

Aggressives Verhalten in der Psychiatrie – Prädiktoren und Epidemiologie

Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde
der Philosophischen Fakultät II (Philosophie, Psychologie und Sportwissenschaft)
der Universität Regensburg

vorgelegt von

Irina Kastner

aus Regensburg

Regensburg 2011

Erstgutachter: Prof. Dr. Helmut Lukesch

Zweitgutachter: Prof. Dr. Jürgen Zulley

Gewidmet meinem Mann
und meiner Familie

Danke, dass ihr mich all die Jahre motiviert und unterstützt
und stets an mich geglaubt habt!

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Tabellenverzeichnis	10
Abbildungsverzeichnis.....	15
Einleitung	16
1 Einführung in die Thematik	20
1.1 Die Konstrukte Aggressivität und Aggression.....	20
1.1.1 Definition von Aggression und Aggressivität und damit in Verbindung stehender Termini	20
1.1.1.1 Definition von Aggression.....	21
1.1.1.2 Definition von Aggressivität (Aggressionsbereitschaft/-legitimation).....	23
1.1.1.3 Definition von Empathie und Prosozialität und deren Zusammenhang mit Aggression	24
1.1.2 Erklärungsmodelle aggressiven Verhaltens.....	27
1.1.2.1 Biologische Sichtweise	27
1.1.2.2 Psychologische Sichtweise.....	30
1.1.2.3 Weitere Erklärungsmodelle	33
1.1.3 Operationalisierung von Aggression und Aggressivität.....	35
1.1.3.1 Erfassung von Aggressionspotential und aggressivem Verhalten...	35
1.1.3.2 Erfassung von Häufigkeit und verschiedener Aspekte gewalttätigen Patientenverhaltens im stationären Setting.....	37
1.2 Aggression und Aggressivität als Teil eines Krankheitssyndroms.....	39
1.2.1 Aggression und Aggressivität bei psychiatrischen Störungen.....	39
1.2.1.1 Organische Störungen.....	41
1.2.1.2 Abhängigkeitserkrankungen	42

1.2.1.3	Schizophrene Psychosen.....	43
1.2.1.4	Affektive Störungen.....	44
1.2.1.5	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen.....	44
1.2.1.6	Intelligenzminderung.....	46
1.2.2	Behandlungsmöglichkeiten von Aggression und Aggressivität.....	47
1.2.2.1	Medikamentöse Vorgehensweisen.....	47
1.2.2.2	Weitere Therapiemethoden.....	50
1.3	Aggression und Aggressivität als kritische Ereignisse im psychiatrischen Setting.....	51
1.3.1	Forschungsstand zum Thema Epidemiologie, Prädiktoren und therapeutische Beeinflussbarkeit aggressiven Verhaltens im psychiatrischen Setting.....	51
1.3.1.1	Forschungsstand – Epidemiologie.....	51
1.3.1.2	Forschungsstand – Prädiktoren aggressiven Patientenverhaltens....	53
1.3.1.3	Forschungsstand – Therapeutische Beeinflussbarkeit.....	55
1.3.2	Rechtliche Aspekte im Zusammenhang mit Zwangsmaßnahmen...	57
1.3.3	Folgen von Aggression und Aggressivität im stationären Setting...	59
1.3.4	Prävention von Aggression und Aggressivität im psychiatrischen Setting	62
2	Zielsetzung, Fragestellung und Hypothesen	65
2.1	Zielsetzung der Untersuchung.....	65
2.2	Fragestellung.....	66
2.3	Hypothesen	68
3	Methoden	72
3.1	Design der Untersuchung.....	72
3.1.1	Datengewinnung.....	72

3.1.2	Beschreibung der zwei verschiedenen klinischen Settingformen....	73
3.1.2.1	Beschütztes Stationssetting.....	73
3.1.2.2	Offenes Stationssetting.....	74
3.1.3	Verwendete Diagnoseverfahren und deren Durchführung.....	74
3.1.3.1	Erhebung soziodemographischer und krankheitsrelevanter Variablen sowie neurobiologischer Parameter.....	74
3.1.3.2	Messungen von Aggressionsdisposition und aggressivem Verhalten	76
3.1.3.3	Dokumentation von Epidemiologie und Kennzeichen gewalttätigen Patientenverhaltens.....	79
3.2	Stichprobe.....	81
3.2.1	Rekrutierung der Stichprobe und Zuordnung der Probanden zu den Untersuchungsgruppen.....	81
3.2.2	Beschreibung der Stichprobe.....	82
3.2.2.1	Soziodemographische Daten.....	82
3.2.2.2	Krankheitsbezogene Daten.....	87
3.3	Datenauswertungsmethoden	93
4	Ergebnisse	95
4.1	Prognostische Faktoren für Aggression: Worin unterscheiden sich Aggressive von Nichtaggressiven?.....	95
4.1.1	Überprüfung von Prognosefaktoren für aggressives Verhalten.....	95
4.1.2	Soziodemographische Prognosefaktoren für aggressives Verhalten	95
4.1.3	Krankheitsbezogene Prognosefaktoren für aggressives Verhalten...	100
4.2	Selbst- und Fremdbeurteilung von Aggressivität.....	108
4.2.1	Rücklauf der Selbst- und Fremdbeurteilungsbögen.....	108
4.2.2	Unterscheiden sich Aggressive von Nichtaggressiven signifikant hinsichtlich der Selbst- und Fremdbeurteilung ihres Aggressionspotentials?.....	109

4.2.2.1	Selbsteinschätzung mittels des Fragebogens zur Erfassung von Empathie, Prosozialität, Aggressionslegitimation und Aggressionshemmung für Erwachsene (FEPA-E).....	109
4.2.2.2	Fremdeinschätzung mittels der Checkliste zur Fremdbeurteilung von Aggression und Aggressivität.....	111
4.3	Vorhersagbarkeit aggressiven Patientenverhaltens mittels der bisherigen Prognosefaktoren	116
4.3.1	Evaluation der Prognosefähigkeit aller bisherigen signifikanten Variablen (ausgenommen der FEPA-E-Variablen).....	116
4.3.2	Evaluation der Prognosefähigkeit aller bisherigen signifikanten Variablen (einschließlich der FEPA-E-Variablen).....	118
4.3.3	Modellanpassung für die Vorhersage aggressiven Patientenverhaltens.....	119
4.4	Weitere Ergebnisse im Bereich der Selbst- und Fremdeinschätzung bei Aggressiven und Nichtaggressiven.....	121
4.4.1	Stimmen Selbst- und Fremdeinschätzung von Aggression und Aggressivität überein?.....	121
4.4.2	Zusammenhang von Empathie, Prosozialität, Aggressionsbereitschaft/-legitimation, Aggressionshemmung und Aggressionsneigung bei Aggressiven und Nichtaggressiven.....	123
4.4.3	Verändern sich die Selbst- und Fremdbeurteilungen im Laufe des stationären Aufenthalts?.....	125
4.4.3.1	Veränderung der Selbsteinschätzung.....	125
4.4.3.2	Veränderung der Fremdeinschätzung.....	126
4.5	Epidemiologie aggressiven Verhaltens.....	128
4.5.1	Wie häufig kommt es zu aggressivem Patientenverhalten und einer divergierenden Art und Anzahl gewalttätiger Übergriffe je nach stationärem Setting?.....	128
4.5.2	Welche verschiedenen Ursachen, Formen, Reaktionsweisen und Auswirkungen kennzeichnen die aggressiven Zwischenfälle?.....	131
4.5.2.1	Staff Observation Aggression Scale Revised, SOAS-R.....	131
4.5.2.2	Overt Aggression Scale, OAS.....	139
4.5.2.3	Weitere Kennzeichen der angewandten Interventionen zur Bewältigung der aggressiven Vorfälle.....	143

4.5.3	Auf welche Patienten-, Mitarbeiter- und Umgebungsmerkmale kann die Häufigkeit gewalttätigen Verhaltens zurückgeführt werden?.....	145
4.5.3.1	Patientenmerkmale.....	145
4.5.3.2	Mitarbeitermerkmale.....	149
4.5.3.3	Umgebungsmerkmale.....	152
4.6	Besteht ein möglicher Zusammenhang zwischen Selbst- und Fremdaggression?.....	154
5	Diskussion	155
5.1	Diskussion der Methoden und Einschränkungen und Grenzen der Untersuchung.....	155
5.2	Diskussion der Ergebnisse zur Vorhersagbarkeit aggressiven Patientenverhaltens	158
5.2.1	Diskussion soziodemographischer Prognosefaktoren für aggressives Verhalten	158
5.2.2	Diskussion krankheitsbezogener Prognosefaktoren für aggressives Verhalten.....	162
5.3	Diskussion der Ergebnisse zur Selbst- und Fremdbeurteilung von Aggressivität.....	168
5.3.1	Selbstbeurteilung von Aggressiven und Nichtaggressiven.....	168
5.3.2	Fremdbeurteilung von Aggressiven und Nichtaggressiven	169
5.3.3	Diskussion der Güte der Prognosefähigkeit relevanter Prädiktoren..	171
5.3.4	Diskussion weiterer Ergebnisse bzgl. Selbst- und Fremdbeurteilung.....	172
5.4	Diskussion der Ergebnisse zur Epidemiologie aggressiven Verhaltens	176
5.4.1	Häufigkeit und Schweregrad gewalttätiger Übergriffe.....	176
5.4.2	Art gewalttätiger Übergriffe.....	179
5.4.3	Ursachen, Motive und Ziele von Aggression.....	180
5.4.4	Reaktionsweisen und Auswirkungen	183

5.4.5	Diskussion der Patientenmerkmale	186
5.4.6	Diskussion der Mitarbeitermerkmale.....	186
5.4.7	Diskussion der Umgebungsmerkmale	189
5.5	Diskussion des Zusammenhangs zwischen Selbst- und Fremd-aggression	193
5.6	Fazit und Ausblick	194
5.6.1	Schlussfolgerungen für Forschung und Praxis	195
5.6.2	Anregung für die weitere Forschung	196
6	Zusammenfassung.....	198
7	Literatur	199
8	Anhang	220

Tabellenverzeichnis

	Seite
Tabelle 1.1: Ursachen gewalttätiger psychomotorischer Erregungszustände	40
Tabelle 1.2: Überblick zur Epidemiologie aggressiver Vorfälle im stationären Setting.....	52
Tabelle 1.3: Übersicht relevanter Prädiktoren für aggressives Patientenverhalten	54
Tabelle 1.4: Übersicht über die vom psychiatrischen Klinikpersonal erlebten Aggressionen.....	60
Tabelle 1.5: Übersicht über Anzeichen drohender aggressiver Durchbrüche	62
Tabelle 1.6: ProDeMa-Stufenmodell.....	64
Tabelle 3.1: Anzahl von Männern und Frauen in den einzelnen Gruppen...	83
Tabelle 3.2: Durchschnittsalter in den einzelnen Gruppen.....	83
Tabelle 3.3: Aufteilung der Altersgruppen auf die einzelnen Gruppen.....	83
Tabelle 3.4: Personenstand in den einzelnen Gruppen.....	84
Tabelle 3.5: Wohnsituation in den einzelnen Gruppen.....	84
Tabelle 3.6: Art der Schulbildung in den einzelnen Gruppen.....	85
Tabelle 3.7: Schulabschluss in den einzelnen Gruppen.....	85
Tabelle 3.8: Ausbildungsstand in den einzelnen Gruppen.....	86
Tabelle 3.9: Art der Aufnahmestation in den einzelnen Gruppen	87
Tabelle 3.10: Aufenthaltsstatus in den einzelnen Gruppen bei stationärer Aufnahme	88
Tabelle 3.11: Bestehen einer Betreuung in den einzelnen Gruppen.....	88
Tabelle 3.12: Anzahl stationär psychiatrischer Voraufenthalte in den einzelnen Gruppen.....	88
Tabelle 3.13: Durchschnittliche stationäre Verweildauer in Tagen in den einzelnen Gruppen.....	89
Tabelle 3.14: Art der Entlassung in den einzelnen Gruppen.....	89

Tabelle 3.15:	Art der Entlassungsstation in den einzelnen Gruppen.....	90
Tabelle 3.16:	Auftretenshäufigkeit psychiatrischer Diagnosen in den einzelnen Gruppen.....	90
Tabelle 3.17:	Psychiatrische Diagnosen in den einzelnen Gruppen.....	91
Tabelle 3.18:	Komorbidität psychiatrischer Diagnosen.....	91
Tabelle 3.19:	Anzahl der stationären Verlegungen in den einzelnen Gruppen während des Aufenthaltes.....	93
Tabelle 3.20:	Verlegungsgründe in den einzelnen Gruppen.....	93
Tabelle 4.1:	Geschlechtsverteilung in den Gruppen.....	96
Tabelle 4.2:	Altersgruppen, nach Nichtaggressiven und Aggressiven unterteilt.....	96
Tabelle 4.3:	Familienstand in den Gruppen.....	97
Tabelle 4.4:	Wohnsituation in den Gruppen.....	97
Tabelle 4.5:	Schulbesuch in den Gruppen.....	98
Tabelle 4.6:	Schulabschluss in den Gruppen.....	98
Tabelle 4.7:	Ausbildungsstand in den Gruppen.....	99
Tabelle 4.8:	Aktuelle berufliche Situation in den Gruppen.....	99
Tabelle 4.9:	Art der Aufnahmestation in den Gruppen.....	100
Tabelle 4.10:	Aufenthaltsstatus in den Gruppen bei stationärer Aufnahme....	101
Tabelle 4.11:	Bestehen einer Betreuung in den Gruppen.....	101
Tabelle 4.12:	Anzahl stationär psychiatrischer Aufenthalte in den Gruppen...	102
Tabelle 4.13:	Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests zur Überprüfung von Unterschieden bzgl. der stationären Verweildauer in Tagen....	102
Tabelle 4.14:	Deskriptive Statistiken bzgl. der stationären Verweildauer in Tagen.....	103
Tabelle 4.15:	Art der Entlassung in den Gruppen.....	103
Tabelle 4.16:	Art der Entlassungsstation in den Gruppen.....	104
Tabelle 4.17:	Anzahl psychiatrischer Diagnosen in den Gruppen.....	104

Tabelle 4.18: Psychiatrische Diagnosen in den Gruppen.....	105
Tabelle 4.19: Anzahl der stationären Verlegungen in den Gruppen während des Aufenthaltes.....	106
Tabelle 4.20: Weiterbehandlungsstation bei erster Verlegung.....	106
Tabelle 4.21: Ergebnisse der unabhängigen t-Tests zum Vergleich der Blutglucosespiegel bei Aufnahme und bei Entlassung.....	107
Tabelle 4.22: Ergebnisse der unabhängigen t-Tests zum Vergleich der Serumcholesterinkonzentration bei Aufnahme und bei Entlassung.....	107
Tabelle 4.23: Ergebnisse der unabhängigen t-Tests zum Vergleich des selbst beurteilten Aggressionspotenzials bei Aufnahme mit Hilfe des FEPAA-E.....	110
Tabelle 4.24: Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests zum Vergleich des selbst beurteilten Aggressionspotenzials bei Aufnahme mit Hilfe des FEPAA-E.....	110
Tabelle 4.25: Ergebnisse der unabhängigen t-Tests zum Vergleich des selbst beurteilten Aggressionspotenzials bei Entlassung mit Hilfe des gekürzten FEPAA-E	111
Tabelle 4.26: Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests zum Vergleich des selbst beurteilten Aggressionspotenzials bei Entlassung mit Hilfe des gekürzten FEPAA-E.....	111
Tabelle 4.27: Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests zum Vergleich des fremdbeurteilten Aggressionspotenzials bei Aufnahme mit Hilfe der Checkliste zur Fremdbeurteilung von Aggression und Aggressivität.....	112
Tabelle 4.28: Ergebnisse der exakten Tests nach Fisher/Chi-Quadrat bzgl. Fremdbeurteilung von Selbstgefährdung, Fremdgefährdung und Suchtmittelabusus.....	113
Tabelle 4.29: Selbstgefährdung in der Vergangenheit.....	113
Tabelle 4.30: Fremdgefährdung in der Vergangenheit.....	114
Tabelle 4.31: Suchtmittelmissbrauch in der Vorgeschichte.....	114
Tabelle 4.32: Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests zum Vergleich des fremdbeurteilten Aggressionspotenzials bei Entlassung mit Hilfe der Checkliste zur Fremdbeurteilung von Aggression und Aggressivität.....	115

Tabelle 4.33: Ergebnisse der Diskriminanzanalyse zur Überprüfung der Trennbarkeit der Stichprobe anhand der bisherigen signifikanten Variablen.....	117
Tabelle 4.34: Standardisierte kanonische Diskriminanzfunktionskoeffizienten	117
Tabelle 4.35: Klassifizierungsergebnisse der Diskriminanzanalyse.....	118
Tabelle 4.36: Ergebnisse der Diskriminanzanalyse zur Überprüfung der Trennbarkeit der Stichprobe anhand der bisherigen signifikanten Variablen, einschließlich der FEPAA-E-Variablen.....	118
Tabelle 4.37: Standardisierte kanonische Diskriminanzfunktionskoeffizienten	118
Tabelle 4.38: Klassifizierungsergebnisse der Diskriminanzanalyse.....	119
Tabelle 4.39: Klassifizierungstabelle.....	120
Tabelle 4.40: Ergebnisse der binär logistischen Regression.....	120
Tabelle 4.41: Produkt-Moment-Korrelationen der Skalen des FEPAA-E mit den Skalen der Checkliste zur Fremdbeurteilung von Aggression und Aggressivität.....	122
Tabelle 4.42: Produkt-Moment-Korrelationen der Skalen des FEPAA-E untereinander in der Gruppe der Aggressiven.....	123
Tabelle 4.43: Produkt-Moment-Korrelationen der Skalen des FEPAA-E untereinander in der Gruppe der Nichtaggressiven.....	124
Tabelle 4.44: Ergebnisse der Wilcoxon-Tests zum Prä-Post-Vergleich der selbstbeurteilten Skalen Empathie, Prosozialität und Aggressionsbereitschaft/-legitimation	126
Tabelle 4.45: Ergebnisse der Wilcoxon-Tests zur Abbildung der Veränderung der fremdbeurteilten psychopathologischen Items im Prä-Post-Vergleich.....	127
Tabelle 4.46: Epidemiologie aggressiven Verhaltens in den einzelnen Settings.....	128
Tabelle 4.47: Ergebnisse aus dem ersten Teil (deutsche Version des SOAS-R, Staff Observation Aggression Scale Revised) des verwendeten Dokumentationsbogens zur Epidemiologie aggressiver Situationen: Dokumentation von Auslösern und Hilfsmitteln...	133
Tabelle 4.48: Ergebnisse aus dem zweiten Teil (deutsche Version des SOAS-R, Staff Observation Aggression Scale Revised) des verwendeten Dokumentationsbogens zur Epidemiologie aggressi-	

ver Situationen: Dokumentation von Aggressionszielen, Konsequenzen und Interventionen.....	136
Tabelle 4.49: Ergebnisse aus dem zweiten Teil (deutsche Version der OAS, Overt Aggression Scale) des verwendeten Dokumentationsbogens zur Epidemiologie aggressiver Situationen: Dokumentation von Form der Aggression, aufgeschlüsselt nach den einzelnen Aggressionsarten	140
Tabelle 4.50: Ergebnisse aus dem zweiten Teil (deutsche Version der OAS, Overt Aggression Scale) des verwendeten Dokumentationsbogens zur Epidemiologie aggressiver Situationen: Dokumentation der Art der therapeutischen Interventionen	142
Tabelle 4.51: Weitere erfasste Aggressionsursachen	147
Tabelle 4.52: Aggressionsmotive.....	148

Abbildungsverzeichnis

	Seite
Abbildung 1.1: Gewaltkriminalität in Deutschland.....	20
Abbildung 1.2: Dimensionen und Teilaspekte der Aggressivität.....	24
Abbildung 1.3: Modell der Analyseebenen für Aggression und Gewalt.....	35
Abbildung 1.4: Von therapeutischen Mitarbeitern erlebte körperliche Angriffe durch Patienten im Verlauf eines Jahres.....	53
Abbildung 3.1: Aktueller Berufsstand in den einzelnen Gruppen vor der stationären Aufnahme.....	86
Abbildung 4.1: Anzahl der aggressiven Vorfälle pro Patient.....	129
Abbildung 4.2: Anzahl aggressiver Vorfälle nach Uhrzeit und stationärem Setting.....	130
Abbildung 4.3: Schweregrad SOAS-R der aggressiven Vorfälle, getrennt nach stationärem Setting.....	138
Abbildung 4.4: OAS: Dauer der aggressiven Vorfälle, getrennt nach stationärem Setting.....	141
Abbildung 4.5: Dauer der verschiedenen Interventionen, um die aggressiven Vorfälle zu beenden, getrennt nach stationärem Setting.....	144
Abbildung 4.6: Psychopathologie als Aggressionsursache, getrennt nach stationärem Setting.....	146
Abbildung 4.7: Altersverteilung der von den Patientenübergriffen betroffenen Mitarbeiter, getrennt nach stationärem Setting.....	150
Abbildung 4.8: Berufserfahrung der von den Patientenübergriffen betroffenen Mitarbeiter, getrennt nach stationärem Setting.....	152
Abbildung 4.9: OAS: aktuelle Pflegepersonalbesetzung bei den registrierten aggressiven Vorfällen, getrennt nach stationärem Setting.....	153

Einleitung

„Die beste Gewaltanwendung ist die, die nicht nötig ist.
Die beste Aggression ist die, die gar nicht erst entsteht.
Die schönste Eskalation ist die, die gar nicht droht.“
(Wesuls et al., 2005, S. 22)

Ein wohl immer noch weit verbreitetes Meinungsstereotyp unserer Zeit betrifft die Aggressionsbereitschaft und Gefährlichkeit psychisch erkrankter Menschen. Obwohl schwere Gewalttaten bei der psychiatrischen Klientel eine Seltenheit darstellen, nehmen sie in der Berichterstattung der Medien einen hohen Stellenwert ein. So wird dieses Stigma auch weiterhin durch reißerische und in den Medien aufgebauschte Meldungen genährt. Spektakuläre Attentate auf Politiker, wie z. B. im Jahre 1990 auf Oskar Lafontaine und Wolfgang Schäuble (Steinert, 1995a), oder der im Jahre 2004 berichtete Fall des Amberger Samuraischwertäters mit Wahn-Vorstellungen sensibilisierten die Öffentlichkeit erneut hinsichtlich der vermeintlich von psychisch Kranken ausgehenden Gefahr. Die Distanzierung und Besorgnis der Bevölkerung macht sich zudem durch zahlreiche Bürgerproteste bis hin zu Bürgerentscheiden bemerkbar, welche sich gegen die Ansiedelung psychiatrischer und forensischer Abteilungen in verschiedenen Gemeinden richten.

Eine groß angelegte retrospektive Studie, die sich mit der Frage nach der Epidemiologie von Gewalttaten bei seelisch Erkrankten beschäftigt, stammt von Böker und Häfner (1973). Dabei wurden alle lebensbedrohlichen Übergriffe in Deutschland zwischen 1955 und 1964 einbezogen, wobei sich zeigte, dass der Anteil psychisch Kranker an der Gesamtheit dieser Gewalttaten 3 % betrug und die untersuchten Diagnosegruppen in der strafmündigen Bevölkerung etwa zu 4 % vertreten waren. Gewalttaten seelisch Erkrankter kamen nicht häufiger vor, als es der Verteilung der psychisch Kranken in der Bevölkerung entsprach, wodurch die weit verbreitete Meinung über ihre besonders ausgeprägte Gefährlichkeit wohl relativiert werden sollte (Steinert, 1995a). Jedoch kamen neuere Studien zu der Erkenntnis, dass das Vorliegen mancher psychiatrischer Störungsbilder das Risiko für aggressives Verhalten im Gegensatz zur Allgemeinbevölkerung doch deutlich steigert. Man geht heute davon aus, dass dieses um den Faktor 5 - 10 erhöht ist, je nach Krankheitsbild und Art des Delikts (Schanda & Taylor, 2001).

Besonders im therapeutischen Setting birgt gewalttägiges Verhalten eine besondere Problematik in sich. Da Aggressivität ein häufiges Symptom verschiedener psychiatischer Krankheitsbilder, wie z. B. Persönlichkeitsstörungen, Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis oder Rauschmittelabusus, darstellt, kommt es immer wieder zu Gewalttätigkeit und Übergriffen der Patienten auf Mitarbeiter und Mitpatienten. Dies zählt wohl zu den unangenehmsten Erfahrungen im klinischen Alltag und erzeugt nicht nur therapeutische oder juristische Probleme, sondern stellt ebenso eine große Belastung für das betroffene Personal sowie die Mitpatienten dar.

Jedoch sollte berücksichtigt werden, dass aggressives Verhalten und Gewaltdemonstration nicht immer allein von der psychiatrischen Klientel ausgehen. Die zweifache Aufgabe der Psychiatrie mit Behandlungsfunktion einerseits und Ordnungsauftrag andererseits bringt ein berufsethisches Dilemma mit sich, wodurch oftmals das Selbstbestimmungsrecht des Patienten und die optimalen Behandlungsvorstellungen seitens des Personals miteinander kollidieren (Wagner, 1990). So sind die Formen von Aggression und Gewalt in der Psychiatrie sehr vielgestaltig: Es finden sich direkte verbale und körperliche Gewaltanwendung bis hin zu juristischen Ordnungsmaßnahmen und verschiedenenartigen Restriktionen (wie Isolierung, Fixierung oder Zwangsmedikation).

Obwohl also das Management von Gewalt, Zwang und Aggression seit jeher den klinischen Alltag mitbestimmt, stellte diese Thematik viele Jahrzehnte im deutschsprachigen Raum ein Tabuthema dar, welches sich kaum in der Literatur niederschlug und in Anbetracht dessen erst in den letzten Jahren ein langsames Umdenken seitens der Politiker und der in der Klinik tätigen Berufsgruppen erfolgte. So liegen bisher hinsichtlich der Vorhersagbarkeit, der Epidemiologie und der therapeutischen Beeinflussbarkeit aggressiver Verhaltensweisen in der psychiatrischen Klinik nur wenig aussagekräftige bzw. deutschsprachige Studien vor. Die Mehrheit der erbrachten Forschungsergebnisse stammt insbesondere aus amerikanischen, britischen oder skandinavischen Studien. Die bis vor kurzem nur unbefriedigende wissenschaftliche Auseinandersetzung bzgl. dieser Thematik ist umso bedauerlicher, da bislang keine ausreichende empirische Ausgangsbasis geschaffen werden konnte und sich die Ausarbeitung von Leitlinien zum Umgang mit aggressiven Patienten sowie verschiedener Präventionsmaßnahmen noch in den Anfangszügen befindet.

Weil Gewalt seitens der psychiatrischen Klientel auch immer institutionelle Gegen gewalt (z. B. Fixierung, Zwangsmedikation), beziehungsweise Abwehrmaßnahmen seitens des Personals nach sich zieht (Zeiler, 1994), ist es möglich, einen erheblichen An-

teil an aggressiven Verhaltensweisen im klinischen Bereich durch adäquaten Umgang zu verhindern. Aus diesem Grunde soll diese Studie einen weiteren entscheidenden Beitrag zur Schaffung einer empirischen Basis leisten und eine Orientierung für die Notwendigkeit von Schulungsmaßnahmen für das Personal sowie zukünftiger präventiver Überlegungen darstellen.

Bezogen auf die Erfassung von Aggressivität und Aggression im Erwachsenenbereich sowie für die Dokumentation gewalttätigen Verhaltens im klinischen Bereich liegen bisher nur wenig geeignete Diagnoseinstrumente vor (vgl. Kap. 1.1.3). Insbesondere fehlen einheitliche Dokumentationsbögen und solche Verfahren, welche nicht nur von einer subjektiven Einschätzung von Aggression und Gewalt im Sinne der sozialen Erwünschtheit ausgehen, sondern tatsächlich auch objektive Gegebenheiten abbilden.

Aus diesem Grund ist für die vorliegende Studie ein Untersuchungsaufbau gewählt worden, welcher unter anderem eine querschnittliche Erhebung von Art und Häufigkeit aggressiven Patientenverhaltens in verschiedenen stationären Settings (allgemeinpsychiatrisch offene Stationen versus beschützte Station) mittels objektivem und standardisiertem Dokumentationsbogen erlaubt. Daneben werden verschiedene neurobiologische Parameter sowie Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren herangezogen, um Aggressivität und Aggression abzubilden und Aufschluss über mögliche Prädiktoren gewalttätigen Verhaltens zu gewinnen.

Die vorliegende Arbeit ist wie folgt gegliedert: Das erste Kapitel vermittelt die für diese Studie relevanten empirischen und theoretischen Befunde. Es behandelt die Konstrukte Aggressivität und Aggression unter dem Gesichtspunkt der verschiedenen gültigen Definitionen und geht zudem auf die damit in Verbindung stehenden Termini Empathie und Prosozialität näher ein. Des Weiteren werden verschiedene Erklärungsmodelle aggressiven Verhaltens, vor allem aus biologischer und psychologischer Sichtweise, erörtert sowie im Anschluss im Rahmen der Operationalisierung von Aggression und Aggressivität diverse Erhebungsmethoden vorgestellt. Der diesbezügliche Fokus liegt auf der Erfassung des Aggressionspotentials und des aggressiven Verhaltens vor allem im Bereich der Erwachsenen sowie auf den aktuell gängigen Erhebungsinstrumenten für Häufigkeit und verschiedene Aspekte gewalttätigen Patientenverhaltens im stationären Setting. Es schließt sich die Betrachtung von Aggression und Aggressivität als Teil eines Krankheitssyndroms an, wobei verschiedene psychiatrische Störungen thematisiert werden. Neben Organischen Störungen, Abhängigkeitserkrankungen, Schizophrenen und Affektiven Psychosen, werden Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

sowie Intelligenzminderung berücksichtigt. Im Rahmen der aktuell gängigen Behandlungsmöglichkeiten von Aggression und Aggressivität, werden neben verschiedenen medikamentösen Methoden diverse psychologische und pädagogische Therapieverfahren vorgestellt. Im nächsten Abschnitt des ersten Kapitels werden Aggression und Aggressivität als kritische Ereignisse im psychiatrischen Setting behandelt. Diesbezüglich soll ein Abriss über den aktuellen Forschungsstand zum Thema Epidemiologie, Prädiktoren und therapeutische Beeinflussbarkeit aggressiven Verhaltens im psychiatrischen Setting gegeben werden. Zudem werden rechtliche Aspekte im Zusammenhang mit Zwangsmaßnahmen sowie Folgen von Aggression und Aggressivität im stationären Setting skizziert. Zum Abschluss des ersten Kapitels wird auf verschiedene Präventionsmethoden von Aggression und Aggressivität im psychiatrischen Setting näher eingegangen.

