an den Interventionen teil. 15 (16,9%) Patienten erklärten sich initial zur Teilnahme bereit. Von diesen nahmen 13 (14,6% der Ausgangsstichprobe) über den gesamten Interventionszeitraum teil, zwei (2,3%) brachen die Studienteilnahme ab (Dropout). Abbildung 2 zeigt die Teilnahmeraten in der Stichprobe von N=89 Personen.

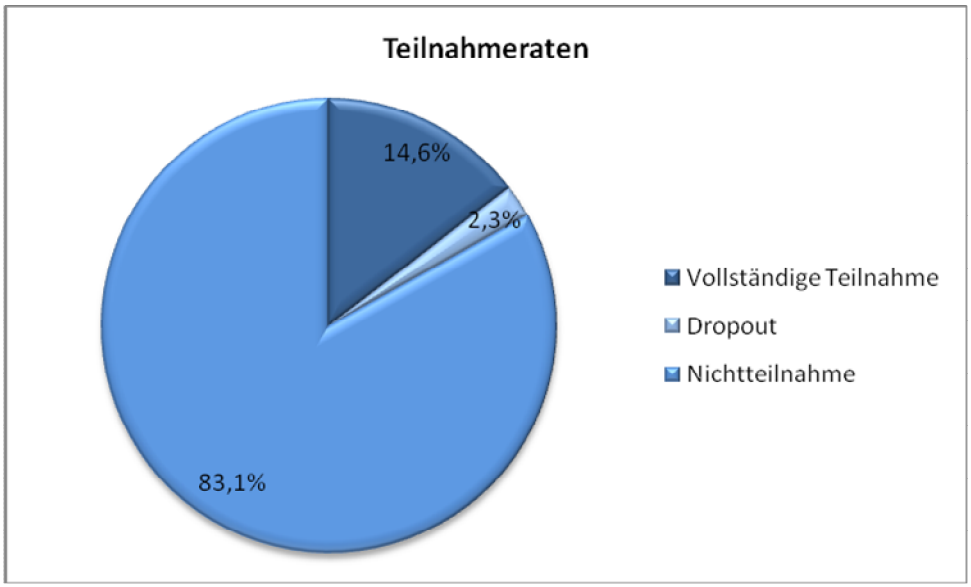



Abb. 2: Teilnahmeraten

Eine nähere Betrachtung der Patienten, die nicht an der Studie teilnahmen, zeigte, dass 40 (44,9%) Patienten die Studienteilnahme verweigerten, 20 (22,5%) wegen zu kurzer

Aufenthaltsdauer oder anderen organisatorischen Gründen nicht für die Studienteilnahme gewonnen werden konnten und 14 (15,7%) Patienten als nicht teilnahmefähig eingeschätzt wurden. Abbildung 3 stellt die Gründe für die Nichtteilnahme dar.

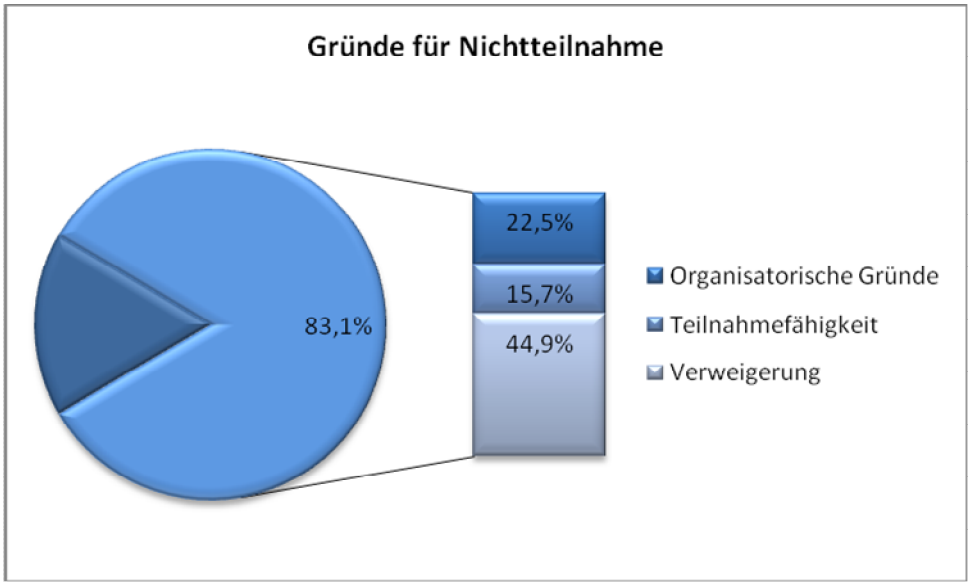



Abb. 3: Gründe für Nichtteilnahme

## 3.3 Fragestellung 2: Fremdaggression

### 3.3.1 Gesamtstichprobe

#### 3.3.1.1 Häufigkeit

144 (39,1%) der insgesamt 368 Aufnahmen männlicher Patienten mit Schizophrenie im Untersuchungszeitraum standen im Zusammenhang mit Fremdaggression in der Vergangenheit oder zum aktuellen Aufnahmezeitpunkt. Bei 96 (66,7%) der 144 Aufnahmen von Patienten mit Gewaltneigung war es bei der aktuellen Aufnahme oder im Zeitraum bis zu einer Woche davor zu Aggressionen seitens des Patienten gekommen. Bei 40 (27,8%) Aufnahmen lag keine Aggression vor, von acht (5,5%) Aufnahmen fehlten Angaben zu den Aufnahmeumständen.

Es zeigte sich ein signifikanter inverser Zusammenhang zwischen der Häufigkeit fremdaggressiver Vorkommnisse zum Aufnahmezeitpunkt und der zunehmenden Anzahl von Aufnahmen im Untersuchungszeitraum (Produkt-Moment-Korrelation $r=-.41$, $p<.05$). Während bei der ersten Aufnahme 73 (82,0%) von 89 Personen fremdaggressiv waren, traf dies bei der zweiten Aufnahme im Untersuchungszeitraum auf 16 (53,3%) von 30 Personen, bei der dritten Aufnahme auf fünf (45,4%) von elf Personen und bei der vierten

Aufnahme auf zwei (40,0%) von fünf Personen zu. Nach der vierten Aufnahme kam es bei keiner Person mehr zu Fremdaggressionen bei Aufnahme.

#### 3.3.1.2 Schweregrad

##### *3.3.1.2.1 Aggression bei Aufnahme*

Der Schweregrad aggressiver Vorfälle im Rahmen der Aufnahme sowie während der stationären Behandlung wurde mittels der Modified Overt Aggression Scale (MOAS) eingeschätzt (Summenwert 0-40 Punkte). Der durchschnittliche MOAS-Summenwert für aggressive Vorfälle im Rahmen der Aufnahme betrug 6,4 Punkte (s=6,1). Zu acht (5,6%) Aufnahmen konnten Aggressionen mangels ausreichender Informationen nicht eingeschätzt werden.

Neben der Berechnung des durchschnittlichen Schweregrads aggressiver Vorkommnisse wurde eine Kategorisierung der MOAS-Werte in „keine Aggression“ (0 Punkte), „leichte Aggression“ (0-10 Punkte), „mittelgradige Aggression“ (11-20 Punkte), „schwere Aggression“ (21-30 Punkte) und „schwerste Aggression“ (31-40 Punkte) vorgenommen. Für aggressive Vorfälle im Rahmen der stationären Aufnahme zeigt sich, dass die überwiegende Mehrheit der Vorfälle von einem geringen Schweregrad waren: Bei 64 (44,4%) Aufnahmen kam es zu Fremdaggression leichten Grades, bei 30 (20,8%) zu Fremdaggression mittleren Grades und lediglich bei vier (2,8%) zu Vorkommnissen, die schwerer Aggression entsprechen. Schwerste aggressive Vorkommnisse ereigneten sich nicht im Untersuchungszeitraum. Tabelle 17 zeigt den Schweregrad aggressiver Vorfälle im Rahmen der aktuellen Aufnahme.

Tab. 17: Aufnahme: Schweregrad aggressiver Vorfälle (MOAS)

| keine: | leichte: | mittelgradige: | schwere: | schwerste: |
|---|---|---|---|---|
| 0 Punkte | 1-10 Punkte | 11-20 Punkte | 21-30 Punkte | 31-40 Punkte |
| 38 (26,4%) | 64 (44,4%) | 30 (20,8%) | 4 (2,8%) | 0 (0,0%) |

Um Informationen über die Formen von Aggression zu erhalten, wurden die einzelnen MOAS-Skalen getrennt voneinander betrachtet. Die Auswertung der Skala „Verbale Aggression“ zeigte, dass es bei 31 (21,5%) Aufnahmen leichte verbale Aggression (Item 1: Schreit wütend herum, beschimpft andere oder beleidigt andere persönlich), bei 13 (9,0%)

verbale Aggression mittleren Grades (Item 2: Bösartige Beschimpfungen, schwer beleidigend, hat Zornesausbrüche), bei 27 (18,8%) Aufnahmen schwere verbale Aggression (Item 3: Impulsive Gewaltandrohungen gegenüber anderen oder sich selbst) und bei neun (6,3%) schwerste verbale Aggression (Item 4: Wiederholte oder gezielte (z.B. um Geld oder Sex zu erzwingen) Gewaltandrohungen gegenüber anderen oder sich selbst) kam. Abbildung 4 stellt den Schweregrad verbaler Aggression zum Aufnahmezeitpunkt dar.

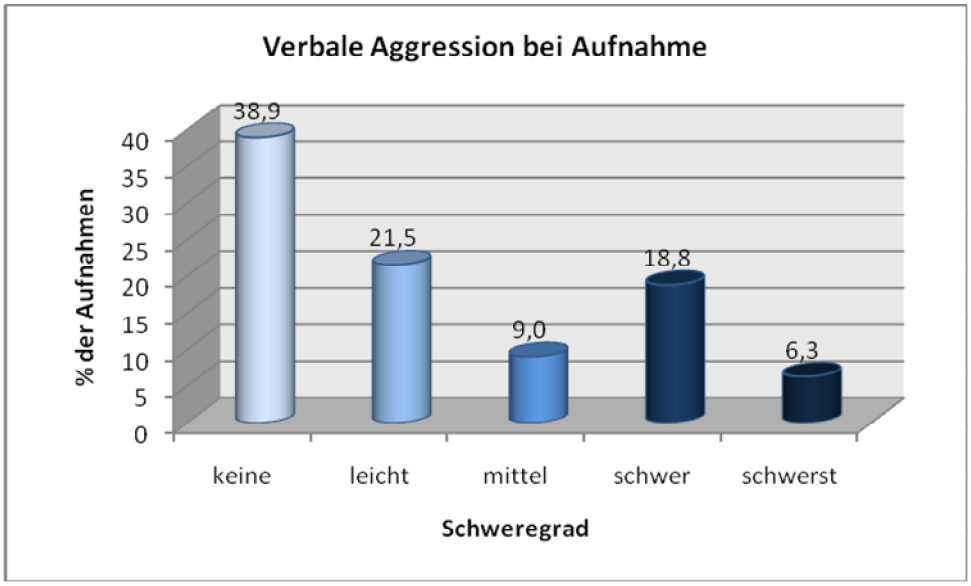



Abb. 4: Verbale Aggression bei Aufnahme

Auf der Skala „Aggressionen gegen Gegenstände“ waren bei fünf (3,5%) Aufnahmen leichte Aggressionen gegen Gegenstände (Item 1: Ärgerliches Türen zuschlagen, Zerreißen von Kleidung, urinieren auf den Boden), bei zwölf (8,3%) Aufnahmen Aggressionen mittleren Grades (Item 2: Wirft Gegenstände herunter, tritt gegen Möbel, verunstaltet Wände) und bei 27 (18,8%) Aufnahmen schwere aggressive Handlungen gegen Gegenstände (Item 3: Zerbricht Gegenstände, zerschlägt Scheiben) verzeichnet worden. Abbildung 5 zeigt den Schweregrad von Aggressionen gegen Gegenstände zum Aufnahmezeitpunkt.

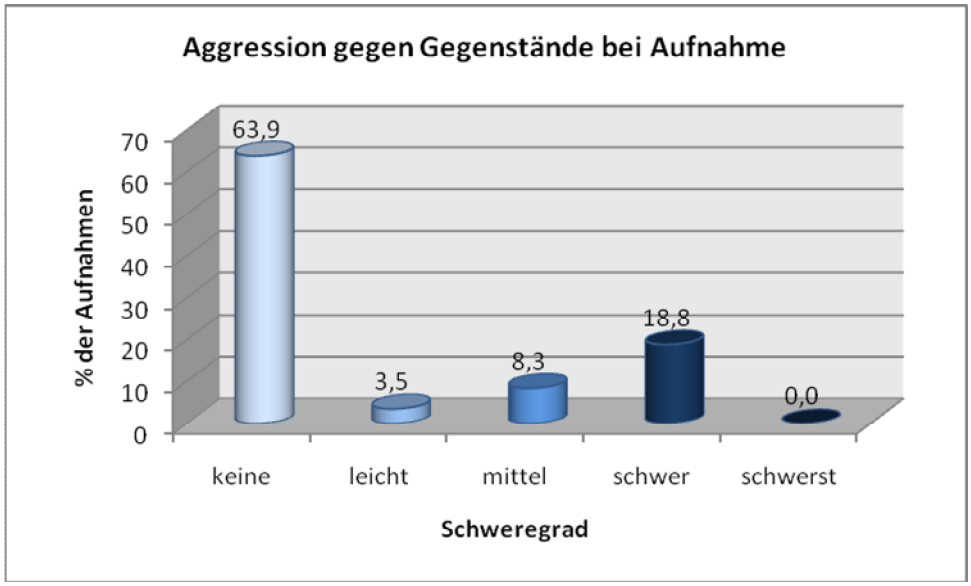



Abb. 5: Aggression gegen Gegenstände bei Aufnahme

Die Auswertung der Skala „Aggression gegen andere“ zeigte, dass es bei 27 (18,8%) Aufnahmen zu leichter körperlicher Aggression (Item 1: Macht bedrohliche Gesten, dringt auf Leute ein, rempelt, greift nach der Kleidung), bei 17 (11,8%) zu körperlicher Aggression mittleren Schweregrades (Item 2: Schlägt, tritt, stößt, kratzt andere, zieht sie an den Haaren (ohne Verletzungsfolgen)), bei 13 (9,0%) zu schwerer körperlicher (Item 3: Greift andere mit leichteren Verletzungsfolgen an (Beulen, Verstauchungen, Striemen usw.)) und bei einer (0,7%) Aufnahme zu schwerster körperlicher Aggression (Item 4: Greift andere mit ernsten Verletzungsfolgen an (Brüche, Verlust von Zähnen, tiefe Schnitte, Bewusstlosigkeit usw.)) kam. Abbildung 6 stellt den Schweregrad von Aggressionen gegen andere zum Aufnahmezeitpunkt dar.

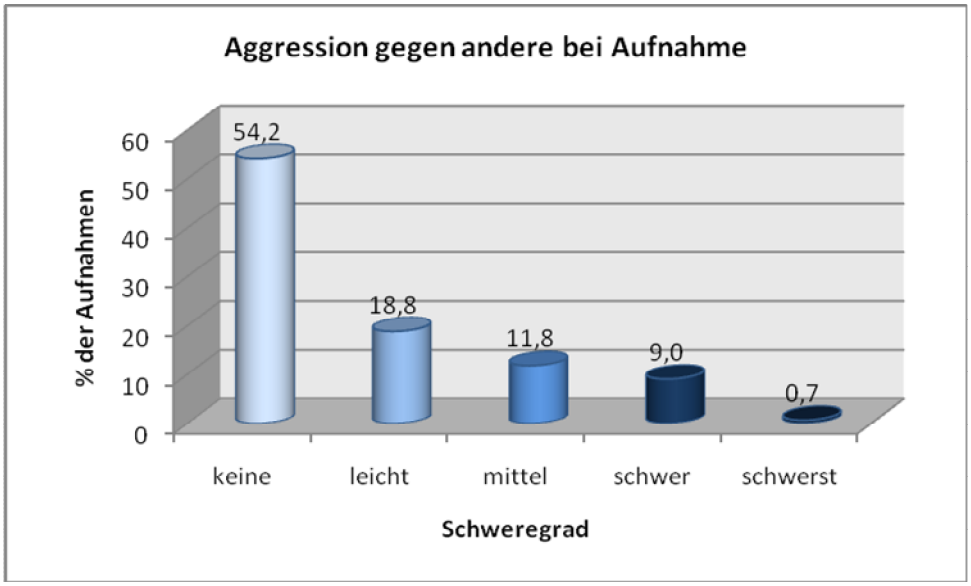



Abb. 6: Aggression gegen andere bei Aufnahme

Zu acht (5,6%) Aufnahmen lagen keine MOAS-Werte für Aggressionen im Rahmen der stationären Aufnahme vor.

#### *3.3.1.2.2 Aggression während des Aufenthalts*

Der durchschnittliche MOAS-Summenwert für aggressive Vorfälle während des stationären Aufenthalts betrug 4.0 Punkte (s= 5.5). Zu 18 (12.5%) Aufnahmen lagen keine MOAS-Werte vor.

Ähnlich wie aggressive Handlungen im Umfeld der Aufnahme waren auch aggressive Handlungen während des stationären Aufenthalts ganz überwiegend von geringem Schweregrad. Die Kategorisierung der MOAS-Werte zeigt, dass es bei 46 (31,9%) Aufnahmen zu aggressiven Handlungen leichten Schweregrades kam. bei 17 (11,8%) Aufnahmen zu aggressiven Handlungen mittleren Schweregrades und bei zwei (1,4%) zu schwergradigen aggressiven Handlungen. Schwerste Aggressionen wurden während keines stationären Aufenthalts im Untersuchungszeitraum verzeichnet. Tabelle 18 gibt eine Übersicht über den Schweregrad aggressiver Vorfälle während des Aufenthalts.

Tab. 18: Aufenthalt: Schweregrad aggressiver Vorfälle (MOAS)

| keine: 0 Punkte | leichte: 1-10 Punkte | mittelgradige: 11-20 Punkte | schwere: 21-30 Punkte | schwerste: 31-40 Punkte |
|---|---|---|---|---|
| 61 (42,4%) | 46 (31,9%) | 17 (11,8%) | 2 (1,4%) | 0 (0,0%) |

Äquivalent zu Aggressionen im Rahmen der Aufnahme wurden für Aggressionen während des stationären Aufenthalts die MOAS-Skalen getrennt betrachtet. Für die Skala „Verbale Aggression“ wurden während 20 (13,9%) Aufenthalten leichte verbale Aggressionen, während zwölf (8,3%) Aufenthalten mittelgradige verbale Aggressionen, während 23 (16,0%) Aufenthalten schwere verbale Aggressionen und während zwei (1,4%) Aufenthalten schwerste verbale Aggressionen verzeichnet. Abbildung 7 zeigt den Schweregrad verbaler Aggression während des Aufenthalts.

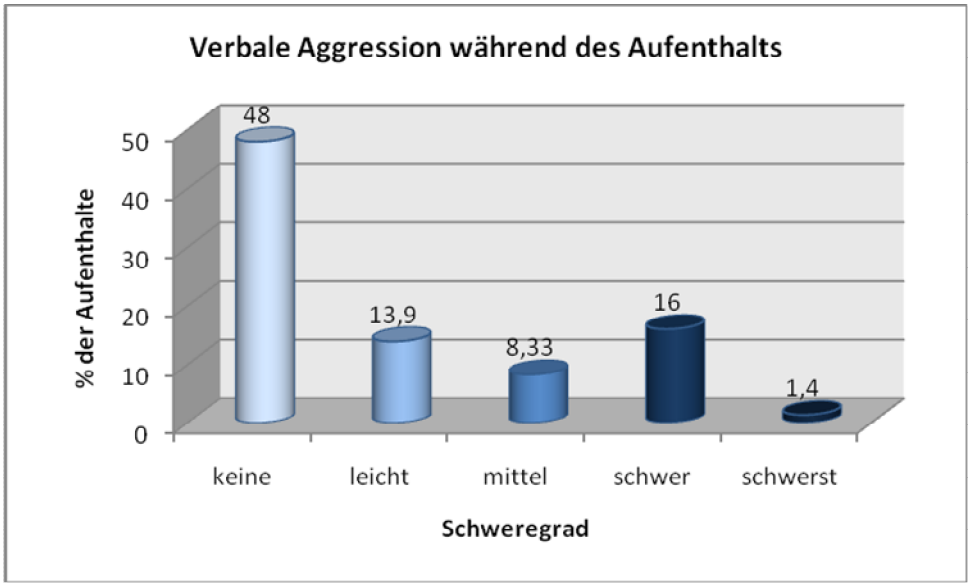



Abb. 7: Verbale Aggression während des Aufenthalts

Die Auswertung der Skala „Aggressionen gegen Gegenstände“ ergab, dass es während zehn (6,9%) Aufenthalten zu leichten Aggressionen gegen Gegenstände, während neun (6,3%) Aufenthalten zu mittelgradigen, während vier (2,8%) Aufenthalten zu schweren und während drei (2,1%) zu schwersten Aggressionen gegen Gegenstände kam. Abbildung 8 zeigt den Schweregrad von Aggressionen gegen Gegenstände im Aufenthaltszeitraum.

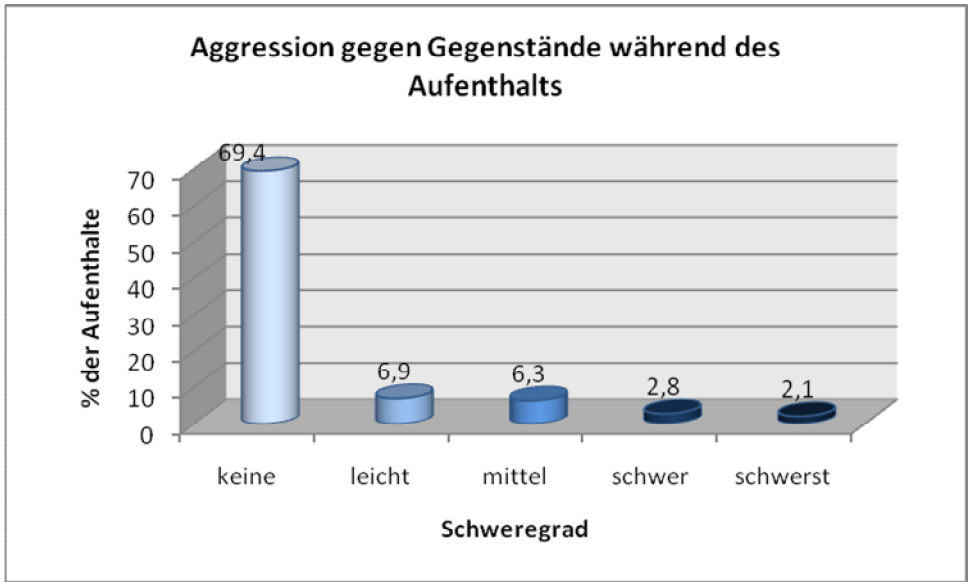



Abb. 8: Aggression gegen Gegenstände während des Aufenthalts

Die Auswertung der Skala „Aggression gegen andere“ zeigte, dass während 24 (16,7%) Aufenthalten leichte körperliche Aggression, während 14 (9,7%) Aufenthalten mittelgradige körperliche Aggression und während drei (2,1%) Aufenthalten schwerste körperliche Aggression auftrat. Abbildung 9 stellt den Schweregrad von Aggressionen gegen andere während des Aufenthalts dar.

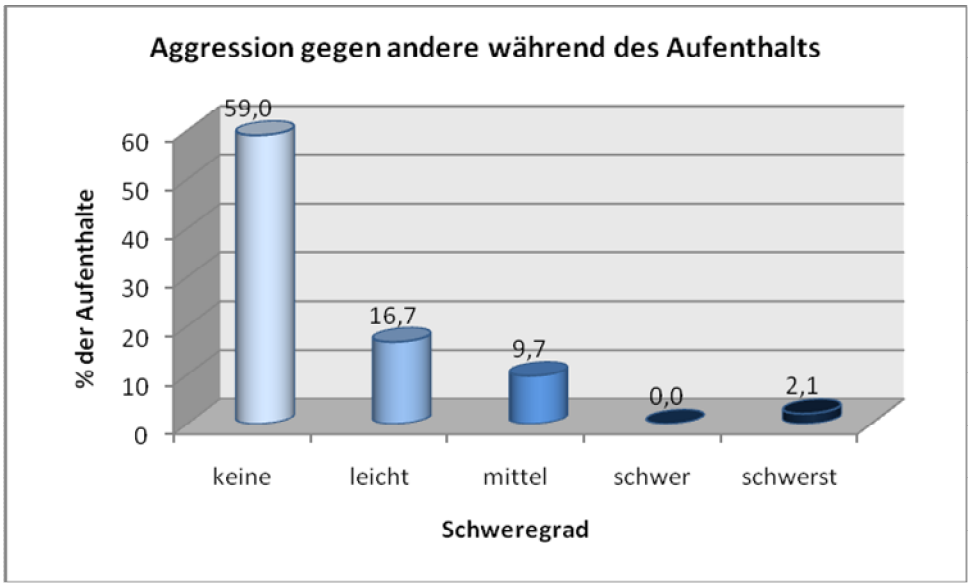



Abb. 9: Aggression gegen andere während des Aufenthalts

Zu 18 (12,5%) Aufenthalten lagen keine MOAS-Werte für Aggressionen im Rahmen des stationären Aufenthalts vor.

### 3.3.2 Vergleich der Teilstichproben

Häufigkeit und Schweregrad von Fremdaggressionen wurden getrennt für die Teilstichproben analysiert. Aufgrund der deutlichen Fallzahlunterschiede zwischen den Teilstichproben wurde von einer inferenzstatistischen Untersuchung abgesehen, die folgend berichteten Ergebnisse zu Gruppenunterschieden sind deskriptiv.

#### 3.3.2.1 Häufigkeit

Es wurden getrennt für die Teilstichproben die Daten der Aufnahmeumstände betrachtet, d.h. Fremdaggressionen im Zusammenhang mit der aktuellen Aufnahme bzw. in einem Zeitraum bis zu einer Woche vor der Aufnahme.

In der Gruppe der Teilnehmer kam es bei elf (73,3%) Aufnahmen im Rahmen der Aufnahme zu Fremdaggressionen, bei drei (20,0%) lagen keine Fremdaggressionen vor und bei einer (6,7%) Aufnahme waren die näheren Aufnahmeumstände unbekannt. In der Teilstichprobe der Verweigerer standen 47 (73,4%) Aufnahmen im Zusammenhang mit aktueller Fremdaggression, bei elf (17,2%) Aufnahmen war es nicht zu Fremdaggressionen gekommen und für sechs (9,4%) Aufnahmen lagen keine Angaben zu den Aufnahmeumständen vor. In der Gruppe der Nichtteilnehmer aus organisatorischen Gründen war es bei 22 (71,0%) Aufnahmen zu Fremdaggressionen gekommen, bei acht (25,8%) Aufnahmen kam es zu keinen Fremdaggressionen und zu einer (3,2%) Aufnahme waren die Aufnahmeumstände nicht bekannt. In der Gruppe der Nichtteilnehmer, die als nicht teilnahmefähig eingeschätzt wurden, lagen bei 17 (58,6%) Aufnahmen keine Fremdaggressionen vor und bei zwölf (41,4%) Aufnahmen war es zu Fremdaggressionen im Rahmen der Aufnahme gekommen. In der Teilstichprobe der Dropouts waren Fremdaggressionen im Rahmen von vier (80,0%) Aufnahmen bekannt, bei einer (20,0%) Aufnahme lag keine Fremdaggression vor.

Alle Patienten der Gesamtstichprobe wurden zum Gewaltverhalten in der Vergangenheit befragt. In der Teilstichprobe der Teilnehmer waren zehn (76,9%) Patienten in der Vergangenheit gewalttätig gewesen, drei (23,1%) Patienten zeigten beim aktuellen Aufenthalt erstmals Gewaltverhalten. In der Gruppe der Verweigerer waren 16 (40,0%) bislang nicht durch Gewalt aufgefallen, von 14 (35,0%) Patienten lagen keine Angaben vor und zehn (25,0%) Patienten waren in der Vergangenheit gewalttätig aufgefallen. Von den Nichtteilnehmern, die aus organisatorischen Gründen nicht erreicht werden konnten,

waren zehn (50,0%) noch nicht in der Vergangenheit gewalttätig gewesen, acht (40,0%) Patienten waren in der Vergangenheit durch Gewalt aufgefallen und von zwei (10,0%) Patienten lagen keine Angaben vor. In der Teilstichprobe der Patienten, die als nicht teilnahmefähig eingeschätzt wurden, war bei zehn (71,4%) Patienten kein Gewaltverhalten in der Vergangenheit bekannt, zwei (14,3%) Patienten waren in der Vergangenheit durch Gewalt aufgefallen und von zwei (14,3%) Patienten lagen keine Angaben vor. In der Gruppe der Dropouts war es bei einem (50,0%) Patienten in der Vergangenheit zu Gewaltverhalten gekommen und ein (50,0%) Patient war bislang nicht gewalttätig aufgefallen. Es zeigte sich ein statistisch tendenziell höherer Anteil nicht-auskunftsbereiter Patienten bzgl. vergangener Gewalttaten in der Gruppe der Nichtteilnehmer gegenüber den Teilnehmern ($\chi^2$=2,79; p=.09).

Weiterhin wurden rechtswidrige Taten, die zu Polizeikontakten, Strafanzeigen oder rechtskräftigen Verurteilungen geführt haben, über die Lebensspanne erfragt. In der Gruppe der Teilnehmer waren bei elf (84,6%) Patienten rechtswidrige Taten bekannt, bei zwei (15,4%%) gab es keinen Anhalt für rechtswidrige Taten. In der Teilstichprobe der Verweigerer lagen von 16 (40,0%) Patienten keine Angaben vor, 13 (32,50%) Patienten hatten keine rechtswidrige Taten begangen und von elf (27,5%) Patienten waren rechtswidrige Taten bekannt. In der Gruppe der Nichtteilnehmer aus organisatorischen Gründen hatten elf (55,0%) Patienten bereits rechtswidrig gehandelt, bei sieben (35,0%) Patienten waren keine rechtswidrigen Taten bekannt und von zwei (10,0%) Patienten lagen keine Angaben vor. In der Gruppe der Nichtteilnehmer, die als nicht teilnahmefähig eingeschätzt wurden, waren sieben (50,0%) Patienten nicht durch rechtswidrige Taten aufgefallen, sechs (42,9%) Patienten hatten in der Vergangenheit rechtswidrige Taten begangen und von einem (7,1%) Patienten lagen keine Angaben vor. In der Teilstichprobe der Dropouts waren bei zwei (100,0%) Patienten rechtswidrige Taten bekannt. Es zeigte sich ein statistisch tendenziell höherer Anteil nicht-auskunftsbereiter Patienten bzgl. rechtswidriger Taten in der Gruppe der Nichtteilnehmer gegenüber den Teilnehmern ($\chi^2$=3,05; p=.08). Eine Übersicht zu Häufigkeiten von Fremdaggression in den Teilstichproben gibt Tabelle 19.

Tab. 19: Häufigkeiten von Fremdaggression in den Teilstichproben

| | Teilnehmer | Verweigerer | Nichtteilnehmer aufgrund organisatorischer | Nichtteilnehmer aufgrund fehlender Teilnahmefähigkeit | Dropouts |
|---|---|---|---|---|---|
| Fremdaggression: Aufnahme | | | | | |
| Ja | 11 (73,3%) | 47 (73,4%) | 22 (71,0%) | 12 (41,4%) | 4 (80,0%) |
| Nein | 3 (20,0%) | 11 (17,2%) | 8 (25,8%) | 17 (58,6%) | 1 (20,0%) |
| Unbekannt | 1 (6,7%) | 6 (9,4%) | 1 (3,2%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) |
| Gewalt in Vorgeschichte | | | | | |
| Ja | 10 (76,9%) | 10 (25,0%) | 8 (40,0%) | 2 (14,3%) | 1 (50,0%) |
| Nein | 3 (23,1%) | 16 (40,0%) | 10 (50,0%) | 10 (71,4%) | 1 (50,0%) |
| keine Angaben | 0 (0,0%) | 14 (35,0%) | 2 (10,0%) | 2 (14,3%) | 0 (0,0%) |
| Rechtswidrige Taten i. V. | | | | | |
| Ja | 11 (84,6%) | 11 (27,5%) | 11 (55,0%) | 6 (42,9%) | 2 (100%) |
| Nein | 2 (15,4%%) | 13 (32,5%) | 7 (35,0%) | 7 (50,0%) | 0 (0,0%) |
| keine Angaben | 0 (0,0%) | 16 (40,0%) | 2 (10,0%) | 1 (7,1%) | 0 (0,0%) |

#### 3.3.2.2 Schweregrad

Der Schweregrad fremdaggressiver Vorkommnisse – gemessen über die MOAS, deren gewichteter Summenwert zwischen 0 und 40 Punkten liegt – wurde getrennt für die Teilstichproben betrachtet.

Der MOAS-Summenwert über alle Aufnahmen betrug in der Gruppe der Teilnehmer 9,0 Punkte (s=6,6), in der Gruppe aller Nichtteilnehmer 6,0 Punkte (s=6,0). Zudem wurden die durchschnittlichen MOAS-Summenwerte jeweils für die erste bzw. die letzte Aufnahme im Untersuchungszeitraum betrachtet. Es zeigt sich, dass in der Gruppe der Teilnehmer bei der ersten Aufnahme ein durchschnittlicher MOAS-Summenwert von 10,7 Punkten (s=6,3) vorlag, bei der letzten Aufnahme betrug der Wert durchschnittlich 8,3 Punkte (s=6,9). In der Teilstichprobe aller Nichtteilnehmer betrug der durchschnittliche Summenwert der

MOAS zum Zeitpunkt der ersten Aufnahme 7,5 Punkte (s=6,0), zum Zeitpunkt der letzten Aufnahme 6,7 Punkte (s=6,2). Die MOAS-Summenwerte für die erste Aufnahmen unterscheiden sich statistisch tendenziell zwischen Teilnehmern und Nichtteilnehmern (t=1,67; p =.098).

Neben dem MOAS-Summenwert wurde der MOAS-Wert für Fremdaggression gegenüber Personen (MOAS-Skala „Aggression gegen andere“) über alle Aufnahmen berechnet. Dieser lag in der Teilstichprobe der Teilnehmer im Durchschnitt bei 3,7 Punkten (s=4,6). In der Teilstichprobe aller Nichtteilnehmer lag der durchschnittliche Wert für Fremdaggression gegenüber Personen bei 3,0 Punkten (s=4,2). Ein Vergleich des Mittelwertes für Fremdaggression gegenüber Personen zum Zeitpunkt der ersten bzw. der letzten Aufnahme im Untersuchungszeitraum zeigt, dass in der Gruppe der Teilnehmer der durchschnittliche MOAS-Wert für Fremdaggression gegenüber Personen bei der ersten Aufnahme 4,4 Punkte (s=4,9), zum Zeitpunkt der letzten Aufnahme 3,0 Punkte (s=4,2) betrug. In der Teilstichprobe aller Nichtteilnehmer lag der Durchschnittswert für Fremdaggression gegenüber Personen bei der ersten Aufnahme bei 3,7 Punkten (s=4,3), bei der letzten Aufnahme bei 3,8 Punkten (s=4,5).

Zur Untersuchung des maximalen Schweregrads in den Teilstichproben wurde bei Mehrfachaufnahmen im Untersuchungszeitraum der höchste Summenwert jeder Person errechnet. Der Mittelwert aus den höchsten Summenwerten betrug in der Gruppe der Teilnehmer 10,8 Punkte (s=5,9). In der Gruppe der Verweigerer lag der höchste Summenscore im Durchschnitt bei 8,3 Punkten (s=5,2). In der Teilstichprobe der Patienten, die aus organisatorischen Gründen nicht erreicht werden konnten, betrug der Mittelwert der höchsten Summenwerte 6,9 Punkte (s=6,3). Für Patienten aus der Gruppe der Nichtteilnehmer aufgrund von Nichtteilnahmefähigkeit lag der Durchschnitt der höchsten Summenwerte bei 7,2 Punkten (s=6,2). In der Gruppe der Dropouts betrug der höchste Summenwert im Durchschnitt 15,0 Punkte (s=14,0). Tabelle 20 fasst die Ergebnisse zum Schweregrad von Fremdaggressionen in den Teilstichproben zusammen.

Tab. 20: Schweregrad von Fremdaggression in den Teilstichproben

| | Teilnehmer | Verweigerer | Nichtteilnehmer aufgrund organisatorischer Gründe | Nichtteilnehmer aufgrund fehlender Teilnahmefähigkeit | Dropouts |
|---|---|---|---|---|---|
| MOAS: Summenwert (M) | | | | | |
| alle Aufnahmen | 9,0 (s=6,6) | 6,0 (s=6,0) | | | |
| erste Aufnahme | 10,7 (s=6,3) | 7,5 (s=6,0) | | | |
| letzte Aufnahme | 8,3 (s=6,9) | 6,7 (s=6,2) | | | |
| MOAS: Skala Fremdaggression (M) | | | | | |
| alle Aufnahmen | 3,7 (s=4,6) | 3,0 (s=4,2) | | | |
| erste Aufnahme | 4,4 (s=4,9) | 3,7 (s=4,3) | | | |
| letzte Aufnahme | 3,0 (s=4,2) | 3,8 (s=4,5) | | | |
| MOAS: Maximalwert (M) | 10,8 (s=5,9) | 8,3 (s=5,2) | 6,9 (s=6,3) | 7,2 (s=6,2) | 15,0 (s=14,0) |

#### 3.3.2.3 Zusammenhänge von Gewalt und Teilnehmervariablen

Es wurden Zusammenhänge von Fremdaggression (MOAS) mit diversen Patientenvariablen, die im Interview mit den Studienteilnehmern erhoben wurden, untersucht. Dabei ergaben sich für die Gruppe der Teilnehmer keine signifikanten Zusammenhänge von Fremdaggression mit der Positivsymptomatik (PANSS), mit dem globalen Funktionsniveau (GAF) oder früher Traumatisierung (CTQ).

