



Gewaltbereitschaft und Risikoeinschätzung bei psychisch Kranken

Vortrag
in der Vitos Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Gießen
am 29. Januar 2020

Norbert Nedopil
Abteilung für Forensische Psychiatrie
Psychiatrische Klinik der Universität München
Nußbaumstr. 7, D-80336 München, Germany
email Norbert.Nedopil@med.uni-muenchen.de
www.forensik-muenchen.de

Nedopil , Abt. f. Forensische Psychiatrie, Psychiatrische Klinik, Universität München

1

Gewaltbereitschaft und Risikoeinschätzung bei psychisch Kranken

Ziele des Beitrags



- Vermittlung von Wissen und empirischen Erkenntnissen über das Risiko von Gewalt und Gewaltkriminalität bei psychisch Kranken
- Aufzeigen von Indikatoren für Gewaltrisiken und für Bedrohung und Aggression in Klinik und ambulanter Behandlung
- Strukturierte Erfassung von Ausmaß und Unmittelbarkeit des Risikos durch professionelle Urteilsbildung
- Verbesserung von Risikokommunikation und Risikoformulierung zwischen den klinisch Verantwortlichen, Patienten und deren Betreuern
- Erarbeitung von Interventionsmethoden des Risikomanagements

Nedopil , Abt. f. Forensische Psychiatrie, Psychiatrische Klinik, Universität München

2

2

Gewaltbereitschaft und Risikoeinschätzung bei psychisch Kranken



Was kann die Forensische Psychiatrie dazu beitragen?

Forensische Psychiater sind Fachleute für die Risikoeinschätzung. Sie haben

- empirisches Wissen über das Gewaltisiko bei verschiedenen psychischen Störungen, Persönlichkeitakzentuierungen und Altersgruppen
- Interesse an Primärer Prävention, was für die forensische Psychiatrie bedeutet, klinische Patienten davor zu bewahren, forensische Patienten zu werden
- Techniken, empirische Wissen über die Risikoeinschätzung für den einzelnen Patienten zu individualisieren
- Erfahrungen, wie Risikomanagement in der täglichen Routine des Krankenhausalltags und der Ambulanz durchgeführt wird.

Gewaltbereitschaft und Risikoeinschätzung bei psychisch Kranken – Fragen (1)

LMU



Welcher Anteil von Tötungsdelikten wird von schizophrenen Patienten verübt?

- a) 0.1%
- b) 10%
- c) 30%
- d) 1/1000
- e) 1/10.000



Gewaltbereitschaft und Risikoeinschätzung bei psychisch Kranken – Fragen (2)

Wie hoch ist der Anteil schizophrener Patienten, die ein Tötungsdelikt begehen?

- a) 5%
- b) 10%
- c) 1/150
- d) 1/1000
- e) 1/10,000



Gewaltbereitschaft und Risikoeinschätzung bei psychisch Kranken – Fragen (3)

Wie hoch ist der Anteil schizophrener Patienten, die Opfer eines Gewaltverbrechens geworden sind?

- a) 0.1%
- b) 2%
- c) 5%
- d) 10%
- e) 30%



Gewaltbereitschaft und Risikoeinschätzung bei psychisch Kranken – Fragen (4)

Ein 45 Jahre alter, verheirateter Mann ist Patient in Ihrer Klinik. Er klagt wahnhaft über die Untreue seiner Frau. Anamnestisch ist bei ihm eine Depression, mangelnde Compliance bei der psychiatrischen Behandlung, Alkoholmissbrauch und Arbeitslosigkeit bekannt.

Welcher Faktor korreliert am meisten mit dem Risiko einer Gewalttat?

- a) Alkoholmissbrauch
- b) Depression mit Suizidgedanken
- c) Eifersuchtswahn
- d) Arbeitslosigkeit
- e) Zivilstatus

Sinn der Prognosen menschlichen Handelns



aus Harari, Yuval, Noah (2015): „Homo Deus“

„Welchen Sinn macht es Prognosen abzugeben, wenn diese nichts ändern?“

Einige komplexe Systeme, wie z.B. das Wetter, sind sich der Prognosen nicht bewusst. Der Prozess der menschlichen Entwicklung reagiert im Gegensatz dazu aber auf Prognosen. In der Tat, je besser die Vorhersagen sind, desto mehr Reaktionen rufen sie hervor. Es wird mehr Wissen geschaffen und Menschen ändern ihr Verhalten und damit werden die Grundlagen unserer Prognosen und auch die Prognosen selbst überholt und hinfällig.“

Sinn der Prognosen menschlichen Handelns aus Harari, Yuval, Noah (2015): „Homo Deus“

LMU



„Welchen Sinn macht es Prognosen abzugeben, wenn diese nichts ändern?“

Einige komplexe Systeme, wie z.B. das Wetter, sind sich der Prognosen nicht bewusst. Der Prozess der menschlichen Entwicklung reagiert im Gegensatz dazu aber auf Prognosen. In der Tat, je besser die Vorhersagen sind, desto mehr Reaktionen rufen sie hervor. Es wird mehr Wissen geschaffen und Menschen ändern ihr Verhalten und damit werden die Grundlagen unserer Prognosen und auch die Prognosen selbst überholt und hinfällig.

Beispiele:

**Karl Marx Das Kapital (1867): Analyse des Wirtschaftssystems und
Prognose des Klassenkampfes und des Sieges des Proletariats**

**Club of Rome (1968-1972): Analyse der Ernährungsmöglichkeiten der Erde
und Vorhersage einer unermesslichen Hungerkatastrophe**

Nedopil , Abt. f. Forensische Psychiatrie, Psychiatrische Klinik, Universität München

9

Sinn der Prognosen menschlichen Handelns aus Harari, Yuval, Noah (2015): „Homo Deus“

LMU



„Welchen Sinn macht es Prognosen abzugeben, wenn diese nichts ändern?“

Einige komplexe Systeme, wie z.B. das Wetter, sind sich der Prognosen nicht bewusst. Der Prozess der menschlichen Entwicklung reagiert im Gegensatz dazu aber auf Prognosen. In der Tat, je besser die Vorhersagen sind, desto mehr Reaktionen rufen sie hervor. Es wird mehr Wissen geschaffen und Menschen ändern ihr Verhalten und damit werden die Grundlagen unserer Prognosen und auch die Prognosen selbst überholt und hinfällig.“

Beispiele:

**Karl Marx Das Kapital (1867): Analyse des Wirtschaftssystems und
Prognose des Klassenkampfes und des Sieges des Proletariats**

**Club of Rome (1968-1972): Analyse der Ernährungsmöglichkeiten der Erde
und Vorhersage einer unermesslichen Hungerkatastrophe**

**Ärztliches Handlung: Analyse einer Symptomatik und Vorhersage des
Verlaufs einer Krankheit**

Nedopil , Abt. f. Forensische Psychiatrie, Psychiatrische Klinik, Universität München

10

Prognose, Risikoeinschätzung und Risikomanagement – Was wissen wir heute?

Treffsicherheit und Trefferquote sind Qualitätsmerkmale von Prognoseinstrumenten

Das Ziel von Risikoeinschätzung und Risikomanagement ist jedoch nicht eine besonders hohe Treffsicherheit.

Die Prognose unerwünschter Ereignisse dient vielmehr dazu diese Ereignisse zu verhindern.

Der Prognostiker, der dies erreicht, setzt sich leicht dem Vorwurf des Irrtums aus, weil seine ungünstigen Prognosen häufig falsch sind.

