universität wien

DIPLOMARBEIT / DIPLOMA THESIS

Titel der Diplomarbeit / Title of the Diploma Thesis

„Gewaltkriminalität im Kontext männlicher Patienten mit Schizophrenie im Maßnahmenvollzug (§ 21/1 StGB und § 429/4 StPO)“

verfasst von / submitted by

Vera Sus

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2015 / Vienna, 2015

Studienkennzahl lt. Studienblatt / degree programme code as it appears on the student record sheet:	A 298
Studienrichtung lt. Studienblatt / degree programme as it appears on the student record sheet:	Psychologie
Betreut von / Supervisor:	Ao. Univ.- Prof. Dr. Germain Weber
Mitbetreut von / Co-Supervisor:	Mag[a]. Dr[in]. Sabine Amon

Danksagung

Ganz besonders möchte ich mich bei meiner externen Betreuerin Mag[a]. Dr[in]. Sabine Amon. bedanken, da die Umsetzung und Erstellung dieser Diplomarbeit ohne ihre intensive praktische, fachliche und persönliche Unterstützung nicht möglich gewesen wäre. Sie war es auch, die mein Interesse für den forensisch-psychologischen Bereich im Zuge meines Praktikums geweckt hat und mich zu jeder Zeit darin bestärkt hat mich mit Begeisterung und Engagement diesem anspruchsvollen Thema zu widmen. Damit hat sie mich zu einer kritischen, selbstreflektierten Herangehensweise motiviert bei der sie mir mit all ihrer fachlichen und persönlichen Kompetenz in jeder Phase zur Seite gestanden hat.

Weiter gilt mein Dank, Ao. Univ.- Prof. Dr. Germain Weber für die interne Betreuung und Bereitstellung von universitären Ressourcen, sowie seinem Assistentinnen-Team für ihre wiederholten konstruktiven Inputs und Feedbacks.

Der allergrößte Dank gilt aber meinem Bruder Alexander, meiner Tante Eva und meinen lieben Freundinnen und Kolleginnen Sabine, Andrea, Claudia und Bernadette, die mich zu jeder Zeit während meines Studiums ermuntert haben weiterzumachen und immer an mich geglaubt haben. Insbesondere die liebevolle und wertschätzende Unterstützung von meinem Lebensgefährten Markus war für mich die wichtigste Kraftquelle während des Studiums, sowie sie das in jedem anderen Bereich meines Lebens ebenfalls ist. Danke für eure Liebe und Unterstützung!

Inhaltsverzeichnis

I. Einführung in das Thema 1

II. Theoretischer Hintergrund 4

1 Die Schizophrenie 4

1.1 Entstehungsgeschichte des Krankheitskonzepts 4

1.2 Psychopathologie der Schizophrenie 5

1.2.1 Positive Symptome 5

1.2.2 Negative Symptome 8

1.2.3 Psychomotorische Symptome 9

1.3 Der Krankheitsverlauf der Schizophrenie 9

1.3.1 Der Frühverlauf 10

1.3.2 Der mittelfristige Verlauf 11

1.3.3 Der langfristige Verlauf 12

1.4 Klassifikationssysteme für Schizophrenie 13

1.4.1 Die internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) 13

1.4.2 Das diagnostische und statistische Manual psychischer Störungen (DSM-5) 15

1.5 Epidemiologie und Ätiologie der Schizophrenie 16

1.5.1 Erkrankungs- und Krankheitshäufigkeit in der Bevölkerung 16

1.5.2 Ätiologische Modelle 17

1.6 Therapeutische Interventionen bei Schizophrenie 23

1.6.1 Die somatisch-physiologische Behandlung und psychoedukative Aufklärung 23

1.6.2 Die psychologischen und therapeutischen Interventionen 24

1.6.3 Die Rehabilitation 26

2 Der österreichische Maßnahmenvollzug 28

2.1 Verurteilungsgrundlagen 28

2.2 Zielsetzungen des Maßnahmenvollzugs 29

2.2.1 Die Behandlung im Maßnahmenvollzug 30

2.2.2 Die spezifische Gefährlichkeit - Prognostik 31

2.3 Der Maßnahmenvollzug nach §21/1 StGB: Zahlen, Fakten & Entwicklungen 33

3 Schizophrenie und gewalttätiges Verhalten 34

3.1 Stigmatisierung 34

3.2 Mögliche Entstehungswege von Gewalt bei Schizophrenie 35

3.3 Darstellung des Forschungshintergrunds 37

3.3.1 Methodische Schwierigkeiten und Forschungsüberblick 37

3.3.2 Psychopathologische Symptome der Schizophrenie 38
3.3.3 Krankheitsverlauf und spezifische Risikofaktoren 40
3.3.4 Substanzmissbrauch und -abhängigkeit 42
3.3.5 Soziodemographische Risikofaktoren 44
3.3.6 Persönlichkeitspathologien 47
3.3.7 Mentalisierung und Empathie 48
4 Nomenklatur 50
4.1 Kriminalität, Delinquenz und Gewaltkriminalität 50
4.1.1 Kriminelles Verhalten 50
4.1.2 Delinquentes Verhalten 50
4.1.3 Gewaltkriminalität 51
4.2 Das soziale Umfeld 52
4.2.1 Soziale Deprivation 53
4.2.2 Konflikthafte Beziehungsstrukturen 53
4.2.3 Unauffälliges soziales Umfeld 54
III. Empirischer Teil 55
5 Fragestellung und Hypothesen 55
5.1 Fragestellung 55
5.2 Hypothesen 55
6 Stichprobenbeschreibung 56
7 Studiendesign und Operationalisierung der Variablen 57
8 Auswertungsmethoden 60
9 Ergebnisdarstellung 60
9.1 Deskriptive Darstellung 60
9.2 Inferenzstatistische Auswertung 62
9.2.1 Gewalttätiges und delinquentes Verhalten in der Vergangenheit 62
9.2.2 Die Dauer des Krankheitsverlaufs 62
9.2.3 TCO-Symptomatik 63
9.2.4 Das Alter zum Indexdeliktzeitpunkt 64
9.2.5 Substanzmissbrauch 65
9.2.6 Das soziale Umfeld 67
IV. Interpretation und Diskussion 68
10 Interpretation 68
11 Diskussion 69

11.1 Vorstrafen 69
11.2 Dauer des Krankheitsverlaufs 71
11.3 TCO-Symptomatik 72
11.4 Alter zum Indexdeliktzeitpunkt 74
11.5 Substanzmissbrauch – Intoxikation zum Deliktzeitpunkt 75
11.6 Das soziale Umfeld 76
12 Zusammenfassung und Ausblick 79
V. Literaturverzeichnis 81
VI. Tabellenverzeichnis 88
VII. Abbildungsverzeichnis 88
VIII. Anhang 89
13 Abstrakt 89
14 Eidesstattliche Erklärung 91
15 Lebenslauf 92

I. Einführung in das Thema

Aggression und Gewalttätigkeit sind allgemein menschliche Phänomene, die keinesfalls auf Personen mit psychischen Störungen beschränkt werden können. Dennoch ist Gewaltbereitschaft ein überdauerndes, weit verbreitetes Stigma welches Menschen mit Schizophrenie anhaftet (Grausgruber et al., 2009; Schlier & Lincoln, 2014). Vor allem die mediale Darstellung von Personen mit Schizophrenie als gefährliche GewalttäterInnen und die Überrepräsentation von schweren gewalttätigen Verbrechen in der Berichterstattung der Boulevardpresse, führt in weiterer Folge zu einer verzerrten Wahrnehmung von Gewalt in der Gesellschaft und falschen Annahmen über die TäterInnen (Schlier & Lincoln, 2014). Auch die metaphorische Verwendung des Schizophreniebegriffes als etwas Abartiges, Widersprüchliches, Abnormes und Unberechenbares hat zur Folge, dass in unserer Gesellschaft Menschen mit Schizophrenie stigmatisiert und diskriminiert werden (Schlier & Lincoln, 2014).

Gewalttätiges Verhalten und Gewaltkriminalität sind keineswegs ausschließlich im Zusammenhang mit einer schweren psychischen Erkrankung wie der Schizophrenie zu betrachten. Im Gegenteil, eine erhebliche Mehrheit aller gewalttätigen Individuen leidet nicht an Schizophrenie und die Mehrheit der Personen, die an Schizophrenie leiden, sind nicht gewalttätig (Rogers & Fahy, 2008). So kann das, durch eine psychische Erkrankung mitbedingte gewalttätige, aggressive Verhalten, lediglich einen marginalen Teil der, in unserer Gesellschaft, insgesamt zu beobachtenden Gewaltkriminalität erklären (Schlier & Lincoln, 2014). Dennoch konnten in zahlreichen unterschiedlichen Studien mäßige, aber meist statistisch signifikante Zusammenhänge zwischen spezifischen Formen und Aspekten der Schizophrenie und gewalttätigem Verhalten festgestellt werden (Bo, Abu-Akel, Kongerslev, Haahr, & Simonsen, 2011; Schanda & Stompe, 2011; Stompe & Schanda, 2012). Diese Zusammenhänge werden mit zunehmender Schwere der Gewaltkriminalität deutlicher (Schanda & Stompe, 2011). Sie sind allerdings keinesfalls entkoppelt von der allgemeinen Gewaltkriminalitätsrate eines Landes zu betrachten, denn in Ländern mit hohen Raten an Gewaltkriminalität findet sich für Personen mit Schizophrenie ebenfalls ein höheres Gewalttäterrisiko als in Ländern mit niedrigen Raten an Gewaltkriminalität (Hodgins & Müller-Isberner, 2014). Dieser Zusammenhang weist in starkem Maße darauf hin, dass bestimmte Faktoren, die Gewaltkriminalität in der Allgemeinbevölkerung verursachen, auch bei Personen mit Schizophrenie, die gewalttätiges Verhalten zeigen, ausschlaggebend sind (Hodgins & Müller-Isberner, 2014). Die individuelle Aggressionsbereitschaft eines Menschen ist von

vielfältigen Faktoren abhängig, wie dem Geschlecht, dem Alter, dem Vorhandensein einer biologischen Prädisposition für aggressives Verhalten und externen Faktoren wie Alkohol- und Drogenkonsum oder sozialen Bedingungen (Bogerts & Möller-Leimkühler, 2013). Bei Personen mit Schizophrenie können diese allgemein gültigen Risikofaktoren noch durch die Art und Ausprägung der Erkrankung sowie Wechselwirkungen zwischen der Erkrankung und der Umwelt ergänzt werden (Volavka & Citrome, 2011). Allerdings gestalten sich Untersuchungen zur Stärke und Richtung dieser Zusammenhänge insofern schwierig, als dass die Schizophrenie sowohl heterogene PatientInnengruppen erzeugt, die sich in Symptomatik und Krankheitsverlauf stark unterscheiden (Häfner, 2010). Außerdem unterliegt gewalttätiges Verhalten im Allgemeinen komplexen Bedingungskonstellationen, die eindeutige, kausale Aussagen erschweren (Bogerts & Möller-Leimkühler, 2013; Möller-Leimkühler & Bogerts, 2013).

Ein weiterer Umstand, der für den Fokus auf diese Personengruppe eine starke praktische Relevanz darstellt, ist die Tatsache, dass Personen, die an Schizophrenie leiden, in der Subgruppe der schuldunfähigen StraftäterInnen mit Abstand am Häufigsten vertreten sind (Schanda & Stompe, 2011). Das bedeutet auch, dass vor allem in Hinblick auf die Ausrichtung kriminaltherapeutischer Maßnahmen und einer validen prognostischen Arbeit, der Fokus in der Forschung auf Entstehungsbedingungen von gewalttätigem Verhalten bei Menschen mit Schizophrenie gelegt werden muss. Eben dieser Fokus soll in der vorliegenden Arbeit in den Mittelpunkt gestellt werden. Hierbei wird vor allem in Hinblick auf mögliche Entstehungsbedingungen von Gewaltkriminalität bei PatientInnen mit Schizophrenie, die schon gewalttätiges Verhalten gezeigt haben, im Zusammenhang mit der Schwere der Gewaltkriminalität versucht, spezifische Faktoren zu identifizieren, die mit dem gewalttätigen Verhalten in Verbindung gebracht werden können. Damit sollen insbesondere praxisrelevante Implikationen für kriminaltherapeutische Interventionen in Aussicht gestellt werden.

Im Zuge einer umfassenden, kritischen Auseinandersetzung mit der bestehenden Literatur, soll ein Überblick über den Stand der wissenschaftlichen Forschung in diesem speziellen Bereich geliefert und in weiterer Folge Befunde erzeugt werden, die hinsichtlich der Entstehungsbedingungen von Gewaltkriminalität bei Schizophrenie vertiefende, praxisrelevante Erklärungen liefern. Insbesondere soll der Versuch unternommen werden, Faktoren, welche in engem Zusammenhang mit der schizophrenen Erkrankung (Kernsymptomatik der Schizophrenie) sowie Faktoren, die im Allgemeinen mit delinquentem

und gewalttätigem Verhalten in Verbindung stehen (soziale Lebenssituation, Vorstrafen, Substanzabusus), in gesonderter Form hinsichtlich der Schwere des Delikts zu differenzieren.

II. Theoretischer Hintergrund

1 Die Schizophrenie

1.1 Entstehungsgeschichte des Krankheitskonzepts

Der Psychiater Emil Kraepelin (1865 – 1926) gilt als Erster, der das Krankheitsbild der Schizophrenie 1896, damals noch unter der Bezeichnung „Dementia Praecox", beschrieben hat. Dabei unterschied er drei Krankheitseinheiten: Die der „Dementia praecox" im engeren Sinne (läppisches, inadäquates Verhalten, zunehmende Gefühlsabstumpfung und Antriebsmangel mit früh beginnender, fortschreitender Demenz), die der „Dementia catatonica" (motorische Erstarrung) und die der „Dementia paranoides" (paranoider Wahn, Halluzinationen, fortschreitender geistiger Abbau). Kraepelin postulierte, dass alle Drei als eigenständige Krankheiten angesehen werden können, allerdings auch fließend ineinander übergehen können. (Wittchen & Hoyer, 2011)

Als weiterer bedeutender Schritt für unser heutiges Verständnis der Schizophrenie gilt die Arbeit des Psychiaters Eugen Bleuler (1857 – 1939). Er führte erstmals 1911 den Begriff der Schizophrenie ein. Schizophrenie lässt sich aus den griechischen Worten *„schizein" für* spalten und *„phren"* für Geist/Gemüt herleiten. Diese Definition führte auch dazu, dass bis heute im Laienverständnis häufig die Schizophrenie mit einer „Spaltung der Persönlichkeit" verwechselt wird, welche zu den *dissoziativen Störungen,* nach der internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10; Dilling, 2011), gezählt wird.

Tatsächlich zählt die Schizophrenie aber zu den *psychotischen Störungen* und zeichnet sich durch heterogene Krankheitsbilder und einen schwer vorhersagbaren Krankheitsverlauf aus. Dies zeigte sich damals schon in Bleulers Beschreibung der Schizophrenie, welche sich in zwei Kernpunkten von jener Kraepelins unterschied: Er glaubte nicht an den frühen Beginn und auch nicht an den unausweichlichen Verlauf bis hin zur Demenz. Sein Konzept der Schizophrenie umfasste die Assoziationsstörung (Klangassoziationen, Verschichtung mehrerer Ideen, Stereotypen des Gedankengangs, Ideenarmut, Gedankendrängen, Gedankensperrung), die Affektstörung (Affektüberempfindlichkeit, Affektarmut), die Ambivalenz als direkte Folge der Assoziationsstörung (affektive Ambivalenz, Ambivalenz des Willens, intellektuelle

Ambivalenz) und den Autismus als völliger Rückzug in die eigene Welt bei besonderes schwereren Formen der Erkrankung. (Wittchen & Hoyer, 2011)

1.2 Psychopathologie der Schizophrenie

Die Schizophrenie ist eine schwere psychische Erkrankung, die in erster Linie durch das Kernsyndrom Wahn sowie Sinnestäuschungen und Denkstörungen charakterisiert ist (Häfner, 2010). Die Symptome der Schizophrenie lassen sich in positive und negative Symptome kategorisieren, welche allerdings nicht als eine sich ausschließende Dichotomisierung anzunehmen ist. Vielmehr besteht jedes Syndrom aus zwei getrennten, unabhängigen Kontinua, die bei einer Schizophrenie gemeinsam zu beobachten und zu betrachten sind (Wittchen & Hoyer, 2011).

Als positive Symptome werden vor allem pathologische Überschussreaktionen, im Sinne von intensivierten Wahrnehmungen, Wahnvorstellungen, Halluzinationen, inadäquaten Affekten, desorganisiertem Denken und Sprechen sowie bizarren Verhaltensweisen bezeichnet. Die negativen Symptome der Schizophrenie zeichnen sich durch pathologische Defizite in den Bereichen der Gedanken, der Gefühle und des Verhaltens aus. Hierzu gehören im Speziellen Spracharmut, abgestumpfter und flacher Affekt, Willensstörungen und sozialer Rückzug. Als weitere Symptomgruppe, die im Zusammenhang mit der Schizophrenie beschrieben wird, gelten psychomotorische Symptome, welche sich im Verlust der Bewegungsspontanität und der Entwicklung seltsamer Gesten und Manierismen äußern können. (Comer, Herbst, Metsch, Sartory, & Sartory, 2008)

1.2.1 Positive Symptome

Die positiven Symptome zeichnen im Allgemeinen die akut psychotische Krankheitsphase der Schizophrenie aus und sind somit für die Diagnose einer Schizophrenie hauptsächlich ausschlaggebend (Wittchen & Hoyer, 2011).

Wahnvorstellungen bezeichnen inhaltliche Denkstörungen. Personen mit Wahnvorstellungen haben Gedanken, Vorstellungen, Meinungen und Ideen, die sie für völlig evident halten, welche jedoch nicht der allgemeinen Realität entsprechen und sich oftmals nicht in Tatsachen begründen lassen. Diese Überzeugungen können sowohl sehr differenzierte, anspruchsvolle

innere Zusammenhänge aufweisen, aber auch nur fragmentarisch und lückenhaft miteinander in Verbindung stehen. (Comer et al., 2008)

Je nachdem, ob die Wahnvorstellung zur Grundstimmung der betroffenen Person passt oder hierbei eine Diskrepanz zwischen Affektivität und Denkinhalten herrscht, wird zwischen einem *synthymen* oder *parathymen* Wahn unterschieden. Vor allem *parathyme* Wahninhalte kommen in Verbindung mit Sinnestäuschungen oftmals als *paranoid – halluzinatorisches Syndrom* bei Schizophrenie vor. (Payk, 2010)

Das *desorganisierte Denken und Sprechen* weist auf formale Denkstörungen hin. Es handelt sich hierbei um Eigentümlichkeiten des verbalen Ausdrucks. Diese äußern sich oftmals in *gelockerten Assoziationen*, seltener in *Neologismen, Perseverationen* und *Alliterationen*. Neologismen bezeichnen das Verwenden von erfundenen Wörtern; bei Perseveration werden Wörter und Aussagen stereotypisch wiederholt und Alliterationen bezeichnen das Sprechen in Reimen, welche die Formulierung von Gedanken und Aussagen bestimmen. Die bei Personen mit Schizophrenie am häufigsten zu beobachtende formale Denkstörung umfasst gelockerte Assoziationen, bei denen in rascher Folge von einem Thema zum nächsten gewechselt wird sowie unlogische und unzusammenhängende Bemerkungen getätigt werden. Diese stellen sich für die betreffende Person allerdings als sinnvoll dar. (Comer et al., 2008)

Als Symptome der *intensivierten Wahrnehmung* werden vor allem Aufmerksamkeitsstörungen sowie Konzentrationsstörungen angesehen. Diese entstehen meist durch Reizüberflutung von Eindrücken aus der Umgebung. Hierbei fällt es den Betroffenen einerseits schwer, sich auf einzelne Reize zu konzentrieren bzw. ihre Aufmerksamkeit auf bestimmte Bereiche zu lenken und diese beizubehalten und andererseits diese Eindrücke zu synthetisieren. (Comer et al., 2008)

Halluzinationen sind Trugwahrnehmungen, die auftreten, ohne von äußeren Reizen bedingt zu sein. Dabei können alle Sinnesgebiete betroffen sein (auditorisch, visuell, taktil, gustatorisch und olfaktorisch). Am häufigsten kommen auditorische Halluzinationen bei Schizophrenie vor. Dabei hören die Betroffenen Stimmen oder Geräusche, die ihnen vertraut oder fremd sein können. Die Stimmen haben oftmals imperativen, bedrohenden oder warnenden Charakter. In vielen Fällen treten Halluzinationen und Wahnvorstellungen gemeinsam auf und ergänzen und verstärken einander. (Comer et al., 2008)

In diesem Zusammenhang ist ein weiteres, ebenfalls häufig bei Schizophrenie auftretendes psychopathologisches Phänomen, die *Leibgefühlsstörung* oder die *Leibhalluzination*, die mit einem starken Gefühl der Fremdbeeinflussung verbunden ist. Die Betroffenen beschreiben hierbei oftmals bizarre Veränderungen der Gliedmaßen oder der Organe, die mit einem Gefühl des von außen Gemachten einhergehen, was ebenfalls auf eine wahnhafte Störung hindeutet. (Payk, 2010)

Inadäquate Affekte bezeichnen emotionale Äußerungen, die nicht der Situation entsprechen. Dieses Symptom kann vor allem in Zusammenhang mit Halluzinationen sowie formalen und inhaltlichen Denkstörungen gesehen werden. Betroffene zeigen demnach unangemessene emotionale Reaktionen, da sie gerade von anderen Reizen oder Wahrnehmungen abgelenkt oder überflutet werden. (Comer et al., 2008)

Im Hinblick auf die positiven Symptome der Schizophrenie hat Kurt Schneider (1946) eine weitere differenzierte Einteilung vorgenommen. Er kategorisierte anhand klinischer Beobachtungen die Positivsymptome in Symptome ersten und zweiten Ranges (Tabelle 1). Laut Schneider (1946, zitiert nach Wittchen & Hoyer, 2011) sind die Symptome ersten Ranges spezifisch für die Schizophrenie, wohingegen die Symptome zweiten Ranges weniger typische Schizophreniesymptome darstellen. (Wittchen & Hoyer, 2011)

Tabelle 1

Symptomeinteilung der positiven Symptome der Schizophrenie nach Kurt Schneider (1946).

Symptome ersten Ranges	
Akustische Halluzinationen	Dialogische Stimmen
Kommentierende Stimmen	Imperative Stimmen
Gedankenlautwerden	Gedankeneingebung
Gedankenentzug	Gedankenausbreitung
Leibhalluzinationen	Leibliche Beeinflussungserlebnisse
Schizophrene Ich-Störung	Willensbeeinflussung
Wahnwahrnehmung	
Symptome zweiten Ranges	
Sonstige, akustische, optische, olfaktorische oder gustatorische Halluzinationen	
Einfache Wahnphänomene und Wahneinfälle	
Einfache Eigenbeziehung	

1.2.2 Negative Symptome

Das Konzept der Negativsymptomatik stellt vor allem eine bedeutsame Komponente der Chronizität der Erkrankung dar (Wittchen & Hoyer, 2011), findet sich aber auch verstärkt in bestimmten Subtypen der Schizophrenie wie dem schizophrenen Residuum (F20.5; Internationale Klassifikation psychischer Störungen; Dilling, 2011). Weiter kann diese Symptomgruppe ebenfalls schon vor dem Einsetzen der ersten psychotischen Episode oder während der akuten Manifestation der schizophrenen Psychose wichtige Hinweise auf eine Schizophrenie liefern (Wittchen & Hoyer, 2011).

Unter *Spracharmut* versteht man im Zusammenhang mit der Schizophrenie eine *Alogie* bzw. *Paralogie*. Das ist eine stark reduzierte Flüssigkeit und Produktivität der Sprache, gekennzeichnet durch kurze und gehaltlose Worte. Auch wenn gesprochen wird, sind die Äußerungen meist wenig nachvollziehbar. (Comer et al., 2008)

Abgestumpfte und flache Affekte kennzeichnen einen quantitativen Mangel oder das Fehlen von affektiver Auslenkbarkeit und Ansprechbarkeit. Der abgestumpfte Affekt bezeichnet ein Defizit der affektiven Äußerungen. Hierbei zeigen die Betroffenen weniger oder sehr starre Affekte. Von flachen Affekten wird gesprochen, wenn überhaupt keine Emotion gezeigt wird. Viele Menschen mit Schizophrenie leiden unter *Anhedonie*, dem generellen Unvermögen, Freude zu erleben. (Comer et al., 2008)

Bei *Störungen des Willens* wird im Zusammenhang mit den negativen Symptomen der Schizophrenie von einer *Abulie* bzw. *Apathie* gesprochen. Hierbei ist es den Betroffenen nicht möglich, Energie und Interesse für etwaige Ziele aufzubringen. Es gelingt nicht, Entscheidungen zu treffen oder eine Aktivität zu beginnen. Ebenfalls betroffen sind häufig die Körperpflege, persönliche Hygiene, Haushaltsführung sowie berufliche oder ausbildungsbezogene Bereiche. (Wittchen & Hoyer, 2011)
Dieses Symptom findet man besonders häufig bei chronischen, langen Krankheitsverläufen (Comer et al., 2008).

Sozialer Rückzug ist oftmals bedingt durch die ausschließliche Beschäftigung mit den eigenen irrationalen Ideen und Phantasien und mündet in einem weiteren Abdriften in die

krankheitsbedingte Realität. Mit diesem Rückzug geht auch ein Zusammenbrechen sozialer Fertigkeiten und Fähigkeiten einher. (Comer et al., 2008)

Im Zusammenhang mit den negativen Symptomen der Schizophrenie fällt auf, dass diese sich vielmehr durch eine graduelle, quantitative Abweichung von der Normalität auszeichnen und nicht, wie die positiven Symptome, eindeutig abnormal sind. Für den diagnostischen Prozess bietet sich hierfür die SANS (Scale for the Assessment of Negative Symptoms; Andreasen, 1982; zitiert nach Comer et al. 2008) an. Sie ist ein Instrument zur umfassenden Messung der Negativsymptome und besteht aus fünf Skalen: Affektverflachung, Alogie-Paralogie, Abulie – Apathie, Anhedonie - Asozialität, Aufmerksamkeit. Diese decken sich mit den oben beschriebenen Symptombereichen. (Wittchen & Hoyer, 2011)

1.2.3 Psychomotorische Symptome

Das Spektrum der psychomotorischen Symptome umfasst im Bereich der Schizophrenie sowohl die Entwicklung seltsamer Gesten und Manierismen, als auch den Verlust der Bewegungsspontanität bis hin zur Katatonie (Wittchen & Hoyer, 2011). Sowohl die *wächserne Biegsamkeit,* das Verharren in einer Haltung in die jemand anderer die Betroffenen gebracht hat, als auch stereotyp-wiederholende Bewegungen können Ausdruck von psychomotorischen Symptomen sein. Im Bereich der Katatonie kann unterschieden werden zwischen *katatonen Haltungssterotypien*, welche sich in teilweise bizarr verdrehten Haltungen äußern die für lange Zeitspannen eingenommen werden; der *katatonen Rigidität*, wobei oftmals stundenlang eine unbewegliche, aufrechte, von außen unveränderbare Haltung eingenommen wird; bis hin zum *katatonen Stupor*, bei dem die Betroffenen ihre Umgebung in keiner Weise mehr wahrzunehmen scheinen und keinerlei Reaktionen mehr zeigen. Katatonie kann sich allerdings auch in *katatoner Erregung* äußern, hierbei bewegen sich die Betroffenen aufgewühlt umher, oftmals unter heftigen Bewegungen der Gliedmaßen. (Wittchen & Hoyer, 2011)

1.3 Der Krankheitsverlauf der Schizophrenie

Der Krankheitsverlauf der Schizophrenie ist gekennzeichnet durch eine hohe Heterogenität der Symptome und einer starken Variabilität der Verläufe. Die Schizophrenie entwickelt sich zumeist in verschiedenen Phasen, in welchen die Symptomkomponenten der Schizophrenieerkrankung unterschiedliche Ausprägungen aufweisen können. (Häfner, 2010)

Die *Prodromalphase* der Schizophrenie kennzeichnet einen wichtigen Teil des Frühverlaufs der Erkrankung und zeichnet sich vorwiegend durch depressive, negative und unspezifische Symptome aus (Häfner, 2010). Bei zwei Drittel aller Erkrankungen geht der ersten psychotischen Episode eine mindestens einjährige Verlaufsphase voraus (Häfner, 2010). Mit Einsetzen der ersten psychotischen Symptome beginnt die *psychotische Vorphase*, welche bei zunehmender Zahl und Intensität psychotischer Symptome in die *floride Phase* übergeht (Häfner, 2010). Die *floride Phase* kennzeichnet das Maximum der Positivsymptomatik und äußert sich als Höhepunkt der psychotischen Episode (Pschyrembel, 2013). Nach Abklingen der akuten Symptome beginnt die *Residualphase*, in welcher die Betroffenen in der Regel wieder zu dem Leistungsniveau der *Prodromalphase* zurückkehren (Comer et al., 2008).

Abgesehen von den oben beschriebenen unterschiedlichen Phasen, die eine Schizophrenie aufweisen kann, zeichnet sich der Krankheitsverlauf ebenfalls durch eine breite Vielfalt in den individuellen Abläufen und Outcomes der Erkrankung aus. Das Spektrum reicht von kompletter Remission nach einer psychotischen Phase bis hin zu einer chronischen Psychose, schwerer sozialer Beeinträchtigung und Pflegebedürftigkeit. Am besten ist diesem Umstand gerecht zu werden, in dem eine grobe Gliederung in früh-, mittel- und langfristige Verläufe vorgenommen wird. Hierbei wird die Zeitspanne bis zur erstmaligen Hospitalisierung als Frühverlauf bezeichnet, bis zu fünf Jahren nach dem erstmaligen Krankenhausaufenthalt als mittelfristiger Verlauf und danach als langfristiger Krankheitsverlauf eingestuft. (Wittchen & Hoyer, 2011)

1.3.1 Der Frühverlauf

Im Frühverlauf der Schizophrenie finden sich laut Häfner et al. (1996, zitiert nach Wittchen & Hoyer, 2011) fünf typische Komponenten, welche diesen charakterisieren: das erste unspezifische Krankheitsanzeichen; das erste Negativsymptom; das erste Positivsymptom; die erste Episode - definiert durch den Höhepunkt psychotischer Symptome -, und der erstmalige Klinikaufenthalt. Hier finden sich ebenfalls zwei der oben beschriebenen Phasen der Krankheit wieder, nämlich die Prodromalphase und die psychotische Vorphase. Erweitert wird der Frühverlauf durch die Latenzphase, welche den Zeitrahmen beschreibt, der zwischen dem Höhepunkt der ersten psychotischen Episode und dem erstmaligen Klinikaufenthalt liegt. Die Latenzphase dauert im Durchschnitt 0.2 Jahre. (Wittchen & Hoyer, 2011)
Es lassen sich im Zusammenhang mit der Frühphase ebenfalls drei Arten des Krankheitsbeginns unterscheiden:

(1) akuter Beginn;
(2) subakuter Beginn;
(3) schleichender Beginn.