Das zweite Kapitel gibt einen Überblick über Zielsetzung, Fragestellung und Hypothesen mit dem Anliegen, aggressives Verhalten in der Psychiatrie näher zu untersuchen. Das dritte Kapitel beschäftigt sich mit der Darstellung und Erörterung der eingesetzten Methoden, im vierten Kapitel werden die relevanten Ergebnisse dieser Studie im Einzelnen dargestellt. Das fünfte Kapitel dient zur Diskussion der erbrachten Befunde vor dem Hintergrund des aktuellen Wissensstands sowie zur Ableitung wichtiger Schlussfolgerungen für die Praxis. Es schließt sich nach einer Zusammenfassung, das Literaturverzeichnis sowie der Anhang an, in welchem neben dem Informationsblatt für die Mitarbeiter der Stationen, der Patientenaufklärung und der Einverständniserklärung, der Erhebungsbogen für soziodemographische und krankheitsrelevante Variablen sowie neurobiologische Parameter sowie der FEPAA-E und die verkürzte Fassung des FEPAA-E für die Post-Messung abgebildet sind. Zudem sind die Checkliste zur Fremdbeurteilung von Aggression und Aggressivität, die Global Assessment of Functioning Scale (GAF-Skala), der Dokumentationsbogen zur Epidemiologie aggressiver Situationen sowie die Staff Observation Aggression Scale-Revised (SOAS-R) und die Overt Aggression Scale (OAS) enthalten.

1 Einführung in die Thematik

Laut Bundeskriminalamt zeichnete sich in den letzten Jahrzehnten ein kontinuierlicher Anstieg der Gewaltkriminalität in Deutschland ab, welcher nun seit 2008 wieder dezent rückläufig ist. So wurden im Jahr 2009 insgesamt 208 446 Gewaltdelikte verzeichnet, darunter 149 391 Fälle gefährlicher und schwerer Körperverletzungen sowie 49 317 Raubdelikte (vgl. Abbildung 1.1). Die Zahlen verdeutlichen die hohe Relevanz von Aggression und Gewalt in unserer Gesellschaft, welche auch bis in den klinischen und pflegerischen Alltag hineinreicht.

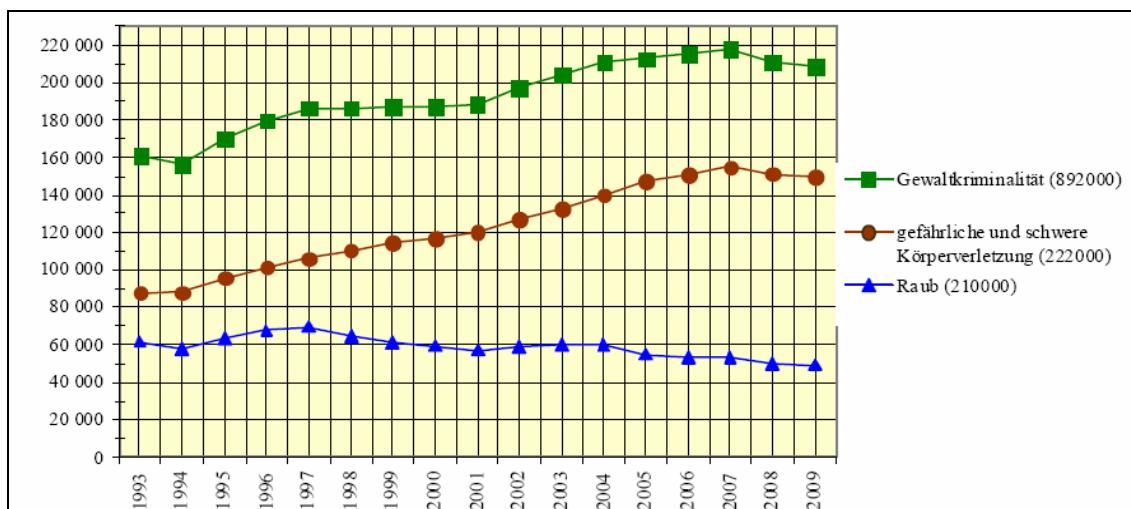


Abbildung 1.1: Gewaltkriminalität in Deutschland (Polizeiliche Kriminalstatistik, Berichtsjahr 2009, S. 227)

1.1 Die Konstrukte Aggressivität und Aggression

1.1.1 Definition von Aggression und Aggressivität und damit in Verbindung stehender Termini

Da in dieser Arbeit sowohl ein Diagnoseinstrument zur objektiven Abbildung der individuellen Aggressionsbereitschaft als auch ein Dokumentationsbogen zur Erfassung von Art und Häufigkeit aggressiver Verhaltensweisen der psychiatrischen Klientel eingesetzt werden soll, ist es von besonderer Bedeutung, die Konstrukte Aggression und Aggressivität genau zu definieren und einzugrenzen.

Im Gegensatz zur Problematik der Suizidalität und Autoaggression, mit welcher schon seit geraumer Zeit eine Auseinandersetzung aus der Perspektive der klinischen Psychiatrie erfolgt und mittlerweile auch eine Reihe fundierter theoretischer Konzepte existiert (Henseler, 1974; Ringel, 1989), lässt sich für das Phänomen der Fremdaggression noch keine einheitlich anerkannte Theorie aufstellen. In der Literatur finden sich hierfür unterschiedliche Definitionen, Klassifikationsmöglichkeiten, Theorien und Erklärungsmodelle mit den verschiedensten theoretischen Sichtweisen, jedoch ist bis heute eine Integration zu einem ganzheitlichen Konzept fehlgeschlagen (Steinert, 1995a). Ein Überblick über 58 verschiedenste Definitionsversuche wird in Verres (1982) Auseinandersetzung mit dem Aggressionsbegriff dargestellt. Auch Selg (1982) verweist auf eine Fülle psychoanalytischer, biologischer und lerntheoretischer Theorien hinsichtlich des Gewaltphänomens. Des Weiteren finden sich auch innerhalb der verschiedenen Disziplinen (wie z. B. Kriminologie, Soziologie, Neurobiologie, Psychiatrie, Entwicklungspsychologie) zusätzlich Diskrepanzen hinsichtlich der Begrifflichkeiten. Eine weitere Erschwernis liegt in dem daneben existierenden weiten Spektrum synonym verwendeter Termini, wie z. B. Gewalt oder Zwang (Wahl, 2009).

Bei der Beurteilung und Interpretation der gewonnenen Ergebnisse verschiedener Studien zum Bereich der Epidemiologie gewalttätigen Verhaltens im klinischen Setting stellen die herangezogenen Definitionen ein großes methodisches Problem dar. Es sollen im Folgenden die für diese Studie relevanten Termini im Hinblick auf Aggressivität und Aggression sowie die damit im engen Zusammenhang stehenden Begrifflichkeiten genau definiert werden.

1.1.1.1 Definition von Aggression

Hinsichtlich des Aggressionsbegriffs existiert eine Fülle verschiedenster Definitionen, welche unterschiedlich weit gefasst sind. Hier sollen nur einige herausgegriffen werden. Nach Selg et al. (1997) wird Aggression als jegliche Form beabsichtigten Verhaltens verstanden, welches einem anderen Subjekt oder Objekt Schaden oder Schmerz tatsächlich zufügt oder dies zum Ziel hat. Der Aspekt der Intention ist also unmittelbar an den Termini der Aggression geknüpft. Dies impliziert, dass jegliches unabsichtlich schädigendes Verhalten nicht als Aggression bezeichnet werden soll. Zudem unterscheiden Selg et al. (1997) zusätzlich zwischen direkten Aggressionshandlungen (z. B. physische

Angriffe, Beschädigung von Gegenständen oder lautes Anschreien) und indirekten Formen (Verleumdung, Entwertung). Als weitere mögliche dualistische Aggressionsformen benennt Fegert (2007) unter anderem folgende Gegenpole: offen versus verdeckt, defensiv versus offensiv und impulsiv versus kontrolliert.

Bei einigen Untersuchungen wird Aggression auf körperliche Gewalt reduziert (Noble & Rodger, 1989; Rabinowitz & Mark, 1999), während andere verbale Drohungen (Steinert, 1995a) oder auch Beschädigung von Sachgegenständen (Ettle & Wolfersdorf, 2003) miterheben. Hin und wieder wird Aggression auch nur indirekt durch Anzahl der stattgefundenen Zwangsmaßnahmen, wie z. B. Fixierungs- oder Isolierungsrationen, erfasst (Way & Banks, 1990).

Neben der Aggression wird der Termini Gewalt in vielen Studien synonym verwendet. Nach Gates et al. (1999) umfasst Gewalt physische Angriffe, drohendes Verhalten, verbale Beschimpfungen und Beleidigungen. Nach Archer und Lloyd (2002) sollen diejenigen tätlich-aggressiven Handlungen als Gewalttaten benannt werden, die beim Opfer physische oder psychische Schäden verursachen. Die Intentionen und Emotionen des Agierenden werden im Gegenzug als Aggression definiert. Somit ist die Aggression als Voraussetzung, die Gewalt als Konsequenz zu betrachten. International bewährt hat sich mittlerweile eine Einteilung in reaktive und proaktive Gewaltformen. Während es sich bei der reaktiven Form um eine impulsartige und ungesteuerte Reaktionsweise handelt, bei welcher plötzlich und ungeplant gehandelt wird, spricht man bei der proaktiven Gewalt von einem kontrollierten und zielgerichteten Vorgehen zur manipulativen Durchsetzung eigener Interessen, welches von vorausgegangenem sozialen Lernen und von externer Verstärkung abhängig ist (Gendreau & Archer, 2005). Die reaktive Aggression, welche auch als impulsive Form bezeichnet wird, ist determiniert von einem hohen Maß an autonomer Erregung. Typische Auslöser sind Provokationen und Frustrationen oder Gefühlszustände wie Ärger und Furcht. Laut Bronisch handelt es sich dabei dann um eine pathologische Reaktion, „wenn die aggressive Reaktion unverhältnismäßig zu der emotionalen Provokation auftritt“ (Bronisch, 2009, S. 60). Die proaktive oder vorsätzliche Aggression kann in bestimmten Situationen auch als Antwort auf eine unmittelbare Bedrohung oder Gefahr und somit als ein wichtiges menschliches Verhaltensmuster im Sinne der Verteidigung gesehen werden (Barratt & Felthouse, 2003).

1.1.1.2 Definition von Aggressivität (Aggressionsbereitschaft/-legitimation)

Im Rahmen dieser Arbeit soll das Konstrukt der Aggressivität wie folgt definiert werden: „Unter Aggressivität versteht man die (habituell gewordene) Bereitschaft, anderen Personen oder Sachen (= Vandalismus) und unter Umständen auch sich selbst (= Autoaggressivität) Schaden zuzufügen“ (Lukesch, 2006, S. 7). Die von Selg und Mitarbeitern (1988) vorgeschlagene Definition lehnt sich an diese an, wonach Aggressivität als eine erschlossene, relativ überdauernde Bereitschaft zu aggressivem Verhalten gesehen werden kann. Somit lässt sich Aggressivität als Disposition oder als Persönlichkeitseigenschaft verstehen. Bedingt wird die Aggressionsbereitschaft sowohl von biologischen Faktoren als auch von Umwelteinflüssen. Neben genetischen und konstitutionellen Bedingungen wirken Temperamentsunterschiede, negative Faktoren wie Intoxikationen oder Verletzungen des Gehirns sowie Hormone und Hyperaktivität als biologische Determinanten auf die Aggressivität ein (Perry et al., 1990, zitiert nach Lukesch, 2006). Hinsichtlich der Umweltfaktoren sind Einflüsse wie Lern- und Bindungserfahrungen, Medien und Gegebenheiten des sozialen Umfelds (Missbrauch, Delinquenz der Eltern, desolate Lebensverhältnisse, Einfluss der Peers) zu nennen (Lukesch, 2006).

Da auch die Autoaggressivität bzw. die Autoaggression dem Oberbegriff der Aggressivität/Aggression zugeordnet wird und sich in verschiedensten Studien zeigte, dass Zusammenhänge zwischen Auto- und Fremdaggressivität/-aggression existieren (Tardiff & Sweillam, 1980; Steinert et al., 1991), soll hier das von Möller (1992) entworfene „Modell der Dimensionen und Teilaspekte der Aggressivität“ dargestellt werden. Darin werden Aggressivität und Autoaggressivität, welche sich auf der Verhaltensebene auf vielfältige Weise äußern können, zusammen abgebildet (vgl. Abbildung 1.2).

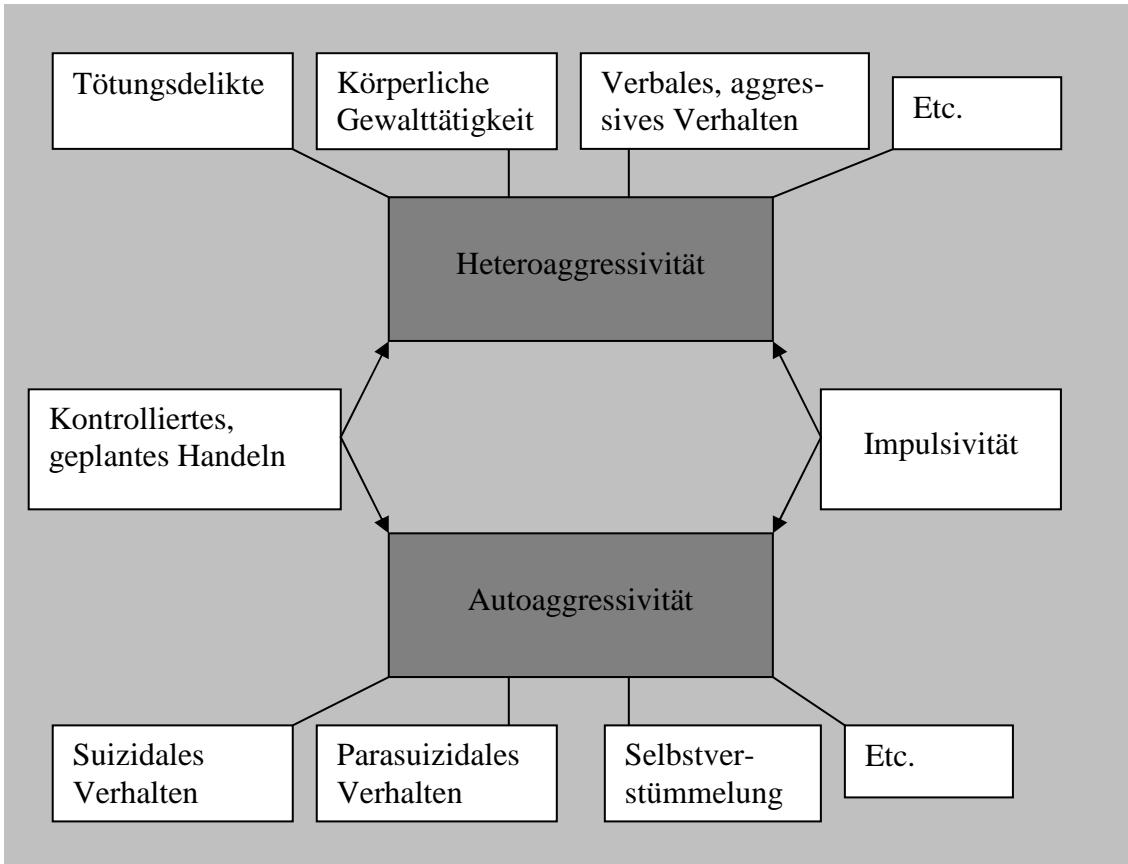


Abbildung 1.2: Dimensionen und Teilespekte der Aggressivität (Möller, 1992, S. 97)

1.1.1.3 Definition von Empathie und Prosozialität und deren Zusammenhang mit Aggression

Das Konzept der Empathie spielt seit Einführung des Wortes „Einfühlung“ von Theodor Lipp 1903, welches Titchener 1909 als „empathy“ übersetzte, eine zentrale Rolle in verschiedenen Wissenschaften, darunter der Psychologie, Psychiatrie, Soziologie oder Pädagogik. Obwohl seither das Konstrukt der Empathie Gegenstand einer jahrzehntelangen wissenschaftlichen Betrachtungsweise gewesen ist, existiert eine einheitliche Definition des Begriffs der Empathie bis heute nicht (Decety & Lamm, 2006). Betrachtet man die im psychologischen Wörterbuch von Dorsch enthaltene Definition, so wird Empathie beschrieben als „Erfahrung, unmittelbar der Gefühlslage eines anderen teilhaftig zu werden und sie dadurch zu verstehen. Trotz dieser Teilhabe bleibt das Gefühl aber anschaulich dem anderen zugehörig“ (Dorsch 2004, S. 243).

Empathie setzt einerseits bestimmte kognitive Leistungen, wie z. B. die Fähigkeit zur Perspektivübernahme, voraus, variiert von Individuum zu Individuum und beeinflusst

andererseits die Güte unserer sozialen Interaktionen (Leiberg & Anders, 2006). Kontrovers diskutiert wird nach wie vor, ob es sich bei Empathie um eine automatische Reaktion, im Sinne einer Art emotionalen Ansteckung bzw. der Nachahmung des emotionalen Zustandes einer anderen Person (Hatfield et al., 1993) oder vielmehr um ein Geschehen auf höherer kognitiver Prozessebene handelt (Leiberg & Anders, 2006). So sind laut Ickes verschiedene Mechanismen am Prozess der Empathie beteiligt, welche von ihm wie folgt verstanden wird: „a complex form of psychological inference in which observation, memory, knowledge, and reasoning are combined to yield insights into the thoughts and feelings of others.“ (Ickes, 1997, zit. n. Decety & Lamm, 2006, S. 1147).

Daneben wurden weitere Erklärungsvorschläge wie Empathie als Resultat von Konditionierungsprozessen in der Vergangenheit aufgestellt (Church, 1959). Eine andere Betrachtungsweise liegt dem Drei-Komponentenmodell der Empathie von Feshbach (1975) zugrunde, in welchem ein Gefüge von drei kognitiven Bedingungen, welche zusammenwirken, postuliert wird. Als kognitive Aspekte sind dabei die Fähigkeit, Gefühlszustände anderer Personen zu erkennen und zu benennen, Rollenübernahme und Perspektivwechsel sowie die emotionale Erlebnisfähigkeit von Bedeutung. Andere Autoren wie Preston und de Wall (2002) zählen die „Theory of Mind“ zu den grundlegenden kognitiven Voraussetzungen für Empathie. Darunter wird nach Breithaupt (2009) verstanden, „dass jemand eine Vorstellung (Theory) des Wissens, Wollens und Fühlens (also zusammengenommen: Mind) eines anderen gewinnt“ (S. 67).

Neben den kognitiven Grundbedingungen für Empathie spielen emotionale und kognitive Prozesse eine entscheidende Rolle, wobei als affektive Komponenten Termini wie Mitleid und Mitgefühl verstanden werden, während zu den konativen Komponenten Altruismus und prosoziales Handeln gezählt werden. Prosoziales Handeln wird nach Friedlmeier als „ein freiwilliges Handeln, das mit der Absicht ausgeführt wird, zum Wohlergehen eines anderen beizutragen und interaktiven Charakter besitzt“ beschrieben (Friedlmeier, 1993, S. 39). Der Autor entwickelte ein Modell des Zusammenhangs zwischen Empathie und Prosozialität, welches vier Schritte beinhaltet:

1. Die Wahrnehmung einer Notlage sowie des emotionalen Ausdrucks der hilfsbedürftigen Person/en führen zu einer spontanen Betroffenheitsreaktion und zur Interpretation und Bewertung der Situation.
2. Es resultiert eine Teilidentifikation und eine Nachempfindung der Notlage (= Empathie) sowie die Auslösung einer Gefühlsreaktion beim Beobachter, wel-

- che den weiteren Verlauf bestimmt (Abwendung = Distress-Abwendung bzw. Zuwendung zum Hilfsbedürftigen = Mitleid).
3. Die emotionale Reaktion bestimmt das Motiv des Helfenwollens (altruistisch, egoistisch oder normativ).
 4. Die Umsetzung der nachfolgenden Hilfehandlung ist abhängig von der Motivation des Beobachters. Modulierende Faktoren sind dabei die subjektive Kompetenzeinschätzung, Kosten der Hilfestellung und Fluchtmöglichkeiten.
- (Friedlmeier, 1993, S. 43 ff)

Wie aus dem Modell von Friedlmeier (1993) ersichtlich wird, stellt Empathie eine notwendige Voraussetzung, nämlich die Motivationsgrundlage für prosoziales Verhalten dar. Jedoch kann nicht zwingend davon ausgegangen werden, dass Empathie auch eine hinreichende Voraussetzung für dieses ist (Wöhrle-Chon, 2001), da eine konkrete Hilfehandlung durch weitere Einflussfaktoren wie z. B. individuelle Kompetenzen moduliert wird und zudem auch ungünstiges Sozialverhalten wie z. B. Schadenfreude oder Aggression die Folge sein kann.

Nach Heckhausen besteht ein negativer Zusammenhang zwischen Aggression und Empathie, welcher wie folgt beschrieben wird: "Wie beim Hilfehandeln hat die Fähigkeit und Bereitschaft zur Einfühlung auch auf aggressives Handeln einen prosozialen Effekt. Sich hineinzuversetzen in die innere Befindlichkeit des Angegriffenen, in einen Leidenszustand, den zu verursachen man selbst in Begriff ist (oder bereits verursacht hat), widerstreitet dem Verlangen, dem anderen Leiden zuzufügen, und hemmt deshalb Aggressionen" (Heckhausen, 1989, S. 317, zit. nach Meindl, 1998). Neben Feshbach und Feshbach (1969) konnten auch andere Forscher wie Friedrich und Stein (1973) einen negativen Zusammenhang zwischen Aggression und Empathiefähigkeit untermauern. Ebenfalls konnten negative Zusammenhänge zwischen Aggression und prosozialem Verhalten gefunden werden (Rutherford & Mussen, 1968; Harris & Siebel, 1975), wenngleich die Ergebnisse hierfür zum Teil inkonsistent sind bzw. in manchen Studien der Zusammenhang nur für ein Geschlecht nachgewiesen werden konnte. Da in mehreren Studien immer wieder ein Zusammenhang zwischen den Konstrukten Aggression, Empathie und Prosozialität deutlich wurde, sollen diese komplexen, mehrdimensionalen Konzepte ebenfalls in dieser Studie im Rahmen der Selbsteinschätzung der Probanden zu Aggressivität und Aggression berücksichtigt werden.

1.1.2 Erklärungsmodelle aggressiven Verhaltens

Wie oben erwähnt, handelt es sich im Fall der Aggression und Aggressivität um hochgradige Abstraktionen von Sachverhalten, die nicht nur verschiedenste Verhaltensweisen und Motive umfassen, sondern auch immer wieder in den jeweiligen Forschungsbeiträgen auf andere Art und Weise abgegrenzt und ausgelegt werden (Steinert, 1995a). Aggression auf nur einen Entstehungsfaktor zu reduzieren, würde demnach dem weitreichenden Konstrukt nicht gerecht werden, so dass hierbei wohl von einer multifaktoriell bedingten Genese ausgegangen werden sollte. Denn nicht nur psychologische, soziale und kulturelle Einflussgrößen, sondern ebenso lerntheoretische, neurobiologische und Umweltfaktoren tragen in einer komplexen Wechselwirkung dazu bei, Aggressivität und Gewalt auszubilden. Im Folgenden soll das Konstrukt der Aggression durch verschiedene wissenschaftliche Sichtweisen betrachtet werden.

1.1.2.1 Biologische Sichtweise

Neuroanatomische Strukturen und Prozesse

Eine Reihe neuroanatomischer Funktionen und Prozesse können nach dem neuesten Stand der Wissenschaft im Zusammenhang mit Aggression gesehen werden. So geben Studien zur Morphologie und zu Läsionen wichtige Hinweise auf die Funktion von Gehirnarealen. Insbesondere das limbische System, mit u. a. dazugehörigen Strukturen wie Amygdala, Hypothalamus und Hippocampus sowie der präfrontale Cortex spielen bei der Aggressionsgenese eine bedeutende Rolle (Roth, 2003). Der Hypothalamus reguliert unter anderem Funktionen wie Angriff und Verteidigung, die Amygdala dagegen die Entstehung und Ausprägung von Emotionen, des Weiteren wirkt sie aktivierend bzw. hemmend auf Sympathikus und Parasympathikus sowie die Neurotransmitter. Somit kommt ihr eine zentrale Funktion bei der Verhaltensbereitschaft, der Mimik und bei Verteidigungs- und Fluchtreaktionen zu (Roth, 2001). Wie Lück et al. (2005) betonen, weisen Personen mit einer Schädigung der Amygdala Defizite auf, aus den Konsequenzen ihres aggressiven Verhaltens zu lernen und konditionierte Schreckreaktionen auszubilden.

Während der Hippocampus für die Speicherung und Organisation bewusstseinsfähiger, deklarativer Gedächtnisinhalte zuständig ist (Roth, 2001), dient der präfrontale Cortex, mit dem dazugehörigen orbitofrontalen Cortex, der emotionalen und motivationalen Verarbeitung von Verhaltensweisen und Situationsaspekten. Zudem spielt er eine bedeutsame Rolle bei exekutiven Funktionen wie Planung, Organisation, Aufmerksamkeit, Selbstkontrolle und abstraktem Denken (Foster et al., 1994) sowie bei der Erfassung sozialer Zusammenhänge und somit auch bei der Einschätzung und Abwägung von Handlungskonsequenzen und bei der Ziel- und Wertorientierung (Anderson et al., 1999). Wie in mehreren Studien gezeigt werden konnte, korreliert eine Dysfunktion frontaler Regionen (durch verminderte Aktivität oder durch Läsionen) mit einem verstärkten Risiko für aggressives und impulsives Verhalten (Silver & Yudofsky, 1987; Giancola et al., 1996; Raine et al., 1998; Bigler, 2001; Müller et al., 2003).

Allerdings muss berücksichtigt werden, dass die oben genannten Hirnareale nicht per se aggressives Verhalten vorhersagen können und noch spezifische Befunde der Aggressionsgenese gefunden werden müssen. Zudem werden bei proaktiver und reaktiver Aggression jeweils unterschiedliche neurobiologische Korrelate aktiviert (Müller, 2006). Die reaktiv-impulsive Aggression steht in Verbindung mit biologischen Korrelaten, wie einerseits der Veranlagung, negative Affekte (z. B. Depression, Angst) und Arousals auszubilden, diese nur eingeschränkt regulieren oder abmildern zu können und andererseits der Denkprozesse, welche Ärgerzustände erzeugen oder das Risiko für aggressives Verhalten steigern (Scarpa & Raine, 2000).

Neurotransmitter, Hormone und neurochemische Substanzen

Neben neuroanatomischen Strukturen spielen auch verschiedene Neurotransmitter, Hormone und neurochemische Substanzen bei der Entstehung aggressiven Verhaltens eine Rolle. Bereits in den 70er Jahren konnte ein zentrales serotonerges Defizit indirekt anhand einer verminderten Konzentration des Serotoninmetaboliten 5-HIAA mit selbst-aggressivem, suizidalen Verhalten in Verbindung gebracht werden (Asberg et al., 1976), wonach Serotonin eine aggressionshemmende Wirkung aufweist. Auch in vielen weiteren Studien konnte die Hypothese der verminderten serotonergen Aktivität bei autoaggressivem Verhalten repliziert werden (Asberg, 1997) sowie diese schließlich ebenfalls bei fremdaggressivem Verhalten bestätigt werden (Roy & Linnoila, 1988; Volavka, 1999; Moore et al., 2002).

Auch andere Neurotransmitter wie Dopamin, die Katecholamine Noradrenalin und Adrenalin sowie GABA werden mit aggressivem Verhalten in Verbindung gebracht. So hemmt GABA Aggressionsneigungen (Almeida et al., 2005), während Adrenalin und Noradrenalin den Körper in Kampfbereitschaft versetzen und deshalb bahnende Effekte auf aggressives Verhalten erzielen (Wahl, 2009). Dopamin, als ebenfalls aggressionsfördernden Neurotransmitter, wird eine wichtige Bedeutung hinsichtlich Vorbereitung (Drohgebärden), Durchführung und Konsequenzen (Verteidigung oder Unterwerfung) aggressiver Reaktionen zugesprochen (Wahl, 2009).

Neben dem modulierenden Einfluss der oben genannten Neurotransmitter spielen auch eine Reihe von Hormonen eine wichtige Schlüsselrolle bei der Aggressionsgenese, allen voran das Testosteron. Mehta und Beer (2010) konnten in einer Studie zeigen, dass Testosteron die Neigung für aggressives Verhalten steigert, da die Aktivität des neuronalen Schaltkreises der Impulskontrolle und Selbstregulation vermindert ist. Man geht zudem davon aus, dass Testosteron zusätzlich auf indirekte Weise zu Aggressionen führt, indem es Persönlichkeitseigenschaften begünstigt, welche wiederum im Zusammenhang mit gewalttätigem Verhalten gesehen werden können. Hohe Testosteronwerte werden demnach von den Autoren Strüber et al. (2008) in Verbindung mit verstärkter Risikobereitschaft und Impulsivität gebracht, während Furcht und Empathie im Gegenzug herabgesetzt werden. Daneben gehen die Autoren von einem moderierenden Einfluss des Stresshormons Cortisol aus, wonach niedrige Cortisol-Werte, d. h. eine reduzierte Stresssensibilität, als Aggressionsprädiktor gemeinsam mit Störungen in frontolimbischen Arealen zu sehen sind. Eine hohe Stressanfälligkeit steht dagegen in Verbindung mit einer reduzierten Aktivität der Amygdala sowie des orbitofrontalen Cortex und impulsiver Aggression.