## 3.4 Fragestellung 3: Durchführbarkeit

**Kontaktaufnahme und Rekrutierung**

Insgesamt erwies es sich als schwierig, dass die Rekrutierung durch Mitarbeiter erfolgte, die nicht regelhaft auf den betreffenden Stationen klinisch tätig waren, sondern ausschließlich wissenschaftlich oder auf anderen Stationen der Kliniken tätig waren. Zum einen führte dies dazu, dass Patienten, die nur kurzfristig auf der Station waren, teilweise

nicht kontaktiert werden konnten, da diese in Abwesenheit des Mitarbeiters entlassen wurden. Zum anderen fehlte dadurch ein vertrauensvolles Verhältnis zwischen Patienten und Mitarbeiter und dies ließ nach den gewonnenen Erfahrungen potenzielle Teilnehmer eher zurückhaltend hinsichtlich einer Studienteilnahme sein. In gewissem Umfang konnte dies durch die Einbeziehung des behandelnden Arztes bei der Kontaktaufnahme ausgeglichen werden. Es bewährte sich ein Vorgehen, bei dem der Behandler den Studienmitarbeiter im Rahmen der täglichen Visite vorstellte und die Studienteilnahme empfahl. Nicht empfehlenswert hingegen war eine Kontaktaufnahme im Rahmen der oberärztlichen Visite, die häufig für die Patienten belastend war und eine Zustimmung zur Studienteilnahme eher unwahrscheinlich machte. Bei der Rekrutierung von Studienteilnehmern zeigte sich, dass die ganz überwiegende Mehrheit der Teilnehmer bereits im Rahmen der ersten Aufnahme im Untersuchungszeitraum einer Studienteilnahme zustimmte. Lediglich zwei von 13 Teilnehmern nahmen erst im Rahmen der zweiten stationären Behandlung teil. Die monetäre Aufwandsentschädigung erwies sich als probates Mittel, um Teilnehmer zu gewinnen. Insbesondere die unmittelbare Auszahlung einer Aufwandsentschädigung nach der Teilnahme an der strukturierten Befragung stellte für die typischerweise finanziell eher schlecht gestellten Patienten einen Anreiz dar, während die zeitlich verzögerte Auszahlung für die Teilnahme am Interventionsprogramm der Erfahrung nach nicht ausschlaggebend war für eine Entscheidung zur Studienteilnahme.

**Screening und Interview**

Für das Screening war ein Kriterium für Studieneinschluss das Vorliegen von Fremdaggressivität in den vergangenen fünf Jahren. Dieses Zeitkriterium hat sich als zu weit gefasst herausgestellt. Viele Patienten fielen zwar in der Vergangenheit fremdaggressiv auf, doch hatte sich seitdem die Symptomatik zum Teil stark verändert (z.B. Ängste oder deutliche Negativsymptomatik im Vordergrund). In der Folge wurden entsprechend dem Einschlusskriterium Patienten in die Stichprobe aufgenommen, deren aktuelles Gefährdungspotenzial dem klinischen Eindruck nach nicht erhöht war. Ein weiteres, zu adaptierendes Einschlusskriterium stellt der bislang gewählte Cut off-Wert der Modified Overt Aggression Scale (MOAS) dar, der mit einem Wert >0 in der vorliegenden Studie zum Einschluss in die Stichprobe führte. Hintergrund dieses weit

gefassten Aggressionskriteriums war, dass eine möglichst große Bandbreite potenzieller Risikopatienten untersucht werden sollte. Es zeigte sich jedoch, dass dadurch auch Patienten in die Stichprobe einbezogen wurden, deren Fremdaggressivität von sehr geringer Ausprägung war.

Im Rahmen des Interviews, in dem früheres Gewaltverhalten und gewaltrelevante Risikofaktoren erhoben wurden, gestaltete sich die Einschätzung einzelner Items teils schwierig. Den Studienmitarbeitern fehlten zum Teil für eine fundierte Einschätzung Hintergrundinformationen zu den Patienten bzw. mussten diese Informationen bei den entsprechenden Behandlern und beim Pflegepersonal eingeholt werden, was mit einem erheblichen Zeitaufwand verbunden war. Bei der Durchführung der Interviews wurde deutlich, dass eine solch ausführliche Befragung, wie sie in der vorliegenden Studie erfolgte, sich oft schwierig gestaltete aufgrund formaler Denkstörungen der Patienten. Die vorgesehene Mit-Einbeziehung des sozialen Umfelds der Patienten bei der Befragung gelang nur in Einzelfällen. Häufigste Gründe hierfür waren entweder, dass Teilnehmer einer Kontaktaufnahme zu Angehörigen nicht zustimmten oder dass die Teilnehmer keine Angehörigen angeben konnten.

**Interventionen**

Bei zehn (76,9%) von 13 Teilnehmern fanden Kontakte während der stationären Behandlung statt, durchschnittlich erfolgten pro Patient 1,7 Kontakte. Ambulante Kontakte im Klinikumfeld gelangen bei sechs (46,1%) von 13 Teilnehmern, im Durchschnitt waren dies 1,1 Kontakte pro Patient. Aufsuchende Kontakte im Wohnumfeld der Patienten waren bei sechs (46,1%) von 13 Teilnehmern möglich, durchschnittlich erfolgten 1,1 Kontakte. Telefonische Kontakte erfolgten bei drei (23,1%) von 13 Teilnehmern, durchschnittlich erfolgten 0,5 Telefonkontakte pro Patient. In der Gruppe der Dropouts gelang bei einem (50,0%) von zwei Patienten ein stationärer Kontakt, ambulante oder telefonische Kontakte fanden bei keinem der beiden Patienten statt. Die Interventionssitzungen dauerten in der Regel zwischen 20 und 30 Minuten, Telefonkontakte hatten in der Regel eine Dauer von ca. zehn Minuten. Die durchschnittliche Dauer der gesamten Interventionsteilnahme ab der stationären Aufnahme lag über alle Teilnehmer bei 258,8 Tagen (s=45,2). Die Dauer der

Interventionsteilnahme im ambulanten Rahmen nach Entlassung aus der stationären Behandlung betrug durchschnittlich 168,1 Tage (s=84,5).

In Fällen, in denen die regelmäßige Kontaktaufnahme gelang, bewährte sie sich als Mittel zum Aufbau einer therapeutischen Beziehung zum Patienten und trug zu einem guten Therapiebündnis bei. Neben Kontakten mit den Patienten selbst war auch die Integration des sozialen Umfelds der Patienten geplant. Dies gelang bei drei (23,1%) von 13 Teilnehmern, wobei in diesen Fällen die Mutter, die Lebensgefährtin bzw. ein Mitarbeiter einer psychosozialen Einrichtung in die Interventionen mit einbezogen wurden.

Die einzelnen Interventionsmodule, deren Auswahl entsprechend der individuell prominentesten Risikofaktoren geschah, wurden in unterschiedlicher Häufigkeit angewandt. Module zum Aggressions- und Ärgermanagement (Modul 1), zum Substanzkonsum (Modul 9), zur Erarbeitung alternativer Verhaltensweisen (Modul 2) sowie Module zur Erhöhung der Compliance (Modul 10) bzw. der Problemlösefähigkeit (Modul 4) fanden häufigeren Einsatz als andere Module. Eine Übersicht zur Anwendungshäufigkeit findet sich in Tabelle 21.

Tab. 21: Anwendungshäufigkeiten der Interventionsmodule

| Modul | Titel | Inhalt | Risikofaktor | Anwendungs-häufigkeit (Patienten) |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Ärger wahrnehmen & kontrollieren | Psychoedukation zur physischen Ärgerreaktion; Wahrnehmung von Ärger; Deeskalationsstrategien | Antisoziales Syndrom: Antisoziale Kognitionen & Antisoziales Persönlichkeitsmuster | 10 |
| 2 | Alternative Interpretationen und Verhaltens-weisen | Alternative Sicht- und Verhaltensweisen anhand von Beispielen; Entschärfende Bewertungen | Antisoziales Syndrom: Vorgeschichte antisozialen Verhaltens | 5 |
| 3 | Konsequenzen aggressiven Verhaltens erkennen | Analyse kurz- und langfristiger Konsequenzen | Antisoziales Syndrom: Vorgeschichte antisozialen Verhaltens | 4 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 4 | Ärger als lösbares Problem | Problemlösetraining | Antisoziales Syndrom: Antisoziale Kognitionen & Antisoziales Persönlichkeitsmuster | 5 |
| 5 | Soziale Kontakte aufnehmen und pflegen | Vorstellen regionaler Angebote | Soziales Umfeld, Freizeit/Erholung, Antisoziales Syndrom: Antisoziale Haltung | 1 |
| 6 | Gefühle angemessen ausdrücken | Vermittlung Kommunikationsregeln | Soziales Umfeld | 2 |
| 7 | Umgang mit aggressiven Situationen | Erarbeiten Ärgeranzeichen; „Rote Karte“ | Soziales Umfeld | 2 |
| 8 | Freizeit gestalten | Ressourcenaktivierung; Freizeitkarten; Planung positiver Aktivitäten | Freizeit/Erholung | 4 |
| 9 | Alkohol & Drogen | Motivational Interviewing; Analyse Vor- und Nachteile Substanzgebrauch | Substanzmissbrauch | 6 |
| 10 | Medikamente | Psychoedukation Pharmakotherapie; Umgang mit Nebenwirkungen | Compliance | 5 |
| 11 | Persönlicher Krisenplan | Frühwarnzeichen; Eigene und fremde Unterstützungsmöglich-keiten | Psychopathologie | Alle Teilnehmer (obligatorisch) |

Um qualitative Eindrücke von der Durchführbarkeit der verschiedenen Interventionsmodule zu erhalten, wurden Patienten nach ihrer Beurteilung der Module befragt und die praktischen Erfahrungen der Studienmitarbeiter erfasst.

Im Rahmen der Module 1 bis 4 zum Risikofaktor eines Antisozialen Verhaltensmusters zeigte sich, dass sich ein Großteil der Patienten vom eigenen aggressiven Verhalten distanzierte oder das Geschehene bagatellisierte. Dennoch nahmen nach eigener Aussage viele Patienten die Differenzierung der physischen Ärgerreaktionen, die Vermittlung möglicher Bewältigungsstrategien und möglicher Neubewertungen konflikthafter Situationen sowie die Erarbeitung individueller Konsequenzen aggressiven Verhaltens als hilfreich wahr. Aus den Rückmeldungen der Teilnehmer wurde deutlich, dass die Umsetzung von Bewältigungsstrategien im Alltag einem Großteil der Patienten gelang. Die lösungsorientierte Auseinandersetzung mit aggressiven Verhaltensweisen förderte zudem die Beziehungsaufnahme und das therapeutische Bündnis zwischen Patient und Studienmitarbeiter.

Das Modul 5 zum Risikofaktor geringer sozialer Involviertheit wurde mit einem Patienten durchgeführt unter Zuhilfenahme des Netzwerkes nachstationärer psychosozialer Versorgungsstrukturen. Darüber hinaus war der Patient während der (wiederholten) stationären Behandlung in ein stationäres Gruppenangebot zur Förderung sozialer Kompetenzen integriert und konnte so bei der Aufnahme neuer sozialer Kontakte unterstützt werden.

Das Modul 6 zum Risikofaktor Soziales Umfeld wurde mit zwei Patienten, bei einem unter Einbeziehung der versorgenden Mutter, durchgeführt. Bei einem Hausbesuch durch einen Studienmitarbeiter lag der Fokus insbesondere auf dem Risikofaktor "High Expressed Emotions", da in der Vergangenheit der intrafamiliäre Interaktionsstil zu verbal-aggressiven Eskalationen geführt hatte. Bei diesem wie auch bei einem weiteren Teilnehmer, mit dem das Modul 6 durchgeführt wurde, zeigte sich eine Interaktion mit einem weiteren Risikofaktor. Beide Patienten waren unter Substanzeinfluss gewalttätig geworden, weshalb ergänzend das entsprechende Modul zum Substanzmissbrauch durchgeführt wurde.

Das Modul 7, das ebenfalls den Risikofaktor Soziales Umfeld fokussiert, wurde mit zwei Studienteilnehmern durchgeführt. Ein Patient berichtete auch nach Abschluss des Moduls, sich nicht in der Lage zu fühlen, sich zu „beherrschen“. Techniken wie das Vereinbaren einer "roten Karte" zur Deeskalation aggressiver Situationen erlebte der Patient als wenig hilfreich. Deutlich wurde bei diesem Patienten eine geringe und im Rahmen der Kontakte nur geringfügig modifizierbare Einsichtsfähigkeit in das eigene aggressive Verhalten, da er

angab nur aggressiv zu sein, wenn er „im Recht“ sei. Der zweite Teilnehmer profitierte nach eigenen Angaben gut von den erarbeiteten Deeskalationsstrategien und wendete diese erfolgreich in seiner betreuten Wohngruppe an, in der es immer wieder zu Konflikten gekommen war.

Modul 8 fand Anwendung bei vier Teilnehmern mit psychosebedingten sozialen Defiziten, deutlichem sozialem Rückzug und Antriebsminderung oder wenig aktiver Freizeitgestaltung. Die Anregungen zur aktiven Freizeitgestaltung wurden von den Patienten angenommen, allerdings gelang die konkrete Umsetzung im Alltag den meisten Patienten nur begrenzt.

Eine Mehrheit der sechs Patienten, mit denen das Modul 9 durchgeführt wurde, bagatellisierte ihren Konsum von Alkohol und Drogen und sah diesen nicht im Zusammenhang stehend mit aggressiven Verhaltensweisen. Mögliche Konsequenzen und das Abwägen von Für und Wider des eigenen Suchtmittelmissbrauchs wurden als plausibel erachtet. Eine tatsächliche Abstinenz, wie sie von vielen Patienten zugesagt wurde, erschien den Erfahrungen der Studienmitarbeiter nach jedoch fraglich.

Inhalte des Moduls 10 wurden im Rahmen der Regelversorgung regelmäßig im Einzelgespräch oder in psychoedukativen Gruppen thematisiert. Bei fünf Teilnehmern mit fraglicher Medikamentenadhärenz wurde das Modul zusätzlich zur Wiederholung und Vertiefung des Wissens und möglicher Konsequenzen bei Nichteinnahme von Medikamenten angewendet. Aus den Rückmeldungen der Teilnehmer wurde deutlich, dass diese Wiederholung eher auf Ablehnung stieß, da die Inhalte bekannt seien.

Die Erörterung von Frühwarnzeichen, wie in Modul 11 vorgesehen, fand in den Kliniken ebenfalls im Rahmen der regelmäßig stattfindenden psychoedukativen Gruppen oder in Einzelgesprächen statt. Zusätzlich wurden im Rahmen der Interventionskontakte bei allen Studienteilnehmern diese Frühwarnzeichen sowie Bewältigungsstrategien für den Krisenfall in einem Krisenpass schriftlich festgehalten. Aus den Rückmeldungen der Teilnehmer wurde deutlich, dass die intensive Auseinandersetzung mit den eigenen Frühwarnzeichen und die individuelle Erarbeitung von Bewältigungsstrategien als hilfreich empfunden wurden.

# 4 Diskussion

## 4.1 Interpretation und Diskussion der Ergebnisse

Patienten mit Schizophrenie weisen ein gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöhtes Risiko für Gewalt und Delikte auf. Bislang existieren jedoch keine Programme zur Gewaltprävention für Patienten in allgemeinpsychiatrischer Behandlung und es ist nicht bekannt, inwieweit Gewaltprävention in der Allgemeinpsychiatrie bei dieser schwer zu erreichbaren Zielgruppe umsetzbar ist. In der vorliegenden Studie wurde deshalb die Machbarkeit von Gewaltprävention bei aus stationärer Behandlung entlassenen Patienten mit Schizophrenie und bekannter Aggressionsneigung explorativ untersucht. Als Indikatoren für die Machbarkeit wurden die Rekrutierungsraten ermittelt sowie qualitative Eindrücke von der Durchführbarkeit des gewaltpräventiven Interventionsprogramms und seiner Elemente gewonnen. Daneben wurden die Häufigkeit und der Schweregrad von fremdaggressiven Vorkommnissen im Rahmen der Aufnahme oder während des stationären Aufenthalts erhoben. Neben der Diskussion der weiter oben berichteten Ergebnisse werden an dieser Stelle Implikationen für zukünftige Forschungsvorhaben und die klinische Praxis abgeleitet.

**Stichprobencharakteristika**

Zur Charakterisierung der Stichproben wurden neben soziodemografischen Daten auch Daten zur Erkrankung und Behandlung erhoben. Das Durchschnittsalter in der Gesamtstichprobe war vergleichbar mit anderen Studien über fremdaggressive Patienten (Haddock et al. 2009; Hodgins et al. 2007). Patienten der Stichprobe waren in der überwiegenden Mehrheit ledig und lebten nur zu einem geringen Prozentsatz mit einer Partnerin oder der eigenen Familie zusammen. Dies deckt sich mit Befunden anderer Studien zu Gewalt bei psychiatrischen Patienten, die geringe Raten von Patienten in Partnerschaften berichten (Biancosino et al. 2009; Haddock et al. 2009; Swanson et al. 2000). Rund 30% der Patienten wohnten in institutioneller Umgebung, knapp ein Viertel lebte bei den Eltern. Einer Erwerbstätigkeit ging nur eine Minderheit in der Stichprobe nach, die überwiegende Mehrheit der Patienten bezog eine Rente oder Arbeitslosengeld

oder war anderweitig nicht erwerbstätig. Diese Befunde weisen wie auch andere Studien auf eine geringe soziale und berufliche Integration von Patienten mit Schizophrenie hin (Biancosino et al. 2009; Ketelsen et al. 2007; Steinert et al. 1999). Im Gegensatz zu Vorbefunden anderer, hauptsächlich US-amerikanischer Studien, war der Anteil von Patienten mit Migrationshintergrund in der vorliegenden Untersuchung eher gering und vergleichbar mit anderen europäischen Studien (Biancosino et al. 2009; Steinert et al. 1999).

Ein Blick auf die krankheitsbezogenen Variablen in der Gesamtstichprobe offenbart, dass wie in anderen Studien, in denen eine Differenzierung der schizophrenen Subtypen vorgenommen wurde (Steinert 1998; Steinert et al. 1999), die überwiegende Mehrheit der Patienten an einer paranoiden Schizophrenie erkrankt war, was entsprechend der Häufigkeit dieses Typs im Gesamtspektrum zu erwarten war. Dennoch weisen andere Studien darauf hin, dass paranoide mehr als andere schizophrene Symptome mit Gewalt assoziiert sind (Arango et al. 1999; Swanson et al. 2006). Die geschätzte Mindestdauer der Erkrankung ebenso wie die Anzahl der stationären Vorbehandlungen in der Stichprobe sind hoch. Dies deckt sich mit Befunden, dass gewalttätige Patienten länger erkrankt sind und Gewalt mit erhöhten Behandlungsraten einhergeht (Steinert 1998). Komorbide Diagnosen lagen bezüglich einer Alkoholabhängigkeit in rund einem Viertel der Fälle vor, ebenfalls bei einem Viertel war eine anderweitige Substanzabhängigkeit diagnostiziert. Vergleichbare Raten von komorbiden Missbrauchs- bzw. Abhängigkeitsdiagnosen lassen sich in anderen Studien zu gewalttätigen Patienten finden (Hodgins et al. 2007; Steadman et al. 1998; Steinert et al. 1999). Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung lag gesichert bei einem Patienten in der Stichprobe vor, ein Anteil, der deutlich niedriger als in vergleichbaren Studien ist (Swanson et al. 2000).

Die Auswertung der Daten zu Behandlungsvariablen in der Gesamtstichprobe verdeutlicht die Aggressionsproblematik der untersuchten Patientengruppe. Mehr als ein Drittel der stationären Aufnahmen erfolgte in Begleitung der Polizei. Knapp die Hälfte aller Aufnahmen beruhte auf einem richterlichen Beschluss. Dies deckt sich mit Befunden, dass aggressive Patienten signifikant häufiger unfreiwillig behandelt werden als nicht-aggressive Patienten (Biancosino et al. 2009; Soyka u. Ufer 2002). Die detaillierte Analyse der Aufenthaltsdauer zeichnet ein gemischtes Bild. Zwar betrug in mehr als der Hälfte der Behandlungen die Aufenthaltsdauer mehr als einen Monat, 18% der Behandlungen

dauerten jedoch unter einer Woche. Angesichts der Schwere der Erkrankung ist davon auszugehen, dass eine suffiziente Behandlung in solch einem kurzen Zeitraum selten möglich ist. Vielmehr ist anzunehmen, dass in einem Großteil dieser Fälle ein Therapieabbruch stattgefunden hat. Diese Annahme wird unterstützt durch die Daten, die zu den Entlassgründen vorliegen. Hier zeigt sich, dass etwa ein Drittel aller Aufnahmen seitens der Patienten abgebrochen wurde. Damit werden Befunde anderer Studien repliziert, die zeigen, dass gewalttätige Patienten wenig Behandlungsadhärenz und –motivation zeigen (Elbogen et al. 2006) und die Behandlung signifikant häufiger abbrechen als nicht-gewalttätige Patienten (Soyka u. Ufer 2002). Insgesamt decken sich die Befunde in der Gesamtstichprobe zu soziodemografischen Charakteristika und Krankheits- bzw. Behandlungsvariablen mit Befunden vergleichbarer Untersuchungen. Es ist daher davon auszugehen, dass die Gesamtstichprobe repräsentativ für Patienten mit Schizophrenie und Gewaltneigung ist und insofern die richtige Zielgruppe für die angestrebte Intervention darstellte.

Neben der Untersuchung der Gesamtstichprobe erfolgte auch eine differenzierte Betrachtung der Teilstichproben, die Teilnehmer, Verweigerer, Nichtteilnehmer aufgrund organisatorischer Gründe und Nichtteilnehmer aufgrund fehlender Teilnahmefähigkeit umfassten. Der Vergleich der Teilstichproben hinsichtlich soziodemografischer Variablen zeigt, dass die Teilnehmer gegenüber allen Nichtteilnehmern deutlich jünger waren und häufiger im Haushalt der Eltern lebten. Auch Swanson et al. (2000) berichten in ihrer Studie zur gewaltpräventiven Wirksamkeit von richterlich angeordneten Therapiemaßnahmen eine geringere Verweigerungsrate bei Patienten jüngeren Alters. Offensichtlich scheint gerade bei jüngeren Patienten die Motivation, an Interventionsprogrammen teilzunehmen, höher zu sein. Gewaltprävention sollte daher möglichst frühzeitig erfolgen, wenn noch keine „Chronifizierung“ aggressiven Verhaltens stattgefunden hat. Empfehlenswert wäre – wie an anderer Stelle bereits genannt – ein routinehaftes Gewaltscreening, um so Risikopatienten möglichst früh zu identifizieren. Auch sollten seitens der Behandler fremdaggressive Verhaltensweisen gerade bei jungen Patienten mit Schizophrenie nicht als einmalige Ereignisse abgetan oder aus falscher Rücksichtnahme unbeachtet bleiben, sondern als möglicher Beginn einer problematischen Entwicklung anerkannt werden.

Auf deskriptiver Ebene zeigten sich Unterschiede hinsichtlich der Wohnform zwischen Nichtteilnehmern aufgrund organisatorischer Gründe oder aufgrund fehlender Teilnahmefähigkeit und den anderen Gruppen. In diesen beiden Gruppen wurden augenscheinlich mehr Patienten professionell betreut. Dies überrascht nicht, zumal es sich gerade bei den Nichtteilnehmern aufgrund fehlender Teilnahmefähigkeit per definitionem um schwer chronisch erkrankte Patienten handelt, die häufig Unterstützung im Alltag benötigen. Auch die Gruppe der Nichtteilnehmer aufgrund organisatorischer Gründe bestand dem klinischen Eindruck nach zu einem bedeutenden Teil aus schwer erkrankten Patienten. Eine Erwerbsunfähigkeits- oder Altersrente bezogen in der Gruppe der Verweigerer deutlich weniger Personen als in den anderen Teilstichproben.

Bei der differenzierten Betrachtung der Krankheits- und Behandlungsvariablen zeigte sich, dass die Gruppe der Teilnehmer im Vergleich zu den Nichtteilnehmern eine kürzere Erkrankungsdauer aufwies. Diese ist sicherlich vor allem durch das geringere Durchschnittsalter (s.o.) der Teilnehmer zu erklären. Die längste Erkrankungsdauer lag in der Gruppe der Nichtteilnehmer aufgrund fehlender Teilnahmefähigkeit vor. Hier mag die Residualsymptomatik, die sich über einen langen Krankheitsverlauf entwickeln kann, die Teilnahmefähigkeit eingeschränkt haben. Aufnahmen in Polizeibegleitung waren in allen Teilstichproben häufig, einzige Ausnahme bildeten die Nichtteilnehmer aufgrund fehlender Teilnahmefähigkeit, von denen nur ein geringer Anteil in Polizeibegleitung zur stationären Aufnahme kam. Zur freiwilligen Aufnahme in die stationäre Behandlung kam es bei der Mehrheit der Patienten in den Teilstichproben der Nichtteilnehmer aufgrund organisatorischer Gründe oder aufgrund fehlender Teilnahmefähigkeit. Im Gegensatz dazu basierte in den Teilstichproben der Teilnehmer wie auch der Verweigerer die Behandlung in rund der Hälfte der Fälle auf einem richterlichen Beschluss. Teilnehmer wurden dabei deutlich häufiger nach dem Unterbringungsgesetz (UBG) untergebracht als Verweigerer. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer für die stationäre Behandlung unterschied sich zwischen Teilnehmern und Nichtteilnehmern deutlich. Patienten, die an der Studie teilnahmen, waren deutlich länger in stationärer Behandlung, als Patienten, die nicht an der Studie teilnahmen. Auch brachen Teilnehmer sehr viel seltener die Behandlung frühzeitig ab als dies in den anderen Teilstichproben der Fall war. Die ganz überwiegende Mehrheit der Teilnehmer wurde regulär entlassen, während in den anderen Teilstichproben ein bedeutsamer Anteil der Behandlungen seitens der Patienten vorzeitig

abgebrochen wurden. In der Gruppe der Nichtteilnehmer aufgrund organisatorischer Gründe fanden gar 40% der Behandlungen ein vorzeitiges, von Seiten der Patienten herbeigeführtes Ende. Dies belegt die Schwierigkeiten, Risikopatienten mit geringer Behandlungsmotivation zu erreichen. Andererseits ist es auch möglich, dass die Teilnahme an dem angebotenen Programm die Behandlungsbereitschaft insgesamt verbesserte und einem vorzeitigen Behandlungsabbruch bei den Teilnehmern entgegengewirkt haben mag.

Ein gesetzliches Betreuungsverhältnis lag bei einem Großteil der Patienten in allen Teilstichproben vor. Einzig die Gruppe der Nichtteilnehmer aufgrund organisatorischer Gründe sticht hier hervor, in der für weniger als die Hälfte der Patienten eine gesetzliche Betreuung bestand.

Es wurden für die Teilnehmer zudem die Daten aus dem Interview zu Risikofaktoren für Gewalt ausgewertet. Der durchschnittliche GAF-Wert von 42,5 Punkten zeigt, dass die Teilnehmer beeinträchtigt sind in ihrer Lebensführung, was jedoch angesichts einer schizophrenen Erkrankung nicht überrascht. Vielmehr bildet dieser Wert ein für an Schizophrenie erkrankte Menschen relativ hohes Funktionsniveau in der Teilnehmergruppe ab. Dies mag mit der kürzeren Erkrankungsdauer der Teilnehmer im Zusammenhang stehen. Ein mit 47 Punkten vergleichbares Funktionsniveau der Studienteilnehmer berichten auch Swanson et al. (2000). Eine Beeinträchtigung zeigte sich auch hinsichtlich des Risikofaktors Positivsymptomatik, die in der Teilnehmergruppe mittelgradig ausgeprägt war. Zum Interviewzeitpunkt befanden sich die Patienten noch in stationärer Behandlung aufgrund einer akuten psychotischen Phase, eine geringe Ausprägung der Symptomatik war demnach nicht zu erwarten.

Der Frage nach frühen Traumatisierungen als möglicher Risikofaktor für Gewalt wurde mittels des CTQ in Interviewform nachgegangen. Die Rolle früher Traumatisierungen bei der Entwicklung von Gewaltverhalten ist bislang nicht eindeutig geklärt, auch wenn Hinweise bestehen, dass eigene frühe Gewalterfahrungen mit diesem in Zusammenhang stehen (Elbogen u. Johnson 2009; Heads et al. 1997; Rosenberg et al. 2007). Die Befunde der vorliegenden Studie zeigen, dass alle Teilnehmer mindestens eine negative Erfahrung in der Kindheit angaben, der Großteil der Teilnehmer aber nur einzelnen Items zustimmte. Eindeutige Zustimmung zu Fragen nach emotionalem, physischem oder sexuellen Missbrauch zeigte sich nur bei einem kleinen Teil der Patienten.

Die zusammenfassende Erhebung der Risikofaktoren mittels des HCR-20 zeigt, dass bei allen Teilnehmern gewaltassoziierte Risikofaktoren vorlagen. Dies belegt, dass es gelungen ist, Patienten zu gewinnen, die ein Risikopotenzial inne haben. Die genannten Befunde beruhen auf einer kleinen Fallzahl und können somit nur als Hinweisgeber für zukünftige Studien dienen. Ein Vergleich der verschiedenen Teilstichproben hinsichtlich der genannten Variablen war an dieser Stelle nicht möglich, da sich fast ausschließlich Patienten aus der Teilnehmergruppe zum Interview bereit erklärten. Ziel zukünftiger Studien sollte daher eine Erhebung gewaltrelevanter Variablen an größeren Stichproben und die weitere Differenzierung von Teilnehmern bzw. Nichtteilnehmern hinsichtlich dieser Variablen sein.

**Fragestellung 1: Wie stellt sich die Rekrutierbarkeit von Studienteilnehmern für ein gewaltpräventives Interventionsprogramm in der Allgemeinpsychiatrie dar?**

Der Frage nach der Rekrutierbarkeit wurde durch die Ermittlung der Teilnahmeraten bzw. der Dropoutraten nachgegangen. Die ermittelten Zahlen erscheinen zunächst ernüchternd. Mit 16,9 % erklärte sich nur ein geringer Teil der in Frage kommenden Patienten zur Studienteilnahme bereit. Die Zahl belegt die schwierige Erreichbarkeit von Patienten mit schizophrenen Erkrankungen und Gewaltneigung. Auch Steadman et al. (1998) berichten in einer Studie zu Gewalt und Major Mental Disorders die höchsten Verweigererraten in der Gruppe schizophren erkrankter Patienten. Die potenziellen Studienteilnehmer rekrutieren sich aus einer Patientengruppe, die zahlreiche Risikofaktoren in sich vereint und allgemein schlecht in das Gesundheitssystem eingebunden ist. So fanden beispielsweise Elbogen et al. (2006) einen inversen Zusammenhang von Gewalt mit Behandlungsadhärenz und Behandlungsmotivation. Ein weiterer Grund für die geringe Teilnahmerate ist möglicherweise der mit einer Spanne von acht Monaten relativ kurze Rekrutierungszeitraum. Patienten wurden in diesem Zeitraum meist nur einmal stationär aufgenommen und konnten ergo meist nur einmal kontaktiert werden. Der Rekrutierungszeitraum war durch die insgesamt deutlich längere Gesamtlaufzeit der Studie, die sich durch das sechsmonatige Follow-up nach der Rekrutierung ergibt, limitiert. Aus finanziellen Gründen war für die vorliegende Studie eine längere Laufzeit nicht möglich, sollte für zukünftige Studien aber in Erwägung gezogen werden, um so größere Stichproben zu erreichen.

Im Vergleich wurde die bereits zitierte Studie von Haddock et al. (2009), in der ebenfalls kognitiv-behaviorale Interventionen zur Gewaltreduktion erprobt wurden, über einen Zeitraum von vier Jahren an insgesamt fünf Studienzentren durchgeführt. Zudem wurden dabei nicht nur Patienten in stationärer, sondern auch in ambulanter Behandlung rekrutiert. Dennoch gelang es den Autoren nur eine relativ kleine Stichprobe von N=68 zu rekrutieren. Die geringe Teilnahmerate in der vorliegenden Studie mag weiterhin durch das Vorgehen bei der Rekrutierung erklärbar sein. Die vor Ort tätigen Studienmitarbeiter waren nicht fest auf den betroffenen Stationen integriert, sondern waren nur sporadisch auf den Stationen präsent. Durch diesen Umstand konnten manche Patienten aus organisatorischen Gründen nicht erreicht werden, zu denen durch Stationsmitarbeiter vor Ort möglicherweise ein Kontakt gelungen wäre. Neben den organisatorischen Gründen stellte unseres Erachtens auch die Sonderstellung des Studienmitarbeiters ein Hindernis für die Teilnahme dar. Die Kontaktaufnahme durch einen externen Mitarbeiter, zu dem kein Vertrauensverhältnis bestand, mag bei einem Teil der Patienten die Studienteilnahme verhindert haben. In zukünftigen Studien scheint die stärkere Einbindung von Mitarbeitern der jeweiligen Stationen, wie z.B. des Pflegepersonals, in die Rekrutierung sinnvoll. Diese haben kontinuierlichen und engen Kontakt zu den Patienten während der stationären Behandlung. Zudem sind den Mitarbeitern der Stationen häufig Patienten aus Voraufenthalten bekannt. Die Thematisierung von Fremdaggressionen in der Vergangenheit oder von aktuellen Gewaltvorkommnissen auf der Station scheint für das Stationspersonal mit weniger Schwierigkeiten behaftet als für einen externen, dem Patienten gänzlich unbekannten Mitarbeiter. Eine erfolgreiche Rekrutierung und damit eine Erhöhung der Teilnahmeraten erscheint auf diesem Wege aussichtsreich.

Die genannten Befunde verdeutlichen die Schwierigkeiten, mit denen Untersuchungen zu Gewalt bei Schizophrenie im Allgemeinen konfrontiert sind. In der vorliegenden Machbarkeitsstudie nahmen von allen 368 Aufnahmen männlicher Patienten mit ICD-10 F2-Diagnosen im Untersuchungszeitraum 12 Patienten und damit 3,3% der Patienten über den gesamten Interventionszeitraum teil. Um ausreichend große Stichproben für randomisiert-kontrollierte Studien zu erhalten, ist demnach ein großer Patientenpool vonnöten, aus dem Teilnehmer rekrutiert werden können. Legt man die Zahlen der vorliegenden Studie zugrunde, so müssten für eine Stichprobe von 120

Studienteilnehmern rund 3500 bis 4000 Personen gescreent werden. Dies ist nicht durch einzelne Forschungszentren leistbar. Es erscheint sinnvoll, Studien zu Gewalt bei Schizophrenie zukünftig in nationalen oder internationalen Forschungsverbünden und mit einem multizentrischen Rekrutierungsansatz durchzuführen, um den Schwierigkeiten bei der Rekrutierung von Risikopatienten zu begegnen. Auch der Einschluss von weiblichen Patienten, die zwar seltener strafrechtlich relevante Delikte begehen als Männer (Soyka u. Ufer 2002; Steinert 1998), aber dennoch ein erhöhtes Gewaltrisiko haben (Brennan 2000; Dean et al. 2006; Fazel, Gulati et al. 2009), ist zu erwägen.

Die Aufschlüsselung der Gründe für eine Nichtteilnahme zeigt, dass mit rund 45% ein bedeutsamer Teil der Patienten die Teilnahme aktiv verweigerte. Dies geschah am häufigsten aufgrund einer Bagatellisierung oder Leugnung des eigenen aggressiven Verhaltens. Diese Subgruppe bildet eben jene Patienten ab, die wenig einsichtsfähig und kontaktbereit sind. Diese Patienten zu erreichen, stellt nicht nur in Hinblick auf Gewaltprävention eine Herausforderung für die Allgemeinpsychiatrie dar und es gilt, diese Patienten zukünftig besser in das Gesundheitssystem einzubinden. Mögliche Ansatzpunkte könnten aufsuchende Kontakte im häuslichen Umfeld der Patienten sein, die kontinuierlichere und engmaschigere Kontakte zu den Patienten ermöglichten und mit denen unter Umständen einem Behandlungsabbruch seitens des Patienten aktiv begegnet werden könnte. Auch monetäre Anreize für eine verlässliche Terminwahrnehmung sind bei diesen typischerweise finanziell schlecht gestellten Patienten zu erwägen ebenso wie materielle Anreize in Form von z.B. Zigaretten, Kaffee oder Süßigkeiten, die bei der Terminwahrnehmung vor Ort ausgegeben werden könnten. Auch eine stärkere Einbindung von Betreuungspersonen, wie gesetzlicher Betreuer oder des Wohnheimpersonals in die Behandlung scheint sinnvoll. Diese haben meist regelmäßigen Kontakt zu den Patienten und können so Veränderungen im Verhalten des Patienten frühzeitig bemerken. Durch einen noch engeren Austausch mit den behandelnden Ärzten ließen sich möglicherweise Behandlungsabbrüche verhindern.

Neben Patienten, die die Teilnahme aktiv verweigerten, rekrutiert sich eine weitere Gruppe von Nichtteilnehmern aus Patienten, die aus organisatorischen Gründen nicht kontaktiert werden konnten. Gründe hierfür waren sehr kurze Aufenthaltsdauern oder eine rasche Verlegung in andere Kliniken. Es ist davon auszugehen, dass sich hinter Patienten mit sehr kurzen Aufenthaltsdauern weitere potenzielle Verweigerer verbergen,

die die Behandlung abgebrochen haben. Eine dritte Gruppe von Nichtteilnehmern bilden Patienten, deren Teilnahmefähigkeit langfristig als nicht gegeben anzusehen war. Hierunter wurden neben Patienten, die der deutschen Sprache nicht mächtig waren, vor allem solche Patienten subsummiert, die kognitiv deutlich beeinträchtigt waren oder deren überdauernde Fremdaggressivität eine Teilnahme an den Interventionen unmöglich machte. Zwar handelt es sich bei dieser Gruppe mit knapp 16% nur um einen kleinen Teil der Stichprobe, dennoch gilt es in Erwägung zu ziehen, inwieweit auch stärker behinderte Patienten erreicht werden können. Ein kognitiv-behavioraler Ansatz, wie er in der vorliegenden Studie verfolgt wurde, scheint für diese Patienten weniger geeignet. Möglicherweise wäre eine stärkere Einbeziehung des Beziehungssystems der Patienten Erfolg versprechend, wie z.B. die Zusammenarbeit mit Mitarbeitern in Wohnheimen oder mit pflegenden Familienangehörigen. Positiv hervorzuheben ist die geringe Dropoutrate von 2,3% in der Gesamtstichprobe. Diese zeigt, dass es möglich ist, auch schwierige Patienten längerfristig im therapeutischen Kontakt zu halten und in das Gesundheitssystem zu integrieren. Insgesamt muss konstatiert werden, dass sich Gewaltprävention in der Allgemeinpsychiatrie mit geringen Teilnahmeraten, die zum einen auf die aktive Verweigerung seitens der Patienten zum anderen auf teils sehr kurze Aufenthaltsdauern der Patienten zurückzuführen sind, konfrontiert sieht. Eine hohe Teilnahmerate war angesichts der problematischen Patientenklientel a priori nicht zu erwarten und ist auch zukünftig nicht wahrscheinlich. Durch Modifikationen im Vorgehen bei der Rekrutierung (s.o.) erscheint eine substanzielle Erhöhung der Teilnahmeraten jedoch aussichtsreich. Positiv zu beurteilen ist, dass es gelungen ist, Patienten zu gewinnen, die ein bedeutsames Ausmaß an Fremdaggressivität zeigen und damit der avisierten Risikogruppe entsprechen. Die deskriptive Untersuchung des Schweregrads von Gewalt in den Teilstichproben belegte für die Teilnehmer eine deutlich höhere Fremdaggressivität (MOAS-Summenwert) als für die Nichtteilnehmer. Auch die durchschnittlich höchsten Summenwerte pro Person erbrachten höhere Werte in der Gruppe der Teilnehmer bzw. Dropouts als in der Gruppe der Nichtteilnehmer. Diese Befunde sind ein Hinweis darauf, dass es sich bei den Patienten, die für die Studienteilnahme gewonnen werden konnten, keineswegs - wie vermutet werden könnte – um weniger gewalttätige oder sozial besser angepasste Patienten handelt als Patienten, die nicht an der Studie teilnahmen.