Der *akute Beginn* zeichnet sich durch eine weniger als einen Monat andauernde, Frühphase aus, in der vorwiegend positive Symptome vorherrschen. Er betrifft im Durchschnitt 17% der Betroffenen. Von *subakutem Beginn* wird gesprochen, wenn die Frühphase eine Zeitspanne von einem Monat bis zu einem Jahr umfasst. Diese Phase betrifft im Durchschnitt 18% der PatientInnen. Bei einer länger als ein Jahr andauernden Frühphase wird von einem *schleichenden Beginn* einer Schizophrenie gesprochen. Hiervon ist mit 65% der größte Anteil der Personen mit Schizophrenie betroffen. (Wittchen & Hoyer, 2011)

In Bezug auf das Erstauftreten der Positivsymptome der Schizophrenie in der Frühphase lässt sich feststellen, dass hierbei die psychotischen Leitsymptome: Wahn mit 96%, Halluzinationen mit 69% und Denkstörungen mit 38%, die häufigsten Symptomen darstellen (Wittchen & Hoyer, 2011).

1.3.2 Der mittelfristige Verlauf

Den mittelfristigen Verlauf kennzeichnet die Phase vom Zeitpunkt eines erstmaligen Klinikaufenthalts bis fünf Jahre danach. Hier ist, im Unterschied zum Frühverlauf, schon der Erstkontakt mit der Klinik zustande gekommen. Dadurch ergibt sich auch erst die Gelegenheit Verlaufsstudien durchzuführen, welche die Feststellung und Prognose unterschiedlicher Verläufe und Entwicklungen der weiteren Symptomatik überhaupt ermöglichen. (Wittchen & Hoyer, 2011)

Ergebnisse solcher Untersuchungen in Bezug auf den mittelfristigen Verlauf der Positivsymptomatik zeigen, dass eine günstige Prognose vor allem durch die Verfügbarkeit einer größeren sozialen Bezugsgruppe und dem Geschlecht der Betroffenen (weiblich) positiv beeinflusst wird. Eine eher ungünstige Prognose hinsichtlich der weiteren Entwicklung der Positivsymptomatik ergibt sich bei schlechter prämorbider Anpassung, vermeidungsorientiertem Umgang mit der Erkrankung und einer zusätzlich ausgeprägten Negativsymptomatik. Hinsichtlich des Fünf-Jahres-Outcomes der negativen Symptomatik kann festgestellt werden, dass vor allem die Größe der Bezugsgruppe, in welche die Betroffenen

eingebunden ist, ein aktiver selbstverantwortlicher Umgang mit der Erkrankung (Adhärenz) und die prämorbide Anpassung valide Prädiktoren für den Verlauf darstellen. (Bailer, 2000, zitiert nach Wittchen & Hoyer, 2011)

1.3.3 Der langfristige Verlauf

Vor allem im langfristigen Verlauf der Schizophrenie zeigt sich die breite Variabilität und Heterogenität der Erkrankung in besonderem Maße (Häfner, 2010). Diesen Umstand bilden ebenfalls die existierenden Verlaufstypisierungen in ihrer Unterschiedlichkeit ab. Hier finden sich sowohl grobe Klassifikationen, die nur drei oder vier Typen identifizieren (Bleuler, 1972, zitiert nach Wittchen & Hoyer, 2011; Ciompi & Müller, 1976), als auch umfangreiche Verlaufsklassifikationen, welche bis zu neun unterschiedliche Typen beinhalten (Bailer, 2000, zitiert nach Wittchen & Hoyer, 2011). Die meisten dieser Verlaufsklassifikationen beziehen sich auf die unterschiedliche Dauer und Frequenz des Auftretens psychotischer Episoden, die Stärke und Art der Residualsymptomatik und ob Remissionen verzeichnet werden können (Wittchen & Hoyer, 2011).

Betreffend des längsschnittlichen Krankheitsverlaufs konnten Shepherd, Watt, Falloon, und Smeeton (1989) in ihrer Studie feststellen, dass 38% der Personen mit Schizophrenie den ungünstigsten Verlauf mit dem Auftreten mehrerer psychotischer Episoden und zunehmender Beeinträchtigung zwischen den Episoden aufwiesen. In 35% der Fälle imponierten die Betroffenen zwar durch wiederholte psychotische Episoden unterschiedlicher Dauer und Frequenz, allerdings ohne nachfolgende Residualsymptomatik. In 8% der untersuchten Fälle zeigten die Personen mehrere psychotische Episoden mit gleichbleibender Beeinträchtigung in der Folge. Den günstigsten Verlauf wiesen 22% der Personen auf. Sie remittierten nach der ersten psychotischen Episode vollständig und zeigten auch in weiterer Folge keine Beeinträchtigungen. (Shepherd et al., 1989)

Es ist aufgrund der verschiedenen Verlaufsuntersuchungen davon auszugehen, dass ein beträchtlicher Teil der Personen mit Schizophrenie einen relativ günstigen Krankheitsverlauf aufweisen. Es wird angenommen, dass hierbei vor allem der Frühverlauf der Schizophrenie eine maßgebliche Rolle für die weitere Entwicklung der Erkrankung spielt. (Wittchen & Hoyer, 2011)

1.4 Klassifikationssysteme für Schizophrenie

Die Klassifikation und Diagnosestellung der Schizophrenie wird im klinischen Bereich vorwiegend durch Klassifikationssysteme wie der ICD-10 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen; Dilling, 2011) und dem DSM-5 (Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen; Falkai, 2015) durchgeführt. Da zur Diagnose einer Schizophrenie kein biologischer Test oder körperlicher Befund zur Verfügung steht, sind die Diagnosekriterien in den Klassifikationssystemen auf Erlebens- und Verhaltensebene formuliert (Häfner, 2010).

Die in ICD-10 und DSM-5 enthaltenen Diagnosekriterien entwickelten sich maßgeblich aus den Symptombeschreibungen von Bleuler (1911) und Kraepelin (1896). Hieraus ergeben sich ebenfalls unterschiedliche Subtypen (ICD-10) bzw. Verlaufsformen (DSM-5) der Schizophrenie, welche in weiterer Folge in Zusammenschau mit den einzelnen Diagnosesystemen beschrieben werden. (Comer et al., 2008)

1.4.1 Die internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10)

Die ICD-10 ist das meistverwendete Klassifikationssystem in der klinischen Praxis und beinhaltet sowohl medizinische als auch psychische Störungen. Die Diagnosekriterien für psychische Störungen des Kapitels F in der ICD-10 begründen sich aus den Arbeiten von Emil Kraepelin und wurden von der WHO (Weltgesundheitsorganisation) im Laufe der Zeit immer wieder überarbeitet und adaptiert. Mittlerweile liegt die ICD in ihrer zehnten Fassung vor. (Comer et al., 2008)

In der ICD-10 ist die Schizophrenie im Kapitel F2 (Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen) beschrieben. Hier finden sich unter der Kategorie F20.0 – F20.3 die häufigsten Schizophrenieformen: die paranoide Schizophrenie (F20.0), die hebephrene Schizophrenie (F20.1), die katatone Schizophrenie (F20.2) und die undifferenzierte Schizophrenie (20.3).

Die wichtigsten psychopathologischen Diagnosekriterien für eine Schizophrenie laut ICD-10 sind: Gedankenlautwerden, -ausbreitung, -eingebung, oder -entzug; Wahnwahrnehmungen im Sinne von Beeinflussungswahn, Kontrollwahn, oder dem Gefühl des Gemachten; anhaltende Halluzinationen, die jede Sinnesmodalität betreffen können, Denkstörungen sowie

Negativsymptome. Im Einzelnen unterscheiden sich oben angeführten Subtypen in Art und Ausprägung der Symptome. (Dilling, 2011)

Die *paranoide Schizophrenie* (F20.0) stellt die häufigste Form der Schizophrenie dar und imponiert vorwiegend durch paranoide Wahnphänomene und/oder Halluzinationen sowie anderen Wahrnehmungsstörungen. Denkstörungen können im floriden Zustand deutlich sein, allerdings ohne die genaue Beschreibung der Wahninhalte zu verhindern. Inadäquate Affekte, katatone Symptome oder Zerfahrenheit können in leichter Form vorkommen, dominieren allerdings nicht das klinische Bild. (Dilling, 2011)

Die *hebephrene Schizophrenie* (F20.1) zeichnet sich vorwiegend durch affektive Veränderungen aus. Hierbei sind die Affekte meist flach oder inadäquat. Weitere wichtige Symptome stellen zielloses Verhalten, Antriebslosigkeit und eindeutige Denkstörungen dar, die sich in unzusammenhängender, weitschweifiger Sprache äußeren können. Halluzinationen oder Wahnphänomene sind nicht vorherrschend, können aber ebenfalls vorkommen. (Dilling, 2011)

Bei der *katatonen Schizophrenie* (F20.2) stehen vor allem psychomotorische Symptome im Vordergrund. Sowohl katatone Merkmale wie Stupor, Mutismen, Haltunssterotypien, wächserner Biegsamkeit als auch Befehlsautomatismen (automatisches Befolgen von Anweisungen) bzw. Negativismus (Widerstand gegenüber allen Versuchen bewegt zu werden) sind vorherrschend. Die Symptome können mit einem oneiroiden (traumähnlichen) Zustand mit visuellen Halluzinationen einhergehen. Die Symptome müssen mindestens zwei Wochen lang vorhanden sein, um eine katatone Schizophrenie diagnostizieren zu können. (Dilling, 2011)

Die *undifferenzierte Schizophrenie* (F20.3) zeichnet sich dadurch aus, dass die Symptome zu zahlreich oder zu diffus ausgeprägt sind, um eine klare Zuordnung zu einem der oben angeführten Subtypen vorzunehmen. Diese Kategorie ist ebenfalls für ausschließlich psychotische Zustandsbilder zu verwenden, allerdings erst nachdem versucht wurde, das klinische Bild einer der oben dargestellten Unterformen zuzuordnen. (Dilling, 2011)

Die *Schizophrenia simplex* (F20.6) stellt eine weitere eher kontrovers betrachtete und selten diagnostizierte Subkategorie des ICD-10 dar. Sie zeichnet sich vor allem durch, schleichende Progredienz (langsame Veränderungen von Persönlichkeitsmerkmalen und Auftreten von

negativen Symptomen in einem Zeitraum von über einem Jahr) und Abwesenheit der typischen Schizophreniesymptome wie Wahn und Halluzinationen aus. (Dilling, 2011)

Zusätzlich zu den symptomorientierten Diagnosekriterien bietet die ICD-10 ebenfalls die Möglichkeit einer Differenzierung der *Verlaufsbilder einer Schizophrenie*. Hierfür ist die fünfte Stelle der Codierung vorgesehen. Im Einzelnen lassen sich hier acht verschiedene Verlaufsbilder unterscheiden. (Dilling, 2011)

Tabelle 2

Verlaufsbilder der Schizophrenie nach ICD-10 (Dilling, 2011).

Code	Verlaufsbild	Code	Verlaufsbild
F20.x0	kontinuierlich	F20.x4	unvollständige Remission
F20.x1	episodisch	F20.x5	vollständige Remission
F20.x2	episodisch mit stabilem Residuum	F20.x8	sonstige Verlaufsformen
F20.x3	episodisch, remittierend	F20.x9	Verlauf unsicher, Beobachtungszeitraum zu kurz

1.4.2 Das diagnostische und statistische Manual psychischer Störungen (DSM-5)

Das DSM-V gilt als eines der am häufigsten verwendeten Klassifikationssysteme im Bereich der klinischen Forschung. Es begründet sich in den Diagnosekriterien, wie die ICD-10, in den Arbeiten von Kraepelin und wurde im Laufe der Zeit regelmäßig von der American Psychiatric Association (APA) überarbeitet. Das DSM-5 ist im Unterschied zur ICD-10 in fünf getrennte Achsen mit unterschiedlichen Informationsbereichen aufgeteilt. Auf der Achse I des DSM-5 werden floride klinische Syndrome klassifiziert. Hier findet sich auch das Kapitel des Schizophreniespektrums und andere psychische Störungen. Achse II ist für die Klassifikation etwaiger Persönlichkeitsstörungen und geistiger Beeinträchtigungen vorgesehen. Die weiteren Achsen des DSM-5 sind für Faktoren vorgesehen, die für das Verständnis sowie die Behandlung relevant sind, allerdings nicht unmittelbare Symptome des Betroffenen kennzeichnen. So werden auf Achse III medizinische Krankheitsfaktoren festgehalten, auf Achse IV psychosoziale und umgebungsbedingte Probleme eingeschätzt und auf Achse V schließlich die globale Beurteilung des Funktionsniveaus vorgenommen, die sich aus den Bewertungen aller anderen Achsen zusammensetzt. (Comer et al., 2008)

Das DSM-5 wurde im Mai 2013 in seiner fünften Auflage veröffentlicht und enthält Diagnosekriterien, die es ermöglichen sollen, vor allem anhand der Schwere und der Anzahl der Symptome sowie der Krankheitsdauer eine verlässliche Diagnose zu stellen. Es findet sich zur Diagnose einer Schizophrenie eine Liste von fünf charakteristischen Symptomen sowie ein Zeitkriterium. Danach müssen mindestens zwei der folgenden Symptome über einen Zeitraum von über sechs Monaten hinweg vorhanden sein: Wahn; Halluzination; desorganisiertes Denken bzw. Sprache; desorganisiertes oder abnormes motorisches Verhalten; Negativsymptome. Eine Schizophreniediagnose sollte allerdings ausschließlich dann vergeben werden, wenn mindestens eines der beiden Symptome, entweder Wahn, Halluzinationen oder desorganisierte Sprache, vorzufinden ist. Zur besseren Abbildung der Heterogenität der Symptome innerhalb der Schizophrenie wird die Einteilung nicht in Subtypen, sondern in Verlaufsformen vorgenommen. Diese beinhalten einerseits den gegenwärtigen Krankheitsstatus (Querschnitt) und andererseits die Beschreibung des langfristigen Verlaufs, welcher einen minimalen Beobachtungszeitrum von 12 Monaten umfassen soll. (Paulzen & Schneider, 2014)

Tabelle 3

Beschreibung des Krankheitsverlausf nach DSM-5 (Paulzen & Schneider, 2014).

1. Ersterkrankung, derzeit akute Episode
2. Ersterkrankung, derzeit in Teilremission
3. Ersterkrankung, derzeit in Vollremission
4. mehrere Episoden, derzeit akute Episode
5. mehrere Episoden, derzeit in Teilremission
6. mehrere Episoden, derzeit in Vollremission
7. kontinuierlich, chronisch
8. nicht näher bezeichnet

1.5 Epidemiologie und Ätiologie der Schizophrenie

1.5.1 Erkrankungs- und Krankheitshäufigkeit in der Bevölkerung

Im Zusammenhang mit der Prävalenz der Schizophrenie, welche die Anzahl der Betroffenen in einer bestimmten Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt (Punktprävalenz) oder in einer Zeitspanne (Ein-Jahres Prävalenz, Lebenszeitprävalenz) bezeichnet, ist festzustellen, dass hierbei sowohl kulturelle als auch sozioökonomische Unterschiede anzunehmen sind (Comer et al., 2008). So finden sich etwa in kulturellen Vergleichsstudien in asiatischen Ländern die

niedrigsten Raten der Lebenszeitprävalenz von 0.25% im Vergleich zu Nicht-asiatischen Ländern mit 0.88% (Goldner, Hsu, Waraich, & Somers, 2002). Die Effekte des sozioökonomischen Status zeigen sich vor allem im Hinblick auf wohnungslose (obdachlose) Personen. In dieser Bevölkerungsschicht konnten in einer dänischen Stichprobe von obdachlosen Personen Prävalenzraten von 20-43% festgestellt werden (Martens, 2001). Im Durchschnitt kann jedoch ein individuelles Lebenszeitrisiko, bis zum 65. Lebensjahr an einer Schizophrenie zu erkranken, mit ca. 1% geschlechterübergreifend angenommen werden (Comer et al., 2008; Häfner, 2010). Die Inzidenz der Schizophrenie, welche mit der jährlichen Ersterkrankungsrate erfasst wird, liegt zwischen 0.09 und 0.13 pro 1000 Menschen in der Bevölkerung (Häfner, 2010).

In Bezug auf das durchschnittliche Alter bei der Ersterkrankung ist festzuhalten, dass die Schizophrenie eine Erkrankung aller Altersstufen ist, allerdings sind hierbei geschlechtsspezifische Unterschiede festzustellen. So liegt der Altersgipfel der Ersterkrankung bei Männern zwischen 15 und 25 Jahren. Bei Frauen hingegen steigt die Ersterkrankungshäufigkeit wesentlich langsamer, um den ersten Höhepunkt zwischen 15 und 29 Jahren zu erreichen, dann wieder abzufallen und nach der Menopause, zwischen 45 und 49 Jahren, ein weiteres Mal zu gipfeln. Für diese Differenzen im Verlauf dürften vor allem hormonelle Unterschiede zwischen den Geschlechtern ausschlaggebend sein. (Häfner, Maurer, & an der Heiden, W., 2013)

1.5.2 Ätiologische Modelle

Es ist davon auszugehen, dass bei der Entstehung der Schizophrenie eine *Vulnerabilitäts-Stress-Beziehung* für den Ausbruch der Erkrankung ausschlaggebend ist. Das bedeutet, dass bei entsprechender biologischer Disposition sich eine Schizophrenie erst dann entwickelt, wenn eine psychologische Belastung mitwirkt. In diesem *Vulnerabilitäts-Stress Konzept* können somit drei Bereiche unterschieden werden, die maßgebliche Erklärungsgrundlagen zur Entwicklung einer Schizophrenie liefern können: die biologischen Ansätze, die psychologischen Ansätze und die soziokulturellen Ansätze. (Comer et al., 2008)

In den *biologischen Ansätzen* wird im Speziellen der Rolle genetischer und biologischer Prädispositionen in besonderem Maße Beachtung geschenkt. Hierbei werden vor allem genetische Faktoren in den Fokus der Aufmerksamkeit gerückt, aber auch biochemische

Abweichungen des Gehirns sowie abnorme Gehirnstrukturen und vorgeburtliche Virusinfektionen stellen relevante Erklärungsfaktoren für den Ausbruch der Erkrankung dar. Vor allem die genetische Prädisposition für Schizophrenie konnte im Zuge von Studien zu Familienbeziehungen bei Menschen mit Schizophrenie immer wieder Bestätigung finden. Hierbei konnten, vor allem im Zusammenhang mit der Untersuchung von Zwillingspaaren in Adoptionsstudien sowie der generellen biologischen Verwandtschaft von Personen mit Schizophrenie, immer wieder Nachweise erbracht werden, dass die biologische, genetische Komponente einen starken Einfluss auf die Schizophrenie darstellt. Die Befunde belegen, dass mit der Nähe der biologischen Verwandtschaft das Risiko ansteigt, ebenfalls an einer Schizophrenie zu erkranken. (Comer et al., 2008)

Im Zusammenhang mit biochemischen Abweichungen des Gehirns, konnten in Verbindung mit der Schizophrenie ebenfalls schizophrenietypische Auffälligkeiten festgestellt werden. In Besonderem die *Dopaminhypothese* der Schizophrenie bildet hierbei die Grundlage für symptomspezifische Erklärungsansätze. Diese in der Vergangenheit viel diskutierte und oftmals überarbeitete Hypothese besagt, dass Menschen mit Schizophrenie an einer gestörten Dopaminaktivität der neuronalen Verschaltungen des Gehirns (sowohl Über- als auch Unteraktivität in speziellen Bereichen des Gehirns) leiden und diese mit schizophrenietypischen Symptomen einhergeht. Hier begründet sich auch die biochemische Grundlage der medikamentösen Schizophreniebehandlung mit Neuroleptika. (Wittchen & Hoyer, 2011)

Bezüglich der Gehirnstruktur konnten ebenfalls Unterschiede zwischen Personen mit und ohne Schizophrenie festgestellt werden, welche wichtige Hinweise auf symptomspezifische Ursachen liefern können. Diese betreffen vor allem bestimmte strukturelle Auffälligkeiten des Gehirns wie vergrößerte Ventrikel (Hirnkammern mit zerebrospinaler Flüssigkeit), kleinere Schläfen- und Stirnlappen, geringere Neuronendichte, verminderte Durchblutung präfrontaler Regionen des Gehirns und Atrophien des Temporallappens. (Comer et al., 2008)

Zur Erklärung dieser biochemischen Abweichungen und strukturellen Auffälligkeiten des Gehirns bei Personen mit Schizophrenie werden, abgesehen von genetischen Dispositionen, oftmals auch vorgeburtliche Virusinfektionen angesehen. In diesem Zusammenhang wird vor allem das Auftreten einer Virusinfektion im Zeitraum des zweiten Drittels der Schwangerschaft als ursächlich für eine Störung der Gehirnentwicklung angenommen. (Comer et al., 2008)

Die *soziokulturellen Erklärungsansätze* für Schizophrenie rücken gesellschaftliche Einflüsse in ihr Zentrum. Hierbei kommen vor allem dem Einfluss von dysfunktionalen Familienbeziehungen und der Etikettierung von Menschen mit Schizophrenie durch eine Schizophreniediagnose in der Gesellschaft, besondere Bedeutung für die Erklärung der Entstehung und dem Verlauf der Erkrankung zu. (Comer et al., 2008)

Im Zusammenhang mit *dysfunktionalen Familienbeziehungen* wurde vor allem den Kommunikationsmustern innerhalb von Familien besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Hierbei wird vermutet, dass es bestimmte Kommunikationsformen in der familiären Interaktion gibt, die maßgeblich an der Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Schizophrenie beteiligt sind. Die bekanntesten, aber auch vielfach diskutierten Ansätze in diesem Zusammenhang stellen die *double-bind-Hypothese* sowie die Annahme der *expressed emotions* (übermäßig gefühlsbetonter Umgang mit Emotionen gegenüber dem Betroffenen) dar. (Comer et al., 2008)

In der *double-bind Hypothese* wird davon ausgegangen, dass Eltern ihren Kindern ständig Doppelbotschaften in Form von sich gegenseitig ausschließenden emotionalen und inhaltlichen Komponenten senden, wodurch die Entwicklung von schizophrenen Symptomen begünstigt werden kann. Diese Hypothese konnte jedoch in systematischen Untersuchungen nicht bestätigt werden. (Comer et al., 2008)

Hingegen liefert die Beobachtung des Umgangs mit Personen mit Schizophrenie unter dem Blickwinkel der *expressed emotions* wichtige Hinweise bezüglich der Auslösung von psychotischen Symptomen (Comer et al., 2008). Nomura et al. (2005) konnten in ihrer Studie nachweisen, dass ein übermäßig gefühlsbetonter Interaktionsstil, gleichgültig ob positiv oder negativ, die Rate der Rückfälle in psychotischen Episoden bei Menschen mit Schizophrenie vervierfachte. Diese Befunde liefern zwar keine nachhaltigen Hinweise zur Entstehung der Schizophrenie im eigentlichen Sinne, allerdings bieten sie wichtige Anhaltspunkte zur Auslösung und Aufrechterhaltung von psychotischen Symptomen (Comer et al., 2008).

Die Kernannahme des *soziokulturell geprägten Ansatzes* ist, dass wesentliche Merkmale der Erkrankung aus der Diagnose selbst hervorgerufen werden. Hierbei stellt die Diagnose einer Schizophrenie ein Etikett für den Betroffenen dar, welches in weiterer Folge in Form einer selbsterfüllenden Prophezeiung zur Entwicklung einer Vielzahl schizophrener Symptome führt (Comer et al., 2008). Dieser Effekt konnte bereits 1973 in einer Studie nachgewiesen werden,

in der untersucht wurde, wie sich PseudopatientInnen (Personen ohne Schizophrenie) in einem Krankenhaus fühlen und verändern, in denen ihnen eine Schizophreniediagnose zugesprochen wird (Rosenhan, 1973). Es konnte festgestellt werden, dass schon die Schizophreniediagnose selbst einen negativen Effekt darauf hat, wie sich betroffene Personen fühlen und verhalten (Rosenhan, 1973). Allerdings ist auch dieser Ansatzpunkt nicht entstehungserklärend, sondern fokussiert vielmehr entwicklungsförderliche Aspekte einer Schizophrenie.

In Hinblick auf *psychologische Ansätze* zur Erklärung der Entstehung der Schizophrenie sind im Besonderen das *Vulnerabilitätsmodell, kognitive* sowie *neuropsychologische Ansätze* und *psychoanalytische Ansätze* zu erwähnen. (Comer et al., 2008)

Das Vulnerabilitätsmodell stellt bis heute den wichtigsten Ansatz zur Erklärung der Entstehung einer Schizophrenie dar. Es kann als Schwellenmodell bezeichnet werden und besagt, dass bestimmte angeborene oder erlernte Faktoren (Vulnerabilitäten) die Schwelle bestimmen, bei der eine Person unter bestimmten psychischen Belastungen (Stress) einen Zusammenbruch erleiden kann. (Comer et al., 2008)

Im Zusammenhang mit der Schizophrenie kann die Unterscheidung zwischen Vulnerabilitäts- und Stressfaktoren getroffen werden, je nachdem, ob diese eher positive Symptome oder negative Symptome auslösen. In Abbildung 1 und 2 findet sich jeweils eine Darstellung der persönlichen Vulnerabilitätsfaktoren und verstärkenden Stressoren sowie der jeweiligen vermittelnden Zustände, die in weiterer Folge eher positive oder negative Symptome auslösen können. (Nuechterlein, 1987, zitiert nach Wittchen & Hoyer, 2011)

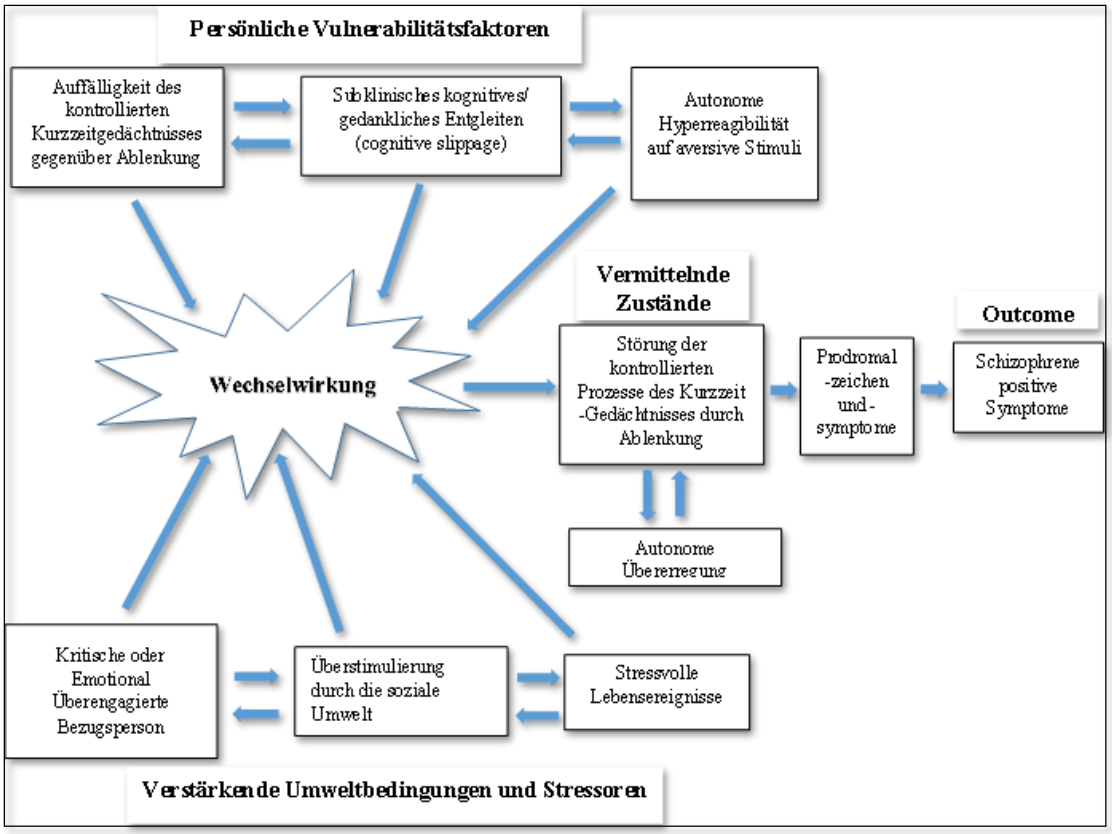

Abbildung 1. Mögliche Vulnerabilitäts- und Stressfaktoren, die zu positiven Schizophreniesymptomen führen können (Nuechterlein, 1987, zitiert nach Wittchen & Hoyer, 2001; S. 834)

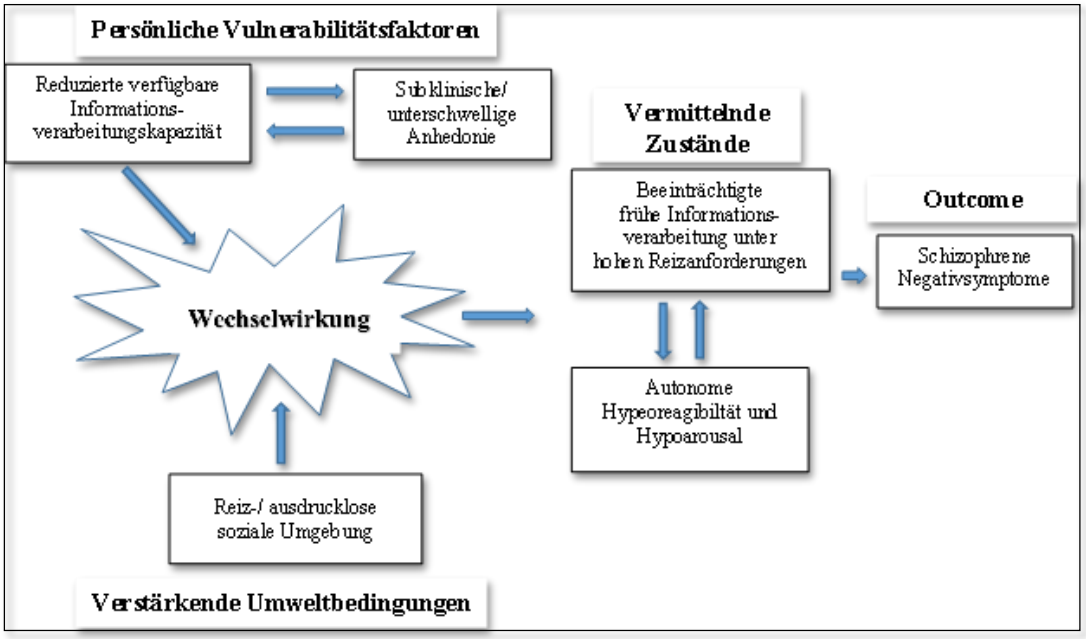

Abbildung 2. Mögliche Vulnerabilitätsfaktoren, die zur Entwicklung von Negativsymptomen führen können. (Nuechterlein, 1987, zitiert nach Wittchen & Hoyer, 2001; S. 834)

Hinsichtlich der Bewertung des *Vulnerabilitätsmodells* für die Ätiologie der Schizophrenie kann festgehalten werden, dass dieses durch die Vernetzung unterschiedlicher Erklärungsansätze entscheidende Fortschritte hinsichtlich der Erklärung zur Entstehung der Schizophrenie liefert. Dadurch wird es möglich, die sehr unterschiedlichen Befunde zum schizophrenen Störungsbild zusammenhängender zu erklären. Allerdings handelt es sich dabei nach wie vor um ein Arbeitsmodell, in dem die Befunde für einzelne Vulnerabilitätsfaktoren noch sehr fragmentarisch und teilweise uneindeutig sind. (Wittchen & Hoyer, 2011)

Die *kognitiven Erklärungsansätze* beschäftigen sich vorrangig mit einzelnen Bereichen des weiten Spektrums der schizophrenen Symptomatik. Diese neueren psychologischen Ansätze konzentrieren sich in ihren Modellen hauptsächlich auf die Entstehung und Aufrechterhaltung der Wahnsymptomatik (Comer et al., 2008). Ein Modell aus diesem Bereich geht beispielsweise davon aus, dass Menschen mit Schizophrenie und Wahnsymptomatik dazu neigen, bei der Bewertung von Inhalten voreilige Schlüsse zu ziehen (jumping to conclusions), wenn die Inhalte sich mit dem Wahnkonstrukt decken (Garety et al, 1991, zitiert nach Comer et al., 2008). Ein anderes Modell postuliert eine gestörte Rückmeldefunktion von Handlungsabsichten bei Personen mit Schizophrenie durch Halluzinationen, die nicht als selbstproduziert wahrgenommen werden (Frith, 2005, zitiert nach Comer et al., 2008). Diese führen in weiterer Folge zu dem Gefühl, fremdgesteuert zu sein, was auf eine gestörte Vorwärtsmeldung der eigenen Handlungsabsichten hinweist (Frith, 2005, zitiert nach Comer et al., 2008).