Auch eine erniedrigte Cholesterinkonzentration wird als Einflussfaktor auf die Aggressionsgenese diskutiert, wobei die Ergebnisse diesbezüglich nach wie vor noch widersprüchlich sind (Virkkunen & Penttilä, 1984; Steinert et al., 1999b; Golomb et al., 2000). Weitere endokrinologische Veränderungen, wie z. B. Hypoglykämie (Lee & Coccaro, 2001) oder Veränderungen im Rahmen des prämenstruellen Syndroms bei Frauen scheinen ebenfalls modulierende Effekte auf aggressives Verhalten zu bewirken (Volavka, 2002).

Genetik und Psychophysiolgie

Des Weiteren wird der Einfluss von Genen auf kriminelles und gewalttägliches Verhalten, welcher in Adoptions- und Zwillingsstudien mehrfach untersucht wurde, diskutiert (Raine, 2002). Allerdings muss berücksichtigt werden, dass Studien zwar genetische Einflüsse bei kriminellem Verhalten untermauern, jedoch das Ausmaß der genetischen Determiniertheit dabei unklar ist und zudem sozioökonomische und kulturelle Bedingungen zusätzlich einen modulierenden Einfluss darstellen (Müller, 2006).

In einer Reihe von Studien konnten Zusammenhänge zwischen gewalttätigem Verhalten und Abnormalitäten im EEG, insbesondere chronischer Untererregtheit, festgestellt werden. Danach waren Prävalenzen von EEG-Abweichungen zwischen 25 und 50 % bei aggressiven Menschen zu finden, während bei Nichtaggressiven nur von einer Variationsbreite von 5 bis maximal 20 % auszugehen ist. Als weitere psychophysiologische Risikofaktoren können ein niedriger Ruhepuls (Raine, 2002) sowie vermutlich auch eine verminderte Hautleitfähigkeit (Scarpa & Raine, 2000) gesehen werden, wonach aggressive Personen im Vergleich zu Nichtaggressiven generell zu verminderter Erregbarkeit und zu niedriger Reaktivität auf negative Reize neigen (Poustka, 2000).

Als mögliche Erklärung für den Zusammenhang zwischen Aggression und niedrigem Ruhepuls sowie chronischer Untererregtheit kommt nach Raine (2002) die „Theorie der Furchtlosigkeit“ in Frage. Demnach stellt ein niedriges Arousal einen Indikator für Furchtlosigkeit dar, welches wiederum Aggression begünstigt, da die Ausübung aggressiven Verhaltens ein gewisses Maß an Mut und Furchtlosigkeit voraussetzt. Als weitere Erklärung wird die Stimulation-Seeking-Theory herangezogen, wonach Underarousal einen unangenehmen physiologischen Zustand darstellt und deshalb versucht wird, über Steigerung des Arousals diesen Zustand zu beenden (Lee, 1996). Antisoziales Verhalten wird in diesem Sinne als Suche nach Stimulation und Anreiz gesehen (Wood & Cochran, 1995).

1.1.2.2 Psychologische Sichtweise

Triebtheorien

Triebtheorien sehen aggressives Verhalten als spontanen und endogenen Drang. Die Psychoanalyse gilt neben religiösen und philosophischen Überlegungen als erste wis-

senschaftliche Theorie zur Erklärung von Aggression (Steinert, 1995). Die von Sigmund Freud 1920 entwickelte, populäre dualistische Theorie besagt, dass sich Todes- (Thanatos) und Lebenstrieb (Eros) gegenüberstehen und ein homöostatisches Gleichgewicht herbeiführen. Dabei wird durch den Lebenstrieb die Energie des Thanatos in Form von Aggression nach außen gelenkt und der Mensch dadurch geschützt. Aufgrund der Kontrolle durch das Über-Ich wird ein Ausleben aggressiver Neigungen jedoch größtenteils unterbunden, so dass diese in Folge gegen die eigene Person gerichtet werden.

Eine ethologische Triebtheorie stammt von Konrad Lorenz (1963), in welcher dieser das Zusammenspiel vier verschiedener Triebe, unter anderem das des Aggressionstriebes, postuliert. Dieser sichert das Überleben sowohl von Tieren als auch von Menschen, wobei er auf Abreaktion der ständig neu entstehenden Aggressionsenergie drängt und bei mangelnder Entladungsmöglichkeit beim Menschen zu physischen und psychischen Störungen führt.

Als Kritik an den Triebtheorien wird angemerkt, dass sie menschliches Verhalten mit dem von Tieren gleichsetzen, empirisch nicht überprüfbar sind und oft nur so vage formuliert sind, dass eine Ableitung präziser Hypothesen nicht möglich ist. Des Weiteren sind sie für eine sichere Vorhersagbarkeit aggressiven Verhaltens nicht geeignet.

Frustrations-Aggressions-Theorie

Im Gegensatz zu Freuds Postulat eines angeborenen Aggressions- bzw. Todestriebs steht im Zentrum der von den Autoren Dollard et al. (1939) entwickelten Frustrations-Aggressions-Theorie ein erworbener Trieb, welcher als Reaktion auf eine Frustration entstanden ist. Unter Frustration wird von den Autoren jegliche Störung einer zielgerichteten Aktivität verstanden. Somit ist Aggression eine direkte Folge von Behinderung einer Bedürfnisbefriedigung und jedes aggressive Verhalten auf ein Frustrationserleben rückführbar. Miller (1941) revidierte schließlich die ursprüngliche Hypothese durch Abschwächung des Postulats, wonach zwar Frustrationen eine erhöhte Neigung für gewalttäiges Verhalten hervorrufen können, diese jedoch nicht zwingend ausagiert werden muss.

Lerntheoretische Konzepte

Zu den bedeutendsten lerntheoretischen Erklärungsmodellen für aggressives Verhalten zählen die Klassische Konditionierung, die Instrumentelle oder Operante Konditionierung sowie das Lernen am Modell. Bei allen drei Theorien stellen Lernerfahrungen die Voraussetzung für gewalttägiges Handeln dar.

Nach dem Paradigma des Klassischen Konditionierens (Pawlow, 1927) wird davon ausgegangen, dass ein ursprünglich neutraler Reiz, welcher mit einem biologisch bedeutsamen Reiz gepaart wird, selbst zum alleinigen Auslöser für die ursprünglich dem biologischen Reiz vorbehaltene Verhaltensreaktion wird. So kann ein neutraler Reiz wie ein Symbol oder eine Person durch die Kopplung mit negativen Erfahrungen, wie die Beobachtung von Gewalt in den Medien, schließlich durch die erfolgten Lernprozesse selbst zum aggressionsevozierenden Reiz werden. Der lernende Organismus hat somit keinen Einfluss auf die Reiz-Reaktionskette.

Bei der Instrumentellen oder Operanten Konditionierung steht hingegen die erstmals von Thorndike (1898) gemachte Beobachtung von erlernten Reiz-Reaktions-Mustern im Vordergrund. So beeinflussen sowohl positive wie auch negative Konsequenzen die Häufigkeit, mit welcher ein bestimmtes Verhalten, also auch gewalttägiges Verhalten, nachhaltig ausgeführt wird. Das „Gesetz des Effekts“ besagt, dass Verhaltensweisen, die ein Erfolgserlebnis oder eine Belohnung nach sich ziehen, in künftigen Situationen mit größerer Wahrscheinlichkeit wiederholt auftreten, während jene, denen ein Misserfolg oder eine aversive Konsequenz folgt, in der Regel künftig vermieden werden und die Auftretenswahrscheinlichkeit sinkt. Damit steigert der Erfolg, den man durch aggressives Verhalten erfährt, die Bereitschaft zu dessen künftiger Ausübung. Als Erfolge gelten neben der Durchsetzung eigener Wünsche, Interessen und Bedürfnisse positive Verstärker wie Aufmerksamkeit, Zuwendung und soziale Anerkennung sowie die Abwendung von Nachteilen (z. B. unangenehme Gefühlszustände).

Im Gegensatz zur Klassischen und Operanten Konditionierung ist nach Bandura (1963) menschliches Verhalten nicht ausschließlich durch eine Reiz-Reaktionskette erklärbar. So stehen im Zentrum von Banduras sozial-kognitiver Lerntheorie höhere kognitive Lernprozesse, welche dann angenommen werden, „wenn eine Person Beobachtungen des Verhaltens und der Verhaltenskonsequenzen nutzt, um später ihr eigenes Verhalten zu gestalten“ (Zimbardo, 1992, S. 260). Damit Lernen durch Beobachtung überhaupt möglich ist, müssen gewisse Voraussetzungen wie z. B. Prozesse der Aufmerksamkeit, des Gedächtnisses, der motorischen Reproduktion, aber auch der Ver-

stärkung und Motivation erfüllt sein. Bereits 1963 konnten von Bandura et al. experimentell im Sinne des Paradigmas des Beobachtungslernens gezeigt werden, wie Kinder durch Beobachtung tätlich aggressiver Angriffe auf eine Puppe in der Folge häufiger ähnlich aggressives Verhalten im Vergleich zur Kontrollgruppe ausführten.

Motivationspsychologische Sichtweise

Eine weitere Erklärung für Aggressivität beschreibt Kornadt (1982) in seinem motivationspsychologischen Konzept, welches zwei einander entgegengesetzte Motivkomponenten für Aggression postuliert. Zum einen existiert ein dispositionell angelegtes Motiv, zum anderen ein Motiv der Aggressionshemmung. Letzteres wird vor allem durch Erziehung und erfahrene Interaktionen mit der sozialen Umwelt ausgebildet. Zudem variieren sowohl die Stärke der Aggressionsmotive als auch deren Genese individuell und sind von den im Leben gemachten Erfahrungen einer Person abhängig. Im Widerspruch zu triebtheoretischen Standpunkten wird hierbei jedoch das Aggressionsmotiv nicht als festgelegtes Verhaltensprogramm verstanden, sondern Kornadt betont die Rolle der Umwelt bei der Ausprägung und Entwicklung des Motivs. Es wird also davon ausgegangen, dass neben der Empathiefähigkeit und individuellen Einstellungen, verinnerlichte Normen und Wertvorstellungen sowie die Erwartung negativer Konsequenzen aggressives Verhalten determinieren können.

1.1.2.3 Weitere Erklärungsmodelle

Neben biologischen und psychologischen Faktoren wirken eine Fülle von Umweltbedingungen auf die Entstehung und Ausführung aggressiven Verhaltens ein. In diesem Zusammenhang werden Bedingungen wie Intelligenz, Bildung (Baier et al., 2006), Schichtzugehörigkeit und sozioökonomisches und kulturelles Milieu (Molnar et al., 2003), gesellschaftliche Nachteile (Daly & Wilson, 2002), Armut (Pollak, 2005) und kulturelle Einflüsse (Schiefenhövel, 2005) diskutiert. Daneben werden weitere Risikofaktoren für erhöhte Gewalttätigkeit postuliert, wie Art des Erziehungsstils (Zahn-Waxler et al., 2006), Qualität der Bindungen (Gomez & McLaren, 2007), Deprivation

(Hoaken & Lee, 2007) und frühere Formen von psychischer, körperlicher oder sexueller Gewalt in der Familie (Cima et al., 2008).

Wie in mehreren Studien nachgewiesen werden konnte, bieten Medien eine Fülle von Lerngelegenheiten sowohl angemessenen, aber auch gewalttätigen Sozialverhaltens. So zeigten Anderson und Bushman (2001) in einer kumulativen Meta-Analyse, in welche 202 unabhängige Stichproben mit insgesamt 43 000 Probanden eingingen, einen signifikant positiven Zusammenhang zwischen Gewaltkonsum in den Medien und aggressivem Verhalten.

Um der Komplexität der Aggressionsgenese gerecht zu werden und das Zusammenspiel der verschiedenen, als multikausal angenommenen biologischen, psychologischen und sozialen Komponenten sowie deren Verbindungen untereinander aufzuzeigen, soll hier zunächst das von Wahl (2009) entworfene Modell der Analyseebenen für Aggression und Gewalt dargestellt werden (vgl. Abbildung 1.3). Das Modell berücksichtigt neben den diversen Erscheinungsformen von Gewalt (kollektiv versus individuell, impulsiv versus geplant) sowohl die Ebene der Gesellschaft als auch die persönliche Ebene des Aggressors. Des Weiteren finden Einflussfaktoren wie Gene, Gehirn, Psyche und biopsychische Überlebensmechanismen, genauso wie Sozialisationsbedingungen, situative soziale Dynamiken und weitere Umwelteinwirkungen Eingang in das Modell. Schließlich verbindet es die phylogenetische Betrachtungsweise mit der ontogenetischen Sicht und stellt den kausalen Zusammenhang zwischen Motivation und Aggression sowie daraus folgende Konsequenzen überblicksartig dar. Aus diesem Modell wird deutlich, wie die verschiedenen individuellen und gesellschaftlichen Ebenen zusammenwirken und die Aggressionsgenese bestimmen.

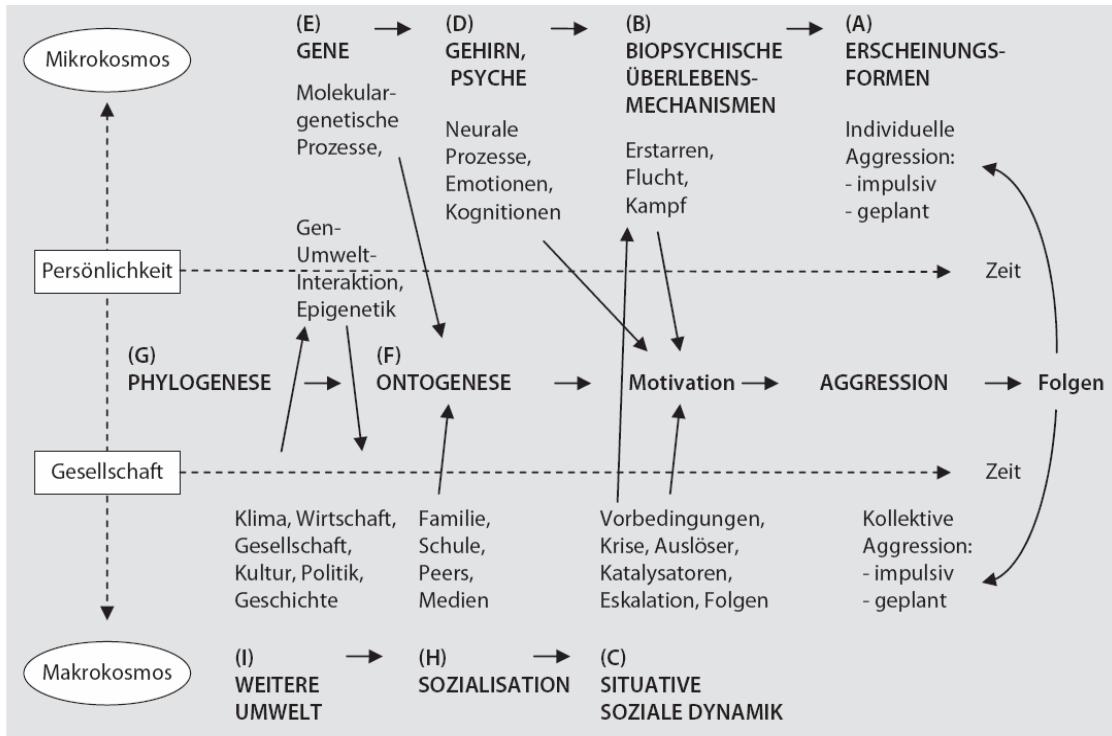


Abbildung 1.3: Modell der Analyseebenen für Aggression und Gewalt (Wahl, 2009, S. 17)

1.1.3 Operationalisierung von Aggression und Aggressivität

1.1.3.1 Erfassung von Aggressionspotential und aggressivem Verhalten

Während für Kinder und Jugendliche eine Reihe etablierter Methoden zur Erhebung aggressiven Verhaltens und der Aggressionsdisposition existieren, liegt für den Bereich der Erwachsenen diesbezüglich noch immer ein beträchtlicher Mangel vor. Des Weiteren finden sich bei Erwachsenen, im Gegensatz zu Kindern, fast ausschließlich Selbstbeurteilungsmethoden und wenige geeignete Fremdbeurteilungsinstrumente sowie Methoden zur Verhaltensbeobachtung (Janke, 1992).

Im Folgenden sollen einige Verfahren kurz vorgestellt werden, die zur Evaluation der Aggressionsbereitschaft sowie zur Erfassung aggressiver Verhaltensweisen entwickelt wurden:

Der von Hampel und Selg (1975) veröffentlichte Selbstbeurteilungsfragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren (FAF) stellt eine Weiterentwicklung des FPI –

Freiburger Persönlichkeitsinventars (Fahrenberg & Selg, 1970) dar. So sind viele der insgesamt 77 Items zur Erfassung aggressiver Tendenzen für Erwachsene und Jugendliche ab 15 Jahren ebenso im FPI enthalten. Der FAF gliedert sich in fünf Subtests (sensitive Aggressivität, reaktive Aggressivität, Erregbarkeit, Depressivität mit Selbstaggression sowie Gewissensstrenge mit Aggressionshemmungen), wobei die ersten drei zu einem Aggressivitätsscore zusammengefasst werden. Der Itembeantwortungsmodus ist in Form von Ja-Nein-Antworten gehalten.

Zwar ist dieses Inventar mittlerweile häufig zur Anwendung gekommen, jedoch gelten für den FAF enge Grenzen. So ist er relativ leicht zu durchschauen und demnach auch im Sinne der sozialen Erwünschtheit zu verfälschen. Da dieser Fragebogen nur eine Sammlung aggressiver Verhaltensweisen darstellt, bezüglich deren Zutreffen der Proband selbst Stellung nehmen soll, ist der FAF zwar geeignet, Aggressivität zu messen, aber „erhebt ... nicht den Anspruch eines faktischen Verhaltensinventars, das heißt eines Instruments, welches tatsächliche Aggressionen misst“ (Hampel & Selg, 1975).

Ein weiteres gängiges Verfahren stellt das von Buss und Durkee (1957) entwickelte BDHI – Hostility Inventory dar. Die insgesamt 75 Items lassen sich in die Kategorien „assault“, „indirect hostility“, „irritability“, „negativism“, „resentment“, „suspicion“, „verbal hostility“ und „guilt“ einteilen, durch welche sowohl kognitive und affektive als auch verhaltensbezogene Parameter erfasst werden. Es handelt sich bei diesem Instrument ebenfalls um eine Selbstratingskala mit Ja-Nein-Items, die schließlich vollständig zum Aggression Questionnaire revidiert wurde (Buss & Perry, 1992; Buss & Warren, 2000). Die darin enthaltenen 34 Items sind fünf verschiedenen Skalen zugeordnet (psychische Aggression, verbale Aggression, Wut, Feindseligkeit, indirekte Aggression). Obwohl akzeptable Reliabilitäten und Validitäten erzielt werden konnten, stehen weitere Studien zur Standardisierung noch aus. Um die Generalisierbarkeit des Aggression Questionnaires auf andere Kulturen zu überprüfen, wurden in den letzten Jahren verschiedensprachige Übersetzungen angefertigt und validiert (Gerevich et al., 2007).

Manche Untersuchungen zum Thema Aggression bei psychiatrischen Patienten führen als Erhebungsmethode auch die von Janke und Debus (1978) entworfene (EWL 60) – Eigenschaftswörterliste an (Grube, 2003). Dieses mehrdimensionale Verfahren dient der quantitativen Beschreibung der aktuellen Befindlichkeit einer Person. Dabei werden Selbstbeurteilungen hinsichtlich sechs verschiedener Bereiche abgegeben, wobei nur im Subtest „Emotionale Gereiztheit und Angst“ einige wenige Items zur momentanen Aggressivität enthalten sind. Aus diesem Grunde ist dieses Inventar für die

geplante Studie nicht von Relevanz. Aufgrund des Mangels an deutschsprachigen Erhebungsinstrumenten im Bereich der Aggressivität und Aggression und der vorher angeführten Überlegungen, scheinen die vorgestellten Verfahren für eine präzise Untersuchung der Konstrukte weniger geeignet zu sein.

Zuletzt soll der Fragebogen zur Erfassung von Empathie, Prosozialität, Aggressionsbereitschaft und aggressivem Verhalten für Kinder und Jugendliche (FEPAA-KJ) erwähnt werden (Lukesch, 2006). Hier soll nur eine kurze Darstellung erfolgen, da im Kapitel 3.1.3.2 näher darauf eingegangen wird. Beim FEPAA-KJ handelt es sich um ein Selbstbeurteilungsverfahren, welches eigentlich für Schüler der 6. bis 10. Jahrgangsstufe entwickelt wurde und welches das Ziel verfolgt, positives (Empathie, Prosozialität) und negatives (Aggressionsbereitschaft und aggressives Verhalten) Sozialverhalten zu erfassen. Dabei wird nicht nur die Dispositions-, sondern ebenso die Verhaltensebene berücksichtigt. Des Weiteren beruhen die angewandten Skalen sowohl auf Selbstbeschreibungsitems, als auch auf der Vorgabe bestimmter Situationen, wobei der Proband die Aufgabe hat, eine der aufgeführten Handlungsmöglichkeiten auszuwählen.

Zwar ist der Fragebogen für den Bereich der Jugendlichen angedacht, jedoch stammen viele der 13 Items zur Erfassung der Aggressionsbereitschaft aus einer Konzeption von Brosius (1987) und waren ursprünglich für Erwachsene formuliert. Für diese Studie soll eine für Erwachsene abgewandelte und nur vorläufig validierte Form des FEPAA-KJ, nämlich der Fragebogen zur Erfassung von Empathie, Prosozialität, Aggressionslegitimation und Aggressionshemmung für Erwachsene (FEPAA-E) zum Einsatz kommen.

1.1.3.2 Erfassung von Häufigkeit und verschiedener Aspekte gewalttägigen Patientenverhaltens im stationären Setting

Auch für diesen Forschungsbereich existieren kaum geeignete Evaluationsinstrumente. So beruhen viele der Häufigkeitsangaben und Informationen über aggressives Verhalten psychiatrischer Klientel auf der retrospektiven Durchsicht von Basisdokumentationen, Pflegeberichten und Krankenakten (Spießl et al., 1998). Erst neuere Studien befassen sich mit einer prospektiven Erfassung dieser Thematik (Richter & Berger, 2001a). Jedoch muss berücksichtigt werden, dass oftmals nur Art und Anzahl durchgeföhrter Restriktionsmaßnahmen als indirektes Aggressionsmaß herangezogen werden, wodurch

das Konstrukt „Aggression“ auf nur wenige Aspekte reduziert wird. Mittlerweile haben jedoch einige deutsche psychiatrische Krankenhäuser einheitliche Dokumentationsbögen und Auswertungsverfahren für Zwangsmaßnahmen entwickelt (Steinert et al., 1991).

Demgegenüber stehen Methoden, die auf direkte Art und Weise versuchen, den Aggressionsbegriff zu operationalisieren. Die bekanntesten und am häufigsten eingesetzten Verfahren stammen aus den USA. So ist die Overt Aggression Scale (OAS) sowohl das gängigste und sensibelste Instrument im amerikanischen Bereich, als auch ein mittlerweile gut validiertes (Yudofsky et al., 1986). Unterteilt in zwei Abschnitte, dient die OAS der Erfassung beobachtbaren gewalttätigen Patientenverhaltens sowie der Evaluation nachfolgender therapeutischer Maßnahmen (vgl. Anhang K). Der erste Teil kann wiederum in vier Kategorien gegliedert werden, mit deren Hilfe „verbale Aggression“, „Aggression gegenüber Gegenständen“, „gegen andere Personen“ und „gegen sich selbst“ dokumentiert werden. Um die in dieser Studie erzielten Ergebnisse mit bereits aus der Literatur bekannten Daten vergleichen zu können, wurde die OAS auch in diese Untersuchung mit einbezogen (nähere Beschreibung siehe Kapitel 3.1.3.3).

Ein weiteres ebenso auf Validität und Reliabilität geprüftes Ratinginstrument stellt die Staff Observation Aggression Scale (SOAS) von Palmstierna und Wistedt (1987) dar. Dieses Verfahren wurde ursprünglich entwickelt, um fremdanamnestisch Art und Weise, Anzahl und Ausmaß aggressiver Vorfälle im klinischen Setting zu erfassen. 1999 wurde schließlich eine revidierte Fassung (SOAS-R) vorgestellt, welche sich nicht nur durch einfache Durchführbarkeit und Zeiteffizienz, sondern ebenso durch höhere Validität auszeichnet (Nijman & Palmstierna, 2002; Nijman et al., 2005b). Die SOAS-R, welche ebenfalls Anwendung in dieser Studie findet (nähere Beschreibung siehe Kapitel 3.1.3.3) kann in fünf Subskalen unterteilt werden. So werden neben verschiedenen Aggressionsauslösern und eingesetzten Hilfsmitteln das Ziel der Aggression, die Konsequenzen für das Opfer sowie die unternommenen Maßnahmen, um die Gewalt zu beenden, dokumentiert (vgl. Anhang J).

Neben den bisher gängigsten, eben beschriebenen Instrumenten zur Dokumentation von Aggression, existieren weitere Verfahren wie die Perception of Prevalence of Aggression Scale (POPAS), welche Art und Häufigkeit erlebter aggressiver Verhaltensweisen erfasst (Oud, 1997 & 2001; Nijman et al., 2005a). Mit der von Mamier und Dassen (1999) entwickelten Perception of Aggression Scale (POAS), können Klinikmitarbeiter hinsichtlich ihrer Meinungen und Einstellungen bezüglich Aggression seitens der

Patienten befragt werden. Die ursprünglich enthaltenen 32 Items wurden auf 18 gekürzt und können insgesamt fünf Skalen der Wahrnehmung aggressiven Patientenverhaltens zugeordnet werden. Dieses wird unterschieden nach „offensiv“, „kommunikativ“, „destruktiv“, „protektiv“ und „intrusiv“. Auf Validität und Reliabilität sind beide Instrumente bereits getestet worden (Needham et al., 2004; Jansen, 2005; Nijman et al., 2005b).

Wie sich zeigt, stammen die geläufigsten Verfahren zur Erfassung von Art und Epidemiologie aggressiven Patientenverhaltens aus den USA. Für den deutschsprachigen Raum findet sich kein vergleichbares Instrumentarium. Die bisher vorliegenden Studien zu diesem Thema verwenden in der Regel die genannten US-amerikanischen Methoden und übersetzen diese ins Deutsche oder in die jeweilige Landessprache (Steinert et al., 1995b).

1.2 Aggression und Aggressivität als Teil eines Krankheitssyndroms

1.2.1 Aggression und Aggressivität bei psychiatrischen Störungen

Bereits mehrfach beschäftigten sich Studien mit der Frage, ob das Gefahrenpotential bei psychisch Erkrankten im Vergleich zur nicht psychisch erkrankten Bevölkerung signifikant erhöht ist. In einer Untersuchung von Watzke et al. (2006) zeigte sich eine Prävalenz von fast 71 % psychischer Störungen bei Strafgefangenen. Diese generell in der Ausprägung sehr variierenden, jedoch auch in anderen Studien beobachteten signifikant erhöhten Prävalenzen (Andersen et al., 2000) sind nicht durch die negativen psychologischen Auswirkungen der Haft verursacht, sondern bestehen bereits vor der Inhaftierung (Marneros et al., 2002). Weitere Analysen zeigten, dass allen voran Persönlichkeitsstörungen bei Straftätern 18-mal häufiger als in Vergleichsgruppen mit Nicht-Straftätern anzutreffen sind. Zudem waren auch Diagnosen der Kategorie „Psychische und Verhaltensstörungen aufgrund von psychotropen Substanzen“ mit 37 % signifikant häufiger bei Straffälligen vertreten (Marneros et al., 2002).

Die Feststellung der Mannheimer Studie, wonach psychisch Erkrankte nicht häufiger, jedoch auch nicht weniger häufig Gewalttaten begehen und nicht wesentlich ungefährlicher als die strafmündige Bevölkerung einzuschätzen seien (Böker & Häfner,

1973) wurde durch neuere Untersuchungen revidiert. Danach scheint das Gewaltrisiko für viele psychische Erkrankungen statistisch erhöht zu sein (Modestin & Ammann, 1995; Eronen et al., 1996). Tabelle 1.1 gibt einen Überblick über mögliche Ursachen von aggressiven Erregungszuständen.

Tabelle 1.1: Ursachen gewalttätiger psychomotorischer Erregungszustände (Steinert & Bergk, 2008, zitiert nach Steinert, 2009, S. 745)

häufig	<ul style="list-style-type: none"> - Alkoholintoxikation (evtl. in Verbindung mit einer Persönlichkeitsstörung) - akute Psychosen (Schizophrenie, Manie) - psychoreaktive Erregungszustände (z. B. familiäre Konfliktsituation, gelegentlich mit begleitender depressiver Störung) - Intoxikation mit stimulierenden Drogen (z. B. Kokain, Amphetamin, Ecstasy, häufig Mischintoxikation bei Polytoxikomanie)
weniger häufig	<ul style="list-style-type: none"> - postkonvulsiver Dämmerzustand bei Epilepsie - akute Belastungsreaktion nach psychischem Trauma (z. B. Autounfall, Brand, Verlust nahe stehender Angehöriger) - geistige Behinderung mit rezidivierenden, gleichartig verlaufenden Erregungszuständen - sog. „Primitivreaktion“ als „Kurzschlusshandlung“ bei intelligenzgeminderten, einfach strukturierten Personen (einmalige, aus dem bisherigen Persönlichkeits- und Handlungsgefüge herausfallende Reaktion) - Demenz - Entzugssyndrom/Delir - unmittelbar vorangehendes Schädel-Hirn-Trauma - Organische Persönlichkeitsstörung („hirnorganische Wesensänderung“)
selten	<ul style="list-style-type: none"> - akute Gehirnerkrankung, z. B. Subarachnoidalblutung, Enzephalitis (neurologische Symptome können zunächst fehlen!) - metabolische Störung (z. B. Hypoglykämie, Nieren-/Leberinsuffizienz) - sonstige Gehirnerkrankung (Tumor, Gefäßprozess) - pathologischer Rausch (abnorme Reaktion mit extremer Persönlichkeitsveränderung und aggressiven Durchbrüchen bei geringen Mengen von Alkohol)

Im Folgenden sollen nun diejenigen psychischen Störungsbilder näher beschrieben werden, bei welchen Aggression und Aggressivität als Teile des Krankheitsgeschehens betrachtet werden, bevor im nächsten Kapitel auf spezifische Behandlungsmöglichkeiten von Aggression und Aggressivität näher eingegangen wird. Vorweg muss jedoch betont werden, dass die Annahme eines erhöhten Gewaltrisikos nicht für das gesamte Spekt-

rum der psychischen Störungen gilt, sondern nur für manche Störungsbilder und Symptomkonstellationen aufrechterhalten werden kann (Swanson et al., 1994).