Trotz der genannten Schwierigkeiten lohnt es, der Gewalt- und Deliktprävention auch bei einer durchschnittlich relativ geringen Teilnahmerate weiterhin Aufmerksamkeit zu widmen. Fremdaggressive Verhaltensweisen haben oft gravierende Folgen für Opfer und Täter, so dass selbst die Prävention bei einem relativ geringen Teil der Population sinnvoll ist. Zukünftig gilt es Interventionsangebote weiterzuentwickeln und in der Praxis zu implementieren. Ziel fortführender Studien sollte daher die Erhöhung der Teilnahmeraten und die weitere Anpassung des Interventionsangebots an die Bedürfnisse der Zielgruppe sein. Eine solche Anpassung könnte beispielsweise durch die Ausweitung der Interventionsmodule, die in der vorliegenden Machbarkeitsstudie am häufigsten Anwendung fanden (z.B. Module zum Ärger- und Aggressionsmanagement, zur Compliance oder zum Substanzkonsum; vgl. Punkt 3.4) erfolgen. Auch ein weniger manualisiertes Vorgehen zugunsten einer stärkeren Berücksichtigung der individuellen Themen, die der Patient als relevant erachtet, ist zu erwägen. Letzteres böte unter Umständen die Möglichkeit, auch misstrauische oder das eigene Gewaltverhalten bagatellisierende Patienten zu erreichen und eine therapeutische Beziehung zu diesen auszubauen, die die Thematisierung von Gewalt zu einem späteren Zeitpunkt zuließe.

**Fragestellung 2: Wie stellen sich Häufigkeit und Schweregrad von Fremdaggression in der Allgemeinpsychiatrie dar?**

Von allen erfassten Aufnahmen von Patienten mit schizophrenen Erkrankungen im Untersuchungszeitraum waren 39,1% durch Patienten mit bekannter Aggressionsneigung verursacht. Dies zeigt, dass ein bedeutsamer Anteil der stationären Aufnahmen in der Allgemeinpsychiatrie auf Patienten mit bekannter Aggressionsneigung zurückzuführen ist. Haddock et al. (2009) berichten mit einem Anteil fremdaggressiver Patienten von 33,2% eine vergleichbare Größenordnung. Zu Fremdaggressivität im Zusammenhang mit der aktuellen Aufnahme kam es bei mehr als 66% der Aufnahmen von Patienten mit bekannter Aggressionsneigung. Beobachtbar war ein signifikanter negativer Zusammenhang zwischen der Anzahl der Aufnahmen im Untersuchungszeitraum und Gewaltvorkommnissen zum Aufnahmezeitpunkt. Während zum Aufnahmezeitpunkt der ersten stationären Behandlung noch 82% der Patienten fremdaggressives Verhalten zeigten, nahm dieser Anteil mit zunehmender Aufnahmezahl deutlich ab. Dies deckt sich mit anderen Studienergebnissen, die eine unzureichende Behandlung als Risikofaktor für

Gewalt fanden (Elbogen et al. 2006; Haller et al. 2001; Swanson et al. 1997) bzw. zeigen konnten, dass mit zunehmender Dauer der neuroleptischen Behandlung die Gewaltraten abnehmen (Steinert, Sippach et al. 2000). Die Ergebnisse verdeutlichen die Wichtigkeit einer suffizienten Behandlung und einer besseren Anbindung von Risikopatienten an das Gesundheitssystem. Bei der bislang unzufrieden stellenden Versorgung dieser problematischen Klientel sollten neue Wege beschritten werden. Möglichkeiten wären unter anderem finanzielle Anreize oder intensivere Betreuungsangebote (z.B. aufsuchende Kontakte im häuslichen Umfeld), um so diese häufig wenig intrinsisch behandlungsmotivierten Patienten zu erreichen.

Die fremdaggressiven Vorkommnisse im Rahmen der stationären Aufnahme oder während des Aufenthalts waren zu einem ganz überwiegenden Teil von geringem Schweregrad. Die detaillierte Analyse des MOAS-Gesamtwertes zeigt, dass die meisten aggressiven Vorkommnisse leichter oder mittlerer Ausprägung waren. Zu schwerer Aggression kam es nur bei knapp 3% der Aufnahmen, zu schwerster Aggression kam es nicht im Untersuchungszeitraum. Dies lässt sich äquivalent in anderen Studien zu Gewalt bei Schizophrenie finden (Arango et al. 1999; Steinert 1998). Auch die Betrachtung der verschiedenen Aggressionsformen – verbal, gegen Objekte oder gegen Personen gerichtet – verdeutlicht, dass schwere Ausformungen nur in seltenen Fällen passieren. Äquivalent zur Fremdaggression im Rahmen der Aufnahme stellt sich selbige auch für den Zeitraum während des stationären Aufenthalts dar. Schwergradig ausgeprägte Fremdaggression tritt nur in sehr geringer Zahl auf. Dies ist zum einen auf die Wirkung der Behandlung zurückzuführen, zum anderen auch auf den Behandlungsrahmen. So rekrutierte sich die Mehrheit der Stichprobe aus Personen, die auf einer geschützten Intensivstation behandelt wurden. Dort verhindern die personellen und räumlichen Gegebenheiten eine Eskalation von Fremdaggression. Trotz der relativ leichtgradigen manifesten Fremdaggression sollte das Aggressionsverhalten in der Stichprobe nicht bagatellisiert werden. Auch Fremdaggression von geringerer Ausprägung oder Einzelfälle von schwerer Fremdaggression bedeuten eine Belastung für die davon Betroffenen, bei denen es sich in der Gemeinde in der Regel um Angehörige, im Behandlungssetting um Klinikpersonal handelt. Auch können leichtere aggressive Vorkommnisse eine Vorstufe zu schwerer Gewalt darstellen. Nur selten kommt es sofort zu schwerwiegenden, strafrechtlich relevanten Aggressionen, vielmehr geht diesen oft eine Entwicklung mit weniger

schwerwiegenden Fremdaggressionen voran. So konnten Hodgins u. Müller-Isberner (2004) zeigen, dass forensische Patienten mit Schizophrenie vor der Verurteilung eine bedeutsame Anzahl fremdaggressiver, in einem Großteil aber nicht-gewalttätiger Zwischenfälle verursachte. Diese zeigten zudem im Gegensatz zu allgemeinpsychiatrischen Patienten häufig ein stabiles Muster von Problemverhalten vor dem Lebensalter von 18 Jahren, welches die Wahrscheinlichkeit straffällig zu werden um den Faktor 5,8 erhöhte. Es gilt diese problematische Entwicklung durch gewaltpräventive Interventionen zu durchbrechen.

Neben der Untersuchung der Fremdaggressivität in der Gesamtstichprobe war es auch Anliegen dieser Studie, Unterschiede zwischen den Teilstichproben hinsichtlich Häufigkeit und Schweregrad von Gewalt zu untersuchen. Hinsichtlich der Häufigkeit von Fremdaggression im Zusammenhang mit der Aufnahme zeigen sich keine Unterschiede zwischen den Teilstichproben. Ein anderes Bild ergibt sich bei der Frage nach Gewaltverhalten bzw. rechtswidrigen Taten in der Vergangenheit. Hier präsentieren sich die Raten in der Gruppe der Verweigerer deutlich niedriger als in anderen Teilstichproben. Es ist jedoch anzunehmen, dass dies weniger auf ein geringeres Maß an Fremdaggression zurückgeht als vielmehr auf die geringe Auskunftsbereitschaft in dieser Gruppe. 35% bzw. 40% der Verweigerer und damit ein substanzieller Anteil der Teilstichprobe machte keine Angaben zur Fremdaggression oder rechtswidrigen Taten in der Vergangenheit. Dies spiegelt die geringe Kooperationsbereitschaft in dieser Patientengruppe wider.

Von Interesse sind auch die Befunde zur Veränderung der Fremdaggressivität zwischen der ersten und letzten Aufnahme innerhalb des Untersuchungszeitraums. Diese zeigen, dass in der Gruppe der Teilnehmer der durchschnittliche MOAS-Summenwert von 10,7 bei der ersten, auf 8,3 Punkte bei der letzten Aufnahme sank. In der Gruppe der Nichtteilnehmer nahm der Wert ebenfalls ab, doch war diese Veränderung weniger eindeutig. Hier sank der durchschnittliche MOAS-Wert von 7,5 auf 6,7 Punkte. Auch in Hinblick auf manifeste Fremdaggression gegenüber Personen (MOAS-Skala „Aggression gegen andere“) zeigen sich Veränderungen im Verlauf. Hier sank der Mittelwert in der Gruppe der Teilnehmer von 4,4 Punkten bei erster Aufnahme auf durchschnittlich 3,0 Punkte bei der letzten Aufnahme im Untersuchungszeitraum. Demgegenüber nahm in der Gruppe der Nichtteilnehmer die Fremdaggression gegenüber Personen sogar leicht zu (3,7 Punkte bei erster vs. 3,8 Punkte bei letzter Aufnahme). Es lassen sich aufgrund der rein

deskriptiven Auswertung der Daten und aufgrund des Studiendesigns keine Aussagen darüber treffen, ob die Gruppenunterschiede signifikant sind bzw. welchen Beitrag die Interventionen bei der Reduzierung der Fremdaggressivität geleistet haben. Doch sind diese Befunde ermutigend und es gilt in zukünftigen Untersuchungen einen potenziell gewaltsenkenden Effekt der Interventionen unter kontrollierten Bedingungen zu untersuchen.

Die Untersuchung der Zusammenhänge von Patientenvariablen, die im Interview erhoben wurden, mit Fremdaggression erbrachte keine signifikanten Ergebnisse. Weder konnte in der vorliegenden Studie ein Zusammenhang von Fremdaggression mit dem globalen Funktionsniveau, der Positivsymptomatik oder frühen Traumatisierungen gefunden werden. Dies kann angesichts der geringen Fallzahlen jedoch nicht als Hinweis gelten, dass derlei Zusammenhänge nicht bestehen. Vielmehr sollte es Ziel zukünftiger Untersuchungen sein anhand größerer Stichproben mögliche Zusammenhänge von Patientenvariablen und Gewaltverhalten zu untersuchen.

**Fragestellung 3: Welche praktischen Erfahrungen können hinsichtlich der Durchführbarkeit eines gewaltpräventiven Interventionsprogramms in der Allgemeinpsychiatrie gewonnen werden?**

Neben der quantitativen Datenerhebung zum Gewaltverhalten war es auch Ziel der Machbarkeitsstudie, praktische Erfahrungen hinsichtlich der Durchführbarkeit spezifischer gewaltpräventiver Interventionen im klinischen Alltag der Allgemeinpsychiatrie zu gewinnen, um so Hinweise für zukünftige Forschungsvorhaben und die klinische Praxis zu erhalten.

Die Kontaktaufnahme mit den Risikopatienten gelang, war jedoch durch die fehlende Integration der Studienmitarbeiter auf den betreffenden Stationen erschwert. Günstiger erscheint eine Rekrutierung durch Stationsmitarbeiter, die die Patienten kennen und auch Patienten mit kurzen Aufenthaltsdauern erreichen können. Insgesamt sollte das Thema Aggression und Gewalt unseres Erachtens nach mehr in die Stationsroutine integriert werden. In Gruppentherapien, Einzelgesprächen mit dem behandelnden Arzt oder Psychologen, in Bezugspflegegesprächen oder durch das Auslegen von Informationsmaterialien sollten Patienten auf mögliche Aggressionen im Rahmen schizophrener Erkrankungen aufmerksam gemacht und die persönlichen Erfahrungen

besprochen werden. Hierdurch könnte das Thema enttabuisiert und die Teilnahme an einem Interventionsprogramm gefördert werden. Auch das Klinikpersonal sollte für dieses Thema stärker sensibilisiert werden. Die praktischen Erfahrungen zeigen, dass Aggression und Gewalt meist erst seitens der Behandler thematisiert werden, wenn diese im stationären Setting auftreten. Günstiger wäre jedoch ein regelhaftes Screening auf Gewaltvorkommnisse in der Vergangenheit, um so Risikopatienten zu identifizieren und entsprechend präventiv zu intervenieren. Die Aufklärung über den Zusammenhang von Schizophrenie und Fremdaggression, die Schulung der Wahrnehmung eigener aggressiver Gefühle und die Vermittlung verhaltensnaher Copingstrategien trüge dazu bei, die negative Entwicklung, die allzu oft bis zu strafrechtlich relevanten Delikten und einer Unterbringung in forensischen Einrichtung führt, zu durchbrechen. Dies kann jedoch nur durch einen offenen Umgang mit dem Thema Fremdaggression seitens der Behandler erreicht werden.

Wie bei der Kontaktaufnahme mit den Patienten zeigte sich auch im Rahmen des Interviews, dass die Risikoeinschätzung fundierter und zeiteffizienter durch Mitarbeiter erfolgen könnte, die mit den jeweiligen Patienten gut vertraut bzw. fest auf der Station integriert sind. Bei der Durchführung der Interviews wurde außerdem deutlich, dass ein ausführliches Interview sich oft schwierig gestaltete aufgrund formaler Denkstörungen der Patienten. Hier gilt es zukünftig den Umfang der Befragung den Fähigkeiten der Patienten anzupassen und diese z.B. in mehrere, kürzere Sitzungen zu unterteilen. Auch im Hinblick auf eine erfolgreiche Implementierung in die Routineversorgung sollte ein Gewaltscreening zeiteffizient erfolgen, wie es beispielsweise durch Instrumente wie die Bremen Risk Assessment Scale for General Psychiatry (BRAS-GP; Berg u. Haselbeck 2008) möglich wäre.

Nach eigenen Erfahrungen war die monetäre Aufwandsentschädigung ein probates Mittel, um Teilnehmer zu gewinnen. Studien zeigen, dass die Wahrscheinlichkeit zur Teilnahme von Patienten mit Schizophrenie an psychiatrischer Forschung vor allem durch monetäre Anreize sowie durch die Empfehlung des Arztes erhöht werden kann (Roberts et al. 2002). Der Einfluss der Arztempfehlung gilt vor allem für ambulant behandelte Patienten. Diese Erkenntnisse sollten bei der zukünftigen Rekrutierung stärker genutzt werden, um so eine Erhöhung der Teilnahmerate zu erreichen. Möglicherweise haben Interventionen durch Oberärzte oder eine höhere monetäre Aufwandsentschädigung eine

positive Wirkung auf die Teilnahmeraten zukünftiger Studien. Die Auszahlung der Gelder sollte zukünftig jedoch besser nach jedem Kontakt - statt wie bislang am Ende der Studienteilnahme - erfolgen. Durch solch einen zeitnahen Verstärker könnte möglicherweise ein besserer Anreiz gegeben werden alle Interventionstermine wahrzunehmen und damit die Dropoutrate gesenkt werden. Zusätzlich sind auch weitere unmittelbare Anreize, nicht-monetärer Art wie Zigaretten oder Kaffee zu erwägen, die die regelmäßige Terminwahrnehmung für die Patienten attraktiver machen könnten.

Die bisher gewählten Studieneinschlusskriterien sind zu überdenken. Ein Einschlusskriterium der vorliegenden Studie war das Vorliegen von Fremdaggressivität in den vergangenen fünf Jahren. Dieses Zeitkriterium hat sich als zu weit gefasst herausgestellt. Viele Patienten fielen zwar in der Vergangenheit fremdaggressiv auf, doch hat sich seitdem die Symptomatik zum Teil stark verändert (z.B. vor allem Ängste im Vordergrund oder deutliche Negativsymptomatik). In der Folge wurden entsprechend des Einschlusskriteriums Patienten in die Stichprobe aufgenommen, deren aktuelles Gefährdungspotenzial dem klinischen Eindruck nach nicht erhöht war. Andere Studien legen ein engeres Zeitkriterium von sechs bis zwölf Monaten zugrunde (Chan 2008; Haddock et al. 2009; Hodgins et al. 2007; Swanson et al. 2006), das für zukünftige Untersuchungen sinnvoller erscheint. Ein weiteres, zu adaptierendes Einschlusskriterium stellt der bislang gewählte Cut off-Wert der Modified Overt Aggression Scale (MOAS) dar, der mit einem Wert >0 in der vorliegenden Studie zum Einschluss in die Stichprobe führte. Hintergrund dieses weit gefassten Aggressionskriteriums war, dass eine möglichst große Bandbreite potenzieller Risikopatienten untersucht werden sollte. Es zeigte sich jedoch, dass dadurch auch Patienten in die Stichprobe einbezogen wurden, deren Fremdaggressivität von sehr geringer Ausprägung war. Zukünftig scheint es sinnvoller, den Kreis von Risikopatienten enger zu fassen und den Cut off-Wert für Gewaltverhalten entsprechend zu erhöhen. Denkbar wäre beispielsweise ein Gewaltkriterium eines MOAS-Summenwertes von $\geq 2$, äquivalent zur Studie von Bobes et al. (2009). Basierend auf diesem Einschlusskriterium wären statt der 144 Aufnahmen, die nach den Kriterien der vorliegenden Studie als gewaltassoziiert gewertet wurden, noch 101 Aufnahmen als im Zusammenhang mit Gewalt stehend gewertet worden; die Anzahl der Studienteilnehmer bliebe gleich. Ein weiteres mögliches Einschlusskriterium, das eine größere Trennschärfe zwischen gewalttätigen und nicht gewalttätigen Patienten verspräche, ist die alleinige

Berücksichtigung der MOAS-Skala „Aggression gegen andere“. Diese erfasst manifeste Fremdaggressionen gegenüber anderen Personen und damit schwerwiegenderes Gewaltverhalten als die anderen MOAS-Skalen. Es könnten beispielsweise Skalenwerte >0 zum Studieneinschluss führen bei Vernachlässigung der anderen Skalenwerte. Legt man dieses Kriterium zugrunde, wären in der vorliegenden Studie von den zwölf Teilnehmern, von denen MOAS-Werte vorliegen, noch sieben Teilnehmer eingeschlossen worden. Es gilt in zukünftigen Untersuchungen abzuwägen, welche Kriterien zu einem Studieneinschluss von Patienten führen, deren Gewaltverhalten tatsächlich klinisch relevant ist, ohne Patienten fälschlich auszuschließen, deren Gewaltrisiko erhöht ist.

Die Erfahrungen aus der vorliegenden Machbarkeitsstudie zeigen, dass das von unserer Arbeitsgruppe entwickelte Interventionsmanual die relevanten Risikofaktoren für Gewalt bei Schizophrenie ausreichend abdeckt. Es erwies sich für die Studienmitarbeiter als sehr hilfreich für die Formulierung von Interventionszielen und für eine strukturierte Interventionsplanung. Module zum Aggressions- und Ärgermanagement, zum Substanzkonsum, zur Erarbeitung alternativer Verhaltensweisen sowie Module zur Erhöhung der Compliance bzw. der Problemlösefähigkeit fanden häufigeren Einsatz als andere Module. Angesichts der kleinen Stichprobe sind diese Befunde nicht repräsentativ, können aber Hinweisgeber für die Weiterentwicklung und Schwerpunktsetzung zukünftiger Interventionen sein.

Die einzelnen Interventionskontakte dauerten in der Regel aufgrund kognitiver Einschränkungen der Teilnehmer nicht länger als 30 Minuten. Damit ist der Umfang von Themen, die im Rahmen eines Interventionsprogramms auf Patientenebene behandelt werden können, deutlich begrenzt. Es wäre zukünftig empfehlenswert, den Patienten mehr schriftliche Materialien zur Verfügung zu stellen, um so das in den Sitzungen Erarbeitete zu wiederholen bzw. zu vertiefen. Auch eine Erhöhung der Sitzungszahl ist zu erwägen. Diese hätte neben mehr Zeit zur Vermittlung von Themen auch den Vorteil, dass der zeitliche Abstand zwischen den persönlichen Kontakten geringer wäre. In der vorliegenden Studie fanden die persönlichen Kontakte in einem circa achtwöchigen Turnus statt, was den Beziehungsaufbau erschwerte. Mit häufigeren Kontakten könnte dem unter Umständen begegnet werden und die Dropoutrate gesenkt werden. Demgegenüber steht der zeitliche Aufwand, der für eine Umsetzung in der Routineversorgung ausschlaggebend ist. Das Vorhaben der Studie, das soziale Umfeld der

Patienten im Rahmen der Befragung und der Interventionen mit einzubeziehen, ist nur im Einzelfall gelungen. Grund hierfür war im überwiegenden Teil der Fälle, dass die Patienten wenig nahe Angehörige hatten bzw. kein Kontakt zu diesen bestand. Dies bestätigen auch andere Untersuchungen von Patienten mit Major Mental Disorders und Aggressionsneigung (Hodgins et al. 2007). Der regelmäßige telefonische Kontakt zu den Patienten gelang ebenfalls nur bei einem Teil der Teilnehmer. Viele Patienten waren trotz mehrfacher Versuche, Kontakt aufzunehmen telefonisch nicht erreichbar, ein kleinerer Teil lehnte Telefonkontakte ab. Letztere wünschten in der Regel keinen Kontakt der Studienmitarbeiter mit Angehörigen, die mit den Patienten im gleichen Haushalt lebten. In Fällen, wo Telefonkontakte stattfanden, bewährten sie sich als Mittel zum Aufbau einer therapeutischen Beziehung zum Patienten. Neben den telefonischen Kontakten waren auch aufsuchende Kontakte im Wohnumfeld der Patienten geplant, die eine Integration des sozialen Umfelds ermöglichten. Auch diese gelangen nur zum Teil. Der häufigste Grund war hier die Ablehnung von Hausbesuchen seitens der Patienten. Zukünftig gilt es engmaschigere Kontakte mit den Patienten herzustellen. Hierbei sollten die Wünsche der Patienten, z.B. keine Hausbesuche zu erhalten, akzeptiert werden. Durch den Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung über einen längeren Zeitraum können u.U. Vorbehalte der Patienten abgebaut und so intensivere Kontakte zu einem späteren Zeitpunkt ermöglicht werden. Wie weit das Kontaktangebot reicht, ist jedoch nicht nur patientenabhängig, sondern auch abhängig von den personellen und logistischen Gegebenheiten in den Kliniken. Angebote regelmäßiger Hausbesuche sind zeitaufwändig, weshalb eine routinemäßige aufsuchende Arbeit in der Gewaltprävention eher unwahrscheinlich erscheint. Hier muss eine Balance zwischen dem Ziel einer engen und intensiven Anbindung von Risikopatienten und den Möglichkeiten im Alltag der Allgemeinpsychiatrie gefunden werden.

## 4.2 Methodische Einschränkungen

Bei der Interpretation der Studienergebnisse sind diverse methodische Einschränkungen zu berücksichtigen. Zum ersten ist das Studiendesign zu nennen, das ohne eine Kontrollgruppe keine Aussagen hinsichtlich der Wirksamkeit der durchgeführten Interventionen zulässt. Dies war jedoch auch nicht Anliegen dieser Untersuchung und für die zugrunde liegende explorative Fragestellung nach der Machbarkeit von

Gewaltprävention in der Allgemeinpsychiatrie ist das Design angemessen. Zum zweiten ist die relativ geringe Größe der Gesamtstichprobe zu nennen. Da alle stationär aufgenommenen Patienten im Untersuchungszeitraum gescreent wurden, ist die geringe Stichprobengröße jedoch nicht auf eine systematische Selektion von Patienten zurückzuführen, sondern eher auf den relativ kurzen Rekrutierungszeitraum, der aufgrund des sechsmonatigen Follow-ups und einer insgesamt begrenzten Gesamtstudienlaufzeit vonnöten war. Auch die geringe Anzahl rekrutierender Zentren hat zu der relativ geringen Stichprobengröße beigetragen. Es kann deshalb davon ausgegangen werden, dass die Gesamtstichprobe trotz der relativ geringen Größe repräsentativ für männliche Patienten mit schizophrenen Erkrankungen und Aggressionsneigung in stationärer allgemeinpsychiatrischer Behandlung ist. Eine weitere Einschränkung der vorliegenden Studie ist, dass ausschließlich auf deskriptivem Niveau Gruppenvergleiche von Teilnehmern und Nichtteilnehmern möglich waren, da die Fallzahlen der einzelnen Untergruppen eine inferenzstatistische Auswertung nicht zuließen bzw. diese nur als vorläufige Hinweise auf bestehende Unterschiede zu interpretieren sind. Trotz der genannten Einschränkungen konnten in der vorliegenden Studie wertvolle Hinweise für die Durchführung zukünftiger empirischer Studien zur Gewaltprävention in der Allgemeinpsychiatrie gewonnen werden.

# Teil II

# Externe Validität und Machbarkeit empirischer Untersuchungen bei Patienten mit Schizophrenie und aggressivem Verhalten.

## Eine systematische Literaturübersicht

# 5 Einleitung

## 5.1 Hintergrund

Schizophrenie geht mit einem erhöhten Risiko für Gewalt und Gewaltdelikte einher (Angermeyer 2000; Brennan u. Alden 2006; Fazel, Gulati et al. 2009; Joyal et al. 2007). Während die Mehrheit der an Schizophrenie erkrankten Menschen nicht gewalttätiger ist als die Allgemeinbevölkerung, geht dieses erhöhte Risiko auf einen kleinen, aber bedeutsamen Anteil von Patienten zurück, der oft rezidivierend aggressiv ist und für den Großteil der von psychisch erkrankten Menschen verübten Gewalttaten verantwortlich ist (Joyal et al. 2007). Gewalt und Aggression erschweren nicht nur die Behandlung der Betroffenen, sondern stellen auch für deren Angehörige (Loughland et al. 2009; Vaddadi et al. 2002) und Klinikpersonal (Richter u. Berger 2001; 2009) eine Belastung dar, führen zu einer Stigmatisierung aller Patienten (Angermeyer u. Matschinger 1995) und sind nicht zuletzt aufgrund der zunehmenden Zuweisung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen in forensische Institutionen (Traub u. Weithmann 2008) problematisch.

Ein umfassendes Verständnis der Zusammenhänge von Gewalt und Schizophrenie, der Epidemiologie von Gewalt in und außerhalb von Institutionen und nicht zuletzt der Ausgestaltung und Effektivität möglicher Präventionsmaßnahmen ist damit ein wichtiges Anliegen der klinischen Forschung.

Hierfür bedarf es weiterer Forschung, möglichst in Form längsschnittlicher, randomisierter-kontrollierter Studien (randomized controlled trials (RCT)) an ausreichend großen Stichproben. Die Machbarkeit von derlei Studien ist davon abhängig, ob die Rekrutierung einer ausreichend großen Stichprobe aus der interessierenden Population in einem überschaubaren zeitlichen Rahmen und mit angemessenem finanziellem und personellem Aufwand Aussicht auf Erfolg hat. Die Generalisierbarkeit der Studienergebnisse ist wiederum von der externen Validität (Campbell u. Stanley 1973) abhängig, also ob Stichprobe und Behandlungsbedingungen tatsächlich repräsentativ die übliche klinische Realität abbilden (Bortz u. Döring 2006; Campbell u. Stanley 1973).

Eine wichtige Rolle für die externe Validität und die Machbarkeit von Untersuchungen spielt die Teilnahmebereitschaft in der zu untersuchenden Patientenpopulation. Die

Teilnahmebereitschaft zeigt sich im Anteil von Teilnehmern und Nichtteilnehmern. Letztere Gruppe setzt sich zum einen aus Verweigerern (Patienten, die die Einschlusskriterien erfüllen, jedoch nicht zu einer Teilnahme bereit sind) und Dropouts (Patienten, die vorzeitig die Studienteilnahme abbrechen) zusammen.

Die Frage, *welche* Patienten aus der Population zu einer Teilnahme bereit sind, hat unmittelbaren Einfluss auf die externe Validität einer Untersuchung. Sind beispielsweise überwiegend Patienten mit einem leichtgradigen Aggressionsverhalten oder einem günstigeren Krankheitsverlauf zu einer Teilnahme bereit, führt dies zu einem Stichprobenfehler und damit einer Gefährdung der externen Validität (Bortz u. Döring 2006). Die Machbarkeit hängt eng mit der Frage zusammen, wie groß der *Anteil* der dauerhaft teilnahmebereiten Patienten in der Population ist, da der Einschluss einer befriedigenden Anzahl von Probanden und ein Verbleiben der Probanden bis Studienende Voraussetzung für das Gelingen einer Untersuchung sind.

Untersuchungen zu Einflussfaktoren auf die Teilnahmebereitschaft von psychiatrischen Patienten zeigen, dass Nichtteilnehmer gegenüber Teilnehmern eher männlich und unverheiratet sind, einen niedrigeren sozio-ökonomischen Status aufweisen, schwerer erkrankt sind und einen komorbiden Substanzmissbrauch und Gewalttätigkeit aufweisen (Cheung et al. 1997d; Fischer et al. 2001; Lundberg et al. 2005). Auch die Diagnose hat einen Einfluss auf die Teilnahmebereitschaft. So ist die Teilnahmewahrscheinlichkeit höher bei Patienten mit bipolaren oder affektiven Störungen (Thomas et al. 1997), wohingegen Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, Substanzmissbrauch (Lundberg et al. 2005) oder Anpassungsstörungen (Vanable et al. 2002) eine Teilnahme unwahrscheinlicher machen. Innerhalb der schizophrenen Erkrankungen sind die Diagnose des desorganisierten Typus (Cheung et al. 1997d), mehr positive Symptome und häufige Hospitalisierungen (Haapea et al. 2007) Prädiktoren für eine Nichtteilnahme. Haapea et al. (2007) folgern aus ihren Befunden: „…among subjects with psychosis, particularly those subjects who have the most severe course of illness are less willing to participate" (S. 403).

Zu eben dieser Gruppe der meist Beeinträchtigten zählen häufig aggressive Patienten mit Schizophrenie. Diese Patienten vereinen typischerweise Risikofaktoren für Gewalt in sich, die sich auch negativ auf die Teilnahmebereitschaft auswirken. Hierzu zählen beispielsweise männliches Geschlecht (Swanson et al. 2006), ein niedriger

sozioökonomischer Status (Fazel, Gulati et al. 2009), Substanzmissbrauch (Elbogen u. Johnson 2009) oder die Dominanz von Positivsymptomen (Swanson et al. 2006). Auch zeigen aggressive Patienten häufig eine mangelhafte Behandlungsadhärenz und eine geringe Behandlungsmotivation (Elbogen et al. 2006; Haller et al. 2001; Swanson et al. 1997). Diese Faktoren lassen die Frage aufkommen, ob Untersuchungen von Patienten mit Schizophrenie und aggressivem Verhalten in befriedigendem Maße valide und machbar sind. Bislang ist nicht systematisch untersucht worden, inwieweit diese Faktoren bei Studien an dieser Patientengruppe gegeben sind.

## 5.2 Ziele und Fragestellungen der Arbeit

Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Erstellung einer systematischen Literaturübersicht zur externen Validität und Machbarkeit empirischer Untersuchungen an Patienten mit Schizophrenie und aggressivem Verhalten. Hierfür wird zunächst eine elektronische Datenbankrecherche durchgeführt. Aus den selektierten Studien werden Angaben extrahiert, die Rückschlüsse auf die externe Validität und die Machbarkeit der Studien zulassen und diese werden systematisch dargestellt. Die gefundenen Ergebnisse werden kritisch diskutiert und es werden Empfehlungen für zukünftige Forschungsvorhaben abgeleitet.

# 6 Material und Methoden

## 6.1 Suchstrategie

Es wurde eine computerbasierte, systematische Literaturrecherche in den elektronischen Datenbanken PubMed (1966 – letzte Aktualisierung September 2010) und PsycINFO (1806 – letzte Aktualisierung September 2010) durchgeführt. Die Suche erfolgte anhand der Schlagwörter (Medical Subject Heading (MeSH) terms) „schizophrenia“, „psychotic disorders“ bzw. „psychosis“ in Kombination mit den Schlagwörtern „aggression“ bzw. „aggressive behavior“ und „violence“. Die Suche wurde auf Studien eingegrenzt, die Stichproben von Erwachsenen ab dem 18. Lebensjahr untersuchten und in englischer oder deutscher Sprache in Fachjournalen publiziert wurden. Fachbücher, Dissertationen und sogenannte „graue Literatur“ wurden nicht in die Recherche einbezogen.

## 6.2 Selektionskriterien

Studien wurden eingeschlossen, wenn sie folgende Kriterien erfüllten:
Die Stichprobe wurde aus einer Population manifest aggressiver Patienten mit „Major Mental Disorders“ rekrutiert, die Patienten mit Schizophrenie und/oder schizoaffektiver Störung beinhaltete
Probanden waren aktiv in die Datenerhebung involviert und gaben ihr Einverständnis zur Studienteilnahme (informed consent)
Studien wurden ausgeschlossen, wenn die Teilnehmer lediglich ihr Einverständnis geben mussten und die Datenerhebung ausschließlich über Akten oder Angaben Dritter erfolgte oder die Stichprobe nicht repräsentativ für die Population aggressiver psychiatrischer Patienten war, wie z.B. in Fallstudien. Stichproben forensisch untergebrachter Patienten oder von Patienten in „involuntary outpatient commitment“ (ambulante Zwangsbehandlung) wurden ebenfalls ausgeschlossen. Dies ist der Annahme geschuldet, dass Personen, die sich unter gerichtlicher Aufsicht bzw. in gerichtlich angeordneter Behandlung befinden, durch Auflagenerleichterungen und ähnliche Anreize unter Umständen eine höhere Studienteilnahmebereitschaft zeigen und damit nicht repräsentativ für die Population von Patienten mit Schizophrenie und aggressivem Verhalten sind.

Hinsichtlich der Studienqualität bzw. des Evidenzgrades wurden keine Einschränkungen vorgenommen, da Ziel der Übersichtsarbeit nicht eine Ergebnisevaluation, die unmittelbar von der Güte des Studiendesigns abhängt, sondern eine Prozessevaluation war.

## 6.3 Datensammlung und –analyse

Für Informationen zur externen Validität der Untersuchungen wurden folgende Daten extrahiert:

a) Teilnahmekriterien: Diagnosegruppen, Geschlecht, Gewaltkriterien
b) Merkmale der Nichtteilnehmer
c) Angaben zu systematischem Vergleich der Gruppen der Teilnehmer und Nichtteilnehmer

Als Indikatoren für die Machbarkeit der Untersuchungen wurden folgende Daten extrahiert:

d) Prozentualer Anteil von Verweigerern und Dropouts
e) Stichprobengröße
f) Rekrutierungsumstände: Rekrutierungszeitraum, Anzahl der Rekrutierungszentren, Setting
g) Länge des Follow-up-Zeitraums
h) Aufgaben der Probanden
i) Teilnahmeanreize

# 7 Ergebnisse

Die Literaturrecherche erfolgte im September 2010. Die Suche in den Datenbanken PubMed und PsycINFO anhand oben genannter Schlagwörter erbrachte insgesamt 1419 Treffer (PubMed: 1096, PsycINFO: 323). Es wurden die Abstracts aller Studien hinsichtlich der Ein- und Ausschlusskriterien gescreent. In unklaren Fällen oder wenn kein Abstract vorlag wurden zusätzlich die Volltexte durch die Autorin eingesehen.

Insgesamt erfüllten 33 Studien die Einschlusskriterien. Diese basierten auf insgesamt 20 unabhängigen Datensätzen.

Im Folgenden werden die entsprechend der Selektionskriterien ausgewählten Studien zusammenfassend dargestellt.

## 7.1 Externe Validität

### 7.1.1 Teilnahmekriterien

26 (78,8%) Studien untersuchten Stichproben aus Populationen aggressiver Patienten mit ausschließlich schizophrenen Erkrankungen, sieben (21,2%) Studien untersuchten diagnostisch gemischte Gruppen von Patienten mit aggressivem Verhalten. Mit 29 (87,9%) von 33 Studien schloss die überwiegende Mehrheit der Studien Probanden beiderlei Geschlechts in die Erhebung ein, vier (12,1%) Studien untersuchten ausschließlich männliche Probanden.

Als Einschlusskriterium gaben 16 (48,5%) von 33 Studien aktuelle Aggression an, zehn (30,3%) Studien schlossen Patienten ein, die sowohl aktuell wie auch in der Vergangenheit aggressiv aufgefallen waren und sieben (21,1%) Studien schlossen Patienten ein, die ausschließlich in der Vorgeschichte aggressiv auffielen. Hinsichtlich des Schweregrads von Gewaltvorkommnissen unterschieden sich die Einschlusskriterien. Fünf (15,2%) Studien gaben als Einschlusskriterium einen Mindestwert auf aggressionsrelevanten Skalen an. Die Mehrheit der Studien definierte eine Mindestanzahl an gewalttätigen Vorkommnissen, ohne diese durch Skalenwerte näher zu definieren.

### 7.1.2 Merkmale der Nichtteilnehmer

Eine (3,0%) der insgesamt 33 Studien machte Angaben zu Merkmalen der Gruppe der Verweigerer, wobei diese zusammenfassend keine signifikanten Unterschiede gegenüber den Teilnehmern berichtete. Vier (12,1%) von 33 Studien machten Angaben zu Merkmalen der Gruppe der Dropouts. Zwei der Studien berichteten zusammenfassend keine signifikanten Unterschiede gegenüber den Teilnehmern. Eine Studie berichtete detailliert soziodemografische Merkmale derjenigen Patienten, die vor Abschluss der Studie verstarben. Merkmale eines weiteren Dropouts aus anderen Gründen wurden nicht berichtet. Eine weitere Studie berichtete detailliert aggressionsspezifische Merkmale (Gesamtwert Overt Aggression Scale (OAS)) in der Gruppe der Dropouts.