Wer solche Vorwürfe äußert, hat den wahren Kern eines kompetenten Risikomanagements nicht begriffen:

Ziel von Risikoeinschätzung und Risikomanagement ist nicht eine möglichst hohe Trefferquote, sondern die Falsifizierung der ungünstigen und die Verifizierung der günstigen Prognose

Prognose, Risikoeinschätzung und Risikomanagement – Was wissen wir heute?

Treffsicherheit und Trefferquote sind Qualitätsmerkmale von Prognoseinstrumenten

Das Ziel von Risikoeinschätzung und Risikomanagement ist jedoch nicht eine besonders hohe Treffsicherheit.

Die Prognose unerwünschter Ereignisse dient vielmehr dazu diese Ereignisse zu verhindern.

Der Prognostiker, der dies erreicht, setzt sich leicht dem Vorwurf des Irrtums aus, weil seine ungünstigen Prognosen häufig falsch sind.

Wer solche Vorwürfe äußert, hat den wahren Kern eines kompetenten Risikomanagements nicht begriffen:

Ziel von Risikoeinschätzung und Risikomanagement ist nicht eine möglichst hohe Trefferquote, sondern die Falsifizierung der ungünstigen und die Verifizierung der günstigen Prognose

Prognose, Risikoeinschätzung und Risikomanagement – Was wissen wir heute?

Treffsicherheit und Trefferquote sind Qualitätsmerkmale von Prognoseinstrumenten

Das Ziel von Risikoeinschätzung und Risikomanagement ist jedoch nicht eine besonders hohe Treffsicherheit.

Die Prognose unerwünschter Ereignisse dient vielmehr dazu diese Ereignisse zu verhindern.

Der Prognostiker, der dies erreicht, setzt sich leicht dem Vorwurf des Irrtums aus, weil seine ungünstigen Prognosen häufig falsch sind.

Wer solche Vorwürfe äußert, hat den wahren Kern eines kompetenten Risikomanagements nicht begriffen:

Ziel von Risikoeinschätzung und Risikomanagement ist nicht eine möglichst hohe Trefferquote, sondern die Falsifizierung der ungünstigen und die Verifizierung der günstigen Prognose

Prognose, Risikoeinschätzung und Risikomanagement – Was wissen wir heute?

Treffsicherheit und Trefferquote sind Qualitätsmerkmale von Prognoseinstrumenten

Das Ziel von Risikoeinschätzung und Risikomanagement ist jedoch nicht eine besonders hohe Treffsicherheit.

Die Prognose unerwünschter Ereignisse dient vielmehr dazu diese Ereignisse zu verhindern.

Der Prognostiker, der dies erreicht, setzt sich leicht dem Vorwurf des Irrtums aus, weil seine ungünstigen Prognosen häufig falsch sind.

Wer solche Vorwürfe äußert, hat den wahren Kern eines kompetenten Risikomanagements nicht begriffen:

Ziel von Risikoeinschätzung und Risikomanagement ist nicht eine möglichst hohe Trefferquote, sondern die Falsifizierung der ungünstigen und die Verifizierung der günstigen Prognose

Methode der Risikoeinschätzung

LMU



- 1. Zuordnung des Untersuchten zu einer Gruppe, über die man Erfahrungswissen hat →
Aktuarische Risikoeinschätzung anhand eines geeigneten Instrumentes; z.B.**
 - Basisrate in Bezug auf das Delikt
 - VRAG
 - Static-99
 - PCL-R
- 2. Erstellung eines individuellen Risikoprofils
Structured Professional Judgement
Überprüfung der Allgemeinen Risikofaktoren und deren Gewicht für das Risiko z.B.**
 - ILRV
 - HCR-20
 - SVR-20
- 3. Individualisiertes hypothesengeleitetes Konzept**
 - Entwicklung einer Hypothese zur Delinquenzgenese
 - Identifikation der spezifischen Risikofaktoren
 - Überprüfung der heutigen Relevanz dieser Risikofaktoren
 - Überprüfung, ob die spezifischen Risikofaktoren durch protektive Faktoren kompensiert wurden
- 3. Entwicklung eines Risikomanagementplans**

Inst. f. Forensische Psychiatrie, Psychiatrische Klinik, Universität München

15

Methode der Risikoeinschätzung

LMU



- 1. Zuordnung des Untersuchten zu einer Gruppe, über die man Erfahrungswissen hat →
Aktuarische Risikoeinschätzung anhand eines geeigneten Instrumentes; z.B.**
 - Basisrate in Bezug auf das Delikt
 - VRAG
 - Static-99
 - PCL-R
- 2. Erstellung eines individuellen Risikoprofils
Structured Professional Judgement
Überprüfung der Allgemeinen Risikofaktoren und deren Gewicht für das individuelle Risiko z.B.**
 - ILRV
 - HCR-20
 - SVR-20
- 3. Individualisiertes hypothesengeleitetes Konzept**
 - Entwicklung einer Hypothese zur Delinquenzgenese
 - Identifikation der spezifischen Risikofaktoren
 - Überprüfung der heutigen Relevanz dieser Risikofaktoren
 - Überprüfung, ob die spezifischen Risikofaktoren durch protektive Faktoren kompensiert wurden
- 4. Entwicklung eines Risikomanagementplans**

Inst. f. Forensische Psychiatrie, Psychiatrische Klinik, Universität München

16

Methode der Risikoeinschätzung

LMU



1. Zuordnung des Untersuchten zu einer Gruppe, über die man Erfahrungswissen hat →
Aktuarische Risikoeinschätzung anhand eines geeigneten Instrumentes; z.B.
 - Basisrate in Bezug auf das Delikt
 - VRAG
 - Static-99
 - PCL-R
2. Erstellung eines individuellen Risikoprofils
 - a. Structured Professional Judgement
Überprüfung der Allgemeinen Risikofaktoren und deren Gewicht für das Risiko z.B.
 - ILRV
 - HCR-20
 - SVR-20
3. Individualisiertes hypothesengeleitetes Konzept
 - Entwicklung einer Hypothese zur Delinquenzgenese
 - Identifikation der spezifischen Risikofaktoren
 - Überprüfung der heutigen Relevanz dieser Risikofaktoren
 - Überprüfung, ob die spezifischen Risikofaktoren durch protektive Faktoren kompensiert wurden
3. Entwicklung eines Risikomanagementplans

Nedopil, Abt. f. Forensische Psychiatrie, Psychiatrische Klinik, Universität München

17

Methode der Risikoeinschätzung

LMU



1. Zuordnung des Untersuchten zu einer Gruppe, über die man Erfahrungswissen hat →
Aktuarische Risikoeinschätzung anhand eines geeigneten Instrumentes; z.B.
 - Basisrate in Bezug auf das Delikt
 - VRAG
 - Static-99
 - PCL-R
2. Erstellung eines individuellen Risikoprofils
 - a. Structured Professional Judgement
Überprüfung der Allgemeinen Risikofaktoren und deren Gewicht für das Risiko z.B.
 - ILRV
 - HCR-20
 - SVR-20
3. Individualisiertes hypothesengeleitetes Konzept
 - Entwicklung einer Hypothese zur Delinquenzgenese
 - Identifikation der spezifischen Risikofaktoren
 - Überprüfung der heutigen Relevanz dieser Risikofaktoren
 - Überprüfung, ob die spezifischen Risikofaktoren durch protektive Faktoren kompensiert wurden
4. Entwicklung eines Risikomanagementplans

Nedopil, Abt. f. Forensische Psychiatrie, Psychiatrische Klinik, Universität München

18



Fragestellungen bei der klinischen Risikobeurteilung

Wer
wird wann,
unter welchen Umständen,
mit welchem Risikoverhalten
auffällig?