1.2.1.1 Organische Störungen

Das vordergründige Merkmal organischer Psychosyndrome ist eine Auffälligkeit des psychischen Erlebens und Verhaltens, welche mit einer vorübergehenden oder persistierenden Funktionsstörung des Gehirns einhergeht. Neben somatischen und kognitiven Beeinträchtigungen sind Symptome wie Unruhezustände, Reizbarkeit, unkooperatives Verhalten, Feindseligkeit, Ängste und emotionale Labilität häufig vertreten (Möller et al., 2001). In einer Langzeitstudie von Wancata et al. (2003) wurde eine Prävalenz von 14 % von Aggressivität im Krankheitsverlauf der an einer Demenz erkrankten Patienten ermittelt. Insbesondere frontotemporale Demenzen gehen eng mit Verhaltensstörungen, darunter Enthemmung, mangelnder Krankheitseinsicht und aggressivem Verhalten, einher (McKeith & Cummings, 2005).

Für eine adäquate Pflege und Betreuung demenzerkrankter Menschen ist es von besonders dringlicher Relevanz, die Genese von aggressiven Verhaltensweisen besser zu verstehen, um diese im Vorfeld verhindern zu können sowie schneller und richtig darauf zu reagieren, um Häufigkeit und Intensität zu minimieren. Die oft in Verbindung mit einer Demenzerkrankung auftretenden Aggressionen sind vor dem Hintergrund ängstlicher Verwirrtheit, Verkennung von Situationen oder aus dem subjektiven Erleben einer Bedrohlichkeit heraus sowie aus Schamgefühlen oder negativen Affektzuständen als Folge von Halluzination oder Wahn erklärbar. Als weitere Ursache für aggressives Patientenverhalten im Rahmen von organischen Störungen kommt nach Algase et al. (1996) der durch die degenerativen Krankheitsprozesse bedingte Serotoninmangel in Betracht, welcher seinerseits wiederum, wie bereits im Kapitel 1.1.2.1 beschrieben, ein erhöhtes Risiko für aggressives Verhalten darstellt. Zudem wurde in der Literatur gewalttägiges Patientenverhalten als unerwünschte Nebenwirkung auf Benzodiazepine, welche vielen Patienten im Rahmen einer organischen Störung verabreicht werden, beschrieben (Chou et al., 1996). Als weitere Einflussfaktoren auf die Genese von Aggression gelten somatische Schmerzen, welche nicht adäquat durch die Patienten geäußert werden können (Feldt et al., 1998), pflegerische Situationen, welche die Intimsphäre des Patienten verletzen (Hagen & Sayers, 1995), jedoch auch Umweltbedingungen, die als Stresssituationen

onen von den Patienten erlebt werden, wie z. B. Lärm oder Licht (Cohen-Mansfield & Werner, 1995).

1.2.1.2 Abhängigkeitserkrankungen

Nach Angaben des Bundeskriminalamts fanden im Jahr 2009 33,1 % der aufgeklärten Fälle im Bereich der Gewaltkriminalität unter Alkoholeinfluss statt, der Anteil bei den schweren und gefährlichen Körperverletzungsdelikten betrug 36,2 %. Die Ursachen für aggressives Verhalten im Rahmen von Suchterkrankungen wie Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit sowie Polytoxikomanie sind im Rahmen der Beschaffungskriminalität, der akuten Intoxikation oder des Entzugs vom Suchtmittel zu sehen. Während bei Gewalttaten zur Finanzierung der Sucht von instrumentellen, geplanten Aggressionen auszugehen ist, werden substanzeigene Faktoren für aggressives Verhalten im Entzug oder im akuten Rauschzustand verantwortlich gemacht (Steinert, 1995a). Zu den aggressionsfördernden Symptomen zählen die durch das Suchtmittel bedingte Selbstüberschätzung, Enthemmung, Verkennung der Realität, erhöhte Reizbarkeit, Agitiertheit und Erregbarkeit; des Weiteren Angstzustände, Halluzinationen, delirante Zustände sowie Horrortrips mit Panikgefühlen und Wahrnehmungsstörungen.

Obwohl also unter dem Einfluss von Suchtmitteln das Risiko für gewalttägiges Verhalten ansteigt, zeigt die Mehrheit der intoxikierten Personen keine Aggressionen, wonach zudem, wie mehrfach in der Literatur gezeigt werden konnte, weitere Faktoren für die Genese verantwortlich gemacht werden müssen. Bezogen auf Alkoholabusus werden neben Irritierbarkeit (Giancola, 2002), größerer Veranlagung hinsichtlich Aggressivität (Bailey & Taylor, 1991) und verringerte Empathiefähigkeit (Giancola, 2003), Risikofaktoren wie mangelnde Ärger-Kontrollstrategien (Parrott & Giancola, 2004) und antisoziale Persönlichkeitsstörungen (Moeller & Dougherty, 2001) diskutiert. Des Weiteren darf im Zusammenhang mit Suchterkrankungen auch die Autoaggression, insbesondere ein erhöhtes Suizidrisiko, nicht außer Acht gelassen werden. Dieses ist bis um das 44-fache im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erhöht (Wilcox et al., 2004). Nach Schneider (2003) liegen bei 19 bis 63 % der Suizidopfer Suchtmittelerkrankungen vor.

1.2.1.3 Schizophrene Psychosen

Schizophrene Psychosen, welche durch charakteristische Störungen des Denkens und der Wahrnehmung sowie durch Störungen der Affektivität gekennzeichnet sind, stehen in Zusammenhang mit signifikant erhöhter Gewalt (Brennan et al., 2000). Diesbezüglich wird in der Literatur diskutiert, inwieweit das erhöhte Gefahrenpotential mit den typischen, bei schizophrenen Störungen auftretenden Positiv- und Negativsymptomen in Verbindung gebracht werden kann. Unter Plus- bzw. Positivsymptomatik werden Krankheitsanzeichen wie Wahnideen, Halluzinationen, Erregung, Größenideen, Misstrauen und Feindseligkeit, jedoch auch Symptome wie inkohärentes Denken, bizarres Verhalten, Gedankenlautwerden, formale Denkstörungen und katatone Symptome verstanden. Hingegen werden u. a. auffällige Apathie, Sprachverarmung, verflachte oder inadäquate Affekte sowie Antriebsstörung und Störungen des abstrakten Denkens unter der Minus- bzw. Negativsymptomatik zusammengefasst (Falkai & Pajonk, 2003).

Nach Cheung et al. (1997a) kann nicht nur die Plus-, sondern auch die Minussymptomatik mit einem erhöhten Gewalttätigkeitsrisiko einhergehen. Insbesondere das Bestehen von Symptomen wie Wahn und Halluzinationen soll das Risiko, wie von mehreren Forschergruppen diskutiert wird, steigern (Noble & Rodger, 1989). Des Weiteren wird davon ausgegangen, dass vor allem negativen affektiven Reaktionen wie Angst, Depression oder Ärger, welche als direkte Folge des halluzinatorischen oder des Wahn-erlebens gesehen werden, eine wichtige Bedeutung beim Entstehen und Auftreten gewalttätigen Verhaltens zukommt (Cheung et al., 1997b). Zudem korrelieren weitere psychopathologische Symptome wie Erregungszustände, welche oftmals mit stark ausgeprägter psychotischer Angst und Verlust der Steuerungsfähigkeit einhergehen (Steinert, 1995a) sowie Denkzerfahrenheit, Gereiztheit, Selbstverletzungen (Soyka & Ufer, 2002) und fehlende Krankheitseinsicht (Buckley et al., 2004) mit einem erhöhten Risiko für gewalttägliches Verhalten.

Von den verschiedenen in der Klinik unterscheidbaren schizophrenen Subtypen werden in der Literatur von mehreren Autoren vor allem Patienten, welche an der paranoiden Form leiden, mit einem erhöhten Gewaltrisiko in der akut psychotischen Krankheitsphase in Verbindung gebracht (Haller et al., 2001). Neben den bisher erwähnten Risikofaktoren bei Schizophrenen Psychosen bezüglich aggressiven Verhaltens stellt das höchste Risiko jedoch komorbider Substanzmittelmissbrauch, insbesondere Alkoholmissbrauch, dar. So weisen nach Wallace et al. (2004) schizophrene Patienten in

Kombination mit der Doppeldiagnose „Konsum psychotroper Substanzen“ ein signifikant erhöhtes Verurteilungsrisiko (68,1 %) gegenüber Schizophrenen ohne Suchtmitteleinsbrauch auf (11,7 %).

In Bezug auf Autoaggression bei Schizophrenen Psychosen zeigt sich folgendes Bild: Laut Bronisch (2007) liegt die Suizidrate bei schizophrenen Erkrankungen mit 5 bis 10 % zwar unter der von Depressionen und Substanzmittelabhängigkeit, ist jedoch im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich erhöht.

1.2.1.4 Affektive Störungen

Im Zusammenhang mit Affektiven Störungen wird vor allem ein im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich erhöhtes Suizidrisiko diskutiert. So begehen 15 % der unter schwergradig depressiven Episoden leidenden Patienten Suizid, während 20 bis 60 % von Suizidversuchen in der Vorgesichte berichten (Möller et al., 2001). Während die Zahl der Suizide bereits bei unipolar depressiven Störungen häufiger ist, ist bei bipolaren Störungen die Zahl der Suizidversuche deutlich erhöht (Angst et al., 2005).

Neben dem erhöhten Risiko für selbstverletzendes Verhalten werden auch fremdагgressive Verhaltensweisen im Zusammenhang mit affektiven Erkrankungen berichtet. Vor allem die im Rahmen von manischen Episoden auftretenden Symptome wie Antriebssteigerung, Überaktivität, inadäquat gehobene Stimmung, Reizbarkeit, Rededrang und fehlende Krankheitseinsicht können in Folge zu Distanzlosigkeit, Enthemmung und Größenideen bis hin zu wahnhaftem Erleben und aggressivem Verhalten führen (Dilling et al., 2000).

1.2.1.5 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

Bei forensischen Patienten nehmen Persönlichkeitsstörungen einen hohen Stellenwert ein. Besonders häufig vertreten ist dabei die dissoziale Persönlichkeitsstörung, gefolgt von der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline- oder impulsivem Typus. Als Hauptsymptome der dissozialen Persönlichkeit, welche bei bis zu 37 % der Straffälligen diagnostiziert werden kann (Marneros et al., 2002), treten neben mangel-

der Empathiefähigkeit und Frustrationstoleranz sowie Verantwortungslosigkeit charakteristische Merkmale wie rücksichtsloses und deviantes Verhalten, fehlendes Schuldbewusstsein und eine deutlich verringerte Schwelle für aggressives Verhalten auf (Dilling et al., 2000).

Die emotional instabile Persönlichkeit ist hingegen nach den ICD-10 Kriterien durch instabile Stimmung, Impulsivität, defizitäre Selbstkontrolle, aggressivem Ärger bis hin zu explosiblem Ausbrüchen gekennzeichnet. Während der impulsiven Typus eher zu gewalttätigem Verhalten, welches leicht durch Kritik ausgelöst werden kann, gegenüber anderen Personen neigt, richten sich aggressive Durchbrüche beim Borderline Typus meist gegen die eigene Person (Dilling et al., 2000), wobei zudem von einer hohen Suizidrate (10 %) auszugehen ist (Zanarini et al., 2004).

Vereinzelt werden jedoch auch Aggressionen im Rahmen von anderen Persönlichkeitsstörungen wie der Paranoiden, der Narzisstischen oder der Passiv-Aggressiven Persönlichkeit berichtet (Johnson, 2000). In Anbetracht von selbstverletzendem Verhalten und bei Suizidgefährdung wird ebenfalls wiederholt die Rolle von narzisstischen Kränkungen diskutiert. Nach Rhodewalt und Morf (1998) wird davon ausgegangen, dass aggressives Verhalten bei narzisstischen Persönlichkeiten als Reaktion auf eine wahrgenommene Bedrohung des Selbstbildes verstanden werden kann. So wird eine narzisstische Kränkung ebenfalls als Bedingungsfaktor bei vielen Affektattacken angenommen (Duncker, 1999).

Neben aggressiven Reaktionen vor dem Hintergrund einer Persönlichkeitsstörung spielen auch im Rahmen von Verhaltensstörungen destruktive Verhaltensweisen eine Rolle. Bei den Störungen der Impulskontrolle sei insbesondere auf die intermittierende explosive Störung verwiesen, in deren Rahmen episodenhaft gewalttägliches Verhalten aufgrund eines Versagens der Impulskontrolle auftritt, welches zu Vandalismus oder tätlichen Angriffen führt und in seiner Schwere in keiner Relation zu möglichen Auslösern steht (Kessler et al., 2006). Darüber hinaus wird in der Literatur die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung im Zusammenhang mit aggressiven Verhalten diskutiert. Dabei ist das Vollbild durch die Symptomtrias aus Hypermotorik, Unaufmerksamkeit und Impulsivität gekennzeichnet, welches vor allem bei Jungen gehäuft in Komorbidität mit Störungen des Sozialverhaltens zu Tage tritt (Biederman & Faraone, 2004).

Rösler und Retz (2008) gehen des Weiteren von einer möglichen Kombination von ADHS und der Conduct Disorder (Störung des Sozialverhaltens) aus, welche durch delinquentes Verhalten in der Vorgeschichte sowie durch eine größere Prädisposition zur

Ausbildung einer Antisozialen Persönlichkeit oder auch durch anhaltendes kriminelles Verhalten in Folge gekennzeichnet ist. Barkley et al. (2004) zufolge tritt die Conduct Disorder bei ca. 50 % der von ADHS betroffenen Kinder auf, insgesamt 20 bis 25 % erfüllen im Erwachsenenalter die Diagnosekriterien der Antisozialen Persönlichkeitsstörung. Wie in mehreren Studien gezeigt werden konnte, ist die Auftretenshäufigkeit der Diagnose ADHS in Straftäterpopulationen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung erhöht (Vermeiren, 2003), variiert jedoch in den verschiedenen Deliktgruppen (Ziegler et al., 2003) sowie zwischen proaktiver und reaktiver Gewalt unterschiedlich stark (Rösler, 2007).

1.2.1.6 Intelligenzminderung

Betrachtet man die Syndromgruppe der Oligophrenie, so wird die hohe Komorbidität zu anderen psychiatrischen Krankheitsbildern im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung sichtbar, unter anderem aufgrund des Ausgeliefertseins einer erhöhten Gefahr von körperlicher oder sexueller Gewalterfahrung (Dilling et al., 2000). Nach Ergebnissen von Emerson (2003) finden sich bei intelligenzminderten Kindern Prävalenzen von 25 % für Störungen des Sozialverhaltens (4,2 % bei nicht intelligenzminderten Kindern) sowie von 8,7 % für Hyperaktivität (im Vergleich zu 0,9 %). Zudem kommen aggressive Durchbrüche nach Deb et al. (2001) bei 23 %, selbstverletzende Verhaltensweisen bei 24 % der intelligenzminderten Kinder vor.

Aufgrund der mit einer Intelligenzminderung in der Regel einhergehenden kognitiven, sprachlichen, motorischen und sozialen Fertigkeitseinbußen, haben intelligenzminderte Menschen nur bedingte Möglichkeiten, Bedürfnisse auszudrücken, soziale Situationen einzuschätzen und zu verstehen, Folgen des eigenen Handelns vorausschauend zu bedenken bzw. eigenes Verhalten zu regulieren sowie Spannungen, Stress und Angst bewältigen und abbauen zu können (von Aster, 1993). Aus diesen Situationen heraus, aufgrund chronischer Überforderung oder psychosozialer Belastungsfaktoren, welchen intelligenzminderte Personen oftmals ausgesetzt sind, wie z. B. Stigmatisierung und ein über- bzw. unterforderndes Umfeld, ergeben sich auslösende Momente für selbst- oder fremdaggressives Verhalten. Zusätzlich muss die ebenfalls deutlich erhöhte Prävalenz von Epilepsie im Zusammenhang mit Oligophrenien berücksichtigt werden, welche wiederum aufgrund der Hirnschädigung das Risiko für aggressive Durchbrüche

steigert. Nach Huber (2004) sind zwischen 14,1 und 32 % der intelligenzgeminderten Personen von Epilepsie betroffen.

1.2.2 Behandlungsmöglichkeiten von Aggression und Aggressivität

1.2.2.1 Medikamentöse Vorgehensweisen

Aggressives Verhalten stellt nicht nur eine Belastung für die dabei zum Opfer gewordenen Personen dar, sondern wirkt sich auch negativ auf das Umfeld aus, in welchem die Gewalt auftritt, unabhängig davon, ob es sich dabei um den familiären, schulischen oder pflegerisch/klinischen Bereich handelt. Da zudem in manchen Fällen, wie z. B. bei der Impulskontrollstörung auch der Ausagierende selbst einen hohen Leidensdruck aufgrund der von ihm unkontrollierten explosiven aggressiven Durchbrüche aufweist, ist es für alle Beteiligten von besonders hoher Relevanz, durch adäquate Behandlungsformen Risikosituationen und gewalttägiges Handeln früh möglichst zu erkennen, vorzubeugen und einzudämmen. Da Aggression sowohl im Rahmen von Krankheitssyndromen anzu treffen ist, als auch ein durch psychosoziale Auslöser verursachtes eigenständiges Phänomen darstellt, spielt neben der symptomorientierten auch die kausale, syndromorientierte Therapie eine bedeutsame Rolle. Um einen unzulänglichen und unspezifischen Einsatz von Psychopharmaka vorzubeugen, wird eine differenzierte Indikation im Vorfeld gefordert, für die Nedopil (1992) folgendes Vorgehen vorschlägt:

- Ausschluss einer eventuell vorliegenden psychiatrischen Grunderkrankung und Zuführung dieser zu einer spezifischen, an der Nosologie der Erkrankung orientierten Behandlung.
- Ausschluss substanzinduzierten Aggressionsverhaltens (z. B. durch Alkohol, Amphetamine, Benzodiazepine oder Heroinkonsum), darunter auch chronischen Alkoholkonsums, welcher oftmals mit rezidivierenden aggressiven Verhaltensmustern verbunden ist. Einleitung einer spezifischen Therapie der Abhängigkeitserkrankung.

- Ausschluss sexueller Aggression, welche einer spezifischen Therapie (bestehend aus der Kombination von Antiandrogenen und psychotherapeutischen Programmen) bedarf.

Daneben formuliert Steinert (1995a) zwei weitere, wichtige Indikationsleitsätze:

- Ausschluss körperlicher Begleitumstände und somatischer Krankheiten, deren Therapie eine positive, aggressionsminimierende Wirkung zur Folge hat.
- Frage nach der ethischen Begründbarkeit der pharmakologischen Behandlung aggressiver Verhaltensweisen.

Der Einsatz von Psychopharmaka bei psychiatrischen Krankheitsbildern gehört mittlerweile zum Klinikalltag. Gleichwohl finden sich in der medikamentösen Therapie von Aggressionen noch beträchtliche Mängel. Unterschieden werden muss auch die Akutbehandlung aggressiver Verhaltensweisen von der weitaus problematischeren, längerfristigen prophylaktischen Behandlung künftiger aggressiver Reaktionen, wobei bei letzterer neben ethischen Problemen ein wiederholter Therapieabbruch aufgrund von Nebenwirkungen die Folge sein kann (Steinert, 1995a). Im Rahmen der psychiatrischen Notfallbehandlung aggressiver Durchbrüche werden neben Benzodiazepinen vor allem Neuroleptika eingesetzt. Dabei werden hochpotente Neuroleptika, welche antipsychotische Wirkungen aufweisen, von niedrigpotenten, welche vordergründig sedierend wirken, unterschieden. Zudem werden bei akuten Erregungszuständen auch hochpotente mit niedrigpotenten Neuroleptika kombiniert (Bronisch, 2009).

Benzodiazepine, welche die hemmende Funktion GABAerger Neurone fördern, sind bekannt für ihre sedierende, muskelrelaxierende, angstlösende und antiepileptische Wirkung und aus der psychiatrischen Akutbehandlung nicht mehr wegzudenken (Möller et al., 2001). Aufgrund des Gewöhnungs- und Abhängigkeitspotential von Benzodiazepinen sind diese als Dauermedikation ungeeignet und können vereinzelt auch zu paradoxen Reaktionen oder zu einer Aggravation aggressiven Verhaltens führen (Steinert, 1995a).

Im Vergleich zur psychiatrischen Akuttherapie von Aggressionen werden im Rahmen der langfristig ausgerichteten Rezidivprophylaxe weniger klassische Neuroleptika, sondern aufgrund der besseren Verträglichkeit sowie des mangelnden Abhängigkeitspotential und guter Dosierbarkeit vorrangig atypische Antipsychotika eingesetzt (Steinert,

1995a). Um rezidivierende oder persistierende aggressive Verhaltensweisen zu minimieren, wird zudem häufig Clozapin, ein mittelpotentes Neuroleptikum verordnet, welches eine gute antiaggressive Wirkweise bei möglichst geringen Nebenwirkungen aufweist (Briken et al., 2002).

Liegen akute Selbstgefährdung oder autoaggressive Verhaltensweisen bei Patienten vor, so greift man in der Regel beim Vorliegen einer Depression zur Kombination eines Antidepressivum mit einem Benzodiazepin, bei Schizophrenen Psychosen jedoch zur Kombination von Antipsychotikum und Benzodiazepin zur Sedierung (Möller et al., 2001). Vor allem Lithium, ein Phasenprophylaktikum, besitzt eine Überlegenheit hinsichtlich der Risikominimierung von suizidaler Gefährdung im Vergleich zu anderen Stimmungsstabilisierern (Cipriani et al., 2005). Daneben gilt Lithium ebenfalls hinsichtlich der Behandlung aggressiver Verhaltensweisen und in Bezug auf Impulsivität oftmals als das Mittel der Wahl (Malone et al., 2000). Nach Price et al. (1990) wird die antisuizidale und antiaggressive Eigenschaft von eben diesem auf seine serotonerge Wirkweise zurückgeführt.

Die Therapie mit SSRI, Betarezeptorenblocker oder dem Antiepileptikum Carbamazepin spielt aktuell in der Behandlung fremdaggressiver Verhaltensweisen eine noch eher zweitrangige Rolle. Studien mit größeren Stichproben stehen diesbezüglich noch aus. In bisherigen Untersuchungen konnten positive, antiaggressive Wirkeffekte von Betarezeptorenblockern bei Aggressionen im Rahmen des hirnorganischen Psychosyndroms (Müller-Oerlinghausen, 1992) sowie von Carbamazepin im Zusammenhang mit Auffälligkeiten im EEG beobachtet werden (Mattes, 1986). Neben der seit langem bekannten antidepressiven Effekte der SSRI wird in neuerer Zeit auch deren erfolgreiche Anwendbarkeit bei impulsiver Aggressivität untersucht (Reist et al., 2003).

Ebenfalls in der Literatur diskutiert wird die Verabreichung von Methylphenidat, einem Stimulans, welches in der Therapie von Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen einen großen Stellenwert einnimmt und welches sich ebenso positiv auf den Rückgang von Verhaltensstörungen auswirken soll (Klein et al., 1997).

Neben der eben beschriebenen erfolgreichen Anwendung verschiedener Substanzen zur Minimierung fremd- und autoaggressiver Verhaltensweisen birgt die Aggressionsbehandlung jedoch auch Schwächen in sich. Nachteile und Probleme bei der Pharmakotherapie von Aggressionen beinhalten zum einen die oftmals vorherrschende Krankheitsuneinsichtigkeit und somit mangelnde Compliance der Patienten, zum anderen das Auftreten unerwünschter Nebenwirkungen. So werden Aggressionen auch als eine mög-

liche Folge von Medikamentennebenwirkung beschrieben, wie z. B. unter missbräuchlicher Einnahme bzw. Entzug von Benzodiazepinen (Task Force on Benzodiazepine Dependency, 1990). Auch die Art der Applikationsform (intravenös versus oral) ist von großer Bedeutung, da insbesondere eine intravenöse Verabreichung in Akutsituationen aufgrund der schnelleren Wirkweise von Vorteil sein kann, um den Erregungszustand zu durchbrechen. Allerdings erhöht sich bei mangelnder Compliance in Folge der Zwangsaapplikation des Medikaments der Widerstand des Patienten erheblich und wirkt sich zudem negativ auf das Vertrauensbündnis aus (Steinert, 1995a).

1.2.2.2 Weitere Therapiemethoden

Eine weitere wichtige Rolle in der Behandlung aggressiver Patienten spielen neben pharmakotherapeutischen Vorgehensweisen psychotherapeutische Behandlungsmethoden, Elemente aus der Pädagogik und soziotherapeutische Aspekte, für welche jedoch oftmals erst durch eine pharmakotherapeutische Vorbehandlung die notwendigen Voraussetzungen geschaffen werden können. Insbesondere verhaltenstherapeutische Konzepte wie die „Dialectical Behavioral Therapy – DBT“, welche bei Patienten mit Borderline-Störung angewandt wird, erzielen positive Effekte in Bezug auf eine bessere Kontrolle impulsiver, auto- und heteroaggressiver Verhaltensweisen (Linehan, 1993). Das Einüben verschiedener Fertigkeiten soll neben der inneren Achtsamkeit, zwischenmenschliche Fertigkeiten stärken, den Umgang mit Gefühlen fördern und zu einer besseren Stresstoleranz sowie zu einem höheren Selbstwerteerleben führen.

Vor allem für den Bereich der Kinder und Jugendlichen liegen Therapie- bzw. Präventionsprogramme vor, um bereits vorliegende aggressive Verhaltensstile zu reduzieren und in Folge das Entstehen gewalttätigen Verhaltens zu verhindern. Elterntrainingsprogramme wie „Positiv Parenting Program – Triple P“ (Sanders, 1999) oder „Parenting Through Change – PTC“ (Martinez & Forgatch, 2001) zielen durch bestimmte Interventionen wie Information, Kurzberatung, Einüben verschiedener Erziehungsstrategien auf eine Verbesserung des Erziehungsverhaltens und der Eltern-Kind-Beziehung sowie auf eine Minimierung kindlicher Verhaltensprobleme ab (Hahlweg & Kessemeier, 2003).

Daneben werden neben diversen sozialen Kompetenztrainingsprogrammen, wie z. B. das „Anger Control Training“ (Lochman et al., 2003) oder das „Group Assertive Training“ (Huey & Rank, 1984), die „Multisystemische Therapie – MST“ (Henggeler &

Lee, 2003), welche aus einer Kombination aus kognitiv-behavioralen, familientherapeutischen, elternbezogenen und pharmakologischen Interventionen besteht und sowohl im familiären als auch im schulischen Kontext ansetzt, zur Anwendung gebracht.

1.3 Aggression und Aggressivität als kritische Ereignisse im psychiatrischen Setting

1.3.1 Forschungsstand zum Thema Epidemiologie, Prädiktoren und therapeutische Beeinflussbarkeit aggressiven Verhaltens im psychiatrischen Setting

1.3.1.1 Forschungsstand – Epidemiologie

Während im angloamerikanischen und skandinavischen Sprachraum schon seit längerem eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit gewalttätigem Verhalten im psychiatrischen Setting stattfindet, besteht in Deutschland erst seit den späten 90er Jahren verstärktes Interesse an dieser Problematik. Aus diesem Grunde finden sich in der deutschsprachigen Literatur nur spärliche Hinweise zur Epidemiologie und therapeutischen Beeinflussbarkeit aggressiven Patientenverhaltens. Jedoch weisen die schon vorliegenden Informationen zahlreiche Parallelen zur internationalen Entwicklung auf.

So kann auch in Deutschland davon ausgegangen werden, dass aggressives Verhalten im stationären Bereich ein schwerwiegendes und relativ häufiges Problem darstellt. In der Literatur wurden Häufigkeitsraten zwischen 2,7 % aller aufgenommenen Patienten innerhalb einer 6-Jahres-Studie (Spießl et al., 1998) bis hin zu 23 % aller Aufnahmen (Steinert et al., 1999a) im allgemeinpsychiatrischen Setting berichtet. Im internationalen Vergleich fand z. B. auch Monahan (1997), welcher in einer Metaanalyse 12 Untersuchungen miteinander verglich, einen Median von 25 % gewalttätiger Patienten. Die stark divergierenden Angaben beruhen zum einen auf der besprochenen Definitionsproblematik, zum anderen auf den variierenden und unterschiedlich sensiblen Erhebungsinstrumenten. Zudem muss oft zusätzlich von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen werden. Tabelle 1.2 stellt einen Auszug aus einem Forschungsüberblick von Schan-

da und Taylor (2001) zur Epidemiologie gewalttätigen Patientenverhaltens im stationären Bereich dar, woraus die stark divergierenden Häufigkeitsangaben sichtbar werden.