### 7.1.3 Systematischer Vergleich der Gruppen der Teilnehmer und Nichtteilnehmer

Drei (9,1%) von 33 Studien nahmen einen systematischen Vergleich zwischen Teilnehmern und Nichtteilnehmern vor. Eine der drei Studien verglich die beiden Gruppen hinsichtlich soziodemografischer und aggressionsspezifischer Merkmale sowie den Diagnosehäufigkeiten, eine weitere Studie stellte einen Vergleich hinsichtlich soziodemografischer sowie klinischer Variablen an. Die dritte Studie nahm ausschließlich einen Gruppenvergleich hinsichtlich aggressionsspezifischer Merkmale (Gesamtwert OAS) zu verschiedenen Messzeitpunkten vor.

## 7.2 Machbarkeit

### 7.2.1 Anteil der Verweigerer und Dropouts

Angaben zum Anteil der Verweigerer fehlten in 27 (81,8%) von 33 Studien, lediglich sechs (18,2%) machten hierzu Angaben. Die angegebenen Raten lagen zwischen 1,1 und 28,7 Prozent. Der durchschnittliche Anteil von Verweigern betrug 12,0 Prozent (s=10,7). Angaben zum Anteil der Dropouts fehlten in 17 (51,5%) Studien, 16 (48,5%) Studien gaben hierüber Auskunft. Diese berichten Raten zwischen 0,0 und 54,0 Prozent. Der durchschnittliche Anteil von Dropouts betrug 22,6 Prozent (s=15,5).

### 7.2.2 Stichprobengröße

Die Größe der Gesamtstichprobe betrug im Mittel 93,5 Probanden (s=98,9) mit einem Minimum von 19 und einem Maximum von 580 Probanden. Die Größe der Teilstichproben aggressiver Patienten lag im Mittel bei 62,5 Probanden (s=46,0) und variierte zwischen 19 und 222 Probanden.

### 7.2.3 Rekrutierungsumstände

Zum Rekrutierungszeitraum machten 18 (54,5%) von 33 Studien keine Angaben, 15 (45,5%) Studien gaben Auskunft. Der Rekrutierungszeitraum betrug im Durchschnitt 33,8 Monate (s=22,4), mit einem Minimum von 3,0 und einem Maximum von 66,0 Monaten. Die Anzahl der rekrutierenden Zentren berichteten 28 (84,8%) von 33 Studien, in fünf (15,2%) Studien fehlten hierzu Angaben. Die Anzahl betrug durchschnittlich 2,0 Zentren (s=1,7) und variierte zwischen einem und neun Zentren.

29 (87,9%) Studien rekrutierten die Stichproben ausschließlich aus stationären Populationen, zwei (6,1%) Studien rekrutierten ausschließlich ambulante Patienten und weitere zwei (6,1%) Studien rekrutierten sowohl stationäre als auch ambulante Patienten.

### 7.2.4 Länge des Follow-up-Zeitraums

Alle 33 (100,0%) Studien machten Angaben zur Länge des Follow-up-Zeitraums. Bei zehn (30,3%) von 33 Studien handelte es sich um Querschnittsuntersuchungen, bei denen die Probanden zu einem Messzeitpunkt zur Datenerhebung zur Verfügung standen. Fünf (15,2%) von 33 Studien berichten einen Follow-up-Zeitraum von sechs Monaten oder länger. Im Durchschnitt betrug die Länge des Follow-up 16,3 Wochen (s=37,8), mit einer minimalen Länge von einem Tag bzw. 0,15 Wochen und einer maximalen Länge von 192,0 Wochen.

### 7.2.5 Aufgaben der Teilnehmer

Die Anforderungen an die Probanden unterschieden sich abhängig von der wissenschaftlichen Fragestellung. In 16 (48,5%) Studien erfolgte eine Erhebung epidemiologischer Daten oder von Variablen, die mit Aggression in Zusammenhang stehen. Hierzu wurden Teilnehmer befragt oder unterzogen sich testpsychologischen Untersuchungen. Zehn (30,3%) Studien untersuchten die Wirksamkeit von

Medikamenten, was die Bereitschaft einer kontinuierlichen Medikamenteneinnahme sowie zur Abgabe von Blutproben und die Teilnahme an Ratings und Interviews erforderte. Sechs (18,2%) Studien untersuchten genetische Faktoren, was in der Regel eine einmalige Abgabe einer Blutprobe sowie u.U. die Teilnahme an Interviews erforderte. Eine (3,0%) Studie untersuchte die Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen, die eine regelmäßige Teilnahme der Probanden an Therapiesitzungen und Interviews verlangte.

### 7.2.6 Anreize für Studienteilnahme

In keiner (0,0%) der 33 eingeschlossenen Studien wurden Angaben zu monetären oder nicht-monetären Anreizen, die den Probanden für die Studienteilnahme angeboten wurden, gemacht.

In Tabelle 22 findet sich ein Überblick der selektierten Studien.

Tab. 22: Selektierte Studien zu aggressivem Verhalten bei Schizophrenie

Legende: BPRS-Brief Psychiatric Rating Scale; k.A.-keine Angaben; MOAS-Modified Overt Aggression Scale; OAS-Overt Aggression Scale; PANSS-Positive And Negative Syndrome Scale; SOAS-Staff Observation Aggression Scale; UAW-unerwünschte Arzneimittelwirkung

| Autor(en) | Fragestellung | Stichprobengröße N (gesamt/aggressiv) | Einschlusskriterien Aggression | Anteil Verweigerer | Anteil Dropouts | Merkmale Verweigerer | Merkmale Dropouts | Vergleich Teilnehmer vs. Nichtteilnehmer |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cohen et al. (1968) | Einfluss familiärer Interaktionsmuster auf die anti-aggressive Wirksamkeit von Phenotiazinen | 126/126 | Wert >/= 20 auf Social Trait Score of Explicit Oppositionalism | k.A. | k.A. | k.A. | k.A. | k.A. |
| Tuason (1971) | Verlaufsbeobachtung von aggressiven Patienten über vier Jahre | 30/30 | Aktuelle stationäre Aufnahme wegen Bedrohung oder manifester Aggression | k.A. | 5/30 (16,7%) (Gründe: verstorben-4 (Mord-2, Suizid-1, natürliche Todesart-1); nicht erreichbar-1) | k.A. | Todesfälle: 2 Männer, 2 Frauen; 3 Afroamerikaner, 1 Kaukasier. Nichterreichbarer Pat: k.A. | k.A. |
| Tuason (1986) | Wirksamkeit von Loxapin vs. Haloperidol bei aggressiven Patienten | 52/52 | BPRS (hostility und uncooperativeness) >/=8 | 3/52 (5,8%) | 23/52 (44,2%) (Gründe: vorzeitige Entlassung-8, UAW-2, Verlegung-4, Pro- | k.A. | k.A. | k.A. |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | tokollverletzung-6) | | | |
| Krakowski et al. (1988) | Zusammenhang von Psychopathologie und sozialem Funktionsniveau mit Aggression | 44/44 | Aufnahme in Spezialstation für aggr. Pat. (mind. 2 Vorfälle in letztem Monat) | k.A. | k.A. | k.A. | k.A. | k.A. |
| Krakowski et al. (1989) | Zusammenhang von neurologischen und neuropsychologischen Faktoren mit Aggression | 89/55 | Aufnahme in Spezialstation für aggr. Pat. (mind. 2 Vorfälle in letztem Monat) | Insgesamt: k.A.<br>Untertest neuropsychologische Testung: 1/89 (1,1%) | Gesamt: k.A.<br>Untertest neuropsychologische Testung: 27/89 (30,3%) (Gründe: Psychose-5, Gewalt-2, Personalmangel-20) | k.A. | k.A. | k.A. |
| Okuma et al. (1989) | Wirksamkeit von Carbamazepin vs. Placebo bei Aggression | 162/162 | excited psychotic states | k.A. | 15/162 (9,3%) (Gründe: UAW-7, andere-k.A.) | k.A | k.A. | k.A. |
| Lapierre et al. (1995) | Zusammenhang neuropsychologischer Faktoren mit Aggression | 61/31 | Physische Fremdaggression in Vorgeschichte | 6/37 (16,2%)<br>(Gründe: Zeitaufwand-6) | 0/31 (0,0%) | k.A. | -- | k.A. |
| Vartiainen et al. (1995) | Wirksamkeit von Citalopram bei Aggression | 19/19 | Mind. 1 Vorfall physischer Aggression (SOAS >/=3) in | k.A. | 6/19 (31,6%)<br>(Gründe: | k.A. | k.A. | k.A. |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | vergangenen 4 Wochen | | Rücknahme Einverständnis-2, UAW-3, vorzeitige Entlassung-1) | | | |
| Allan et al. (1996) | Wirksamkeit von Nadolol vs. Placebo bei Aggression | 34/34 | Aufnahme auf geschlossener Station aufgrund von Aggression | k.A. | 2/34 (5,9%) (Gründe: UAW-2) | k.A. | k.A. | k.A. |
| Cheung et al. (1996) | Zusammenhang von extrapyramidalen Störungen mit Aggression | 62/31 | Kontinuierliche Fremdaggression, mind. 1 Vorfall physischer Fremdaggression/Monat | k.A. | k.A. | k.A. | k.A. | k.A. |
| Cheung et al. (1997a) | Zusammenhang von state- vs. trait-Faktoren mit Aggression | 62/31 | Kontinuierliche Fremdaggression, mind. 1 Vorfall physischer Fremdaggression/Monat | k.A. | k.A. | k.A. | k.A. | k.A. |
| Cheung et al. (1997b) | Zusammenhang von Halluzinationen und Wahn mit Aggression | 62/31 | Kontinuierliche Fremdaggression, mind. 1 Vorfall physischer Fremdaggression/Monat | k.A. | k.A. | k.A. | k.A. | k.A. |
| Cheung et al. (1997c) | Zusammenhang von Psychopathologie und Aggression | 62/31 | Kontinuierliche Fremdaggression, mind. 1 Vorfall physischer Fremdaggression/Monat | k.A. | k.A. | k.A. | k.A. | k.A. |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Krakowski u. Czobor (1997) | Zusammenhang von klinischen Symptomen, neurologischen Defiziten und situationalen Faktoren mit Aggression | 137/75 | Physische Aggression innerhalb 2 Monaten nach Aufnahme und mind. 1 weiterer Vorfall innerhalb von 4 Wochen | k.A. | k.A. | k.A. | k.A. | k.A. |
| Maguire et al. (1997) | Zusammenhang von $^{3}$H-Paroxetin-Bindung der Thrombozyten mit Aggression | 40/20 | Kontinuierliche Fremdaggression, mind. 1 Vorfall physischer Fremdaggression/Monat | k.A. | k.A. | k.A. | k.A. | k.A. |
| Sreenivasan et al. (1997) | Prädiktoren rezidivierender Gewalt bei Patienten in allgemeinpsychiatrischer vs. forensischer Behandlung | 109/109 | Fremdaggression über Lebenszeit | k.A. | k.A. | k.A. | k.A. | k.A. |
| Hodgins et al. (1999) | Kriminalität und Substanzmissbrauch bei Patienten mit Aggression | 104/104 | Kriminelles oder gewalttätiges Verhalten in Vorgeschichte | k.A. | Erreichbare Patienten nach:<br>6 Monaten-89%,<br>12 Moanten-78%,<br>18 Monaten-62%,<br>24 Monaten-46%<br>(Gründe: verstorben-1; | k.A. | k.A. | k.A. |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | andere-k.A.) | | | |
| Krakowski et al. (1999) | Zusammenhang von klinischen Symptomen mit dem Verlauf von Aggression | 177/96 | Aggression innerhalb von 2 Monaten nach Aufnahme und Persistenz über mind. 4 Wochen | k.A. | k.A. | k.A. | k.A. | k.A. |
| Nolan et al. (1999) | Zusammenhang von Psychopathie und Aggression | 51/26 | Aggression in Vorgeschichte (mind. 2 Vorfälle von Fremdaggression, davon mind. 1 in vergangenen 12 Monaten) | k.A. | k.A. | k.A. | k.A. | k.A. |
| Modai et al. (2000) | Zusammenhang von $^{3}$H-Paroxetin-Bindung der Thrombozyten mit Aggression | 56/26 | Mind. 4 Vorfälle physischer Aggression in vergangenen 2 Monaten | k.A. | k.A. | k.A. | k.A. | k.A. |
| Ritsner et al. (2003) | Zusammenhang der Dichte peripherer Benzodiazepin-Rezeptoren der Thrombozyten mit Aggression | 55/26 | Mind. 4 Vorfälle physischer Aggression in vergangenen 2 Monaten | k.A. | k.A. | k.A. | k.A. | k.A. |
| Krakowski u. Czobor | Geschlechtsunterschiede bei Aggression | 246/246 | Mind. 1 Vorfall physischer Aggression | 7/253 (2,8%) (Gründe: k.A.) | 24/246 (9,8%) | Ja (keine signifikanten | Ja (keine signifikanten | Ja (keine signifikanten |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| (2004) | | | innerhalb der ersten 2 Monate der stationären Behandlung | | | Unterschiede bzgl soziodemografischer Variablen, Diagnose oder Aggression gegenüber Stichprobe) | Unterschiede bzgl soziodemografischer Variablen, Diagnose oder Aggression gegenüber Stichprobe) | Unterschiede) |
| Omérov et al. (2004) | Sichtweise aggressiver Vorfälle von Patienten vs. Klinikpersonal | 82/41 | Mind. 1 aggressiver Vorfall während stationärer Behandlung | k.A. | k.A. | k.A. | k.A. | k.A. |
| Arango et al. (2006) | Wirksamkeit von Oral- vs. Depotgabe von Zuclopenthixol bei Aggression | 46/46 | Mind. 1 Vorfall physischer Aggression (MOAS-Wert >/= 3) im vergangenen Jahr | k.A. | 5/46 (10,9%)<br>(Gründe: fehlende Erreichbarkeit-4, Non-response-1) | k.A. | k.A. | k.A. |
| Barkan et al. (2006) | Zusammenhang von Aktivität des 5-HT-Transporters mit Aggression | 40/20 | >2 signifikante aggressive Vorfälle pro Woche im vergangenen Monat | k.A. | k.A. | k.A. | k.A. | k.A. |
| Krakowski et al. (2006) | Wirksamkeit von Clozapin vs. Olanzapin vs. Haloperidol bei Aggression | 110/110 | Mind. 1 Vorfall physischer Aggression während aktueller stationärer Behandlung sowie persistierende Aggression in Vorgeschichte | 24/134 (17,9%)<br>(Gründe: k.A.) | 40/110 (36,4%)<br>(Gründe: Dekompensation-11; UAW-8; Rücknahme Einverständnis-14; sonstige Gründe-7) | k.A. | k.A. | k.A. |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Citrome et al. (2007) | Wirksamkeit von Risperidon vs. Risperidon plus Valproat bei Aggression | 33/33 | PANSS: Mind. Wert 3 auf mind. einem Item der Activation Factor-Skala | k.A. | 13/33 (39,4%)<br>(Gründe: fehlende Effektivität-8; UAW-2; Protokollverletzung-2; Rücknahme Einverständnis-1) | k.A. | Ja (Angaben zur Aggression (OAS-Gesamtwert)) | Ja (Vergleich Stichprobe-Dropouts: bzgl. Aggression zur Baseline kein Unterschied, nach1-4 bzw. 5-8 Wochen sign. niedrigere OAS-Werte der Teilnehmer) |
| Kim et al. (2008) | Zusammenhang von Katecholamin-O-Methyltransferase Val158Met Polymorphismus mit Aggression | 580/61 | Mind. 2 aggressive Vorfälle in vergangenen 14 Tagen und mind. dokumentierte Vorfälle physischer Aggression in Vorgeschichte | k.A. | Gesamt: k.A.<br>Untertest MOAS: 13/61 (21,3%)<br>(Gründe: k.A.) | k.A. | k.A. | k.A. |
| Krakowski et al. (2008) | Einfluss von Clozapin vs. Olanzapin vs. Haloperidol auf neurokognitive Funktionen bei aggressiven Patienten | 110/110 | Wiederholte Vorfälle verbaler oder physischer Aggression mit mind. 1 dokumentiertem Vorfall physischer Aggression während der aktuellen stationären Behandlung | k.A. | 10/110 (9,1%) keine Baselinediagnostik<br>(Gründe: k.A.)<br>13/100 (13,0%) keine Endpointdiagnostik<br>(Gründe: k.A.) | k.A. | Ja (keine Unterschiede bzgl. soziodemografischer oder klinischer Variablen) | Ja (Vergleich Stichprobe-Dropouts: keine Unterschiede bzgl. soziodemografischer oder klinischer Variablen) |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Haddock et al. (2009) | Wirksamkeit kognitiv-behavioraler Therapie vs. social activity-Therapie bei Aggression | 77/77 | Mind. 2 Vorfälle physischer Aggression in vergangenen 12 Monaten oder<br>mind. 3 dokumentierte Vorfälle verbaler Bedrohung in vergangenen 12 Monaten oder<br>geschlossen untergebrachte Patienten: 1 dokumentierter Gewaltvorfall und persistierendes Gefahrenpotenzial | 31/108 (28,7%) | 5/77 (6,5%)<br>(Gründe: Verweigerung Therapieteilnahme-3; verstorben-1; Verlegung-1)<br>Vollständige Daten bis Ende Intervention: 71/77 (92,2%)<br>(Gründe: Teilnahme an <10 Therapiesitzungen.)<br>Vollständige Daten bis Ende Follow-up: 68/77 (88,3%)<br>(Gründe: k.A.) | k.A. | k.A. | k.A. |
| Kim et al. (2009) | Zusammenhang des Serotonintransportergens 5-HTTLPR mit Aggression | 103/46 | Mind. 2 Vorfälle physischer Aggression in vergangenen 14 Tagen sowie mind. 2 Vorfälle physischer Aggression in Vorgeschichte | k.A. | k.A. | k.A. | k.A. | k.A. |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Krakowski et al. (2009) | Einfluss von Clozapin vs. Olanzapin vs. Haloperidol auf metabolische Parameter bei aggressiven Patienten | 93/93 | Mind. 1 Vorfall physischer Aggression während aktueller stationärer Behandlung sowie persistierende Aggression in Vorgeschichte | k.A. | 25/93 (26,9%)<br>(Gründe: k.A.) | k.A. | k.A. | k.A. |
| Nolan et al. (2009) | Gründe für aggressive Vorfälle aus Sicht von Patienten vs. Klinikpersonal | 44/44 | Bekannte Fremdaggression | k.A. | k.A. | k.A. | k.A. | k.A. |

# 8 Diskussion

## 8.1 Interpretation und Diskussion der Ergebnisse

Für die vorliegende Arbeit wurde eine systematische Literaturrecherche in den elektronischen Datenbanken PubMed und PsycINFO durchgeführt. Es wurden Studien ausgewählt, deren Stichproben Patienten mit Schizophrenie und aggressivem Verhalten beinhalteten. Ziel der Arbeit war die Überprüfung der externen Validität sowie der Machbarkeit empirischer Studien an Patienten mit Schizophrenie und aggressivem Verhalten.

Für Informationen zur externen Validität der Untersuchungen wurden Angaben zu den Teilnahmekriterien (Diagnosegruppen, Geschlecht, Gewaltkriterien) und den Merkmalen der Nichtteilnehmer extrahiert. Zudem wurden die Studien daraufhin untersucht, ob ein systematischer Vergleich der Gruppen der Teilnehmer und Nichtteilnehmer vorgenommen wurde. Als Indikatoren für die Machbarkeit wurden der prozentuale Anteil der Nichtteilnehmer (Verweigerer und Dropouts), die Stichprobengröße sowie Angaben zu den Rekrutierungsumständen (Länge des Rekrutierungszeitraums, Anzahl der Rekrutierungszentren, Setting) extrahiert. Zudem wurden Angaben zur Länge des Follow-up-Zeitraums, den Aufgaben der Probanden sowie zu den Teilnahmeanreizen erfasst.

**Externe Validität**

Zur Untersuchung der Güte der externen Validität der selektierten Studien wurden die zugrundeliegenden Teilnahmekriterien betrachtet. Die ganz überwiegende Mehrheit der Studien rekrutierte ihre Teilnehmer aus stationären Patientenpopulationen. Der geringe Anteil von Untersuchungen an ambulanten Patienten deckt sich mit den Befunden aus Überblicksarbeiten zu Untersuchungen an Patienten mit Schizophrenie ohne aggressives Verhalten (Gilbody et al. 2002; Thorney u. Adams 1998). Okuma et al. (1989), die sowohl stationäre wie auch ambulante Patienten einschlossen, berichten, dass sich von 162 Studienteilnehmern lediglich fünf Personen in ambulanter Behandlung befanden. Auch in der Untersuchung von Haddock et al. (2009) bestand nur rund ein Viertel der Stichprobe aus ambulanten Patienten. Dies weist darauf hin, dass die Rekrutierung ambulant

angebundener Patienten schwieriger gelingt als dies bei Patienten in stationärer Behandlung der Fall ist. Letztere sind für die Rekrutierung einfacher zu erreichen und das Risiko eines Dropouts ist während der stationären Behandlungszeit sicherlich geringer. In dem Ungleichgewicht von stationären und ambulanten Patienten liegt eine Gefahr für die externe Validität von Untersuchungen. Studien belegen, dass unterschiedliche Risikofaktoren für Aggressionen im stationären Umfeld und außerhalb von Institutionen gelten (Steinert 2002), d.h. Patienten in unterschiedlichen Behandlungssettings stellen keine homogene Gruppe dar. Sofern Untersuchungsergebnisse auf die Gesamtheit aller Patienten mit aggressivem Verhalten generalisiert werden sollen, muss eine stärkere Einbeziehung von Patienten in ambulanter Behandlung erfolgen. Auch über den Aspekt der externen Validität hinaus wäre ein stärkeres Augenmerk auf Patienten in ambulanter Behandlung wünschenswert. Forschung zu Aggression bei Schizophrenie darf sich nicht auf die Untersuchung stationärer Patienten beschränken. Wichtig ist nicht allein ein vertieftes Verständnis von Gewaltvorkommnissen im stationären Rahmen, sondern auch außerhalb akuter Krankheitsphasen im Alltag der Patienten, wo aggressives Verhalten die soziale Integration der Patienten gefährdet, eine Belastung für die Angehörigen darstellt und die Stigmatisierung psychisch kranker Menschen vorantreibt.

Die Betrachtung der Einschlusskriterien hinsichtlich Aggression und Gewalt zeigt, dass knapp die Hälfte der Studien als Einschlusskriterium aggressive Vorkommnisse im Rahmen der aktuellen Behandlungsepisode angab. Ein kleinerer Teil legte aktuelle sowie in der Vorgeschichte berichtete Aggressionen als Einschlusskriterium zugrunde. Die Population von Patienten mit aggressivem Verhalten setzt sich sowohl aus Patienten mit kurzfristig auftretendem Aggressionsverhalten als auch aus Patienten zusammen, die persistierend aggressiv sind (Krakowski et al. 1999). Sollen valide Rückschlüsse auf die Gesamtpopulation möglich sein, gilt es in stärkerem Maße Patienten einzubeziehen, die persistierend aggressiv sind und nicht allein im Rahmen einer akuten Krankheitsphase.

Es zeigte sich, dass nur in einer begrenzten Anzahl von Studien das Einschlusskriterium Aggression im Sinne von a priori festgelegten Werten auf aggressionsspezifischen Skalen definiert wurde. Vielmehr beschreiben die meisten Autoren eine Mindestanzahl „aggressiver Vorkommnisse“ oder von „physischer Aggression“, ohne diese näher zu definieren. Dies deckt sich mit Befunden von Jones et al. (2011), die in einer Übersichtsarbeit zur Effektivität von stimmungsstabilisierenden Medikamenten bei

Aggression bei einem Großteil der eingeschlossenen Studien eine fehlende Transparenz und Definition der aggressionsbezogenen Einschlusskriterien bemängeln. Eine genauere Definition der Aggressionskriterien wäre nicht allein aufgrund einer besseren Vergleichbarkeit von Studienergebnissen von Interesse. Es wäre damit auch nachvollziehbar, ob in Studien die relevante Gruppe erreicht wird, die ein signifikantes Maß an Aggression und Gewalt zeigt oder ob überwiegend ein Einschluss von Patienten erfolgt, die lediglich leichtere Formen von Aggression aufweisen. Einen Hinweis darauf, dass die Rekrutierung von Patienten mit einem signifikanten Maß an Aggression schwierig gelingt, geben Citrome et al. (2007) in einer der hier selektierten Studien. Sie berichten, dass ein striktes Einschlusskriterium von einem Mindestwert von vier Punkten auf dem entsprechenden PANSS-Item dazu führte, dass in einer 15-monatigen Rekrutierungszeit lediglich acht Patienten eingeschlossen werden konnten, woraufhin die Autoren die Kriterien änderten. In der Folge wurden auch Patienten eingeschlossen, die nur „milde“ Formen von Aggression zeigten (Citrome et al. 2007). Dieses Vorgehen gefährdet allerdings die externe Validität der Untersuchung, da die Stichprobe nicht repräsentativ für Patienten mit aggressivem Verhalten im Allgemeinen ist, sondern ausschließlich für Patienten, die nur leichte Formen von Gewalt zeigen. Dies führt zu einer eingeschränkten Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die Gesamtpopulation. Wünschenswert wäre deshalb eine eindeutigere Definition von Einschlusskriterien in Form von Skalenwerten, um so die Transparenz hinsichtlich der eingeschlossen Patientengruppe bzw. hinsichtlich des Grades von Gewalttätigkeit zu verbessern.

Neben der Betrachtung der Teilnahmekriterien als wichtigen Indikator für die Güte der externen Validität wurden die selektierten Studien außerdem daraufhin untersucht, ob eine systematische Untersuchung der Nichtteilnehmer stattfand respektive ob ein systematischer Vergleich zwischen den Nichtteilnehmern und den Teilnehmern in der Stichprobe erfolgte. Es zeigte sich, dass nur eine der Studien die Merkmale der Verweigerer untersuchte, Merkmale der Dropouts wurden lediglich in vier Studien berichtet. Ein Vergleich zwischen Nichtteilnehmern und Probanden der Stichprobe wurde in drei Studien vorgenommen. Äquivalent hierzu berichten Jones et al. (2011) in einer Übersichtsarbeit bei dem ganz überwiegenden Teil der eingeschlossenen Studien das Fehlen einer intention-to-treat-Analyse, d.h. eine Vernachlässigung der Studienabbrecher. Dies birgt ein hohes Fehlerrisiko bei der Interpretation von Studienergebnissen. So zeigen

die Autoren, dass im Falle eines Einschlusses aller selektierten Studien die Effektivität stimmungsstabilisierender Medikamente bei Aggression gegeben scheint. Werden ausschließlich Studien in die Analyse eingeschlossen, die eine intention-to-treat-Analyse, vornahmen, liegt keine Evidenz für den Nutzen stimmungsstabilisierender Medikamente bei Aggression vor. Dies zeigt die dringende Notwendigkeit bei der Ergebnisanalyse die Dropouts zu berücksichtigen. Ziel zukünftiger Untersuchungen sollte sein, so viele Informationen wie möglich über die Gruppe der Nichtteilnehmer zu erlangen, um mögliche systematische Verzerrungen bei der Rekrutierung aufzudecken und eine Verzerrung von Studienergebnissen zu verhindern.

**Machbarkeit**

Als Indikator für die Machbarkeit von Untersuchungen an Patienten mit Schizophrenie und aggressivem Verhalten wurde u.a. der berichtete Anteil von Nichtteilnehmern untersucht. Die überwiegende Mehrheit der Studien machte keine Angaben zum Anteil der Verweigerer. Dies gilt nicht nur für die hier betrachteten Studien an Patienten mit aggressivem Verhalten. Auch Gilbody et al. (2002) berichten in einer Übersichtsarbeit zu randomisierten Studien an Patienten mit Schizophrenie eine geringe Berichtsrate. Dies ist bedauerlich, zumal derlei Angaben wichtige Hinweise für zukünftige Untersuchungen geben können, mit welchen Schwierigkeiten bei der Rekrutierung von Teilnehmern gerechnet werden muss. Basierend auf diesen Angaben könnten beispielsweise die voraussichtlich benötigte Anzahl der Rekrutierungszentren und der Rekrutierungszeitraum berechnet werden. Sofern angegeben, divergieren die Verweigererraten deutlich, im Durchschnitt lehnten zwölf Prozent der potenziellen Teilnehmer eine Studienteilnahme ab. Aufgrund der geringen Berichtsrate ist dieser Befund nur eingeschränkt interpretierbar, doch deutet der geringe durchschnittliche Wert darauf hin, dass die große Mehrheit aggressiver Patienten für Forschungsstudien erreichbar und rekrutierbar ist. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die Aufgabe der Patienten in vielen Fällen nur in der Teilnahme an Befragungen oder klinischen Screenings bestand. Bei Untersuchungen, die eine aktivere Teilnahme, z.B. an Therapieprogrammen, oder ambulante Nachuntersuchungen erfordern, ist die Teilnahmerate möglicherweise sehr viel geringer.
Wünschenswert wäre zukünftig neben einer verbesserten Dokumentation der Verweigererraten auch eine stärkere Berücksichtigung der Verweigerungsgründe, die in

den hier selektierten Studien ausnahmslos keine Berücksichtigung fanden. Das Wissen über die Gründe für eine Teilnahmeverweigerung gäbe Hinweise, wie diesen begegnet und eine Erhöhung der Teilnahmequoten erreicht werden kann. So könnte beispielsweise Misstrauen gegenüber Forschung oder Sorge vor Datenmissbrauch seitens der potenziellen Teilnehmer durch eine verbesserte Aufklärung und mehr Transparenz bei der Rekrutierung begegnet werden. Auch der befürchtete Aufwand, der mit einer Studienteilnahme verbunden ist, mag ein mögliches Motiv für eine Teilnahmeverweigerung darstellen. Diesem ließe sich beispielsweise durch aufsuchende Kontakte im Umfeld des Patienten begegnet werden.

Die durchschnittliche Rate von Dropouts betrug in der vorliegenden Arbeit rund 22 Prozent. Die berichteten Raten divergierten deutlich und reichten von rund drei Prozent bis zu über der Hälfte der Teilnehmer. Die deutlichen Unterschiede in den Dropoutraten zeigen sich auch in Überblicksarbeiten zu Schizophrenie im Allgemeinen. Gilbody et al. (2002) berichten mit einem durchschnittlichen Dropout von etwa 40 Prozent weitaus höhere Zahlen. Allerdings betrachteten die Autoren ausschließlich randomisierte Interventionsstudien. Diese sind durch eine Interventionsteilnahme häufig mit einem höheren Aufwand für die Teilnehmer sowie einem längeren Follow-up-Zeitraum verbunden als bloße Befragungsstudien. Thorney u. Adams (1998), die das gesamte Spektrum von Studientypen untersuchten, fanden einen weit geringeren Dropoutanteil von zwölf Prozent. In der vorliegenden Arbeit konnte aufgrund der geringen Studienanzahl und der geringen Berichtsrate nicht systematisch untersucht werden, inwieweit die Divergenz der Dropoutraten durch studienimmanente Faktoren wie z.B. die Studienfragestellung oder die Studiendauer, beeinflusst wird. Dem Augenschein nach wurden vor allem in Medikamentenstudien höhere Dropoutraten berichtet. Dies mag zum einen der Tatsache geschuldet sein, dass Medikamentenstudien häufig eine bessere Berichtsqualität aufweisen. So wurden in neun von zehn Medikamentenstudien die Dropoutraten berichtet, wohingegen ein Großteil der sonstigen Untersuchungen keine Angaben zum Anteil der Dropouts machte. Weiterhin existiert bei pharmakologischen Studien ein strenges Studienprotokoll. Dies sieht vor, dass beim Auftreten bedenklicher Nebenwirkungen oder bei Protokollverletzungen seitens der Teilnehmer, diese vom weiteren Studienverlauf ausgeschlossen werden. Zukünftig sollte systematisch untersucht werden, welche Faktoren die Dropoutraten beeinflussen. Unabhängig von dieser

Fragestellung belegt der hier berichtete durchschnittliche Dropoutanteil von rund 22 Prozent, dass bei Studien an Patienten mit aggressivem Verhalten mit einem signifikanten Anteil von Dropouts zu rechnen ist, der weitaus größte Teil der Teilnehmer aber bis zum regulären Studienabschluss verbleibt und somit eine kontinuierliche Einbindung von Patienten mit aggressivem Verhalten in Forschungsprojekte gelingen kann.

Neben dem Anteil der Nichtteilnehmer wurde auch die Stichprobengröße als Indikator für die Machbarkeit betrachtet. Mit rund 93 Probanden bei Berücksichtigung der Kontrollgruppen und rund 62 Probanden bei alleiniger Betrachtung der Patienten mit aggressivem Verhalten zeigt sich eine relativ geringe Stichprobengröße. Dies deckt sich mit Befunden bei Stichproben von Patienten ohne aggressives Verhalten. Thorney u. Adams (1998) berichten eine durchschnittliche Stichprobengröße von 65 Personen, wobei mehr als 50 Prozent der untersuchten Studien eine Stichprobengröße unter 50 Probanden angaben. Die Rekrutierung von Patienten mit Schizophrenie in ausreichender Anzahl für RCTs stellt eine Herausforderung dar. Gilt dies für Patienten mit Schizophrenie im Allgemeinen, so erst recht bei der schwierigen Untergruppe von Patienten mit aggressivem Verhalten.

Die Betrachtung der Rekrutierungsumstände zeigt, dass nur rund die Hälfte der Studien Angaben zum Rekrutierungszeitraum machte. Auch hier gilt wie im Fall der Verweigerer- und Dropoutraten, dass es sich für andere Arbeitsgruppen um hilfreiche Angaben zur Studienplanung handeln würde. Der Rekrutierungszeitraum belief sich im Durchschnitt auf fast drei Jahre. Damit wird deutlich, dass die Rekrutierung von Patienten mit aggressivem Verhalten ein längerfristiges Unterfangen darstellt. Dies ist nicht notwendigerweise allein einer geringen Teilnahmebereitschaft in dieser Patientengruppe geschuldet, sondern gründet auch auf der Tatsache, dass Gewalt per se ein seltenes Ereignis darstellt und der Großteil psychiatrischer Patienten nicht aggressiv in Erscheinung tritt. So berichten beispielsweise Kim et al. (2008) einen doppelt so langen Rekrutierungszeitraum als ursprünglich im Studienprotokoll vorgesehen, da nur ein kleiner Teil der Patienten die Aggressionskriterien erfüllten. Die Berichtsrate hinsichtlich der Anzahl involvierter Rekrutierungszentren ist hoch, die durchschnittliche Anzahl von zwei Zentren überschaubar. Vor dem Hintergrund einer schwierigen Rekrutierbarkeit von Patienten mit aggressivem Verhalten wäre die Durchführung multizentrischer Studien empfehlenswert,

um ausreichende Stichprobengrößen in einem angemessenen Rekrutierungszeitraum zu erreichen.

Die Betrachtung der Follow-up-Länge zeigt, dass der Mehrheit der Studien ein längsschnittliches Design zugrunde liegt, der Follow-up-Zeitraum allerdings nur in wenigen Fällen sechs Monate oder länger beträgt. Vergleichbar berichten Thorney u. Adams (1998) in ihrer Überblicksarbeit für mehr als die Hälfte der untersuchten Studien einen Zeitraum von maximal sechs Wochen und nur einen geringen Prozentsatz (19%) von Studien, deren Dauer sechs Monate oder länger betrug. Letztere zeigen, dass auch eine längerfristige Einbindung aggressiver Patienten mit Schizophrenie in Forschungsvorhaben gelingen kann, bislang jedoch zu selten geschieht. Nur längerfristig angelegte Studien erlauben ein Verständnis des längsschnittlichen Verlaufs von Aggression und valide Schlüsse hinsichtlich der längerfristigen Effektivität von Interventionen.

Betrachtet man die Anforderungen, die an die Probanden gestellt wurden, so zeigt sich ein unausgewogenes Bild hinsichtlich der wissenschaftlichen Fragestellungen. Über die Hälfte der Studien führt Befragungen zu Risikofaktoren oder Gewaltvorkommnissen durch. Ein knappes Drittel überprüft die (gewaltpräventive) Wirksamkeit von Psychopharmaka bei Patienten mit aggressivem Verhalten. Lediglich eine Arbeit setzt sich mit nicht-medikamentösen Möglichkeiten der Gewaltprävention auseinander. Dieses Ungleichgewicht zwischen epidemiologischen bzw. risikoprädiktiven und risikopräventiven Studien gilt es zu verändern, hin zu mehr Studien die gewaltpräventive Interventionen überprüfen, insbesondere in Form nicht-medikamentöser Maßnahmen.

Von Interesse für die vorliegende Arbeit waren auch die Anreize, die den Probanden für das Einverständnis zur Studienteilnahme geboten wurden. Bedauerlicherweise berichtete keine der hier untersuchten Studien über etwaige Anreize. Obwohl insbesondere finanzielle Anreize ein weit verbreitetes Rekrutierungsinstrument bei klinischen Studien darstellen (Grady et al. 2005), werden diese in der Regel nicht berichtet (Klitzman et al. 2007). Hierdurch gehen wichtige Hinweise verloren, wie eine erfolgreiche Rekrutierung erfolgen kann. Auch in Hinblick auf ethische Fragen und auf die Replizierbarkeit von Studien wäre eine bessere Berichtsrate wünschenswert (Klitzman et al. 2007).

Zusammenfassend zeigt die vorliegende Literaturübersicht zur externen Validität und Machbarkeit von Studien an Patienten mit Schizophrenie und aggressivem Verhalten

folgende Ergebnisse. Die externe Validität entsprechender Studien ist durch ein Ungleichgewicht in den Stichproben von Patienten in stationärer und ambulanter Behandlung, weiterhin durch eine vorwiegende Berücksichtigung aktuellen Aggressionsverhaltens unter Vernachlässigung persistierender Aggression und nicht zuletzt durch intransparente Aggressionskriterien mit der Folge einer Selektion zugunsten von Probanden mit geringfügigerem Aggressionsverhalten gefährdet. Die Machbarkeit von Studien zu Aggression und Schizophrenie wird trotz durchschnittlich moderater Verweigerer- und Dropoutraten vor Herausforderungen bei der Rekrutierung gestellt, worauf die durchschnittlich geringe Stichprobengröße und der durchschnittlich langfristige Rekrutierungszeitraum in den hier selektierten Studien hindeuten.