Und wie können wir es verhindern?

Risikoeinschätzung → Risikomanagement

Statische und dynamische Risikofaktoren



Statische Risikofaktoren :

Anamnestiche Daten
 Persönliche Dispositionen
 Kriminologische Zusammenhänge
 → aktuarische Risikoeinschätzung
 → sagt, um wen man sich Sorgen machen muss

Dynamische Risikofaktoren

aktuelle, sich ändernde Risikofaktoren
 Symptomatik, Einstellung, Verhalten in verschiedenen Situationen
 → klinische Risikoeinschätzung
 → sagt, wann man sich sorgen machen muss

veränderbare Risikofaktoren

Fehlhaltungen und –einstellungen
 Risikoträchtige Reaktionsmuster
 Klinische Variablen
 → Einschätzung der Behandlungsmöglichkeit
 → sagt, bei wem Änderungen möglich und erreichbar sind

Statische und dynamische Risikofaktoren

LMU



Statische Risikofaktoren :

- Anamnestische Daten
- Persönliche Dispositionen
- Kriminologische Zusammenhänge
- aktuarische Risikoeinschätzung
- sagt, um wen man sich Sorgen machen muss

Wer?

Dynamische Risikofaktoren

aktuelle, sich ändernde Risikofaktoren

- Symptomatik, Einstellung, Verhalten in verschiedenen Situationen
- klinische Risikoeinschätzung
- sagt, wann man sich sorgen machen muss

veränderbare Risikofaktoren

- Fehlhaltungen und -einstellungen
- Risikoträchtige Reaktionsmuster
- Klinische Variablen
- Einschätzung der Behandlungsmöglichkeit
- sagt, bei wem Änderungen möglich und erreichbar sind

Nedopil , Abt. f. Forensische Psychiatrie, Psychiatrische Klinik, Universität München

21

Aggression und psychische Störung I

LMU



Aggression als Diagnostisches Kriterium nach DSM-VI

- Persönlichkeitsänderung aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors (aggressiver Typ)
- Alkoholintoxikation
- Sedativa-, Hypnotika-, Anxiolytikaintoxikation
- Amphetaminintoxikation
- Phencyclidinintoxikation
- Antisoziale Persönlichkeitsstörung
- Borderline-Persönlichkeitsstörung

Nedopil , Abt. f. Forensische Psychiatrie, Psychiatrische Klinik, Universität München

22

Aggression und psychische Störung II

LMU



Aggression als zugehöriges Merkmal

- Demenz vom Alzheimer Typ
- Demenz nach Schädel-Hirn-Trauma
- Postkontusionelles Syndrom
- Chorea Huntington
- Korsakow-Psychose
- Alkoholabhängigkeit
- Major Depression
- Schizophrene Störung
- Posttraumatische Belastungsstörung
- Dissoziative Störung
- Sexueller Sadismus
- Intermittierende explosive Störung

Nedopil , Abt. f. Forensische Psychiatrie, Psychiatrische Klinik, Universität München

23

Psychische Störungen und Kriminalität Wallace et al. 1998

LMU



Störung \ Delikt	Schizo- phrenie	Affektive Störung	Persönlich- keitsstörung	Substanz- missbrauch
	odds-ratio			
Allgemeine Delinquenz	3,2	3,4	12,7	7,1
Gewalt- kriminalität	4,4	4,1	18,7	9,5
Eigentums- delikte	2,8	2,9	10,2	9,4
Tötungs- delikte	10,1	5,0	28,7	5,7

Nedopil , Abt. f. Forensische Psychiatrie, Psychiatrische Klinik, Universität München

24



Psychische Störungen und Kriminalität

Wallace et al. 1998

Störung \ Delikt	Schizophrenie	Schizophrenie und Substanzmissbrauch	Affektive Störung	Affektive Störung und Substanzmissbrauch	Persönlichkeitsstörung	Substanzmissbrauch
	odds-ratio Relatives Risiko					
Allgemeine Delinquenz	3,2	12,4	3,4	13,5	12,7	7,1
Gewaltkriminalität	4,4	18,8	4,1	19,0	18,7	9,5
Eigentumsdelikte	2,8	13,4	2,9	16,8	10,2	9,4
Tötungsdelikte	10,1	28,8	5,0	17,5	28,7	5,7

Nedopil , Abt. f. Forensische Psychiatrie, Psychiatrische Klinik, Universität München

25



Psychische Störungen und Gewalt Auswahl aus der Literatur

Böker, W., & Häfner, H. (1973). *Gewalttaten Geistesgestörter. Berlin, Heidelberg, New York, : Springer,*

Coid, J., et al. (2006). Violence and psychiatric morbidity in the national household population of Britain: public health implications. *Br J Psychiatry,*

Fazel, S., et al.. (2009). Risk factors for violent crime in Schizophrenia: a national cohort study of 13,806 patients. *J Clin Psychiatry, 70(3), 362-369.*

Fazel, S., et al. (2009). Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *PLoS Med, 6(8), e1000120.*

Fazel, S., et al (2009). Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. *JAMA, 301(19), 2016-2023.*

Hodgins, S., & Muller-Isberner, R. (2014). Schizophrenie und Gewalt. *Nervenarzt, 85(3), 274-276.*

Nedopil , Abt. f. Forensische Psychiatrie, Psychiatrische Klinik, Universität München

26



Gewalt bei Psychisch Kranken

Unterschiedliche Ergebnisse aufgrund unterschiedlicher Untersuchungsmethoden

Anteil der gewalttätigen psychisch Kranken:
(Steadman et al. 1998)

Offizielle Registrierung (Polizeiakten)	4,5 %
Befragung der Ex-Patienten	23,7 %
Befragung wichtiger Umgebungspersonen	27,5 %

Nedopil , Abt. f. Forensische Psychiatrie, Psychiatrische Klinik, Universität München

27



Gewalt bei Psychisch Kranken

Häufigkeit von Gewalthandlungen bei bestimmten Patientengruppen (Steadman 1998)

Population	Anteil von Gewalttätigen	
Patienten mit Psychosen ohne Substanzmissbrauch	17,9 %	
Patienten mit Psychosen und Substanzmissbrauch	31,1 %	
Andere Psychiatrische Patienten mit Substanzmissbrauch		43,0 %
Vergleichsgruppe mit Substanzmissbrauch	11,1 %	
Vergleichsgruppe ohne Substanzmissbrauch	3.3 %	

Nedopil , Abt. f. Forensische Psychiatrie, Psychiatrische Klinik, Universität München

28

Risikofaktoren für Gewaltdelikte bei Schizophrenie

Fazel S, Grann M, Carlstrom E, Lichtenstein P, Langstrom N: Risk factors for violent crime in Schizophrenia: a national cohort study of 13,806 patients. J Clin Psychiatry 2009;70:362-369.