In *den neuropsychologischen Ansätzen* werden die Symptome der Schizophrenie vor allem mit kognitiven Funktionsstörungen erklärt, welche sich ebenfalls mit den biologischen Befunden zu den Störungen der Hirnstruktur decken. Hierbei wurden gravierende kognitive Defizite bei Personen mit Schizophrenie festgestellt. Diese Defizite betreffen die Aufmerksamkeit, die exekutiven Funktionen (planendes Handeln), das verbale Gedächtnis, sowie generelle Intelligenzminderungen. Es ist anzunehmen, dass diese Defizite als Vulnerabilitätsfaktoren anzusehen sind, welche dazu führen können, dass Anforderungen in Schule und Beruf nicht entsprochen werden kann. Diese dadurch hervorgerufenen Belastungen können in weiterer Folge psychotische Symptome auslösen. (Comer et al., 2008)

Die *psychoanalytischen Ansätze* verfolgen die Annahme, dass die Entwicklung einer Schizophrenie als Prozess anzusehen ist, der in zwei Stufen (1. Regression und 2. Wiederherstellung der Ich-Kontrolle) abläuft und aus einem Konflikt zwischen triebhaften

Impulsen und der realen Welt entsteht. (Freud, 1942; zitiert nach Comer et al., 2008) Aus dem psychoanalytischen Bereich stammen auch die, in vergangener Zeit sehr populären, aber oftmals wiederlegten, Annahmen der schizophrenogenen Mutter (Schizophrenie verursachende Mutter). Diese verhält sich ihren Kindern gegenüber, laut Frieda-Fromm-Reichmann (1948, zitiert nach Comer et al., 2008), einerseits aufopfernd und andererseits ablehnend. Damit würden die Voraussetzungen für schizophrene Entgleisungen gelegt (Comer et al., 2008).
Sowohl Freuds Ansatz die Entwicklungsphasen der Schizophrenie betreffend, als auch die Annahmen einer schizophrenogenen Mutter konnten in keinen empirischen Studien bestätigt werden (Comer et al., 2008).

1.6 Therapeutische Interventionen bei Schizophrenie

Die Behandlung der Schizophrenie ist aufgrund der multifaktoriellen Genese sowie der Schwere der Erkrankung komplex. Um eine erfolgreiche, effiziente langzeittherapeutische Versorgung zu ermöglichen, ist es notwendig, unterschiedliche Behandlungsansätze miteinander zu kombinieren. Hierbei werden medikamentöse Behandlungen mit psychosoziotherapeutischen Maßnahmen sowie familientherapeutischen Behandlungskonzepten kombiniert. Die Schizophrenietherapie baut auf drei Säulen auf: (1) die somatischen-physiologischen Behandlungen sowie psychoedukative Aufklärung; (2) die psychologischen-psychotherapeutischen Therapien sowie die Sozial- und Familientherapie; (3) die Rehabilitation. (Wittchen & Hoyer, 2011)

1.6.1 Die somatisch-physiologische Behandlung und psychoedukative Aufklärung

Die somatisch-physiologische Behandlung der Schizophrenie wird durch die Gabe von Antipsychotika durchgeführt. Grundsätzlich können drei allgemeine Behandlungsziele unterschieden werden, die durch die Verabreichung von Antipsychotika verfolgt werden: (1) die Eindämmung akuter Symptome, (2) psychische Stabilisierung in der postakuten Phase, (3) Erhaltung und Wiederherstellung der sozialen Funktionsfähigkeit und Lebensqualität. (Wittchen & Hoyer, 2011)

Hierbei kommen zwei Gruppen von Antipsychotika zur Anwendung: die typischen (Typika) und die atypischen (Atypika) Antipsychotika. Die Wirksamkeit von Antipsychotika ist vor allem in Bezug auf positive Symptome der Schizophrenie gut belegt, allerdings gibt es bei den

beiden Gruppen Unterschiede in Hinblick auf die Effekte bezüglich negativer Symptome. Die Typika stellen die ältere Medikamentengruppe dar und weisen vor allem hinsichtlich ihrer Wirksamkeit bei Negativsymptomen schlechtere Ergebnisse auf als die Atypika. Die Atypika sind die modernere Gruppe der Antipsychotika und erzielen bessere Effekte bei negativen Symptomen. Weiter unterscheiden sich die beiden Gruppen hinsichtlich ihrer Nebenwirkungen. Beide Gruppen weisen Nebenwirkungen unterschiedlicher Qualität auf, die für die Bertoffenen oftmals eine starke Belastung darstellen. Bei der Einnahme von Typika kommt es häufig zu Nebenwirkungen in Form von extrapyramidalmotorischen Störungen (Störungen in der Steuerung der Willkürmotorik). Bei Atypika sind die häufigste Nebenwirkungen Stoffwechselstörungen in Form von starker Gewichtszunahme. (Wittchen & Hoyer, 2011)

Vor allem in Bezug auf die starken Nebenwirkungen der neuroleptischen Medikation ist es wichtig, eine begleitende psychoedukative Aufklärung durchzuführen. Damit kann im Besonderen eine bessere Compliance hinsichtlich der Einnahme von Antipsychotika bei den PatientInnen erreicht werden. (Wittchen & Hoyer, 2011)

Grundsätzlich gilt die Verabreichung und regelmäßige Einnahme von Antipsychotika als Basis für alle weiteren therapeutischen Maßnahmen. Die Effekte der medikamentösen Behandlung stellen im Hinblick auf die positiven Symptome der Schizophrenie (v.a. Denk- und Wahrnehmungsstörungen) eine wichtige Komponente hinsichtlich der generellen Therapiefähigkeit der Betroffenen dar. (Comer et al., 2008)

1.6.2 Die psychologischen und therapeutischen Interventionen

Im Rahmen einer umfassenden Behandlung der Schizophrenie steht, abgesehen von der Symptomreduktion durch medikamentöse Behandlung, auch das subjektive Erleben bezüglich der Erkrankung, sowie die kognitiven, sozialen und emotionalen Beeinträchtigungen der Betroffenen im Zentrum. Hierbei können unterschiedliche Behandlungsansätze miteinander kombiniert werden. Zu den bekanntesten und wirksamsten Verfahren in diesem Bereich zählen das psychoedukative Training für PatientInnen mit Schizophrenie (PTS), das integrierte psychologische Therapieprogramm (IPT), die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) sowie die Familientherapie. (Comer et al., 2008; Wittchen & Hoyer, 2011)

Im Zuge des *psychoedukativen Trainings für PatientInnen mit Schizophrenie (PTS)* werden, neben der Compliance bezüglich der Medikamenteneinnahme, die Fähigkeit zur Krankheitsbewältigung und Belastungsregulation als Therapieziele gesehen. Das PTS wird im Gruppensetting von fünf bis sechs PatientInnen durchgeführt und findet zumeist wöchentlich bis 14-tägig statt. Es folgt einem dreiteiligen, thematisch strukturierten Therapieplan und umfasst 15 Sitzungen. Aufgrund seiner verhaltens- und handlungsorientierten Ausrichtung ist es zielgerichtet einsetzbar und zeigt gute Wirksamkeit hinsichtlich der psychosozialen Anpassung sowie der Reduzierung von Rehospitalisierungsraten der PatientInnen. (Wittchen & Hoyer, 2011)

Das *integrierte psychologische Therapieprogramm (IPT)* umfasst vor allem Maßnahmen zur Verbesserung der kognitiven, kommunikativen und sozialen Fertigkeiten und ist im Besonderen für chronisch-schizophrene PatientInnen geeignet. Grundlegende Ziele des Trainings sind die Behandlung von Störungen der Aufmerksamkeit, Wahrnehmung und der Kognition, sowie Defiziten im Sozialverhalten. Das IPT ist modular aufgebaut und teilweise computergestützt anwendbar. Die fünf Module sind individuell kombinierbar und auf die Vermeidung von Über- oder Unterforderung ausgerichtet. Das IPT bedingt in besonderem Maße Verbesserungen der kognitiven Leistungsfähigkeit und gilt als eines der ersten Programme, welches zu einer Abnahme der Langzeithospitalisierung bei PatientInnen mit Schizophrenie geführt hat. (Wittchen & Hoyer, 2011)

Der Behandlungsansatz der *kognitiven Verhaltenstherapie* im Kontext der Schizophrenie verfolgt einerseits das Ziel, Bewältigungsstrategien für den Umgang mit positiven Symptomen zu vermitteln und andererseits wird eine systematische Exploration der Wahngedanken und Halluzinationen durchgeführt. Die Behandlung findet Unterstützung in Verhaltensexperimenten, mit denen die PatientInnen ihre Überzeugungen und Schlussfolgerungen überprüfen sollen. Die KVT zeigt vor allem bei PatientInnen mit akut psychotischen Episoden, im Vergleich zu PatientInnen mit negativen Symptomen, gute Wirksamkeit. (Comer et al., 2008)

Die *Familientherapie* fußt vor allem in den Befunden zu der *expressed emotions* Theorie und zielt auf Maßnahmen zur Aufklärung, Entlastung, Unterstützung und Sensibilisierung des gesamten familiären Umfelds ab. Ziel ist es, problematische Interaktionen zu vermeiden, in dem die Familienmitglieder realistischere Erwartungen bezüglich der PatientInnen entwickeln,

abweichendes Verhalten besser tolerieren und neue Kommunikationsformen erlernen. Dabei orientiert sich der/die TherapeutIn vor allem an aktuellen Problemen der Familie. Der Ablauf der Familientherapie gliedert sich in vier chronologische Phasen, die aus Diagnostik, Informationsphase, Kommunikationstraining und Problemlösetraining bestehen. (Wittchen & Hoyer, 2011)

Mit der Familientherapie ist es möglich, Verbesserungen der Kommunikation in der Familie zu erreichen und somit Spannungen zu reduzieren (Comer et al., 2008). Dadurch gelingt es, die Rezidivrate bei Menschen mit Schizophrenie zu senken (Pilling et al., 2002, zitiert nach Comer et al., 2008).

1.6.3 Die Rehabilitation

Nach Häfner (1988, zitiert nach Wittchen & Hoyer, 2011) lassen sich die Ziele von Rehabilitation derart definieren, dass vor allem die Folgen der Erkrankung sowie mögliche ungünstige Konsequenzen der Behandlung so gut als möglich abgebaut werden sollen und die Reduzierung des Erkrankungsrezidivs im Fokus stehen soll. Weiter ist es relevant, die psychischen sowie ökonomischen Belastungen für die Betroffenen selbst und deren Umfeld sowie die Gesellschaft betreffend möglichst zu minimieren. Hierfür ist die individuelle Einschätzung der bestehenden Fähigkeiten und Fertigkeiten der Betroffenen zentral. (Häfner, 1988, zitiert nach Wittchen & Hoyer, 2011)

Aufgrund der multifaktoriellen Genese der Schizophrenie ist es relevant, dass Rehabilitationsmaßnahmen mehrdimensional gestaltet sind. Deshalb sollten Therapien zur Rehabilitation von Personen mit Schizophrenie sowohl pharmakologische als auch psychotherapeutische, sowie soziotherapeutische Verfahren und sporttherapeutische Maßnahmen umfassen. (Wittchen & Hoyer, 2011)

In Bezug auf die *Behandlung mit Neuroleptika* gilt die Empfehlung, diese mit einer Dauer von mindestens 12 Monaten bei Ersterkrankung, sowie mindestens fünf Jahre lang bei mehrfach psychotischen Krankheitsschüben, zu verabreichen (Lambert et al., 2004, zitiert nach Wittchen & Hoyer, 2011). Hinsichtlich dieser Empfehlung ist es in der Langzeitbehandlung mit Neuroleptika üblich, diese als Depotmedikation zu verabreichen (Wittchen & Hoyer, 2011). Hierbei wird die Gabe von Neuroleptika in Form von regelmäßigen Injektionen derart gesteuert,

dass eine kontrollierte Arzneistofffreigabe über einen längeren Zeitraum, ohne Zutun des/der Betroffenen (orale Einnahme), möglich wird (Pschyrembel, 2013). Einschränkend sind hier zwei Punkte zu erwähnen: einerseits ist nicht jeder antipsychotische Wirkstoff als Depot verfügbar und andererseits ist nicht jedes Symptom durch die Gabe von Medikamenten beeinflussbar, wie etwa die Wahnsymptomatik.

In Ergänzung zur medikamentösen Behandlung sind für eine erfolgreiche Rehabilitation jedenfalls *psychologische und psychotherapeutische Verfahren* anzuwenden. Hierbei ist es im psychotherapeutischen Prozess von besonderer Relevanz, die erhöhte Vulnerabilität von Personen mit Schizophrenie zu beachten. Vor allem im Hinblick auf therapeutische Simulationen, die intensive Gefühlserlebnisse auslösen können, wurden Leitlinien zum psychotherapeutischen Umgang mit PatientInnen mit Schizophrenie entwickelt. (Gottwalz & Krausz, 2004, zitiert nach Wittchen & Hoyer, 2011).

Einen besonderen Stellenwert in der Rehabilitation von Personen mit Schizophrenie nimmt die *Soziotherapie* ein. Hierunter vereinen sich alle Maßnahmen zur Wiedereingliederung in Familie und Beruf. Zentrale Ziele dabei sind Eigeninitiative und Selbstverantwortung der Betroffenen sowie Interaktion und Kommunikation zu fördern, um eine möglichst schnelle Resozialisation zu erreichen. Hierbei werden vor allem die gesunden Anteile der Persönlichkeit in den Fokus gerückt. Im Konkreten umfassen diese Maßnahmen zum Beispiel Arbeitstherapie, Beschäftigungstherapie, Milieugestaltung, aber auch teilstationäre Übergangseinrichtungen bzw. die Schaffung einer Wohnsituation, in der die Betroffenen so selbständig wie möglich in ihrem individuellen Privatbereich leben können. (Wittchen & Hoyer, 2011)

Sporttherapeutische Maßnahmen können als spezielle Form der soziotherapeutischen Maßnahmen gesehen werden. Hierbei spielen vor allem pädagogische und psychologische Zielsetzungen unter Berücksichtigung von Motivation und gruppendynamischen Prozessen eine besondere Rolle. Durch gezielte sportliche Aktivität und Bewegung in der Gruppe, soll eine Aktivierung der Betroffenen stattfinden, Eigeninitiative sowie Selbstverantwortung gestärkt werden und Kommunikation und Interaktion gefördert werden. (Wittchen & Hoyer, 2011)

Im Allgemeinen richten sich die Dauer und Intensität rehabilitativer Maßnahmen immer nach den Bedürfnissen des Betroffenen und dem Erfolg. Grundlegend ist die Rückkehr der

Betroffenen in zentrale Bereiche ihres gewohnten Lebens nach einem Klinikaufenthalt. Wenn diese aus eigener Kraft nicht vollzogen werden kann, ist es erforderlich, einen Plan notwendiger Rehabilitationsmaßnahmen zu erstellen. Dieser muss auf die jeweiligen Bedürfnisse des Betroffenen abgestimmt sein und beginnt in den meisten Fällen schon während des Klinikaufenthaltes in der Vorbereitung auf die Entlassung. (Häfner, 2010)

2 Der österreichische Maßnahmenvollzug

Mit Einführung des Maßnahmengesetzes in Österreich im Zuge der 1975 durchgeführten Strafrechtsreform wurde ein neuer Abschnitt in der Geschichte der staatlichen Reaktion auf verbotenes Handeln eingeleitet. In dem vorher von Schuld und Tadel geprägten Strafvollzug (Kienapfel, 1998) fand damit der Behandlungsgedanke – Therapie statt Strafe – Einzug (Bundesministerium für Justiz, 2015).

Bis zum Inkrafttreten des Strafgesetzbuchs am 1. Jänner 1975 wurden psychisch kranke RechtsbrecherInnen zusammen mit psychisch kranken Nicht-RechtsbrecherInnen in denselben Anstalten und Abteilungen untergebracht. Dies führte zu erheblichen Missständen und Schwierigkeiten. Aus diesem Grund wurde vom Justizministerium die Einrichtung speziell konzipierter Justizanstalten und eigener forensisch-psychiatrischen Abteilungen in Krankenhäusern zur Unterbringung von psychisch kranken TäterInnen etabliert. Diese Unterbringung ist potentiell unbefristet und wird gerichtlich geregelt. In Österreich gibt es derzeit zehn solcher Einrichtungen, deren administrative und finanzielle Verantwortung der Justizverwaltung unterliegt und deren jeweilige Zuweisungen durch das geographische Einzugsgebiet geregelt sind. (Bundesministerium für Justiz, 2015)

2.1 Verurteilungsgrundlagen

Seit der mit 01.01.1975 in Kraft getretenen Strafrechtsreform, gilt in Österreich ein Schuld-Strafrecht. Das bedeutet, TäterInnen können für ihre Straftaten nur dann belangt werden, wenn das Vorliegen von schuldhaftem Verhalten anzunehmen ist (§ 4 StGB; Doralt, Fuchs, & Maleczky, 2014).

Wenn ein/e Verdächtiger/Verdächtige mit schwerer psychischer Erkrankung festgenommen wird, bestehen zumeist erhebliche Zweifel an seiner/ihrer Schuldfähigkeit. Bei einer

Verhaftung eines/einer TäterIn, bei dem/der Zweifel an der Schuldfähigkeit vorliegen, wird ein erstes Gutachten hinsichtlich der Zurechnungsfähigkeit (§ 11 StGB) erstellt. Nach positiver Begutachtung wird die Anhaltung (§ 429.4 StPO) des/der Verdächtigen nicht in einer Justizanstalt, sondern in einem psychiatrischen Krankenhaus vollzogen. Diese geht mit der Behandlung und der weiteren Begutachtung des/der Verdächtigen einher (Stompe & Schanda, 2010a). In weiterer Folge wird geprüft, ob der/die Verdächtige nach den Verurteilungsgrundlagen geistig abnormer Rechtsbrecher nach § 21 StGB zu verurteilen wäre.

Diesbezüglich sind drei Kriterien zu erfüllen: Erstens muss eine Straftat, welche mit mindestens einem Jahr Freiheitsstrafe bemessen werden könnte vorliegen, zweitens muss eine „geistige oder seelische Abartigkeit höheren Grades“ (§ 21.1 StGB) vorliegen und drittens muss eine ungünstige Prognose für die Begehung zukünftiger Straftaten aufgrund der Erkrankung gestellt werden. „Die geistige oder seelische Abartigkeit höheren Grades“ (§ 21.1 StGB) definiert sich durch „eine Geisteskrankheit, geistige Behinderung, tiefgreifende Bewusstseinsstörung oder eine andere dieser Zustände gleichwertigen seelischen Störung“ (§ 11 StGB) im Moment der Begehung der Tat, wobei die Person aufgrund dessen nicht in der Lage war, dass Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln und somit eine Zurechnungsunfähigkeit angenommen werden kann (§ 11 StGB). Bei Erfüllung aller Voraussetzungen kommt es zu einer Verurteilung nach § 21.1 StGB, welche eine Einweisung in den Maßnahmenvollzug auf unbestimmte Zeit bedeutet, wobei die Notwendigkeit der Anhaltung einmal jährlich überprüft wird (Stompe & Schanda, 2010a).

2.2 Zielsetzungen des Maßnahmenvollzugs

Die Zielsetzungen des österreichischen Maßnahmenvollzugs bei einer Verurteilung nach § 21.1 StGB finden im §164 StVG -Zweck der Unterbringung ihre gesetzliche Regelung:

> (1) Die Unterbringung in einer Anstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher soll die Untergebrachten davon abhalten, unter dem Einfluss ihrer geistigen oder seelischen Abartigkeit mit Strafe bedrohte Handlungen zu begehen. Die Unterbringung soll den Zustand der Untergebrachten soweit verbessern, dass von ihnen die Begehung mit Strafe bedrohter Handlungen nicht mehr zu erwarten ist, und den Untergebrachten zu einer rechtschaffenden und den Erfordernissen des Gemeinschaftslebens angepassten Lebenseinstellung verhelfen. (§ 164 StVG; Doralt et al., 2014)

Somit ist die zentrale Zielsetzung determiniert durch eine Behandlung der psychischen Störung, wobei der Abbau der sich daraus ergebenden spezifischen Gefährlichkeit der Betroffenen im Fokus steht. Vor dem Hintergrund dieser gesetzlich vorgeschriebenen Zieldefinition des Maßnahmenvollzugs wird in weitere Folge eine theoretische Auseinandersetzung mit den Inhalten der praktischen Ausgestaltung der Behandlung im forensisch-psychologischen Setting stattfinden.

2.2.1 Die Behandlung im Maßnahmenvollzug

Der grundlegende Unterschied zwischen der Behandlung im Maßnahmenvollzug und der allgemeinpsychiatrischen Versorgung ist, dass sowohl die Einweisung als auch die Entlassung der Betroffenen in den oder aus dem Maßnahmenvollzug von einem Strafgericht vorgenommen wird. Ausschlaggebend für eine Einweisung oder Entlassung in den oder aus dem Maßnahmenvollzug ist in erster Linie die Einschätzung des zukünftigen Gewaltrisikos; vernachlässigt wird hierbei die generelle Behandelbarkeit der Betroffenen. Dieser Umstand führt dazu, dass kriminaltherapeutische Maßnahmen im juristischen Spannungsfeld zwischen Besserung für die Betroffenen und Sicherung für die Allgemeinheit stattfindet. Hieraus entsteht für die Behandelnden ebenfalls ein gesetzlich vorgegebenes Doppelmandat, nämlich Behandlung und Sicherung. Dieses mündet darin, dass Kriminaltherapie im Sinne eines Risikomanagements zwingend auf einer sorgfältigen Risikobeurteilung konzeptualisiert werden muss. Im besten Fall umfasst die Behandlung, ein Kontinuum beginnend, bei der Aufnahme in die Maßnahme über die stationäre Behandlung sowie die Vorbereitung auf die Entlassung und die ambulante Nachsorge bis zur Überführung in das allgemeinpsychiatrische System. (Müller-Isberner, Eucker, & Schubert, 2011)

Weiter erfolgt der Behandlungsauftrag in der forensischen Psychiatrie durch staatliche Organe und nicht durch den/die PatientIn selbst, was zu einem Zwangskontext und einer wesentlich verminderten intrinsischen Motivation der Betroffenen führen kann. Insofern ist bei der Behandlung im Maßnahmenvollzug in erster Linie an der Therapiefähigkeit und –willigkeit mit den PatientInnen zu arbeiten. Dies erfordert ein gewisses Umdenken im therapeutischen Selbstverständnis, insofern, dass nicht primär der/die PatientIn für das Ermöglichen von Veränderung verantwortlich ist, sondern die Behandelnden. (Müller-Isberner et al., 2011)

Hinsichtlich der Behandlung aus dem Blickwinkel der Risikominimierung kommen in der Kriminaltherapie vor allem pharmakologische, psychologische sowie psycho- und soziotherapeutische Verfahren zum Einsatz (Müller-Isberner et al., 2011).

Weiter ist es erforderlich, nicht zuletzt aufgrund der multikausalen Genese von Delinquenz, dass Kriminaltherapie störungsspezifisch, multimodal und integrativ ausgerichtet ist (Müller-Isberner, 2013). Kriminaltherapie mündet in dem empirischen Wissen über spezifische Charakteristika von StrafttäterInnen mit psychischer Erkrankung, die Ursachen von Kriminalität und darüber, welche Methoden wirksam sind (Müller-Isberner et al., 2011). Effektive Behandlungsprogramme für StraftäterInnen berücksichtigen die Prinzipien von Risiko, Bedürfnis und Ansprechbarkeit der PatientInnen (Müller-Isberner et al., 2011). Das bedeutet, effektive Kriminaltherapie sollte insbesondere ein hohes Rückfallrisiko berücksichtigen, bei zeitgleichem Fokus auf veränderbare TäterInnencharakteristiken, die in empirisch belegter Weise in einer Beziehung zum kriminellen Verhalten stehen sowie, dass die Behandlungsverfahren dem spezifischen Lernstil des/der PatientIn gerecht werden müssen (Müller-Isberner, 2013).

Damit Therapie diesen Prinzipien entsprechen kann, ist das Wissen um spezifische Entstehungsbedingungen von gewalttätigem Verhalten essenziell, um das Risiko der/des einzelnen PatientIn besser abzuschätzen, aber vor allem auch, um den Behandlungsgegenstand exakt zu definieren und in weiterer Folge die Behandlungsverfahren dementsprechend auszuwählen und auf die Vermeidung zukünftiger Risikofaktoren auszurichten.

2.2.2 Die spezifische Gefährlichkeit - Prognostik

Wenn Kriminaltherapie als Risikomanagement konzipiert ist, dann ist es notwendig, dass diese auf einer sorgfältigen Risikobeurteilung beruht. Nur dann kann auch ein Abbau der spezifischen Gefährlichkeit des/der Betroffenen erfolgen. (Müller-Isberner et al., 2011)

Zur strukturierten Erfassung von individuellen Risikofaktoren aber auch von protektiven Faktoren und schließlich der prognostischen Beurteilung des zukünftigen Risikos für die Begehung einer weiteren Tat, stehen unterschiedliche Verfahren und Checklisten zur Verfügung (Müller-Isberner et al., 2011). Das in Österreich am häufigsten zum Einsatz

kommende und als hinlänglich valide und reliabel anerkannte statistische Instrument ist die HCR-20 – *Historical Clinical Risk Assessment Version 2* (Müller-Isberner & Webster, 1998).

Die HCR-20 – Vorhersage von Gewalttaten ist ein prognostisches Instrument zur Untersuchung, Einschätzung und Vorhersage von Gewaltrisiken. Der hauptsächliche Anwendungsbereich besteht bei Personen, bei denen der Verdacht auf eine psychische Erkrankung vorliegt und deren Vorgeschichte gewalttätiges Verhalten aufweist. Dieses Verfahren wird in Form eines halbstrukturierten Interviews durchgeführt. Das Instrument besteht aus 20 Bewertungskriterien und ist in drei Bereiche gegliedert: Vorgeschichte, Klinik und Risikomanagement. Zur Kodierung der erhobenen Items wird eine 3-Punkte Skala verwendet, welche in der finalen Zusammenschau zu einer vollständigen Beschreibung und Bewertung der individuellen Risikofaktoren und protektiven Faktoren führt sowie eine valide prognostische Einschätzung der Wahrscheinlichkeit der Begehung einer weiteren Straftat erlaubt. (Müller-Isberner & Webster, 1998)

Tabelle 4

Die Items der HCR-20-V2 nach Müller-Isberner & Webster (1998)

Historisch (Vergangenheit)	Klinisch (Gegenwart)	Risikomanagement (Zukunft)
H1. Frühere Gewalttaten	C1. Mangel an Einsicht	R1. Keine realistischen Pläne
H2. Alter bei erster Gewalttat	C2. Negative Einstellungen	R2. Destabilisierende Faktoren
H3. Instabile Partnerschaften	C3. Produktive Symptomatik	R3. Mangel an Unterstützung
H4. Arbeitsprobleme	C4. Impulsivität	R4. Noncompliance
H5. Substanzprobleme	C5. Schlechte Behandelbarkeit	R5. Stressoren
H6. Psychiatrische Erkrankungen		
H7. Psychopathie nach Hare		
H8. Frühe Verhaltensauffälligkeiten		
H9. Persönlichkeitsstörungen		
H10. Bewährungsversagen		

Bezüglich der Durchführung der HCR-20 ist im Vorfeld der eigentlichen Exploration ein ausführliches Aktenstudium unbedingt erforderlich, um mögliche Unstimmigkeiten zwischen den Selbstbeschreibungen des/der Untersuchten und den Tatsachen feststellen zu können. Weiter setzt die Anwendung der HCR-20 ein hohes Maß an Expertise voraus. Es sind für eine valide Anwendung einschlägige fachliche Kompetenzen, sowohl in der Erstellung

multimodaler Persönlichkeitsbeschreibungen als auch im Bereich der Gewalttätigkeit und Delinquenz von Nöten. Daher wird die Anwendung dieses Verfahrens im klinischen Setting nur für speziell ausgebildete PraktikerInnen empfohlen. (Müller-Isberner & Webster, 1998)

2.3 Der Maßnahmenvollzug nach §21/1 StGB: Zahlen, Fakten & Entwicklungen

Zum Stichtag 01.01.2015 waren in Österreich insgesamt 375 Personen nach §21/1 StGB im Maßnahmenvollzug untergebracht, sowie 60 Personen nach § 429/4 StPO vorläufig angehalten. Davon waren 201 InsassInnen in justizeigenen Einrichtungen (Justizanstalt Göllersdorf, Außenstelle Forensisches Zentrum in Asten) untergebracht und 170 in öffentlichen Krankenanstalten für Psychiatrie. Die übrigen Personen befanden sich noch in Untersuchungsgefängnissen. (Bundesministerium für Justiz, 2015)

Im Hinblick auf Diagnose- und Deliktschwerpunkte ist festzustellen, dass 75% der PatientInnen, die im österreichischen Maßnahmenvollzug nach §21/1 StGB untergebracht sind, eine Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis aufweisen. Weiter kann festgestellt werden, dass es sich bei 76.2% der Delikte in diesem Bereich um Gewaltverbrechen handelt (16.8% Tötungsdelikte; 30.5% schwere Körperverletzung; 28.9% Delikte gegen die Freiheit; Stompe & Schanda, 2010a).