## 8.2 Implikationen für die Forschung

Die diskutierten Probleme zeigen, dass weiterhin neben den unverzichtbaren, aber schwierig realisierbaren RCTs zugunsten einer verbesserten externen Validität und Machbarkeit alternative Studiendesigns Anwendung finden müssen. Hierzu zählen Beobachtungsstudien, die alle Patienten einschließen (z.B. im Rahmen des gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätsmanagements). Bei Interventionsvorhaben können ökologische Designs, die nicht auf der individuellen Patientenebene ansetzen, sondern Umgebungsvariablen verändern, eine sinnvolle Alternative darstellen (ein Beispiel hierfür findet sich bei Needham et al. 2004). Vorteile dieser Vorgehensweisen sind ausreichende Fallzahlen sowie weitgehend unselektierte Stichproben, die die relevante Problemklientel repräsentieren. Nachteile dieser Untersuchungsansätze sind neben einem fehlenden informed consent der Probanden auch reduzierte Datensätze gegenüber RCTs. Einen möglichen Kompromiss stellen sogenannte pragmatische randomisierte Studien dar, die weniger restriktiv hinsichtlich Einschlusskriterien, Setting oder Interventionsdurchführung sind (Zwarenstein u. Treweek 2009).

In zukünftigen Untersuchungen gilt es, die Follow-up-Zeiträume bei längsschnittlichen Untersuchungen zu verlängern und das Ungleichgewicht von epidemiologischen bzw. aggressionsprädiktiven und den in weit geringerem Maße vorliegenden aggressionspräventiven Untersuchungen zu verändern. Auch auf die Gruppe der Nichtteilnehmer, bestehend aus Verweigerern und Dropouts, sollte zukünftig mehr

Augenmerk gelegt werden, um wichtige Hinweise zur Verbesserung der Rekrutierung und zu möglichen Verzerrungen durch eine Stichprobenselektion offen zu legen.

Vor dem Hintergrund der genannten Schwierigkeiten, mit denen sich Forschung an Patienten mit Schizophrenie und aggressivem Verhalten konfrontiert sieht, muss die Dokumentationsqualität insgesamt, insbesondere aber auch bezogen auf Angaben zu externer Validität und Machbarkeit, verbessert werden. Nicht nur die vorliegende, auch andere Überblicksarbeiten berichten Mängel in der Dokumentation. Thorney u. Adams (1998) zeigen in einem Überblick über mehr als 2000 Studien zur Schizophrenie, dass die Dokumentationsqualität in den vergangenen 50 Jahren gleichbleibend auf einem niedrigen Niveau verharrt. Dies ist bedenklich, zumal eine unzureichende Dokumentation nicht nur die Nachvollziehbarkeit und Replizierbarkeit, sondern auch eine metaanalytische Untersuchung eben dieser Studien erschwert. Überblicksarbeiten stellen jedoch einen wichtigen Baustein für die evidenzbasierte Medizin dar. Zukünftig sollten daher verstärkt Leitlinien zur Dokumentation randomisierter (Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT) statement, Moher et al. 2001; Schulz et al. 2010) wie auch nicht-randomisierter (Transparent Reporting of Evaluations with Nonrandomized Designs (TREND) statement, Des Jarlais et al. 2004) Studien Berücksichtigung finden.

## 8.3 Methodische Einschränkungen

Bei der Interpretation der vorliegenden Ergebnisse sind methodische Einschränkungen zu berücksichtigen. Zum ersten oblag die Literaturrecherche und die Selektion der Studien einer Einzelperson, der Autorin der vorliegenden Übersichtsarbeit. Eine Bestimmung der Interraterreliabilität als Maß der Objektiviät war somit nicht möglich.

Zum zweiten wurden für die vorliegende Arbeit ausschließlich Untersuchungen eingeschlossen, die in wissenschaftlichen Fachzeitschriften veröffentlicht wurden. Anderweitig veröffentlichte oder unveröffentlichte Arbeiten wurden nicht mit einbezogen. Folglich wurde nicht das gesamte Spektrum von Literatur eingeschlossen. Zudem werden die berichteten Ergebnisse unter Umständen durch den publication bias verzerrt, zumal Arbeiten, die nicht zufriedenstellend durchgeführt werden konnten – und hierzu zählen sicherlich auch Schwierigkeiten in der Machbarkeit– häufig nicht veröffentlicht werden. Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass die Literaturrecherche ausschließlich über Schlagwörter (MesH terms) erfolgte. Möglicherweise sind hierdurch

Studien, die in den Datenbanken nicht den entsprechenden Schlagwörtern zugeordnet waren, nicht berücksichtigt worden. Es ist allerdings nicht davon auszugehen, dass hierdurch eine systematische Verzerrung der Ergebnisse zu befürchten ist. Als weitere Einschränkung ist zu nennen, dass aufgrund der vordefinierten Einschlusskriterien ein großer Teil von Untersuchungen zu Aggression bei Schizophrenie ausgeschlossen wurde. Studien, die lediglich ein informed consent der Teilnehmer erforderten, bei denen die Datenerhebung aber ausschließlich auf anderen Quellen als den Patienten beruhte (z.B. Beobachtung, Angabe Dritter) sowie Studien, die auch Patienten mit Schizophrenie ohne aggressives Verhalten einschlossen (z.B. prospektive oder epidemiologische Studien) wurden in dieser Überblicksarbeit nicht berücksichtigt.

# 9 Zusammenfassung

Unter den psychischen Erkrankungen ist insbesondere für die Schizophrenie ein gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöhtes Gewalt- und Deliktrisiko gut belegt.
Während die ganz überwiegende Mehrheit von Patienten nicht häufiger gewalttätig ist als die Allgemeinbevölkerung, geht das erhöhte Risiko auf eine kleine, aber bedeutsame Untergruppe zurück, die für einen Großteil der von schizophren erkrankten Patienten begangenen Gewalttaten verantwortlich zeichnet. Konsequenzen von Gewalt und Aggression sind eine erschwerte Behandlung der Betroffenen, eine Belastung von Angehörigen und Klinikpersonal, die Stigmatisierung aller psychiatrischen Patienten und nicht zuletzt eine zunehmenden Zuweisung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen in forensische Institutionen.
Ein umfassenderes Verständnis der Zusammenhänge von Gewalt und Schizophrenie, der Epidemiologie von Gewalt in und außerhalb von Institutionen und der Ausgestaltung und Effektivität möglicher Präventionsmaßnahmen ist damit ein wichtiges Anliegen der klinischen Forschung. Die vorliegende Arbeit widmet sich der Frage nach der Machbarkeit von Gewaltprävention respektive von Forschung im Allgemeinen bei Patienten mit Schizophrenie und aggressivem Verhalten.

Im ersten Teil der Arbeit wird eine eigene empirische Machbarkeitsstudie zur Gewalt- und Deliktprävention bei aus stationärer Behandlung entlassenen Patienten mit Schizophrenie dargestellt. Zielgruppe waren männliche Patienten mit Schizophrenie und bekannter Aggressionsneigung in stationärer allgemeinpsychiatrischer Behandlung. Die Patienten nahmen an Interventionen zur Gewaltprävention über einen Zeitraum von sechs Monaten nach Entlassung teil.
Es zeigte sich ein hoher Anteil von Nichtteilnehmern in der Stichprobe (83,1%). Dieser summierte sich aus Patienten, die die Teilnahme aktiv verweigerten (44,9%), aus Patienten, die aus organisatorischen Gründen nicht erreicht werden konnten (22,5%) und aus Patienten, die dauerhaft nicht teilnahmefähig waren (15,7%). Teilnehmer waren gegenüber Nichtteilnehmern jünger und hatten eine kürzere Erkrankungsdauer, sie brachen die Behandlung seltener ab und hatten eine längere stationäre

Behandlungsdauer. Teilnehmer wiesen gegenüber Nichtteilnehmern höhere Werte für Fremdaggressivität und höhere Werte für die maximale Fremdaggression auf. Schwergradige Aggressionen bildeten sowohl im Rahmen der Aufnahme (2,8%) als auch während des Aufenthalts (1,4%) die Ausnahme. Die erarbeiteten Behandlungsmodule erwiesen sich als sinnvoll, praktikabel und ausreichend flexibel.

Die Ergebnisse belegen die schwierige Erreichbarkeit der Zielgruppe. Positiv hervorzuheben ist neben der geringen Dropoutrate, dass es gelungen ist, Patienten zu rekrutieren, die ein bedeutsames Ausmaß an Fremdaggressivität zeigen. Dies zeigt, dass eine Integration schwieriger Patienten sowohl in Angebote der psychiatrischen Versorgung als auch in Forschungsprojekte möglich ist.

Im zweiten Teil der Arbeit wird ein systematischer Literaturüberblick gegeben über die externe Validität und die Machbarkeit von Untersuchungen an Patienten mit Schizophrenie und aggressivem Verhalten.

Es zeigte sich, dass die externe Validität der Studien durch ein Ungleichgewicht in den Stichproben von Patienten in stationärer und ambulanter Behandlung, weiterhin durch eine vorwiegende Berücksichtigung aktuellen Aggressionsverhaltens unter Vernachlässigung persistierender Aggression und nicht zuletzt durch intransparente Aggressionskriterien mit der Folge einer Selektion zugunsten von Probanden mit geringfügigerem Aggressionsverhalten gefährdet ist. Die Machbarkeit wird trotz durchschnittlich moderater Verweigerer- und Dropoutraten vor Herausforderungen bei der Rekrutierung gestellt, worauf die durchschnittlich geringe Stichprobengröße und der durchschnittlich langfristige Rekrutierungszeitraum in den selektierten Studien hindeuten.

Zukünftig müssen neben randomisiert-kontrollierten Studien zugunsten einer verbesserten externen Validität und Machbarkeit alternative Studiendesigns, wie ökologische Designs oder pragmatische randomisierte Studien, Anwendung finden. Es gilt die Follow-up-Zeiträume zu verlängern und vermehrt aggressionspräventive Fragestellungen zu untersuchen. Auch auf die Gruppe der Nichtteilnehmer sollte zukünftig mehr Augenmerk gelegt werden, um wichtige Hinweise zur Verbesserung der Rekrutierung und zu möglichen Verzerrungen durch eine Stichprobenselektion offen zu legen.

# 10 Literatur


1. Allan ER, Alpert M, Sison CE, Citrome L, Laury G, Berman I: Adjunctive nadolol in the treatment of acutely aggressive schizophrenic patients. J Clin Psychiatry 57: 455-459 (1996)
2. Almvik R, Woods P, Rasmussen K: The Brøset Violence Checklist. Sensitivity, Specificity, and Interrater Reliability. J Interpers Violence 15: 1284-1296 (2000)
3. Angermeyer MC, Matschinger H: Violent attacks on public figures by persons suffering from psychiatric disorders. Their effect on the social distance towards the mentally ill. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 245: 159-164 (1995)
4. Angermeyer MC: Schizophrenia and violence. Acta Psychiatr Scand 102: 63-67 (2000)
5. Angermeyer MC, Matschinger H: The stereotype of schizophrenia and its impact on discrimination against people with schizophrenia: Results from a representative survey in Germany. Schizophr Bull 30: 1049-1061 (2004)
6. Anwar S, Langström N, Grann M, Fazel S: Is arson the crime most strongly associated with psychosis? A national case-control study of arson risk in schizophrenia and other psychoses. Schizophr Bull 0: DOI:10.1093/schbul/sbp098 (2009)
7. APA: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV), 2. Aufl., Kap. Schizophrenie und Andere Psychotische Störungen, Hogrefe, Göttingen Bern Toronto, S. 327-373 (1998)
8. Appelbaum PS, Clark Robbins P, Monahan J: Violence and delusions: Data from the McArthur violence risk assessment study. Am J Psychiatry 157: 566-572 (2000)
9. Arango C, Barba AC, Gonzalez-Salvador T, Ordonez AC: Violence in inpatients with schizophrenia: a prospective study. Schizophr Bull 25: 493-503 (1999)
10. Arango C, Bombín I, González-Salvador T, García-Cabeza I, Bobes J: Randomized clinical trial comparing oral versus depot formulations of zuclopenthixol in patients with schizophrenia and previous violence. Eur Psychiatry 21: 34-40 (2006)
11. Arseneault L, Moffitt TE, Caspi A, Taylor PJ, Silva PA: Mental disorders and violence in a total birth cohort. Arch Gen Psychiatry 57: 979-986 (2000)

12. Bandura A: Aggression: a social learning analysis. Prentice Hall, Englewood Cliffs (1973)
13. Barkan T, Peled A, Modai I, Barak P, Weizman A, Rehavi M: Serotonin transporter characteristics in lymphocytes and platelets of male aggressive schizophrenia patients compared to non-aggressive schizophrenia patients. Eur Neuropsychopharmacol 16: 572-579 (2006)
14. Baron RA, Richardson DR: Human Aggression. 2. ed., Plenum Press, New York, S. 37 (1994)
15. Bechdolf A, Knost B, Kuntermann C, Schiller S, Klosterkötter J, Hambrecht M, Pukrop R: A randomized comparison of group cognitive-behavioural therapy and group psychoeducation in patients with schizophrenia. Acta Psychiatr Scand 110: 21-28 (2004)
16. Berg S v, Haselbeck H: Erste Erfahrungen mit der Einführung einer Risikocheckliste (Bremen Risc Assessment Scale for General Psychiatry) für die Allgemeinpsychiatrie. Sozialpsychiatrische Informationen 3: 16-20 (2008)
17. Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, Sapareto E, Ruggiero J: Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. Am J Psychiatry 151: 1132-1136 (1994)
18. Biancosino B, Delmonte S, Grassi L, Santone G, Preti A, Miglio R, de Girolamo G: Violent behaviour in acute psychiatric inpatient facilities: a national survey in Italy. J Nerv Ment Dis 197: 772-782 (2009)
19. Bjørkly S, Hartvig P, Heggen FA, Brauer H, Moger TA: Development of a brief screen for violence risk (V-RISK-10) in acute and general psychiatry: An introduction with emphasis on findings from a naturalistic test of interrater reliability. Eur Psychiatry 24: 388-394 (2009)
20. Bleuler, E: Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Edition diskord Tübingen, S. 6 (1988)
21. Bobes J, Fillat O, Arango C: Violence among schizophrenia out-patients compliant with medication: prevalence and associated factors. Acta Psychiatr Scand 119: 218-225 (2009)

22. Böker W, Häfner H: Gewalttaten Geistesgestörter. Eine psychiatrisch-epidemiologische Untersuchung in der Bundesrepublik Deutschland. Springer Berlin Heidelberg New York (1973)
23. Bortz J, Döring N: Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. 4. Aufl. Springer, Heidelberg, S. 502-505 (2006)
24. Brekke JS, Prindle C, Bae SW, Long JD: Risk for individuals with schizophrenia who are living in the community. Psychiatr Serv 52: 1358-1366 (2001)
25. Brennan PA, Mednick SA, Raine A: Biosocial interactions and violence: A focus on perinatal factors. Biosocial bases of violence. In: Raine A, Brennan PA, Farrington DP, Mednick SA (Hrsg.) Biosocial bases of violence. NATO ASI series: Series A: Life sciences, Vol. 292, Plenum Press New York, S. 163-174 (1997)
26. Brennan PA, Mednick SA, Hodgins S: Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. Arch Gen Psychiatry 57: 494-500 (2000)
27. Brennan PA, Alden A: Schizophrenia and violence: The overlap. In: Raine A (Hrsg.) Crime and schizophrenia. Causes and cures, Nova Publishers New York, S. 15-27 (2006)
28. Brieden T, Ujeyl M, Naber D: Psychopharmacological treatment of aggression in schizophrenic patients. Pharmacopsychiatry 35: 83-89 (2002)
29. Bron K: Maßregelvollzug. Bericht des Parlamentarischen Beratungs- und Gutachterdienstes des Landtags NRW. Information 13/1208 (2004)
30. Buckley PF, Hrouda DR, Friedman L, Noffsinger SG, Resnick PJ, Camlin-Shingler K: Insight and its relationship to violent behavior in patients with schizophrenia. Am J Psychiatry 161: 1712-1714 (2004)
31. Buckley PF, Miller BJ, Lehrer DS, Castle DJ: Psychiatric comorbidities and schizophrenia. Schizophr Bull 35: 383-402 (2009)
32. Bustillo JR, Lauriello J, Horan WP, Keith SJ: The psychosocial treatment of schizophrenia: an update. Am J Psychiatry 158: 163-175 (2001)
33. Campbell DT, Stanley JC: Experimental and quasi-experimental designs for research. Rand McNally, Chicago, S. 5f., 16-22 (1973)
34. Cannon M, Huttunen MO, Tanskanen AJ, Arsenault L, Jones PB, Murray RM: Perinatal and childhood risk factors for later criminality and violence in schizophrenia. Br J Psychiatry 180: 496-501 (2002)

35. Chan BWY: Violence against caregivers by relatives with schizophrenia. International Journal of Forensic Mental Health 7: 65-81 (2008)
36. Cheung P, Schweitzer I, Crowley KC, Yastrubetskaya O, Tuckwell V: Aggressive behavior and extrapyramidal side effects of neuroleptics in schizophrenia. Int Clin Psychopharmacol 11: 237-240 (1996)
37. Cheung P, Schweitzer I, Crowley KC, Tuckwell V: Aggressive behaviour in schizophrenia: Role of state versus trait factors. Psychiatry Res 72: 41-50 (1997 a)
38. Cheung P, Schweitzer I, Crowley KC, Tuckwell V: Violence in schizophrenia: Role of hallucinations and delusions. Schizophr Res 26: 181-190 (1997 b)
39. Cheung P, Schweitzer I, Crowley KC, Tuckwell V: Aggressive behaviour in schizophrenia: The role of psychopathology. Aust N Z J Psychiatry 31: 62-67 (1997 c)
40. Cheung P, Schweitzer I, Yastrubetskaya O, Crowley KC, Tuckwell V: Studies of aggressive behavior in schizophrenia: Is there a response bias? Med Sci Law 37: 345-348 (1997 d)
41. Citrome L, Shope CB, Nolan KA, Czobor P, Volavka J: Risperidone alone versus risperidone plus valproate in the treatment of patients with schizophrenia and hostility. Int Clin Psychopharmacol 22: 356-362 (2007)
42. Cohen M, Oaks G, Freedman N, Engelhardt DM, Margolis RA: Family interaction patterns, drug treatment and change in social aggression. Arch Gen Psychiatry 19: 50-56 (1968)
43. Crick NR, Dodge KA: A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustmement. Psychol Bull 115: 74-101 (1994)
44. Dean K, Walsh E, Moran P, Tyrer P, Creed F, Byford S, Burns T, Murray R, Fahy T: Violence in women with psychosis in the community: prospective study. Br J Psychiatry 188: 264-270 (2006)
45. Derogatis LR, Cleary PA: Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validation. J Clin Psychol 33: 981-989 (1977)
46. Des Jarlais DC, Lyles C, Crepaz N, TREND Group: Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions: the TREND statement. Am J Public Health 94: 361-366 (2004)
47. Dodge KA: A social information processing model of social competence in children. In: Perlmutter M (Hrsg.) Minnesota Symposium on Child Psychology 18: Cognitive

perspectives on children's social and behavioral development, Erlbaum Hillsdale, S. 77-125 (1986)

48. Dollard J, Doob L, Miller NE, Mowrer OK, Sears RR: Frustration and aggression. Yale University Press, New Haven (1939)
49. Elbogen EB, Van Dorn RA, Swanson JW, Swartz MS, Monahan J: Treatment engagement and violence risk in mental disorders. Br J Psychiatry 189: 354-360 (2006)
50. Elbogen EB, Johnson SC: The intricate link between violence and mental disorder. Results from the national epidemiological survey on alcohol and related conditions. Arch Gen Psychiatry 66: 152-161 (2009)
51. Ellouze F, Ayedi S, Masmoudi S, Bakri L, Chérif W, Zramdini R, Largueche M, Amri H, Ben Abla T, Mrad MF: Schizophrenia and violence, incidence and risk factors: a Tunisian sample. Encephale 35: 347-352 (2009)
52. Erb M, Hodgins M; Freese R, Müller-Isberner R, Jöckel D: Homicide and schizophrenia: maybe treatment does have a preventive effect. Crim Behav Ment Health 11: 6-26 (2001)
53. Eucker S: Verhaltenstherapeutische Methoden. In: Müller-Isberner R, Gretenkord L (Hrsg.) Psychiatrische Kriminaltherapie, Bd. 1, Pabst Science Lengerich, S. 7-17 (2002)
54. Fazel S, Grann M, Carlström E, Lichtenstein P, Langström N: Risk factors for violent crime in schizophrenia: a national cohort study of 13.806 patients. J Clin Psychiatry 70: 362-369 (2009)
55. Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M: Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. PLoS Med 6: e1000120. DOI:10.1371/journal.pmed.1000120 (2009)
56. Fazel S, Långström N, Hjern A, Grann M, Lichtenstein P: Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. J Am Med Assoc 301: 2016-2023 (2009)
57. Fenton WS, Blyler CR, Heinssen RK: Determinants of medication compliance in schizophrenia: Empirical and clinical findings. Schizophr Bull 23: 637-651 (1997)
58. Fischer EH, Dornelas EA, Goethe JW: Characteristics of people lost to attrition in psychiatric follow-up studies. J Nerv Ment Dis 189: 49-55 (2001)
59. Freud S: A general introduction to psychoanalysis. Boni & Liveright, New York (1920)

60. Gaebel W, Möller HJ, Rössler W: Einleitung. In: Gaebel W, Möller HJ, Rössler W (Hrsg.) Stigma – Diskriminierung – Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker, 1. Aufl., Kohlhammer Stuttgart, S. 3-11 (2005)
61. Gilbody S, Wahlbeck K, Adams C: Randomized controlled trials in schizophrenia: a critical perspective on the literature. Acta Psychiatr Scand 105: 243-251 (2002)
62. Gould RA, Mueser KT, Bolton E, Mays V, Goff D: Cognitive therapy for psychosis in schizophrenia: an effect size analysis. Schizophr Res 48: 335-342 (2001)
63. Grady C, Dickert N, Jawetz T, Gensler G, Emanuel E: An analysis of U.S. practices of paying research participants. Contemp Clin Trials 26: 365-375 (2005)
64. Haapea M, Miettunen J, Veijola J, Lauronen E, Tanskanen P, Isohanni M: Non-participation may bias the results of a psychiatric survey. An analysis from the survey including magnetic resonance imaging within the Northern Finland 1966 Birth Cohort. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 42: 403-409 (2007)
65. Haberfellner EM: Kosten der Schizophrenie. In: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) Österreichischer Schizophreniebericht 2008, S. 191-198 (2009)
66. Habermeyer E, Wolff R, Gillner M, Strohm R, Kutscher S: Patienten mit schizophrenen Störungen im psychiatrischen Maßregelvollzug. Nervenarzt 81: 1117–1124 DOI:10.1007/s00115-009-2913-z (2010)
67. Haddock G, Barrowclough C, Shaw J, Dunn G, Novaco RW, Tarrier N: Cognitive-behavioural therapy vs. social activity therapy for people with psychosis and a history of violence. Randomised controlled trial. Br J Psychiatry 194: 152-157 (2009)
68. Häfner H, an der Heiden W: Epidemiology of schizophrenia. Can J Psych 42: 139-151 (1997)
69. Häfner H: Das Rätsel Schizophrenie. Eine Krankheit wird entschlüsselt. 3. Aufl., C.H. Beck, München, S. 115-120 (2005)
70. Haller R, Kemmler G, Kocsis E, Maetzler W, Prunlechner R, Hinterhuber H: Schizophrenie und Gewalttätigkeit. Ergebnisse einer Gesamterhebung in einem österreichischen Bundesland. Nervenarzt 72: 859-866 (2001)
71. Hare RD, Harpur TJ, Hakstian AR, Forth AE, Hart SD, Newman JP: The revised Psychopathy Checklist: Reliability and factor structure. Psychol Assess 2: 338-341 (1990)

72. Hare, RD: The Hare Psychopathy Checklist – Revised (2. ed.) (PCL-R). Multi Health Systems, Toronto (2003)
73. Hart SD, Cox DN, Hare RD: Manual for the Psychopathy Checklist: screening version (PCL:SV). Multi Health Systems, Toronto (1995)
74. Heads T, Taylor P, Leese M: Childhood experiences of patients with schizophrenia and a history of violence: a special hospital sample. Crim Behav Ment Health 7: 117-130 (1997)
75. Hodgins S, Lapaline M, Toupin J: Criminal activities and substance use of patients with major affective disorders and schizophrenia: a 2-year follow-up. J Affect Disord 55: 187-202 (1999)
76. Hodgins S, Kratzer L, McNeil T: Obstretic complication, parenting and the risk of criminal behaviour. Arch Gen Psychiatry 58: 746-752 (2001)
77. Hodgins S, Hiscoke UA, Freese R: The antecedents of aggressive behavior among men with schizophrenia: a prospective investigation of patients in community treatment. Behav Sci Law 21: 523-546 (2003)
78. Hodgins S, Müller-Isberner R: Preventing crime by people with schizophrenic disorders: the role of psychiatric services. Br J Psychiatry 185: 245-250 (2004)
79. Hodgins S, Tiihonen J, Ross D: The consequences of conduct disorder for males who develop schizophrenia: associations with criminality, aggressive behavior, substance use, and psychiatric services. Schizophr Res 78: 323-335 (2005)
80. Hodgins S, Alderton J, Cree A, Aboud A, Mak T: Aggressive behaviour, victimisation and crime among severely mentally ill patients requiring hospitalisation. Br J Psychiatry 191: 343-350 (2007)
81. Hofstetter V: Psychoedukation. In: Müller-Isberner R, Gretenkord L (Hrsg.) Psychiatrische Kriminaltherapie, Bd. 1, Pabst Science Lengerich, S. 41-47 (2002)
82. Jaeger S, Gebhardt RP, Pfiffner C, Bayer W, Weiser P, Wiesner H, Steinert T: Akzeptanz und Umsetzung von Empfehlungen zur Rückfallverhütung – Entwicklung der Compliance Selbst-Rating Instrumente CSRI-E und CSRI-K (Publikation in Vorbereitung)
83. Janofsky JS, Spears S, Neubauer DN: Psychiatrists accuracy in predicting violent behavior on an inpatient unit. Hosp Community Psychiatry 39: 1090-1094 (1988)

84. Jones RM, Arlidge J, Gillham R, Reagu S, van den Bree M, Taylor PJ: Efficacy of mood stabilisers in the treatment of impulsive or repetitive aggression: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry 198: 93-98 (2011)
85. Joyal CC, Dubreucq JL, Gendron C, Millaud F: Major mental disorders and violence: a critical update. Curr Psychiatry Rev 3: 33-50 (2007)
86. Kamali M, Kelly L, Gervin M, Browne S, Larkin C, O'Callaghan E: Insight and comorbid substance misuse and medication compliance among patients with schizophrenia. Psychiatr Serv 52: 161-166 (2001)
87. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA: The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. Schizophr Bull 13: 261-276 (1987)
88. Kay SR, Wolkenfeld F, Murrill LM: Profiles of aggression among psychiatric patients: I. nature and prevalence. J Nerv Ment Dis 176: 539-546 (1988)
89. Ketelsen R, Zechert C, Driessen M, Schulz M: Characteristics of aggression in a German psychiatric hospital and predictors of patients at risk. J Psychiatr Ment Health Nurs 14: 92-99 (2007)
90. Kim YR, Kim JH, Kim SJ, Lee D, Min SK: Catechol-O-methyltransferase Val158Met polymorphism in relation to aggressive schizophrenia in a Korean population. Eur Neuropsychopharmacol 18: 820-825 (2008)
91. Kim YR, Jahng JW, Min SK: Association between the serotonin transporter gene (5-HTTLPR) and anger-related traits in Korean schizophrenic patients. Neuropsychobiology 59: 165-171 (2009)
92. Klitzman R, Albala I, Siragusa J, Nelson KN, Appelbaum PS: The Reporting of Monetary Compensation in Research Articles. J Empir Res Hum Res Ethics 2: 61-67 (2007)
93. Knapp M, Mangalore R, Simon J: The global costs of schizophrenia. Schizophr Bull 30: 279-293 (2004)
94. Krakowski M, Jaeger J, Volavka J: Violence and psychopathology: A longitudinal study. Compr Psychiatry 29: 174-181 (1988)
95. Krakowski M, Convit A, Jaeger J, Lin S, Volavka J: Neurological impairment in violent schizophrenic inpatients. Am J Psychiatry 146: 849-853 (1989)
96. Krakowski M, Czobor P: Violence in psychiatric patients: The role of psychosis, frontal lobe impairment, and ward turmoil. Compr Psychiatry 38: 230-236 (1997)

97. Krakowski M, Czobor P, Chou JCY: Course of violence in patients with schizophrenia: Relationship to clinical symptoms. Schizophr Bull 25: 505-517 (1999)
98. Krakowski M, Czobor P: Gender differences in violent behaviors: relationship to clinical symptoms and psychosocial factors. Am J Psychiatry 161:459-465 (2004)
99. Krakowski M, Czobor P, Citrome L, Bark N, Cooper TB: Atypical antipsychotic agents in the treatment of violent patients with schizophrenia and schizoaffective disorder. Arch Gen Psychiatry 63: 622-629 (2006)
100. Krakowski M, Czobor P, Nolan KA; Atypical antipsychotics, neurocognitive deficits and aggression in schizophrenic patients. J Clin Psychopharmacol 28: 485-493 (2008)
101. Krakowski M, Czobor P, Citrome L: Weight gain, metabolic parameters, and the impact of race in aggressive inpatients randomized to double-blind clozapine, olanzapine or haloperidol. Schizophr Res 110: 95-102 (2009)
102. Kröber HL: Kriminalprognostische Begutachtung. In: Kröber HL, Dölling D, Leygraf N, Sass H (Hrsg.) Handbuch der forensischen Psychiatrie, Bd. 3, Steinkopff Darmstadt, S.134 (2008)
103. Kutscher S, Schiffer B, Seifert D: Schizophrene Patienten im psychiatrischen Maßregelvollzug (§63 StGB) Nordrhein-Westfalens. Entwicklungen und Patientencharakteristika. Fortschr Neurol Psychiatr 77: 91-96 (2009)
104. Lapierre D, Braun CMJ, Hodgins S, Toupin J, Léveillée S, Constanineau C: Neuropsychological correlates of violence in schizophrenia. Schizophr Bull 21: 253-262 (1995)
105. Lau S: Wirkt ambulante Kriminaltherapie? Literaturübersicht zur Effektivität gemeindenaher rückfallpräventiver Maßnahmen bei Straftätern und psychisch kranken Rechtsbrechern. Psychiat Prax 30: 119-126 (2003)
106. Leucht S, Barnes TRE, Kissling W, Engel RR, Correll C, Kane JM: Relapse prevention in schizophrenia with new-generation antipsychotics: a systematic review and exploratory meta-analysis of randomized, controlled trials. Am J Psychiatry 160: 1209-1222 (2003)
107. Leucht S, Heres S: Epidemiology, clinical consequences, and psychosocial treatment of nonadherence in schizophrenia. J Clin Psychiatry 67: 3-8 (2006)

108. Leygraf N: Maßregelvollzug und Strafvollzug - Psychiatrischer Maßregelvollzug (StGB §63). In: Kröber HL, Dölling D, Leygraf N, Sass H (Hrsg.) Handbuch der Forensischen Psychiatrie, Bd. 3, Steinkopff Darmstadt, S. 194 (2006)
109. Lipsey MW, Chapman GL, Landenberger NA: Cognitive-behavioral programs for offenders. Ann Am Acad Pol Soc Sci 578: 144-157 (2001)
110. Lorenz K: Das sogenannte Böse. Borotha-Schoeler, Wien (1963)
111. Loughland CM, Lawrence G, Allen J, Hunter M, Lewin TJ, Oud NE, Vaughan JC: Aggression and trauma experiences among carer-relatives of people with psychosis. Soc Psychiat Epidemiol 44: 1031-1040 (2009)
112. Lundberg I, Damström Thakker K, Hällström T, Forsell Y: Determinants of non-participation, and the effects of non-participation on potential cause-effect relationships, in the PART study in mental disorders. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 40: 473-483 (2005)
113. Maguire K, Cheung P, Crowley K, Norman T, Schweitzer I, Burrows G: Aggressive behaviour and platelet $^{3}$H-paroxetine binding in schizophrenia. Schizophr Res 23: 61-67 (1997)
114. Malmberg L, Fenton M, Rathbone J: Individual psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis for schizophrenia and severe mental illness. Cochrane Database Syst Rev 3: DOI: 10.1002/14651858.CD001360 (2001)
115. McGarth J, Saha S, Welham J, El Saadi O, MacCauley C, Chant D: A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. Bio Med Central Med 2:13 (2004)
116. Meyer T, Franz M, Gallhofer B: Subgruppen und Prognose besonders schwer zu enthospitalisierender schizophrener Langzeitpatienten: Eine Differenzierung des „harten Kerns“. Teil 2 der Hessischen Enthospitalisierungsstudie. Psychiat Prax 29: 301-305 (2002)
117. Miller WR, Rollnick S: Motivational Interviewing: Preparing People For Change. 2. ed., Guildford, New York (2002)
118. Modai I, Gibel A, Rauchverger B, Ritsner M, Klein E, Ben-Shachar D: Paroxetine binding in aggressive schizophrenic patients. Psychiatry Res 94: 77-81 (2000)

119. Moher D, Schulz KF, AItman DG: The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel group randomized trials. Bio Med Central Med Res Methodol 1: DOI:10.1186/1471-2288-1-2 (2001)
120. Morrison AP, French P, Walford L, Lewis SW, Kilcommons A, Green J, Parker S, Bental RP: Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk. Br J Psychiatry 185: 291-297 (2004)
121. Müller-Isberner R, Hodgins S: Evidence based treatment for mentally disordered offenders. In: Hodgins S, Müller-Isberner R (Hrsg.) Violence, crime and mentally disordered offenders: Concepts and methods for effective treatment and prevention, Kap. 1, John Wiley & Sons Hoboken San Francisco Indianapolis, S. 7-38 (2000)
122. Müller-Isberner R, Eucker S: Effektive Behandlung psychisch kranker Straftäter. Neuropsychiatr 20: 32-39 (2006)
123. Mullen PE: Schizophrenia and violence: from correlations to preventive strategies. Advances in Psychiatric Treatment 12: 239-248 (2006)
124. National Collaborating Centre for Mental Health: Schizophrenia. The NICE guideline on core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care (updated edition), National Clinical Guideline 82, www.nice.org.uk/CG82 (2009)
125. Needham I, Abderhalden C, Meer R, Dassen T, Haug HJ, Halfens RJG, Fischer JE: The effectiveness of two interventions in the management of patient violence in acute mental inpatient settings: report on a pilot study. J Psychiatr Ment Health Nurs 11: 595-601 (2004)
126. Nijman HLI, Rector G: Crowding and aggression on inpatient psychiatric wards. Psychiatr Serv 50: 830-831 (1999)
127. Nolan KA, Volavka J, Mohr P, Czobor P: Psychopathy and violent behavior among patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. Psychiatr Serv 50: 787-792 (1999)
128. Nolan KA, Shope CB, Citrome L, Volavka J: Staff and patient views of the reasons for aggressive incidents: A prospective, incident-based study. Psychiatr Q 80: 167-172 (2009)

129. Okuma T, Yamashita I, Takahashi R, Itoh H, Otsuki S, Watanabe S, Sarai K, Hazama H, Inanaga K: A double-blind study of adjunctive carbamazepine versus placebo on excited states of schizophrenic and schizoaffective disorders. Acta Psychiatr Scand 80: 250-259 (1989)
130. Omérov M, Edman G, Wistedt B: Violence and threats of violence within psychiatric care – a comparison of staff and patient experience of the same incident. Nord J Psychiatry 58: 363-369 (2004)
131. Pekkala ET, Merinder LB: Psychoeducation for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev 2: DOI:10.1002/14651858.CD002831 (2002)
132. Perkins DO: Predictors of noncompliance in patients with schizophrenia. J Clin Psychiatry 63: 1121-1128 (2002)
133. Pitschel-Walz G, Leucht S, Bäuml J, Kissling W, Engel RR: The effect of family interventions on relapse and rehospitalization on schizophrenia: a meta-analysis. Schizophr Bull 27: 73-92 (2001)
134. Priebe S, Badesconyi A, Fioritti A, Hansson L, Kilian R, Torres-Gonzales F, Turner T, Wiersma D: Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. Br Med J 330: 123-126 (2005)
135. Puschner B, Vauth R, Jacobi F, Becker T: Bedeutung von Psychotherapie in der Versorgung von Menschen mit schizophrenen Störungen in Deutschland. Nervenarzt 77: 1301-1309 (2006)
136. Rector NA, Beck A: Cognitive Behavioral Therapy for Schizophrenia: An Empirical Review. J Nerv Ment Dis189: 278-287 (2001)
137. Richter D: Patientenübergriffe auf Mitarbeiter psychiatrischer Kliniken: Häufigkeit, Folgen, Präventionsmöglichkeiten. Lambertus, Freiburg i. Brsg. (1999)
138. Richter D, Berger K: Patientenübergriffe auf Mitarbeiter. Eine prospektive Untersuchung der Häufigkeit, Situationen und Folgen. Nervenarzt 72: 693-699 (2001)
139. Richter D, Needham I: Effekte von mitarbeiterbezogenen Trainingsprogrammen zum Aggressionsmanagement in Einrichtungen der Psychiatrie und Behindertenhilfe. Systematische Literaturübersicht. Psychiat Prax 34: 7-14 (2007)
140. Richter D, Berger K: Psychische Folgen von Patientenübergriffen auf Mitarbeiter. Prospektive und retrospektive Daten. Nervenarzt 80: 68-73 (2009)

141. Ritsner M, Modai I, Gibel A, Leschiner S, Silver H, Tsinovoy G, Weizman A, Gavish M: Decreased platelet peripheral-type benzodiazepine receptors in persistently violent schizophrenia patients. J Psychiatr Res 37: 549-556 (2003)
142. Roberts LW, Warner TD, Brody JL, Roberts B, Lauriello J, Lyketsos C: Patient and Psychiatrist Ratings of Hypothetical Schizophrenia Research Protocols: Assessment of Harm Potential and Factors Influencing Participation Decisions. Am J Psychiatry 159: 573-584 (2002)
143. Robinson D, Woerner MG, Alvir JM, Bilder R, Goldman R, Geisler S, Koreen A, Sheitman B, Chakos M, Mayerhoff D, Lieberman JA: Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. Arch Gen Psychiatry 56: 241-247 (1999)
144. Rosenberg S, Lu W, Muser K, Jankowski M, Cournos F: Correlates of adverse childhood events among adults with schizophrenia spectrum disorders. Psychiatr Serv 58: 245-253 (2007)
145. Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J: A Systematic Review of the Prevalence of Schizophrenia. PLoS Med 2: DOI:10.1371/journal.pmed.0020141 (2005)
146. Schanda H, Knecht G, Schreinzer D, Stompe T, Ortwein-Swoboda G, Waldhoer T: Homicide and major mental disorders: a 25-year study. Acta Psychiatr Scand 110: 98-107 (2004)
147. Schneider K: Klinische Psychopathologie. 13. Aufl., Thieme, Stuttgart New York, S. 65-66 (1987)
148. Schulz KF, Altman DG, Moher D: CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. Bio Med Central Med 8: DOI:10.1186/1741-7015-8-18 (2010)
149. Silver E, Arseneault L, Langley J, Caspi A, Moffitt TE: Mental disorder and violent victimization in a total birth cohort. Am J Public Health 95: 2015-2021 (2005)
150. Skeem JL, Mulvey EP, Lidz C, Gardner W, Schubert C: Identifying psychiatric patients at risk for repeated involvement in violence: The next step toward intensive community treatment programs. International Journal of Forensic Mental Health 1: 155-170 (2002)