LMU



Risikofaktoren	Hazard Ratio (95% CI)	
	Männer	Frauen
Immigranten	2,09 (1,84 – 2,39)	1,54 (1,12 – 2,12)
Alkoholmissbrauch bei Elternteil	1,51 (1,30 – 1,75)	2,13 (1,54 – 2,94)
Gewaltdelikt bei Elternteil	2,33 (1,92 – 2,82)	2,46 (1,57 – 3,86)
Alkoholmissbrauch	2,35 (2,11 – 2,61)	4,52 (3,50 – 5,84)
Drogenmissbrauch	3,22 (2,91 – 3,56)	4,98 (3,88 – 6,40)
Frühere Gewaltkriminalität	3,54 (3,20 – 3,93)	7,43 (5,59 – 9,87)

Nedopil , Abt. f. Forensische Psychiatrie, Psychiatrische Klinik, Universität München

29

Unterschiede zwischen kriminell rückfälligen und nicht rückfälligen Schizophrenen

LMU



Schizophrene, die kriminell rückfällig werden, unterscheiden sich in folgenden Aspekten von nicht Rückfälligen (Hodgins u. Müller-Isberner 2006)

- Kriminelle Vorgeschichte
- Störung des Sozialverhaltens in der Kindheit
- Fehlen von Partnerbeziehungen
- Unzulängliche emotionale Erfahrungen

Nedopil , Abt. f. Forensische Psychiatrie, Psychiatrische Klinik, Universität München

30

Patienten mit erhöhtem Aggressionsrisiko (unabhängig von der Diagnose)

LMU



- Jüngere Patienten
- Patienten mit affektiven Beteiligungen an Wahn und Halluzinationen
- Patienten mit Akathisie
- Patienten mit suizidalem oder selbstverletzendem Verhalten
- Patienten mit geringer Verbalisationsfähigkeit
- Patienten mit niedriger sozialer Funktionsfähigkeit
- Patienten, die schon einmal gewalttätig waren
- Patienten mit komorbiden Alkohol- oder Drogenmissbrauch
- Patienten mit familiärer Belastung durch Substanzmissbrauch und/oder Gewaltdelinquenz

Nedopil , Abt. f. Forensische Psychiatrie, Psychiatrische Klinik, Universität München

31

Risikofaktoren für aggressives Verhalten

LMU



Biologische Faktoren:

- Stoffwechselstörungen,
- hormonelle Einflüsse,
- Intoxikationen,
- hirnorganische Beeinträchtigung
(bei organischen Störungen können die Eskalationsstufen schneller durchlaufen werden, kleine Auslöser zeitigen mitunter große Wirkungen)
- Hypofrontalität, Reduktion des Amygdalavolumens
- Erniedrigte Serotoninaktivität, erniedrigte MAO-A Aktivität

Nedopil , Abt. f. Forensische Psychiatrie, Psychiatrische Klinik, Universität München

32



Risikofaktoren für aggressives Verhalten

Psychiatrische Erkrankungen:

- Persönlichkeitsstörungen,
- Suchterkrankungen,
- akute paranoide Schizophrenie,
- sonstige psychotische Erkrankungen,
- Komorbidität
- Organische Psychosen



Risikofaktoren für aggressives Verhalten

Soziale und Kontextfaktoren:

- Niedriger sozio-ökonomischer Status,
- frühkindliche Vernachlässigung und Traumatisierung,
- familiäre Konflikte,
- Verstrickung in Institutionskonflikten,
- fehlende soziale Kontrolle,
- Anwendung von offener Gewalt als akzeptierte Verhaltensweise,
- schwere Misshandlung,
- Kriegserlebnisse

Abklärung des Gefährdungsrisikos

LMU



Fragen nach

- Aggressionshandlungen in der Vorgeschichte
- Polizeikontakten in der Vorgeschichte
- Verurteilungen in der Vorgeschichte
- Verhaltensprobleme zu Hause
- Verhaltensprobleme in der Schule
- Verhaltensprobleme auf der Straße
- Substanzabusus
- Institutionalisierung vor dem 18. Geburtstag
- Erziehungsschwierigkeiten
- Der Diagnose "Störung des Sozialverhaltens" als Jugendlicher
- Waffenbesitz
- Positiver Familienanamnese für Substanzmissbrauch und/oder Gewaltdelinquenz

Nedopil, Abt. f. Forensische Psychiatrie, Psychiatrische Klinik, Universität München

35

Statische und dynamische Risikofaktoren

LMU



Statische Risikofaktoren :

- Anamnestische Daten
- Persönliche Dispositionen
- Kriminologische Zusammenhänge
- aktuarische Risikoeinschätzung
- sagt, um wen man sich Sorgen machen muss

Dynamische Risikofaktoren

- aktuelle, sich ändernde Risikofaktoren
- Symptomatik, Einstellung, Verhalten in verschiedenen Situationen
- klinische Risikoeinschätzung
- sagt, wann man sich sorgen machen muss

Wann?

veränderbare Risikofaktoren

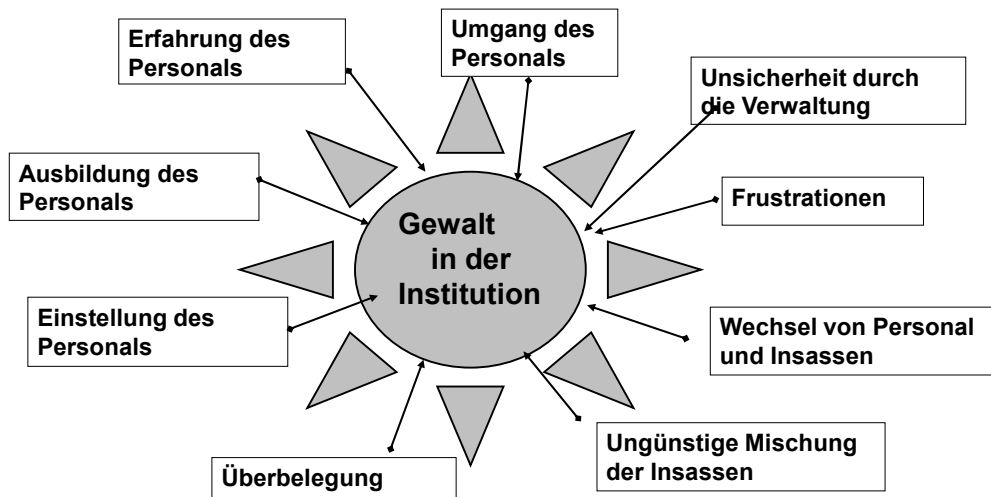
- Fehlhaltungen und -einstellungen
- Risikoträchtige Reaktionsmuster
- Klinische Variablen
- Einschätzung der Behandlungsmöglichkeit
- sagt, bei wem Änderungen möglich und erreichbar sind

Nedopil, Abt. f. Forensische Psychiatrie, Psychiatrische Klinik, Universität München

36

Risikofaktoren für Gewalt in psychiatrischen Einrichtungen

LMU



Nedopil, Abt. f. Forensische Psychiatrie, Psychiatrische Klinik, Universität München

37

Risikomerkmale bei Zwischenfällen (1)

(Quinsey 2002)

LMU



1. übernimmt keine Verantwortung für das eigene Verhalten
2. verleugnet oder übergeht eigene vorherige Gewalttätigkeiten
3. zeigt Angst, Verärgerung oder Frustration
4. zeigt keine Reue oder Schuldgefühle
5. hat unrealistische Entlassungspläne
6. hat Flucht oder Fluchtversuche begangen
7. bricht die therapeutische Beziehung zum Bezugspfleger oder sonstigem Pflegepersonal ab
8. hat ungewöhnliche Denkinhalte
9. zeigt psychotisches Verhalten
10. beschwert sich über das therapeutische Team
11. zeigt keine Empathie, kümmert sich nicht um andere und berücksichtigt deren Interessen nicht