Betrachtet man die Entwicklung der Einweisungen nach §21/1 StGB seit 1990, so ist hier ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen. Waren im Jahr 1990 noch 100 Personen im Maßnahmenvollzug nach § 21/1 StGB untergebracht, so sind es zum jetzigen Zeitpunkt fast vier Mal so viele. Dieser Anstieg ist die Folge einer deutlichen Zunahme der Einweisungsinzidenz bei niedrigerer Entlassungsinzidenz. Diese Entwicklung kennzeichnet einen allgemeinen Trend in vielen europäischen Ländern, welcher von vielfältigen Ursachen bedingt und unterstützt wird. Hier können sowohl gesamtgesellschaftliche Prozesse als auch gesundheitspolitische Veränderungen sowie ein genereller Wandel von Weltanschauungen und Wertehaltungen zur Erklärung herangezogen werden. (Schanda, Stompe, & Ortwein-Swoboda, 2006; Stompe & Schanda, 2010a)

3 Schizophrenie und gewalttätiges Verhalten

3.1 Stigmatisierung

Gewaltbereitschaft ist nur eines von unzähligen weit verbreiteten Stigmata, welches Menschen mit Schizophrenie anhaftet (Grausgruber et al., 2009). Dafür ist nicht zuletzt die überproportional häufige mediale Darstellung von Menschen mit Schizophrenie als unberechenbare Gewaltverbrecher mitverantwortlich (Schlier & Lincoln, 2014). Vor allem im Hinblick auf die Berichterstattung in der Boulevardpresse konnte nachgewiesen werden, dass hier eine starke Stigmatisierung der Schizophrenie in Richtung Gewalttätigkeit begünstigt wird (Schlier & Lincoln, 2014). Auch die häufige assoziative Verwendung des Begriffs der Schizophrenie als etwas Widersinniges, Widersprüchliches oder Absurdes unterstützt falsche Annahmen und die Stigmatisierung von Menschen mit Schizophrenie in unserer Gesellschaft (Schlier & Lincoln, 2014).

Die Allgemeinbevölkerung schätzt Menschen mit Schizophrenie als gefährlich, unberechenbar und inkompetent ein. Des Weiteren werden ihnen häufig eine Mitschuld an ihrer Störung und geringe Heilungschancen zugesprochen (Arens, Berger, & Lincoln, 2009). Solche Stigmatisierungen haben für die Betroffenen oftmals weitreichende Konsequenzen, die sich abgesehen von einem verminderten Selbstwertgefühl auch in deutlichen Einschränkungen der Lebensqualität äußern können (Arens et al., 2009). Weiter führen Stigmatisierungen und die Zuschreibung von Stereotypen dazu, dass Menschen mit Schizophrenie in der Gesellschaft starken Benachteiligungen ausgesetzt sind (Arens et al., 2009). Die Betroffenen beschreiben die Konsequenzen von Stigmatisierungen als weitere Belastung, die der Schwere des Leidensdrucks der eigentlichen psychischen Erkrankung gleichzusetzen ist (Meise et al., 2001, zitiert nach Schlier & Lincoln, 2014).

Die Zuschreibung von Gewaltbereitschaft führt in besonderem Maße dazu, dass Personen mit Schizophrenie in weiten Bereichen des sozialen Lebens Ausgrenzung erfahren (Arens et al., 2009). Im Kontext von gewalttätigem Verhalten ist anzumerken, dass eine erhebliche Mehrheit aller gewalttätigen Individuen nicht an Schizophrenie leidet (Rogers & Fahy, 2008). Weiter ist die Mehrheit der Personen, die an Schizophrenie leiden, nicht gewalttätig (Rogers & Fahy, 2008). Nichtsdestotrotz konnte in zahlreichen Studien ein mäßiger, aber meist statistisch signifikanter Zusammenhang, zwischen spezifischen Formen der Schizophrenie (v.a. paranoide

Schizophrenie) und Gewalt festgestellt werden (Stompe & Schanda, 2012) sowie ein erhöhtes Risiko, vor allem für schwere Gewaltkriminalität, im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (Schanda & Stompe, 2011).

In weiterer Folge soll nun eine umfangreiche Auseinandersetzung mit den Forschungsarbeiten im Bereich Schizophrenie und Gewalt stattfinden, um einen möglichst differenzierten Einblick in die Befundlage der vergleichsweise kleinen Gruppe von Menschen mit Schizophrenie, die gewalttätiges Verhalten gezeigt haben, zu ermöglichen.

3.2 Mögliche Entstehungswege von Gewalt bei Schizophrenie

Seit den 1970er Jahren fanden zahlreiche Studien zum Thema Schizophrenie und Gewalt regelmäßig mehr oder weniger starke Zusammenhänge zwischen Schizophrenie und schweren Gewaltdelikten (Schanda et al., 2004; Schanda, 2006; Wallace et al., 1998; Walsh et al., 2004). Es gilt als hinlänglich bekannt, dass vor allem bestimmte Symptome der Schizophrenie (z.B.: Wahn) und weitere Aspekte (soziodemographische Faktoren, Substanzmissbrauch) in Verbindung mit der Schizophrenie Risikofaktoren für gewalttätiges Verhalten darstellen können (Cheung, Schweitzer, Crowley, & Tuckwell, 1997; Harris, Oakley, & Picchioni, 2014; Schanda & Stompe, 2011). Es besteht allerdings nach wie vor Unklarheit über Art und Gewichtung der Faktoren, die gewalttätiges Verhalten begünstigen. Generell wird davon ausgegangen, dass es sich hierbei um ein komplexes, multifaktorielles Geschehen handelt (Stompe, 2011).

Die Schizophrenie kennzeichnet eine heterogene PatientInnengruppe, die sich in ihren Symptomen und im Krankheitsverlauf stark unterscheiden (Häfner et al., 2013). Diese Tatsache macht es unmöglich, einen kausalen Schluss hinsichtlich der Schizophrenie und gewalttätigem Verhalten zuzulassen. Kruse, Kutscher, and Leygraf (2013) konnten in ihrer Studie zeigen, dass sich PatientInnen mit Schizophrenie im forensischen Kontext von PatientInnen mit Schizophrenie der Allgemeinpsychiatrie hinsichtlich zentraler Merkmale maßgeblich unterschieden. Forensische PatientInnen waren in geringerem Maße in das psychiatrische Versorgungssystem eingebunden, sie zeichneten sich durch geringere medikamentöse Compliance aus, wiesen häufiger Zwangsbehandlungen wegen Fremdaggressivität auf und zeigten mehr Behandlungsschwierigkeiten, sowie vermehrt gewalttätiges Verhalten.

Auch Volavka and Citrome (2011) konnten in ihrem Modell (vgl. Abbildung 3) anschaulich darstellen, dass aggressives gewalttätiges Verhalten bei an Schizophrenie erkrankten Personen komplexen Bedingungskonstellationen unterliegt, die heterogene PatientInnengruppen erzeugen. Es ist also notwendig, insbesondere in Hinblick auf therapeutische Maßnahmen, die jeweiligen Risikofaktoren und Bedingungskonstellationen zu identifizieren und gezielt in die therapeutischen Interventionen zu integrieren.

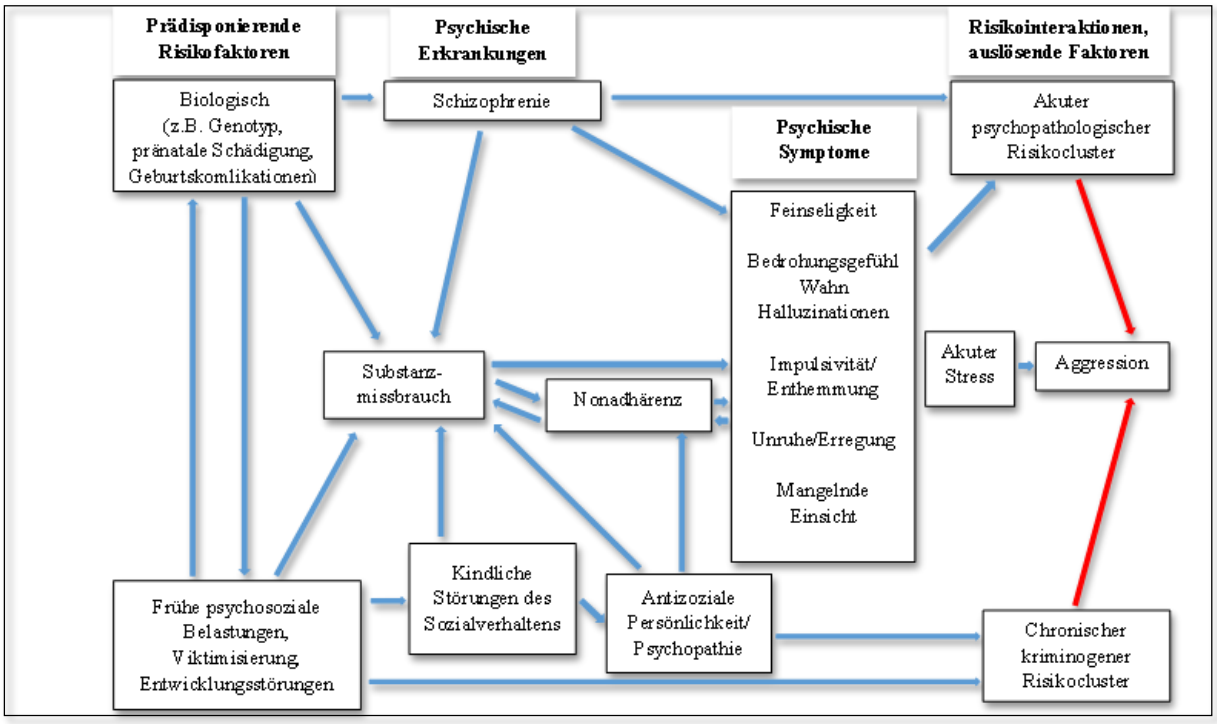

Abbildung 3: Mögliche Entstehungswege von Aggression bei Schizophrenie (Volavka & Citrome, 2011)

Vor allem hinsichtlich der zentralen Zielsetzungen der Maßnahme nach §164 StVG (Zweck der Unterbringung), nämlich der Behandlung der psychischen Erkrankung und des Abbaus der spezifischen Gefährlichkeit der Untergebrachten, scheint es hoch relevant zu sein, eine differenzierte Haltung einzunehmen. Es ist unablässig, einerseits die spezifischen Aspekte und Symptome dieser komplexen Erkrankung in Verbindung mit gewalttätigem Verhalten zu betrachten und andererseits allgemeine Faktoren, die in Verbindung mit gewalttätigem Verhalten stehen, im Kontext der Schizophrenieerkrankung differenziert zu behandeln (Bo et al., 2011). Zur Optimierung dieses Ansatzes ist es notwendig, einen spezifischen Blick auf die Gruppe der PatientInnen zu werfen, die bereits gewalttätiges Verhalten gezeigt hat, um ein besseres Verständnis für die Entstehungsbedingungen des gewalttätigen Verhaltens zu

entwickeln und in weiterer Folge eine Verbesserung der therapeutischen Interventionen zu erreichen.

3.3 Darstellung des Forschungshintergrunds

Im Folgenden wird die bisherige Forschung zum Thema „Schizophrenie und Gewalt“ ausführlich dargestellt. Dieser Abschnitt dient im Speziellen der theoretischen Herleitung der, im empirischen Teil dieser Diplomarbeit untersuchten, Hypothesen. Hierbei werden vor allem Studien und Theorien fokussiert, die sich mit der psychopathologischen Symptomatik und dem Verlauf der Schizophrenie sowie mit komorbidem Substanzmissbrauch und soziodemographischen Faktoren im Zusammenhang mit gewalttätigem Verhalten im Kontext der Schizophrenie beschäftigen.

Um schließlich einen vollständigen Überblick über die Forschung im Bereich Schizophrenie und gewalttätigem Verhalten zu liefern, werden in Anlehnung an das Review von Bo et al. (2011) Studien zusammenfassend dargestellt, die Persönlichkeitspathologien sowie die soziale Funktionsfähigkeit wie Empathie im Zusammenhang mit Schizophrenie und gewalttätigem Verhalten untersuchen.

3.3.1 Methodische Schwierigkeiten und Forschungsüberblick

Hinsichtlich der großen Vielzahl an Forschungsarbeiten, scheint es von Relevanz, sich dem Forschungsgegenstand systematisch und zuerst auf einer methodenkritischen Weise zu nähern.

Schanda (2006) konnte in einer Übersicht, die sich mit methodischen Schwierigkeiten von 23 publizierten Studien aus den letzten 25 Jahren beschäftigte, einige grundlegende Probleme der Forschung im Bereich Schizophrenie und Gewalt aufzeigen. Die Forschungslandschaft ist geprägt von differierenden diagnostischen Formulierungen, uneinheitlichen Definitionen bezüglich Kriminalität und Gewalttätigkeit sowie unterschiedlichen und teilweise schwer vergleichbaren Informationsquellen und Untersuchungszeiträumen. Weiter finden sich Probleme bei der Fallrekrutierung, interferierende Variablen und nicht zuletzt statistische Probleme. (Schanda, 2006)

Im Forschungsbereich Schizophrenie und Gewaltkriminalität gibt es sowohl sehr große epidemiologische Untersuchungen (Appelbaum, Robbins, & Monahan, 2000; Hodgins, Mednick, Brennan, Schulsinger, & Engberg, 1996; Räsänen et al., 1998) als auch Studien, die von unterschiedlichen Indexpopulationen ausgehen. Diese definieren sich durch stationäre und/oder ambulante Kontakte (Wessely, Castle, Douglas, & Taylor, 1994) sowie Begutachtungen (Pétursson & Gudjónsson, 1981), Strafregistereinträge und Verurteilungen (Wallace et al., 1998), wodurch generalisierte Aussagen schwer möglich sind.

Nichtsdestotrotz kann in der Zusammenschau der bisherigen Forschungsarbeiten festgestellt werden, dass auch unter Berücksichtigung von soziodemographischen Variablen sowie komorbidem Substanzmissbrauch, ein zumeist statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen Psychose, Wahn und gewalttätigem Verhalten zu finden ist (Schanda, 2006). Der Einfluss der Krankheit ist allerdings bei schwerer Gewaltkriminalität unmittelbarer nachweisbar als bei leichteren Delikten. Bei leichten Delikten dürften die Zusammenhänge eher indirekt durch krankheitsbedingte soziale Deprivation sowie erhöhte Vulnerabilität für Substanzmissbrauch erzeugt werden. (Schanda, 2006).

3.3.2 Psychopathologische Symptome der Schizophrenie

Im Zusammenhang mit dem breiten Spektrum der psychopathologischen Symptome bei Personen mit Schizophrenie konnte festgestellt werden, dass vor allem die positive im Vergleich zur negativen Symptomatik einen Risikofaktor für gewalttätiges Verhalten darstellt (Swanson et al., 2006). Insbesondere paranoider Wahn sowie spezifische psychotische Symptome zeigten in Studien wiederholt signifikant positive Zusammenhänge mit gewalttätigem Verhalten (Cheung et al., 1997; Link, Stueve, & Phelan, 1998; Schanda, 2006; Stompe, Ortwein-Swoboda, & Schada, 2004). Hierbei wurde ebenfalls auf den Zusammenhang zwischen dem erstmaligen Auftreten psychotischer Symptome und Gewalt, im Unterschied zum weiteren Krankheitsverlauf der Schizophrenie, besondere Aufmerksamkeit gelegt (Large & Nielssen, 2011). Es konnte festgestellt werden, dass vor allem das erstmalige Auftreten einer psychotischen Episode (Large & Nielssen, 2011) als auch ein langer Krankheitsverlauf mit ausgeprägter paranoider Wahnsymptomatik (Hodgins & Müller-Isberner, 2014; Stompe et al., 2004) in engem Zusammenhang mit gewaltvollen Delikten steht.

In Bezug auf das Spektrum der Positivsymptomatik der Schizophrenie im Zusammenhang mit gewalttätigem Verhalten wurde in der bisherigen Forschung vor allem auf die Gruppe der *Threat-Control-Override-Symptome* (TCO-Symptome) besonderer Fokus gelegt (Link et al., 1998; Stompe et al., 2004). Die TCO-Symptome wurden von Link und Stueve (1994) aus der Bandbreite der Leitsymptome von Schizophrenie nach Schneider (1950) isoliert, indem diese signifikant häufiger mit gewalttätigem Verhalten in Verbindung gebracht werden konnten. Sie definierten diese Symptomgruppe als wahnhafte Symptomatik, verbunden mit dem Gefühl persönlicher Bedrohung und dem Verlust der Selbstkontrolle (Stompe, 2011).

Threat (T) im engeren Sinne meint einen systematisierten Verfolgungs- oder Vergiftungswahn, in dem sich die Betroffenen mit vermeintlichen Todesdrohungen durch konkrete Personen konfrontiert sehen. Dadurch kann eine Aggressionshandlung aus wahnhafter Notwehr entstehen. Im Weiteren umfasst Threat aber auch Erlebniswelten, in denen sich die Person beobachtet oder abgehört fühlt (Stompe, 2011). „In der Zusammenschau beschreibt der Threat also eine Reihe von Wahnthemen, die durch ein diffuses oder konkretes Gefühl der Bedrohung durch die Umwelt charakterisiert sind“ (Stompe, 2011 S. 93).

Control-Override Symptome (CO) sind im Gegensatz zu Threat eher flüchtige Erlebnisformen, die sich in Gedankeneingaben, Gedankenentzug und Willensbeeinflussungserlebnissen äußern. Sie stellen für die Betroffenen situativ eine erhebliche Irritation dar, allerdings ohne den kontinuierlichen Aspekt des sich ständig bedroht Fühlens des Threat. (Stompe, 2011)

Zur theoretischen Begründung des Zusammenhangs der TCO-Symptome mit gewalttätigem und aggressivem Verhalten kann angeführt werden, dass diese von starken Gefühlen der Angst und Bedrohung begleitet werden. Diese Gefühle können sich oftmals in aggressiven Verhaltensweisen im Sinne einer Verteidigungsreaktion äußern. Hiday (1997) konnte feststellen, dass im speziellen bei Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis das Ausmaß dieser empfundenen Angst in hohem Maße von krankheitsbedingten Wahrnehmungsveränderungen, die sich in TCO-Symptomen wiederfinden, abhängt.

Bei näherer Betrachtung der Forschungsergebnisse in diesem Bereich kann allerdings von divergenter Befundlage gesprochen werden. In der prospektiven MacArthur Violence Risk Assessment Study fanden sich keine Zusammenhänge zwischen TCO-Symptomen und der Prognose von gewalttätigem Verhalten (Appelbaum et al., 2000). Allerdings wurde in anderen

Arbeiten bei differenzierter, meist retrospektiver Betrachtung, vor allem der T-Aspekt als signifikanter Prädiktor für schwere Delikte gefunden (Stompe et al., 2004) und Teasdale, Silver, und Monahan (2006) konnten TCO-Symptome bei Männern allerdings nicht bei Frauen als Prädiktor annehmen. Swanson, Borum, Swartz, and Monahan (1996) konnten feststellen, dass es bei einem Vergleich von schizophrenen PatientInnen mit und ohne TCO-Symptomatik bei 16% der PatientInnen mit TCO-Symptomatik, aber nur bei 6% der PatientInnen ohne TCO-Symptomatik zu gewalttätigem Verhalten kam. Zudem konnten sie zeigen, dass die Kombination von Substanzmissbrauch mit TCO-Symptomen das Risiko für gewalttätiges Verhalten signifikant erhöht (Swanson et al., 1996).

Stompe et al. (2004) untersuchten in ihrer Studie sowohl gewalttätige als auch nicht gewalttätige männliche Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis und kamen zu dem Ergebnis, dass TCO-Symptome bei beiden Gruppen gleichermaßen zu finden sind. Hier zeigten sowohl soziodemographische Faktoren (v.a. sozialer Status) als auch Substanzmissbrauch größere Unterschiede zwischen den Gruppen. Allerdings konnten sie bei näherer Betrachtung der gewalttätigen Patienten feststellen, dass diese sich hinsichtlich der T-Symptome signifikant voneinander unterschieden. In der Gruppe der Patienten, die schwere Delikte gesetzt hatten, fanden sich häufiger T-Symptome als in der Gruppe der Patienten mit leichten Delikten. (Stompe et al., 2004)

Es ist anzumerken, dass Studien mit Schwerpunkt TCO-Symptomatik aufgrund von unterschiedlichen methodischen Ansätzen, sowie Unterschieden in Design und Zusammensetzung der Stichproben, generell Schwierigkeiten in ihrer Vergleichbarkeit aufweisen (Stompe, 2011; Stompe et al., 2004). Insofern ergeben sich nach wie vor Einschränkungen hinsichtlich der Generalisierbarkeit der Ergebnisse. Daraus entsteht auch die wissenschaftliche Relevanz, das TCO-Konzept in weiterführenden Studien fortlaufend zu untersuchen.

3.3.3 Krankheitsverlauf und spezifische Risikofaktoren

Im Hinblick auf die Symptomatik im Verlauf der schizophrenen Erkrankung konnten positive Zusammenhänge zwischen floriden Symptomen und gewalttätigem Verhalten bei Personen mit Schizophrenie festgestellt werden (Haddock, Eisner, Davies, Coupe, & Barrowclough, 2013). Auch im Zusammenhang mit dem Stadium des Krankheitsverlaufs gibt es Befunde, dass

zwischen Episoden des erstmaligen Auftretens von Psychosen, im Gegensatz zum längerfristigen Krankheitsverlauf der Schizophrenie, ein positiver Zusammenhang mit gewalttätigem Verhalten besteht. Large and Nielssen (2011) konnten den Einfluss einer unbehandelten Psychose als Hauptfaktor für gewalttätiges Verhalten und Morddelikten bei TäterInnen mit Schizophrenie identifizieren. Insofern sind Symptome der floriden Phase zum Teil in der Lage, Aggressionshandlungen in akuten Krankheitsphasen zu erklären, aber aggressive, gewalttätige Verhaltensweisen, die in anderen Krankheitsphasen oder bereits vor Ausbruch der Schizophrenie auftreten, sind hiermit unzureichend erklärbar (Hodgins & Müller-Isberner, 2014).

Bei Hodgins and Müller-Isberner (2014) finden sich drei distinktive Typen von Personen mit Schizophrenie, die aggressives gewalttätiges Verhalten aufweisen und sich hinsichtlich des Entstehungszeitpunktes der Gewaltkriminalität und Delinquenz im Kontext der Schizophrenie sowie spezifischer allgemeiner Risikofaktoren für gewalttätiges Verhalten unterscheiden lassen. In den angeführten Gruppen stellen vor allem Substanzmissbrauch, komorbide Persönlichkeitsstörungen, das Alter bei Deliktsetzung sowie das Muster von delinquentem und gewalttätigem Verhalten in der Vergangenheit zentrale Unterscheidungsmerkmale dar.

Typ I - Schizophrenie bei vorausgehender Störung des Sozialverhaltens: In dieser Gruppe werden Personen beschrieben, die schon seit ihrer Kindheit dissoziales und aggressives Verhalten aufweisen. Dieses zeigt sich unbeeinflusst von dem Ausbruch der Schizophrenie und setzt sich im Erwachsenenalter fort. Hierbei liegt das Erklärungspotential des delinquenten, gewalttätigen Verhaltens vornehmlich in der Persönlichkeitspathologie. Weiter zeigt diese Gruppe großteils eine, bis in die Adoleszenz zurückreichende, Vorgeschichte von Substanzmissbrauch. Sie weisen vermehrt Verurteilungen und Vorstrafen wegen jeglicher Art von Delinquenz auf. (Hodgins & Müller-Isberner, 2014)

Typ II - Delinquenzbeginn bei Krankheitsausbruch: Diese Gruppe zeichnet sich durch Personen aus, die vor Beginn der Erkrankung keine Verhaltensprobleme aufweisen. Das aggressive und gewalttätige Verhalten zeigt sich erst ab Ausbruch der schizophrenen Erkrankung mit psychotischen Symptomen. Es ist in diesem Zusammenhang davon auszugehen, dass bei Personen ohne Vorgeschichte von Gewalt, die mit Übergang in oder nach einer ersten psychotischen Episode gewalttätig werden, in der Exazerbation (deutliche Verschlimmerung der Symptome) der Psychose die Erklärung für das gewalttätige Verhalten begründet liegt.

Weiter dürfte ein Großteil dieser PatientInnen während dieser Übergangsphase in die erste psychotische Episode ihren Zustand mit dem Konsum von Alkohol und Drogen negativ beeinflussen. (Hodgins & Müller-Isberner, 2014)

Typ III - Gewalttaten nach längerem Krankheitsverlauf: In dieser Gruppe finden sich Personen ohne dissoziale oder gewalttätige Vorgeschichte, die nach längerem Krankheitsverlauf, meist in der dritten bzw. vierten Lebensdekade, plötzlich eine schwere Gewalthandlung setzen. Diese Gruppe besteht, laut Hodgins und Müller-Isberner (2014), aus chronisch schizophrenen Personen, die nach 10-20-jährigem Krankheitsverlauf eine Gewalttat setzen. Dieses Delikt bezieht sich vorwiegend auf eine Bezugsperson aus dem engen sozialen Umfeld. Die Gewalttätigkeit wird hier nicht mit Störungen des Sozialverhaltens oder mit Substanzmissbrauch in Verbindung gebracht. (Hodgins & Müller-Isberner, 2014).

3.3.4 Substanzmissbrauch und -abhängigkeit

Schon in dem Epidemiological Catchment Area Project (ECA), einer der größten längsschnittlichen Untersuchungen zu psychischen Erkrankungen, die zwischen 1980 und 1985 an fünf amerikanischen Universitäten stattgefunden hat, konnte festgestellt werden, dass die Diagnose einer Substanzproblematik weitaus stärker mit Gewalttätigkeit zusammenhängt als irgendeine andere psychische Störung (Müller-Isberner & Webster, 1998). Der Konsum von legalen und illegalen Substanzen kann als einer der wichtigsten Risikofaktoren im Zusammenhang mit gewalttätigem, aggressivem Verhalten in unserer Gesellschaft angesehen werden (Darke, 2010).

Im Kontext der Schizophrenie stellt der Konsum von Substanzen ein weit verbreitetes und hoch komplexes Problem dar. Im Rahmen der schizophrenen Erkrankung zeigen sich deutlich erhöhte Raten an Komorbidität für Substanzmissbrauch und –abhängigkeit (Haller, Dittrich, Kocsis, & Hinterhuber, 2004). Hier liegen die Befunde zwischen 20 - 50% in forensischen- als auch allgemeinpsychiatrischen Stichproben (Bo et al., 2011).

Vor allem im Hinblick auf gewalttätiges Verhalten stellt sich hierbei die Frage nach der Dynamik einer Doppeldiagnose von Schizophrenie und Substanzmissbrauch bzw. Abhängigkeit. Begrifflich kann unter Komorbidität ein gleichzeitiges Auftreten von mehreren Krankheitszuständen verstanden werden. Hierbei können jedoch keine Rückschlüsse auf die

Art und Weise einer möglichen Interaktion getroffen werden. Meist bleiben die Fragen nach den zeitlichen, ursächlichen sowie kausalen Zusammenhängen der Koinzidenz offen. Die Unterscheidung, ob die Diagnosen zufällig zusammentreffen oder in irgendeiner Weise miteinander assoziiert werden können, ist meist nicht eindeutig. (Haller et al., 2004)

Im Hinblick auf mögliche allgemeine Erklärungsmodelle zum Zusammenhang zwischen Drogenkonsum und schizophrenen Psychosen können vier zu Grunde gelegte Ansätze unterschieden werden.

Der erste Ansatz - *das Modell der Selbstmedikation* von Khantzian (1985, zitiert nach Haller et al., 2004) - besagt, dass unterschiedliche psychotrope Substanzen, je nach ihrem Wirkungsprinzip, von den Betroffenen gegen bestimmte Krankheitssymptome im Sinne eines Selbstheilungsversuches eingesetzt werden.

Der zweite Ansatz lässt sich vom *Risikomodell nach Freed* (1975, zitiert nach Haller et al., 2001) ableiten und besagt, dass durch den Konsum, im Besonderen von Halluzinogenen und stimulierende Substanzen, Psychosen erst induziert werden.

Im dritten Ansatz wird davon ausgegangen, dass Sucht und schizophrene Psychosen gemeinsame neurobiologische Grundlagen oder sonstige prädisponierende Faktoren aufweisen und somit gemeinsamen ätiologischen Ursprüngen entstammen. (Haller et al., 2001)

Der vierte Ansatz stellt den modernsten und heute am weitesten verbreiteten Ansatz dar, - das *Modell der Modifikation*. Es liefert einen komplexen und integrativen Standpunkt, in welchem eine gemeinsame Grundstörung im Sinne einer erhöhten Vulnerabilität für die jeweils andere Erkrankung postuliert wird. Daraus kann sich in weiterer Folge sowohl eine Sucht als auch eine Psychose in Form einer sich gegenseitig beeinflussenden Wechselwirkung entwickeln. (Haller et al., 2001)

Nach heutigem Wissenstand ist allerdings nicht endgültig zu klären, ob und inwieweit der Konsum von psychotropen Substanzen als Teil eines komplexen Auslösemechanismus für schizophrene Psychosen gesehen werden kann. Insofern sind in diesem Zusammenhang für jede/jeden Betroffenen individuelle Annahmen zu treffen In diesem Sinne sind ausschließlich Aussagen zu beobachteten Effekten bei Koinzidenz Schizophrenie und Substanzmissbrauch

oder Abhängigkeit auf gewalttätiges Verhalten möglich, ohne jedoch kausale Erklärungen für diese Zusammenhänge angeben zu können. (Haller et al., 2001)

Zum Zusammenhang zwischen Substanzmissbrauch und gewalttätigem Verhalten bei Personen mit Schizophrenie ist bekannt, dass sich das Risiko für gewalttätiges Verhalten von Menschen mit Schizophrenie bei Substanzmissbrauch und -abhängigkeit deutlich erhöht, sich allerdings nicht maßgeblich vom Risiko für gewalttätiges Verhalten bei SuchtpatientInnen unterscheidet (Fazel, Gulati, Linsell, Geddes, & Grann, 2009). Das bedeutet, Schizophrenie scheint bei Koinzidenz Substanzmissbrauch keinen direkten additiven Effekt auf gewalttätiges Verhalten auszuüben. Vielmehr scheint der Substanzmissbrauch primär in Bezug auf gewalttätiges Verhalten eine tragende Rolle zu spielen (Fazel et al., 2009). In diesem Zusammenhang konnten Rice und Harris (1995) ebenfalls feststellen, dass 26% der PatientInnen mit Schizophrenie und komorbidem Substanzmissbrauch gewalttätiges Verhalten zeigten, dementsprechend aber nur 7% der schizophrenen PatientInnen ohne Begleitkonsum.