Tabelle 1.2: Überblick zur Epidemiologie aggressiver Vorfälle im stationären Setting (Schanda & Taylor, 2001, S. 445)

Autoren	Häufigkeit aggressiver Vorfälle
Edwards et al., 1988	4,2 % aller Aufnahmen
Noble & Rodger, 1989	9 % aller Aufnahmen
Spießl et al., 1998	2,7 % aller Aufnahmen
Steinert et al., 1999a	23 % aller Aufnahmen
Steinert et al., 1999a	11 % aller Aufnahmen
Schanda et al., 2000	29,2 % aller Aufnahmen

Die Mehrheit der Studien stimmt des Weiteren darin überein, dass nur eine geringe Zahl von Patienten für die Mehrheit der berichteten aggressiven Vorfälle verantwortlich ist (7,8 % für 41,1 % der Vorfälle), während der Großteil der aggressiv auffällig gewordenen Patienten (67,2 %) nur ein oder zwei Mal gewalttägliches Verhalten zeigt (Schanda et al., 2000).

Unterscheidet man auto- von fremdaggressiven Vorfällen, so stellen, wie in der Literatur beschrieben, autoaggressive Verhaltensweisen mit ca. 9 % einen nur kleinen Anteil dar (Nijman et al., 2002). Allerdings muss auch hier wiederum eine hohe Dunkelziffer mit berücksichtigt werden, da autoaggressives Verhalten im Vergleich zu fremdaggressiven Durchbrüchen meist nicht unter direkter Beobachtung, sondern zurückgezogen in Patientenzimmern oder Toiletten stattfindet.

Laut einer Studie von Steinert (1995b) an vier psychiatrischen Landeskrankenhäusern gaben 55 % der Befragten an, während ihrer Berufstätigkeit schon einmal ernsthaft von Patienten angegriffen worden zu sein. Abbildung 1.4 stellt die erlebten körperlichen Angriffe verschiedener therapeutischer Mitarbeiter innerhalb eines Jahres dar.

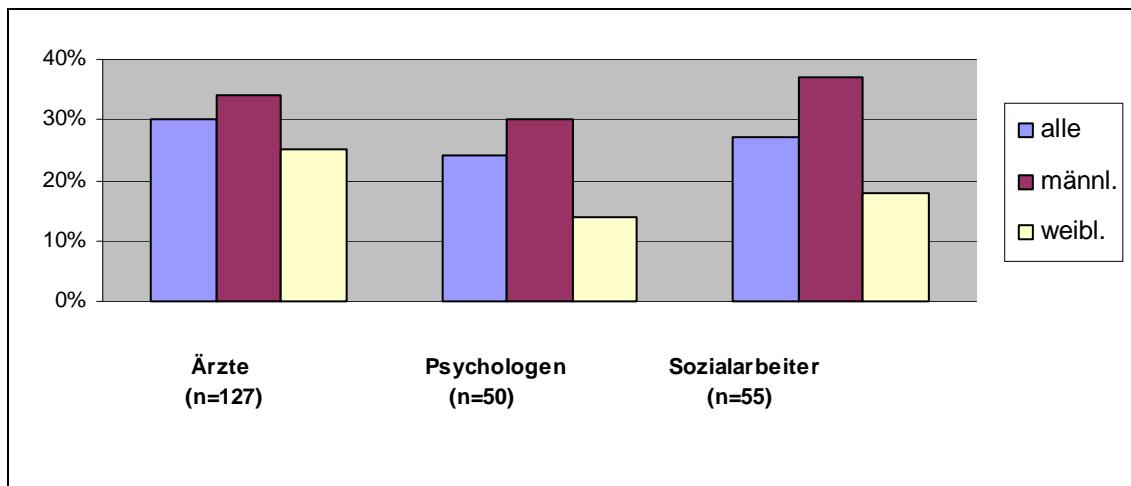


Abbildung 1.4: Von therapeutischen Mitarbeitern erlebte körperliche Angriffe durch Patienten im Verlauf eines Jahres (N = 323) (Steinert, 1995b)

Des Weiteren kam die Mehrheit der Studien zu der Erkenntnis, dass vor allem das Pflegepersonal zur Zielscheibe gewalttätigen Patientenverhaltens wird (Finzel et al., 2003). Ebenso wird aus der Literatur ersichtlich, dass besonders junge und noch berufsunerfahrene Mitarbeiter am häufigsten betroffen sind (Richter & Berger, 2001a).

Auch hinsichtlich der Auftretenszeitpunkte aggressiven Verhaltens finden sich in den Ergebnissen immer wieder Hinweise auf eine bimodale Verteilung. So kommt es zu einer Häufung von Zwischenfällen zu Beginn des stationären Aufenthaltes (Binder & McNiell, 1988) sowie bei Langzeitpatienten (Steinert et al., 1991). Obwohl aus der Mehrheit der erfolgten körperlichen Übergriffe keine schwerwiegenden Verletzungen resultieren, sind die psychischen Konsequenzen (z. B. Posttraumatische Belastungsstörungen, Ängste) und finanziellen Kosten (z. B. durch unfallbedingte Ausfallzeiten) oftmals drastisch (Schanda & Taylor, 2001).

1.3.1.2 Forschungsstand – Prädiktoren aggressiven Patientenverhalts

male und z. T. Diagnosen) von dynamischen Risikofaktoren (z. B. akute Intoxikation, mangelnde Krankheitseinsicht, produktiv-psychotische Symptomatik oder auch Merkmale des stationären Settings wie Personalbesetzung und Bettenbelegung). Obwohl statische Faktoren zwar statistische Aussagekraft besitzen, sind sie im Vergleich zu dynamischen Variablen ungeeignet, um Vorhersagen über das tatsächliche Risiko zu treffen (Schanda & Taylor, 2001).

Eine weitere Aufteilung der verschiedenen Prädiktoren in Patientenmerkmale sowie Umgebungs- und Personalcharakteristika ist ebenfalls üblich. Tabelle 1.3 gibt einen Überblick über relevante Prädiktoren. Wie durch divergierende Ergebnisse gezeigt werden konnte, ist das Patientenmerkmal „Geschlecht“ kein aussagekräftiger Prädiktor. So fanden die Autoren Richter und Berger (2001b) männliches Geschlecht mit einem erhöhten Risiko für aggressives Verhalten korreliert, während andere weibliches Geschlecht als Prädiktor nannten (Palmstierna & Wistedt, 1990), während wiederum manche Untersuchungen weder männliches noch weibliches Geschlecht als Risikofaktor objektivieren konnten (Grassi et al., 2001).

Tabelle 1.3: Übersicht relevanter Prädiktoren für aggressives Patientenverhalten

Umgebungsmerkmale	<ul style="list-style-type: none"> - große und überfüllte Stationen (Owen et al., 1998) - unruhiges Stationsklima (Flannery et al., 1996) - alltägliche Konflikte durch Grenzsetzung (Davis, 1991)
Personalcharakteristika	<ul style="list-style-type: none"> - unerfahrenes, junges Personal (Depp, 1983; Owen et al., 1998) - unflexibel (Flannery et al., 1996) - autoritär (Shah et al., 1991) - mangelnde Aggressionsbewältigungsstrategien (Infantino & Musingo, 1985) - unsicher in der beruflichen Rolle (Katz & Kirkland, 1990) - häufiger Wechsel von Personal (James et al., 1990) - mangelnde Personalbesetzung (Lanza et al., 1994) oder Personalüberschuss (Depp, 1983)

Patienten- charakteristika	<ul style="list-style-type: none"> - antisoziale Persönlichkeit (Spießl et al., 1998; Soliman & Reza, 2001) - Demenz (Spießl et al., 1998) - Geistige Behinderung (Spießl et al., 1998) - Manie (Binder & McNeil, 1988) - Schizophrenie (Krakowski & Czobor, 1997; Grassi et al., 2001) - Substanzmissbrauch (Palmstierna & Wistedt, 1990; Soyka et al., 1993) - Komorbidität (Soliman & Reza, 2001) - Hirnorganische, neurologische Symptome (Silver & Yudofsky, 1987) - Gewaltphantasien (Monahan et al., 2001) - Impulsivität, Reizbarkeit, Feindseligkeit (Prentky et al., 1995) - Depressivität (McNeil & Binder, 1995) - Psychotische Symptome (Björkly, 2000) - Mangelnde Krankheitseinsicht und Compliance (Björkly, 2000) - Zwangseinweisung (Noble & Rodger, 1989) - Hospitalisierung (Soliman & Reza, 2001) - Häufiger Wechsel der Medikation (Soliman & Reza, 2001) - Anamnestisches aggressives Verhalten oder bei Aufnahme (Morrison, 1992; Spießl et al., 1998) - Frühere Selbstverletzungen (Soliman & Reza, 2001) - Jüngeres Alter (Rüesch et al., 2003) - Familienstand: ledig/geschieden (Grassi et al., 2001) - Ohne berufliche Beschäftigung (Rüesch et al., 2003) - Niedrige soziale Schicht (Noble & Rodger, 1989)
---------------------------------------	---

1.3.1.3 Forschungsstand – Therapeutische Beeinflussbarkeit

Auch die Frage einer möglichen Beeinflussbarkeit von Aggression im stationären Setting kann nur schwer bzw. kaum hinsichtlich des vorliegenden Wissensstands beantwortet werden. Genauso wie auch bei der Epidemiologie, stammen fast ausschließlich alle

Studien zu dieser Thematik aus den USA, Großbritannien oder Skandinavien. Des Weiteren ist „der Versuch, ein vielgestaltiges und komplexes Phänomen wie menschliche Aggression auf ein direkt behandelbares 'Symptom Gewalttätigkeit' zu reduzieren, wohl zum Scheitern verurteilt. Grundsätzlich ist festzustellen, dass eine suffiziente (medikamentöse) Behandlung der psychiatrischen Erkrankung die wichtigste Voraussetzung für die Reduktion des krankheitsbedingten Anteils aggressiven Verhaltens psychiatrischer Patienten darstellt“ (Schanda & Taylor, 2001, S. 447 ff).

Zusätzlich muss berücksichtigt werden, dass der Großteil der Erkenntnisse fast ausschließlich für das Gebiet der Neurobiologie, insbesondere der Psychopharmakologie, vorliegt (vgl. Kapitel 1.2.2.1). So konnte z. B. in einem Beitrag von Knutson et al. (1998) die positive Wirksamkeit einer Behandlung mit SSRIs auf Aggressivität bestätigt werden. Jedoch sind die bisherigen Ergebnisse noch uneinheitlich, so dass andere Studien Therapieerfolge mit SSRIs widerlegen. Manche Untersuchungen warnen sogar vor dem Einsatz dieser Wirkstoffgruppe zur Aggressionsbehandlung, da dadurch das Suizidrisiko vor allem bei Depressiven gesteigert werden könnte (Walsh & Dinon, 2001).

Auch andere Psychopharmaka wie z. B. Betablocker (Mattes, 1984), Neuroleptika, vor allem Clozapin (Volavka, 1999), und Phasenprophylaktika wie Lithium (Marini & Sheard, 1977), scheinen günstige Effekte auf gewalttägliches Verhalten zu bewirken. Obwohl ein Zusammenhang zwischen Psychopharmakotherapie und Reduktion von Aggressivität und Aggression in einzelnen Studien nachgewiesen werden konnte, sind die Erfolge noch immer umstritten und es mangelt auch weiterhin an Untersuchungen mit größeren Stichproben.

Des Weiteren konnte in US-amerikanischen Forschungsarbeiten gezeigt werden, dass sowohl Substanzmittelgebrauch (Steinert et al., 1999) als auch mangelnde Compliance (Swartz et al., 1998) das Risiko der psychiatrischen Klientel für Gewalttaten deutlich steigern. Für die Therapeuten ergibt sich daraus das Ziel, Risikopatienten zu erkennen, adäquat zu behandeln und insbesondere deren Krankheitsverständnis zu vergrößern.

Obwohl der Schwerpunkt therapeutischer Interventionen hinsichtlich aggressiver Patienten noch immer auf medikamentöser Ebene stattfindet, gibt es zunehmend kognitiv-behaviorale Vorgehensweisen (vgl. Kapitel 1.2.2.2), durch welche besonders pharmakotherapeutisch schwer beeinflussbare psychotische Symptome, die ja oft auch zu Aggressionen führen können, verändert werden sollen (Garety et al., 1994).

In der Literatur wird weniger die therapeutische Beeinflussbarkeit aggressiver Problematik behandelt, als vielmehr verschiedene Möglichkeiten zur Prävention und zur

Krisenintervention gewalttätiger Vorfälle im stationären Umfeld aufgezeigt. Neben Aspekten wie ausreichende Personalbesetzung, Sicherheits- und Alarmsysteme, adäquates Stationsmilieu, Aufstellen und Einhalten bestimmter Stationsregeln, werden u. a. Mitspracherecht der Patienten, Fortbildung, Supervision und spezielle Konfliktmanagementtrainingsprogramme sowie Selbstverteidigungskurse für das Personal angeführt (Faust et al., 1998).

1.3.2 Rechtliche Aspekte im Zusammenhang mit Zwangsmaßnahmen

Wenn verschiedene Interventionsmethoden wie Deeskalationsmaßnahmen im Sinne von kommunikativen Strategien oder Abwehr- und Fluchttechniken nicht zum Erfolg führen, dann werden als Notfallmaßnahmen gezielt Immobilisations- und Fixierungsmaßnahmen eingesetzt (Wesuls et al., 2005). Als Rechtsgrundlage für freiheitsbeschränkende Maßnahmen, zu welchen auch Isolierung, Zwangsmedikation oder sonstige Schutzmaßnahmen (Bauch-, Hand- oder Fußgurt, Sitzfixierung, Bettgitter und Schutzdecken oder Spezialhemden) zählen, dienen im Falle der fehlenden Einwilligung des Patienten die Paragraphen Notwehr (§ 32 StGB) und Rechtfertigender Notstand (§ 34 StGB) (Haltenhof, 1997). So dürfen bei akut drohender massiver Gefahr Zwangsmaßnahmen bis zu maximal 48 Stunden veranlasst werden. Bedarf es darüber hinaus andauernden Restriktionsmaßnahmen, muss eine vormundschaftsrichterliche Genehmigung nach Paragraph § 1906 BGB vorliegen (Steinert et al., 1993).

Berücksichtigt sollte dabei jedoch stets der „Grundsatz der Verhältnismäßigkeit“ werden, nach welchem geprüft werden muss, ob die Zwangsmaßnahme unbedingt erforderlich ist bzw. ob weniger gravierende Mittel eingesetzt werden können, die Gefahren abzuwenden (Rieger, 1981). Die Anordnung und Festsetzung der Maßnahmendauer obliegt dem zuständigen Arzt, wobei die Dokumentationspflicht zu erfüllen ist (Steinert et al., 1993).

Im Hinblick auf die Häufigkeit von angeordneten Restriktionsmaßnahmen zeigt sich im psychiatrischen Klinikalltag folgendes Bild: Bei den bisher nur wenigen vorliegenden empirischen Studien hinsichtlich dieser Thematik bildet sich in Deutschland der Trend zu einem größeren Anteil an Fixierungen im Vergleich zu Isolierungen ab (Fritz et al., 1991). Die Häufigkeitsangaben von Fixierungen verschiedener Studien reichen von 1,4 bis 7,8 % der eingewiesenen stationären Patienten (Haltenhof, 1997).

Studienergebnissen von Steinert und Mitarbeitern (1991) zufolge wurden im Zeitraum eines Jahres an insgesamt vier psychiatrischen Kliniken bis zu 162 aggressive Vorfälle durch Patienten dokumentiert. Die Klinikmitarbeiter reagierten in 52 % der Fälle mit Isolierung, in 39 % der Fälle mit Fixierung und verabreichten bei 35 % Medikation unter Zwang. Als vorherrschende Indikationen für Restriktionen werden neben akuter oder unmittelbar drohender Fremd- oder Selbstgefährdung Gründe wie Erregungszustände oder Reizschutz angegeben (Haltenhof, 1997). Daneben gelten als die am häufigsten von Zwangsmaßnahmen betroffenen psychiatrischen Krankheitsbilder Schizophrene und organische Psychosen sowie Manien und Störungen durch psychotrope Substanzen (Rittmannsberger et al., 2009). In einer von 2003 bis 2006 durchgeführten Studie von Rittmannsberger und Kollegen (2009) wurde eine für Deutschland eher niedrige durchschnittliche Fixierungsdauer von 132 Minuten dokumentiert, des Weiteren wurden 59,3 % der Fixierungen in den ersten 24 Stunden nach Aufnahme ins psychiatrische Setting angeordnet.

Eine Unterbringung erfolgt üblicherweise vor dem zivilrechtlichen Hintergrund des Betreuungsgesetzes (BGB), Paragraph § 1906 BGB, durch einen vorher bestellten Betreuer mit Aufenthaltsbestimmungsbefugnis sowie durch eine notwendige Genehmigung durch das Vormundschaftsgericht, wenn von Selbsttötungsgefahr oder ernsthafter Gesundheitsschädigung auszugehen ist (Möller et al., 2001). Eine Unterbringung auf öffentlich-rechtlicher Basis, welche im Rahmen der einzelnen Unterbringungsgesetze der Bundesländer (genauer durch die PsychKG) bzw. in Bayern durch das bayerische Unterbringungsgesetz geregelt ist, ermöglicht die Zwangseinweisung bei Gefahr des Patienten für sich selbst oder für die öffentliche Sicherheit und Ordnung. Eine anschließende Behandlung gegen den Willen des Patienten darf insbesondere dann erfolgen, wenn dies im Rahmen der unmittelbaren Gefahrenabwehr geschieht (Möller et al., 2001).

Die Prävalenz von Zwangseinweisungen schwankt sowohl zwischen den einzelnen Bundesländern als auch zwischen städtischen und ländlichen Gebieten (Bruns, 1997). Überproportional stehen Zwangseinweisungen im Zusammenhang mit männlichem Geschlecht (Bruns, 1993), der Diagnose Schizophrenie, einer längeren Verweildauer im stationären Setting sowie einer deutlichen Gefahr der Rehospitalisierung (Bruns, 1991).

1.3.3 Folgen von Aggression und Aggressivität im stationären Setting

Aus dem berufsethischen Dilemma zwischen Behandlungsfunktion einerseits und Ordnungsauftrag andererseits resultieren wiederholt Spannungen und Konflikte im psychiatrischen Klinikalltag. Zwangseinweisungen aufgrund der Gefahr von akuter Selbst- oder Fremdgefährdung sowie Krankheitsuneinsichtigkeit und mangelnde Compliance führen oftmals, genauso wie akute Intoxikation und Erregungszustände oder psychotisches Bedrohungserleben zu aggressivem Patientenverhalten. Zum Opfer von Übergriffen können jedoch nicht nur Ärzte oder Therapeuten, sondern auch Pflegekräfte, Sozialpädagogen, Reinigungskräfte, genauso wie Mitpatienten oder Besucher werden. Laut der UKBW (Unfallkasse Baden-Württemberg) stellen für den Bereich der Psychiatrischen Kliniken und der Kreispflegeheime Arbeitsunfälle, welche in bis zu 50 % der Fälle auf aggressives Patientenverhalten zurückzuführen sind, eine schwerwiegende Problematik dar (Wesuls et al., 2005).

Wie in mehreren Studien belegt werden konnte, gerät allen voran das Pflegepersonal ins Zentrum gewalttätiger Patientenübergriffe (Richter, 1999). Häufigkeitsangaben betroffener Pflegekräfte reichen von 65 bis 95 % in britischen Untersuchungen (Whittington, 1994). Demgegenüber stehen Befunde, wonach Ärzte häufiger als Pflegepersonal angaben, Opfer eines Patientenangriffs geworden zu sein. Nach Steinert und Mitarbeitern (1995) waren Psychiater von geschlossenen Aufnahmestationen während eines Zeitraums von 3 Monaten im Schnitt 1,2 mal von Patienten tötlich attackiert worden, während Pflegepersonal 0,9 mal und Mitpatienten 0,2 mal zum Opfer fielen. Allerdings kann die genaue Prävalenz nicht sicher ermittelt werden, da aufgrund der Bagatellisierung leichterer Vorfälle und daraus folgender mangelnder bzw. fehlender Dokumentation eine Dunkelziffer einzurechnen ist (Lion et al., 1981; Cheung et al., 1997c).

Aufgrund einer oftmals zu beobachtenden Diskrepanz zwischen den eher leichten körperlichen Verletzungen einerseits und den stark belastenden emotionalen Auswirkungen andererseits, kommt es folglich zu einer Unterschätzung der negativen Folgen für Opfer, Mitpatienten und Stationsklima (Schanda & Taylor, 2001). Bevor körperliche, psychische und finanzielle Folgen näher erläutert werden, soll mit Hilfe von Tabelle 1.4 ein kurzer Abriss über die vom Klinikpersonal erlebten Aggressionen gegeben werden.

Tabelle 1.4: Übersicht über die vom psychiatrischen Klinikpersonal erlebten Aggressionen (N = 306) (Steinert et al., 1995a, S. 210)

Körperliche Aggressionen	
29,2 %	Gezielte Schläge, Tritte
5,2 %	Erregungszustände mit ungerichteter Aggression
4,2 %	Werfen mit Gegenständen
3,9 %	Würgen
1,3 %	Angriff mit Waffe (Messer, Beil)
2,9 %	Angriff mit sonstigen Gegenständen
1,3 %	Haare reißen
0,7 %	Beißen
0,7 %	Angriff mit Feuerzeug, brennender Zigarette
0,3 %	Verfolgung mit Tötungsabsicht
0,3 %	Demolieren des Autos
11,1 %	andere körperliche Angriffe
Drohungen	
10,2 %	Bedrohung mit Schlägen („Zusammenschlagen“)
6,5 %	Bedrohung mit Waffe (Messer, Schraubenzieher, Schere, Flaschenhals, Rasierklinge, Pistole)
4,2 %	Bedrohung mit sonstigen Gegenständen
4,2 %	Morddrohungen
1,0 %	Sexuelle Belästigung
0,3 %	Bedrohung mit HIV-Infektion durch blutende infizierte Patientin
12,5 %	Sonstige Bedrohung oder Nötigung

Wie sich in der Mehrheit der Studien übereinstimmend zeigt, bleibt der größte Anteil der aggressiven Vorfälle ohne gefährliche Folgen (Steinert et al., 1995b). Als körperliche Folgeschäden nach Patientenübergriffen werden meist leichtere Verletzungen und Beschwerden, wie z. B. Hämatome, Kopfschmerzen und Schürfwunden (Steinert et al., 1995b), zudem Kopfverletzungen (Carmel & Hunter, 1993), aber auch Biss- und Kratzwunden, Prellungen und Würgemale sowie ausgerissene Haare oder gar Stichwunden (Richter, 1999) berichtet.

Neben den zumeist beschriebenen körperlichen Verletzungsfolgen liegt bis heute das Augenmerk von Studien kaum auf den möglichen seelischen Folgen eines aggressiven Übergriffs durch Patienten. In einer Studie von Richter (2005) wurde die Auftretenshäufigkeit einer Posttraumatischen Belastungsstörung in Folge eines Patientenangriffs erhoben, wobei 17 % des von Aggressionen betroffenen Klinikpersonals unmittelbar nach dem Übergriff die Kriterien einer akuten Belastungsreaktion erfüllten und insgesamt 10 % auch nach einem halben Jahr noch posttraumatische Stresssymptome aufwiesen.

Die Ergebnisse stimmen mit denen von Caldwell (1992) überein, in dessen Untersuchung sich ebenfalls eine Prävalenz von 10 % für das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung zeigte. Neben psychischen Symptomen wie Angst, Vermeidungsverhalten, Irritierbarkeit, Schock, Trauer und Depression können Ärger, Schlafstörungen, Kopf- und Spannungsschmerzen sowie Müdigkeit und Bedürfnis nach Suchtmitteln in Folge einer durch Aggression verursachten Stresssituation auftreten (Wykes & Whittington, 1994). Eine zusätzliche psychische Folgebelastung für das Klinikpersonal wird in dem persönlichen Schulderleben des Vorfalls gesehen (Croker & Cummings, 1995). In einer weiteren Studie von Richter und Berger (2001a) führte gewalttäiges Patientenverhalten in 4,6 % der Fälle zu Arbeitsunfähigkeit, 4 % der Betroffenen mussten frühzeitig den Dienst beenden und 10 % mussten sich in ärztliche Nachbehandlung begeben.

Hinsichtlich der entstandenen Folgekosten zeigte sich in bisherigen Studienergebnissen folgendes Bild: Neben Sachbeschädigung (Schanda et al., 2000) und verletzungsbedingter Kosten, wie z. B. ambulante Behandlungskosten, entstanden hohe finanzielle Nachteile durch Krankenstand (Cooper & Mendonca, 1991). Als zusätzliche Erschwerisse kommen neben den oben beschriebenen finanziellen, physischen und emotionalen Auswirkungen auf Seite der Mitpatienten Beschwerden und Behandlungsabbrüche hinzu. Auf Seite der Klinik und der Mitarbeiter resultieren Motivationseinbrüche, Kündigungen, strafrechtliche Prozesse sowie eine Störung der organisatorischen Abläufe des Stationsalltags (Wesuls et al., 2005) und folglich durch das unruhige Stationsklima ein höheres Risiko für erneute Gewaltausbrüche (Flannery et al., 1996).

1.3.4 Prävention von Aggression und Aggressivität im psychiatrischen Setting

Da der psychiatrische Klinikalltag nicht immer frei von Gewalt ist und aggressive Vorfälle für alle Beteiligten eine große emotionale Belastung darstellen, sind die frühzeitige Wahrnehmung von Risikofaktoren sowie der Einsatz von Deeskalationstechniken wichtige Maßnahmen, um Aggressionen vorzubeugen bzw. diese so früh wie möglich zu stoppen. Folgende Anzeichen deuten auf die Gefahr eines unmittelbar bevorstehenden Gewaltausbruchs hin (vgl. Tabelle 1.5):

Tabelle 1.5: Übersicht über Anzeichen drohender aggressiver Durchbrüche (Schirmer et al., 2006, S. 37: Literaturüberblick aus Steinert, 1995a; Lanza et al., 1988; Breakwell, 1998; Richter, 1999)

Risikoanzeichen für bevorstehende Gewalt
Feindselige Grundstimmung mit Zeichen von Wut oder Angst (z. B. Schimpfen, Drohen)
Zeichen ungewöhnlicher Aufregung oder Passivität (z. B. gesteigerte Tonhöhe und Lautstärke, starrer Blickkontakt)
Psychomotorische Erregung oder Anspannung
Gewalttätige Gestik, geringere Körperdistanz oder Sachbeschädigungen
Auflösung des gewohnten Musters nonverbaler Kommunikation
Rasche Stimmungsschwankungen
Übersensible Reaktion auf Kontaktangebote oder Kritik
Erhöhtes Gewaltrisiko am Tag der Aufnahme und in der ersten Woche

Präventionsmaßnahmen aggressiver Vorfälle gliedern sich in Primär-, Sekundär- und Tertiärbene. Während unter Primärprävention die Vorbeugung und Verhinderung von Gewaltdurchbrüchen durch eine geschulte und sensible Risikowahrnehmung durch die Mitarbeiter verstanden wird, beschreibt die Sekundärprävention den adäquaten Umgang mit bereits aktuell auftretender Gewalt (Richter, 1999). Die Tertiärprävention dagegen setzt im Anschluss des aggressiven Durchbruchs ein und hat durch eine ausführliche Nachbesprechung des Geschehenen das Ziel, in Zukunft ähnliche Vorkommnisse bestmöglich zu verhindern (Ketelsen & Pieters, 2004).

Mitarbeitererschulungen, Informationsveranstaltungen und Wissensvermittlung, Erlernen von Strategien gegenüber Risikogruppen und Verbesserung der Risikowahrnehmung sowie Deeskalationstrainings werden zu Maßnahmen der Primärprävention gezählt (Richter, 1999). Zudem kann auch auf institutioneller Ebene Primärprävention im Sinne von Berücksichtigung bestimmter Sicherheitsaspekte geleistet werden. Dazu gehören neben der Arbeit im multiprofessionellen Team und eines ausreichend bemessenen Personalschlüssels sowie einer angemessenen Patientenbelegung, eine optimale räumlich-technische Ausstattung durch Sicherungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten für Patienten sowie die Klärung juristischer Voraussetzungen. Des Weiteren trägt ein drahtloses Ruf- und Alarmsystem, die Teilnahme an Selbstverteidigungskursen und Teamsupervisionen zu mehr Sicherheitserleben auf Seiten des Klinikpersonals bei (Steinert, 1995a).

Als Maßnahmen der Sekundärprävention sind Trainingsmaßnahmen zum Umgang mit verbalen und körperlichen Aggressionen bekannt. Dazu zählen deeskalierende Kommunikationsstrategien, Abwehr- und Fluchttechniken sowie im Notfall patientenschonende und verletzungsfreie Immobilisations- und Fixierungstechniken (Wesuls et al., 2005).

Als zentraler Punkt der Tertiärprävention dagegen wird sowohl im Team als auch mit dem Patienten verstärkt die Nachbesprechung zur Klärung und Aufarbeitung der erlebten Aggression gesehen, um belastende Emotionen, wie entstandene Schuldgefühle, Ängste oder Kränkungen, zu bearbeiten (Steinert, 2008).

Wie in den neuesten Studienergebnissen gezeigt werden konnte, tragen die ersten durchgeführten Präventionsmaßnahmen, wie z. B. Einführung bestimmter Standards, Leitlinien und Dokumentationen sowie spezifischer Fortbildungen, zu einer Steigerung der Arbeitssicherheit sowie zur Minimierung von Restriktionsmaßnahmen durch frühzeitiges Unterbrechen von Eskalationskreisläufen bei (Currier & Farley-Toombs, 2002; Donat, 2003).

In Tabelle 1.6 ist das Stufenmodell von ProDeMa abgebildet, eines bereits in manchen Kliniken eingesetzten Mitarbeiterschulungsprogrammes zum professionellen Deeskalationsmanagement, welches primär- und sekundärpräventive Maßnahmen beinhaltet.