Nedopil, Abt. f. Forensische Psychiatrie, Psychiatrische Klinik, Universität München

38

Risikomerkmale bei Zwischenfällen (2)

(Quinsey 2002)

LMU



12. hat antisoziale Einstellungen und Werte
13. verleugnet jedwede Probleme
14. zeigt geringe Compliance mit gegenwärtigen Überwachungsbedingungen und notwendigen Einschränkungen
15. zeigt nur wenig Fähigkeiten im Coping
16. hat eine geringe Compliance mit der pharmakologischen Behandlung
17. wird inaktiver
18. Weigerung an nicht medizinischer Therapie teilzunehmen
19. flacher Affekt
20. fehlende Rücksichtnahme auf andere
21. floride psychiatrische Symptomatik
22. manische Symptomatik
23. sozialer Rückzug

Nedopil , Abt. f. Forensische Psychiatrie, Psychiatrische Klinik, Universität München

39

Akute dynamische Risikomerkmale vor aggressiven Zwischenfällen

(Quinsey 2002)

LMU



1. Aufkündigung der therapeutischen Beziehung zu den Verantwortlichen (z.B. Stationsleitung, Therapeuten)
2. fehlende Berücksichtigung der Interessen anderer
3. unangemessenes Misstrauen
4. Verleugnung früherer Gewalthandlungen
5. Ärger
6. manische Symptomatik
7. unkonventionelle Einstellungen
8. flacher Affekt
9. Verworrenheit im Denken und in der Selbstorganisation
10. fehlende Compliance bei der Medikation

Nedopil , Abt. f. Forensische Psychiatrie, Psychiatrische Klinik, Universität München

40

Dynamic Appraisal of Situational Aggression (DASA)

Täglich zu registrierende im einzelnen operationalisierte Merkmale

- Reizbarkeit
- Impulsivität
- Nichtbefolgen von Anweisungen und Aufforderungen
- Gefühl provoziert zu werden
- Reagiert gereizt, wenn Wünsche nicht erfüllt werden
- Negative Einstellungen
- Verbale Drohungen

Aufzeichnung von Aggressionen

- Gegen Sachen
- Verbal gegen Mitpatienten
- Verbal gegen Personal
- Körperlich gegen Mitpatienten
- Körperlich gegen Personal

Nedopil, Abt. I. Forensische Psychiatrie, Psychiatrische Klinik, Universität München

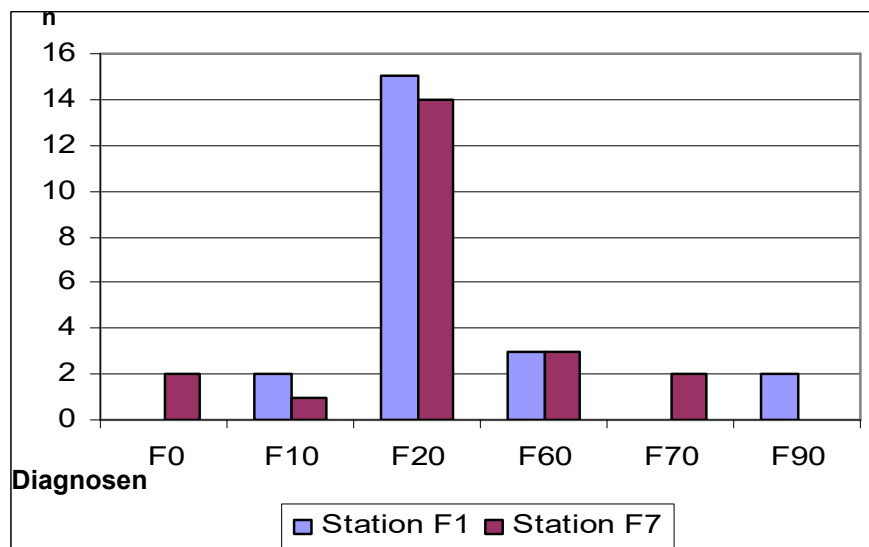
LMU



41

Diagnosen

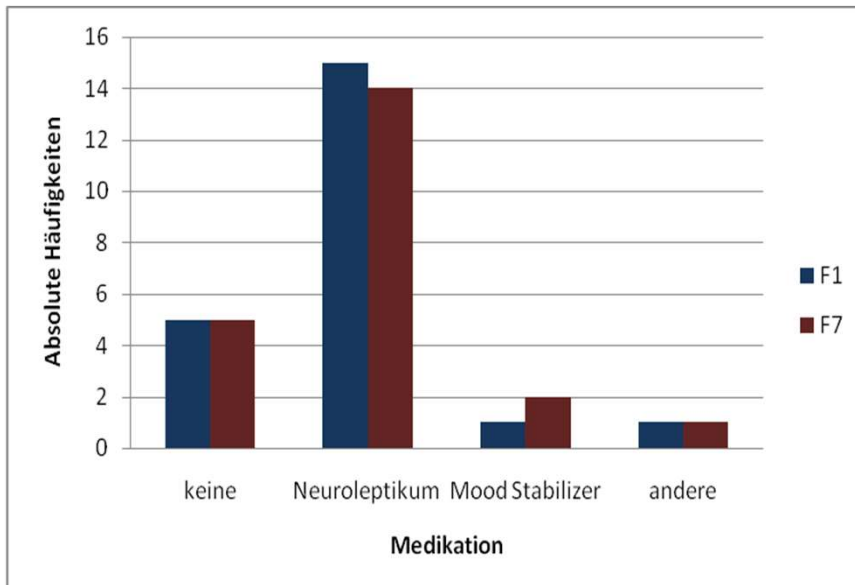
Stationsvergleich F1(DASA) mit F7 (Kontrolle)



at München

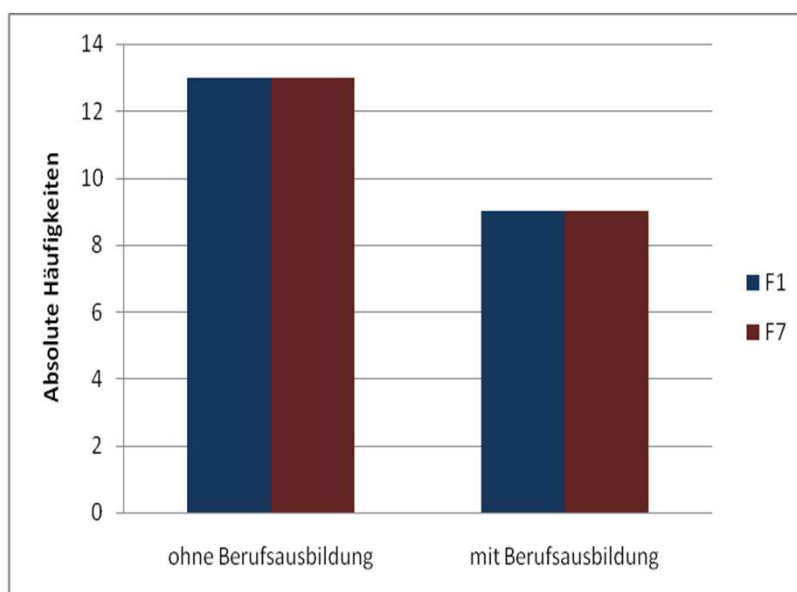
42

Psychopharmaka Stationsvergleich F1(DASA) mit F7 (Kontrolle)