Bezüglich der Schwere des Delikts konnten Stompe und Schanda (2012) feststellen, dass es zwischen Substanzmissbrauch und der Schwere des Delikts keinen direkten signifikanten Zusammenhang gibt. Insbesondere bei leichten Delikten stellen sich eher indirekte Zusammenhänge zwischen der Erkrankung und Gewalt dar, welche über Substanzmissbrauch beeinflusst werden (Schanda, 2006). Insofern kann zwar davon ausgegangen werden, dass komorbider Substanzmissbrauch ein zentrales Bindeglied zwischen Schizophrenie und gewalttätigem Verhalten darstellt, die Art und Weise dieser Verbindung allerdings eher moderierend anzunehmen ist (Bo et al., 2011; Walsh et al., 2004).

3.3.5 Soziodemographische Risikofaktoren

Es wird angenommen, dass es sich bei schizophrenen Menschen im Grunde um dieselben soziodemographischen Risikofaktoren handelt, wie bei Menschen ohne Schizophrenie, die gewalttätiges Verhalten mitbedingen – wie niedriger sozialer Status, Viktimisierung und das Geschlecht (Rogers & Fahy, 2008). Vor allem der sozioökonomische Status stellt einen wichtigen Risikofaktor dar, da Armut generell häufiger mit gewalttätigem Verhalten einhergeht (Stompe et al., 2006). Im Kontext der Schizophrenie kann festgestellt werden, dass es in niedrigeren sozialen Schichten höhere Prävalenzraten von Schizophrenieerkrankungen gibt

(Comer et al., 2008). Zur Erklärung dieses Umstandes können zwei konträre Hypothesen herangezogen werden (Wittchen & Hoyer, 2011).

Zum einen besagt die *Social-Drift- Hypothese*, dass schizophrene Menschen aufgrund ihrer Erkrankung und dem damit einhergehenden eingeschränkten Funktionsniveau eher von einer höheren in eine niedrigere soziale Schicht absteigen (Comer et al., 2008). Somit wird die Schizophrenie als ursächlich für den niedrigeren sozialen Status angenommen.

Zum anderen erklärt die *Social-Causation-Hypothese* die höhere Auftrittswahrscheinlichkeit der Schizophrenie in niedrigeren sozialen Schichten dadurch, dass armutsbedingter Stress dazu führen kann, dass die Anfälligkeit für eine schizophrene Erkrankung erhöht wird. Es wird davon ausgegangen, dass Angehörige sozial benachteiligter Schichten größeren sowie chronischeren Belastungen durch kritische Lebensereignisse ausgesetzt sind. Gleichzeitig herrscht ein Mangel an sozialer Nähe und protektiven Faktoren, um mit diesen Krisen umzugehen. Hierbei wird eher das soziale Milieu mit seinen spezifischen Stressoren als ursächlich für die erhöhte Rate an Schizophrenieerkrankungen in niedrigeren Schichten angenommen. (Wittchen & Hoyer, 2011)

Im Zusammenhang mit gewalttätigem Verhalten kann davon ausgegangen werden, dass vor allem das soziale Milieu, in dem eine Person aufwächst, einen hohen Risikofaktor für gewalttätiges, aggressives Verhalten darstellt (Stompe et al., 2006). Schon Hiday (1997) konnte feststellen, dass Menschen mit Schizophrenie, die in sozial schwächeren Schichten aufwuchsen, häufiger sowohl Opfer als auch Zeugen von Gewalt und kriminellem Verhalten waren. Diese Viktimisierung kann im weiteren Verlauf dazu führen, dass ein gewisses Maß an Gewalt als normal betrachtet wird und es dadurch zu einer höheren Bereitschaft kommt, selbst Gewalt anzuwenden (Bandura & Toch, 1979). Weiter entwickeln Opfer von Gewalt, unabhängig von einer psychischen Erkrankung, oftmals ein beträchtliches Maß an Misstrauen gegenüber ihren Mitmenschen. Im Kontext einer Schizophrenie kann hier das Risiko für die Entstehung eines paranoiden Wahns und, in der Folge davon, das Risiko für gewalttätiges Verhalten erhöht werden (Hiday, 1997).

Somit kann das soziale Milieu, in dem eine Person aufwächst oder lebt, im Zusammenhang mit vorangegangener Viktimisierung, einen erheblichen Risikofaktor für aggressives und gewalttätiges Verhalten darstellen (Hiday, Swanson, Swartz, Borum, & Wagner, 2001). Hiroeh,

Appleby, Mortensen, and Dunn (2001) konnten in ihrer Studie feststellen, dass schizophrene Männer ein sechsfach erhöhtes Risiko aufweisen, Opfer eines Mordes zu werden. In diesem Kontext stellen Menschen mit Schizophrenie eine besonders gefährdete Risikogruppe dar. Sie haben ein erhöhtes Risiko in niedrigeren sozialen Schichten zu leben und selbst Opfer von Gewalt zu werden (Häfner, 2010; Vevera, Černý, & Kučíková, 2013).

Hinsichtlich der Prognose für zukünftiges gewalttätiges Verhalten ist das soziale Umfeld einer/eines PatientIn, in welches sie/er nach einer kriminaltherapeutischen Behandlung entlassen wird als sozialer Empfangsraum ein wesentliches protektives Kriterium dar (Müller-Isberner & Webster, 1998). Allerdings ist die jeweilige Ausgestaltung dieses sozialen Umfelds essentiell dafür, ob und inwiefern gewalttätiges Verhalten eher verhindert oder begünstigt wird.

Es ist festzuhalten, dass sowohl *soziale Deprivation* der Betroffenen (Müller-Isberner & Webster, 1998; Schanda, 2006) als auch ein *dysfunktionales Familienklima* starke Auswirkungen auf gewalttätiges, aggressives Verhalten bei Personen mit Schizophrenie haben können (Häfner, 2010; Müller-Isberner & Webster, 1998).

Soziale Deprivation lässt sich definieren als unzureichende oder fehlende körperliche und affektive Zuwendung bei sozialer Isolation, mangelnder familiärer Pflege oder emotionaler Vernachlässigung (Pschyrembel, 2013). Sie gilt als ein möglicher Risikofaktor für delinquentes Verhalten im Kontext schizophrener GewalttäterInnen (Schanda, 2006).

Die Schizophrenie stellt in der Betreuung und im Zusammenleben mit den Betroffenen eine starke Herausforderung und Belastung des sozialen Umfelds dar. Besonders dramatische Konsequenzen zeigen diese Schwierigkeiten im Bereich der Selektion der Opfer von GewalttäterInnen mit Schizophrenie. So werden am häufigsten Mitglieder der eigenen Familie und PartnerInnen in engen Beziehungen Opfer von Gewalttaten von Menschen mit Schizophrenie (Häfner, 2010). Als Begründung dafür kann angeführt werden, dass vor allem schwere chronische Krankheitsverläufe zu einem sehr spannungsreichen Familienklima führen können, welches in weiterer Folge aggressive Auseinandersetzungen begünstigen kann. Solche dysfunktionalen Familiensysteme sind zumeist die Folge von sehr langen und chronischen Krankheitsverläufen (Häfner, 2010).

In kriminalprognostischen Instrumenten wie der HCR-20 - Vorhersage von Gewalttaten (Müller-Isberner & Webster, 1998) wird darauf hingewiesen, dass dem sozialen Umfeld des/der PatientIn ausreichend Beachtung geschenkt werden soll, da der Verfügbarkeit von geduldigen, toleranten und engagierten Bezugspersonen und Verwandten eine enorme Rolle als protektiver Faktor für gewalttätige Handlungsweisen zukommt (Müller-Isberner & Webster, 1998). Estroff und Zimmer (1989, zitiert nach Müller-Isberner & Webster, 1998) beschreiben den Zusammenhang zwischen den sozialen Bezügen und der Gewalttätigkeit psychisch kranker Menschen so ‚dass „die Struktur und Art der Beziehung eines Individuums zu Anderen in Zusammenhang mit den subjektiven Erfahrungen, dem klinischen Zustand und der persönlichen Geschichte in beträchtlichem Maße darauf hinweist wer gegen wen gewalttätig sein wird“ (Estroff & Zimmerer, 1989; zitiert nach Müller-Isberner & Webster, 1998, S. 46).

3.3.6 Persönlichkeitspathologien

Der hauptsächliche Fokus im Bereich Persönlichkeitspathologien bei Menschen mit Schizophrenie wurde in der Forschung, im Kontext Schizophrenie und Gewalt, auf die *Psychopathie* und *die dissoziale Persönlichkeitsstörung* respektive *dissoziales Verhalten* gelegt (Bo et al., 2011).

Unter *dissozialem Verhalten* wird im Allgemeinen jenes Verhalten verstanden, dass einen konflikthaften, aggressiven oder egoistischen Verhaltensstil beinhalten, durch den der/die Betroffene in Konflikt mit der Gesellschaft gerät. Dieser Verhaltensstil findet sich vor allem bei Sozialverhaltensstörungen und dissozialer Persönlichkeitsstörung. (Pschyrembel, 2013)

Die *dissoziale Persönlichkeitsstörung* (F60.2) nach ICD-10 (Dilling, 2011) imponiert im besonderen Maße durch eine Diskrepanz zwischen dem Verhalten und den geltenden sozialen Normen. Sie ist charakterisiert durch kalte Unbeteiligung und Rücksichtslosigkeit gegenüber den Gefühlen anderer, Verantwortungslosigkeit und Missachtung sozialer Normen, Regeln und Verpflichtungen aber auch geringer Frustrationstoleranz und einer herabgesetzten Schwelle für aggressives und gewalttätiges Verhalten sowie einer Unfähigkeit zum Erleben von Schuldbewusstsein. (Dilling, 2011)

Generell kann festgestellt werden, dass dissoziale Persönlichkeitsstörungen den stärksten Zusammenhang mit kriminellem Verhalten aller Art aufweisen (Comer et al., 2008).

Es ist anzumerken, dass in der Forschung ein grundsätzlicher Diskurs über das Konstrukt der Persönlichkeitsstruktur und Stabilität im Kontext von Menschen mit Schizophrenie herrscht (Bo et al., 2011). Hierbei wird vor allem die Frage diskutiert, ob und in welcher Weise sich Persönlichkeitsmerkmale sowie Definitionen von Persönlichkeitsstörungen in ihrer normdefinierten, strukturellen und funktionalen Einheit überhaupt eignen, um in der Schizophrenieforschung Anwendung zu finden (Camisa et al., 2005).

Bo et al. (2011) führen in ihrem Review an, dass zwar eine Vielzahl an Studien belegen, dass Persönlichkeitsstörungen bei PatientInnen mit Schizophrenie durchaus stabil diagnostizierbar sind und mehr oder weniger durchgängige Auswirkungen auf das Verhalten aufweisen. Allerdings stellen diese Persönlichkeitspathologien sowohl bei an Schizophrenie erkrankten Personen als auch bei Personen ohne Erkrankung einen erheblichen Risikofaktor für delinquentes und gewalttätiges Verhalten dar. Insofern bilden die Personen mit einer schizophrenen Störung und einer Persönlichkeitspathologie eine spezielle Subgruppe. (Bo et al., 2011).

3.3.7 Mentalisierung und Empathie

Empathie ist eine integrale Komponente für normdefinierte soziale Funktionsfähigkeit. Sie umfasst zwei konzeptuelle Facetten, die kognitive und die affektive Empathie (Harris & Picchioni, 2013).

Kognitive Empathie findet ihre Begründung in der *Theorie of Mind* (ToM) und äußert sich im Verständnis für mentale Zustände und Gefühle anderer, sowie der Fähigkeit das Verhalten anderer zu verstehen, zu erklären und vorwegzunehmen (Feshbach & Feshbach, 1982; zitiert nach Harris et al., 2014). In diesem Prozess können zwei Ebenen unterschieden werden. In der ersten Ebene der ToM werden Gedanken und Attributionen über die Welt einer anderen Person verstanden und wahrgenommen, es handelt sich hierbei um die Fähigkeit der Perspektivenübernahme. Die zweite Ebene kennzeichnet die Fähigkeit und das Verständnis über Perspektivenübernahmen Metakognitionen zu entwickeln und betrifft somit die Fähigkeit, kognitive Abläufe zum Gegenstand des Nachdenkens zu machen. Sie spiegelt die Dimension komplexer mentaler Fähigkeiten, über Perspektivenübernahmen hinaus, wider (Baron-Cohen, 1989; zitiert nach Harris & Picchioni, 2013).

Die *affektive Empathie* ist die Fähigkeit, die Gefühle anderer wahrzunehmen, zu interpretieren und nachzuempfinden. Diese Form der Empathie ist stark assoziiert mit der Fähigkeit zur Gesichtsemotionserkennung und der korrekten Interpretation von Basisemotionen (Feshbach & Feshbach, 1982; zitiert nach Harris & Picchioni, 2013).

Bei PatientInnen mit Schizophrenie konnten sowohl in der kognitiven als auch in der affektiven Komponente in allen Krankheitsstadien Defizite festgestellt werden (Harris & Picchioni, 2013). Diese Defizite äußern sich vor allem in beeinträchtigten Voraussetzungen für intra- und interregulative Anpassungen wie Emotionsregulation, Aufmerksamkeitskontrolle, Prozessverarbeitung, aber auch in eingeschränkter Fähigkeit zu Empathie, Schuldbewusstsein und Reue (Blair, 2005).

Im Zusammenhang mit gewalttätigem Verhalten bei Personen mit Schizophrenie konnte festgestellt werden, dass es auf der ersten Ebene der ToM keine signifikanten Unterschiede zwischen gewalttätigen und unauffälligen PatientInnengruppen gab (Abu-Akel, 2004). Allerdings konnten Majorek et al. (2009) Unterschiede zwischen PatientInnen mit Schizophrenie einer forensischen und einer nicht-forensischen Gruppe auf der zweiten Ebene der ToM nachweisen. Die forensischen PatientInnen zeigten bessere Performance in den Bereichen, die komplexe mentale Fähigkeiten der Perspektivenübernahme abbildeten, als die nicht forensische Gruppe (Majorek et al., 2009). Dieses Ergebnis lässt den Schluss zu, dass möglicherweise durch bessere mentale Fähigkeiten in komplexen Bereichen der ToM bei gleichzeitigen Defiziten der affektiven Komponenten, die Fähigkeit zu Manipulation und Täuschung anderer begünstigt wird und somit kriminelles und gewalttätiges Verhalten Unterstützung findet (Harris & Picchioni, 2013).

4 Nomenklatur

4.1 Kriminalität, Delinquenz und Gewaltkriminalität

Die Abgrenzung zwischen kriminellem Verhalten, Delinquenz sowie Gewaltkriminalität wird in vielen Studien im Bereich Schizophrenie und gewalttätigem Verhalten vernachlässigt. Diese Tatsache erschwert die Nachvollziehbarkeit, Vergleichbarkeit und Interpretation von Ergebnissen erheblich (Schanda, 2006). Aus diesem Grund wird im Folgenden eine Definition und Abgrenzung der Begriffe vorgenommen, welche sich in weiterer Folge auf den empirischen Teil der Diplomarbeit beziehen wird.

4.1.1 Kriminelles Verhalten

Als Kriminalität kann eine spezielle Form des normabweichenden Verhaltens verstanden werden, welches sich vor allem in Zusammenhang mit einem Verbrechensbegriff definieren lässt (Häcker, 2015a). Der Begriff des Verbrechens gilt generell als sehr vielfältig determiniert, insbesondere durch sozialkulturelle Hintergründe. Er unterliegt aber auch übergeordneten juristischen, gesellschaftlichen sowie kulturellen Normen, welche den inhaltlichen Aspekt dessen bestimmen, was als Verbrechen und in weiterer Folge als kriminelles Verhalten angesehen werden kann (Häcker, 2015b).

Für die vorliegende Diplomarbeit wird dementsprechend kriminelles Verhalten definiert als jegliches strafrechtlich auffälliges Verhalten, welches sich in der Begehung und/oder Verurteilung wegen eines Delikts, das nach österreichischen Strafrecht (Doralt et al., 2014) geahndet wird, äußert. Hierbei sind ebenfalls Delikte im Sinne der Gewaltkriminalität inbegriffen.

4.1.2 Delinquentes Verhalten

Delinquenz kann, wie Kriminalität, als Normabweichung des Verhaltens beschrieben werden, das vorrangig gegen gesetzliche Normen verstößt. Insofern kann delinquentes Verhalten definiert werden als abweichendes Verhalten im Sinne einer Straffälligkeit (Caspar, 2015). Allerdings wird hierbei für vorliegende empirische Arbeit Delinquenz als vornehmlich strafrechtlich auffälliges Verhalten definiert, welches sich alleine in der Neigung, rechtliche

Grenzen zu überschreiten äußert, jedoch nicht mit Gewalttätigkeit einhergeht. Im Hinblick auf das österreichischen Strafrecht (Doralt et al., 2014) sind hier im Besonderen Verurteilungen oder Vorstrafen bezüglich jener Delikte ausgeschlossen, die strafbare Handlungen gegen Leib und Leben (vgl. StGB, besonderer Teil, erster Abschnitt; Doralt et al., 2014) darstellen, aber auch jene Delikte, die in weitere Folge unter Gewaltkriminalität klassifiziert werden.

4.1.3 Gewaltkriminalität

Die Definition von gewalttätigem Verhalten für die vorliegende empirische Diplomarbeit umfasst, in Abgrenzung zu delinquentem Verhalten, alle Delikte, die zu einer Verurteilung wegen Gewaltkriminalität, insbesondere strafbare Handlungen gegen Leib und Leben (vgl. StGB, besonderer Teil, erster Abschnitt; Doralt et al., 2014), geführt haben. Hier werden jegliche Handlungen eingeschlossen, die sowohl kriminell sind als auch die Ausübung von Gewalt gegen andere Personen beinhalten.

Zur exakten Definition der Ausübung von Gewalt wird das Manual der HCR-20 (Müller-Isberner & Webster, 1998) herangezogen. Hier wird Gewalt „als tatsächlich ausgeübte, versuchte oder angedrohte Gewalt gegen eine oder mehrere Personen verstanden (…). Dass tatsächlich eine Verletzung eines Opfers erfolgt, ist nicht essentieller Bestandteil der Definition einer Gewalthandlung. Es reicht letztlich auch die Möglichkeit, dass durch die Handlung Entsprechendes hätte passieren können“ (Müller-Isberner & Webster, 1998, S. 8).

In diesem Kontext ist zu erwähnen, dass eine Verurteilung nach §21/1 StGB erst nach einer Tat, die mit einer ein Jahr übersteigenden Freiheitsstrafe bedroht ist, verhängt werden kann. Somit ist in dieser TäterInnengruppe bereits von einem gewissen Schweregrad des Delikts auszugehen (Stompe et al., 2004). Bezüglich der Einstufung der Schwere des Indexdelikts wird in Anlehnung an Stompe et al. (2004), unter Berücksichtigung des Strafausmaßes des österreichischen Strafrechts (Doralt et al., 2014), folgende Kategorisierung vorgenommen:

Tabelle 5

Klassifikation der Deliktgruppen in schwer und moderat unter Berücksichtigung des Strafausmaßes des österreichischen Strafrechts (Doralt et al., 2014).

moderate Delikte (Strafausmaß max. 5 Jahre)
Freiheitsentziehung (§99 StGB)
schwere Nötigung (§ 106 StGB)
gefährliche Drohung (§ 107 StGB)
schwere Sachbeschädigung (§ 126 StGB)
Raub (§ 142 StGB)
geschlechtliche Nötigung (§ 202 StGB)
Widerstand gegen die Staatsgewalt (§ 269 StGB)

schwere Delikte (Strafausmaß min. 5 Jahre)
Mord (§ 75 StGB)
Todschlag (§76 StGB)
schwere Körperverletzung (§ 84 StGB)
Körperverletzung mit schweren Dauerfolgen (§ 85 StGB)
Körperverletzung mit tödlichem Ausgang (§ 86 StGB)
schwerer Raub (§ 143 StGB)
Brandstiftung (§ 169 StGB)
Vergewaltigung (§ 201 StGB)
schwerer sexueller Missbrauch von Unmündigen (§ 206 StGB)

Anmerkung. § 84.2 StGB wurde nicht als schweres Delikt klassifiziert, wenn es sich auf BeamtInnen während oder wegen der Vollziehung ihrer Aufgaben oder Pflichten bezogen hat und es hierbei zu keinen schweren Körperverletzungen im Sinne des § 84.1 StGB gekommen ist.

4.2 Das soziale Umfeld

Zur Klassifikation der sozialen Lebenssituation der Betroffenen wird für die vorliegende Diplomarbeit eine Unterteilung zwischen sozialer Deprivation, konflikthaften Beziehungsstrukturen und einem unauffälligen sozialen Umfeld vorgenommen. Im Folgenden findet sich eine exakte Beschreibung und Definition der jeweiligen Kategorie sowie eine genaue

Beschreibung der entsprechenden Operationalisierungen aus den jeweiligen Items der HCR-20 (Müller-Isberner & Webster, 1998). Somit soll die weitere Nachvollziehbarkeit dieses Faktors im empirischen Teil der Diplomarbeit ermöglicht werden.

4.2.1 Soziale Deprivation

Unter Zugrundelegung der bereits angeführten Definition von sozialer Deprivation mit den Hauptmerkmalen unzureichender oder fehlender körperlicher und affektiver Zuwendung bei sozialer Isolation, mangelnder familiärer Pflege oder emotionaler Vernachlässigung (Pschyrembel, 2013), ergeben sich für diese Kategorie aus der HCR-20 ebenfalls spezielle Dimensionen, die eine Zuteilung der Betroffenen ermöglichen. Vor allem in der Dimension R3 – Mangel an Unterstützung-, finden sich grundlegende Informationen zum sozialen Bezugssystem des Betroffenen. Hier wird eine Kodierung und Beschreibung aller persönlichen Beziehungen der Patienten vorgenommen. Diese reicht von *ausreichenden stützenden und hilfreichen persönliche Beziehungen* über *fragliche und nur teilweise ausreichend erscheinende stützende Beziehungen* bis *zum Mangel an hilfreichen und stützenden Kontakten und Beziehungen.* Im Weiteren findet sich im Item R5-Stressoren-, der HCR-20 eine Zusammenfassung aller individuellen Stressoren, die ebenfalls dem psychosozialen Bezugssystem des Betroffenen besondere Aufmerksamkeit schenken. (Müller-Isberner & Webster, 1998)

4.2.2 Konflikthafte Beziehungsstrukturen

Als konflikthaft lassen sich all jene Beziehungskonstellationen beschreiben, die sich in einem besonderen Maße durch Auseinandersetzungen und Diskrepanzen zwischen zwei oder mehreren Personen im täglichen Leben auszeichnen. In diesem Kontext sind ausschließlich enge Naheverhältnisse der Betroffenen gemeint, deren Interaktionen geprägt sind durch wiederholte oder andauernde Konflikte.

Hierfür wird in der HCR-20 im Besonderen mit der Dimension H3 – instabile Beziehungen - die Kodierung und Beschreibung von eheähnlichen oder partnerschaftlichen Beziehungen, von *insgesamt stabil und konfliktarm* über *mäßig konflikthaft* bis hin zu *instabil, hochkonflikthaft* vorgenommen (Müller-Isberner & Webster, 1998).

Für die Kategorisierung aller anderen sozialen Bezüge des Betroffenen wurden vor allem die Items R2- destabilisierende Einflüsse- und R3- Mangel an Unterstützung- sowie R5 – Stressoren- der HCR-20 (Müller-Isberner & Webster, 1998) herangezogen und im Zusammenhang mit der ausführlichen Beschreibung im Zuge der vollständigen HCR-20 Prognostik der sozialen Lebensumstände des Betroffenen kategorisiert.

4.2.3 Unauffälliges soziales Umfeld

Ein unauffälliges soziales Umfeld zeichnet sich dadurch aus, dass alle oben angeführten Items der HCR-20 als unauffällig bewertet wurden. Dementsprechend kann davon ausgegangen werden, dass der/die Betroffene in einem jedenfalls ausreichend stützenden, insgesamt stabilen und konfliktarmen sozialen Umfeld eingebettet ist (Müller-Isberner & Webster, 1998).

III. Empirischer Teil

5 Fragestellung und Hypothesen

Im Folgenden Abschnitt werden, basierend auf den Erkenntnissen der bisherigen Forschung und den theoretischen Implikationen aus den vorherigen Abschnitten der Diplomarbeit, die Forschungsfrage sowie die statistisch geprüften Hypothesen angeführt.

5.1 Fragestellung

Welche Faktoren sind zur Erklärung und Differenzierung von moderaten und schweren Gewaltdelikten bei männlichen Maßnahmepatienten mit Schizophrenie besonders geeignet?

5.2 Hypothesen

H1. Die Gruppen der Personen (1) mit delinquenz-, und gewaltunauffälliger Vergangenheit, (2) mit delinquentem Verhalten in der Vergangenheit und (3) gewalttätigem Verhalten in der Vergangenheit unterscheiden sich hinsichtlich der Schwere des Delikts.

H2. Die Gruppen der Personen mit (1) sehr kurzem Krankheitsverlauf (1-2 Jahre) und die Gruppe der Personen mit (3) sehr langem Krankheitsverlauf (>10 Jahre) weisen häufiger schwere Delikte auf als die Personen mit (2) durchschnittlichem Krankheitsverlauf (2-10 Jahre).

H3**.** Die Deliktgruppen *moderat* und *schwer* unterscheiden sich hinsichtlich der TCO-Symptome, wobei bei schweren Delikten häufiger Threat Symptomatik zu finden ist und moderate Delikte häufiger Control-Override Symptome aufweisen.

H4. In der Gruppe der über 30-Jährigen finden sich häufiger schwere Indexdelikte im Vergleich zu der Gruppe der unter 30-Jährigen.

H5. Es besteht ein Zusammenhang zwischen Substanzmissbrauch und moderaten Delikten.

H6. Es besteht ein Zusammenhang zwischen schweren Delikten und konflikthaften Beziehungsstrukturen des Täters.

H7. Es besteht ein Zusammenhang zwischen sozialer Deprivation und moderaten Delikten.

6 Stichprobenbeschreibung

Die Stichprobe für die durchgeführte Studie setzt sich aus männlichen, an Schizophrenie erkrankten (F20-Diagnose), nach ICD-10 (Dilling, 2011) diagnostizierten Maßnahmenpatienten (Verurteilung nach § 21.1 StGB) und Patienten der vorbeugenden Maßnahme (Anhaltung nach § 429 StPO) der forensisch-psychiatrischen Abteilung in Amstetten/Mauer zusammen. Die Zuteilung der Maßnahmenpatienten in die forensisch-psychiatrische Abteilung in Mauer/Amstetten erfolgt nach dem definierten Einzugsgebiet des Bundesministeriums für Justiz (Ostregion = Niederösterreich, Burgenland, Wien) und der aktuellen Verfügbarkeit von Behandlungsplätzen. Während des Untersuchungszeitraums gab es für die Ostregien zwei zuständige Einrichtungen: JA-Göllersdorf und LK-Mauer/ Amstetten. Hierbei ist anzumerken, dass bei vorhandener Behandlungskapazität der Justizanstalt Göllersdorf, nach einer Verurteilung gemäß § 21/1 StGB, schwerwiegende Delikte vorwiegend dorthin klassifiziert werden. Dafür setzt sich die Stichprobe in Mauer/Amstetten ebenfalls aus vorläufig untergebrachten Maßnahmenpatienten (§ 429 StPO) zusammen, welche in besonderem Maße Akutpatienten darstellen und jegliche Deliktgruppen inkludieren.

Es wurde eine retrospektive Gesamterhebung aller Patienten bis ins Jahr 2011 zurück durchgeführt, da hier die HCR-20 (Müller-Isberner & Webster, 1998) als prognostisches Instrument eingeführt wurde und somit eine valide sowie ausführliche Datengrundlage zu erwarten war. Die Einschlusskriterien für die Stichprobe waren eine Schizophreniediagnose F20.x nach ICD-10, eine Verurteilung nach §21/1 StGB oder §429/4 StPO sowie ein Gewaltdelikt. Aus der Stichprobe ausgeschlossen wurden Patienten mit diagnostizierten organischen Hirnschäden (v.a. Demenz), anderen psychotischen oder wahnhaften Störungen oder einer schizoaffektiven Störung nach ICD-10 (Dilling, 2011).

7 Studiendesign und Operationalisierung der Variablen

In der vorliegenden Diplomarbeit wurde der Fokus auf mögliche Erklärungsfaktoren gewalttätigen Verhaltens bei männlichen, an Schizophrenie erkrankten Maßnahmenpatienten (Verurteilung nach §21/1StGB und Anhaltung nach § 429/4 StPO) gelegt. Die Datenerfassung beruhte auf einer retrospektiven, quantitativen Erhebung aller zur Verfügung stehenden diagnostischen Aufzeichnungen hinsichtlich der Symptomatik sowie der Erfassung der relevanten Variablen aus durchgeführten psychologisch-diagnostischen Verfahren. Hierbei wurde eine strikte Anonymisierung aller extrahierten Daten vorgenommen.

Zur Operationalisierung aller untersuchungsrelevanten Variablen wurden Informationen herangezogen, die zeitlich so eng wie möglich mit dem gesetzten Delikt in Verbindung standen. Dies war vor allem bei der Erhebung des psychopathologischen Status von hoher Relevanz, um möglichst genaue Rückschlüsse auf die Symptomatik des Patienten zum Tatzeitpunkt herstellen zu können. Dementsprechend wurden zur Beschreibung der Symptome die ersten Befunde im Rahmen der Aufnahme in die Maßnahme, beziehungsweise die Gutachten zur Beurteilung nach §11 StGB (Exkulpierung/Zurechnungsfähigkeit) des Patienten herangezogen und übernommen. Hierbei lag der Fokus auf der TCO-Symptomatik.

Weiter wurden alle relevanten zusätzlichen Faktoren aus der HCR-20 Prognostik (Müller-Isberner & Webster, 1998) extrahiert. Dieses Verfahren wird routinemäßig bei allen PatientInnen der forensisch-psychiatrischen Abteilung in Amstetten Mauer von der zuständigen Psychologin in Form eines halbstrukturierten Interviews durchgeführt.