Tabelle 1.6: ProDeMa-Stufenmodell (Wesuls et al., 2005, S. 19)

Das Stufenmodell zur Deeskalation von Gewalt und Aggression	
Deeskalationsstufe I	Verhinderung der Entstehung von Gewalt und Aggression
Deeskalationsstufe II	Veränderung der Sichtweisen und Interpretation aggressiver Verhaltensweisen
Deeskalationsstufe III	Verständnis der Ursachen und Beweggründe aggressiver Verhaltensweisen
Deeskalationsstufe IV	Kommunikative Deeskalationstechniken im direkten Umgang mit hochgespannten Patienten
Deeskalationsstufe V	Patientenschonende Abwehr- und Fluchttechniken bei Angriffen von Patienten
Deeskalationsstufe VI	Patientenschonende Immobilisations- und Fixierungstechniken

2 Zielsetzung, Fragestellung und Hypothesen

2.1 Zielsetzung der Untersuchung

Gewalt in der Psychiatrie ist nach wie vor ein bedeutsames Problem sowohl für die Patienten als auch für das Personal, da Gewalterfahrungen für alle Beteiligten mit zu den belastendsten Erlebnissen zählen. Obwohl also das Management von Gewalt, Zwang und Aggression den klinischen Alltag mitbestimmt, stellt diese Thematik im deutschsprachigen Raum noch immer ein Tabuthema dar, welches sich auch in der Literatur niederschlägt. So finden sich nur spärliche Hinweise zur Epidemiologie und therapeutischen Beeinflussbarkeit aggressiven Patientenverhaltens. Die Häufigkeitsraten reichen von 2,7 % (Spießl et al., 1998) bis hin zu 23 % (Steinert et al., 1999). Zudem muss zusätzlich von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen werden. Daneben steht auch die Identifizierung von Risikofaktoren zur Prognose gewalttätigen Verhaltens noch am Anfang. Zusätzlich muss berücksichtigt werden, dass der Großteil der Erkenntnisse fast ausschließlich für das Gebiet der Neurobiologie vorliegt.

Ziel dieser Studie ist es deshalb, aggressives Verhalten in der Psychiatrie näher zu untersuchen. Neben der Erhebung von Aggressivität und Aggression bei psychiatrischen Patienten mittels Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren und dem darauf folgendem Vergleich verschiedener Patientengruppen in divergenten Behandlungssettings sollen prognostische Faktoren für aggressives Verhalten identifiziert werden. Des Weiteren soll der Versuch unternommen werden, Aggression und Aggressivität mit neurobiologischen Parametern in Verbindung zu bringen. Denn mit dem Wissen über bedeutsame Risikofaktoren für gewalttägliches Patientenverhalten kann solches möglicherweise im Vorfeld verhindert bzw. minimiert werden und somit psychischer Belastung, physischen Schäden sowie Folgekosten sowohl beim Aggressionsverursacher selbst, bei involviertem Personal sowie bei den, die Aggression beobachtenden Mitpatienten entgegengewirkt werden.

Zudem soll geklärt werden, ob ein Zusammenhang zwischen der Aggressionsneigung einer Person und der tatsächlich von ihr ausgeführten Aggression nachweisbar ist, zum anderen wird der Fragestellung nachgegangen, inwieweit Fremd- und Selbsteinschätzung hinsichtlich des Gefährlichkeitspotentials von Probanden übereinstimmen. Von hoher klinischer Relevanz ist dabei die Frage, ob es möglich ist, mittels Fremdein-

schätzung diejenigen, welche ein hohes Aggressionspotential in sich bergen, herauszufiltern und somit Aggression vorherzusagen bzw. im Vorfeld bestmöglich zu verhindern. Daneben soll geklärt werden, ob die Möglichkeit besteht, Aggressionsneigung durch den stationären Aufenthalt positiv zu beeinflussen.

Ein weiteres Anliegen der Untersuchung ist es, Art, Schwere und Häufigkeit aggressiver Verhaltensweisen in Abhängigkeit von Patienten-, Personal- und Umgebungsmerkmalen zu erfassen. So sollen genauere Befunde hinsichtlich der Epidemiologie aggressiven Patientenverhaltens in verschiedenen stationären Settingformen (beschützt versus offen) erbracht und mögliche Zusammenhänge mit darauf einflussnehmenden Faktoren evaluiert werden. Daneben interessiert die Frage, ob ein Zusammenhang zwischen Auto- und Fremdaggression angenommen werden kann.

Das Vorhaben trägt somit dazu bei, Gewalt in der Psychiatrie und ihre Grundlagen und Auslöser besser zu verstehen und ihr vorzubeugen. So soll diese Studie einen entscheidenden Beitrag zur Schaffung einer empirischen Basis leisten und eine Orientierung für die Notwendigkeit von Schulungsmaßnahmen für das Personal sowie zukünftiger präventiver Überlegungen darstellen.

2.2 Fragestellung

Aus den Zielen, die der angedachten Untersuchung zugrunde liegen, ergeben sich insgesamt 15 Fragestellungen. Weil der Forschungsbereich zu den Konstrukten Aggression und Aggressivität im klinischen Setting besonders für den deutschsprachigen Raum noch lange nicht ausreichend beschrieben zu sein scheint, sollen neben der Überprüfung früherer (besonders US-amerikanischer, britischer und skandinavischer) Ergebnisse auch neue Hypothesen und Fragestellungen geprüft werden.

Das erste Anliegen dieser Studie besteht in der Aufgabe, Faktoren zu evaluieren, welche in der Gruppe der aggressiv auffälligen Probanden gehäuft auftreten und der Frage nachzugehen, ob diese in signifikantem Zusammenhang mit gewalttätigem Patientenverhalten stehen. Daraus ergeben sich folgende Fragestellungen:

- Gibt es einen signifikanten Unterschied hinsichtlich diverser soziodemografischer und krankheitsbezogener Faktoren zwischen den im klinischen Setting aggressiv auffällig gewordenen Probanden und den Nichtaggressiven?

- Spiegeln sich Veränderungen und Ausmaß des Aggressionslevels in neurobiologischen Parametern (Cholesterin und Glucose) wider?

In dieser Studie sollen jedoch nicht nur mögliche soziodemographische und krankheitsspezifische Einflussfaktoren auf gewalttägiges Patientenverhalten evaluiert werden, sondern dem besonderen Interesse hinsichtlich der Selbst- und Fremdwahrnehmung von Aggressivität nachgegangen werden. Hierfür wurde als Selbstbeurteilungsinstrument der Fragebogen zur Erfassung von Empathie, Prosozialität, Aggressionslegitimation und Aggressionshemmung für Erwachsene (FEPAA-E) sowie eine selbst erstellte Checkliste zur Fremdbeurteilung von Aggression und Aggressivität eingesetzt. Durch diese beiden zusätzlichen Komponenten ergeben sich folgende Fragestellungen:

- Unterscheiden sich Aggressive von Nichtaggressiven signifikant hinsichtlich der Selbstbeurteilung ihres Aggressionspotentials, insbesondere hinsichtlich Empathie, Prosozialität, Aggressionsbereitschaft/-legitimation, Aggressionshemmung und Aggressionsneigung? Ist somit der FEPAA-E ein geeignetes Instrument, um Aggression abzubilden?
- Unterscheiden sich Aggressive von Nichtaggressiven signifikant hinsichtlich der in der Checkliste zur Fremdbeurteilung von Aggression und Aggressivität vorkommenden Items? Ist es somit möglich, mithilfe der Checkliste Aggression zu erfassen?
- Ist es möglich, aggressives Patientenverhalten mittels der sich als signifikant erweisenden Prognosefaktoren, welche nicht nur aus dem soziodemographischen und krankheitsbezogenen Bereich stammen, sondern auch Items aus der Selbst- und Fremdbeurteilung umfassen, vorauszusagen?
- Stimmen Selbst- und Fremdeinschätzung von Aggression und Aggressivität überein?
- Existiert ein Zusammenhang zwischen der Empathiefähigkeit, der Prosozialität, der Aggressionsbereitschaft/-legitimation sowie der Aggressionshemmung und der Aggressionsneigung bei Aggressiven und Nichtaggressiven?
- Verändert sich die Selbst- und Fremdbeurteilung im Laufe des stationären Aufenthalts?

Des Weiteren hat die Untersuchung das Ziel, Art und Häufigkeit aggressiven Patientenverhaltens in verschiedenen stationären Settings (allgemeinpsychiatrisch offene Statio-

nen versus beschützte Stationen) zu erfassen. Die entsprechenden Fragestellungen lauten dabei:

- Wie häufig kommt es zu aggressivem Patientenverhalten und einer divergierenden Art und Anzahl gewalttätiger Übergriffe je nach stationärem Setting?
- Welche verschiedenen Formen, Ursachen, Reaktionsweisen und Auswirkungen kennzeichnen die aggressiven Zwischenfälle?
- Auf welche Patienten-, Mitarbeiter- und Umgebungsmerkmale kann die Häufigkeit gewalttätigen Verhaltens zurückgeführt werden?

Auf der Patientenebene interessieren vor allem folgende Fragestellungen:

- Welche Aggressionsursachen und Motive können gefunden werden?
- Kann ein Zusammenhang zwischen Auto- und Fremdaggression angenommen werden?

Auf Seiten des klinischen Personals soll insbesondere folgende Fragestellung geklärt werden:

- Existiert eine Risikogruppe besonders stark betroffener Mitarbeiter?

Des Weiteren wird davon ausgegangen, dass Umgebungsmerkmale eine Rolle für die Auftretenswahrscheinlichkeit gewalttätigen Patientenverhaltens spielen (Schanda & Taylor, 2001). Deshalb lautet die entsprechende Fragestellung:

- Spiegeln sich Umgebungsmerkmale, wie Patientenbelegung und Personalbesetzung, in Schwere und Häufigkeit vorgefallener Übergriffe wider?

2.3 Hypothesen

Ausgehend von den oben genannten Fragestellungen sollen folgende Hypothesen explizit getestet werden, damit eine genaue Überprüfung der aufgestellten Fragen erfolgen kann:

Hypothese 1: Aggressive unterscheiden sich von Nichtaggressiven in Bezug auf soziodemographische Faktoren. Aggressive sind vorwiegend männlich,

jüngeren Alters, ledig, wohnen alleine oder im Wohnheim, weisen eine niedrige Schulbildung bzw. keinen Schulabschluss auf, haben seltener eine Berufsausbildung abgeschlossen und sind entweder frühberentet oder arbeitssuchend.

- Hypothese 2: Aggressive unterscheiden sich von Nichtaggressiven in Bezug auf krankheitsspezifische Faktoren. Sie werden vorwiegend ins beschützte Setting aufgenommen, sind nach BGB oder UBG untergebracht, haben einen Betreuer, sind zum wiederholten Mal stationär in der Klinik und zeichnen sich durch eine längere stationäre Verweildauer aus. Sie versuchen häufiger aus der Klinik zu entweichen, werden häufiger während des Aufenthaltes verlegt und eher aus dem beschützten Setting nach Hause entlassen. Sie leiden vermehrt unter psychiatrischen Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis, unter organisch bedingten Störungen, Abhängigkeitserkrankungen und Persönlichkeitsstörungen und besitzen eine hohe psychiatrische Komorbidität.
- Hypothese 3: Bei Aggressiven finden sich häufiger im Gegensatz zu Nichtaggressiven Hypoglykämien und erniedrigte Gesamtserumcholesterinkonzentrationen.
- Hypothese 4: Aggressive verweigern häufiger im Gegensatz zu Nichtaggressiven die Teilnahme zum Ausfüllen der Selbstbeurteilungsbögen.
- Hypothese 5: Aggressive erzielen im FEPAA-E niedrige Werte hinsichtlich Empathie, Prosozialität und Aggressionshemmung sowie hohe Werte im Bereich Aggressionsbereitschaft/-legitimation und Aggressionsneigung. Der FEPAA-E ist somit ein geeignetes Instrument, um Aggression abzubilden.
- Hypothese 6: Aggressive weisen im Vergleich zu Nichtaggressiven höhere Skalenwerte hinsichtlich aller in der Checkliste zur Fremdbeurteilung von Aggression und Aggressivität vorkommenden Items sowie einen nied-

rigeren GAF-Wert auf. Die Checkliste ist somit ein geeignetes Instrument, um Aggression abzubilden.

Hypothese 7: Mit Hilfe der Prognosefaktoren gelingt es, aggressives Patientenverhalten vorauszusagen.

Hypothese 8: Selbst- und Fremdeinschätzung von Aggression und Aggressivität stimmen überein.

Hypothese 9: Es existiert ein Zusammenhang zwischen der Empathiefähigkeit, der Prosozialität, der Aggressionsbereitschaft/-legitimation sowie der Aggressionshemmung und der Aggressionsneigung sowohl in der Gruppe der Aggressiven als auch bei den Nichtaggressiven.

Hypothese 9a: Probanden mit hoher Empathie zeichnen sich ebenfalls durch hohe Prosozialität und hohe Aggressionshemmung aus. Sie besitzen eine gering ausgeprägte Aggressionslegitimation und Aggressionsneigung.

Hypothese 9b: Prosoziale Probanden besitzen eine gering ausgeprägte Aggressionslegitimation und Aggressionsneigung und erweisen sich als aggressionsgehemmt.

Hypothese 9c: Aggressionsgehemmte Probanden kennzeichnet eine niedrige Aggressionsneigung und Aggressionslegitimation.

Hypothese 9d: Probanden, welche hohe Werte auf der Skala Aggressionslegitimation erzielen, weisen zudem eine hohe Ausprägung auf der Skala Aggressionsneigung auf.

Hypothese 10: Während sich die Selbstbeurteilung der Probanden bzgl. ihrer Aggressivität im Prä-Post-Vergleich nicht verändert, kann im Prä-Post-Vergleich der Fremdbeurteilung eine Veränderung, und zwar eine Verringerung der Skalenwerte bzw. eine Steigerung der GAF-Werte, in beiden Probandengruppen beobachtet werden.

- Hypothese 11: Im beschützten Setting passieren häufiger aggressive Patientenübergriffe als im offenen Setting und sind zudem schwerwiegender hinsichtlich der ausgeübten Aggression.
- Hypothese 12: Verbale Aggressionen treten häufiger als tätliche Aggressionen auf, insbesondere im offenen Setting.
- Hypothese 13: Gewalttäiges Patientenverhalten kann auf bestimmte Ursachen wie Konflikte oder die Psychopathologie zurückgeführt werden. Vorherrschende Motive für Aggression sind Angst oder Verkennung der Situation.
- Hypothese 14: Die medizinischen/psychologischen Maßnahmen, mit welchen auf die aggressiven Zwischenfälle reagiert wird, unterscheiden sich je nach stationärem Setting. Während im beschützten Setting vermehrt mit Fixierung und Zwangsmedikation auf die Aggression reagiert wird, finden im offenen Setting häufiger Gespräche Anwendung. Auch die zeitliche Dauer der Maßnahmen divergiert je nach stationärem Setting.
- Hypothese 15: Art und Ausmaß der Konsequenzen von gewalttätigem Patientenverhalten stellen im beschützten Setting größere Probleme als im offenen Setting dar.
- Hypothese 16: Es existiert eine Risikogruppe besonders stark betroffener Mitarbeiter. Diese ist gekennzeichnet durch weibliches Geschlecht, junges Alter, wenige Jahre Berufserfahrung und Berufsgruppenzugehörigkeit Pflege.
- Hypothese 17: Die Häufigkeit aggressiver Vorfälle variiert je nach Tageszeit, wobei die Zahl der Vorfälle mit zunehmender Patientenbelegung und abnehmender Personalbesetzung korreliert.
- Hypothese 18: Es besteht kein Zusammenhang zwischen Auto- und Fremdaggression.

3 Methoden

3.1 Design der Untersuchung

Um die in Kapitel 2 aufgestellten Fragestellungen und Hypothesen zu überprüfen, wurde ein mehrstufiges Untersuchungsdesign gewählt. Dieses umfasst eine halbjährige, standardisierte Erhebung aller vorgefallenen aggressiven Patientenübergriffe mit einem dafür angefertigten Dokumentationsbogen auf insgesamt drei einbezogenen psychiatrischen Stationen der Medizinischen Einrichtungen des Bezirks Oberpfalz GmbH. Einen weiteren Untersuchungsbaustein stellt eine Fremdeinschätzung mithilfe einer selbst erstellten Checkliste zur Fremdbeurteilung von Aggression und Aggressivität dar, welche während des Halbjahreszeitraumes von den jeweils zuständigen, behandelnden Ärzten bei jedem Patienten zeitnah nach Aufnahme ins stationäre Setting sowie kurz vor der Entlassung ins häusliche Umfeld durchgeführt wurde. Ein zusätzlicher Untersuchungsbaustein umfasst die Bearbeitung des FEPAA-E, eines Selbstbeurteilungsfragebogens zur Erfassung von Empathie, Prosozialität, Aggressionslegitimation und Aggressionshemmung für Erwachsene, welchen die teilnehmenden Probanden zu Beginn und kurz vor Entlassung bearbeiten sollten. Zudem wurden interessierende, soziodemographische, krankheitsrelevante und neurobiologische Variablen aus den jeweiligen Patientenakten mithilfe eines dafür erstellten Übersichtsblattes erhoben. Im folgenden Kapitel wird auf die Datengewinnung und die dafür eingesetzten Untersuchungsinstrumente näher eingegangen, bevor im Kapitel 3.2 die Stichprobe genauer erläutert wird.

3.1.1 Datengewinnung

Ausgehend von der Fragestellung wurde das im Weiteren bearbeitete Datenmaterial in der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Regensburg am Bezirksklinikum (Medizinische Einrichtungen des Bezirks Oberpfalz GmbH) innerhalb eines sechsmonatigen Zeitraumes, von Januar 2007 bis Juli 2007, erhoben. Die Stichprobe rekrutierte sich aus Patienten verschiedener Diagnosegruppen nach ICD-10, welche innerhalb des entsprechenden Zeitabschnitts in das Bezirkskrankenhaus Regensburg auf eine der drei allgemeinpsychiatrischen Stationen (zwei offene und eine geschützte Station) aufgenommenen wurden. Die Patienten dieser

Stationen sind volljährig und leiden in der Regel an akut psychiatrischen Störungen oder akuten Phasen einer chronischen Störung, oft an Psychosen aus dem Schizophrenen Formenkreis, Affektiven Störungen oder Persönlichkeitsstörungen. Es finden sich darunter sowohl freiwillig aufgenommene als auch Patienten, bei denen ein Aufenthaltsstatus nach BGB oder UBG vorliegt. Die Mitarbeiter der drei Stationen wurden über die geplante Studie mittels Rundschreiben informiert (siehe Anhang A).

Um einen Einblick in das unterschiedliche stationäre Setting der drei einbezogenen Stationen zu erhalten, soll dieses im Folgenden kurz vorgestellt werden, wobei in diesem Zusammenhang auf die geltenden Richtlinien der Stationen im Umgang mit aggressiven Vorfällen eingegangen werden soll.

3.1.2 Beschreibung der zwei verschiedenen klinischen Settingformen

3.1.2.1 Beschütztes Stationssetting

Die in die Studie einbezogene allgemeinpsychiatrische, gemischt-geschlechtliche, beschützte Intensivstation, welche 25 Behandlungsplätze beinhaltet, nimmt Patienten aller psychiatrischer Krankheitsbilder auf, welche aufgrund ihrer psychischen Erkrankung als selbst- oder fremdgefährdend gelten oder wegen der Schwere der Erkrankung eine intensive und engmaschige Therapie benötigen. Dabei muss berücksichtigt werden, dass je nach Krankheitseinsicht und Rechtsgrundlage (Unterbringung nach BGB oder UBG) von einer möglicherweise eingeschränkten Compliance auszugehen ist, wodurch die berufsgruppenübergreifende Behandlung oftmals erschwert wird.

Als vorrangiges Therapieziel wird die Minimierung oder Beseitigung der akuten Symptomatik angestrebt und somit ein Rückgang der Selbst- und/oder Fremdgefährdung sowie die Wiedererlangung größtmöglicher Selbstverantwortung gefördert. Im Anschluss daran erfolgt üblicherweise die Verlegung in das offene Stationssetting zur Weiterführung der Therapie oder bei ausreichender Stabilisierung eine Entlassung aus der Klinik. Die im Vergleich zu offenen Stationen großzügigere Personalbesetzung sowie die besondere räumliche Ausstattung mit Überwachungszimmern gewährleisten den Patienten in Krisensituationen und schweren Krankheitsphasen erhöhten Schutz.

Als wichtige Prinzipien des Behandlungsrahmens gelten dabei eine möglichst kurze Verweildauer, ein streng beachteter geschlossener Klinikabschnitt, eine übersichtliche und klar erkennbare Stationsstruktur sowie regelmäßige Tagesverläufe und die Aufstellung sowie Einhaltung bestimmter Sicherheitsregeln (z. B. Tür- und Fensteröffnung, Bei-sich-Tragen der Personensicherungsanlage, Überprüfung von mitgebrachten Taschen auf gefährliche Gegenstände). Für akute Konfliktsituationen mit notwendiger Fixierung des Patienten existieren vorgegebene Klinikstandards und Sicherheitsbestimmungen, welche eingehalten werden sollen.

3.1.2.2 Offenes Stationssetting

Die beiden offen geführten allgemeinpsychiatrischen, ebenfalls gemischt-geschlechtlichen Stationen ähneln sich stark hinsichtlich ihres Behandlungsrahmens, der Behandlungskonzepte und des psychiatrischen Patientenklientels, welches freiwillig in der Klinik oder nach UBG oder BGB untergebracht ist. Behandelt werden Schizophrene Erkrankungen, Affektive Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Suchterkrankung und Zustände nach Suizidversuch. Jede Station umfasst 26 Belegbetten und setzt sich aus einem multiprofessionellen Team zusammen. Bei akuten, zu eskalieren drohenden Konfliktsituationen auf den Stationen kann über die Personensicherungsanlage mittels Alarm weitere personelle Unterstützung von anderen Stationen gerufen werden. Falls notwendig, erfolgt eine unmittelbare stationäre Verlegung ins beschützte Setting und nach ärztlicher Anordnung eine dortige Fixierung.

3.1.3 Verwendete Diagnoseverfahren und deren Durchführung

3.1.3.1 Erhebung soziodemographischer und krankheitsrelevanter Variablen sowie neurobiologischer Parameter

Um Prognose- bzw. Risikofaktoren für aggressives Patientenverhalten ermitteln zu können, wurden von allen, während des halbjährigen Erhebungszeitraums aufgenommenen Patienten der drei einbezogenen Stationen soziodemographische und krankheits-

relevante Variablen mittels dafür zusammengestellten Erhebungsbögen (siehe Anhang D) pseudonymisiert erfasst. Die interessierenden Informationen wurden aus der jeweiligen Patientendokumentation entnommen. Neben Geschlecht und Patientencode, welcher sich aus den Anfangsbuchstaben des Vor- und Nachnamens sowie dem Geburtsdatum zusammensetzt, wurden Aufnahmedatum, Art des Aufnahmesettings (offen versus geschlossen) und die Frage nach Erstaufnahme bzw. wiederholter stationärer Aufnahme sowie Einweisungsstatus (freiwillig, Unterbringung nach UBG oder BGB) und psychiatrische Diagnosen nach ICD-10 zeitnah nach Aufnahme des Patienten erfasst. Daneben interessierten soziodemographische Variablen wie Familienstand (ledig, verheiratet, verwitwet oder geschieden), Schulbildung (Sonderschule, Hauptschule, Hauptschule mit Qualifiziertem Abschluss, Realschule, Gymnasium), Schulabschluss (ja – nein), abgeschlossene Berufsausbildung (ja – nein), aktueller Berufsstand (arbeitssuchend, beschützt beschäftigt, beschäftigt, Rente/Pension/Frührente, in Ausbildung), Vorliegen einer gesetzlichen Betreuung (ja – nein) sowie die aktuelle Wohnsituation (allein lebend, bei Eltern, mit eigener Familie/Partner, offenes Heim, geschlossenes Heim, betreutes Wohnen).

Im weiteren Verlauf der stationären Behandlung wurden Informationen hinsichtlich eventuell erfolgter Verlegungen durch Verlegungszahl, Verlegungsdatum, Verlegungsgrund (wie z. B. Besserung, akute Krisensituation als Freitext) und durch die Frage nach dabei möglicherweise aufgetretenen Komplikationen dokumentiert. Durch Erfassung von Aufnahme- und Entlassdatum, des Weiteren von Entlassungssetting und Art der Entlassung (z. B. reguläre Entlassung, Entweichung als Freitext) sowie unter Einbezug der Informationen über möglicherweise erfolgte Verlegungen, konnten im Anschluss Angaben über die stationäre Gesamtverweildauer sowie im Detail Angaben über die jeweilige Verweildauer für offenes und beschütztes Setting getrennt gemacht werden.

Des Weiteren sollte der Versuch unternommen werden, Aggression und Aggressivität in Verbindung mit neurobiologischen Parametern zu bringen, welche somit als zusätzliches Maß in dieser Untersuchung berücksichtigt wurden. So wurde im Aufnahmeharbor bei den in diese Studie einwilligenden Patienten neben dem Blutglucosespiegel auch die Serumcholesterinkonzentration bestimmt. Um einen Vorher-Nachher-Vergleich zuzulassen, erfolgte kurz vor Entlassung eine erneute Laboruntersuchung hinsichtlich der genannten Parameter. Hierfür waren keine zusätzlichen Blutentnahmen notwendig, da die Bestimmung dieser Werte im Rahmen der gängigen und notwendigen Routineblutentnahme bei Aufnahme- und Verlaufslabor erfolgte.

3.1.3.2 Messungen von Aggressionsdisposition und aggressivem Verhalten

Fragebogen zur Erfassung von Empathie, Prosozialität, Aggressionslegitimation und Aggressionshemmung für Erwachsene (FEPAA-E)

Um das Ausmaß von Aggressivität und Aggressionshäufigkeit der psychiatrischen Klientel zu objektivieren und die Probanden dahingehend vergleichen zu können, wurde eine für Erwachsene abgewandelte und validierte Form des von Lukesch (2006) herausgegebenen Fragebogens zur Erfassung von Empathie, Prosozialität, Aggressionsbereitschaft und aggressivem Verhalten für Kinder und Jugendliche (FEPAA-KJ) für diese Untersuchung zum Einsatz gebracht, nämlich der Fragebogen zur Erfassung von Empathie, Prosozialität, Aggressionslegitimation und Aggressionshemmung für Erwachsene (FEPAA-E, 2007, siehe Anhang E).

Da das Inventar nicht nur die Voraussetzungen für eine getrennte Interpretation der einzelnen Skalenwerte des positiven und negativen Sozialverhaltens erfüllt, sondern auch eine Erhebung der Disposition- und Verhaltensebene getrennt voneinander vorgenommen werden kann, soll der FEPAA-E für diese Untersuchung herangezogen werden. Ein weiterer Vorteil besteht darin, dass die 15 Items als Maß der Aggressionsneigung, von Selgs Definition (1982) ausgehend, sowohl für direkte als auch für indirekte Formen der Gewalt konzipiert sind.

Der Fragebogen gliedert sich in insgesamt drei Bereiche, mit denen die fünf Skalen Empathie, Prosozialität, Aggressionsbereitschaft/-legitimation, Aggressionsneigung und Aggressionshemmung erfasst werden. Empathie setzt sich aus dem kognitiven Aspekt, nämlich der Fähigkeit, sich in eine andere Person einzufühlen, sowie aus einer affektiven Komponente, der Prosozialität, also der Fähigkeit, sich selbst als Agonist in die entsprechenden Situationen hineinzuversetzen, zusammen. Der erste Teil des Selbstbeurteilungsinstruments umfasst 14 verschiedene vorgegebene soziale Situationen, bei denen die Probanden jeweils drei Fragen mit wiederum jeweils drei vorgegebenen verschiedenen Handlungsmöglichkeiten beantworten müssen. Dabei messen die ersten beiden Fragen die Empathiefähigkeit der Probanden, während die dritte Frage auf die Prosozialität abzielt. Die empathische bzw. prosoziale Antwort wird jeweils mit einem Punkt gewertet, bei allen anderen Antworten werden keine Punkte vergeben. Im zweiten Abschnitt des Fragebogens sind 22 Situationen beschrieben, in welchen sich Personen

aggressiv verhalten. Die Probanden haben hierbei die Aufgabe, das beschriebene Verhalten der aggressiven Personen auf einer siebenstufigen Skala (von völlig falsch bis völlig richtig) zu bewerten, wodurch die Aggressionslegitimation erfasst wird. Der letzte Teil des Fragebogens, welcher zur Abbildung von Aggressionsneigung und Aggressionshemmung dient, umfasst 30 Aussagen, welche sich auf das eigene Verhalten der Probanden beziehen und von diesen mit „Stimmt“ oder „Stimmt nicht“ beantwortet werden sollen. Für jede aggressive Antwort wird ein Punkt vergeben. Die Bearbeitungszeit beträgt ca. 30 Minuten, die Reliabilität der Skalen liegt zwischen .54 und .82 mit Cronbach`s Alpha und ist für Gruppenvergleiche somit ausreichend.

Der FEPAA-E wurde eingesetzt, um Aggressionsdisposition und aggressives Verhalten eines Patienten zu Beginn des stationären Aufenthalts zu dokumentieren und mögliche Veränderungen im klinischen Setting abzubilden. Aus diesem Grunde erhielten alle einbezogenen Patienten der drei psychiatrischen Stationen innerhalb weniger Tage nach Aufnahme in die Klinik ein Patienteninformationsblatt zur Studie (siehe Anhang B) und die Einverständniserklärung zur Teilnahme an dieser (siehe Anhang C). Bei Erteilen des Einverständnisses wurde der FEPAA-E zur Bearbeitung ausgegeben. Kurz vor der Entlassung der Patienten aus der Klinik folgte eine zweite Testung, bei welcher eine wiederholte Bearbeitung des Fragebogens mögliche Veränderungen von Empathie, Prosozialität und Aggressionshemmung aufzeigen sollte.