151. Skeem JL, Mulvey EP, Appelbaum P, Banks S, Grisso T, Silver E, Clark Robbins P: Identifying subtypes of civil psychiatric patients at high risk for violence. Crim Justice Behav 31: 392-427 (2004)
152. Soyka M, Ufer S: Aggression bei Schizophrenien: Prävalenz, psychopathologische und soziodemographische Korrelate. Fortschr Neurol Psychiatr 70: 171-177 (2002)
153. Soyka M, Morhart-Klute V, Schoech H: Delinquency and criminal offenses in former schizophrenic inpatients 7-12 years following discharge. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 254: 289-294 (2004)
154. Sreenivasan S, Kirkish P, Eth S, Mintz J, Hwang S, Van Gorp W, Van Vort W: Predictors of recidivistic violence in criminally insane and civilly committed psychiatric inpatients. Int J Law Psychiatry 20: 279-291 (1997)
155. Steadman HJ, Mulvey EP, Monahan J, Clark Robbins P, Appelbaum PS, Grisso T, Roth LH, Silver E: Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighbourhoods. Arch Gen Psychiatry 55: 393-401 (1998)
156. Steinert T, Hermer K, Faust V: Comparison of aggressive and non-aggressive schizophrenic inpatients matched for age and sex. Eur Psychiatry 10: 100-107 (1996)
157. Steinert T: Aggression und Gewalt bei Schizophrenie. Epidemiologie, Prädiktoren, Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf. Internationale Hochschulschriften, Bd. 283, Waxmann, Münster New York München, S. 107-119 (1998)
158. Steinert T, Wiebe C, Gebhardt RP: Aggressive behavior against self and others among first-admission patients with schizophrenia. Psychiatr Serv 50: 85-90 (1999)
159. Steinert T, Sippach T, Gebhardt RP: How common is violence in schizophrenia despite neuroleptic treatment? Pharmacopsychiatry 3: 98-102 (2000)
160. Steinert T, Woelfle M, Gebhardt RP: Aggressive behaviour during inpatient treatment. Measurement of violence during inpatient treatment and association with psychopathology. Acta Psychiatr Scand 102: 107-112 (2000)
161. Steinert T: Prediction of inpatient violence. Acta Psychiatr Scand 106: 133-141 (2002)
162. Steinert T, Bergk J: Aggressives und gewalttätiges Verhalten. Diagnostik, Prävention, Behandlung. Nervenarzt 79: 359-370 (2008)

163. Stompe T, Ortwein-Swoboda G, Schanda H: Schizophrenia, delusional symptoms, and violence: the threat/control-override concept revised. Schizophr Bull 30: 31-44 (2004)
164. Straus MA: Measuring intrafamily conflict and violence: The Conflict Tactics (CT) Scales. J Marriage Fam 41: 75-88 (1979)
165. Straus MA: The Conflict Tactics Scale and its critics: An evaluation and new data on validity and reliability. In: Straus MA, Gelles RJ (Hrsg.) Physical violence in American families: Risk factors and adaptations to violence in 8145 families, Transaction Publishing New Brunswick, S. 49-73 (1990)
166. Straus MA, Hamby SL, Boney-McCoy S, Sugarman DB: The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2): development and preliminary psychometric data. J Fam Issues 17: 283-316 (1996)
167. Swanson JW, Estroff S, Swartz M, Borum R, Lachicotte W, Zimmer C, Wagner R: Violence and severe mental disorder in clinical and community populations: The effects of psychotic symptoms, comorbidity, and lack of treatment. Psychiatry 60: 1-22 (1997)
168. Swanson JW, Swartz MS, Wagner HR, Burns BJ, Borum R, Hiday VA: Involuntary out-patient commitment and reduction of violent behaviour in persons with severe mental illness. Br J Psychiatry 176: 324-331 (2000)
169. Swanson JW, Swartz MS, Van Dorn RA, Elbogen EB, Wagner HR, Rosenheck RA, Stroup TS, McEvoy JP, Lieberman JA: A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 63: 490-499 (2006)
170. Swanson JW, Van Dorn RA, Swartz MS, Smith A, Elbogen EB, Monahan J: Alternative Pathways to Violence in Persons with Schizophrenia: The Role of Childhood Antisocial Behavior Problems. Law Hum Behav 32: 228-240 (2008)
171. Taylor PJ, Leese M, Williams D, Butwell M, Daly R, Larkin E: Mental disorder and violence. A special (high security) hospital study. Br J Psychiatry 172: 218-226 (1998)
172. Tedeschi JT, Felson RB: Aggression and coercive action: a social interactionist perspective. American Psychological Association, Washington (1994)
173. Tengström A, Hodgins S, Kullgren G: Men with schizophrenia who behave violently: the usefulness of an early- versus late-start offender typology. Schizophr Bull 27: 205-218 (2001)

174. Teplin LA, McClelland GM, Abram KM, Weiner DA: Crime victimization in adults with severe mental illness. Arch Gen Psychiatry 62: 911-921 (2005)
175. Thomas MR, Stoyva J, Rosenberg SA, Kassner C, Fryer GE, Giese AA, Dubovsky SL: Selection bias in an inpatient outcomes monitoring project. Gen Hosp Psychiatry 19: 56-61 (1997)
176. Thornley B, Adams C: Content and quality of 2000 controlled trials in schizophrenia over 50 years. Br Med J 317: 1181-1184 (1998)
177. Tiihonen J, Isohanni M, Räsänen P, Koiranen M, Moring J: Specific Major Mental Disorders and criminality: A 26-year prospective study of the 1966 Northern Finland birth cohort. Am J Psychiatry 154: 840-845 (1997)
178. Traub HJ, Weithmann G: Maßregelvollzug nach §63 StGB. Vergleich der Entwicklungen in den Bundesländern. Nervenarzt 79: 594-603 (2008)
179. Tuason VB: The psychiatrist and the violent patient. Dis Nerv Syst 32: 764-768 (1971)
180. Tuason VB: A comparison of parenteral loxapine and haloperidol in hostile and aggressive acutely schizophrenic patients. J Clin Psychiatry 47: 126-129 (1986)
181. Turkington D, Dudley R, Warman DM, Beck AT: Cognitive-behavioral therapy for schizophrenia: a review. J Psychiatr Pract 10: 5-16 (2004)
182. Vaddadi KS, Gilleard C, Fryer H: Abuse of carers by relatives with severe mental illness. Int J Soc Psychiatry 48: 149-155 (2002)
183. Vanable PA, Varey MP, Carey KB, Maisto SA: Predictors of participation and attrition in a health promotion study involving psychiatric outpatients. J Consult Clin Psychol 70: 362-368 (2002)
184. Vartiainen H, Tiihonen J, Putkonen A, Koponen H, Virkkunen M, Hakola P, Lehto H: Citalopram, a selective serotonin reuptake inhibitor, in the treatment of aggression in schizophrenia. Acta Psychiatr Scand 91: 348-351 (1995)
185. Volavka J, Laska E, Baker S, Meisner M, Czobor P, Krivelevich I: History of violent behaviour and schizophrenia in different cultures. Analyses based on the WHO study on determinants of outcome on severe mental disorders. Br J Psychiatry 171: 9-14 (1997)
186. Volavka J, Citrome L: Heterogeneity of violence in schizophrenia and implications for longterm treatment. Int J Clin Pract 62:1237-1245 (2008)

187. Wallace C, Mullen PE, Burgess P: Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. Am J Psychiatry 161: 716-727 (2004)
188. Walsh E, Gilvarry C, Samele C, Harvey K, Manley C, Tyrer P, Creed F, Murray R, Fahy T: Reducing violence in severe mental illness: randomised controlled trial of intensive case management compared with standard care. Br Med J 323: 1093-1098 (2001)
189. Walsh E, Buchanan A, Fahy T: Violence and schizophrenia: Examining the evidence. Br J Psychiatry 180: 490-495 (2002)
190. Walsh E, Moran P, Scott C, McKenzie K, Burns T, Creed F, Tyrer P, Murray RM, Fahy T: Prevalence of violence victimization in severe mental illness. Br J Psychiatry 183: 233-238 (2003)
191. Walsh E, Gilvarry C, Samele C, Harvey K, Manley C, Tattan T, Tyrer P, Creed F, Murray R, Fahy T: Predicting violence in schizophrenia: a prospective study. Schizophr Res 67: 247-252 (2004)
192. Webster CD, Douglas KS, Eaves D, Hart SD: HCR-20: Assessing risk for violence (Version 2). Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University, Burnaby (1997)
193. Weithmann G, Traub HJ: Die psychiatrische Vorgeschichte schizophrener Maßregelpatienten – Rahmenbedingungen der Deliktprävention durch die Allgemeinpsychiatrie. Forens Psychiatr Psychol Kriminol 2: 112-119 (2008)
194. Wessely, S: The epidemiology of crime, violence and schizophrenia. Br J Psychiatry 170: 8-11 (1997)
195. WHO: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Hrsg. v. Dilling H, Freyberger HJ, Kap. F2, Huber Bern, S. 101-127 (2000)
196. WHO: The World Health Report 2001. Mental Health: New understanding, new hope, Kap. 2, S. 19-46 (2001)
197. Wiersma D, Nienhuis FJ, Slooff CJ, Giel R: Natural course of schizophrenic disorders: A 15-year followup of a Dutch incidence cohort. Schizophr Bull 24: 75-85 (1998)

198. Wykes T, Steel C, Everitt B, Tarrier N: Cognitive Behavior Therapy for Schizophrenia: Effect Sizes, Clinical Models, and Methodological Rigor. Schizophr Bull 34: 523-537 (2008)
199. Yesavage JA, Werner PD, Becker J, Holman C, Mills M: Inpatient evaluation of aggression in psychiatric patients. J of Nerv Ment Dis 169: 299-302 (1981)
200. Yudofsky SC, Silver JM, Jackson W, Endicott J, Williams D: The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression. Am J Psychiatry 143: 35-39 (1986)
201. Zwarenstein M, Treweek S: What kind of randomized trials do we need? Can Med Assoc J 180: 998 (2009)

# 11 Anhang

# Prevention of Violence in Outpatients with Schizophrenia (PREVIOS)

## Studienmanual zur Gewalt- und Deliktprävention bei aus stationärer Behandlung entlassenen Patienten mit Schizophrenie

**Screening**

**Basisdaten**

Patientenchiffre ☐

Datum des Screenings: _____

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ): ____ ____ _____

Datum der Aufnahme: ____ ____ _____

Psychiatrische stationäre Vorbehandlungen: Anzahl _____

Jahr der ersten stationären psychiatrischen Behandlung _____

Datum der Entlassung aus letzter psychiatr. Behandlung _____

Staatsangehörigkeit: _____

Sprache

1 - deutsch als Muttersprache ☐

2 - andere Muttersprache (welche?_____)

Deutsche Sprachkenntnisse

1 - gut

2 - mittel ☐

3 - schlecht

Wenn Migrationshintergrund:

Dauer der Anwesenheit in Deutschland? _____

Laufendes Asylverfahren?

1 - Ja ☐

2 - Nein

Sonstige Angaben _____

Familienstand:

1 - ledig

2 - verheiratet

3 - verwitwet ☐

4 - geschieden

Wohnform vor Aufnahme ☐

1 - ohne festen Wohnsitz

2 - selbständige Wohnform

3 - professionell betreute Wohnform

4 - Asylunterkunft, Übergangswohnheim, kommunale Unterkunft

Wohnsituation vor Aufnahme

1 - mit Lebensgefährtin und Kindern

2 - mit Lebensgefährtin allein

3 - mit Kindern allein

4 - mit Eltern

5 - mit anderen Familienangehörigen

6 - mit Freunden / private Wohngemeinschaft

7 - alleine

8 - in institutioneller Umgebung (Klinik, Wohngruppe, Asylunterkunft o.ä.) ☐

9 - keine feste Wohnsituation

Derzeitige Erwerbstätigkeit

1 - erwerbstätig, Vollzeit

2 - erwerbstätig, Teilzeit

3 - erwerbstätig, gelegentlich

4 - mithelfender Familienangehöriger

5 - Hausfrau/-mann

6 – Schüler/Student/Auszubildender

7 - Wehr-/Zivildienst/FSJ

8 - beschützt beschäftigt

9 - arbeitslos gemeldet

10 - Erwerbsunfähigkeits-/Berufsunfähigkeits-/Früh-/Witwerrente, Altersruhegeld ☐

11 - anderweitig nicht erwerbstätig

Hauptquelle des Lebensunterhaltes

1 - Erwerbstätigkeit

2 - Arbeitslosengeld/-hilfe/Sozialhilfe/Hartz IV

3 - Pension/Rente

4 - Unterstützung durch Angehörige/Freunde

5 - illegale Einkünfte ☐

6 - andere Einkünfte

| **Diagnosen nach ICD-10** | |
|---|---|
| Psychiatrische Diagnose F2____._____ | F2x.x? |
| Alkoholabhängigkeit/schädlicher Gebrauch (F10.2/F10.1)?? | ja ☐ nein ☐<br>F_____ |
| Abhängigkeit/schädlicher Gebrauch von Drogen/Medikamenten (F1x.2/F1x.1)? | ja ☐ nein ☐<br>F_____ |
| Persönlichkeitsstörung (klinische Diagnose) ? | ja ☐ nein ☐<br>F_____ |
| Weitere ICD-10 Diagnosen _____<br>_____<br>_____ | F _____<br>F _____<br>F _____ |

**Gewaltverhalten aktuell**

| Gewalthinweise in unmittelbarem Zusammenhang mit der aktuellen Aufnahme |
| --- |
| Eingewiesen durch:<br><br>Gründe der Einweisung:<br><br>Rechtsgrundlage der aktuellen Behandlung?<br>1 - Freiwillig<br>2 - Freiwillig bei Vorliegen einer Betreuung<br>3 - StGB<br>4 - UBG<br>5 - BGB ☐<br>6 - Fürsorgliche Zurückhaltung<br><br>Zusammenfassung gewaltrelevanter Aufnahmeumstände<br><br>Gewalttätiges Verhalten/Drohungen<br>ja ☐ nein ☐<br><br>dokumentiert (von anderen berichtet)<br>zugegeben (Selbstaussage)<br>vermutet |

Gewaltgedanken oder –fantasien

ja ☐ nein ☐

dokumentiert (von anderen berichtet)

zugegeben (Selbstaussage)

vermutet

**Modified Overt Aggression Scale (MOAS): Aufnahme (inkl. bis 1 Woche vor Aufnahme)**

Jeweils die ernsthafteste Aggressionshandlung in jeder Kategorie im Beobachtungszeitraum angeben

Verbale Aggression

Verbale Feindseligkeit, Beschimpfungen, Versuch psychische Schäden durch Entwertung/Herabsetzung herbeizuführen, Gewaltandrohungen

0. Keine verbale Aggression

1. Schreit wütend herum, beschimpft andere oder beleidigt andere persönlich

2. Bösartige Beschimpfungen, schwer beleidigend, hat Zornesausbrüche

3. Impulsive Gewaltandrohungen gegenüber anderen oder sich selbst

4. Wiederholte oder gezielte (z.B. um Geld oder Sex zu erzwingen) Gewaltandrohungen gegenüber anderen oder sich selbst

Aggressionen gegen Objekte

mutwillige und rücksichtslose Zerstörung von Stationsutensilien oder Eigentum von Anderen

0. Keine Aggression gegen Objekte/Gegenstände

1. Ärgerliches Türen zuschlagen, Zerreißen von Kleidung, urinieren auf den Boden

2. Wirft Gegenstände herunter, tritt gegen Möbel, verunstaltet Wände

3. Zerbricht Gegenstände, zerschlägt Scheiben

4. Legt Feuer, wirft mit Gegenständen in gefährdender Weise

Autoaggression

Physische Selbstschädigung wie Selbstverstümmelung oder Suizidversuch

0. Keine Autoaggression

1. Kratzt Haut auf, reißt sich Haare aus, schlägt sich (ohne Verletzungen)

2. Schlägt sich den Kopf an, schlägt mit Fäusten in die Wand, wirft sich auf den

Boden

3. Bringt sich kleinere Schnittwunden, Quetschungen, Verbrennungen oder Striemen bei

4. Fügt sich schwerere Verletzungen zu oder unternimmt einen Suizidversuch

Aggression gegen andere

Gewalttätige Handlung mit der Absicht, andere Schmerz, körperlichen Schaden oder den Tod zuzufügen

0. keine physische Aggression gegen andere

1. Macht bedrohliche Gesten, dringt auf Leute ein, rempelt, greift nach der Kleidung

2. Schlägt, tritt, stößt, kratzt andere , zieht sie an den Haaren (ohne Verletzungsfolgen)

3. Greift andere mit leichteren Verletzungsfolgen an (Beulen, Verstauchungen, Striemen usw.)

4. Greift andere mit ernsten Verletzungsfolgen an (Brüche, Verlust von Zähnen, tiefe Schnitte, Bewusstlosigkeit usw.)

| Zusammenfassung | Skalen-Score | | gew. Score |
|---|---|---|---|
| Verbale Aggression | _____ | X1 | = _____ |
| Aggression Objekte | _____ | X2 | = _____ |
| Autoaggression | _____ | X3 | = _____ |
| Physische Aggression | _____ | X4 | = _____ |
| Gewichteter Gesamtscore | | | = _____ |

Sonstige gewaltrelevante Beobachtungen im Zeitraum (z.B. gespanntes, bedrohliches Verhalten, unterschwellige Drohungen…)

**Modified Overt Aggression Scale (MOAS): Stationärer Aufenthalt**

Jeweils die ernsthafteste Aggressionshandlung in jeder Kategorie im Beobachtungszeitraum angeben

Verbale Aggression

Verbale Feindseligkeit, Beschimpfungen, Versuch psychische Schäden durch Entwertung/Herabsetzung herbeizuführen, Gewaltandrohungen

0. Keine verbale Aggression

1. Schreit wütend herum, beschimpft andere oder beleidigt andere persönlich

2. Bösartige Beschimpfungen, schwer beleidigend, hat Zornesausbrüche

3. Impulsive Gewaltandrohungen gegenüber anderen oder sich selbst

4. Wiederholte oder gezielte (z.B. um Geld oder Sex zu erzwingen) Gewaltandrohungen gegenüber anderen oder sich selbst

Aggressionen gegen Objekte

mutwillige und rücksichtslose Zerstörung von Stationsutensilien oder Eigentum von Anderen

0. Keine Aggression gegen Objekte/Gegenstände

1. Ärgerliches Türen zuschlagen, Zerreißen von Kleidung, urinieren auf den Boden

2. Wirft Gegenstände herunter, tritt gegen Möbel, verunstaltet Wände

3. Zerbricht Gegenstände, zerschlägt Scheiben

4. Legt Feuer, wirft mit Gegenständen in gefährdender Weise

Autoaggression

Physische Selbstschädigung wie Selbstverstümmelung oder Suizidversuch

0. Keine Autoaggression

1. Kratzt Haut auf, reißt sich Haare aus, schlägt sich (ohne Verletzungen)

2. Schlägt sich den Kopf an, schlägt mit Fäusten in die Wand, wirft sich auf den

Boden

3. Bringt sich kleinere Schnittwunden, Quetschungen, Verbrennungen oder Striemen bei

4. Fügt sich schwerere Verletzungen zu oder unternimmt einen Suizidversuch

Aggression gegen andere

Gewalttätige Handlung mit der Absicht, andere Schmerz, körperlichen Schaden oder den Tod zuzufügen

0. keine physische Aggression gegen andere

1. Macht bedrohliche Gesten, dringt auf Leute ein, rempelt, greift nach der Kleidung

2. Schlägt, tritt, stößt, kratzt andere , zieht sie an den Haaren (ohne Verletzungsfolgen)

3. Greift andere mit leichteren Verletzungsfolgen an (Beulen, Verstauchungen, Striemen usw.)

4. Greift andere mit ernsten Verletzungsfolgen an (Brüche, Verlust von Zähnen, tiefe Schnitte, Bewusstlosigkeit usw.)

| **Zusammenfassung** | Skalen-Score | | gew. Score |
|---|---|---|---|
| Verbale Aggression | _____ | X1 | = _____ |
| Aggression geg. Objekte | _____ | X2 | = _____ |
| Autoaggression | _____ | X3 | = _____ |
| Physische Aggression | _____ | X4 | = _____ |

Gewichteter Gesamtscore = _____

**Sonstige gewaltrelevante Beobachtungen im Zeitraum** (z.B. gespanntes, bedrohliches Verhalten, unterschwellige Drohungen…)

# Interview

## Gewaltverhalten in Vergangenheit

| rechtswidrige Taten (ohne zeitliche Begrenzung) | |
|---|---|
| Hatten Sie schon einmal mit der Polizei zu tun? Wurde wegen Ihnen schon einmal die Polizei geholt?<br>ja ☐ nein ☐<br>Weshalb?_____<br>Wann?_____<br>Wie oft?_____<br>Wann das erste Mal?_____<br>Wann zuletzt?_____<br><br>Wurden Sie schon einmal verurteilt oder angezeigt?<br>ja ☐ nein ☐<br>Weshalb?_____<br>Wann?_____<br>Wie oft?_____<br>Wann das erste Mal?_____<br>Wann zuletzt?_____<br><br>Hatten Sie schon einmal mit dem Gericht zu tun?<br>ja ☐ nein ☐<br>Weshalb?_____<br>Wann?_____<br>Wie oft?_____<br>Wann das erste Mal?_____<br>Wann zuletzt?_____<br><br>Informationsquellen:<br>1 - Angaben von Patient<br>2 - Angaben von Angehörigen/Bezugspersonen ☐ | |

| | |
|---|---|
| Mitbewohnern/Nachbarn | |

| Frühere Gewaltanwendungen/Bedrohliches Verhalten (in den letzten fünf Jahren) | |
|---|---|
| Haben Sie im Verlauf der letzten fünf Jahre andere Personen …<br><br>Geschlagen<br><br>ja ☐ nein ☐<br><br><br>Wann (Zeit)<br><br>Was (Art der Tätlichkeit)<br><br>Wer (Opfer und Beziehung zu ihm)<br><br>Warum (Motivation, Auslöser, Ziele)<br><br>Wo (Ort, Kontext)<br><br>Persönliche Reaktion (Gefühle damals und jetzt)<br><br><br>Getreten<br><br>ja ☐ nein ☐<br><br><br>Wann (Zeit)<br><br>Was (Art der Tätlichkeit)<br><br>Wer (Opfer und Beziehung zu ihm)<br><br>Warum (Motivation, Auslöser, Ziele)<br><br>Wo (Ort, Kontext)<br><br>Persönliche Reaktion (Gefühle damals und jetzt)<br><br><br>Verprügelt<br><br>ja ☐ nein ☐ | |

| | |
|---|---|
| Wann (Zeit)<br>Was (Art der Tätlichkeit)<br>Wer (Opfer und Beziehung zu ihm)<br>Warum (Motivation, Auslöser, Ziele)<br>Wo (Ort, Kontext)<br>Persönliche Reaktion (Gefühle damals und jetzt)<br><br>Gestoßen<br>ja ☐ nein ☐<br><br>Wann (Zeit)<br>Was (Art der Tätlichkeit)<br>Wer (Opfer und Beziehung zu ihm)<br>Warum (Motivation, Auslöser, Ziele)<br>Wo (Ort, Kontext)<br>Persönliche Reaktion (Gefühle damals und jetzt)<br><br>Gewürgt<br>ja ☐ nein ☐<br><br>Wann (Zeit)<br>Was (Art der Tätlichkeit)<br>Wer (Opfer und Beziehung zu ihm)<br>Warum (Motivation, Auslöser, Ziele)<br>Wo (Ort, Kontext) | |

| | |
|---|---|
| Persönliche Reaktion (Gefühle damals und jetzt)<br><br>mit einer Waffe oder einem Gegenstand (z.B. Messer, Werkzeug; Stock) absichtlich verletzt oder ernsthaft versucht, sie zu verletzen?<br><br>ja ☐ nein ☐<br><br>Wann (Zeit)<br><br>Was (Art der Tätlichkeit)<br><br>Wer (Opfer und Beziehung zu ihm)<br><br>Warum (Motivation, Auslöser, Ziele)<br><br>Wo (Ort, Kontext)<br><br>Persönliche Reaktion (Gefühle damals und jetzt)<br><br>Informationsquellen:<br><br>1 - Angaben von Patient<br><br>2 - Angaben von Angehörigen/Bezugspersonen ☐ | |

| | |
|---|---|
| Mitbewohnern/Nachbarn<br><br>☞ Wenn Gewaltvermutung im sozialen Nahraum: Conflict Tactics Scales | |

| Conflict Tactics Scale (CTS)<br>(als Interview oder als Fragebogen mit Angehörigen) | | |
|---|---|---|
| Das Zusammenleben mit Familienmitgliedern oder anderen Haushaltsmitbewohnern kann oft sehr schön sein. Unabhängig davon, wie gut man sich versteht, gibt es aber immer wieder Situationen, in denen es zu Streitereien kommt, man sich über das Verhalten der anderen ärgert oder man aneinander gerät. Im Folgenden finden Sie Beispiele dafür, wie andere sich Ihnen gegenüber in solchen Situationen verhalten können. Bitte geben Sie an, ob sich Herr ..... Ihnen gegenüber bei Meinungsverschiedenheiten oder Auseinandersetzungen in den letzten fünf Jahren, also etwa seit dem Jahre 2005, so verhalten hat: | | |
| Bitte kreuzen Sie alles Zutreffende an! | Ist in den letzten fünf Jahren vorgekommen | |
| Die betreffende Person hat bei Streit oder Auseinandersetzungen ... | ja | nein |
| etwas getan, um mich zu ärgern | | |
| mich angeschrieen | | |
| mir gesagt, dass er sicher ist, dass wir gemeinsam eine Lösung für das Problem finden können | | |
| mir einen Kompromiss zwischen den unterschiedlichen Meinungen vorgeschlagen | | |
| einer Lösung zugestimmt, die ich vorgeschlagen hatte | | |
| mich beleidigt oder beschimpft | | |
| mich als dick oder hässlich bezeichnet | | |
| etwas zerstört, das mir gehörte | | |
| Respekt gegenüber meinen Empfindungen in einer Angelegenheit gezeigt | | |
| wutschnaubend den Raum, das Haus, oder das Grundstück verlassen | | |
| mir gezeigt, dass er mich mag, obwohl wir unterschiedlicher Meindung sind | | |
| mir ihren Standpunkt in einer Auseinandersetzung erläutert | | |
| mir mit Schlägen gedroht oder damit, etwas nach mir zu werfen | | |
| etwas nach mir geworfen, das mich verletzen konnte | | |
| mir den Arm verdreht oder mich an den Haaren gezogen | | |
| mich geschubst oder gestoßen | | |
| mich mit einem Messer oder einer Schusswaffe bedroht (ohne Messer oder Waffe tatsächlich einzusetzen) | | |

| | | |
|---|---|---|
| ein Messer oder eine Schusswaffe gegen mich eingesetzt | | |
| mich mit der Faust oder mit einem Gegenstand geschlagen, der mich verletzen konnte | | |
| mich gewürgt | | |
| mich gegen eine Wand geschleudert | | |
| mich verprügelt | | |
| mich hart angepackt | | |
| mich geohrfeigt | | |
| mich absichtlich verbrannt oder verbrüht | | |
| mich getreten | | |

| Frühere Gewaltgedanken und -fantasien (noch nicht in Handlungen umgesetzt) |
|---|
| Stark feindselige, manichäische, destruktive Wahnthematik mit intensivem Erleben existenzieller Bedrohung<br>ja ☐ nein ☐<br>_____<br>_____<br>_____<br><br>Identifizierung nahe stehender Personen als solche, die vom Feind beherrscht und instrumentalisiert sind<br>ja ☐ nein ☐<br>_____<br>_____<br>_____<br><br>Eigene Gewaltdrohungen, Ankündigung finaler Auseinandersetzungen, bedingte und unbedingte Tötungsankündigungen, Besorgen oder Tragen von Waffen<br>ja ☐ nein ☐<br>_____<br>_____<br>_____<br>Informationsquellen:<br>1 - Angaben von Patient<br>2 - Angaben von Angehörigen/Bezugspersonen ☐<br>Mitbewohnern/Nachbarn |

Risikofaktoren

HCR-20 (+3) Version Haina

| H | Dimension 1: Statistische Variablen (Vergangenheit) | | | | | Inter-national | HCR-20+3 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Frühere Gewaltanwendung | 0 | 1 | 2 | X | | |
| 2 | Geringes Alter bei 1. Gewalttat | 0 | 1 | 2 | X | | |
| 2 a | Geringes Alter bei Erstdelinquenz | 0 | 1 | 2 | X | | |
| 3 | Instabile Beziehungen | 0 | 1 | 2 | X | | |
| 4 | Probleme im Arbeitsbereich | 0 | 1 | 2 | X | | |
| 5 | Substanzmissbrauch | 0 | 1 | 2 | X | | |
| 6 | (gravierende) seelische Störung | 0 | 1 | 2 | X | | |
| 7 | Psychopathie (PCL-Score) | 0 | 1 | 2 | X | | |
| 8 | Frühe Fehlanpassung | 0 | 1 | 2 | X | | |
| 8 a | Inadäquater Erziehungsstil | 0 | 1 | 2 | X | | |
| 8 b | Fehlverhalten in Kindheit u. Jugend | 0 | 1 | 2 | X | | |
| 9 | Persönlichkeitsstörung | 0 | 1 | 2 | X | | |
| 10 | Frühere Verstöße gegen Auflagen | 0 | 1 | 2 | X | | |
| | H-Score (international) | | | | (20) | | |
| | H-Score (HCR-20+3) | | | | (24) | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C | Dimension 2: Klinische Variablen (Gegenwart) | | | | | |
| 1 | Mangel an Einsicht | 0 | 1 | 2 | X | |
| 2 | Negative Einstellungen | 0 | 1 | 2 | X | |
| 3 | Aktive Symptome | 0 | 1 | 2 | X | |
| 4 | Impulsivität | 0 | 1 | 2 | X | |
| 5 | Fehlender Behandlungserfolg | 0 | 1 | 2 | X | |
| | C-Score | | | | (10) | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| R | Dimension 3: Risikovariablen (Zukunft) | | | | | |
| 1 | Fehlen realisierbarer Pläne | 0 | 1 | 2 | X | |
| 2 | Destabilisierende Einflüsse | 0 | 1 | 2 | X | |
| 3 | Mangel an Unterstützung | 0 | 1 | 2 | X | |
| 4 | Fehlende Compliance | 0 | 1 | 2 | X | |
| 5 | Stressoren | 0 | 1 | 2 | X | |
| | R-Score | | | | (10) | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| HCR | Gesamt-Score (international) | (40) | | |
| | Gesamt-Score HCR-20+3 | (44) | | |

| Hare Psychopathy Checklist - Revised (PCL:SV): psychopathy | |
|---|---|
| Faktor 1: Interpersonale und affektive Merkmale (nur überdauernde Persönlichkeitsmerkmale beurteilen, nicht akute Krankheitssymptome)<br><br>1. Glatter, oberflächlicher Charme (superficial) ____<br>2. Übersteigertes Selbstwertgefühl (grandiose) ____<br>3. Betrügerisches/manipulatives Verhalten (deceitful) ____<br>4. Mangel an Gewissensbissen und Schuldgefühlen (lacks remorse)____<br>5. Gefühlskälte/Empathiemangel (lacks empathy) ____<br>6. Verantwortungslosigkeit (doesn't accept responsibility) ____<br><br>Faktor 2: antisoziales Verhalten, sozial abweichender und nomadisierender Lebensstil<br><br>7. Impulsivität (impulsive) ____<br>8. Mangelnde Verhaltenskontrolle (poor behavior control)____<br>9. Fehlen von realistischen, langfristigen Zielen (lacks goals) ____<br>10. Verantwortungsloses Handeln (irresponsible) ____<br>11. Jugendkriminalität (adolescent antisocial behavior) ____<br>12. Polytrope Kriminalität (adult antisocial behavior) ____<br><br>**Summenscore** _____ | Codierung:<br><br>**0:** trifft nicht zu<br><br>**1:** manchmal zutreffend<br><br>**2**: eindeutig zutreffend<br><br>**n.b.**: nicht beurteilbar |

Threat-control-override-Symptome

Wie sehr litten Sie im letzten Monat unter...

der Idee, dass irgend jemand Macht über Ihre Gedanken hat?

Überhaupt nicht ein wenig ziemlich stark sehr stark

□ □ □ □ □

der Idee, dass andere Leute von Ihren geheimsten Gedanken wissen?

Überhaupt nicht ein wenig ziemlich stark sehr stark

□ □ □ □ □

dem Auftauchen von Gedanken, die nicht Ihre eigenen sind?

Überhaupt nicht ein wenig ziemlich stark sehr stark

□ □ □ □ □

dem Gefühl, dass man den meisten Menschen nicht trauen kann?

Überhaupt nicht ein wenig ziemlich stark sehr stark

□ □ □ □ □

dem Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie reden?

Überhaupt nicht ein wenig ziemlich stark sehr stark

□ □ □ □ □

dem Gefühl, dass die Leute Sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden?

Überhaupt nicht ein wenig ziemlich stark sehr stark

□ □ □ □ □

Gesamtsumme (Codierung: 0 bis 4) _____

1 - Angaben von Patient Selbsteinschätzung ☐

2 - Fremdeinschätzung

Fremdeinschätzung durch _____

| Zusätzliche Psychopathologie | |
|---|---|
| - Frühere Suizidversuche, jetzige Suizidankündigungen | ja ☐<br>nein ☐ |
| - Leibhalluzinationen und quälende Zoenästhesien, die den Verfolgern zugeschrieben werden | ja ☐<br>nein ☐ |
| - bizarre, nicht strafbare Fehlhandlungen des Patienten gegenüber anderen, z.B. plötzliches Anfassen von Kindern, Lärmen, erkennbare aggressive Gespanntheit, chaotisches Verhalten | ja ☐<br>nein ☐ |
| Sonstiges _____<br>_____<br>_____ | ja ☐<br>nein ☐ |

| Positive- and Negative-Syndrome Scale (PANSS) | | | |
|---|---|---|---|
| Positivskala (P) | | Code | |
| p01 | Wahnideen | | |
| p02 | Formale Denkstörung | | |
| p03 | Halluzinationen | | |
| p04 | Erregung | | |
| p05 | Größenideen | | |
| p06 | Misstrauen/ Verfolgungsideen | | |
| p07 | Feindseligkeit | | |
| Negativskala (N) | | | Codierung*:* **1** = fehlt **2** = minimal **3** = leicht **4** = mäßig **5** = mäßig schwer **6** = schwer **7** = extrem |
| n01 | Affektverflachung | | |
| n02 | Emotionaler Rückzug | | |
| n03 | Mangelnder affektiver Rapport | | |
| n04 | Soziale Passivität und Apathie | | |
| n05 | Schwierigkeiten beim abstrakten Denken | | |
| n06 | Mangel an Spontaneität und Flüssigkeit der Sprache | | |
| n07 | Stereotype Gedanken | | |
| Skala der Allgemeinpsychopathologie (G) | | | |
| g01 | Sorge um die Gesundheit | | |
| g02 | Angst | | |
| g03 | Schuldgefühle | | |
| g04 | Anspannung | | |
| g05 | Manierismen und unnatürliche Körperhaltung | | |
| g06 | Depression | | |
| g07 | Motorische Verlangsamung | | |
| g08 | Unkooperatives Verhalten | | |
| g09 | Ungewöhnliche Denkinhalte | | |
| g10 | Desorientiertheit | | |
| g11 | Mangelnde Aufmerksamkeit | | |
| g12 | Mangel an Urteilsfähigkeit und Einsicht | | |
| g13 | Willensschwäche | | |
| g14 | Mangelnde Impulskontrolle | | |
| g15 | Selbstbezogenheit | | |
| g16 | Aktives soziales Vermeidungsverhalten | | |
| Summe P | | _____ | |
| Summe N | | _____ | |
| Summe G | | _____ | |
| Gesamtscore | | _____ | |

Global Assessment of Functioning Scale (GAF)

☞ Beachte: Benutze auch entsprechende Zwischenwerte, z.B. 45, 68 oder 72

100–91 Hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum von Aktivitäten; Schwierigkeiten im Leben scheinen nie außer Kontrolle zu geraten; wird von anderen wegen einer Vielzahl positiver Qualitäten geschätzt; keine Symptome.

90–81 Keine oder nur minimale Symptome (z.B. leichte Angst vor einer Prüfung), gute Leistungsfähigkeit in allen Gebieten, interessiert und eingebunden in ein breites Spektrum von Aktivitäten, sozial effektiv im Verhalten, im allgemeinen zufrieden mit dem Leben, übliche Alltagsprobleme oder –sorgen (z.B. nur gelegentlicher Streit mit einem Familienmitglied).

80–71 Wenn Symptome vorliegen, sind diese vorübergehende oder zu erwartende Reaktionen auf psychosoziale Belastungsfaktoren (z.B. Konzentrationsschwierigkeiten nach einem Familienstreit); höchstens leichte Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z.B. zeitweises Zurückbleiben in der Schule).

70–61 Einige leichte Symptome (z.B. depressive Stimmung oder leichte Schlaflosigkeit) ODER einige leichte Schwierigkeiten hinsichtlich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z.B. gelegentliches Schuleschwänzen oder Diebstahl im Haushalt), aber im allgemeinen relativ gute Leistungsfähigkeit, hat einige wichtige zwischenmenschliche Beziehungen.

60–51 Mäßig ausgeprägte Symptome (z.B. Affektverflachung, weitschweifige Sprache, gelegentliche Panikattacken) ODER mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten bezüglich der sozialen, beruflichen oderschulischen Leistungsfähigkeit (z.B. wenige Freunde, Konflikte mit Arbeitskollegen, Schulkameraden oder Bezugspersonen).

50–41 Ernste Symptome (z.B. Suizidgedanken, schwere Zwangsrituale, häufige Ladendiebstähle) ODER jedwede ernste Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z.B. keine Freunde; Unfähigkeit, eine Arbeitsstelle zu behalten).