Für die angestrebte Datengewinnung waren Items aus allen Bereichen der HCR-20 von Relevanz. Die Skalierung der zu erhebenden Variablen wurde, abgesehen vom Alter bei Indexdelikt und der Dauer des Krankheitsverlaufs, in dichotome Form (*vorhanden; nicht vorhanden*) transformiert.

Tabelle 6.

Auflistung der Variablen, der Operationalisierungen und der zugehörigen Datenquellen

extrahierte Variablen	Operationalisierungen	Datenquellen
	Schwere des Delikts	
moderate und schwere Delikte	in Anlehnung an Stompe et al. (2004) unter Berücksichtigung des österreichischen Strafrechts (Doralt et al., 2014)	**HCR-20 Prognostik:** **H1: frühere Gewalttaten** **Krankengeschichte**
	TCO-Symptomatik (Link et al., 1998; Stompe et al., 2004)	
Threat:	Verfolgungswahn Vergiftungswahn Beeinflussungswahn	**HCR-20 Prognostik:** **C3: produktive Symptomatik** **H6: psychiatrische Erkrankungen** **Befunde, Krankengeschichte**
Control-Override:	Gedankeneingebung Gedankenlautwerden Gedankenentzug Gedankenausbreitung	
	Weitere Variablen	
Substanzprobleme:	Intoxikation zum Deliktzeitpunkt (vorhanden – nicht vorhanden) Diagnose Substanzabhängigkeit nach ICD-10 (vorhanden – nicht vorhanden)	**HCR-20 Prognostik:** **H5: Substanzenprobleme** **Befunde, Krankengeschichte**
Soziales Umfeld:	sozial depriviert ODER konflikthafte Beziehungsstrukturen ODER unauffälliges soziales Umfeld	**HCR-20 Prognostik:** **H3: Instabile Partnerschaften** **R2: Destabilisierende Faktoren** **R3: Mangel an Unterstützung** **R5: Stressoren**
Kriminelle Vergangenheit:	Vorstrafen mit Gewalt (Anzahl) Vorstrafen ohne Gewalt (Anzahl) unauffällige Vergangenheit (ja/nein)	**HCR-20 Prognostik:** **H1: frühere Gewalttaten** **H2: Alter bei 1. Gewalttat** **H8: frühere Verhaltensauffälligkeiten** **H10: Bewährungsversagen**

Krankheitsdauer in Jahren:	Zeitpunkt der erstmaligen Hospitalisierung	**HCR-20 Prognostik:** **H6: Psychiatrische Erkrankungen** **Befunde; Krankengeschichte**
Anzahl der Voraufenthalte in psychiatrischen Kliniken		**Befunde, Krankengeschichte**
Alter zum Indexdeliktzeitpunkt		**HCR-20 Prognostik:** **H1: frühere Gewalttaten** **H2: Alter bei 1. Gewalttat**

8 Auswertungsmethoden

Die Datenerfassung und Auswertung wurde mit dem Statistikprogramm *IBM SPSS 22 Statistics Multilingual* (2013) durchgeführt. Bei der Auswertung sind sowohl deskriptive als auch inferenzstatistische Verfahren zur Anwendung gekommen. Im Zuge der deskriptiven Auswertung wurden Kennzahlen zur Beschreibung der Stichprobe herangezogen, welche sich besonders zur Darstellung der Daten gemäß der jeweiligen Streuung und Verteilung eignen. Hinsichtlich der inferenzstatistischen Auswertung zur Hypothesenprüfung wurden, entsprechend des Skalenniveaus und der Verteilung, angemessene Verfahren ausgewählt. Es handelte sich bei den zu verarbeitenden Daten um nominalskalierte Variablen in zumeist dichotomer Ausprägung. Dementsprechend wurden für die Gruppenvergleiche, in Abhängigkeit von der Anzahl der Gruppen, Chi²-Vierfelder bzw. -Mehrfeldertests angewandt. Hierbei wurden die Häufigkeitsverteilungen der jeweiligen Variablen über die Deliktgruppen hinweg auf signifikante Unterschiede mit einem Alpha-Level von .05 getestet. Bei etwaigen Verletzungen der Voraussetzungen zur Anwendung von Chi²-Tests, wie im Speziellen, wenn in 20% der Zellen des Versuchsplans die erwartete Häufigkeit kleiner als fünf war, wurden alternative Verfahren (exakter Test nach Fisher, Freeman – Halton – Test) gerechnet.

9 Ergebnisdarstellung

9.1 Deskriptive Darstellung

Die Stichprobengröße umfasste 56 männliche Personen mit einer Schizophreniediagnose. Das Durchschnittsalter der Patienten zum Deliktzeitpunkt betrug 39.63 Jahre (*SD* = 11.88), wobei der Jüngste zum Zeitpunkt des Indexdelikts 19 Jahre und der Älteste 67 Jahre alt war.

Im Hinblick auf die Deliktgruppen wiesen 57% (n = 32) moderate Indexdelikte und 43% (n = 24) der Patienten schwere Delikte im Sinne der Klassifizierung auf.

Bezüglich der Diagnose zum Deliktzeitpunkt wiesen 88% (n = 49) der untersuchten Personen paranoide Schizophrenie und 12% (n = 7) andere Diagnosen aus dem Schizophrenie Spektrum auf. Die Komorbidität mit psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen lag bei 48% (n = 27). Hiervon waren ebenfalls 74% (n = 20) der Personen zum Deliktzeitpunkt intoxikiert.

Bezogen auf die TCO-Symptome ist festzustellen, dass gesamtheitlich betrachtet 82% (n = 46) der Patienten Threat Symptome und 50% (n = 28) der Patienten Control Override Symptome aufwiesen. Bei differenzierter Betrachtung der Symptomatik ergab sich die größte Gruppe bei den Patienten, welche ausschließlich T-Symptome aufwiesen mit 46% (n = 26), gefolgt von der Mischgruppe, die sowohl Threat als auch Control Override Symptome zeigten mit 38% (n = 21). Bei 14 % (n = 8) konnten ausschließlich CO- Symptome festgestellt werden und lediglich 2% (n = 1) Patient zeigte keinerlei TCO-Symptome.

Weiter wiesen 91% (n = 50) der Patienten Voraufenthalte in allgemeinpsychiatrischen Kliniken auf. Hier lag der Median der Anzahl der Voraufenthalte in allgemeinpsychiatrischen Krankenhäusern bei 5 (*IQR* = 8; *Range* = 0-32). Der Median der Krankheitsdauer lag bei 8 Jahren (*IQR* = 7.75, *Range* = 0-46) und wies einen signifikant positiven Zusammenhang (r_s (56) = .674, $p < .05$) mit der Anzahl an psychiatrischen Voraufenthalten auf.

In Bezug auf die kriminelle und gewalttätige Vorgeschichte der Stichprobe war festzustellen, dass die größte Gruppe mit 68% (n = 38) keinerlei Vorstrafen vor Begehung des Indexdelikts aufwies. Bei 32% (n = 18) der Patienten waren Vorstrafen in der Vergangenheit festzustellen, wobei hiervon 50% (n = 9) der Patienten wegen einschlägiger Gewaltkriminalität vorbestraft waren und ebenfalls 50% (n = 9) Vorstrafen aufwiesen, die als Delinquenz (ohne Gewalt) zu klassifizieren waren. Bei der Gruppe der Patienten mit Vorstrafen lag der Median der Anzahl der Vorstrafen bei 2,5 *(IQR* = 5, *Range* = 1-18).

Im Hinblick auf das soziale Umfeld der Patienten konnten zum Indexdeliktzeitpunkt 36% (n = 20) der Stichprobe als sozial depriviert, 43% (n = 24) als in konflikthaften Beziehungsstrukturen lebend und 21% (n = 12) als sozial unauffällig klassifiziert werden. Damit konnten bei 79% (n = 44) der Stichprobe ungünstige soziale Lebensumstände zum Deliktzeitpunkt festgestellt werden. Hinsichtlich derjenigen, die sich zum Deliktzeitpunkt in konflikthaften Beziehungsstrukturen befunden haben, konnte bei 71% (n = 17) der Patienten festgestellt werden, dass die Opfer des Indexdelikts innerhalb dieser Beziehungskonstellation aufzufinden waren.

9.2 Inferenzstatistische Auswertung

9.2.1 Gewalttätiges und delinquentes Verhalten in der Vergangenheit

Zur Überprüfung dieser Hypothese wurde die Stichprobe in drei Gruppen geteilt:(1) Personen mit delinquenz- und gewaltunauffälliger Vergangenheit (2) Personen mit delinquentem Verhalten / Vorstrafen mit nicht gewalttätigen Delikten und (3) Personen mit gewalttätigem Verhalten / Vorstrafen und Vorverurteilungen wegen Gewaltkriminalität. Zur statistischen Überprüfung, ob diese Gruppen sich hinsichtlich der Schwere des Indexdelikts signifikant voneinander unterscheiden, wurde ein Freeman–Halton–Test mit einem Signifikanzniveau von .05 gerechnet. Das Ergebnis zeigte keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Deliktgruppen im Hinblick auf die strafrechtliche Vergangenheit der Personen (p = .0779). Abbildung 4. zeigt die exakten Verteilungen der Gruppen hinsichtlich des Indexdelikts.

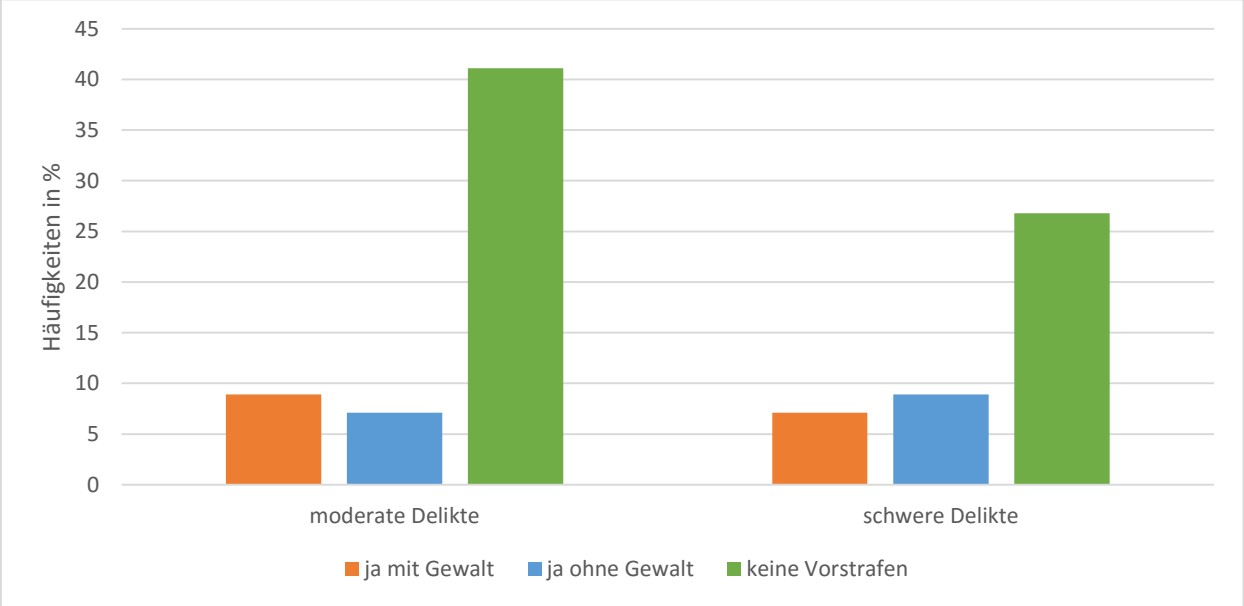

Abbildung 4. Häufigkeitsverteilung der Vorstrafen in Prozent über die Schwere des Indexdelikts.

9.2.2 Die Dauer des Krankheitsverlaufs

Bezüglich des Krankheitsverlaufs wurde in Hypothese 2 postuliert, dass die Gruppe der Personen mit kurzem Krankheitsverlauf (1-2 Jahre) und die Personen mit einem Krankheitsverlauf von mehr als zehn Jahren signifikant häufiger schwere Indexdelikte setzen als Personen mit einem durchschnittlichen Krankheitsverlauf (2-10 Jahren). Diese Hypothese wurde mit einem einseitigen Chi²-Test mit einem Signifikanzniveau von .05 getestet. Hier ergab

die statistische Überprüfung mit χ^2 (2, N = 56) = 2.73, p = .112 keine signifikanten Unterschiede bezüglich des Krankheitsverlaufs im Hinblick auf die Deliktgruppen. In Abbildung 5. findet sich eine exakte Darstellung der Häufigkeitsverteilungen in den Deliktgruppen.

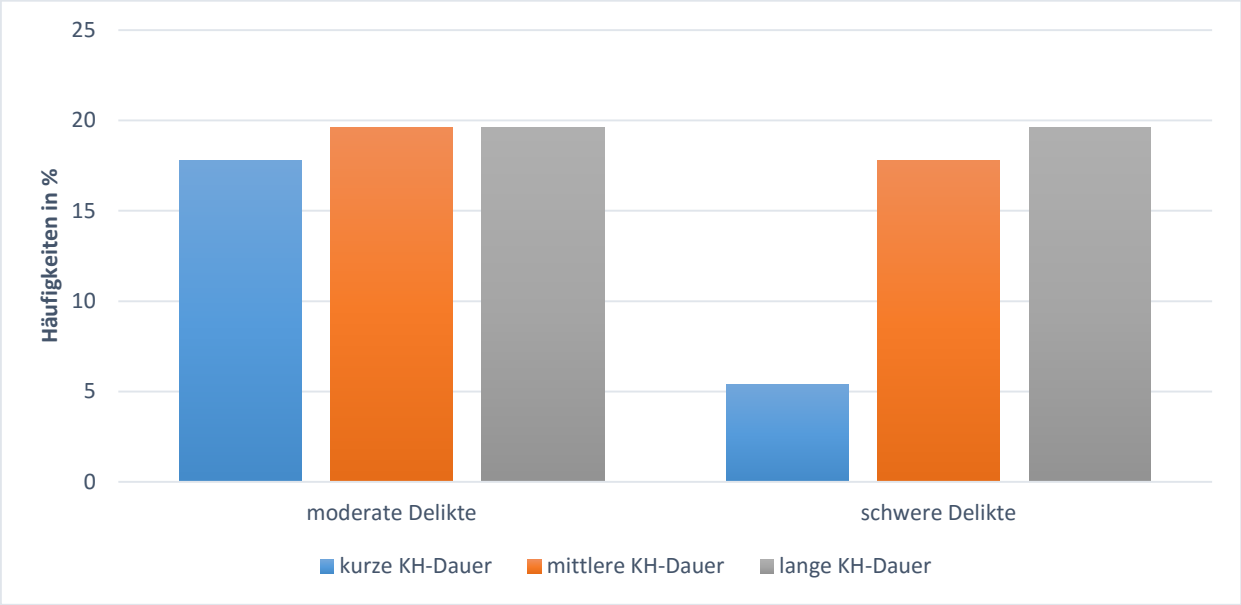

Abbildung 5. Häufigkeitsverteilung der Länge des Krankheitsverlaufs in Prozent hinsichtlich der Schwere des Indexdelikts.

9.2.3 TCO-Symptomatik

In Hypothese 3 wurde angenommen, dass es in Bezug auf die TCO-Symptome signifikante Unterschiede zwischen den Deliktgruppen gibt. Hier wurde postuliert, dass bei schweren Indexdelikten signifikant häufiger T-Symptome zu finden sind und bei moderaten Delikten häufiger CO-Symptome vorherrschen. Diese Hypothese wurde mit einem Freeman–Halton–Test einseitig mit einem Signifikanzniveau von .05 statistisch überprüft. Es finden sich im Hinblick auf die differenzierten Symptomgruppen (keine Symptome, Threat, Control-Override, TCO) mit p = .054 keine, statistische signifikanten Unterschiede, hinsichtlich der Verteilung in den Deliktgruppen. Bei gesamtheitlicher Betrachtung der T-Symptome in der Stichprobe finden sich allerdings signifikante Unterschiede in der Verteilung hinsichtlich der Abwesenheit von T-Symptomen. Hier zeigt der exakte Test nach Fisher mit p = .037, dass sich in der Gruppe der moderaten Delikte häufiger Personen befinden, die keine T-Symptome aufweisen. In Bezug auf das Vorhandensein von T-Symptomen zeigen sich jedoch keine Unterschiede zwischen den Deliktgruppen. In Abbildung 6 sind die exakten Verteilungen der T-Symptome über die Deliktgruppen dargestellt.

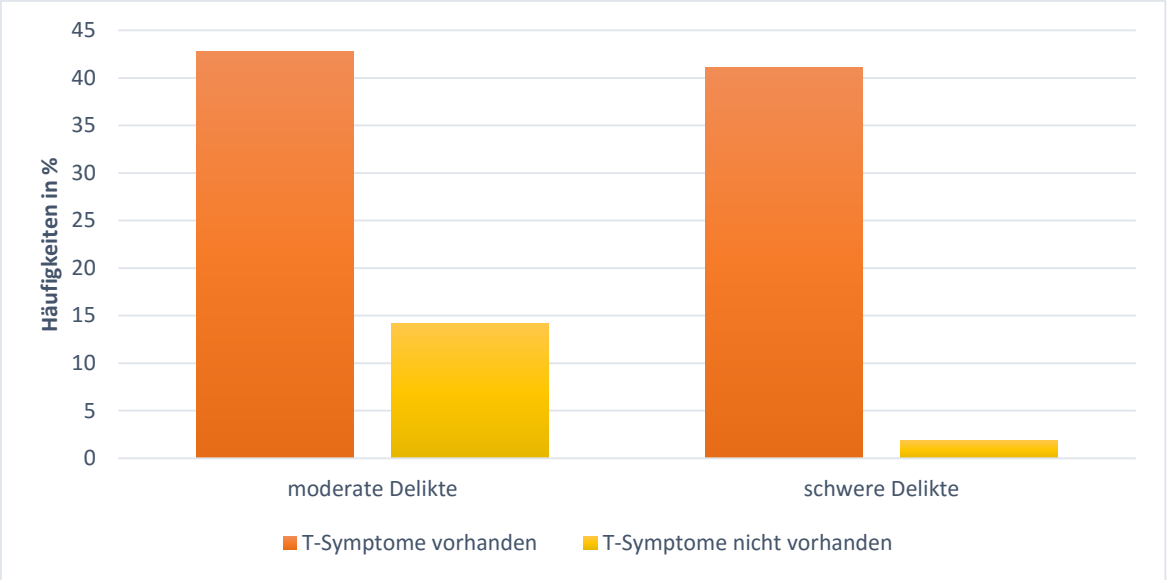

Abbildung 6. Häufigkeitsverteilung der T-Symptome in Prozent hinsichtlich der Schwere des Indexdelikts.

9.2.4 Das Alter zum Indexdeliktzeitpunkt

Im Hinblick auf das Alter zum Indexdeliktzeitpunkt wurde in Hypothese 4 postuliert, dass Personen über 30 Jahre signifikant häufiger schwere Indexdelikte setzen als Personen unter 30 Jahren. Zu diesem Zweck wurde die Stichprobe in zwei Altersgruppen geteilt und mit einem Chi²-Test überprüft, ob diese sich hinsichtlich der Häufigkeitsverteilung in Bezug auf das Indexdelikt voneinander unterscheiden. Die Auswertung ergab bei einseitiger Testung und einem Alpha-Level von .05 ein signifikantes Ergebnis von χ^2 (1, N = 56) = 4.809, p = .014. Der Unterschied der Altersgruppen über die Schwere des Delikts ist entgegen der Hypothese gerichtet. Es finden sich in der moderaten Deliktgruppe vermehrt Personen ab 30 Jahren und weniger Personen bis 30 Jahre In Abbildung 7 findet sich eine Darstellung der Altersgruppen je Indexdelikt.

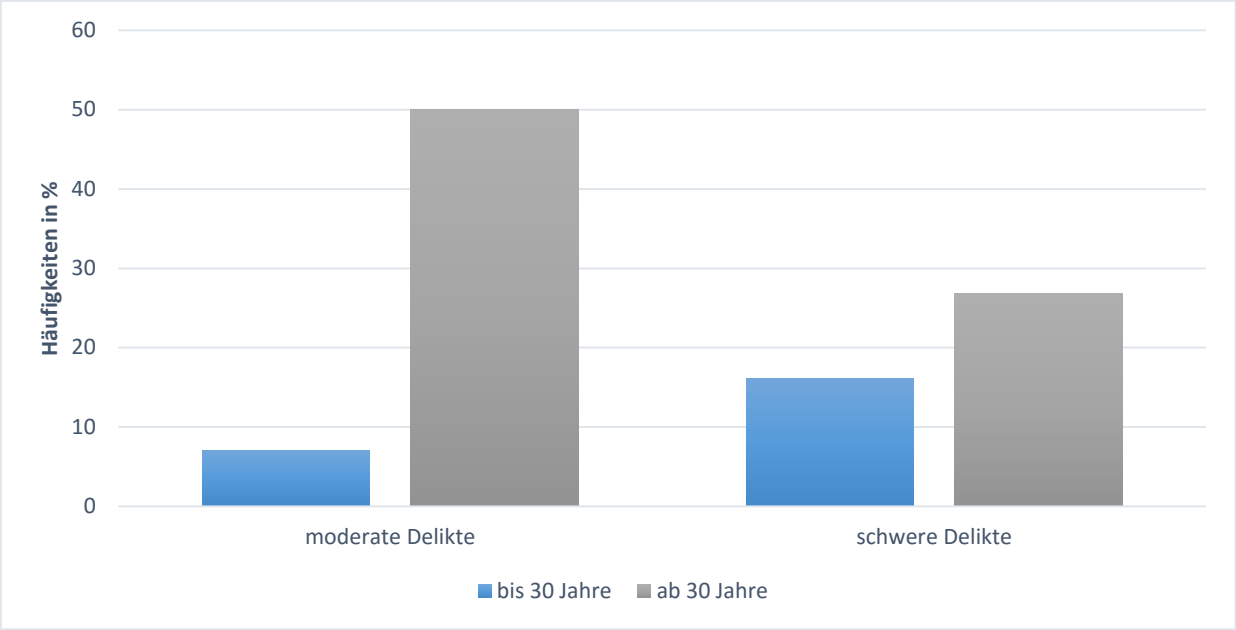

Abbildung 7. Häufigkeitsverteilung der Altersgruppen in Prozent hinsichtlich der Schwere des Indexdelikts.

9.2.5 Substanzmissbrauch

Im Zusammenhang mit Substanzmissbrauch wurden eine Diagnose nach ICD-10 und die Intoxikation zum Deliktzeitpunkt als separate Variablen in Bezug auf das Indexdelikt untersucht. Beide Variablen wurden mit einem einseitigen Chi²-Test mit einem Alpha-Level von .05 hinsichtlich der Schwere des Delikts statistisch überprüft. Im Hinblick auf die Diagnose einer Substanzabhängigkeit ergab die Testung χ^2 (1, N = 56) = 0.59, p = .220 ein nicht signifikantes Ergebnis. Die Überprüfung der Intoxikation zum Deliktzeitpunkt ergab χ^2 (1, N = 56) = 0.648, p = .211 ein nicht signifikantes Ergebnis. In Abbildung 8 und 9 findet sich die graphische Darstellung der Verteilung.

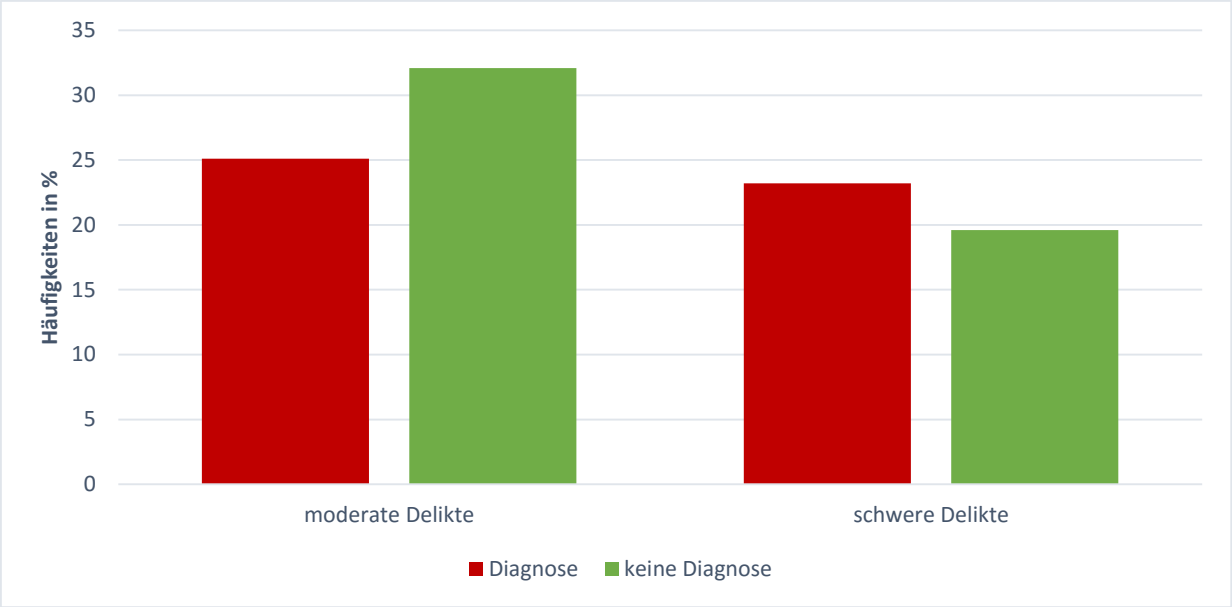

Abbildung 8. Häufigkeitsverteilung einer Substanzdiagnose nach ICD-10 in Prozent hinsichtlich der Schwere des Indexdelikts.

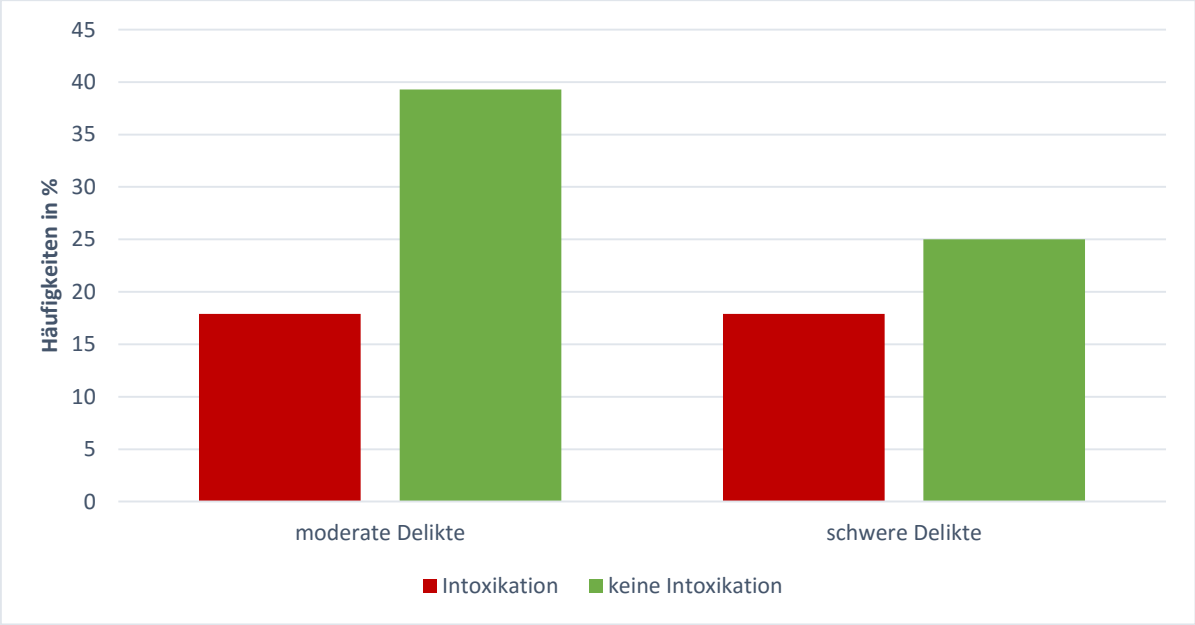

Abbildung 9. Häufigkeitsverteilung einer Intoxikation zum Deliktzeitpunkt in Prozent hinsichtlich der Schwere des Indexdelikts.

9.2.6 Das soziale Umfeld

Das soziale Umfeld wurde in Hypothese 6 und 7 thematisiert. Hierbei wurde ein Zusammenhang zwischen schweren Delikten (H6) und konflikthaften Beziehungsstrukturen sowie moderaten Delikten und sozialer Deprivation (H7) postuliert. Im Zuge der statistischen Hypothesenprüfung wurde hier vorab ein einseitiger Chi²-Test mit dem Alpha-Level von .05 eingesetzt, um die Verteilungen der unterschiedlichen sozialen Bedingungen (unauffällig, depriviert, konflikthaft) im Bezug zu der Schwere des Indexdelikts zu überprüfen. Hierbei konnten mit χ^2 (2, N = 56) = 2.10, p = .175 keine statistisch signifikanten Unterschiede in den Verteilungen der sozialen Bedingungen hinsichtlich der Deliktgruppen gefunden werden. Somit ergeben sich in der Folge auch keine weiteren statistisch signifikanten und relevanten Prüfgrößen (Korrelationen) zu etwaigen Zusammenhängen in diesem Kontext.

In Abbildung 10. findet sich eine Darstellung der Häufigkeitsverteilungen der unterschiedlichen sozialen Bedingungen.

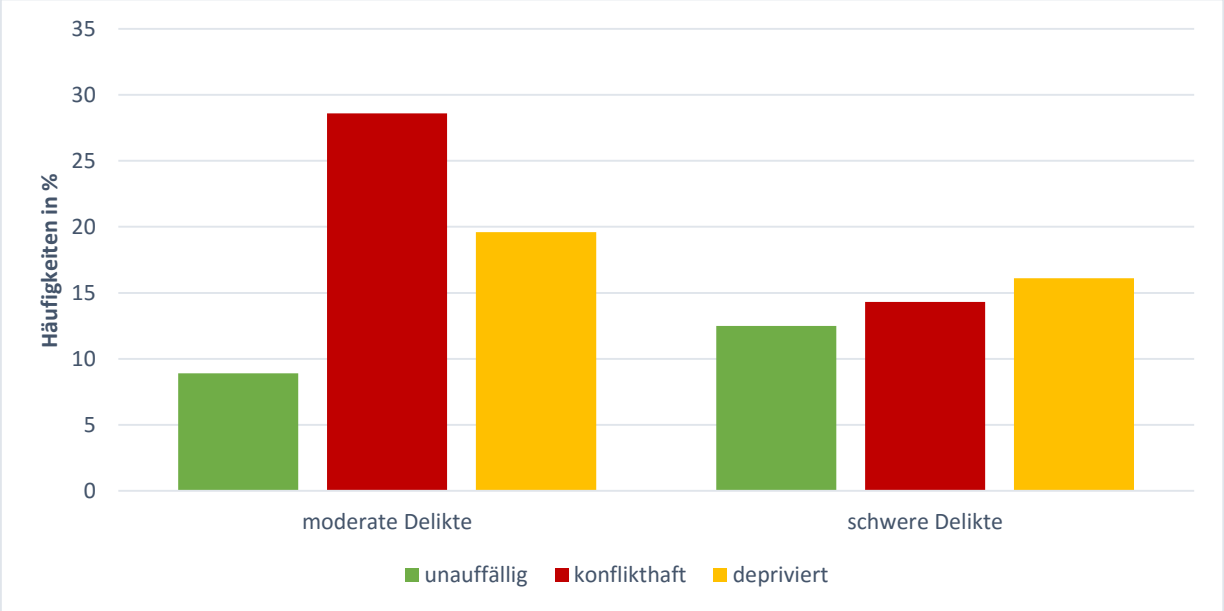

Abbildung 10. Häufigkeitsverteilung der sozialen Bedingungen in Prozent hinsichtlich der Schwere des Indexdelikts.