43

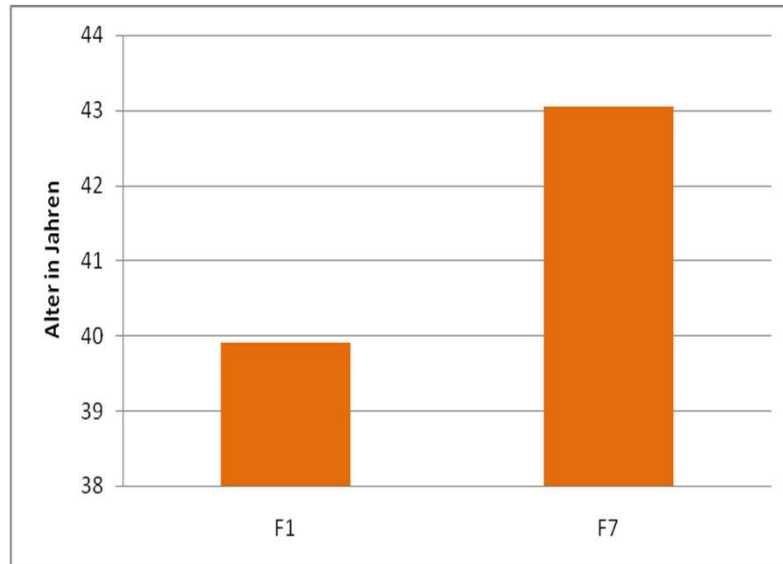
Ausbildung Stationsvergleich F1(DASA) mit F7 (Kontrolle)



44

Alter der Patienten Stationsvergleich F1(DASA) mit F7 (Kontrolle)

LMU

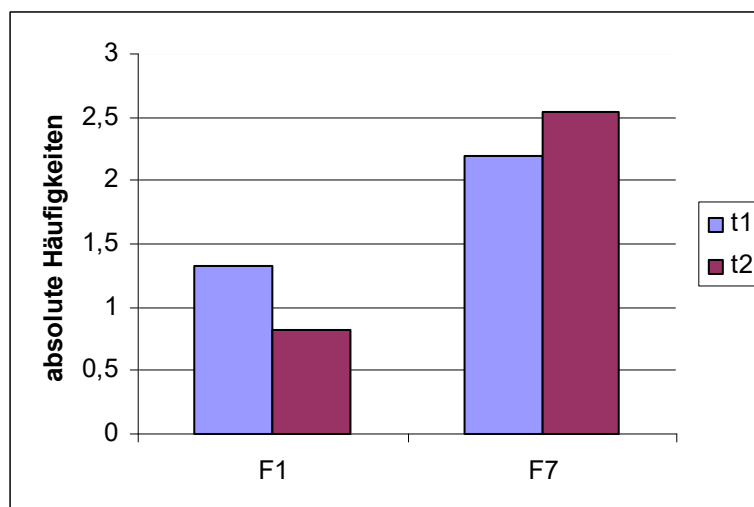


Nedopil, Abt. f. Forensische Psychiatrie, Psychiatrische Klinik, Universität München

45

Zwischenfälle/Woche im Zeitvergleich Stationsvergleich F1(DASA) mit F7 (Kontrolle)

LMU

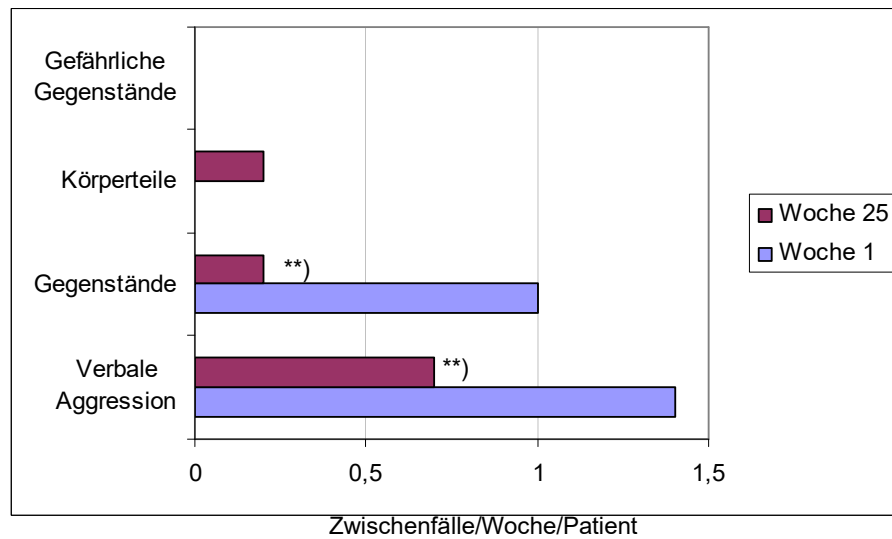


Universität München

46



Zwischenfälle Station F1 (DASA) im Verlauf

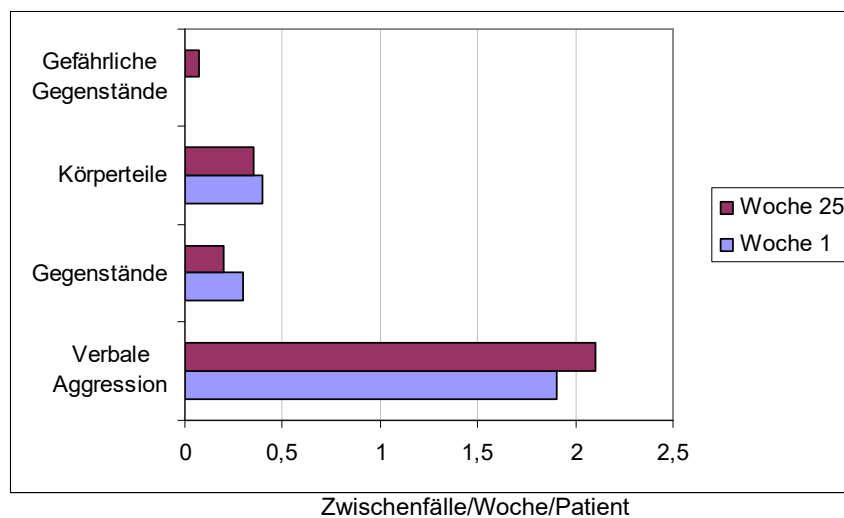


Nedopil, Abt. f. Forensische Psychiatrie, Psychiatrische Klinik, Universität München

47



Zwischenfälle Station F7 (Routine) im Verlauf



Nedopil, Abt. f. Forensische Psychiatrie, Psychiatrische Klinik, Universität München

48



Prävention von Zwischenfällen bei Psychisch Kranken

Vorläufer von Zwischenfällen

- **Personal: Mangelnde Aufmerksamkeit, Zurückweisung, Verweigerungshaltung, Rückzug, soziale Vernachlässigung**
- **Patienten: Spott, Provokation (v.a. durch Personal)**

Wer wird verletzt?