Da bei vielen psychiatrischen Krankheitsbildern Antriebslosigkeit, Lustlosigkeit und Konzentrationsstörungen häufige Symptome darstellen, wurde für die Post-Messung eine verkürzte Version des FEPAA-E gewählt (siehe Anhang F). In diesem Zusammenhang wurden die ersten sechs Szenarien des ersten Teils des Fragebogens sowie die ersten sechs Szenen des zweiten Teils ausgewählt, auf alle anderen vorgegebenen Situationen sowie auf den gesamten dritten Teil wurde verzichtet. Die Post-Messung erlaubt demnach Aussagen über Empathie, Prosozialität und Aggressionslegitimation, nicht jedoch über Aggressionsneigung und Aggressionshemmung. Sowohl bei der Prä- als auch bei der Postmessung sollten die Probanden ihr Geschlecht, ihr Alter sowie das aktuelle stationäre Setting (offen versus geschlossen) angeben. Um eine anschließende Zuweisung der bearbeiteten FEPAA-E-Bögen zu den Probanden machen zu können und aggressive und nichtaggressive Probanden hinsichtlich ihrer Selbsteinschätzung mittels FEPAA-E vergleichen zu können, wurden alle ausgefüllten Fragebögen mit einem Patientencode versehen.

Checkliste zur Fremdbeurteilung von Aggression und Aggressivität

Um das Problem etwaiger Non-Responder zu berücksichtigen, wurde zudem bei allen aufgenommenen Patienten sowohl unmittelbar nach Aufnahme, als auch kurz vor Entlassung aus der stationären Behandlung ein selbst erstelltes Fremdbeurteilungsverfahren, die Checkliste zur Fremdbeurteilung von Aggression und Aggressivität (siehe Anhang G), eingesetzt. Die Checkliste sollte dabei vom jeweils zuständigen Arzt ausgefüllt werden. Mit Hilfe dieses Fremdbeurteilungsinstruments können für jeden Patienten aktuelle Angaben wie z. B. verschiedene Aspekte des psychopathologischen Befunds erhoben sowie Aussagen zu früheren aggressiven Verhaltensweisen gemacht werden. Um schließlich auch einen klinischen Bezug zum Schweregrad der vorliegenden Erkrankung und zur damit einhergehenden Funktionseinschränkung herzustellen, wurde der GAF-Wert (Global Assessment of Functioning Scale), welcher routinemäßig in der Aufnahme- und Entlassungs-Basisdokumentation erfasst wird, ebenfalls in die Checkliste eingetragen. Mit Hilfe der GAF-Skala (siehe Anhang H), welche mittlerweile aus dem psychiatrischen Klinikalltag nicht mehr wegzudenken ist, werden die aktuellen psychischen, sozialen und beruflichen Funktionsbereiche mit Punktwerten auf einer Skala von Null (unzureichende Information) bis Hundert (hervorragende Leistungsfähigkeit) bewertet.

Die Checkliste beinhaltet neben dem GAF-Wert insgesamt 17 verschiedene psychische Krankheitssymptome, welche teilweise aus der Positiv and Negativ Syndrom Scale (PANSS), einem standardisierten, halbstrukturierten Interviewleitfaden stammen und welche ebenfalls auf einer siebenstufigen Analogskala (überhaupt nicht ausgeprägt bis stark ausgeprägt) beurteilt werden sollen. Aus der Positivskala der PANSS wurden folgende Symptome entnommen: Wahnideen, Halluzinationen, leichte Erregbarkeit, Misstrauen und Feindseligkeit. Aus der allgemeinen Psychopathologiekala der PANSS wurden Gespanntheit, mangelnde Compliance, Desorientiertheit, mangelnde Urteils- und Einsichtsfähigkeit sowie Impulsivität mit in die Checkliste aufgenommen. Zudem interessierte eine Reihe weiterer Krankheitsanzeichen, welche zusätzlich in der Checkliste enthalten sind, wie mangelnde Frustrationstoleranz, mangelnde Affektkontrolle, Unruhe, mangelnde Krankheitseinsicht, gewalttätige Phantasien sowie die ärztliche Einschätzung der aktuellen Fremd- und Selbstaggressivität des Patienten.

Des Weiteren wurden sowohl Angaben über Selbstgefährdung in der Vergangenheit (keine Selbstgefährdung, vorsätzliche Selbstschädigung ohne Suizidabsicht, Suizidversuch, vorsätzliche Selbstschädigung und Suizidversuch) als auch über erfolgten Sucht-

mittelmissbrauch (kein Suchtmittelmissbrauch, Suchtmittelmissbrauch in Vorgeschichte, vor jetzigem Aufenthalt, in Vorgeschichte und vor jetzigem Aufenthalt) gemacht. Als weitere wichtige Information wurde die Fremdgefährdung der Patienten in der Vorgeschichte erhoben (keine Fremdgefährdung, nur bedrohliches Verhalten ohne Täglichkeiten, leichte Körperverletzung/Ohrfeigen, Sachbeschädigung fremder Sachen, Sachbeschädigung eigener Sachen, Sachbeschädigung eigener und fremder Sachen, schwere Körperverletzung/Waffengebrauch, leichte Körperverletzung und Sachbeschädigung, schwere Körperverletzung und Sachbeschädigung).

Um eine mögliche Veränderung der oben genannten Krankheitssymptome abbilden zu können, wurden für die Prä- und Postmessung jeweils die gleichen Versionen der Checkliste eingesetzt. Allerdings wurde bei der Postmessung darauf verzichtet, zum wiederholten Mal die Informationen hinsichtlich Selbst- und Fremdgefährdung in der Vergangenheit sowie den Suchtmittelmissbrauch anamnestisch zu erheben. Die siebenstufig bewerteten Items der Prä- und Postmessung beziehen sich immer auf die Ausprägung der Krankheitssymptome zum Zeitpunkt der Erhebung. Auch hier wurden die Checklisten jedes Patienten wiederum mit Patientencode versehen, um im Anschluss zwischen Aggressiven und Nichtaggressiven unterscheiden zu können.

3.1.3.3 Dokumentation von Epidemiologie und Kennzeichen gewalttägigen Patientenverhaltens

Da diese Studie unter anderem das Ziel verfolgte, sowohl Häufigkeit als auch verschiedene Aspekte aggressiven Patientenverhaltens zu evaluieren, sollte hierfür ein einheitlicher Dokumentationsbogen entwickelt werden. Aufgrund unterschiedlicher Informationsquellen, welche in den bereits vorliegenden Forschungsarbeiten zur Erfassung gewalttätigen Verhaltens eingesetzt wurden, kommt es immer wieder zu divergierenden Ergebnissen.

So schwanken die Häufigkeitsangaben enorm (vgl. Kapitel 1), wobei die höchsten Werte mit sensiblen Messverfahren wie der Staff Observation Aggression Scale und der Overt Aggression Scale erhoben wurden (Schanda & Taylor, 2001). Jedoch zeigt sich bei einer kritischen Durchsicht der zu dieser Thematik verfügbaren Studien, dass sich die Mehrheit auf Verfahren wie die SOAS-R oder OAS (siehe jeweils Anhang J, K)

stützt. Um die in dieser Arbeit gewonnenen Ergebnisse mit schon vorliegenden Informationen vergleichen zu können, sollten deshalb bereits verfügbare deutschsprachige Versionen von OAS und SOAS-R die Grundlage für den standardisierten Dokumentationsbogen bilden. Während bei der OAS die Form der Aggression sowie die nachfolgenden therapeutischen Interventionen im Mittelpunkt stehen, liegt der Fokus der SOAS-R auf der Dokumentation von Auslösern, Hilfsmitteln, Opfern, Konsequenzen und Interventionen. Mit Hilfe der SOAS-R können nicht nur Häufigkeit, verschiedene Formen von Gewalt (verbale und physische Aggression) und der Kontext, in welchem sich aggressives Verhalten ereignet, erfasst werden, sondern auch mittels errechnetem Summenscore der Schweregrad der Gewalt angegeben werden. Die revidierte Fassung der SOAS ermöglicht mittels eines validierten Punktesystems nun Gesamtscores zwischen 0 bis maximal 22 Punkte (0-7 leichte Aggressionsausprägung, 8-15 mittelgradige Aggressionsausprägung, 16-22 schwere Aggressionsausprägung).

Jedoch interessierte zudem eine Reihe weiterer Faktoren, die nicht in der Staff Observation Aggression Scale-Revised und der Overt Aggression Scale enthalten sind. Diese wurden mit einem separaten Abschnitt des Dokumentationsbogens erhoben. Dazu zählen unter anderem: Information über weitere Interventionen, Dauer der Intervention, Häufigkeit (einmalig oder intermittierend), Aggressionsursachen (z. B. Psychopathologie, Konflikte), Motive aggressiven Verhaltens (z. B. Angst, Verkennung), Merkmale der betroffenen Mitarbeiter (Alter, Geschlecht, Berufserfahrung in Jahren) sowie Informationen über Medikamenteneinnahme (Einnahme wie verordnet, unregelmäßig, selbstständig abgesetzt) und eventuelle weitere Probleme der Psychopharmakotherapie (keine besonderen Probleme, Therapieresistenz/mangelnde Wirkung, erhebliche unerwünschte Arzneimittelwirkung, mangelnde Compliance).

Der Dokumentationsbogen sollte somit Aufschluss über verschiedene Patienten- und Mitarbeitermerkmale, institutionelle Rahmenbedingungen sowie situative Aspekte geben und die Vorfälle aggressiven Verhaltens auf standardisierte Weise abbilden.

Genauso wie für die ärztliche Fremdeinschätzung von Aggressivität und den damit verbundenen Krankheitssymptomen mit Hilfe der im letzten Punkt vorgestellten Checkliste, wurde auch für die Längsschnitterhebung über Art und Häufigkeit gewalttätigen Patientenverhaltens ein Zeitraum von sechs Monaten anberaumt. Innerhalb dieses Untersuchungszeitraums wurden alle aggressiven Zwischenfälle auf den drei einbezogenen Stationen erfasst. Es wurde das Ziel verfolgt, nach dem Auftreten gewalttätigen Patientenverhaltens Art und Umstände in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang standar-

disiert zu erheben. Dabei ist der hierfür erstellte Dokumentationsbogen zum Einsatz gekommen, mit dessen Hilfe die von den Aggressionen betroffenen und diesbezüglich anwesenden Mitarbeiter möglichst in den zwei darauf folgenden Tagen befragt wurden. So flossen die Antworten des Personals und auch Informationen über die aggressiven Vorfälle (z. B. erfolgte Interventionen, Dauer der Fixierungen) aus den Patientenakten in die Dokumentation mit ein.

3.2 Stichprobe

3.2.1 Rekrutierung der Stichprobe und Zuordnung der Probanden zu den Untersuchungsgruppen

Die vorliegende Studie wurde hinsichtlich der Durchführung aller verwendeten Erhebungsinstrumente (Kurz- und Langversion des FEPAA-E, Checkliste zur Fremdbeurteilung von Aggression und Aggressivität, neurobiologische Parameter, Dokumentationsbogen zur Epidemiologie aggressiver Situationen) von der Ethikkommission der Universität Regensburg geprüft und genehmigt.

Die in die Analyse einbezogenen Personen rekrutierten sich alle aus psychiatrischen Patienten der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Regensburg am Bezirksklinikum (Medizinische Einrichtungen Oberpfalz GmbH). In den Kreis der untersuchten Probanden wurden diejenigen einbezogen, welche innerhalb des halbjährigen Zeitraumes vom 26.01.2007 bis einschließlich 25.07.2007 auf eine der beiden offenen allgemeinpsychiatrischen Stationen oder auf eine beschützte allgemeinpsychiatrische Station stationär aufgenommen wurden. Die Auswahl erfolgte dabei über die Stationsjahresplaner der drei beteiligten Stationen, in welchen die täglichen Neuaufnahmen mit entsprechendem Datum vermerkt waren.

Die gezogene Stichprobe erfüllt nicht die Kriterien einer Zufallsstichprobe, denn die ausgewählten Personen mussten folgende Einschlusskriterien erfüllen:

1. Mindestalter 18 und Höchstalter bis 75 Jahre
2. Vorliegen mindestens einer psychiatrischen Diagnose (nach ICD-10)

3. Vollstationäre Behandlung auf einer der drei ausgewählten allgemeinpsychiatrischen Stationen

Die Einteilung der Probanden erfolgte in zwei Untersuchungsgruppen. Als Zuteilungskriterium war dabei die Tatsache ausschlaggebend, ob der Patient in der Zeit des stationären Aufenthaltes aggressiv auffällig wurde (verbal und/oder tätlich aggressiv). Somit wird in dieser Studie zwischen den zwei Probandenstichproben „Aggressive“ und „Nichtaggressive“ differenziert.

3.2.2 Beschreibung der Stichprobe

In die vorliegende Studie gingen die Datensätze von insgesamt 223 Personen ein. Die Gruppe der „Nichtaggressiven“ umfasst 156, die Gruppe der „Aggressiven“ 67 Probanden. Während des halbjährigen Erhebungszeitrahmens wurden insgesamt 30,04 % der Patienten der drei einbezogenen Stationen aggressiv auffällig, während 69,96 % kein gewalttägliches Verhalten zeigten.

Die soziodemographischen und krankheitsrelevanten Daten wurden, wie schon im Kapitel 3.1.3.1 erwähnt, aus den jeweiligen Patientenakten entnommen sowie mittels der verschiedenen Fragebögen und Dokumentationsbögen erfasst. Für jeden Patienten konnten immer alle soziodemographischen und krankheitsrelevanten Daten erhoben werden, so dass die Gesamtzahl der Probanden bezüglich einzelner Variablen nicht variiert.

3.2.2.1 Soziodemographische Daten

Geschlecht

Wie Tabelle 3.1 zeigt, sind in der Stichprobe insgesamt mehr Männer als Frauen vertreten. So sind 59,19 % (N = 132) der Probanden männlich, 40,81 % (N = 91) weiblich. In der Gruppe der Nichtaggressiven sind 87 Männer und 69 Frauen, in der Gruppe der Aggressiven 45 Männer und 22 Frauen zu finden.

Tabelle 3.1: Anzahl von Männern und Frauen in den einzelnen Gruppen

	Nichtaggressive	Aggressive	gesamt
Männer	87	45	132
Frauen	69	22	91
gesamt	156	67	223

Alter

Die Probanden sind im Durchschnitt 40,19 Jahre alt ($SD = 11,67$). Wie aus Tabelle 3.2 hervorgeht, liegen gruppenspezifisch betrachtet die Nichtaggressiven mit durchschnittlich 40,97 Jahren ($SD 11,91$) leicht über dem Durchschnittsalter, die Aggressiven mit durchschnittlich 38,37 Jahren ($SD 10,94$) leicht darunter. Diese Abweichungen sind jedoch nicht signifikant.

Tabelle 3.2: Durchschnittsalter in den einzelnen Gruppen

	Nichtaggressive	Aggressive	gesamt
M	40,97	38,37	40,19
SD	11,91	10,94	11,67

Auch bei Aufteilung in vier Altersgruppen (vgl. Tabelle 3.3) zeigt sich, dass die Anzahl der Probanden in den einzelnen Altersgruppen relativ ähnlich verteilt ist.

Tabelle 3.3: Aufteilung der Altersgruppen auf die einzelnen Gruppen

	Nichtaggressive	Aggressive	gesamt
bis 30	38	19	57
31 bis 40	39	19	58
41 bis 50	39	17	56
ab 51	40	12	52
gesamt	156	67	223

Personenstand

Den Angaben der Patienten hinsichtlich ihres Personenstandes (vgl. Tabelle 3.4) nach, sind 73,54 % der Probanden (N = 164) ledig, 17,49 % (N = 39) verheiratet, 1,79 % (N = 4) verwitwet und 7,17 % (N = 16) geschieden.

Tabelle 3.4: Personenstand in den einzelnen Gruppen

	Nichtaggressive	Aggressive	gesamt
Ledig	104	60	164
Verheiratet	35	4	39
Verwitwet	4	0	4
Geschieden	13	3	16
gesamt	156	67	223

Wohnsituation

Die Wohnsituation der Probanden lässt sich nach Tabelle 3.5 folgendermaßen beschreiben: Demnach leben 36,77 % (N = 82) der Probanden alleine, 20,63 % (N = 46) bei den Eltern, 23,32 % (N = 52) mit dem eigenen Partner bzw. der eigenen Familie zusammen, während 15,70 % (N = 35) in einem offenen Wohnheim, 0,45 % (N = 1) in einem geschlossenen Wohnheim und 3,14 % (N = 7) in einem betreuten Wohnen leben.

Tabelle 3.5: Wohnsituation in den einzelnen Gruppen

	Nichtaggressive	Aggressive	gesamt
Allein lebend	55	27	82
Bei Eltern	34	12	46
Mit Partner/eigener Familie	42	10	52
Offenes Wohnheim	22	13	35
Geschlossenes Heim	0	1	1
Betreutes Wohnen	3	4	7
gesamt	156	67	223

Schulbildung und Schulabschluss

Auch die Art der Schulbildung wurde bei jedem Patienten erhoben. Demzufolge besuchten 0,45 % (N = 1) die Sonderschule, 46,19 % (N = 103) die Hauptschule und 12,11 % (N = 27) die Hauptschule mit qualifiziertem Abschluss, während 34,53 % (N = 77) die Realschule und 6,73 % (N = 15) das Gymnasium besuchten. Über die Hälfte der Personen (58,74 %) gehören somit der unteren Bildungsschicht an.

Tabelle 3.6: Art der Schulbildung in den einzelnen Gruppen

	Nichtaggressive	Aggressive	gesamt
Sonderschule	1	0	1
Hauptschule	66	37	103
Hauptschule (qualifizierter Abschluss)	21	6	27
Realschule	55	22	77
Gymnasium	13	2	15
gesamt	156	67	223

Tabelle 3.7 zeigt die Häufigkeit der Schulabschlüsse in den beiden Gruppen. Insgesamt geben 89,69 % (N = 200) an, die Schule mit einem Abschluss absolviert zu haben, während 10,31 % (N = 23) keinen Schulabschluss aufweisen.

Tabelle 3.7: Schulabschluss in den einzelnen Gruppen

	Nichtaggressive	Aggressive	gesamt
Ohne Abschluss	15	8	23
Schule mit Abschluss beendet	141	59	200
gesamt	156	67	223

Berufsausbildung und aktuelle berufliche Situation

Des Weiteren wurden die Berufsausbildung der Probanden sowie deren aktuelle berufliche Situation erfasst. Dabei zeigte sich, dass 28,70 % (N = 64) keine abgeschlossene Berufsausbildung aufweisen, während 71,30 % (N = 159) die Lehre oder das Studium beendet haben.

Tabelle 3.8: Ausbildungsstand in den einzelnen Gruppen

	Nichtaggressive	Aggressive	gesamt
Ohne Lehre oder Studium	40	24	64
Abgeschlossene Lehre oder Studium	116	43	159
gesamt	156	67	223

Wie aus Abbildung 3.1 hervorgeht, waren insgesamt 34,08 % (N = 76) der Probanden vor der stationären Aufnahme arbeitslos und 9,42 % (N = 21) arbeiteten bis zu diesem Zeitpunkt an einem beschützten Arbeitsplatz. 22,42 % (N = 50) der Patienten gaben an, aktuell auf dem ersten Arbeitsmarkt tätig zu sein, während sich 28,70 % (N = 64) bereits in Rente/Pension oder Frührente befinden. Weitere 5,38 % (N = 12) standen zu diesem Zeitpunkt mitten in der beruflichen Ausbildung.

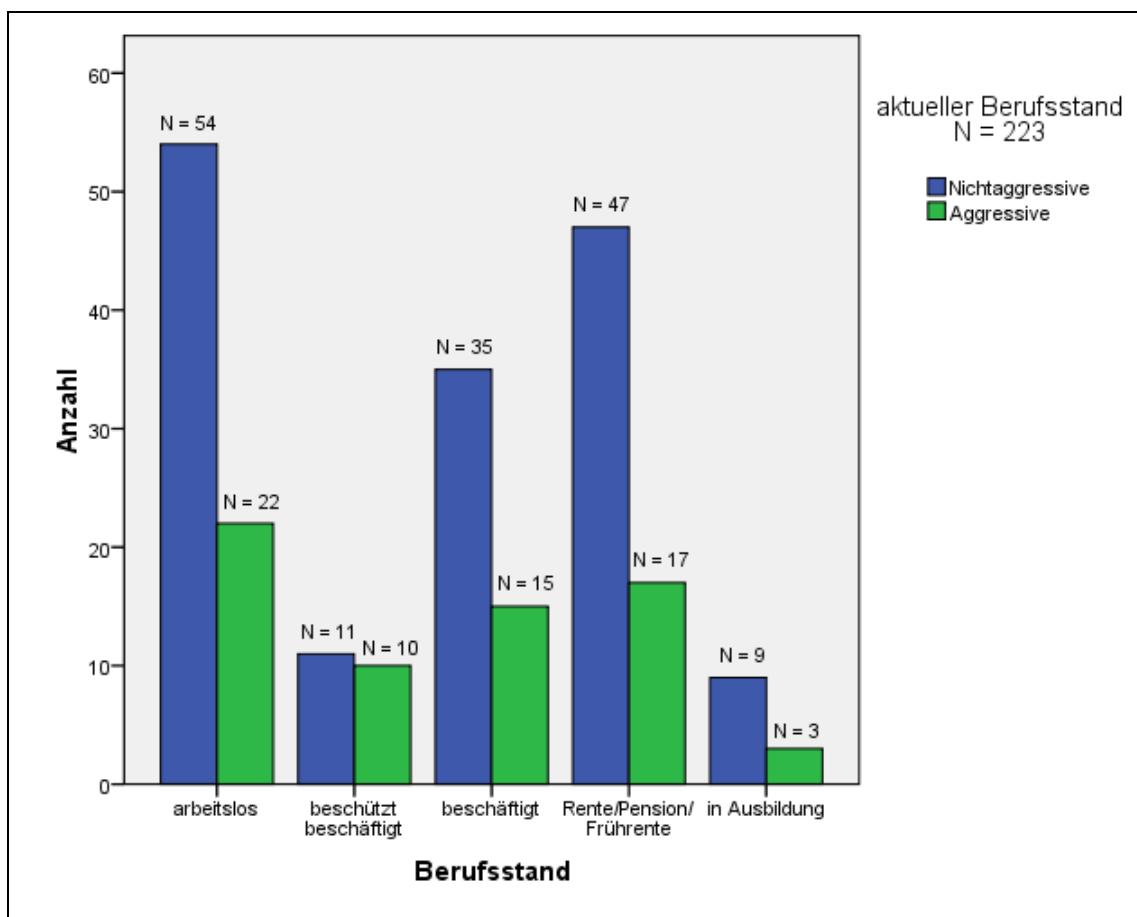


Abbildung 3.1: Aktueller Berufsstand in den einzelnen Gruppen vor der stationären Aufnahme

3.2.2.2 Krankheitsbezogene Daten

Auch die krankheitsbezogenen Daten wurden aus den aktuellen Patientenkurven der jeweiligen Stationen entnommen.

Art der Aufnahmestation

Wie Tabelle 3.9 zeigt, wurden mehr Patienten zu Beginn des stationären Aufenthalts auf die beschützte Station als auf die beiden offenen Stationen aufgenommen. Insgesamt wurden 51,57 % (N = 115) auf die geschlossene Station eingewiesen, während sich 48,43 % (N = 108) auf eine der beiden offenen Stationen aufnehmen ließen bzw. aufgenommen wurden.

Tabelle 3.9: Art der Aufnahmestation in den einzelnen Gruppen

	Nichtaggressive	Aggressive	gesamt
Offene Station	86	22	108
Beschützte Station	70	45	115
gesamt	156	67	223

Aufenthaltsstatus

Hinsichtlich des Aufenthaltsstatus zu Beginn der psychiatrischen Behandlung zeigte sich (vgl. Tabelle 3.10) folgendes Verhältnis: So befanden sich 65,47 % (N = 146) der Patienten freiwillig auf einer der drei einbezogenen Stationen, während bei 19,28 % (N = 43) ein Aufenthaltsstatus nach UBG und bei 15,25 % (N = 34) nach BGB vorlag. Unter Aufenthaltsstatus nach BGB wird eine freiheitsentziehende Maßnahme nach Betreuungsrecht (§ 1906 BGB) verstanden, die bei Eigengefährdung des Betroffenen aufgrund einer Lebens- oder erheblichen Gesundheitsgefahr zur Anwendung kommt. Von einem Aufenthaltsstatus nach Unterbringungsgesetz (UBG) spricht man bei Einweisung in eine psychiatrische Klinik bei Gefährdung der öffentlichen Sicherheit.

Tabelle 3.10: Aufenthaltsstatus in den einzelnen Gruppen bei stationärer Aufnahme

	Nichtaggressive	Aggressive	gesamt
Freiwillig	112	34	146
UBG	25	18	43
BGB	19	15	34
gesamt	156	67	223

Bestehen einer Betreuung

Von den einbezogenen Patienten wiesen 53,81 % (N = 120) keinen Betreuer auf, während bei insgesamt 46,19 % (N = 103) eine Betreuung bestand. Dabei wurde jedoch nicht weiter zwischen den einzelnen Aufgabenkreisen der Betreuer (z. B. Sorge für Gesundheit, Vermögen, Wohnungsangelegenheiten, Aufenthaltsbestimmungsrecht) nach Betreuungsrecht unterschieden.

Tabelle 3.11: Bestehen einer Betreuung in den einzelnen Gruppen

	Nichtaggressive	Aggressive	gesamt
Kein Betreuer	87	33	120
Eingerichtete Betreuung	69	34	103
gesamt	156	67	223

Anzahl stationär psychiatrischer Voraufenthalte

Nach Vermerk in den einzelnen Patientenakten befanden sich insgesamt 18,83 % (N = 42) der Probanden erstmals in stationär psychiatrischer Behandlung, während es sich bei der Mehrheit mit 81,17 % (N = 181) um einen wiederholten stationär psychiatrischen Aufenthalt handelte.

Tabelle 3.12: Anzahl stationär psychiatrischer Voraufenthalte in den einzelnen Gruppen

	Nichtaggressive	Aggressive	gesamt
Erstaufnahme	35	7	42
Wiederholte Aufnahme	120	60	181
gesamt	156	67	223

Stationäre Verweildauer in Tagen

Der stationäre Aufenthalt der Probanden betrug im Durchschnitt 35,97 Tage (SD = 23,74). Wie aus Tabelle 3.13 hervorgeht, verweilten die Nichtaggressiven sowie die Aggressiven in etwa gleich viele Tage auf den beiden offenen Stationen ($M = 23,95$, SD = 21,16). Gruppenspezifisch betrachtet befanden sich jedoch die Aggressiven mit durchschnittlich 21,76 Tagen (SD 21,76) länger auf der beschützten Station als die Nichtaggressiven mit durchschnittlich 7,96 Tagen (SD 13,25).

Tabelle 3.13: Durchschnittliche stationäre Verweildauer in Tagen in den einzelnen Gruppen

	Nichtaggressive	Aggressive	gesamt
Verweildauer gesamt	32,05 (SD 18,72)	45,10 (SD 30,85)	35,97 (SD 23,74)
Verweildauer auf offen	24,10 (SD 19,07)	23,61 (SD 25,54)	23,95 (SD 21,16)
Verweildauer auf geschlossen	7,96 (SD 13,25)	21,76 (SD 21,76)	12,11 (SD 17,42)

Art der Entlassung und Entlassungsstation

Wie aus den Tabellen 3.14 und 3.15 hervorgeht, wurden 96,86 % ($N = 216$) der Patienten regulär entlassen, während 1,35 % ($N = 3$) entwichen und 1,79 % ($N = 4$) auf eine andere Station innerhalb des Bezirksklinikums verlegt wurden.

Zudem wird ersichtlich, dass zwar die Mehrheit der Probanden mit 82,06 % ($N = 183$) von einer der beiden offenen Stationen nach Hause entlassen wurde, jedoch auch ein Anteil von 17,94 % ($N = 40$) direkt von der beschützten Station den psychiatrischen Aufenthalt beendete.

Tabelle 3.14: Art der Entlassung in den einzelnen Gruppen

	Nichtaggressive	Aggressive	gesamt
Regulär	151	65	216
Entwichen	3	0	3
Auf andere Station verlegt	2	2	4
gesamt	156	67	223

Tabelle 3.15: Art der Entlassungsstation in den einzelnen Gruppen

	Nichtaggressive	Aggressive	gesamt
Offene Station	134	49	183
Beschützte Station	22	18	40
gesamt	156	67	223

Psychiatrische Diagnosen nach ICD-10 und Komorbidität

Die Diagnosen wurden ebenfalls aus den jeweiligen Patientenakten entnommen und unter Verwendung der 10. Revision des international verbreiteten Klassifikationssystems „International Classification of Diseases“ (ICD-10) vom jeweils zuständigen Psychiater im Aufnahmegeräusch gestellt. Betrachtet man die Auftretenshäufigkeit der psychiatrischen Diagnosen, so hatte die Mehrheit mit insgesamt 89,24 % (N = 199) der Probanden nur eine Diagnose, während bei 10,76 % (N = 24) zwei oder mehr Diagnosen vorlagen.

Tabelle 3.16: Auftretenshäufigkeit psychiatrischer Diagnosen in den einzelnen Gruppen

	Nichtaggressive	Aggressive	gesamt
Eine psychiatrische Diagnose	138	61	199
Zwei psychiatrische Diagnosen	18	5	23
Drei psychiatrische Diagnosen	0	1	1
gesamt	156	67	223

Teilt man die Probanden, bei welchen nur eine psychiatrische Diagnose gestellt wurde (N = 199, davon 138 Nichtaggressive und 61 Aggressive), in sieben verschiedene Klassifikationsgruppen ein, so waren am häufigsten Schizophrenie, Schizotypen und Wahnhafte Störungen (74,37 % der Probanden, N = 148), gefolgt von Affektiven Störungen (12,56 % der Probanden, N = 25) und Neurotischen, Belastungs- und Somatoformen Störungen (6,03 % der Probanden, N = 12) vertreten.