40–31 Einige Beeinträchtigungen in der Realitätskontrolle oder der Kommunikation (z.B. Sprache zeitweiseunlogisch, unverständlich oder belanglos) ODER starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen, z.B. Arbeit oder Schule, familiäre Beziehungen, Urteilsvermögen, Denken oder Stimmung (z.B. ein Mann mit einer Depression vermeidet Freunde, vernachlässigt seine Familie und ist unfähig zu arbeiten; ein Kind schlägt häufig jüngere Kinder, ist zu Hause trotzig und versagt in der Schule).

30–21 Das Verhalten ist ernsthaft durch Wahnphänomene oder Halluzinationen beeinflußt ODER ernsthafte Beeinträchtigung der Kommunikation und des Urteilsvermögens (z.B. manchmal inkohärent, handelt grob inadäquat, starkes Eingenommensein von Selbstmordgedanken) ODER Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit in fast allen Bereichen (z.B. bleibt den ganzen Tag im Bett, hat keine Arbeit, kein Zuhause und keine Freunde).

20–11 Selbst- oder Fremdgefährdung (z.B. Selbstmordversuche ohne eindeutige Todesabsicht, häufig gewalttätig, manische Erregung) ODER ist gelegentlich nicht in der Lage, die geringste persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten (z.B. schmiert mit Kot) ODER grobe Beeinträchtigung in der Kommunikation(größtenteils inkohärent oder stumm).

10–1 Ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu verletzen (z.B. wiederholte Gewaltanwendung) ODER anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten ODER ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht.

Unzureichende Informationen.

Der aktuelle Zustand des Patienten entspricht einem **GAF-Wert** von _____ (gaf)

| Compliance Selbst-Rating Instrument (CSRI) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Der folgenden Aussage stimme ich … | zu | weitestgehend zu | teilweise zu | kaum zu | nicht zu |
| A. Ich bin hier aufgrund einer psychotischen Erkrankung in Behandlung. | | | | | |
| B. Ich muss zukünftig Maßnahmen zur Rückfallverhütung beachten. | | | | | |
| 1. Ich meine, dass es für meine psychische Gesundheit gut ist, wenn ich auf eine sinnvolle Tagesstruktur achte. | | | | | |
| 2. Ich meine, dass es für meine psychische Gesundheit gut ist, wenn ich auf Alkohol und Suchtmittel verzichte. | | | | | |
| 3. Ich meine, dass es für meine psychische Gesundheit gut ist, wenn ich Stress vermeide. | | | | | |
| 4. Ich meine, dass es für meine psychische Gesundheit gut ist, wenn ich auf genügend Schlaf achte. | | | | | |
| 5. Ich meine, dass es für meine psychische Gesundheit gut ist, wenn ich regelmäßig den niedergelassenen Nervenarzt/Psychiater besuche. | | | | | |
| 6. Ich meine, dass es für meine psychische Gesundheit gut ist, wenn ich gemeindepsychiatrische Angebote (z.B. SPDi, WfbM, Tagesstätte, …) wahrnehme. | | | | | |
| 7. Ich meine, dass es für meine psychische Gesundheit gut ist, wenn ich alle verordneten Medikamente regelmäßig und zuverlässig einnehme. | | | | | |
| 8. Ich meine, dass es für meine psychische Gesundheit gut ist, wenn ich den Empfehlungen des Arztes folge. | | | | | |
| | x1 | x2 | x3 | x4 | x5 |
| | | | | | |
| Gesamtscore | | | | | |

| Soziales Umfeld | |
|---|---|
| Patient ist selbst auch Opfer von (familiärer) Gewalt? | ja ☐ nein ☐ |

| | |
|---|---|
| Verkehrt in problematischen Milieus (kriminell, Verfügbarkeit von Drogen, Waffen, gewaltbereit…) | Ja ☐<br>nein ☐ |
| fehlende psychosozial stützende Kontakte | ja ☐<br>nein ☐ |
| anderweitig ungünstiges „soziales Milieu“<br>_____<br>_____ | ja ☐<br>nein ☐ |

| **Suchtmittelgebrauch** (im letzten Monat vor Aufnahme) | |
|---|---|
| <u>Alkoholkonsum</u> (Häufigkeit und Menge des Konsums im Monat vor Aufnahme)<br><br>Prozentanteil abstinenter Tage _____<br><br>Konsummenge _____<br><br>_____<br><br>_____<br><br>durchschnittliche Konsummenge pro Trinktag _____<br><br>Volumen des Glases in ml x Alkoholgehalt in Vol.-% x 0,800 g/ml<br>Beispiele:<br>0,5 l Bier = 500 ml x 5/100 x 0,8 g/ml = ca. 20 g Alkohol<br>0,2 l Wein = 200 ml x 10/100 x 0,8 g/ml = ca. 16 g Alkohol | Vol.% (circa)<br>Bier 5<br>Wein 10<br>Sekt 12<br>Likör 30<br>Schnaps, Korn 32<br>Wodka, Whisky, Rum, Weinbrand 40<br>Himbeergeist, Obstbrände 45 |

| | |
|---|---|
| Andere konsumierte Suchtmittel<br><br>_____<br><br>_____<br><br>_____<br><br><u>Zusammenhang des Suchtmittelgebrauchs mit Gewalt</u><br>(Konfliktsituationen, Streitereien, Enthemmung…) | |

| Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) | | |
|---|---|---|
| Als ich aufwuchs… | | |
| … hatte ich nicht genug zu essen. | | Codierung<br><br>1 - Überhaupt nicht<br>2 - Sehr selten<br>3 - Einige Male<br>4 - Häufig<br>5 - Sehr häufig |
| …wusste ich, dass sich jemand um mich sorgte und mich beschützte. | | |
| …bezeichneten mich Personen aus meiner Familie als “dumm”, “faul” oder “hässlich”. | | |
| …waren meine Eltern zu betrunken oder von anderen Drogen “high”, um für die Familie zu sorgen. | | |
| …gab es jemand in der Familie, der mir das Gefühl gab, wichtig und jemand Besonderes zu sein. | | |
| …musste ich dreckige Kleidung tragen. | | |
| …hatte ich das Gefühl, geliebt zu werden. | | |
| …glaubte ich, dass meine Eltern wünschten, ich wäre nie geboren. | | |
| …wurde ich von jemandem aus meiner Familie so stark geschlagen, dass ich zum Arzt oder ins Krankenhaus musste. | | |
| …gab es nichts, was ich an meiner Familie ändern wollte. | | |
| …schlugen mich Personen aus meiner Familie so stark, dass ich blaue Flecken oder Schrammen davontrug. | | |
| …wurde ich mit einem Gürtel, einem Stock, einem Riemen oder einem harten Gegenstand bestraft. | | |

| | | |
|---|---|---|
| …gaben meine Familienangehörigen aufeinander acht. | | |
| …sagten Personen aus meiner Familie verletzende oder beleidigende Dinge zu mir. | | |
| Ich glaube, ich bin körperlich misshandelt worden, als ich aufwuchs. | | |
| …hatte ich eine perfekte Kindheit. | | Codierung |
| …wurde ich so stark geschlagen oder verprügelt, dass es jemandem (z.B. Lehrer, Nachbar oder Arzt) auffiel. | | 1 - Überhaupt nicht |
| …hatte ich das Gefühl, es hasste mich jemand in meiner Familie. | | 2 - Sehr selten |
| …fühlten sich meine Familienangehörigen einander nah. | | 3 - Einige Male |
| …versuchte jemand, mich sexuell zu berühren oder mich dazu zu bringen, sie oder ihn sexuell zu berühren. | | 4 - Häufig |
| …drohte mir jemand, mir weh zu tun oder Lügen über mich zu erzählen, wenn ich keine sexuellen Handlungen mit ihm oder ihr ausführen würde. | | 5 - Sehr häufig |
| …hatte ich die beste Familie der Welt. | | |
| …versuchte jemand, mich dazu zu bringen sexuelle Dinge zu tun oder bei sexuellen Dingen zuzusehen. | | |
| …belästigte mich jemand sexuell. | | |
| Ich glaube ich bin emotional (gefühlsmäßig) missbraucht worden, als ich aufwuchs. | | |
| …gab es jemanden, der mich zum Arzt brachte, wenn ich es brauchte. | | |
| Ich glaube, ich bin sexuell missbraucht worden, als ich aufwuchs. | | |
| …war meine Familie mir eine Quelle der Unterstützung. | | |

| Ressourcen |
| --- |
| Was kann ich gut?<br><br>Was macht mir Spaß?<br><br>Wofür interessiere ich mich? |

| Entlassdaten |
| --- |

Entlassart

1 - regulär

2 - Entweichung

3 - Entlassung gegen ärztl. Rat / Abbruch durch Patient

4 - Entlassung wegen mangelnder Motivation / Kooperation

5 - verstorben (natürliche Ursache)

6 - verstorben durch Suizid

7 - verstorben nach Unfall / Fremdeinwirkung ☐

9 - unbekannt / unklar

10

Psychiatrische Medikation bei Entlassung

1 - keine

2 - generell empfohlenes Medikament (Empfehlungen, Dosis.....)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

3 - anderes Medikament _____ ☐

Gründe _____

Empfohlene/Veranlasste Weiterbetreuung nach Entlassung

1 - keine

2 - niedergelassener Arzt/Psychotherapeut

3 - Psychiatrische Institutsambulanz

4 - SPDi-Betreuung

5 - Soziotherapie

6 - WfbM

7 - Beratungsstelle

8 - ambulante Ergotherapie

9 - sonstige ☐

Betreuungssituation bei Entlassung

1 - keine

2 - Betreuung beantragt

3 - Betreuung besteht bereits ☐

4 - Aufhebung beantragt

Wirkungskreis Betreuung

(Vermögen, Gesundheit, Aufenthalt...)

_____

**Rekrutierung**

| Gründe für Nicht-Teilnahme |
| --- |
| Von Patient genannte Gründe für Nichtteilnahme:<br><br>_____<br><br>_____ |
| Einschätzung der Gründe durch Studienmitarbeiter (Mehrfachnennungen möglich):<br><br>Verleugnung/Bagatellisieren von aggressivem Verhalten ja ☐ nein ☐<br><br>Vorbehalte gegen Studienteilnahme allgemein ja ☐ nein ☐<br>(z.B. Befürchtung als „Versuchskaninchen“ zu dienen)<br><br>Teilnahme wird als zu aufwändig erachtet ja ☐ nein ☐<br><br>Mangelnde Krankheitseinsicht ja ☐ nein ☐<br><br>Misstrauen gegenüber Klinik/Forschungsmitarbeiter ja ☐ nein ☐<br><br>Angst, kontrolliert zu werden oder Angst vor weitergehender ja ☐ nein ☐<br>Einflussnahme<br><br>Formale Denkstörungen ja ☐ nein ☐<br><br>Produktive psychotische Symptomatik ja ☐ nein ☐ |

Mangelnde Deutschkenntnisse ja ☐ nein ☐

Dauerhaft nicht teilnahmefähig ja ☐ nein ☐

(z.B. minderbegabt, wegen andauernder Fremdaggression

ist Sicherheit des Mitarbeiters nicht garantiert, etc.)

Bitte nennen: _____

Organisatorische Gründe ja ☐ nein ☐

(z.B. frühzeitige Entlassung, Verlegung in andere Klinik, etc.)

Bitte nennen: _____

Sonstige Gründe ja ☐ nein ☐

Bitte nennen: _____

_____

Summe Ja-Antworten _____

## Einverständniserklärung

Untersuchung zur Verhinderung und Reduzierung von aggressiven Vorfällen

Die *Klinik an der Lindenhöhe, Offenburg* führt in Kooperation mit dem *Psychiatrischen Zentrum Nordbaden, Wiesloch* und der *Abteilung Versorgungsforschung am ZfP Weißenau* eine wissenschaftliche Untersuchung zur Vorbeugung (Prävention) und Reduzierung von aggressiven Vorfällen durch entlassene Patienten durch.
Ich bin heute von _____ ausführlich über die Inhalte und Ziele der Untersuchung aufgeklärt worden.
Die Patienteninformation sowie ein Exemplar der Einverständniserklärung habe ich erhalten, gelesen und verstanden. Ich hatte Gelegenheit, Fragen zu der Untersuchung zu stellen, die beantwortet wurden. Ich hatte ausreichend Zeit, mich für oder gegen eine Teilnahme an dieser Untersuchung zu entscheiden.
Zugang zu meinen erhobenen Daten haben nur Mitarbeiter des Projektes. Die Daten werden gesichert aufbewahrt und ohne meine Einwilligung nicht an Dritte weitergegeben. In wissenschaftlichen Veröffentlichungen werden nur allgemeine statistische Angaben gemacht, persönliche Daten einzelner Personen werden nicht mitgeteilt.

Mein Einverständnis kann ich jederzeit zurückziehen, ohne dass mir dadurch Nachteile entstehen.

Name, Vorname _____
Geburtsdatum _____
Adresse _____
_____
Telefon _____

Ich willige in die Teilnahme an der genannten Untersuchung ein. Ich entbinde meine behandelnden Ärzte von ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der Projektmitarbeiterin/dem Projektmitarbeiter. Ich bin damit einverstanden, dass folgende Personen vom Forschungsmitarbeiter befragt werden.

Name _____

Name _____

Name _____

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift

## Patienteninformation

Studie zur Verhinderung und Reduzierung von aggressiven Vorfällen

Sehr geehrter Herr _____

Zusätzlich zum Gespräch mit unserem/unserer Forschungsmitarbeiter/in stellen wir Ihnen die wesentlichen Informationen zu unserer Studie schriftlich zur Verfügung.

Die Studie hat das Ziel, Sie dabei zu unterstützen, Risikosituationen, in denen es zu aggressiven Vorfällen kommen kann, möglichst zu vermeiden. Auch wollen wir Ihre Familie darin unterstützen, Schwierigkeiten möglichst ohne Aggressionen zu bewältigen. Deshalb sollen in den Kontakten mit dem/der Forschungsmitarbeiter/in verhaltenstherapeutische Strategien erarbeitet werden, wie man die eigenen Aggressionen kontrollieren oder reduzieren kann. Damit sollen Nachteile für Sie selbst (wie z.B. Kontakte mit der Polizei oder unfreiwillige Klinikeinweisungen) oder andere Beteiligte vermieden werden, die entstehen können, wenn es tatsächlich zu aggressiven Vorfällen käme.
In der beiliegenden Erklärung bitten wir um Ihr Einverständnis zur Teilnahme an dieser Studie.

Die Studie findet während der jetzigen Behandlungsepisode und im Zeitraum von sechs Monaten nach Ihrer Entlassung aus der derzeitigen stationären psychiatrischen Behandlung statt. In diesem Zeitraum sollen mehrere Kontakte mit dem Forschungsmitarbeiter

Frau/Herrn _____ stattfinden.

Diese Treffen werden nach Absprache ambulant in der Klinik oder bei Ihnen zuhause stattfinden. Zusätzlich können telefonische Kontakte stattfinden. Bei all diesen Kontakten geht es darum, Sie in riskanten Situationen oder Stimmungen so zu unterstützen, dass es möglichst zu keinen aggressiven Vorfällen oder Drohungen kommt und Sie solche Situationen erfolgreich bewältigen können. Auch wollen wir erfahren, wie gut Ihnen dies gelungen ist. Nach Möglichkeit werden wir auch versuchen, mit weiteren Personen Ihres Vertrauens in Kontakt zu treten.
Für die Teilnahme an der Untersuchung erhalten Sie eine Aufwandsentschädigung in Höhe von insgesamt 30,00 Euro. Für die Teilnahme an der Erstbefragung werden 10 Euro ausbezahlt, 20 Euro erhalten Sie bei weiterer Teilnahme beim regulären Abschluss der Studie. Entstehende Fahrtkosten werden Ihnen zusätzlich ersetzt.

Die Informationen, die wir von Ihnen erhalten, werden entsprechend den Vorschriften des Datenschutzes vertraulich behandelt und anonym ausgewertet. Die wissenschaftliche Auswertung erfolgt so, dass Aussagen über oder Hinweise auf einzelne Personen nicht mehr möglich sind. Die Untersuchung wird unter

Aufsicht und in Verantwortung von PD Dr. U. Frommberger (Offenburg), Herrn Dr. M. Schwarz (Wiesloch), Herrn Prof. Dr. T. Steinert und Herrn Dr. G. Weithmann (beide Weißenau) durchgeführt.

Bitte beachten Sie, dass wir im Rahmen dieser Untersuchung keine Behandlung oder Behandlungsmaßnahmen wie die von Ihrem Arzt oder sonstigen Betreuern leisten oder diese ersetzen. Wenn Sie weitere Fragen zum Zweck und Ablauf der Untersuchung haben, steht Ihnen Frau/Herr Dipl.-Psych. _____ gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

PD Dr. med. U. Frommberger Dr. med. M. Schwarz Prof. Dr. med. T. Steinert

| Kontaktdaten |
| --- |
| Teilnehmer<br><br>Name _____<br><br>Adresse_____<br><br>Telefon 1_____<br><br>Telefon 2<br>_____<br><br>Mobilfunk _____<br><br>Emailadresse_____<br><br>Zu welchen Zeiten telefonisch am besten erreichbar?<br><br>_____<br><br>_____ |

Angehörige

Name _____

Adresse_____

Telefon 1_____

Telefon 2

_____

Mobilfunk _____

Emailadresse_____

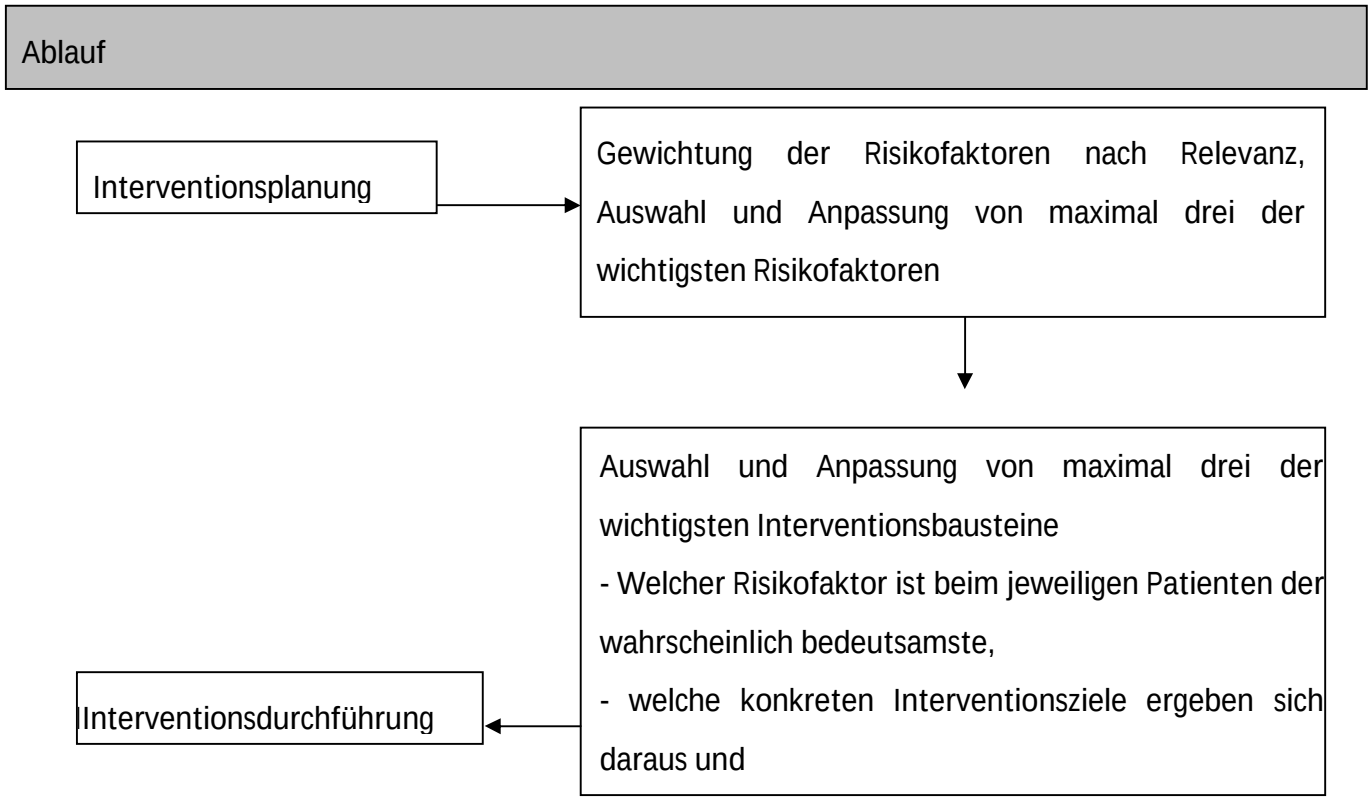
Zu welchen Zeiten telefonisch am besten erreichbar?

_____

_____

| Zahlungsbestätigung |
| --- |
| Hiermit bestätige ich _____<br>(Vor- und Zuname)<br><br>den Erhalt von €_____<br><br>in Worten<br>€_____<br><br>für die Teilnahme an einer wissenschaftlichen Untersuchung der Klinik<br><br>_____.<br><br>_____ _____<br>Ort, Datum Unterschrift |
| |

# Interventionen




Risikofaktor Antisoziales Syndrom

| Risiken | Behandlungsbedürfnis/-Ziel | Tools |
|---|---|---|
| 1.1 Vorgeschichte antisozialen Verhaltens | | |
| Frühe und kontinuierliche Beteiligung an antisozialen/kriminellen Aktivitäten in verschiedenen Zusammenhängen | Identifizierung riskanter Situationen, Aufbau alternativer Verhaltensweisen in riskanten Situationen | Erzielung von Problemeinsicht, Erarbeitung von „Ursachen“ für deviante Karriere (siehe andere Risikofaktoren) |
| 1.2 Antisoziales Persönlichkeitsmuster | | |
| Abenteuerlustige Vergnügungssuche, Schwache Selbstkontrolle, Ruhelos aggressiv | Aufbau von Problemlösungsstrategien, Fähigkeit zur Selbstkontrolle, Ärger-Management, Coping-skills | Bausteine aus DBT-Borderline-Interventionen, „Impulsmanagement“ |
| 1.3 Antisoziale Kognitionen | | |
| Rationalisierungen kriminellen/gewalttätigen Verhaltens | Reduktion antisozialer Kognitionen, Erkennen riskanten Denkens und Fühlens, Aufbau | Erzielung von Problemeinsicht, kognitiv-behaviorale Programme (CBT; |

| | | |
|---|---|---|
| Schädliche kognitiv-emotionale Reaktionsmuster (Wut, Ärger, Trotz)<br>kriminelle Identität/Selbstkonzept | alternativer Denk- und Erlebnisweisen, Distanzierung von krimineller Identität | Metaanalyse s. Landenberger u. Lipsey, 2005), vor allem Ärgerkontrolle und interpersonales Problemlösen, s.a.<br>Reasoning & Rehabilitation Program (RR; L. Gretenkord, 2002, Haina) |
| 1.4 Antisoziale Haltung | | |
| Überwiegend Sozialkontakte in kriminellem Milieu, soziale Unterstützung für kriminelles Verhalten, wenig Kontakt zu Nicht-Kriminellen | Unterstützung sozialer Bindungen an nicht kriminell Belastete, Reduzierung riskanter sozialer Kontakte | Unterstützung bei Aufnahme befriedigender „normaler“ sozialer Kontakte |

Risikofaktor Soziales Umfeld

| Risiken | Behandlungsbedürfnis/-Ziel | Tools |
|---|---|---|
| Fehlende/wenige unterstützende, teilnahmsvolle und herzliche Beziehungen, mangelnde Aufsicht | Reduzierung von Konflikten, Aufbau positiver Beziehungen, Verbesserung der gegenseitigen Anteilnahme | Einbeziehung von Angehörigen, Elemente „systemischer“ Therapie; Weitervermittlung in Beratung/Therapie |

Risikofaktor Arbeit/Erwerbstätigkeit/Schule

| Risiken | Behandlungsbedürfnis/-Ziel | Tools |
|---|---|---|
| Geringe (Arbeits-) Leistung, geringe Zufriedenheit mit Tätigkeit, | Verbesserung von Leistung, Entlohnung, Arbeitszufriedenheit | Unterstützung bei arbeitsplatzbezogenen Problemen, Kontakte AA, WfB… |

Risikofaktor Freizeit/Erholung

| Risiken | Behandlungsbedürfnis/-Ziel | Tools |
|---|---|---|
| Geringer Grad der Involviertheit und Befriedigung in/mit nicht-riskanter/-krimineller Freizeitgestaltung | Höhere Involviertheit, Befriedigung mit nicht riskanten Tätigkeiten | Anknüpfen/Entdeckung alternativer Interessen/Ressourcen |

Risikofaktor Substanzgebrauch

| Risiken | Behandlungsbedürfnis/-Ziel | Tools |
|---|---|---|
| Missbrauch von Alkohol oder anderen Drogen | Reduzierung des Substanzgebrauchs, Reduzierung der personalen und interpersonalen Unterstützung des Substanzgebrauchs, Unterstützung von Alternativen zum Gebrauch | Elemente der ASP/MI,<br>GOAL (D´Amelio et al. 2005) Weitervermittlung in Suchtberatung/Therapie |

Risikofaktor Psychopathologie

| Risiken | Behandlungsbedürfnis/-Ziel | Tools |
|---|---|---|
| TCO-Symptome | Reduzierung der Symptome | Medikation, Psychoedukation Medikamente |
| Deutliche Positive, aber wenig negative Symptome | Reduzierung positiver Symptome | Medikation, Psychoedukation Medikamente |

Risikofaktor Compliance

| Risiken | Behandlungsbedürfnis/-Ziel | Tools |
|---|---|---|
| Negative Einstellung zur Medikation | Akzeptanz der Medikation | Psychoedukation, motivierende Gesprächsführung,<br>Weitervermittlung/Anbindung an PIA, niedergelassener Facharzt, Kontaktaufnahme mit Hausarzt |

## Dokumentation

### Interventionen

Datum:_____ Dauer:_____

Setting stationär ☐ ambulant ☐

Modul Nr._____

Freie Dokumentation (Inhalte, Techniken)

Freie Dokumentation (Probleme, Beziehung, Motivation, etc.)

Bewertung der Intervention

☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

Bewertung der therapeutischen Allianz/des Kontaktes

☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

| Telefonkontakt |
| --- |
| Datum:______________________ Dauer:______________________<br><br>Freie Dokumentation (Inhalte des Telefonats, Welche Tools angewendet, wie oft, welche Schwierigkeiten, aggressive Zwischenfälle)<br><br>Bewertung der therapeutischen Allianz/des Kontaktes<br><br>☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 |

| Checkliste | | |
|---|---|---|
| | Vorliegend | Wenn nicht – Gründe? |
| Basisdaten & MOAS | | |
| Screening | | |
| Interview | | |
| Entlassdaten | | |
| Dokumentation Intervention 1 | | |
| Dokumentation Intervention 2 | | |
| Dokumentation Intervention 3 | | |
| Dokumentation Intervention 4 (Krisenplan) | | |
| Evaluation | | |

## Evaluation

### CSRI

| Der folgenden Aussage stimme ich … | zu | Weitest-gehend zu | teilweise zu | kaum zu | nicht zu |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. In den vergangenen sechs Monaten habe ich auf eine sinnvolle Tagesstruktur geachtet. | | | | | |
| 2. In den vergangenen sechs Monaten habe ich auf Alkohol und Suchtmittel verzichtet. | | | | | |
| 3. In den vergangenen sechs Monaten habe ich Stress vermieden. | | | | | |
| 4. In den vergangenen sechs Monaten habe ich auf genügend Schlaf geachtet. | | | | | |
| 5. In den vergangenen sechs Monaten habe ich regelmäßig den niedergelassenen Nervenarzt/Psychiater besucht. | | | | | |
| 6. In den vergangenen sechs Monaten habe ich regelmäßig gemeindepsychiatrische Angebote (z.B. SPDi, WfbM, Tagesstätte,… ) wahrgenommen. | | | | | |
| 7. In den vergangenen sechs Monaten habe ich die verordneten Medikamente regelmäßig und zuverlässig eingenommen. | | | | | |
| 8. In den vergangenen sechs Monaten folgte ich den Empfehlungen des Arztes. | | | | | |
| 9. In den vergangenen sechs Monaten wurde ich mehrmals an die Einnahme der Medikamente erinnert. | | | | | |
| 10. In den vergangenen sechs Monaten wurde ich mindestens einmal zur Einnahme der Medikamente gezwungen. | | | | | |
| 11. In den vergangenen sechs Monaten wurde ich mindestens einmal zum Nervenarzt/Psychiater gebracht, obwohl ich dies nicht wollte. | | | | | |
| 12. In den vergangenen sechs Monaten musste ich gemeindepsychiatrische Angebote (z.B. SPDi, WfbM, Tagesstätte, Kulturwerkstatt) in Anspruch nehmen, obwohl ich dies nicht wollte. | | | | | |
| | x1 | x2 | x3 | x4 | x5 |
| | | | | | |

Gesamtscore _____

| Offene Fragen zum Interventionsangebot |
| --- |
| Wie beurteilen Sie das Interventionsangebot insgesamt?<br><br>_____<br><br>_____<br><br>Was hat Ihnen gefallen?<br><br>_____<br><br>_____<br><br>Was hat Ihnen weniger gut gefallen?<br><br>_____<br><br>_____<br><br>Hätten Sie gerne noch weitere Themen behandelt?<br><br>_____<br><br>_____<br><br>Wie beurteilen Sie den Umfang der Treffen (weniger/mehr, Zeitraum Abstand zwischen Treffen, etc.)?<br><br>_____<br><br>_____ |

Wie fanden Sie die Art der Kontaktaufnahme auf Station?

_____

_____

Sonstige Wünsche/Verbesserungsvorschläge?

_____

_____

Hypothetisch: Wären Sie prinzipiell bereit Ihr Einverständnis dazu zu geben, dass zu wissenschaftlichen Zwecken Ihre Polizeiakten eingesehen werden?

_____

_____

| Evaluation verwendeter Module (→ Patient) | |
|---|---|
| Art der verwendeten Tools | Jeweils:<br><br>Häufigkeit des Einsatzes (häufig/selten/gar nicht)<br><br>und<br><br>Wirkung<br>(sehr hilfreich/etwas hilfreich/gar nicht hilfreich) |

| Veränderungen bezüglich Risikofaktoren |
| --- |

Einschätzung Patient

Risikofaktor 1:_____

verschlechtert verbessert

--3 -2 -1 0 +1 +2 +3

Risikofaktor 2:_____

verschlechtert verbessert

--3 -2 -1 0 +1 +2 +3

Risikofaktor 3:_____

verschlechtert verbessert

--3 -2 -1 0 +1 +2 +3

Einschätzung Bezugsperson

Risikofaktor 1:_____

verschlechtert verbessert

--3 -2 -1 0 +1 +2 +3

Risikofaktor 2:_____

verschlechtert verbessert

--3 -2 -1 0 +1 +2 +3

Risikofaktor 3:_____

verschlechtert verbessert

--3 -2 -1 0 +1 +2 +3

Einschätzung Therapeut

Risikofaktor 1:_____

verschlechtert verbessert

--3 -2 -1 0 +1 +2 +3

Risikofaktor 2:_____

verschlechtert verbessert

--3 -2 -1 0 +1 +2 +3

Risikofaktor 3:_____

verschlechtert verbessert

--3 -2 -1 0 +1 +2 +3

Freitext

| Abschließende Bewertung der Interventionen (→ Studienmitarbeiter) | |
|---|---|
| Freitext<br>z.B.: Welche Bereiche erwiesen sich als schwierig, welche Fragebögen/Teile der Datenerhebung/Intervention sind gut umsetzbar, welche weniger geeignet, weniger relevant…? | |

**Manual**

Übersicht

| Modul | Titel | Inhalt | Risikofaktor | Zielgruppe |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Ärger wahrnehmen & kontrollieren | Psychoedukation physische Ärgerreaktion<br>Deeskalationsstrategien | Antisoziales Syndrom: Antisoziale Kognitionen & Antisoziales Persönlichkeitsmuster | Patient |
| 2 | Alternative Interpretationen und Verhaltensweisen | | Antisoziales Syndrom: Vorgeschichte antisozialen Verhaltens | Patient |
| 3 | Konsequenzen aggressiven Verhaltens erkennen | Analyse kurz- und langfristiger Konsequenzen | Antisoziales Syndrom: Vorgeschichte antisozialen Verhaltens | Patient |
| 4 | Ärger als lösbares Problem | Problemlösetraining | Antisoziales Syndrom: Antisoziale Kognitionen & Antisoziales Persönlichkeitsmuster | Patient |
| 5 | Soziale Kontakte aufnehmen und pflegen | Vorstellen regionaler Angebote | Soziales Umfeld,<br>Freizeit/Erholung,<br>Antisoziales Syndrom: Antisoziale Haltung | Patient |
| 6 | Gefühle angemessen ausdrücken | Vermittlung Kommunikationsregeln | Soziales Umfeld | Patient und Angehörige |
| 7 | Umgang mit aggressiven Situationen | Erarbeiten Ärgeranzeichen<br>„Rote Karte“ | Soziales Umfeld | Patient |
| 8 | Freizeit gestalten | Ressourcenaktivierung<br>Freizeitkarten<br>Planung positiver Aktivitäten | Freizeit/Erholung | Patient |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 9 | Alkohol & Drogen | Motivational Interviewing<br>Analyse Vor- und Nachteile Substanzgebrauch | Substanzmissbrauch | Patient |
| 10 | Medikamente | Psychoedukation Pharmakotherapie<br>Umgang mit Nebenwirkungen | Compliance | Patient und Angehörige |
| 11 | Persönlicher Krisenplan | Erarbeiten Frühwarnzeichen<br>Eigene und fremde Unterstützungsmöglich-keiten | Psychopathologie | Patient und Angehörige |

## Einleitung

### Allgemeine Informationen

Aus den Modulen sollen jene ausgewählt werden, die auf die *drei relevanten Risikofaktoren* (nach Einschätzung des Studienmitarbeiters) abzielen.

Obligatorisch soll mit jedem Patienten ein persönlicher *Krisenplan* (→ Modul 11) erstellt werden.

Die Vermittlung der Inhalte der Interventionssitzungen soll den kognitiven Fähigkeiten des Patienten angepasst sein.

Mögliche Einführung für Patienten:

Es ist legitim negative Gefühle zu verspüren (Wut, Ärger, Enttäuschung, etc.).

Im Rahmen der Interventionssitzungen soll vermittelt werden, wie man angemessen (d.h. nicht fremdschädigend) mit diesen Gefühlen umgehen kann und welche Faktoren mit Aggression im Zusammenhang stehen.

**Modul 1: Ärger wahrnehmen & kontrollieren**

**Inhalte & Ziele**: Psychoedukation zu physischer Ärgerreaktion um Ärgerreaktion frühzeitig unterbrechen zu können; Vermittlung von Strategien im Umgang mit Ärger

Woran merke ich, dass ich wütend/ärgerlich bin? Woran merken andere, dass ich wütend bin?

☞Fragengeleitetes Erarbeiten der physischen Ärgerreaktion am Flipchart

- Puls erhöht
- Atemfrequenz erhöht, gepresstes Atmen
- Magen- und Darmaktivität
- Blutgefäße verengen
- Mimik
- Gestik
- Muskeltonus erhöht
- Feindselige Grundstimmung
- Drohende Körperhaltung und Gestik
- Zeichen der Irritation
- Verringerung der Körperdistanz
- Psychomotorische Erregung oder Anspannung
- Gesteigerte Tonhöhe oder Lautstärke der Stimme
- Schwitzen
- Fingertippen oder andere Zeichen motorischer Unruhe

➢ Ärgerreaktion als normale Stressreaktion

➢ Ärger ist normale Stressreaktion des Körpers

➢ Evolutionär sinnvoll: Bereitstellung von Energie, Vorbereitung auf Kampf oder Flucht

Beispiel für Überleitung: „Wenn man erst einmal in Rage ist, wird man so von der Wut überschwemmt, dass es schwierig ist wieder umzukehren. Deshalb ist es wichtig vorher zu stoppen und sich zu fragen: Wie kann ich reagieren?“
„Ich möchte mit Ihnen erreichen, dass in Zukunft immer wenn Sie wütend werden, in Ihnen ein Stoppschild aufleuchtet, mit der Warnung: Stopp, du wirst wütend! Dieses kurze Stoppen soll Ihnen helfen bewusst entscheiden zu können, wie Sie reagieren und nicht von der Wut übermannt zu werden“

Notfallkoffer: Was kann ich gegen aufkommende Wut tun?

- Möglichkeiten Prozess zu unterbrechen:
- Gespräch verlangsamen, darauf achten ob man ärgerlich klingt. Wenn ja, aufhören zu reden, abwarten bis Ärger abgeklungen ist
- Raum verlassen
- Fernbleiben von Ärger auslösenden Personen bis Erregung abgeklungen ist
- Langsames (innerliches) Zählen
- Bewusstes Atmen: Einatmen dabei Zählen bis sechs, ebenso langsames Ausatmen.
- Selbstinstruktionen: „Ich bleibe ruhig und gelassen“
- Gedanken-Stopp: Ein Stoppschild vorstellen (Gedanken unterbrechen, damit sich Ärger nicht weiter aufschaukelt), an etwas anderes, positives Denken
- Ablenkungsstrategien: an positives Erinnern, Sport, körperliche Arbeit

(Entnommen: u.a. Beck et al.)

Ärgerregeln befolgen

- Mein Ärger beeinflusst mein Denken und meine körperlichen Reaktionen. Dies sind normale Stressreaktionen.
- Ich steigere mich gedanklich nicht in den Ärger hinein.
- Ich bleibe trotz meines Ärgers in der Realität. Ich beobachte und beschreibe was wirklich geschieht.
- Wenn ich das Gefühl habe, die Kontrolle zu verlieren, verlasse ich die Situation.
- Ich beobachte wie und wann der Ärger nachlässt.

Arbeitsblatt Modul 1

| Anti-Ärger-Strategien |
| --- |
| Wenn ich wütend werde, hilft mir….<br><br>_____<br><br>_____<br><br>_____<br><br>_____<br><br>_____ |

| Anti-Ärger-Regeln |
| --- |
| Folgende Regeln helfen mir…<br><br>Mein Ärger beeinflusst mein Denken und meine körperlichen Reaktionen. Dies sind normale Stressreaktionen.<br><br>Ich steigere mich gedanklich nicht in den Ärger hinein.<br><br>Ich bleibe trotz meines Ärgers in der Realität. Ich beobachte und beschreibe was wirklich geschieht.<br><br>Wenn ich das Gefühl habe, die Kontrolle zu verlieren, verlasse ich die Situation.<br><br>Ich beobachte wie und wann der Ärger nachlässt. |

## Modul 2: Alternative Interpretationen und Verhaltensweisen

**Inhalte & Ziele:** Anhand vergangener aggressiver Situationen erarbeiten, dass verschiedene Interpretationen einer Situation möglich sind und diese unterschiedliche Reaktionen nach sich ziehen. Alternative Sichtweisen und Verhaltensweisen für die Situation generieren.