- **Unerfahrenes Personal**
- **Personal, das allein ist**
- **Personal, das sich auf körperliche Auseinandersetzungen einlässt**

Merkmalsliste zur intramuralen Risikoeinschätzung

Bewerten Sie die Merkmale in Bezug auf die letzten 4 Wochen



Proband..... geb..... 1. Nachuntersuchung Datum..... Rater

2. Nachuntersuchung Datum..... Rater

3. Nachuntersuchung Datum..... Rater

4. Nachuntersuchung Datum..... Rater

5. Nachuntersuchung Datum..... Rater

	Als protektiver Faktor	Als Risikofaktor	Nachuntersuchungen														
			1			2			3			4			5		
			+	-	0	+	-	0	+	-	0	+	-	0	+	-	0
Psychopathologischer Zustand																	
(Medikamenten-) Compliance und Behandlungsbereitschaft																	
Einhalten von Regeln/ Anpassung																	
Emotionale Stabilität und Impulskontrolle																	
Soziale vs. antisoziale Einstellungen																	
Substanzkonsum																	
Copingstrategien																	
Gewalthandlung oder -drohungen in der Einrichtung																	
Soziale Beziehungen																	
Verbitterung und Entwertung der Einrichtung od. des Personals																	
Individuelles Risikomerkmale (benennen)																	

Nachuntersuchungen: Bei Merkmalen, die bei der Erstuntersuchung vorhanden und bedeutsam waren: seit Voruntersuchung + → Verbesserung z.B. verbesserter psychopathologischer oder verbesserte Impulsivität, - → Verschlechterung z.B. verschlechterter oder geringere Impulsivität, 0 → keine Änderung

Bei Merkmalen, die bei Erst- oder Voruntersuchung nicht vorhanden, bzw. ohne Bedeutung waren: seit Voruntersuchung: - → erstmaliges Auftreten der Symptomatik u. Annahme, dass dadurch Risiko ausgelöst wird.



Gewalthandlungen psychisch Kranker Primäre Prävention

Primäre Prävention → Verhindern, dass etwas passiert

- Aufmerksamkeit, auch wenn nichts passiert
- Intervention im Vorfeld einer Verwirklichung von Risiko
Aber: Vermeidung unnötiger Interventionen
um die eigene Glaubwürdigkeit zu bewahren
- Identifikation von Risikoprobanden und Risikosituationen



Aufgaben eines Betreuungs- und Präventionsteams

1. Identifikation der Hochrisikoprobanden
2. Analyse ihrer bisherigen Aggressivität
3. Formulierung einer individuellen Hypothese zu ihrer Aggressionsgenese
4. Benennung der spezifischen individuellen Risiken und Bedürfnisse des Probanden
5. Benennung der Kontextvariablen die einem Zwischenfall vorhergehen können (akute dynamische Risikofaktoren)
 - a. Innere persönlichkeitspezifische Kontextvariablen
 - b. Äußere situative Kontextvariablen
6. Intervention je nach Ausmaß des Risikos

Risikoformulierung



Aus „Best Practice in Managing Risk“ (Department of Health 2007, England and Wales)

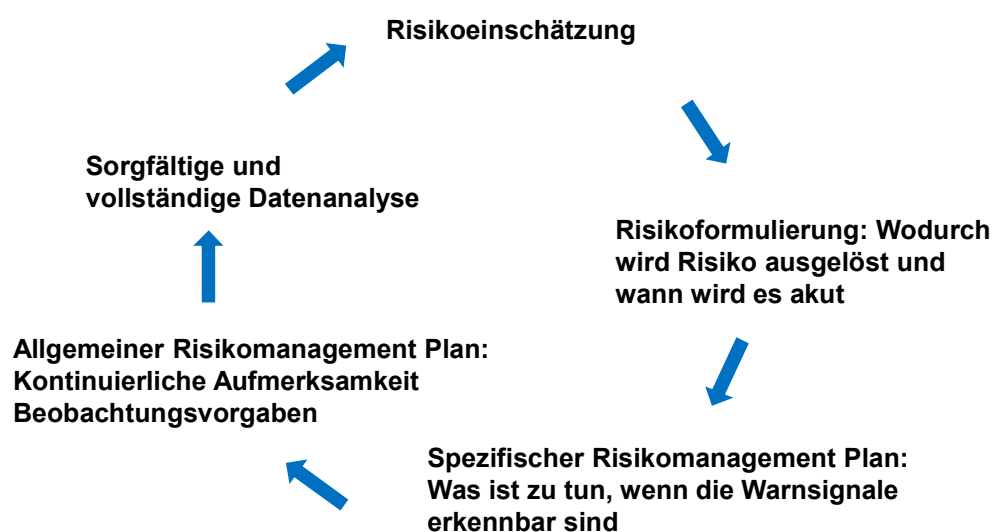
„... Ein Prozess, bei welchem der Praktiker entscheidet, wie ein Risiko ausgelöst oder akut werden könnte. Er identifiziert und beschreibt die prädisponierenden (predisposing), auslösenden (precipitating), aufrecht haltenden (perpetuating) and protektiven (protectiv) Faktoren und darüber hinaus wie diese zusammenspielen um Risiko zu erzeugen.“
Diese Beschreibung „sollte zu einem individuellen Risikomanagementplan führen“.

Der Risikomanagementplan sollte eine Zusammenfassung aller erkannten Risiken enthalten, die Situationen beschreiben, in denen diese auftreten könnten, und Handlungsanleitungen enthalten, die sowohl dem betreuenden Verantwortlichen wie dem Klienten dienen, die Krise zu überwinden ohne das Risiko zu verwirklichen.

Nedopil, Abt. f. Forensische Psychiatrie, Psychiatrische Klinik, Universität München

53

Planung des Risikomanagements



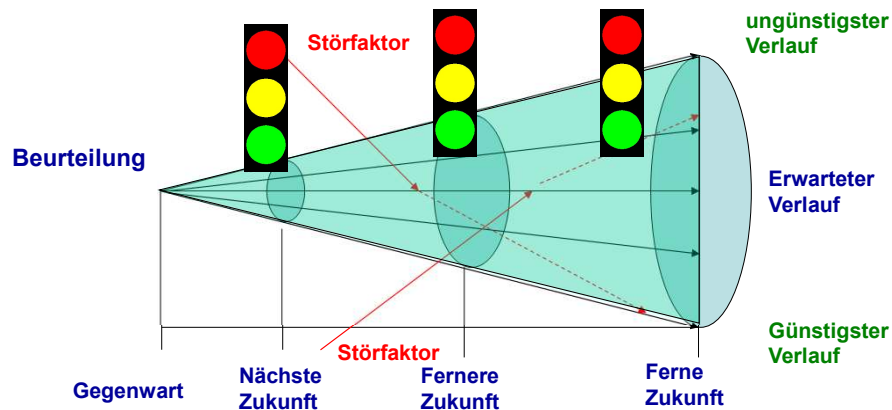
From „Best Practice in Managing Risk“
(Department of Health 2007, England and Wales)

Nedopil, Abt. f. Forensische Psychiatrie, Psychiatrische Klinik, Universität München

54



Trichtermodell der Prognose und Risikomanagement



Nedopil , Abt. f. Forensische Psychiatrie, Psychiatrische Klinik, Universität München

55



Gewalthandlungen psychisch Kranker und ihre Prävention

Primäre Prävention

→ Verhindern, dass etwas passiert

Sekundäre Prävention

→ Begrenzung von Ausmaß und Dauer der Aggression

Tertiäre Prävention

→ Minimierung der Langzeitfolgen von Aggressionshandlungen

Nedopil , Abt. f. Forensische Psychiatrie, Psychiatrische Klinik, Universität München

56

Gewalthandlungen psychisch Kranker Sekundäre Prävention (1)

LMU



Sekundäre Prävention

→ Begrenzung von Ausmaß und Dauer der Aggression

- Erkennen von dynamischen Risikofaktoren und Risikosituationen
- Erkennen von Bedrohung
 - „intermale competition“
 - Eindringen in Privatsphäre (räumlich und verbal)
 - Bedrohungen
 - reaktiv (affektive Zuspitzung)
 - instrumentell (kalte Berechnung)
- Vermeiden von Fehlreaktionen des Personals
 - z.B. Einfrieren oder Überreagieren