IV. Interpretation und Diskussion

10 Interpretation

Ziel dieser Untersuchung war es, Faktoren zu isolieren, die zur Erklärung und Unterscheidung von gewalttätigem Verhalten bei männlichen Personen mit Schizophrenie, die bereits dieses Verhalten gezeigt hatten, besonders geeignet erscheinen, um schließlich hinsichtlich des Ausmaßes an Gewalt Differenzierungen treffen zu können. Es sollte gelingen, durch die Betrachtung von, aus der aktuellen Forschung hinlänglich bekannten, mit Gewaltkriminalität in Zusammenhang stehenden Faktoren und deren theoretischen Hintergründen, ebenfalls für die vorliegende Stichprobe, Erklärungsansätze zu finden und diese in praktische Überlegungen zu überführen.

Im Zuge der inferenzstatistischen Hypothesenprüfung waren keine hypothesenkonformen signifikanten Ergebnisse auffindbar. Allerdings sind leichte richtungsweisende Tendenzen eruierbar, welche sich bezüglich der Fragestellung, unabhängig der Hypothesen, betreffend der Differenzierung zwischen moderaten und schweren Gewaltdelikten in *eher geeignete* und *nicht geeignete* Faktoren unterteilen lassen.

Als *eher geeignet* erscheint das Nicht-Vorhandensein von T-Symptomatik als Hinweis auf moderate Delikte. Eine ähnliche Tendenz ist bei Intoxikation zum Deliktzeitpunkt vorzufinden. Hier kann ebenfalls eher eine Tendenz zu moderaten Delikten bei Absenz von Intoxikation vermutet werden. Weiter findet sich die Tendenz zu ungünstigen Bedingungen im sozialen Umfeld (Deprivation, konflikthafte Beziehungsstrukturen) eher bei moderaten Delikten. Auch das Alter kann insofern als geeignet angenommen werden, da sich die über 30jährigen signifikant häufiger bei moderaten Delikten finden als bei schweren Delikten. Bezüglich der Vorgeschichte von Delinquenz und Gewaltkriminalität finden sich Personen ohne Vorstrafen marginal häufiger bei moderaten Delikten. Ferner zeigt sich die Tendenz in Richtung kurzer Krankheitsverläufe von maximal zwei Jahren bei moderaten Delikten. Hierbei kann ebenfalls eine gewisse Eignung im Hinblick auf die Differenzierung zwischen den Deliktgruppen vermutet werden.

Als *nicht geeignete* Faktoren hinsichtlich der Differenzierung zwischen moderaten und schweren Delikten sind eine Substanzdiagnose nach ICD-10, die Betrachtung von Vorstrafen

(mit oder ohne Gewalt) im Gegensatz zum Fehlen von Vorstrafen sowie das Vorhandensein von T-Symptomen und Intoxikation zum Deliktzeitpunkt.

11 Diskussion

Obwohl die Stichprobe in ihren deskriptiven Merkmalen mit den in der Literatur beschriebenen Auffälligkeiten dieser Personengruppe Großteils gute Übereinstimmungen aufwies und sowohl die Stichprobengröße als auch das Untersuchungssetting als repräsentativ für die Population der Maßnahmenpatienten in Österreich angesehen werden können war es nicht möglich, hypothesenkonforme, signifikante Ergebnisse zu finden. Aus diesem Grund werden in weiterer Folge ausschließlich richtungsweisende Tendenzen aus vorliegender Untersuchung interpretiert. Diese werden in Zusammenschau mit den bisherigen Befunden und theoretischen Implikationen aus der Literatur diskutiert. Dabei richtet sich der Fokus auf unterschiedliche theoretische Hintergründe, welche auf Grund der aktuellen Forschungslage Erklärungspotential für gewalttätiges Verhalten bei Menschen mit Schizophrenie aufweisen.

11.1 Vorstrafen

Gewalttätiges Verhalten in der Vergangenheit gilt als einer der besten Prädiktoren für zukünftige Gewalt (MacArthur Foundation, 2005; Müller-Isberner & Webster, 1998). Es gilt als hinlänglich erwiesen, dass die Wahrscheinlichkeit der Begehung einer zukünftigen Straftat mit jeder begangenen Tat ansteigt (Müller-Isberner & Webster, 1998). Klassen und O'Connor (1994, zitiert nach Müller-Isberner & Webster, 1998) stellten fest, dass so gut wie jede Art der vergangenen Delinquenz als Prädiktor für zukünftige Gewalttätigkeit gesehen werden kann. Dieser Befund liefert allerdings keine Aussagen darüber, inwiefern gewalttätiges oder delinquentes Verhalten in der Vergangenheit auch die Schwere zukünftiger Gewalttaten beeinflusst. Dieser Umstand wurde retrospektiv in vorliegender Studie auch in Anlehnung an die Typisierung von Straftätern mit Schizophrenie nach Hodgins und Müller-Isberner (2014), untersucht. Dementsprechend sollten sich Personen mit unauffälliger Vergangenheit von Personen mit gewalttätiger und/oder delinquenter Vergangenheit hinsichtlich der Schwere des Delikts unterscheiden. Diese Hypothese konnte nicht bestätigt werden. Allerdings war festzustellen, dass ca. zwei Drittel (68%) der Personen in der Stichprobe keinerlei Vorstrafen in der Vergangenheit aufwiesen. Bei dieser Gruppe zeigte sich in Bezug auf die Häufigkeitsverteilung über die Deliktgruppen hinweg die stärkste richtungsweisende Tendenz.

Es fand sich eine Neigung dahingehend, dass Personen ohne Vorstrafen eher bei moderaten Delikten vorzufinden waren. Die Annahme in den Typisierungen nach Hodgins und Müller-Isberner (2014), dass eine Delinquenz- und gewaltunauffällige Vergangenheit auf Typ III hinweist und somit hier eher von schweren Delikten auszugehen ist, konnte in dieser Untersuchung nicht reproduziert werden. Mögliche Erklärungsansätze sind, dass die Vorgeschichte von Gewaltkriminalität und Delinquenz, in Form von Vorstrafen, bei dieser speziellen Personengruppe aufgrund von juristischen Gegebenheiten einer gewissen Verzerrung unterliegt. Es ist anzunehmen, dass bei Personen mit psychischen Auffälligkeiten in der Anwendung von Gesetzen und Verurteilungen andere Richtmaße zum Tragen kommen als bei Straftätern ohne psychische Auffälligkeiten. Dafür spricht die Tatsache, dass die vorliegende Stichprobe einen durchschnittlichen Krankheitsverlauf von acht Jahren und die Personen im Schnitt fünf psychiatrische Voraufenthalte aufwies. Hier scheint eine Operationalisierung der Vorvergangenheit, im Sinne einer Feststellung von dem Delikt vorausgegangenen allgemeinpsychiatrischen Unterbringungen im Zuge des Unterbringungsgesetzes (UbG) im Sinne von Fremdgefährdung (§ 3 UbG – Voraussetzungen der Unterbringung), zielführender, um die Vorgeschichte der Gewalttätigkeit adäquat abzubilden.

Allerdings kann die Tendenz, dass bei Personen mit gewalt- und delinquenzunauffälliger Vergangenheit eher moderate Delikte zu finden waren, auch als Indiz dafür gesehen werden, dass eine strafrechtlich unauffällige Vergangenheit Hinweise dafür liefert, dass mit quantitativen auch qualitative Veränderungen in der Delinquenz und Gewalttätigkeit einhergehen könnten. Dieses Phänomen ist jedoch ausschließlich bei der Gruppe der Personen ohne Vorstrafen in der Vergangenheit vorzufinden. Bei den Gruppen mit gewalttätiger oder delinquenter Vergangenheit finden sich keinerlei Unterschiede hinsichtlich der Schwere des Indexdelikts. Hier sind, bedingt durch die geringen Gruppengrößen, vorrangig statistische Probleme hinsichtlich einer generellen Interpretierbarkeit anzuführen. Es lassen sich aber auch Probleme in der Operationalisierung der Schwere der Gewalt in diesem Zusammenhang vermuten. Möglicherweise ist hierbei der strafrechtliche Aspekt nicht optimal geeignet, um die qualitative Komponente der Gewalttätigkeit zu erfassen. Vielmehr sollten Aspekte wie körperliche Bezogenheit des Delikts, Affektivität und Impulsivität unter Einbezug der Täter-Opfer-Beziehung in die Operationalisierung einfließen, nämlich sowohl in Bezug auf die unabhängige als auch die abhängige Variable.

11.2 Dauer des Krankheitsverlaufs

Im Hinblick auf die Dauer des Krankheitsverlaufs finden sich im Besonderen zwei theoretische Begründungen, die im Zusammenhang mit der Schwere des Delikts zum Tragen kommen. Zum einen wird in der Typisierung von Straftätern mit Schizophrenie nach Hodgins und Müller-Isberner (2014) angeführt, dass vor allem ein langer, chronischer Krankheitsverlauf mit schweren gewaltvollen Delikten einhergehen kann. Zum anderen konnten Large und Nielssen (2011) feststellen, dass es beim erstmaligen Auftreten psychotischer Episoden im Vergleich zum längerfristigen Krankheitsverlauf, zu höheren Raten an gewalttätigem Verhalten bei den Betroffenen kommt.

In der vorliegenden Untersuchung konnten diese Befunde im Hinblick auf die Schwere des Delikts keine signifikante Bestätigung finden. Es ließen sich bei den Deliktgruppen keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Dauer des Krankheitsverlaufs (kurz, mittel, lang) feststellen. Jedoch zeigt sich bei der Gruppe mit kurzen Krankheitsverläufen, dass bei moderaten Delikten eher vermehrt kurze (bis zu zwei Jahren) Krankheitsverläufe zu finden waren als bei schweren Delikten. Im Gegensatz dazu konnten bei den Gruppen mit mittleren und langen Krankheitsverläufen keinerlei Tendenzen in den Häufigkeitsverteilungen zwischen schweren und moderaten Delikten ausgemacht werden. Diese Ergebnisse lassen sich im Hinblick auf die theoretischen Hintergründe nur sehr eingeschränkt interpretieren, da zwar Unterschiede in den Gruppen unterschiedlicher Krankheitsverläufe hinsichtlich der Schwere des Indexdelikts vermutet werden können, diese allerdings ausschließlich kurzzeitige Krankheitsverläufe betreffen. Vor allem ist in diesem Zusammenhang kritisch anzumerken, dass die Dauer des Krankheitsverlaufs ausschließlich ab dem Zeitpunkt, zu dem der Betroffene nachweislich erstmaligen Kontakt zu einem psychiatrischen Krankenhaus hatte, zur Festlegung der Krankheitsdauer herangezogen wurde. Hieraus sind allerdings nicht die exakte Zeitspanne und der Hergang des Frühverlaufs ableitbar. Es kann nicht genau bestimmt werden, wann es tatsächlich zum erstmaligen Auftreten einer psychotischen Episode gekommen ist und wie lange die Latenzphase bis zum Klinikaufenthalt angedauert hat. Diesem Umstand wurde versucht dadurch zu begegnen, dass ein kurzer Krankheitsverlauf mit ein bis zwei Jahren festgelegt wurde. Damit sollte auch ein Teil des Frühverlaufs in die Operationalisierung einer kurzen Krankheitsdauer miteinfließen, da die durchschnittliche Dauer der Prodromalphase bei einem hohen Prozentsatz der Betroffenen bis zum Einsetzen der psychotischen Vorphase der

Schizophrenie mit ca. einem Jahr (Häfner et al., 2013; Wittchen & Hoyer, 2011) und die Latenzphase mit ca. 0.2 Jahren angenommen wird (Wittchen & Hoyer, 2011).

Weiter ergab sich in der Stichprobe eine dem Indexdelikt vorausgegangene durchschnittliche Krankheitsdauer von acht Jahren. Diese Zeitspanne entspricht einem langfristigen Verlauf (Wittchen & Hoyer, 2011). In Zusammenschau mit der hohen Anzahl von im Durchschnitt fünf Voraufenthalten in allgemeinpsychiatrischen Kliniken, kann davon ausgegangen werden, dass es sich bei der Stichprobe vorrangig um schwere, eher langfristige Krankheitsverläufe handelt und hier Personen mit Ersterkrankungen keine überragende Rolle spielen. In Verbindung damit, dass in Studien mit forensischen Stichproben sehr ähnliche durchschnittliche Werte hinsichtlich Krankheitsdauer und Anzahl der Voraufenthalte (Haller et al., 2001; Kruse et al., 2013; Stompe et al., 2004) gefunden wurden, kann angenommen werden, dass in dieser Population der Anteil jener Patienten mit langfristigen, schweren Krankheitsverläufen überproportional häufig vertreten ist. Im Hinblick darauf scheint eine neuerliche Typisierung und Klassifizierung von Krankheitsverläufen erforderlich, die dieser speziellen Population besser gerecht wird, um tatsächliche Unterschiede und Besonderheiten des Krankheitsverlaufs feststellen zu können.

Weiter scheint vor allem im Kontext der Diskussion über die Rolle der Beteiligung der allgemeinpsychiatrischen Versorgung von PatientInnen mit Schizophrenie im Hinblick auf eine „Forensifizierung“ dieser, weitere Impulse zu liefern. Es könnten hier durchaus Defizite in der Behandlung und Versorgung vermutet werden, wenn forensische Patienten im Durchschnitt fünf Mal vor dem Indexdelikt in Kontakt mit dem allgemeinpsychiatrischen Versorgungssystem standen. In diese Überlegung miteinbezogen werden kann ebenfalls die Tatsache, dass medikamentöse Compliance einen wichtigen protektiven Faktor im Hinblick auf gewalttätiges Verhalten bei Personen mit Schizophrenie darstellt (Kruse et al., 2013; Volavka & Citrome, 2011). In diesem Zusammenhang sollte ebenfalls die seit 1990 steigende Anzahl von PatientInnen in forensisch-psychiatrischen Einrichtungen (Schanda et al., 2006; Schanda, Stompe, & Ortwein-Swoboda, 2010) in weiterführenden Untersuchungen thematisiert werden.

11.3 TCO-Symptomatik

Der Forschungsstand rund um die TCO-Symptomatik im Hinblick auf gewalttätiges Verhalten von Personen mit Schizophrenie lässt sich als umfangreich und dennoch in einigen Bereichen als divergent beschreiben. Nichtsdestotrotz wird die TCO-Symptomatik als verbreiteter

Prädiktor für gewalttätiges Verhalten bei Personen mit Schizophrenie angenommen (Bo et al., 2011; Müller-Isberner & Webster, 1998). Hierbei stellte sich vor allem der T-Aspekt mit der paranoiden Verarbeitung wahnhafter Symptomatik, die in einem stabilen Gefühl der Bedrohung mündet, als Unterscheidungsmerkmal zwischen moderaten und schweren Formen der Gewaltkriminalität heraus (Stompe et al., 2004). In vorliegender Untersuchung war es ebenfalls möglich, Hinweise auf eine Differenzierung zwischen moderaten und schweren Gewaltdelikten im Kontext der T-Symptome zu finden. Allerdings stellte sich nicht das Vorhandensein von T-Symptomen als Unterscheidungsmerkmal heraus, sondern im Speziellen deren Abwesenheit. Anders gesagt, T-Symptome scheinen, wenn sie vorhanden sind, nicht zur Differenzierung zwischen schweren und moderaten Delikten geeignet. Sowohl in der Gruppe, die ausschließlich T-Symptome zeigten als auch in der Gruppe die TCO-Symptome aufwiesen, lässt sich nicht zwischen moderaten und schweren Delikten unterscheiden. Hingegen finden sich signifikant häufiger Personen mit moderaten Delikten, die keine T-Symptome aufweisen.

Wenn davon auszugehen ist, dass der Threat vor allem die Aspekte der wahnhaften Syptomatik abbildet, die in einem hohen Maße zu einem stabilen Gefühl der Bedrohung bei den Betroffenen führen, welches sich in einer Verteidigungsreaktion äußern kann, dann darf vermutet werden, dass bei Vorhandensein von T-Symptomen andere Faktoren Auswirkungen auf die Schwere der Gewalt ausüben. Möglicherweise spielen hier nicht vorrangig krankheitsbezogene Faktoren eine Rolle, sondern vielmehr wirken intrapersonale und interpersonale Ressourcen und generell gewaltprotektive Faktoren verstärkt auf die Art und Weise ein, in der sich diese Verteidigungsreaktion äußert.

Dieses Ergebnis lässt ebenfalls in besonderem Maße die Frage offen, welche anderen Faktoren, wenn keine T-Symptome vorhanden sind, dazu beitragen, dass eine Differenzierung möglich wird. Dies ist bei isolierter Bertachtung der T-Symptomatik nicht zu beantworten. Hier scheint es ebenfalls nötig, andere Faktoren wie Substanzmissbrauch oder den Krankheitsverlauf in das Erklärungsmodell miteinzubeziehen.

In diesem Kontext ist ebenfalls zu erwähnen, dass in der Stichprobe die überwiegende Mehrheit mit 82% durch T-Symptome imponierte und lediglich 18% der untersuchten Personen keinerlei T-Symptomatik aufwiesen. Dieser Umstand ist damit zu erklären, dass ebenfalls ein hoher Prozentsatz, nämlich 87% der untersuchten Personen, die Diagnose paranoide Schizophrenie nach ICD-10 (Dilling, 2011) aufwiesen und hier eine wahnhafte, paranoide Symptomatik

vorherrschend ist, in der sich der T-Aspekt zu einem großen Teil wiederfindet. Insofern kann die Stichprobe zwar als repräsentativ für die forensische Population angenommen werden (Stompe et al., 2004; Stompe & Schanda, 2012), allerdings relativiert sich das gefundene Ergebnis aufgrund der kleinen Vergleichsstichprobe ohne Symptomatik.

Die Tatsache, dass gesamtheitlich betrachtet, lediglich eine Person in der untersuchten Stichprobe weder T-Symptome noch CO-Symptome aufwies, zeigt, dass TCO-Symptome in der forensischen Population von Personen mit Schizophrenie eine weit verbreitet Symptomgruppe darstellen, was ebenfalls auf eine Besonderheit dieser Gruppe hindeutet, welche in weiterführenden Studien Berücksichtigung finden sollte.

11.4 Alter zum Indexdeliktzeitpunkt

Im Hinblick auf das Alter von Gewalttätern mit Schizophrenie, gibt es in der Literatur Hinweise darauf, dass dieses ebenfalls in Zusammenhang mit der Schwere des Delikts gesehen werden kann. Bei Hodgins und Müller-Isberner (2014) stellt das Alter zum Deliktzeitpunkt ein wichtiges Unterscheidungsmerkmal der drei distinktiven Typen von Personen mit Schizophrenie und aggressivem und gewalttätigem Verhalten dar. Insbesondere bei Typ III -Gewalttaten nach längerem Krankheitsverlauf-, wird postuliert, dass hier Personen meist „nach längerem Krankheitsverlauf in der 3. bzw. 4. Lebensdekade plötzlich eine schwerste Gewalthandlung begehen“ (Hodgins & Müller-Isberner, 2014, S. 276). In der vorliegenden Untersuchung konnte diese Annahme bei isolierter Betrachtung des Alters zum Deliktzeitpunkt nicht bestätigt werden.

Zur Überprüfung der Hypothese (H4) bezüglich des Alters der Personen zum Indexdeliktzeitpunkt wurde die Stichprobe in zwei Gruppen geteilt und die unter 30jährigen mit den über 30jährigen verglichen. Hierbei fanden sich zwar signifikante Unterschiede in der Verteilung der Altersgruppen über das Indexdelikt hinweg, diese stellten sich allerdings nicht hypothesenkonform dar. Es konnte festgestellt werden, dass bei moderaten Delikten häufiger Personen ab 30 Jahren und seltener Personen unter 30 Jahren vertreten waren. Bei schweren Delikten zeigte sich ein umgekehrtes Bild. In anderen Worten, in der Gruppe der moderaten Delikte fanden sich signifikant häufiger Personen ab 30 Jahren. Dieses Ergebnis kann allerdings nicht in die Richtung interpretiert werden, dass die von Hodgins und Müller-Isberner (2014) angenommene Typisierung von Straftätern mit Schizophrenie im Generellen nicht zutrifft,

sondern nur der Aspekt des Alters bei isolierter Bertachtung keine Bestätigung in Richtung der theoretischen Annahme findet. Vielmehr ist anzunehmen, dass das Alter zum Indexdeliktzeitpunkt nur in Verbindung mit anderen Merkmalen wie dem Krankheitsverlauf, der delinquenten oder gewalttätigen Vorgeschichte und dem sozialen Umfeld sowie komorbidem Substanzmissbrauch oder der TCO-Symptomatik in Verbindung mit der Schwere der Gewalttat zu betrachten ist.

Weiter wies die untersuchte Stichprobe einen relativ hohen Altersdurchschnitt von 39.6 Jahren auf. Im Zusammenhang damit, dass die Schizophrenie als Krankheit der ersten Lebenshälfte gilt und bei Männern der Altersgipfel der Ersterkrankung zwischen 15 und 25 Jahren liegt (Häfner et al., 2013), findet sich hier ebenfalls ein weiteres Indiz dafür, dass in der erhobenen Stichprobe eher langfristige Krankheitsverläufe vorherrschend waren. Insofern liefert die hohe Anzahl der über 30jährigen Personen in der Gruppe der moderaten Delikte auch Hinweise dafür, dass langfristige Krankheitsverläufe im Zusammenhang mit weiteren Faktoren durchaus Potential für weiterführende, differenziertere Typisierungen von Personen mit Schizophrenie und gewalttätigem Verhalten aufweisen.

11.5 Substanzmissbrauch – Intoxikation zum Deliktzeitpunkt

Der Konsum von legalen und illegalen Substanzen kann als einer der wichtigsten Risikofaktoren im Zusammenhang mit gewalttätigem, aggressivem Verhalten in unserer Gesellschaft angesehen werden (Darke, 2010). Auch in der Typisierung von Personen mit Schizophrenie und aggressivem, gewalttätigem Verhalten nach Hodgins und Müller-Isberner (2014) nimmt Drogenmissbrauch einen wichtigen Stellenwert ein. Substanzmissbrauch wird hierbei, sowohl bei *Typ I – Schizophrenie bei vorausgegangener Störung des Sozialverhaltens* als auch bei *Typ II – Delinquenzbeginn bei Krankheitsausbruch*, als wesentliches Merkmal angesehen. Vor allem bei Personen des Typen II wird angenommen, dass es hier durch Drogenkonsum während der Übergangsphase in die erste psychotische Episode zu einer Verschlimmerung der Symptomatik kommt. Bei Typ I stellt Substanzkonsum eher einen konstanten Begleitkonsum im Krankheitsverlauf dar. (Hodgins & Müller-Isberner, 2014)

In vorliegender Untersuchung wurde überprüft, ob im Hinblick auf den Substanzkonsum bei isolierter Betrachtung ebenfalls Hinweise auf die Schwere des Delikts zu finden sind. Zu diesem Zweck wurde sowohl Intoxikation zum Deliktzeitpunkt als auch eine Substanzdiagnose nach

ICD-10 (Dilling, 2011) erhoben und im Zusammenhang mit dem Indexdelikt untersucht. Es konnte in beiden Variablen keine signifikanten Unterschiede in den Deliktgruppen festgestellt werden. Allerdings konnte eine leichte Tendenz dahingehend angenommen werden, dass bei moderaten Delikten mehr Personen der Gruppe ohne Intoxikation zum Deliktzeitpunkt zu finden waren. Hingegen zeigte sich in der Gruppe jener, die zum Deliktzeitpunkt etwaige Substanzen konsumiert hatten, keinerlei Differenzen zwischen den Deliktgruppen. Das lässt sich derart interpretieren, als sei bei Intoxikation zum Deliktzeitpunkt, ähnlich wie im Zuge der Ergebnisse zur T-Symptomatik, eine Differenzierung zwischen moderaten und schweren Delikten nur möglich, wenn diese nicht auftritt. Diese Beobachtung kann ebenfalls als Indiz dafür gewertet werden, dass Substanzmissbrauch, wie von Schanda (2006) schon festgestellt, insbesondere bei leichten Delikten die Zusammenhänge zwischen der Erkrankung und Gewalt eher indirekt beeinflusst.

Jedenfalls sollte in weiterführenden Studien ein verstärktes Augenmerk auf die Gruppe jener gelegt werden, die keine Intoxikation zum Deliktzeitpunkt aufwiesen. Hier scheint möglicherweise, vor allem in Zusammenschau mit weiteren Faktoren, verstärkt Potential zur Differenzierung und Erklärung der Schwere des Delikts zu liegen, welche in besonderem Maße in Richtung krankheitsspezifischer Unterscheidungsmerkmale deuten.

11.6 Das soziale Umfeld

Hinsichtlich des sozialen Umfelds der Betroffenen wird diesem, im Besonderen in der HCR-20 (Müller-Isberner & Webster, 1998), im Zusammenhang mit der Entstehung von gewalttätigem Verhalten bei Personen mit psychischen Erkrankungen, eine enorm wichtige Rolle zugesprochen. Vor allem das Fehlen von sozialer Unterstützung sowie konflikthafte Beziehungsstrukturen nehmen hierbei einen besonderen Stellenwert ein. (Müller-Isberner & Webster, 1998)

Im Hinblick auf die Schwere der Gewalttat lässt sich vermuten, dass im Speziellen lange und chronische Krankheitsverläufe, die von starker wahnhafter Symptomatik geprägt sind, zu konflikthaften Beziehungskonstellationen führen können, welche aggressive und gewaltvolle Auseinandersetzungen zur Folge haben können (Häfner, 2010). Soziale Deprivation hingegen ist vielmehr in Verbindung mit sozialem Rückzug und dementsprechend den negativen Symptomen der Schizophrenie zu erwarten (Comer et al., 2008). Diese weisen im Vergleich zu

den positiven Symptomen der Schizophrenie eher protektiven Charakter hinsichtlich gewalttätigem, aggressivem Verhalten auf (Swanson et al., 2006).

Demzufolge wurden in durchgeführter Untersuchung Zusammenhänge zwischen schweren Delikten und konflikthaften Beziehungsstrukturen sowie moderaten Delikten und sozialer Deprivation vermutet. Diese Annahmen konnten nicht bestätigt werden. Allerdings konnte in der Stichprobe eine leichte richtungsweisende Tendenz hinsichtlich der Häufigkeitsverteilung von generell ungünstigen sozialen Bedingungen im Vergleich zu unauffälligen sozialen Bedingungen, in denen die Betroffenen zu Deliktzeitpunkt lebten, festgestellt werden. Bei der Gruppe mit moderaten Delikten fanden sich im Vergleich zur Gruppe mit schweren Delikten eine größere Anzahl Personen, deren soziale Lebensbedingungen als generell ungünstig beschrieben werden konnten. Bei differenzierter Bertachtung von sozialer Deprivation und konflikthaften Beziehungskonstellationen zeigte sich, dass insbesondere konflikthafte Beziehungskonstellationen, nicht wie vermutet eher bei schweren, sondern verstärkt bei moderaten Delikten vorzufinden waren. Das lässt vermuten, dass möglicherweise ebenfalls weitere qualitative Komponenten, die eine Bezugsperson in der Beziehung einnimmt, Einfluss auf die Schwere des Delikts ausüben könnte und diese im Zusammenhang hinsichtlich des Konfliktpotentials der jeweiligen Beziehungskonstellation separiert betrachtet werden sollte. Schließlich ist es naheliegend, dass auch konflikthafte Beziehungen durch unterschiedliche Ausprägungen in qualitativen Merkmalen wie zum Beispiel Nähe, Abhängigkeiten, Machtverhältnisse aber auch das Ausmaß an Verständnis, Aufmerksamkeit, Zeit, Fürsorge sowie Verbundenheit geprägt sein können. Es ist anzunehmen, dass diese auch in weiterer Folge einen Einfluss auf die Art und Intensität der Gewalttätigkeit ausüben.

Diese Zusammenhänge sind allerdings an dieser Stelle nicht zu beantworten, stellen jedoch wichtige Implikationen für weiterführende Studien dar. Auch die Tatsache, dass die überwiegende Mehrheit der untersuchten Personen (79%) vor dem Deliktzeitpunkt ein im Generellen als ungünstig zu klassifizierendes soziales Umfeld aufwies, zeigt im Besonderen die Notwendigkeit einer weiterführenden qualitativen Analyse der sozialen Lebenswelt von Personen mit Schizophrenie auf. Diese Analysen sollten ebenfalls verstärkt den Fokus auf Möglichkeiten von sozialer Inklusion von Menschen mit Schizophrenie richten. Soziale Einbindung und ein unterstützendes stabiles soziales Umfeld sind gerade für Menschen mit einer derart schweren psychischen Erkrankung wie der Schizophrenie, notwendige

Voraussetzungen um einen günstigen Krankheitsverlauf zu ermöglichen, aber auch um in der Rehabilitation von Maßnahmenpatienten nachhaltige Erfolge zu erwirken.