Beispiel für Einleitung: „Wenn Sie dieses Bild anschauen, können Sie entweder eine Vase oder zwei Gesichter sehen. Ähnlich wie bei diesem Bild können wir auch Situationen unterschiedlich sehen bzw. interpretieren."

Kognitive Interventionen

Entschärfende Bewertungen lernen: Bewertungen von Handlungen entscheidend, durch Entschärfung der Bewertungen kann Aggressionsbereitschaft entfallen.

Gefühle sind von Interpretationen bestimmt, „gefühlsbestimmende Gedanken = Inneres Selbstgespräch", Ziel: entschärfen und verändern.

Bsp: Niemand darf etwas Falsches zu mir sagen -> es ist nicht ernst zu nehmen was die Leute so reden

Wenn mich jemand ärgert, darf ich das nicht auf mir sitzen lassen -> was kümmert es mich, ich stehe da drüber

Schuldzuschreibungen überprüfen: Immer hinterfragen ob die Schuld allein bei der Person liegt, auf die man wütend ist, selbstkritisch sein.

Perspektivenwechsel: In die Lage des anderen versetzen, mit seinen Augen sehen

Häufige Gedankenfehler bei Ärger (Schwenkmezger et al., 1999):

- Schlüsse aufgrund ungenügender Beweise: Schlussfolgerung wird gezogen bevor alle Tatsachen und Beweise betrachtet wurden („Das war Absicht“).
- Verallgemeinerungen: Aufgrund negativer Erfahrungen werden negative Vorhersagen gemacht und für andere Situationen voreilig erwartet („Überall das selbe“)
- Überprüfen der Verantwortlichkeit: Verantwortung für Ereignisse werden vorschnell anderen zugeschrieben („Wer ist schuld?“)

Arbeitsblatt Modul 2

| Alternative Sichtweisen |
| --- |
| Wie habe ich die Situation damals gesehen?<br><br>_____<br><br>_____<br><br>Wie hätte ich die Situation sonst noch sehen können?<br><br>_____<br><br>_____<br><br>_____<br><br>_____ |

| Alternative Verhaltensweisen |
| --- |
| Wie habe ich damals in der Situation reagiert?<br><br>_____<br><br>Wie hätte ich in der Situation noch reagieren können?<br><br>_____<br><br>_____<br><br>_____<br><br>_____ |

## Modul 3: Konsequenzen aggressiven Verhaltens erkennen

**Inhalte & Ziele:** Mit dem Patienten (anhand von Beispielsituationen) die Konsequenzen des eigenen aggressiven Verhaltens erörtern. Anhand der Beispielsituationen Alternativverhalten erarbeiten und die Konsequenzen dieses Alternativverhaltens abwägen.

Ziel soll sein, dass der Patient selbst erarbeitet, dass die negativen Konsequenzen aggressiven Verhaltens für ihn selbst und andere überwiegen.

Aggressives Verhalten und Konsequenzen

| | FÜR aggressives Verhalten spricht… | GEGEN aggressives Verhalten spricht… |
|---|---|---|
| Kurzfristig | | |
| langfristig | | |

Alternativverhalten und Konsequenzen

Beispielsituation: Freundin beschwert sich über …-> Gefühl: bin genervt, Gedanke: immer muss sie an mir rumnörgeln, Körper: Muskelanspannung, Herzklopfen, Verhalten: -> schlage zu -> Konsequenz kurz: kann Wut ablassen, „hab es ihr gezeigt“, Konsequenz lang: schlechtes Gewissen, Beziehung läuft schlecht

Dann Alternativen generieren

Tatsächliches Verhalten:

Freundin beschwert sich über…
↓
Gefühl: bin genervt
Gedanke: Immer muss sie an mir rumnörgeln
Körper: Muskelanspannung, Herz klopft
↓
Reaktion: schlage zu
↓
Konsequenz kurzfristig: Kann Wut rauslassen, „Der zeig ich es“
Konsequenz langfristig: habe schlechtes Gewissen, Beziehung läuft schlecht

Alternativverhalten:

Freundin beschwert sich über…
↓
Gefühl: bin genervt
Gedanke:
Körper: Muskelanspannung, Herz klopft
↓
Reaktion: Verlasse den Raum bis ich mich beruhigt habe
↓
Konsequenz kurzfristig: ärgere mich, werde dann aber ruhiger
Konsequenz langfristig: habe mich unter Kontrolle, Beziehung läuft besser

Arbeitsblatt Modul 3

| Gründe FÜR und GEGEN aggressives Verhalten | | |
|---|---|---|
| | FÜR aggressives Verhalten spricht… | GEGEN aggressives Verhalten spricht… |
| kurzfristig | | |
| langfristig | | |

## Modul 4: Ärger als lösbares Problem

**Inhalte & Ziele:** Ärgersituationen sollen nicht persönlich genommen werden, sondern als lösbare Probleme betrachtet werden. Vermittlung eines Problemlöseschemas anhand einer Beispielsituation des Patienten.

- Ärger als lösbares Problem: „Was stört mich?“
- Realistisches Ziel: „Was will ich?“
- Handlungsalternativen sammeln: „Was kann ich tun? Was würden andere tun?“
- Abwägen der Vor- und Nachteile der Handlungsalternativen: „Was ist an dieser Lösung positiv? Was ist negativ?“
- Entscheiden für eine Handlungsalternative: „Welche Lösung halte ich für die beste?“
- Handlungsalternative ausführen: Handeln
- Bewerten: „Hat es geklappt?“
- wenn Ja -> Ende
- wenn Nein -> Erneuter Problemlöseprozess
- Immer Belohnen für die Bewältigungsanstrengung

Arbeitsblatt Modul 4

| Probleme lösen |
| --- |
| Ärger als lösbares Problem: Was stört mich? |
| Realistisches Ziel: Was will ich? |
| Handlungsalternativen sammeln: Was kann ich tun? Was würden andere tun? |
| Abwägen der Vor- und Nachteile der Handlungsalternativen: Was ist andieser Lösung positiv? Was ist negativ? |
| Entscheiden für eine Handlungsalternative: Welche Lösung halte ich für die beste? |
| Handlungsalternative ausführen: Handeln |
| Bewerten: hat es geklappt? Wenn ja → Ende; wenn nein → erneuter Problemlöseprozess |
| Immer Belohnen für die Bewältigungsanstrengung: Wie belohne ich mich? |

## Modul 5: Soziale Kontakte aufnehmen und pflegen

**Inhalte & Ziele:** Erarbeiten von Möglichkeiten neue (nichtkriminelle) Kontakte zu knüpfen oder bestehende Kontakte zu intensivieren

Erarbeiten folgender Fragen:

Welche Freunde und Bekannte von früher würde ich gerne einmal wieder treffen?

Wo kann ich Leute kennen lernen?

Wen würde ich gerne näher kennen lernen? Mit wem würde ich gerne etwas unternehmen?

Evtl. Bezug nehmen auf bekannte Ressourcen: Was mögen andere an mir?

Vorstellen regionaler Angebote: Freizeitclubs für psychisch kranke, Sportvereine, etc.

Arbeitsblatt Modul 5

| Kontakte aufnehmen und pflegen |
| --- |
| Welche Freunde und Bekannte von früher würde ich gerne einmal wieder treffen?<br><br>_____<br><br>_____<br><br>Wo kann ich Leute kennen lernen?<br><br>_____<br><br>_____<br><br>Wen würde ich gerne näher kennen lernen? Mit wem würde ich gerne etwas unternehmen?<br><br>_____<br><br>_____<br><br>Wie kann ich Freundschaften pflegen?<br><br>_____<br><br>_____<br><br>Was mögen andere an mir?<br><br>_____<br><br>_____ |

(Entnommen: Roder et al.)

## Modul 6: Gefühle angemessen ausdrücken

**Inhalte & Ziele:** Einüben von Kommunikationsregeln mit Patient und Angehörigen: Adäquates Verbalisieren positiver und negativer Gefühle, Wünsche äußern

Patient und Angehörige üben Ausdruck von Gefühlen

Darauf achten, dass verbales und non-verbales Verhalten kongruent sind (z.B. nicht Lächeln beim Äußern negativer Gefühle)

> Beispiel Einleitung: „Oft führen Missverständnisse dazu, dass wir ärgerlich werden. Deshalb ist es wichtig, dass wir versuchen Missverständnisse zu vermeiden wenn wir miteinander reden. Eine deutliche Sprache hilft dabei. Es ist außerdem wichtig, dass wir klar sagen, was in uns vorgeht, damit der/die andere uns versteht. Auch da hilft eine deutliche Sprache."

Ausdrücken positiver Gefühle:

- Gesprächspartner anschauen
- In Ich-Form sprechen
- genau beschreiben was mir gefallen hat
- sagen was ich dabei gefühlt habe

Ausdrücken negativer Gefühle:

- Gesprächspartner anschauen
- Fest und bestimmt reden
- In Ich-Form sprechen
- genau beschreiben was mir nicht gefallen hat
- sagen was ich dabei gefühlt habe
- vorschlagen wie er/sie dies in Zukunft vermeiden könnte

Mitteilen von Wünschen

- Gesprächspartner anschauen
- In Ich-Form sprechen
- genau beschrieben worum ich ihn/sie bitte
- sagen wie ich mich dann fühlen würde

Aktives Zuhören

- Gesprächspartner anschauen

- Deutlich machen, dass man zuhört und versteht (Nicken, „Mmh“, „Aha“)
- Bei Unklarheiten nachfragen

Arbeitsblatt Modul 6

| Wie drücke ich mich gegenüber anderen aus? |
| --- |
| Ausdrücken positiver Gefühle:<br>o Gesprächspartner anschauen<br>o In Ich-Form sprechen<br>o genau beschreiben was mir gefallen hat<br>o sagen was ich dabei gefühlt habe<br>Ausdrücken negativer Gefühle:<br>o Gesprächspartner anschauen<br>o Fest und bestimmt reden<br>o In Ich-Form sprechen<br>o genau beschreiben was mir nicht gefallen hat<br>o sagen was ich dabei gefühlt habe<br>o vorschlagen wie er/sie dies in Zukunft vermeiden könnte<br>Mitteilen von Wünschen<br>o Gesprächspartner anschauen<br>o In Ich-Form sprechen<br>o genau beschrieben worum ich ihn/sie bitte<br>o sagen wie ich mich dann fühlen würde<br>Aktives Zuhören<br>o Gesprächspartner anschauen<br>o Deutlich machen, dass man zuhört und versteht (Nicken, „Mmh“, „Aha“)<br>o Bei Unklarheiten nachfragen |

## Modul 7: Umgang mit aggressiven Situationen

**Inhalte & Ziele:** Erarbeiten mit Angehörigen und Patient von Ärgeranzeichen und angemessenem Verhalten in aggressiven Situationen. Einführung einer „Roten Karte“, die von Patient gezeigt werden kann, wenn er eine Eskalation befürchtet. Definition klarer Verhaltensregeln für alle Beteiligten bei „Roter Karte“.

Woran merke ich, dass mein Gegenüber aggressiv wird?

- Feindselige Grundstimmung
- Drohende Körperhaltung und Gestik
- Zeichen der Irritation
- Verringerung der Körperdistanz
- Psychomotorische Erregung oder Anspannung
- Gesteigerte Tonhöhe oder Lautstärke der Stimme
- Erhöhung des Muskeltonus
- Schwitzen
- Erhöhte Atemfrequenz
- Fingertippen oder andere Zeichen motorischer Unruhe

Verhalten in Aggressiven Situationen

- Reden Sie klar und deutlich, aber schimpfen oder schreien Sie nicht.
- Drohen Sie nicht.
- Lassen Sie sich nicht provozieren.
- Sprechen Sie in Ich-Sätzen.
- Sprechen Sie die Selbstkontrollmöglichkeiten an.
- Bieten Sie Alternativen an (z.B. Gespräch oder Rückzug).
- Wenn Sie die Situation als bedrohlich empfinden, verlassen Sie die Situation oder holen Sie Hilfe.

Rote Karte einführen

- Wenn Patient merkt, dass er „kurz vorm Überkochen ist“ zieht er die Rote Karte (vereinbartes Handzeichen oder vereinbarter Satz).
- Klären welches Verhalten beide Seiten dann zeigen sollen (z.B. Zimmer verlassen, nach 15 Minuten wieder kommen o.ä.)

Arbeitsblatt Modul 7

| Verhalten in Aggressiven Situationen |
| --- |
| ➢ Reden Sie klar und deutlich, aber schimpfen oder schreien Sie nicht.<br>➢ Drohen Sie nicht.<br>➢ Lassen Sie sich nicht provozieren.<br>➢ Sprechen Sie in Ich-Sätzen.<br>➢ Sprechen Sie die Selbstkontrolle des anderen an.<br>➢ Bieten Sie Alternativen an (z.B. Gespräch oder Rückzug).<br>➢ Wenn Sie die Situation als bedrohlich empfinden, verlassen Sie die Situation oder holen Sie Hilfe. |

| Rote Karte |
| --- |
| Vereinbartes Zeichen/Wort:<br>_____<br>_____<br>_____<br>Was tue ich dann?<br>_____<br>_____<br>_____<br>Was tut …… dann?<br>_____<br>_____<br>_____ |

## Modul 8: Freizeit gestalten

**Inhalte & Ziele:** Anleiten zu aktiver Freizeitgestaltung, Klärung individueller Bedürfnisse in Freizeit

Sammlung von Hobbys und Ressourcen am Flipchart

Was erwarte ich von meiner Freizeitgestaltung? Z.B. Entspannung, Spaß, andere Leute kennen lernen, etwas Lernen, etwas schaffen, mit der Familie etwas unternehmen, körperliche Bewegung, kreativ sein, etc. -> für jeweiliges Bedürfnis verschiedene Alternativen erarbeiten (siehe auch Liste)

Planen: Wann? Wo? Mit wem? Vorbereitung nötig?

Evtl. Angebot der Kommune oder Gemeinde vorstellen

Beispiel für Freizeitkarte:

| Freizeitkarte |
|---|
| **Was?** Komödie auf DVD schauen |
| **Warum?** Entspannung, etwas mit meiner Freundin machen |
| **Wann?** Samstag Abend, 20 Uhr |
| **Wo?** zuhause |
| **Mit wem?** Mit Freundin |
| **Vorbereitung nötig?** DVD ausleihen Samstag vormittags |

Arbeitsblatt Modul 8

| Freizeitkarte |
| --- |
| Was? |
| Warum? |
| Wann? |
| Wo? |
| Mit wem? |
| Vorbereitung nötig? |

| Freizeitkarte |
| --- |
| Was? |
| Warum? |
| Wann? |
| Wo? |
| Mit wem? |
| Vorbereitung nötig? |

| Freizeitkarte |
| --- |
| Was? |
| Warum? |
| Wann? |
| Wo? |
| Mit wem? |
| Vorbereitung nötig? |

Arbeitsblatt Modul 8

| Möglichkeiten zur Freizeitgestaltung | |
|---|---|
| Sport und Bewegung | Geselligkeit |
| Wandern | Telefonieren |
| Jogging | Gäste einladen |
| Walking | Kaffee trinken |
| Rad fahren | Kochen |
| Eislaufen | Grillen |
| Langlauf | Jemanden besuchen |
| Inline-Skaten | Vereinstätigkeit |
| Minigolf | Spiele spielen |
| Billard | Geistige Tätigkeiten |
| Tischtennis | Lesen |
| Boccia | Fernsehen, DVD schauen |
| Kegeln | Musik hören |
| Squash, Federball | Kreuzworträtsel |
| Tennis | Puzzlen |
| Gymnastik | Briefmarken sammeln |
| Schwimmen | Briefe schreiben |
| Fußball | Museum besuchen |
| Handball | Kino |
| Volleyball | Natur |
| Tanzen | Wandern |
| Kreative Tätigkeiten | Spazieren gehen |
| Basteln | Ausflug |
| Modellbau | Zoobesuch |
| Schnitzen | Schifffahrt |
| Fotografieren | Haustiere |
| Musik machen | Theater spielen |
| Malen | Kochen |
| Töpfern | Singen |
| Zeichnen | |

entnommen: Roder et al.

Arbeitsblatt Modul 8

| o Liste angenehmer Aktivitäten | |
|---|---|
| o Ein spannendes Buch lesen<br>o Kindern beim Spielen zusehen<br>o Im Garten arbeiten, Balkon bepflanzen<br>o Handarbeiten<br>o Einen Stadtbummel unternehmen<br>o In einem Café sitzen und Leute beobachten<br>o Kreuzworträtsel, Sudoku lösen<br>o Einen Volkshochschulkurs besuchen<br>o In einem Chor singen<br>o Fotoalben ansehen, Fotos einkleben<br>o Einen Ausflug, Urlaub planen<br>o Mit einer nahestehenden Person telefonieren<br>o Ein Bad nehmen, lange Duschen<br>o Sich künstlerisch/handwerklich betätigen (z.B. Malen, Modellbau)<br>o Gesellschaftsspiele spielen<br>o Spazieren gehen<br>o Gute Musik hören<br>o In einen Botanischen Garten/Park gehen<br>o Briefe, Postkarten oder | o Ins Grüne fahren<br>o Zimmer umräumen<br>o Einen guten Film auf DVD sehen<br>o Federball spielen<br>o Basteln<br>o Kerzen anzünden<br>o Karten spielen<br>o Den Himmel, Wolken oder Sturm betrachten<br>o Ein Puzzle machen<br>o Tiere im Park beobachten<br>o Sich in die Sonne setzen<br>o Lange Bus fahren<br>o Erkundungsgänge in der Ortschaft machen (von gewohnten Straßen abweichen, unbekannte Gegenden erforschen, usw.)<br>o Eine neue Sprache lernen<br>o Sein Haar kämmen oder bürsten<br>o Vor sich hinsingen<br>o Make-up auflegen, Haar richten, etc.<br>o Zirkus oder Zoo besuchen<br>o Billard spielen<br>o Etwas zeichnen<br>o Tanzen gehen, tanzen lernen<br>o Zu kirchlichen Veranstaltungen gehen (Wohltätigkeitsveranstaltungen, Bazare, Vorträge)<br>o Parfum, Aftershave auflegen<br>o Wandern<br>o Wohnung dekorieren |

| | |
|---|---|
| Emails schreiben<br>o Landkarten studieren<br>o Brieffreundschaft aufnehmen, pflegen<br>o Freunde zum Essen einladen<br>o Jemandem helfen<br>o Sich sportlich betätigen (z.B. Walken, Joggen, Sportkurs, Fitnessstudio)<br>o Kuchen oder Plätzchen backen<br>o Geschenke selbst herstellen<br>o Zu Versammlungen gemeinnütziger oder sozialer Vereine gehen<br>o Jemandem eine kleine Freude machen<br>o Minigolf spielen<br>o Gedichte lesen<br>o Entspannungsverfahren anwenden (Progressive Muskelentspannung, Autogenes Training, Yoga)<br>o Blumen pflücken<br>o Mit Enkelkindern zusammen sein<br>o Autofahren<br>o Sich ehrenamtlich engagieren | o Tagebuch schreiben<br>o Dinge aus der Natur sammeln (Blätter, Steine, Kastanien, etc.)<br>o Eine Blume intensiv betrachten, riechen<br>o Beten<br>o Kaffee oder Tee trinken<br>o Zimmerpflanzen pflegen<br>o Radio hören<br>o Den Geräuschen in der Natur lauschen<br>o Lieblingskleidung tragen<br>o Über seine Kinder oder Enkel sprechen<br>o Fotografieren<br>o Tischtennis spielen<br>o Zeitung, Zeitschrift lesen<br>o Zum Friseur gehen<br>o Barfuss laufen<br>o Ein neues oder spezielles Gericht kochen<br>o In eine Bücherei gehen<br>o Den Mond oder die Sterne betrachten<br>o Mit Haustieren spielen |

## Modul 9: Alkohol & Drogen

**Inhalte & Ziele:** Motivierung zu Abstinenz, Aufklärung über Zusammenhang von Alkohol- und Drogenkonsum und Aggression

Warum ist Alkohol-/Drogenkonsum relevant für Thema Aggression?

Fragengeleitet Zusammenhang erarbeiten:

Einfluss auf Wahrnehmung

Einfluss auf Kognition

Angst senkend

Enthemmend

Motivational Interviewing

Analyse Vor- und Nachteile Substanzgebrauch (Flipchart)

| | FÜR den Konsum spricht…<br>Was finde ich am Konsum gut? Wobei hilft er mir? | GEGEN den Konsum spricht…<br>Was stört mich am Konsum? Woran hindert er mich? Was zieht er für Probleme nach sich? |
|---|---|---|
| Kurzfristig | | |
| langfristig | | |

Alternative zu Vierfeldertafel: Metapher Zwei Ufer eines Flusses – das Abstinenz- und das Konsumufer: Man kann nie gleichzeitig an beiden Ufern sein, sondern muss sich entscheiden an welchem man mit Schiff anlegt. Was ist positiv oder negativ auf der „abstinenten“ und der „Konsum“ Uferseite?

Alternativen für Konsum aufzeigen: Je nach Funktion des Alkohols/der Droge z.B. Entspannende Aktivitäten, Kontakte knüpfen, etc.
Hilfsmöglichkeiten aufzeigen: Adressen von Suchtberatungsstellen, Infohefte, Hausarzt

Arbeitsblatt Modul 9

| | FÜR den Konsum spricht…<br>Was finde ich am Konsum gut? Wobei hilft er mir? | GEGEN den Konsum spricht…<br>Was stört mich am Konsum? Woran hindert er mich? Was zieht er für Probleme nach sich? |
|---|---|---|
| Kurzfristig | | |
| langfristig | | |

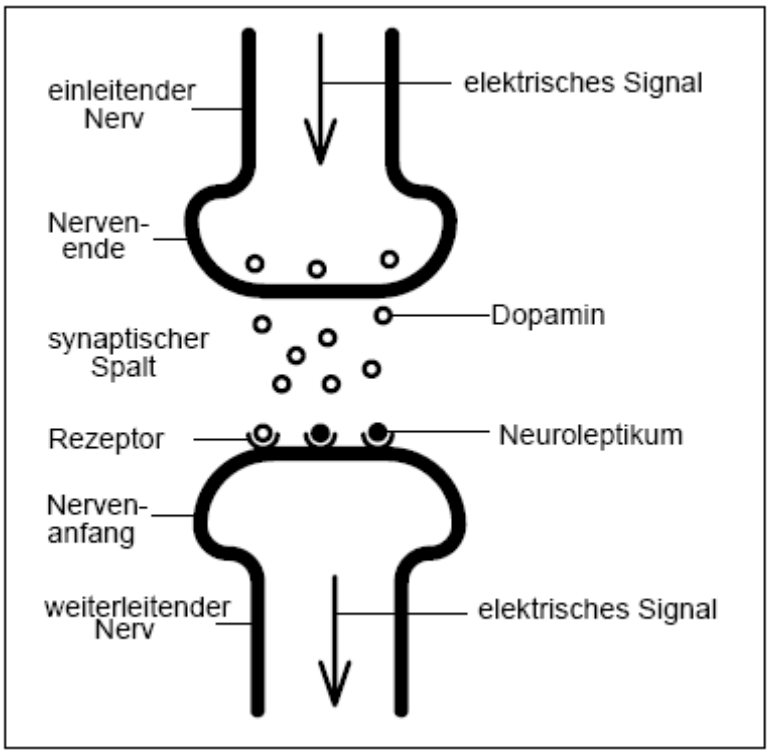
## Modul 10: Medikamente

**Inhalte & Ziele:** Psychoedukation zur medikamentösen Behandlung, Erhöhung der Medikamentencompliance, Umgang mit Nebenwirkungen

Warum verschreibt mir der Arzt Medikamente?

Vereinfachtes Synapsenmodell erklären, an Flipchart aufzeichnen

Wirkweise der Neuroleptika erklären




Entnommen: Roder et al.

Warum haben Medikamente unerwünschte Nebenwirkungen?

Dopamin wirkt an verschiedenen Stellen, nicht nur z.B. im Hörzentrum wo Stimmenhören herkommt, sondern z.B. auch im Bewegungszentrum

Medikamente blockieren überall da, wo Dopaminrezeptoren vorhanden sind

Ziel des Arztes ist, für jeden Patienten das Medikament zu finden, das einerseits gut gegen die Psychose wirkt, bei dem aber nur wenige Nebenwirkungen auftreten

Was kann ich gegen Nebenwirkungen tun?

Erarbeiten von Gegenmaßnahmen

Extrapyramidalmotorische Störungen

Muskelsteifigkeit, Bewegungseinschränkung, Parkinsonoid:

Akineton, Änderung der Dosis oder des Medikaments

Sitz- und Bewegungsunruhe

Akineton, Dosisänderung oder Umstellung auf niedrigpotentes Neuroleptikum

Muskelverkrampfungen der Zungen-Schlund-Muskulatur, rhythmische Bewegungen der Hände, Füße, Mund, Zunge

Akinteon, Dosisreduktion, Mediwechsel

Mundtrockenheit

Kaugummi, zuckerfreie Bonbons, viel trinken. Zahnpflege!

Zunahme Speichelfluss

Gastrozepin

Akkomodationsstörungen

Dosisanpassung oder Medikamentenumstellung

Müdigkeit, verminderte Reaktionsgeschwindigkeit

Dosisanpassung

Verstopfung

Ballaststoffreiche Kost, ausreichend Flüssigkeit, Bewegung, evtl Lactulose

Harnverhaltung

Doryl, Dosisänderung oder Medikamentenwechsel

Kreislaufschwäche

Sport, erhöhte Flüssigkeitszufuhr, Wechselbäder, Stützstrümpfe, Dosisanpassung

Erhöhte Sonnenempfindlichkeit

Sonnencremes, Vermeiden von Sonnenbädern

Gewichtszunahme

Diät, regelmäßige körperliche Bewegung, evtl. Medikamentenumstellung

Nachlassen der Libido und der sexuellen Funktionen

Dosisverringerung oder Medikamentenwechsel

Schwellung von Augenlidern und Beinen

Hochlagern, Entwässerungsmittel

Schweißneigung

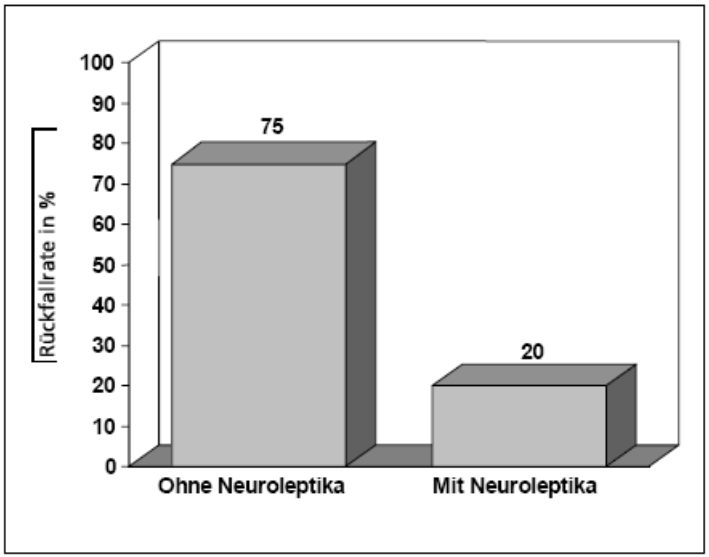
Medikamentenumstellung

Warum soll ich die Medikamente so lange nehmen?

Faustregel für Dauer der Anwendung: 1. Episode: 1 Jahr, 2. Episode: 5 Jahre, ab 3. Episode: lebenslang

Rückfallhäufigkeiten erklären

Arbeitsblatt Modul 10

| Warum sind Medikamente sinnvoll? | |
|---|---|
| **11.5. Rückfallhäufigkeit mit und ohne Neuroleptika**<br><br>Zwei Möglichkeiten können voneinander unterschieden werden:<br>• die verordneten Neuroleptika werden auch nach Klinikaustritt regelmäßig eingenommen,<br>• die Einnahme der Medis wird bei Klinikaustritt gestoppt.<br><br>Aus wissenschaftlichen Studien über die Rückfallhäufigkeit innerhalb eines Jahres nach Klinikaustritt ergibt sich folgendes.<br>• Wenn nach Klinikaustritt keine Neuroleptika mehr eingenommen werden, erleiden etwa 75 von 100 Personen innerhalb eines Jahres einen Rückfall und müssen rehospitalisiert werden.<br>• Wenn die Neuroleptika nach dem Klinikaustritt weiterhin regelmäßig eingenommen werden, erkranken etwa 20 von 100 Personen erneut.<br>Diese Zahlen gelten für Menschen, die mehr als einmal an einer schizophrenen Psychose erkrankt sind. Damit kann gesagt werden, dass Neuroleptika die Rückfallhäufigkeit innerhalb eines Jahres um ungefähr das 3- oder 4fache senken (s. Abb. 8). Diesem Vorteil sind natürlich die unerwünschten Wirkungen der Medikamente entgegenzustellen. | Abb. 8 Einjahresrückfallraten mit und ohne Neuroleptika bei mehrfach erkrankten Menschen<br><br>  <br> |

Entnommen: Roder et al.

Arbeitsblatt Modul 10

| Umgang mit Nebenwirkungen |
| --- |
| Bei der Einnahme von Medikamenten können neben der erwünschten Wirkung des Medikaments auch unerwünschte Nebenwirkungen auftreten.<br><br>Ziel der Behandlung ist es, durch das richtige Medikament und die richtige Dosis eine möglichst gute Wirkung bei zugleich möglichst geringen Nebenwirkungen zu finden. Dafür ist der Arzt auf Ihre Rückmeldung angewiesen.<br><br>Nicht immer ist eine Medikamenten- oder Dosisänderung nötig. Manche Nebenwirkungen lassen sich gut durch gezielte Verhaltensweisen in den Griff bekommen:<br><br>Ich habe folgende Nebenwirkungen von Medikamenten bei mir bemerkt:<br><br>_____<br><br>_____<br><br>_____<br><br>Folgende Maßnahmen können mir gegen diese Nebenwirkungen helfen:<br><br>_____<br><br>_____<br><br>_____<br><br>_____<br><br>Generell gilt: Setzen Sie nie Medikamente ab und verändern Sie nie die Dosis ohne Rücksprache mit Ihrem Arzt! Dies kann kurzfristig Nebenwirkungen haben und führt langfristig zu einem Krankheitsrückfall. Sprechen Sie mit Ihrem Arzt, wenn Sie mit der Medikation unzufrieden sind. |

Analyse Vor- und Nachteile Medikation

| | PRO Medikamente (Wirkungen) | CONTRA Medikamente (Nebenwirkungen) |
|---|---|---|
| Kurzfristig | Kein Stimmenhören mehr<br>Ängste nehmen ab<br>Alltag besser zu meistern<br>Bessere Konzentrationsfähigkeit<br>Wieder Freude am Leben<br>Höhere Belastbarkeit<br>Keine Suizidgefahr<br>Aggressionsspezifisch: Weniger aggressiv, kann mich besser kontrollieren | Wegen Nebenwirkungen häufige Medikamentenwechsel<br>Nebenwirkungen |
| langfristig | Kein Rückfall<br>Bessere Prognose (3-4mal kleineres Rückfallrisiko)<br>Keine langen Klinikaufenthalte<br>Volle Integration ins soziale Leben (Job, Hobbys, Freunde)<br>Gute berufliche Chancen<br>Aggressionsspezifisch: Weniger aggressive Vorfälle, bessere soziale Kontakte, keine unfreiwillige Unterbringung in Forensik oder Klinik | Täglich an Medikamenteneinnahme denken<br>Regelmäßige Arztbesuche nötig<br>Verdauungsprobleme<br>Bewegungsstörungen<br>Keine Garantie, dass es nicht trotz Medikamenteneinnahme zu einem Rückfall kommt |

Arbeitsblatt Modul 10

| | Für die Medikamenteneinnahme spricht…. | Gegen die Medikamenteneinnahme spricht…. |
|---|---|---|
| kurzfristig | | |
| langfristig | | |

## Modul 11: Persönlicher Krisenplan

**Inhalte & Ziele:** Erarbeiten eines persönlichen Krisenplans für eine mögliche erneute Krankheitsphase, Vermittlung dass man gerade in diesen Phasen besonders gefährdet ist aggressiv zu handeln.

Dieses Modul sollte obligatorisch mit jedem Patienten durchgeführt werden!

Beispiel Einleitung: „Patienten, die bereits schon einmal erkrankt waren, können sich meist an bestimmte Veränderungen (Frühwarnzeichen) im Denken, Fühlen und Verhalten erinnern, die kurz vor Krankheitsausbruch aufgetreten sind. Es ist wichtig diese Frühwarnzeichen zu kennen, um eine mögliche nahende Krankheitsphase frühzeitig zu erkennen und rechtzeitig gegensteuern zu können.

Es ist sinnvoll genau zu planen, was man unternehmen will, wenn Krankheitszeichen auftauchen. Dann kann man in einer Krisensituation schnell handeln. Hierfür hat sich ein Krisenplan bewährt.“

Arbeitsblatt Modul 11

Persönlicher Krisenplan von:

_____

Meine **Frühwarnzeichen** für eine nahende Krankheitsphase sind:

Folgende **Entlastung** und **Unterstützung** will ich dagegen setzen:

Folgendes **Medikament** kann mir zusätzlich helfen:

Name des Medikaments, Dosis (mit dem Arzt abgesprochen)

Folgende unterstützende **Angehörige/Verwandte/Freunde** will ich informieren:

Name, Adresse, Telefonnummer

Von folgenden **Ärzten/Therapeuten** will ich Hilfe in Anspruch nehmen:

Name, Adresse, Telefonnummer

Folgenden örtlichen **ärztlichen Notdienst** kann ich anrufen:

Telefonnummer

Eine stationäre Aufnahme soll – wenn nötig – in folgender **Klinik** erfolgen:

Name, Adresse, Telefonnummer

Arbeitsblatt Modul 11

| Frühwarnzeichen |
| --- |
| Typische Frühwarnzeichen für eine Krankheitsphase können sein….<br><br>o Ich bin ständig mit ein oder zwei Themen beschäftigt<br>o Ich habe Angst<br>o Ich beziehe alles auf mich und denke, alles hat irgendwie mit mir zu tun<br>o Ich fühle mich übermäßig erregt<br>o Ich schlafe schlecht<br>o Ich habe schlechte Träume<br>o Ich zeihe mich verstärkt zurück<br>o Ich rauche mehr oder trinke mehr Alkohol<br>o Ich bin anderen gegenüber sehr misstrauisch<br>o Ich werde wütend über kleine Dinge<br>o Ich verliere das Interesse an Dingen<br>o Ich höre Stimmen oder sehe Dinge<br>o Ich bin ständig müde und schlapp<br>o Ich bin unruhig und nervös<br>o Ich will wenig mit anderen Menschen zu tun haben<br>o Ich rede viel mehr als sonst<br>o Ich denke öfter daran, mich umzubringen<br>o Ich empfinde Schmerzen<br>o Ich bekomme bestimmte Gedanken nicht mehr aus dem Kopf<br>o Ich kann mich zu nichts mehr aufraffen<br>o Ich habe das Gefühl, unter Zeitdruck zu stehen<br>o Ich fühle mich deprimiert und niedergeschlagen<br>o Ich habe das Gefühl, dass sich mein Körper irgendwie verändert<br>o Ich vergesse meine Medikamente oder nehme sie nicht mehr<br>o Ich kann mich nicht mehr konzentrieren<br>o Ich beschäftige mich verstärkt mit religiösen Dingen<br>o Ich habe das Gefühl, dass andere über mich reden oder lachen<br>o Ich fühle mich von anderen kontrolliert<br>o Ich kümmere mich nicht mehr um mein Aussehen<br><br>entnommen: Hammer |

Arbeitsblatt Modul 11

| Bewältigungsstrategien |
| --- |
| Regelmäßige Medikamenteneinnahme |
| Bedarfsmedikation einnehmen |
| Richtig ausschlafen |
| Frühwarnsymptome erkennen lernen |
| Gespräch mit einer Vertrauensperson (Partner, Freund, Betreuer) |
| Arzt aufsuchen |
| Aufgaben und Anforderungen überschaubar halten |
| Vermeidung belastender Situationen |
| Tagesstrukturierung mit Zeitplan |
| Vermeidung von Zeitdruck |
| längere Pausen einlegen |
| die eigene verminderte Leistungsfähigkeit akzeptieren |
| innere Unruhe durch körperliche Bewegung ausgleichen |

## Literatur


1. Beck, Wright, Newman & Liese (1997): Kognitive Therapie der Sucht. Weinheim: Beltz.
2. Bierhoff & Wagner (Hrsg.) (1998): Aggression und Gewalt. Kohlhammer.
3. Breakwell (1998): Aggression bewältigen. Bern: Huber.
4. Hahlweg, Dürr & Müller (1995): Familienbetreuung schizophrener Patienten. Ein verhaltenstherapeutischer Ansatz zur Rückfallprophylaxe. Weinheim: Beltz.
5. Hammer (2006): SBT: Stressbewältigungstraining für psychisch kranke Menschen. Ein Handbuch zur Moderation von Gruppen. Bonn: Psychiatrie Verlag.
6. Roder, Zorn, Andres, Pfanmatter & Brenner (2002): Praxishandbuch zur verhaltenstherapeutischen Behandlung schizophren Erkrankter. Bern: Hans Huber.
7. Schwenkmezger, Steffgen & Dusi (1999): Umgang mit Ärger. Ärger- und Konfliktbewältigungstraining auf kognitiv-verhaltenstherapeutischer Grundlage. Göttingen: Hogrefe.

# Danksagung

Mein sehr herzlicher Dank gilt meinem Doktorvater, Herrn Prof. Dr. Tilman Steinert, für seine beständige Unterstützung und seine stets hilfreiche und rasche Rückmeldung.
Ebenso danke ich herzlich meinem Zweitgutachter und Projektleiter, Priv.-Doz. Dr. Dipl.-Biol. Ulrich Frommberger, für die fachlich und atmosphärisch stets sehr gute Zusammenarbeit.

Auch allen Kollegen des PREVIOS-Projekts möchte ich für die Unterstützung und die kollegiale Zusammenarbeit danken.

Weiterhin gilt mein Dank allen Patienten, die sich zu einer Studienteilnahme bereit erklärten. Ohne sie wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen.

Nicht zuletzt danke ich von ganzem Herzen meiner Familie und meinen Freunden, die mich in der Promotionszeit unterstützt, abgelenkt und meine Launen ertragen haben. Ohne Euch wäre ich nicht so weit gekommen - danke!

# Lebenslauf

Lebenslauf aus Gründen des Datenschutzes entfernt.