Nedopil , Abt. f. Forensische Psychiatrie, Psychiatrische Klinik, Universität München

57

Eskalationsstufen

LMU



- Emotionale Spannung und Unruhe im Umfeld
- Non-verbale Grenzverletzung,
 - z.B. mimischer Ausdruck von Geringschätzung und Verachtung.
- Verbale Gewalt in Form von Drohungen
- Gewalt gegen Gegenstände
- Gewalt gegen Personen

Nedopil , Abt. f. Forensische Psychiatrie, Psychiatrische Klinik, Universität München

58

Gewalthandlungen psychisch Kranker Sekundäre Prävention (2)

LMU



Sekundäre Prävention

→ Begrenzung von Ausmass und Dauer der Aggression (2)

Sinnvolle Reaktionen

- De-eskalation bei affektiven Zuspitzungen
 - körperlich Abstand bewahren
 - Viel reden und Dampf rausnehmen
 - Aus dem Feld führen
 - Überdosis von Zustimmung, ohne Regeln zu verletzen
 - Unerwartetes tun, z.B. Humor
- Nicht debattieren sondern Alternativen vorschlagen
- Bei instrumenteller Bedrohung: Motivation und Ziel herausfinden
- Körperliche Intervention und Isolation als letzte Möglichkeit:
 - prompt und ohne zu zögern
 - ohne weitere Diskussion
 - mit Übermacht, aber freundlich
 - so kurz wie möglich, nicht als Bestrafung sondern als Schutz

Nedopil , Abt. f. Forensische Psychiatrie, Psychiatrische Klinik, Universität München

59

Bremer Risk Assessment Scale for General Psychiatry

LMU



(v.Berg et al. 2010)

Vorgeschichte:

- (auto)aggressive Zwischenfälle
- Frühe Verhaltensauffälligkeiten
- Substanzmissbrauch
- Persönlichkeitsstörung aus Cluster A oder B

Aktuelle Psychopathologie:

- Gewaltfantasien
- Anhaltende Feindseligkeit
- Hirnorganische oder neurologische Symptome
- Anhaltend paranoid getöntes Gefühl des Bedrohtseins
- Arrogantes und auf Täuschung angelegtes zwischenmenschliches Verhalten
- Impulsives und verantwortungsloses Verhaltensmuster
- Maniforme Gereiztheit

Sozialer Empfangsraum:

- Befürchtung von Non-compliance
- Zwischenfälle während der Behandlung
- Invalidierendes Umfeld
- Fehlen stützender sozialer Kontakte
- Geringer sozioökonomischer Status

Nedopil , Abt. f. Forensische Psychiatrie, Psychiatrische Klinik, Universität München

60

**Merkmals-
-liste für
das
Risiko
Screening
(MRS)**

Statische Risikomerkmale	Ja	nein		
Alter unter 40 Jahren				
Junges Alter bei erster Verurteilung (unter 16 Jahren)				
Broken home Entwicklung				
Drei oder mehr jugendrichterlich sanktionierte Gewaltdelikte				
Vier oder mehr Gewalttaten in der Vergangenheit				
Bisherige Gewalt in Einrichtungen				
Früheres Bewährungsversagen				
	Ausprägung			
Dynamische (veränderbare) Risikomerkmale	stark	mäßig	wenig	nicht
Schizoide, emotional instabile, paranoide oder dissoziale Persönlichkeitsstörung				
Gewalttätiger Lebensstil				
Gewohnheitsmäßiger Gewaltgebrauch in zwischenmenschlichen Beziehungen				
Unfähigkeit, Gefühle und Impulse zu kontrollieren				
Akute Risikomerkmale (aktuell oder kurz zurückliegend)				
Gewalthandlungen in den letzten 6 Monaten				
Drohung mit Gewalt in den letzten 6 Monaten				
Gewalttätige Vorstellungen und Phantasien in den letzten 6 Monaten				
Missbräuchlicher Alkohol- und Drogenkonsum in den letzten 6 Monaten				
Akute psychotische Symptomatik				
Verwirrtheit				
Unangemessenes Misstrauen (auch Wahn)				
Unrealistische Pläne bzgl. der aktuellen Situation				

Nedopil, Abt. f. Forensische Psychiatrie, Psychiatrische Klinik, Universität München

61

Empfehlungen zum Umgang mit aggressiven Verhalten und Zwang



(modifiziert nach Bielefelder Standards)

- einfach und deutlich sprechen
- Störende und ablenkende Lärmquellen ausschalten, um konzentrierte Kommunikation zu erleichtern
z.B. Radio oder Straßenlärm
- Patienten mit Empathie, Respekt und Fairness begegnen
- Verständnis und Sorge signalisieren
- Thema wechseln und den Patienten ablenken
- Drohungen ernst nehmen, ansprechen und rechtzeitig darauf reagieren
- Von der Gesprächsebene auf die Verhaltensebene wechseln
z.B. Ortswechsel vorschlagen, Getränk anbieten

Nedopil, Abt. f. Forensische Psychiatrie, Psychiatrische Klinik, Universität München

62

Empfehlungen zum Umgang mit aggressiven Verhalten und Zwang



(modifiziert nach Bielefelder Standards)

- Auf genügend Abstand achten
- Auf eigene Körperhaltung achten; abrupte Bewegungen vermeiden
- Auf genügend Beleuchtung im Raum achten, um Gesichtszüge zu erkennen und aus Mimik Reaktionen zu antizipieren.
- Bedrohliches und angstauslösendes Verhalten ansprechen
- Klare Grenzsetzung und mögliche Konsequenzen aufzeigen
- Personelle Übermacht herstellen
- Nicht am Fenster, in einer Ecke oder oberhalb einer Treppe stehen
- Eventuell Bedenkzeit nehmen (time-out)

Nedopil , Abt. f. Forensische Psychiatrie, Psychiatrische Klinik, Universität München

63

Deeskalation Hinzuziehen weiterer Personen

LMU



- Notruf auslösen
- Wesentliche Informationen an anwesende Mitarbeiter (was ist wesentlich? Was? Wer? Wo? Welche Umstände?)
- Koordination des Vorgehens durch Notrufauslöser oder erfahrensten Mitarbeiter (sollte im Notfallplan festgelegt sein)
- Gegenstände, die eine Verletzungsgefahr erhöhen, entfernen
- Anwesende Mitpatienten aus dem Gefahrenbereich begleiten
- Dem Patienten werden noch einmal die Grenzen und möglichen Konsequenzen aufgezeigt.
- Möglichkeiten einer sedierenden Medikation überlegen und dem Patienten anbieten
- Falls der Versuch der Deeskalation scheitert, Indikation für Zwangsmaßnahmen prüfen (u.a. Notfallmedikation, Isolierung oder Fixierung)

Nedopil , Abt. f. Forensische Psychiatrie, Psychiatrische Klinik, Universität München

64



Risikoeinschätzung und Risikomangement – Die wesentlichen Gesichtspunkte

- **Die Vorhersage unerwünschter Ereignisse dient der Verhinderung dieser Ereignisse**
- **Die Risikoeinschätzung (Gefährlichkeitsprognose) dient der Verhinderung der Gefahr und somit der Prävention**
- **Primäre Prävention von Gewalt ist effektiver, schonender und kostengünstiger als jede andere Form von Prävention**