12 Zusammenfassung und Ausblick

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass bei isolierter Bertachtung von, aus der Theorie abgeleiteter deliktrelevanter Faktoren, keine hypothesenkonformen signifikanten Differenzierungen zwischen moderaten und schweren Gewaltdelikten ermittelt werden konnten. Vielmehr war es möglich, einige Befunde in Form von richtungsweisenden Tendenzen zu erzeugen, die darauf hindeuten, dass bei unzusammenhängender Betrachtung von einzelnen Faktoren, eher deren Absenz Indizien dafür liefern, dass hier wahrscheinlich ebenfalls andere Aspekte zu einem hohen Maße in eine Differenzierung der Deliktgruppen miteinfließen. Vor allem die Ergebnisse hinsichtlich der Unterscheidung zwischen schweren und moderaten Delikten bei Absenz von T-Symptomatik sowie Intoxikation zum Deliktzeitpunkt betonen die Relevanz des Einbezugs weiterer Faktoren, um fortführende theoretische Erklärungen ableiten zu können. Dennoch lassen sich in Bezug auf die Forschungsfrage, wie in der Interpretation der Ergebnisse schon erwähnt, einzelne Aspekte als eher geeignet zur Differenzierung zwischen moderaten und schweren Gewaltdelikten vermuten. Diese liefern allerdings weder hinsichtlich statistischer Signifikanz noch theoretischer Relevanz eindeutige Ergebnisse. Das weist ebenfalls darauf hin, dass die isolierte Betrachtung von in der Literatur gut begründeten, einzelnen Faktoren, zu keinen statistisch oder theoretisch eindeutig interpretierbaren Ergebnissen führen. Es scheint hier zu einer weiteren Bestätigung dafür gekommen zu sein, dass Schizophrenie und gewalttätiges Verhalten zu einem hohen Maß multikausal bedingt und insofern nicht auf einzelne Faktoren reduzierbar ist.

Weiter liefert die Stichprobe ebenfalls hinsichtlich deskriptiver Merkmale, wie dem Krankheitsverlauf im Zusammenhang mit Voraufenthalten in psychiatrischen Kliniken, dem hohen Altersdurchschnitt sowie der großen Anzahl von Personen, die durch TCO-Symptome imponierten, Hinweise darauf, dass es sich hierbei um Personen mit äußerst spezifischen Verlaufsformen und Krankheitsbildern der Schizophrenie handelt. Diesen Besonderheiten sollte in weiterführenden Studien ebenfalls verstärkt Beachtung geschenkt werden. Vor allem in Vergleichsstudien mit Stichproben aus allgemeinpsychiatrischen Settings scheint es relevant, hierbei besonderes Augenmerk auf deren Vergleichbarkeit zu legen.

Darüber hinaus war es ebenfalls nicht möglich, obwohl sich die Stichprobe bezüglich relevanter Merkmale als repräsentativ für die in der Literatur publizierten Studien darstellte, signifikante Ergebnisse hinsichtlich einer Differenzierung zwischen moderaten und schweren

Gewaltdelikten aus existierenden Studien zu replizieren. Als mögliche Ursachen dafür können zum einen Unterschiede in den Operationalisierungen der Variablen aber auch in der Herangehensweise vermutet werden. Vor allem im Hinblick auf die Diagnoseverteilung in der Stichprobe sind hier Unterschiede festzustellen. In vorliegender Studie wurden ausschließlich Personen mit Schizophrenie Diagnose (F20.x) nach ICD-10 (Dilling, 2011) untersucht. Hingegen wurden in vergleichbaren anderen Studien ebenfalls PatientInnen mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis wie schizoaffektive Störungen miteinbezogen, sowie generell Personen mit MMD (Major-Mental-Disorders) untersucht.

Weiter ist kritisch anzumerken, dass möglicherweise die Schwere des Delikts in dichotomisierter Form als Unterscheidungsmerkmal insofern problematisch ist, da der strafrechtliche Aspekt nicht erschöpfend die Schwere der ausgeübten Gewalt abbildet. Hier wäre für zukünftige Untersuchungen zu empfehlen, zur Operationalisierung der Schwere der Gewalttätigkeit auch deliktspezifische weitere Merkmale wie zum Beispiel Impulsivität, Affektivität aber auch die Täter-Opfer-Beziehung heranzuziehen, um diffizilere Beschreibungen zu ermöglichen.

Bezogen auf weiterführende Studien in diesem Bereich scheint im Besonderen eine gesamtheitliche Betrachtung von unterschiedlichen Faktoren sowie deren Wechselwirkungen miteinander zielführend, um der multikausalen Genese von Delinquenz und Gewalttätigkeit bei dieser speziellen Personengruppe gerecht zu werden. Vor allem scheinen hierbei komplexere Erklärungsketten und –modelle nötig, um in diesem Bereich tiefere Erkenntnisse zu erlangen. Insbesondere Untersuchungen und vergleichende Studien mit Stichproben aus Allgemeinpsychiatrie und Forensik, aber auch zu Unterschieden zwischen Strafhäftlingen und MaßnahmenpatientInnen, sowie ebenfalls ein stärkerer Fokus auf detaillierte Differenzierungen innerhalb forensischer PatientInnen scheinen in diesem Zusammenhang von Nöten. Hierbei sind sowohl qualitative Herangehensweisen zu forcieren als auch komplexe statistische Verfahren, insbesondere Clusteranalysen, um vielfältigere sowie validere Typisierungen von Personen mit diesem Krankheitsbild zu ermöglich und in weiterer Folge kriminaltherapeutische Maßnahmen in effizienter Weise auf die Bedürfnisse dieser Gruppen auszurichten.

V. Literaturverzeichnis

Abu-Akel, A. (2004). 'Theory of mind' in violent and nonviolent patients with paranoid schizophrenia. *Schizophrenia Research, 69*(1), 45–53. doi:10.1016/S0920-9964(03)00049-5

Appelbaum, P. S., Robbins, P. C., & Monahan, J. (2000). Violence and delusions: Data from the MacArthur Violence Risk Assessment Study. *The American Journal of Psychiatry, 157*(4), 566–572. http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.157.4.566

Arens, E. A., Berger, C., & Lincoln, T. M. (2009). Stigmatisierung von Patienten mit Schizophrenie: Prägt das Studium die Einstellungen angehender Psychologen und Mediziner? [Stigmatization of patients with schizophrenia: the influence of university courses on the attitudes of prospective psychologists and doctors]. *Der Nervenarzt, 80*(3), 329–339. doi:10.1007/s00115-008-2646-4

Bandura, A., & Toch, H. (1979). The social learning perspective: Mechanisms of aggression. *Psychology of crime and criminal justice,* 487.

Blair, R. (2005). Responding to the emotions of others: dissociating forms of empathy through the study of typical and psychiatric populations. *Consciousness and cognition, 14*(4), 698–718. doi:10.1016/j.concog.2005.06.004

Bo, S., Abu-Akel, A., Kongerslev, M., Haahr, U. H., & Simonsen, E. (2011). Risk factors for violence among patients with schizophrenia. *Clinical psychology review, 31*(5), 711–726. doi:10.1016/j.cpr.2011.03.002

Bogerts, B., & Möller-Leimkühler, A. M. (2013). Neurobiologische Ursachen und psychosoziale Bedingungen individueller Gewalt [Neurobiological and psychosocial causes of individual male violence]. *Der Nervenarzt, 84*(11), 1329–1344. doi:10.1007/s00115-012-3610-x

Bundesministerium für Justiz (2015). *Arbeitsgruppe Massnahmenvollzug: Bericht an den Bundesminister für Justiz über die erzielen Ergebnisse.*

Camisa, K. M., Bockbrader, M. A., Lysaker, P., Rae, L. L., Brenner, C. A., & O'Donnell, B. F. (2005). Personality traits in schizophrenia and related personality disorders. *Psychiatry research, 133*(1), 23–33. doi:10.1016/j.psychres.2004.09.002

Caspar, F. (2015). Delinquenz. In M. A. Wirtz (Hrg.), *Dorsch - Lexikon der Psychologie* (17., Aufl). Bern: Hans Huber.

Cheung, P., Schweitzer, I., Crowley, K., & Tuckwell, V. (1997). Violence in schizophrenia: role of hallucinations and delusions. *Schizophrenia Research, 26*(2-3), 181–190. doi:10.1016/S0920-9964(97)00049-2

Ciompi, L., & Müller, C. (1976). *Lebensweg und Alter der Schizophrenen: Eine katamnestische Langzeitstudie bis ins Senium ; mit 27 Fallbeispielen und 48 Tabellen*. *Monographien aus dem Gesamtgebiete der Psychiatrie: Vol. 12*. Berlin u.a.: Springer.

Comer, R. J., Herbst, G., Metsch, J., Sartory, G., & Sartory, G. (2008). *Klinische Psychologie* (6., Aufl). Heidelberg, Neckar: Spektrum Akademischer Verlag.

Darke, S. (2010). The toxicology of homicide offenders and victims: A review. *Drug and Alcohol Review, 29*(2), 202–215. http://dx.doi.org/10.1111/j.1465-3362.2009.00099.x

Dilling, H. (Ed.). (2011). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F); diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis* (5. überarb. Aufl., nach ICD-10-GM 2011). Bern: Huber.

Doralt, W., Fuchs, H., & Maleczky, O. (Hrsg.). (2014). *Kodex Strafrecht 2014/15* (41. Aufl., neue Ausg). Wien: LexisNexis ARD ORAC.

Falkai, P. (Hrsg.). (2015). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen: DSM-5*. Göttingen: Hogrefe.

Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J. R., & Grann, M. (2009). Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine, 6*(8), e1000120. doi:10.1371/journal.pmed.1000120

Goldner, E. M., Hsu, L., Waraich, P., & Somers, J. M. (2002). Prevalence and incidence studies of schizophrenic disorders: A systematic review of the literature. *Canadian Journal of Psychiaty – Revue Canadienne de Psychiatrie, 47*(9), 833–843.

Grausgruber, A., Schoeny, W., Grausgruber-Berner, R., Koren, G., Apor, B. F., Wancata, J., … Meise, U., Klinik für Allgemeine Psychiatrie und Sozialpsychiatrie, Austria. (2009). "Schizophrenie hat viele Gesichter" - Evaluierung der oesterreichischen Anti-Stigma-Kampagne 2000-2002: "Schizophrenia has Many Faces" - Evaluation of the Austrian Anti-Stigma Campaign 2000-2002. *Psychiatrische Praxis, 36*(7), 327–333.

Häcker, H. (2015a). Kriminalität. In M. A. Wirtz (Hrsg.), *Dorsch - Lexikon der Psychologie* (17. Aufl.,). Bern: Hans Huber.

Häcker, H. (2015b). Kriminalpsychologie. In M. A. Wirtz (Hrsg.), *Dorsch - Lexikon der Psychologie* (17. Aufl.,). Bern: Hans Huber.

Haddock, G., Eisner, E., Davies, G., Coupe, N., & Barrowclough, C. (2013). Psychotic symptoms, self-harm and violence in individuals with schizophrenia and substance misuse problems. *Schizophrenia research, 151*(1-3), 215–220. doi:10.1016/j.schres.2013.10.031

Häfner, H., Maurer, K., & an der Heiden, W. (2013). Schizophrenie – eine einheitliche Krankheit? *Der Nervenarzt, 84*(9), 1093-1103. doi:10.1007/s00115-013-3788-6

Häfner, H. (2010). *Schizophrenie: Erkennen, verstehen, behandeln* (Orig.-Ausg). *Beck'sche Reihe: 2497: C.H. Beck Wissen*. München: Beck.

Haller, R., Kemmler, R., Kocsis, E., Meatzler, W., Prunlechner, R., & Hinterhuber, H. (2001). Schizophrenie und Gewalttätigkeit: Ergebnisse einer Gesamterhebung in einem österreichischen Bundesland. *Der Nervenarzt*, *72*(11), 859–866.

Haller, R., Dittrich, I., Kocsis, E., & Hinterhuber, H. (2004). Neue Konzepte zum Management von comorbider Schizophrenie und Abhängigkeitsstörungen. In W. W. Fleischhacker & H. Hinterhuber (Hrsg.), *State of the art: Vol. 3. Schizophrene Störungen. Entwicklung, Bewertung und Effizienz neuer pharmakologischer Therapien* (S. 130–147). Innsbruck: Verlag Integrative Psychiatrie.

Harris, S. T., Oakley, C., & Picchioni, M. M. (2014). A systematic review of the association between attributional bias/interpersonal style, and violence in schizophrenia/psychosis. *Aggression and Violent Behavior, 19*(3), 235–241. doi:10.1016/j.avb.2014.04.009

Harris, S. T., & Picchioni, M. M. (2013). A review of the role of empathy in violence risk in mental disorders. *Aggression and Violent Behavior, 18*(2), 335–342. doi:10.1016/j.avb.2012.12.003

Hiday, V. A. (1997). Understanding the connection between mental illness and violence. *International Journal of Law and Psychiatry, 20*(4), 399–417. http://dx.doi.org/10.1016/S0160-2527%2897%2900028-9

Hiday, V. A., Swanson, J. W., Swartz, M. S., Borum, R., & Wagner, H. (2001). Victimization. *International Journal of Law and Psychiatry, 24*(6), 559–572. doi:10.1016/S0160-2527(01)00091-7

Hiroeh, U., Appleby, L., Mortensen, P. B., & Dunn, G. (2001). Death by homicide, suicide, and other unnatural causes in people with mental illness: a population-based study. *The Lancet, 358*(9299), 2110–2112. doi:10.1016/S0140-6736(01)07216-6

Hodgins, S., Mednick, S. A., Brennan, P. A., Schulsinger, F., & Engberg, M. (1996). Mental disorder and crime. Evidence from a Danish birth cohort. *Archives of General Psychiatry, 53*(6), 489–496.

Hodgins, S., & Müller-Isberner, R. (2014). Schizophrenie und Gewalt [Schizophrenia and violence]. Der Nervenarzt, 85(3), 273-4, 276-8. doi:10.1007/s00115-013-3900-y

Kienapfel, D (1998). *Grundriß des österreichischen Strafrechts- Allgemeiner Teil.* Wien: Manz`sche Verlags- und Universitätsbuchhandlung GmbH.

Kruse, K., Kutscher, S.-U., & Leygraf, N. (2013). Schizophrene Patienten der forensischen Psychiatrie im Vergleich zu schizophrenen Patienten der Allgemeinpsychiatrie. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie, 7*(2), 73–83. doi:10.1007/s11757-013-0211-x

Lammel, M. (Hrsg.). (2011). *Jahresheft für forensische Psychiatrie*. *Wahn und Schizophrenie: Psychopathologie und forensische Relevanz*. Berlin: Med.-Wiss. Verl.-Ges.

Large, M. M., & Nielssen, O. (2011). Violence in first-episode psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia research, 125*(2-3), 209–220. doi:10.1016/j.schres.2010.11.026

Link, B. G., Stueve, A., & Phelan, J. (1998). Psychotic Symptoms and Violent Behaviors: Probing the Components of "Threat/Control-Override" Symptoms. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 33*(1), 55–60.

MacArthur Foundation. (2005). *The MacArthur violence risk assessment study executive summary*. http://macarthur.virginia.edu/risk.html

Majorek, K., Wolfkühler, W., Küper, C., Saimeh, N., Juckel, G., & Brüne, M. (2009). "Theory of mind" and executive functioning in forensic patients with schizophrenia. *Journal of forensic sciences, 54*(2), 469–473. doi:10.1111/j.1556-4029.2008.00966.x

Martens, W. H. (2001). A review of physical and mental health in homeless persons. *Public health reviews, 29*(1), 13–33.

Möller-Leimkühler, A. M., & Bogerts, B. (2013). Kollektive Gewalt: Neurobiologische, psychosoziale und gesellschaftliche Bedingungen [Collective violence: neurobiological, psychosocial and sociological condition]. *Der Nervenarzt, 84*(11), 1345-54, 1356-8. doi:10.1007/s00115-013-3856-y

Müller-Isberner, R. (2013). *Therapie psychisch kranker Straftäter - Psychiatrische Kriminaltherapie: State of the Art* (No. 24-27). Berlin.

Müller-Isberner, R., Eucker, S., & Schubert, P. (2011). Psychiatrische Kriminaltherapie heute - Das Mögliche und die Grenzen. In M. Lammel (Hrsg.), *Jahresheft für forensische Psychiatrie. Wahn und Schizophrenie. Psychopathologie und forensische Relevanz* (S. 159–178). Berlin: Med.-Wiss. Verl.-Ges.

Müller-Isberner, R., & Webster, C. D. (1998). *Die Vorhersage von Gewalttaten mit dem HCR-20: In der modifizierten und adaptierten Übers. der kanadischen Originalversion 2*. Haina: Inst. für Forensische Psychiatrie.

Nomura, H., Inoue, S., Kamimura, N., Shimodera, S., Mino, Y., Gregg, L., & Tarrier, N. (2005). A cross-cultural study on expressed emotion in carers of people with dementia and schizophrenia: Japan and England. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 40*(7), 564–570. http://dx.doi.org/10.1007/s00127-005-0924-z

Paulzen, M., & Schneider, F. (2014). Schizophrenie und andere psychotische Störungen im DSM-5: Zusammenfassung der Änderungen gegenüber DSM-IV [Schizophrenia and other psychotic disorders in DSM-5: summary of the changes compared to DSM-IV]. *Der Nervenarzt, 85*(5), 533–542. doi:10.1007/s00115-013-3985-3

Payk, T. R. (Hrsg.). (2010). *Springer-Lehrbuch. Psychopathologie: Vom Symptom zur Diagnose* (3., überarbeitete Aufl). Heidelberg: Springer.

Pétursson, H., & Gudjónsson, G. H. (1981). Psychiatric aspects of homicide. *Acta psychiatrica Scandinavica, 64*(5), 363–372.

Pschyrembel, W. (2013). *Pschyrembel Klinisches Wörterbuch: 2014* (265., überarb. Aufl). Berlin [u.a.]: De Gruyter.

Räsänen, P., Tiihonen, J., Isohanni, M., Rantakallio, P., Lehtonen, J., & Morning, J. (1998). Schizophrenia, Alcohol Abuse, and Violent Behavior: A 26-Year Followup Study of an Unselected Birth Cohort. *Schizophrenia Bulletin, 24*(3), 437–441.

Rice, M. E., & Harris, G. T. (1995). Psychopathy, schizophrenia, alcohol abuse, and violent recidivism. *International Journal of Law and Psychiatry, 18*(3), 333–342. doi:10.1016/0160-2527(95)00015-A

Rogers, T., & Fahy, T. (2008). Suicide, violence, and schizophrenia. *Psychiatry, 7*(11), 482–486. doi:10.1016/j.mppsy.2008.08.010

Rosenhan, D. L. (1973). On being sane in insane places. *Science,* 250–258. http://dx.doi.org/10.1126/science.179.4070.250

Schanda, H. (2006). Untersuchungen zur Frage des Zusammenhangs zwischen Psychosen und Kriminalität/Gewalttätigkeit. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie, 74*(2), 85–100. doi:10.1055/s−2004−830290

Schanda, H., Knecht, G., Schreinzer, D., Stompe, T., Ortwein-Swoboda, G., & Waldhoer, T. (2004). Homicide and major mental disorders: a 25-year study. *Acta psychiatrica Scandinavica, 110*(2), 98–107. doi:10.1111/j.1600-0047.2004.00305.x

Schanda, H., Stompe, T., & Ortwein-Swoboda, G. (2010). Steigende Kriminalität schizophrener Patienten: Fiktion, logische Konsequenz oder vermeidbare Folge der Psychiatriereform? *Neuropsychiatrie, 24*(3), 170–181.

Schanda, H., Stompe, T., & Ortwein-Swoboda, G. (2006). Psychisch Kranke zwischen Psychiatriereform und Justiz: Die Zukunft des österreichischen Maßnahmenvollzugs nach § 21/1 StGB. *Neuropsychiatrie, 1*(20), 40–49.

Schanda, H., & Stompe, T. (2011). Zur Beziehung zwischen Schizophrenie und gewalttätigem Verhalten. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie, 2011*(5), 54–63. Retrieved from doi 10.1007/s11757-010-0089-9

Schlier, B., & Lincoln, T. M. (2014). „Bluttaten" und „schizophrene Politik". *Psychotherapeut, 59*(4), 293–299. doi:10.1007/s00278-014-1058-0

Shepherd, M., Watt, D., Falloon, I., & Smeeton, N. (1989). The natural history of schizophrenia: a five-year follow-up study of outcome and prediction in a representative sample of schizophrenics. *Psychological medicine. Monograph supplement, 15,* 1–46.

Stompe, T. (2011). Die forensische Relevanz der inhaltlichen Dimensionen des schizophrenen Wahns. In M. Lammel (Hrsg.), *Jahresheft für forensische Psychiatrie. Wahn und Schizophrenie. Psychopathologie und forensische Relevanz* (S. 91–100). Berlin: Med.-Wiss. Verl.-Ges.

Stompe, T., Ortwein-Swoboda, G., & Schada, H. (2004). Schizoprenia, Delusional Symptoms, and Violence: The Threat/Control-Override Concept Reexamined. *Schizophrenia Bulletin, 30*(1), 31–44.

Stompe, T., & Schanda, H. (2010a). Der österreichische Maßnahmenvollzug nach § 21 Abs. 1 StGB. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie, 11*(2), 30–36.

Stompe, T., & Schanda, H. (2012). Das Gefährlichkeitspotential schizophrener Patienten - Ursachen und Bedingungskonstellationen. In E. Yundina, S. Stuebner, M. Hollweg, & C. Stadtland (Hrsg.), *Forensische Psychiatrie als interdisziplinaere Wissenschaft. Festschrift zum Geburtstag von Norbert Nedopil. Forensic psychiatry as an interdisciplinary science* (S. 281–300). Berlin: MWV Medizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Stompe, T., Strnad, A., Ritter, K., Fischer-Danzinger, D., Letmaier, M., Ortwein-Swoboda, G., & Schanda, H. (2006). Family and social influences on offending in men with schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40*(6-7), 554–560. doi:10.1080/j.1440-1614.2006.01838.x

Swanson, J. W., Borum, R., Swartz, M. S., & Monahan, J. (1996). Psychotic symptoms and disorders and the risk of violent behaviour in the community. *Criminal Behaviour and Mental Health, 6*(4), 309–329. doi:10.1002/cbm.118

Swanson, J. W., Swartz, M. S., Van Dorn, Richard A., Elbogen, E. B., Wagner, R. H., Rosenheck, R. A., . . . Lieberman, J. A. (2006). A National Study of Violent Behavior in Persons With Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry, 63*(5), 490–499.

Teasdale, B., Silver, E., & Monahan, J. (2006). Gender, threat/control-override delusions and violence. *Law and human behavior, 30*(6), 649–658. doi:10.1007/s10979-006-9044-x

Vevera, J., Černý, M., & Kučíková, R. (2013). 1933 – Violence and victimisation among patients with schizophrenia. *European Psychiatry, 28,* 1. doi:10.1016/S0924-9338(13)76877-9

Volavka, J., & Citrome, L. (2011). Pathways to Aggression in Schizophrenia Affect Results of Treatment. *Schizophrenia Bulletin, 37*(5), 921–929. doi:10.1093/schbul/sbr041

Wallace, C., Mullen, P., Burgess, P., Palmer, S., Ruschena, D., & Browne, C. (1998). Serious criminal offending and mental disorder. Case linkage study. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science, 172,* 477–484.

Walsh, E., Gilvarry, C., Samele, C., Harvey, K., Manley, C., Tattan, T., . . . Fahy, T. (2004). Predicting violence in schizophrenia: a prospective study. *Schizophrenia Research, 67*(2-3), 247–252. doi:10.1016/S0920-9964(03)00091-4

Wessely, S. C., Castle, D., Douglas, A. J., & Taylor, P. J. (1994). The criminal careers of incident cases of schizophrenia. *Psychological medicine, 24*(2), 483–502.

Wittchen, H.-U., & Hoyer, J. (2011). *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2 // 2., überarb. und erw. Aufl). Berlin Heidelberg New York: Springer; Springer-Medizin.

VI. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Symptomeinteilung der positiven Symptome der Schizophrenie nach Kurt Schneider (1946)……..7
Tabelle 2: Verlaufsbilder der Schizophrenie nach ICD-10 (Dilling, 2011)……15
Tabelle 3: Beschreibung des Krankheitsverlausf nach DSM-5 (Paulzen & Schneider, 2014)..16
Tabelle 4: Die Items der HCR-20-V2 nach Müller-Isberner & Webster (1998)……...32
Tabelle 5: Klassifikation der Deliktgruppen in schwer und moderat unter Berücksichtigung des Strafausmaßes des österreichischen Strafrechts (Doralt et al., 2014)…….51
Tabelle 6: Auflistung der Variablen, der Operationalisierungen und der zugehörigen Datenquellen…….57

VII. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Mögliche Vulnerabilitäts- und Stressfaktoren, die zu positiven Schizophreniesymptomen führen können (Nuechterlein, 1987, zitiert nach Wittchen & Hoyer, 2001; S. 834)……..22
Abbildung 2: Mögliche Vulnerabilitätsfaktoren, die zur Entwicklung von Negativsymptomen führen können. (Nuechterlein, 1987, zitiert nach Wittchen & Hoyer, 2001; S. 834)…….22
Abbildung 3: Mögliche Entstehungswege von Aggression bei Schizophrenie (Volavka & Citrome,
2011)……...36
Abbildung 4: Häufigkeitsverteilung der Vorstrafen über die Schwere des Indexdelikts……..60
Abbildung 5: Häufigkeitsverteilung der Länge des Krankheitsverlaufs hinsichtlich der Schwere des Indexdelikts…….61
Abbildung 6: Häufigkeitsverteilung der T-Symptome hinsichtlich der Schwere des Indexdelikts……...62
Abbildung 7: Häufigkeitsverteilung der Altersgruppen hinsichtlich der Schwere des Indexdelikts……...63
Abbildung 8: Häufigkeitsverteilung einer Substanzdiagnose nach ICD-10 hinsichtlich der Schwere des Indexdelikts……..64
Abbildung 9: Häufigkeitsverteilung einer Intoxikation zum Deliktzeitpunkt hinsichtlich der Schwere des Indexdelikts……..64
Abbildung 10: Häufigkeitsverteilung der sozialen Bedingungen hinsichtlich der Schwere des Indexdelikts……...65

VIII. Anhang

13 Abstrakt

Das Ziel vorliegender Diplomarbeit war eine umfassende Darstellung des Forschungshintergrundes zum Thema Schizophrenie und gewalttätigem Verhalten zu liefern und in weiterer Folge einzelne theoretisch relevante Faktoren hinsichtlich ihres Erklärungspotentials für gewalttätiges Verhalten bei Personen mit Schizophrenie zu isolieren und statistisch zu überprüfen. Dadurch sollten vor allem praktisch relevante Implikationen für kriminaltherapeutische Interventionen abgeleitet werden können.

Zu diesem Zweck wurde bei 56 männliche Maßnahmenpatienten der forensisch-psychiatrischen Abteilung des Landeskrankenhauses Amstetten/Mauer ein retrospektives Aktenstudium durchgeführt. Hierbei wurden der Fokus im Besonderen auf psychopathologische Symptome, das soziale Umfeld, Substanzmissbrauch und Intoxikation zum Deliktzeitpunkt, den Krankheitsverlauf, das Alter sowie delinquentes und gewalttätiges Verhalten in der Vergangenheit gesetzt und im Zusammenhang mit der Schwere des Indexdelikts untersucht.

Bei isolierter Betrachtung der einzelnen Faktoren war es nicht möglich, hypothesenkonforme statistisch signifikante Ergebnisse in Bezug auf die Schwere des Indexdelikts zu produzieren. Allerdings liefern einige der gefundenen statistischen Trends starke Indizien dafür, dass die Zusammenhänge zwischen der Schwere der Gewalt und den überprüften Faktoren komplexen Bedingungskonstellationen unterliegen, welche starke Wechselwirkungen einzelner Faktoren miteinander vermuten lassen.

Abstract

The purpose of this thesis is to give a comprehensive representation of the theoretical background on the subject of violent behavior of people who are diagnosed with schizophrenia. Furthermore, relevant theoretical factors potentially explaining violent behavior (in people suffering from schizophrenia) will be isolated and statistically examined to allow the deduction of relevant practical implications for therapeutical interventions.

For this reason a retrospective investigation of the files of 56 male patients of the forensic psychiatric department of the Landeskrankenhaus Amstetten/Mauer was carried out. The focus was placed especially on psychopathological symptoms, social environment, substance abuse and intoxication at the time of crime, medical history, the age as well as criminal history and to test the correlation of these factors with the level of seriousness of the crime.

Looking at the individual factors it was not possible to produce statistically significant results that were in favor of the hypotheses. Nevertheless, some statistic tendencies showed strong indications that the correlations between the seriousness of the crime and the factors mentioned above are based on complex constellations of conditions that suggest strong interactions of the individual factors.

14 Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe.

Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Wien, am 07.10.2015

Vera Sus

15 Lebenslauf

Persönliche Daten:

Name:	Vera Sus
Anschrift:	Heinrich-Mitteisgasse 10, 1210 Wien
Telefon:	+43676/7335949
Email:	vera.sus@outlook.com
Geburtsdatum:	17. November 1979
Familienstand:	ledig
Staatsbürgerschaft:	Österreich

Schulbildung:

Seit 2007	Diplomstudium Psychologie an der Universität Wien Schwerpunkte: • Klinische Psychologie • Wirtschaftspsychologie
2006	Studienberechtigungsprüfung f. Psychologie Schwerpunkte: • Allgemeine Psychologie • Sozialpsychologie
1997–2000	Bundesrealgymnasium und WBRG für Berufstätige; 1150 Wien
1989–1996	BRG 7 – Kandlgasse; 1070 Wien

Berufliche Tätigkeiten & Praktika:

Dez. – Feb. 2015	Praktikum am Universitätsklinikum Tulln 3430 Tulln an der Donau Akutpsychiatrie - Erwachsenenpsychiatrie Betreuende Psychologin: Mag^{a}. Julia Graß
August 2013	Praktikum am Landesklinikum Amstetten-Mauer 3362 Mauer/Amstetten Forensische Psychiatrie - Akutstation (Schwerpunkt Schizophrenie) Betreuende Psychologin: Dr. Mag^{a}. Sabine Amon

April 2007- laufend	Direct Line Vertriebs- GmbH (Tochter der Vienna Insurance Group) Obere Donaustraße 47-49 1020 Wien • seit Nov. 2011: Kommunikationstrainerin Schwerpunkte: Entwicklung und Durchführung von Trainingsprogrammen für Führungskräfte & MitarbeiterInnen; Entwicklung von Funktionsbeschreibungen; Unterstützung bei Definition und Umsetzung von Zielen im Bereich der Kommunikation intern und extern; Unterstützung beim Recruiting • April 2007- 2011: Sachbearbeiterin
2007	Fabios Restaurant, Bar, Lounge Tuchlauben 6 1010 Wien Barkeeperin
Okt. 2005- März. 2006	Pfefferkorns Hotel 6764 Lech am Arlberg Chef de Bar
2003-2005	Cafe-Bar-Restaurant Urania Uraniastraße 1 1010 Wien Chef de Bar
2000-2003	TGI Fridays Vienna Schubertring 18 1010 Wien • 2001- 2003 Serviceleitung • 2000- 2001 Service/Schichtführerin
1998-2000	Bar-Restaurant "Shooters" Währingerstraße 33 1090 Wien Service

Kenntnisse und Zusatzqualifikationen

- Englisch in Wort und Schrift
- Französisch Grundkenntnisse
- TrainerInnenausbildung
  Horizont Personal-, Team- & Organisationsentwicklung GmbH
- Diverse Ausbildungen und Seminare mit systemgastronomischem Fokus