Tabelle 3.17: Psychiatrische Diagnosen in den einzelnen Gruppen (nur Probanden mit einer psychiatrischen Diagnose sind aufgeführt)

Psychiatrische Diagnosen und dazugehörige ICD-10 Klassifikation	Nichtaggressive	Aggressive	gesamt
F0 Organische Störungen	3	1	4
F1 Abhängigkeitserkrankungen	1	0	1
F2 Schizophrenie, Schizotype und Wahnhafte Störungen	98	50	148
F3 Affektive Störungen	21	4	25
F4 Neurotische, Belastungs- u. Somatoforme Störungen	10	2	12
F6 Persönlichkeits- u. Verhaltensstörungen	5	4	9
gesamt	138	61	199

Betrachtet man die Komorbidität der vorliegenden psychiatrischen Diagnosen (vgl. Tabelle 3.18), so geht daraus hervor, dass Abhängigkeitserkrankungen (F1) am häufigsten gemeinsam mit Schizophrenie, Schizotypen und Wahnhafte Störungen (F2) auftraten (35,87 %, N = 8). Ansonsten traten Schizophrenie, Schizotype und Wahnhafte Störungen meist alleine auf. Affektive Störungen (F3) kamen sowohl mit Abhängigkeitserkrankungen und Schizophrenen Erkrankungen, als auch mit Neurotischen, Belastungs- und Somatoformen Störungen (F4) und Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6) vor. In der Gruppe der Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen fanden sich Komorbiditäten zu den Diagnosegruppen F1 bis F4.

Tabelle 3.18: Komorbidität psychiatrischer Diagnosen

Diagnosen	F0	F1	F2	F3	F4	F6	andere
F0	0	0	0	0	1 (1/0)	0	0
F1	0	0	8 (5/3)	2 (1/1)	2 (1/1)	1 (1/0)	0
F2	0	8 (5/3)	0	1 (1/0)	0	1 (1/0)	1 (1/0)
F3	0	2 (1/1)	1 (1/0)	0	1 (1/0)	1 (1/0)	0
F4	1 (1/0)	2 (1/1)	0	1 (1/0)	0	2 (2/0)	0
F6	0	1 (1/0)	1 (1/0)	1 (1/0)	2 (2/0)	0	0
andere	0	0	1 (1/0)	0	0	0	1 (1/0)

Anmerkungen: Die erste in der Klammer angegebene Ziffer gibt die Zahl der Nichtaggressiven an, die zweite Ziffer die Zahl der Aggressiven.

Im Folgenden sind alle einzelnen Diagnosen, die aus den verschiedenen Klassifikationsgruppen in der Stichprobe vertreten sind, noch einmal überblicksartig dargestellt:

- Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen:

Organische wahnartige Störungen, organische affektive Störungen, organische Persönlichkeitsstörung, organisches Psychosyndrom

- Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen:

Akute Alkoholintoxikation, schädlicher Alkoholgebrauch, Alkoholabhängigkeitssyndrom, Opioidabhängigkeitssyndrom, Polytoxikomanie (wird wie eine Störung behandelt)

- Schizophrenie, schizotype und wahnartige Störungen:

paranoide Schizophrenie, hebephrene Schizophrenie, katatone Schizophrenie, postschizophrene Depression, schizophenes Residuum, nicht näher bezeichnete Schizophrenie, akute vorübergehende psychotische Störungen, schizoaffektive Störungen

- Affektive Störungen:

bipolare affektive Störung, depressive Episode, rezidivierende depressive Störungen

- Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen:

Panikstörung, Zwangsstörung, akute Belastungsreaktion, posttraumatische Belastungsstörung, Anpassungsstörung, nicht näher bezeichnete neurotische Störung

- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen:

emotional instabile Persönlichkeitsstörung, dissoziale Persönlichkeitsstörung, schizoide Persönlichkeitsstörung, histrionische Persönlichkeitsstörung, sonstige näher bezeichnete Persönlichkeitsstörung, kombinierte und sonstige Persönlichkeitsstörungen

- „Andere Störungen“:

einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung

Verlegung während des Aufenthaltes

Bei jedem Patienten wurde des Weiteren erhoben, wie oft und aus welchem Grund es zu einer Verlegung in der Zeit des stationären Aufenthalts kam (vgl. Tabelle 3.19 und 3.20). Betrachtet man die Gruppe der Aggressiven, so zeigt sich, dass insgesamt 50,75 % (N = 34) verlegt worden waren, 7,46 % (N = 5) sogar zwei- bzw. mehrfach. Bei den Nichtaggressiven kam es im Vergleich bei nur 33,97 % (N = 53) zum Stationswechsel, bei 3,85 % (N = 6) zum wiederholten Male.

Tabelle 3.19: Anzahl der stationären Verlegungen in den einzelnen Gruppen während des Aufenthaltes

	Nichtaggressive	Aggressive	gesamt
Keine Verlegung	103	33	136
Eine Verlegung	47	29	76
Zwei oder mehr Verlegungen	6	5	11
gesamt	156	67	223

Betrachtet man die in den Patientenakten angegebenen Verlegungsgründe (vgl. Tabelle 3.20), so zeigt sich folgendes Zahlenverhältnis: Die Mehrheit der Verlegungen, 86 % (N = 86), erfolgte auf Grund einer Besserung der psychischen Symptomatik. Hingegen wurde bei 5 % (N = 5) Selbstgefährdung, bei 6 % (N = 6) Fremdgefährdung und schließlich bei 3 % (N = 3) Selbst- und Fremdgefährdung als Begründung der Notwendigkeit einer Verlegung auf eine andere Station angegeben.

Tabelle 3.20: Verlegungsgründe in den einzelnen Gruppen (über alle Verlegungen hinweg)

	Nichtaggressive	Aggressive	gesamt
Besserung	53	33	86
Selbstgefährdung	2	3	5
Fremdgefährdung	4	2	6
Selbst- und Fremdgefährdung	1	2	3

3.3 Datenauswertungsmethoden

Zur Beschreibung der Stichprobe wurden als statistische Kennwerte Mittelwert und Standardabweichung herangezogen, um die metrischen Variablen wie Alter der Probanden und deren stationäre Verweildauer darzustellen. Mit Hilfe von Kreuztabellen wurden nominal skalierte Daten (Geschlecht, Altersgruppe, Personenstand, Wohnsituation, Schulbildung und Schulabschluss, Ausbildungsstand, Art der Aufnahmestation, Aufenthaltsstatus, Bestehen einer Betreuung, Anzahl stationär psychiatrischer Voraufenthalte,

stationäre Verweildauer, Art der Entlassung und Entlassungsstation, Psychiatrische Diagnosen und deren Komorbidität, Verlegung während des Aufenthaltes) beschrieben, wobei die Stichprobe jeweils durch die absoluten Häufigkeiten sowie durch die entsprechenden Prozentwerte dargestellt wurde. Um das Kriterium „aktueller Berufsstand in den einzelnen Gruppen vor der stationären Aufnahme“ anschaulicher darzustellen, wurde hierfür ein Säulendiagramm verwendet.

Zur Überprüfung der Fragestellungen und Hypothesen kamen bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen folgende statistische Verfahren zum Einsatz: exakte Tests nach Fisher, Chi-Quadrat-Tests, nonparametrische Mann-Whitney-U-Tests, t-Tests für unabhängige Stichproben (einschließlich Kolmogorov-Smirnov-Tests und Levene-Tests zur Überprüfung der dafür notwendigen Voraussetzungen der Normalverteilung und der Varianzhomogenität), Produkt-Moment-Korrelationen nach Pearson, Diskriminanzanalysen sowie binär logistische Regression. Die Darstellung der erfassten aggressiven Vorfälle im stationären Setting erfolgte mit Hilfe von Kreuztabellen. Die endgültige Auswertung des Datenmaterials erfolgte mit Hilfe des Computerprogramms PASW Statistics, Version 17.

4 Darstellung der Ergebnisse

Um einen ersten Überblick zu gewährleisten und die Fülle an Resultaten strukturiert darzustellen, orientiert sich die nachfolgende Präsentation der Ergebnisse an der Reihenfolge der aufgestellten Fragestellungen und Hypothesen.

4.1 Prognostische Faktoren für Aggression: Worin unterscheiden sich Aggressive von Nichtaggressiven?

4.1.1 Überprüfung von Prognosefaktoren für aggressives Verhalten

Es wurde überprüft, hinsichtlich welcher Faktoren sich aggressive von nichtaggressiven Patienten unterscheiden und welche Variablen somit eine gewisse Vorhersagekraft für das Auftreten von gewalttätigem Verhalten in der Psychiatrie haben. Neben soziodemographischen Variablen interessierten diesbezüglich Variablen, welche mit der psychiatrischen Erkrankung der Patienten in Verbindung stehen.

Um die Frage nach einem möglichen Zusammenhang der einzelnen Faktoren mit dem Auftreten aggressiven Verhaltens überprüfen zu können, kamen folgende statistische Verfahren zum Einsatz: Bei nominal skalierten Daten wurden exakte Tests nach Fisher und Chi-Quadrat-Tests gerechnet, bei allen anderen Variablen t-Tests für unabhängige Stichproben und bei Nichterfüllen der Voraussetzungen von Normalverteilung (Überprüfung mittels Kolmogoroff-Smirnov-Test) und Varianzhomogenität (Überprüfung mittels Levene-Test) Mann-Whitney-U-Tests. Das Signifikanzniveau wurde bei allen Tests bei $p \leq 0,05$ festgelegt.

4.1.2 Soziodemographische Prognosefaktoren für aggressives Verhalten

Geschlecht und Alter

Vergleicht man die Gruppe der Aggressiven mit der Gruppe der Nichtaggressiven, so zeigt sich hinsichtlich der Variablen „Geschlecht“ ein tendenzieller Zusammenhang mit

dem Kriterium „aggressives Verhalten“ (exakter Test nach Fisher, $p = 0,074$), wonach bei spezifischer Betrachtung der standardisierten Residuen mehr Männer sowie weniger Frauen als erwartet gewalttätig auffällig werden. In der Gruppe der Nichtaggressiven verhält sich das Geschlechterverhältnis genau umgekehrt (Tabelle 4.1).

Tabelle 4.1: Geschlechtsverteilung in den Gruppen

	Männer	Frauen	gesamt
Nichtaggressive	87	69	156
Aggressive	45	22	67
gesamt	132	91	223

Die Stichprobe wurde in vier Alterskategorien unterteilt (bis 30, 31 bis 40, 41 bis 50, ab 51). Die Ähnlichkeiten der Häufigkeitsverteilungen in Tabelle 4.2 verdeutlichen, dass das Kriterium „Alter“ in dieser Untersuchung nicht als Prognosefaktor für aggressives Patientenverhalten identifiziert werden konnte ($\chi^2 = 1,70$, $p = 0,637$). Aggressive unterscheiden sich somit hinsichtlich ihres Alters nicht signifikant von Nichtaggressiven.

Tabelle 4.2: Altersgruppen, nach Nichtaggressiven und Aggressiven unterteilt

	bis 30	31 bis 40	41 bis 50	ab 51	gesamt
Nichtaggressive	38	39	39	40	156
Aggressive	19	19	17	12	67
gesamt	57	58	56	52	223

Familienstand und Wohnsituation

Um den möglichen Einflussfaktor „Familienstand“ zu überprüfen, wurden aufgrund der kleinen Fallzahlen die verwitweten und geschiedenen Probanden mit der Gruppe der Ledigen zusammengefasst. Dabei zeigte sich, dass „Personenstand“ als Prognosefaktor in dieser Arbeit bzgl. des Kriteriums „aggressives Verhalten“ bestätigt werden konnte (exakter Test nach Fisher, $p = 0,002$), wonach signifikant mehr Alleinstehende (Ledige, Verwitwete, Geschiedene) als Verheiratete aggressiv auffällig wurden (vgl. Tabelle 4.3).

Tabelle 4.3: Familienstand in den Gruppen

	Ledig/Verwitwet/Geschieden	Verheiratet	gesamt
Nichtaggressive	121	35	156
Aggressive	63	4	67
gesamt	184	39	223

Auch hinsichtlich der Variablen „Wohnsituation“ wurden aufgrund der geringen Fallzahlen in den Untergruppen „Geschlossenes Heim“ und „Betreutes Wohnen“ die dort gruppierten Probanden mit den Probanden, welche in einem offenen Wohnheim leben, zusammengefasst. Dabei konnten signifikante Zusammenhänge zwischen den Variablen „mit Partner/eigener Familie“ (exakter Test nach Fisher, $p = 0,036$) und „Heim“ (exakter Test nach Fisher, $p = 0,047$) und gewalttätigem Patientenverhalten gefunden werden. So leben nach Betrachtung der standardisierten Residuen mehr Aggressive im Heim und seltener mit dem Partner bzw. der eigenen Familie zusammen als Nichtaggressive. Hinsichtlich der beiden Variablen „Allein lebend“ (exakter Test nach Fisher, $p = 0,285$) und „bei Eltern“ (exakter Test nach Fisher, $p = 0,321$) konnte kein signifikanter Zusammenhang mit gewalttätigem Patientenverhalten nachgewiesen werden. Tabelle 4.4 zeigt die Häufigkeitsverteilungen in den Gruppen.

Tabelle 4.4: Wohnsituation in den Gruppen

	Allein lebend	Bei Eltern	Mit Partner/ eigener Fam.	Offenes Heim/ Geschlossenes Heim/ Betreutes Wohnen	gesamt
Nichtaggressive	55	34	42	25	156
Aggressive	27	12	10	18	67
gesamt	82	46	52	43	223

Bildungsniveau

Um die Voraussetzungen des Chi-Quadrat-Tests bezüglich der erforderlichen Fallzahlen zu erfüllen, wurden hinsichtlich der Variablen „Schulbesuch“ die Untergruppen „Sonderschule“ und „Hauptschule“ zu einer Gruppe zusammengefasst. Wie Tabelle 4.5 zeigt,

ähneln sich die Häufigkeitsverteilungen in der Gruppe der Aggressiven und der Nichtaggressiven in Bezug auf den Schulbesuch, wonach auch hier kein signifikanter Zusammenhang gefunden werden konnte ($\chi^2 = 2,55$, $p = 0,279$) und somit die Variable „Schulbesuch“ als Prognosefaktor für aggressives Patientenverhalten nicht geeignet ist.

Tabelle 4.5: Schulbesuch in den Gruppen

	Sonderschule/ Hauptschule	Realschule	Gymnasium	gesamt
Nichtaggressive	88	55	13	156
Aggressive	43	22	2	67
gesamt	131	77	15	223

Ähnlich wie bei der Variablen „Schulbesuch“ verhielt es sich hinsichtlich des Faktors „Schulabschluss“, wonach auch hier kein signifikanter Zusammenhang gefunden werden konnte und sich Aggressive somit diesbezüglich nicht von den Nichtaggressiven in dieser Untersuchung unterscheiden (exakter Test nach Fisher, $p = 0,380$). In Tabelle 4.6 sind noch einmal die Häufigkeitsverteilungen dargestellt.

Tabelle 4.6: Schulabschluss in den Gruppen

	Keinen Abschluss	Schule mit Abschluss beendet	gesamt
Nichtaggressive	15	141	156
Aggressive	8	59	67
gesamt	23	200	223

Berufsausbildung und aktuelle berufliche Situation

Als weitere mögliche Prognosefaktoren wurden die Variablen „Ausbildungsstand“ und „aktueller Berufsstand“ berücksichtigt. Dabei zeigte sich ein nur tendenzieller Zusammenhang zwischen dem Ausbildungsstand und dem Kriterium „aggressives Verhalten“ (exakter Test nach Fisher, $p = 0,085$), wonach bei spezifischer Betrachtung der standariserten Residuen etwas weniger Aggressive eine abgeschlossene Ausbildung aufweisen als erwartet wurde (vgl. Tabelle 4.7).

Bei Überprüfung möglicher Zusammenhänge zwischen den Variablen des aktuellen Berufstands und dem aggressiven Patientenverhalten konnte nur hinsichtlich der Variable „beschützt beschäftigt“ ein tendenziell signifikantes Ergebnis gefunden werden (exakter Test nach Fisher, $p = 0,059$), bei allen anderen Variablen konnten keine signifikanten Zusammenhänge berechnet werden: „arbeitslos“ (exakter Test nach Fisher, $p = 0,462$), „beschäftigt“ (exakter Test nach Fisher, $p = 0,571$), „Rente/Frührente/Pension“ (exakter Test nach Fisher, $p = 0,291$), „in Ausbildung“ (exakter Test nach Fisher, $p = 0,489$). Tabelle 4.8 zeigt die Häufigkeitsverteilungen.

Tabelle 4.7: Ausbildungsstand in den Gruppen

	Keine Lehre oder Studium	Abgeschlossene Lehre oder Studium	gesamt
Nichtaggressive	40	116	156
Aggressive	24	43	67
gesamt	64	159	223

Tabelle 4.8: Aktuelle berufliche Situation in den Gruppen

	arbeitslos	beschäftzt beschäftigt	beschäftigt	Rente/ Früh- rente/ Pension	in Ausbil- dung	gesamt
Nichtaggressive	54	11	35	47	9	156
Aggressive	22	10	15	17	3	67
gesamt	76	21	50	64	12	223

Aus den berechneten Werten wird ersichtlich, dass von den soziodemographischen Faktoren hinsichtlich der Variablen „Familienstand“, „Wohnsituation – mit Partner/Familie“, „Wohnsituation – Wohnheim“ ein signifikanter sowie hinsichtlich der Variablen „Geschlecht“, „Ausbildungsstand“ und „aktuelle berufliche Situation – beschützt beschäftigt“ ein tendenzieller Zusammenhang mit dem Kriterium „aggressives Verhalten“ nachgewiesen werden konnte.

Zwischen den übrigen Variablen (Altersgruppe, Wohnsituation – alleine lebend, – bei Eltern, Schulbesuch und Schulabschluss, aktuelle berufliche Situation – arbeitslos, –

beschäftigt, – in Rente, – in Ausbildung) und dem gewalttätigen Patientenverhalten konnten in dieser Studie keine signifikanten Zusammenhänge gefunden und diese Variablen somit nicht als Prognosefaktoren identifiziert werden.

4.1.3 Krankheitsbezogene Prognosefaktoren für aggressives Verhalten

Da aggressives Patientenverhalten oft in Verbindung mit der psychiatrischen Erkrankung und den Symptomen einer solchen steht, sollte ein besonderes Augenmerk in dieser Studie auf die im folgenden aufgeführten, möglichen Prognosefaktoren gerichtet werden.

Art der Aufnahmestation

Wird ein Vergleich der Aggressiven und Nichtaggressiven in Bezug auf das jeweilige stationäre Setting, in welches die Patienten zu Beginn ihres stationären Aufenthalts aufgenommen wurden, vorgenommen, so zeigt sich ein sehr signifikanter Zusammenhang (exakter Test nach Fisher, $p = 0,002$). Bei spezifischer Betrachtung der standardisierten Residuen wird ersichtlich, dass Aggressive im Gegensatz zu Nichtaggressiven deutlich häufiger auf die beschützte Station und deutlich seltener ins offene Setting aufgenommen werden. Tabelle 4.9 stellt die Häufigkeitsverteilungen dar.

Tabelle 4.9: Art der Aufnahmestation in den Gruppen

	Offene Station	Beschützte Station	gesamt
Nichtaggressive	86	70	156
Aggressive	22	45	67
gesamt	108	115	223

Aufenthaltsstatus

In diese Studie wurden sowohl Patienten eingeschlossen, welche sich freiwillig in das psychiatrische Krankenhaus aufnehmen ließen, als auch solche, bei denen freiheitsentziehende Maßnahmen im Rahmen der Unterbringung nach dem Betreuungsrecht (BGB)

oder nach dem Unterbringungsgesetz (UBG) griffen. Der Aufenthaltsstatus der Patienten wurde aus der jeweiligen Patientenkurve entnommen.

Auch hinsichtlich dieser Variable ließ sich ein sehr signifikanter Zusammenhang mit aggressivem Patientenverhalten berechnen ($\chi^2 = 9,23$, $p = 0,010$). Demnach sind im Vergleich zu den Nichtaggressiven deutlich mehr Aggressive zu Beginn des stationären Aufenthaltes nach dem Unterbringungsgesetz oder nach dem Betreuungsrecht untergebracht und haben sich seltener freiwillig in die stationäre psychiatrische Behandlung begeben. Tabelle 4.10 veranschaulicht die Häufigkeitsverteilungen in den Gruppen.

Tabelle 4.10: Aufenthaltsstatus in den Gruppen bei stationärer Aufnahme

	Freiwillig	UBG	BGB	gesamt
Nichtaggressive	112	25	19	156
Aggressive	34	18	15	67
gesamt	146	43	34	223

Vorliegen einer Betreuung

Bei Überprüfung eines Zusammenhangs zwischen der Variablen „Vorliegen einer Betreuung“ und dem Kriterium „aggressives Verhalten“ konnte kein signifikantes Ergebnis berechnet werden (exakter Test nach Fisher, $p = 0,227$). Aggressive sind somit nicht häufiger als Nichtaggressive betreuungsbedürftig (vgl. Tabelle 4.11). Aus diesem Grund stellt eine angeordnete oder bereits vorliegende Betreuung in dieser Untersuchung keinen signifikanten Prognosefaktor für aggressives Verhalten dar.

Tabelle 4.11: Bestehen einer Betreuung in den Gruppen

	Kein Betreuer	Eingerichtete Betreuung	gesamt
Nichtaggressive	87	69	156
Aggressive	33	34	67
gesamt	120	103	223

Anzahl stationär psychiatrischer Aufenthalte

Als Prognosefaktor für gewalttäiges Patientenverhalten hingegen konnte die Anzahl der stationären psychiatrischen Aufenthalte, welche ebenfalls aus den Patientenakten entnommen wurde, in dieser Studie identifiziert werden (exakter Test nach Fisher, $p = 0,025$). Demnach wurde deutlich, dass sich Aggressive wesentlich häufiger als Nichtaggressive bereits zum wiederholten Male in stationärer psychiatrischer Behandlung befinden. Dabei wurde jedoch nicht zwischen der Anzahl der wiederholten Aufenthalte spezifiziert. Tabelle 4.12 gibt die Häufigkeitsverteilungen wieder.

Tabelle 4.12: Anzahl stationär psychiatrischer Aufenthalte in den Gruppen

	Erstaufnahme	Wiederholte Aufnahme	gesamt
Nichtaggressive	35	121	156
Aggressive	7	60	67
gesamt	42	181	223

Stationäre Verweildauer

Um der Frage nachzugehen, ob die stationäre Verweildauer im Zusammenhang mit aggressivem Patientenverhalten steht, wurde im Folgenden versucht, dies mittels des nichtparametrischen Mann-Whitney-U-Tests zu berechnen, da die Voraussetzung der Varianzhomogenität, wie im t-Test gefordert, nicht gegeben war. Tabelle 4.13 zeigt die Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests zur Signifikanzprüfung von Mittelwertsvergleichen von den zwei unabhängigen Gruppen der Nichtaggressiven und Aggressiven hinsichtlich ihrer stationären Aufenthaltsdauer, getrennt nach Aufenthaltsdauer in Tagen gesamt, im offenen Setting und im geschlossenen Setting.

Tabelle 4.13: Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests zur Überprüfung von Unterschieden bzgl. der stationären Verweildauer in Tagen

	Mann-Whitney-U	p
Aufenthaltsdauer in Tagen gesamt	3646,50	0,000
Aufenthaltsdauer auf offener Station	4700,50	0,233
Aufenthaltsdauer auf geschlossener Station	3133,50	0,000

Aus Tabelle 4.13 wird ersichtlich, dass sich Aggressive von Nichtaggressiven sowohl hinsichtlich der längeren Gesamtdauer des stationären Aufenthaltes ($p = 0,000$) als auch bezüglich der längeren Verweildauer insbesondere im beschützten Setting ($p = 0,000$) unterscheiden. Dagegen verbringen Aggressive in etwa gleich viele Tage wie Nichtaggressive auf den offenen Stationen ($p = 0,233$). In Tabelle 4.14 sind die Mediane der Verweildauer, getrennt nach den verschiedenen stationären Settings und Gruppen, dargestellt.

Tabelle 4.14: Deskriptive Statistiken bzgl. der stationären Verweildauer in Tagen

		Median	N
Aufenthaltsdauer gesamt	Nichtaggressive	28,50	156
	Aggressive	43,00	67
	gesamt	31,00	223
Aufenthaltsdauer offen	Nichtaggressive	21,50	156
	Aggressive	16,00	67
	gesamt	20,00	223
Aufenthaltsdauer geschlossen	Nichtaggressive	0,00	156
	Aggressive	16,00	67
	gesamt	4,00	223

Art der Entlassung und Entlassungsstation

Neben der Aufnahmesituation interessierten zudem die Umstände der Entlassung der Probanden. Aufgrund der sehr geringen Fallzahlen in den Feldern „entwichen“ und „Verlegung auf eine andere Station“ wurden hinsichtlich der Art der Entlassung keine statistischen Zusammenhänge berechnet. Tabelle 4.15 zeigt die Häufigkeitsverteilungen in den beiden Gruppen.

Tabelle 4.15: Art der Entlassung in den Gruppen

	Regulär	Entwichen	Auf andere Station verlegt	gesamt
Nichtaggressive	151	3	2	156
Aggressive	65	0	2	67
gesamt	216	3	4	223

Betrachtet man allerdings die Art der Entlassungsstation (vgl. Tabelle 4.16), so wird ein signifikanter Zusammenhang deutlich. So werden aggressive Patienten deutlich häufiger als nichtaggressive Patienten direkt aus dem beschützten Setting nach Hause entlassen (exakter Test nach Fisher, $p = 0,020$).

Tabelle 4.16: Art der Entlassungsstation in den Gruppen

	Offene Station	Beschützte Station	gesamt
Nichtaggressive	134	22	156
Aggressive	49	18	67
gesamt	183	40	223

Psychiatrische Diagnosen und Komorbidität

Hinsichtlich des Krankheitsbildes der Patienten interessierte zum einen, ob sich die Anzahl der vorliegenden psychiatrischen Diagnosen nach ICD-10 zwischen den Aggressiven und den Nichtaggressiven unterscheidet, zum anderen, ob sich Zusammenhänge zwischen Art der Diagnose und aggressivem Patientenverhalten feststellen lassen. Aufgrund der zu geringen Fallzahlen in den einzelnen Diagnoseklassifikationsgruppen von Patienten mit Mehrfachdiagnosen wurde davon abgesehen, statistisch einen möglicherweise vorhandenen Zusammenhang zwischen aggressivem Patientenverhalten und Komorbidität psychiatrischer Diagnosen zu überprüfen.

Zur Berechnung eines möglichen Zusammenhangs zwischen Anzahl der psychiatrischen Diagnosen und gewalttätigen Patientenverhaltens wurden die Fälle in die zwei Gruppen „eine Diagnose“ und „zwei oder mehr Diagnosen“ unterteilt (vgl. Tabelle 4.17). Dabei zeigten sich keine signifikanten Ergebnisse (exakter Test nach Fisher, $p = 0,378$). Aggressive und Nichtaggressive unterscheiden sich also nicht hinsichtlich der Anzahl psychiatrischer Diagnosen.

Tabelle 4.17: Anzahl psychiatrischer Diagnosen in den Gruppen

	Eine Diagnose	Zwei oder mehr Diagnosen	gesamt
Nichtaggressive	138	18	156
Aggressive	61	6	67
gesamt	199	24	223

Auch hinsichtlich der Variablen „Art der psychiatrischen Diagnose nach ICD-10“ ließ sich kein signifikanter Zusammenhang mit aggressivem Patientenverhalten berechnen ($\chi^2 = 5,62$, $p = 0,345$). Somit unterscheiden sich Aggressive und Nichtaggressive in dieser Studie nicht hinsichtlich der bei ihnen diagnostizierten psychiatrischen Erkrankung (nur Probanden mit einer psychiatrischen Diagnose wurden in die Berechnung des Chi-Quadrat-Tests einbezogen). Berücksichtigt werden muss jedoch die Tatsache, dass die Voraussetzungen für die Berechnung des Chi-Quadrat-Tests für diese Tabelle nicht durchgehend gegeben waren, da die Erwartungswerte teilweise kleiner als fünf waren. Tabelle 4.18 veranschaulicht die Häufigkeitsverteilungen in den Gruppen.

Tabelle 4.18: Psychiatrische Diagnosen in den Gruppen

	F0	F1	F2	F3	F4	F6	gesamt
Nichtaggressive	3	1	98	21	10	5	138
Aggressive	1	0	50	4	2	4	61
gesamt	4	1	148	25	12	9	199

Anmerkungen:

- 1) nur Probanden mit einer psychiatrischen Diagnose sind aufgeführt.
- 2) F0 = Organische Störungen, F1 = Abhängigkeitserkrankungen, F2 = Schizophrenie, schizotyp und wahnhafte Störungen, F3 = Affektive Störungen, F4 = Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, F6 = Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen.

Verlegung während des Aufenthaltes

Wird ein Vergleich der Aggressiven und Nichtaggressiven in Bezug auf die Anzahl der notwendigen Verlegungen während des stationären Aufenthalts vom offenen Setting ins beschützte Setting oder umgekehrt angestrebt, so zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang ($\chi^2 = 6,29$, $p = 0,043$). Bei spezifischer Betrachtung der standardisierten Residuen wird ersichtlich, dass Aggressive im Gegensatz zu Nichtaggressiven deutlich häufiger verlegt wurden. Tabelle 4.19 stellt die Häufigkeitsverteilungen dar.

Tabelle 4.19: Anzahl der stationären Verlegungen in den Gruppen während des Aufenthaltes

	Keine Verlegung	Eine Verlegung	Zwei oder mehr Verlegungen	gesamt
Nichtaggressive	102	48	6	156
Aggressive	32	30	5	67
gesamt	134	78	11	223

Bei Betrachtung der ersten Verlegung zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen der Gruppe der Aggressiven und der Gruppe der Nichtaggressiven in Bezug auf das weiterbehandelnde stationäre Setting nach der Verlegung (exakter Test nach Fisher, $p = 0,497$). So wird sowohl die Mehrheit der Nichtaggressiven als auch die Mehrheit der Aggressiven bei der ersten Verlegung aus dem beschützten Setting auf eine der offenen Stationen verlegt. Tabelle 4.20 zeigt die Ähnlichkeiten der Häufigkeitsverteilungen. Wegen der geringen Fallzahlen bei zwei und mehr Verlegungen wurden diesbezüglich keine statistischen Zusammenhänge mit dem Kriterium „aggressives Verhalten“ berechnet.

Tabelle 4.20: Weiterbehandlungsstation bei erster Verlegung

	Verlegung auf offen	Verlegung auf geschlossen	gesamt
Nichtaggressive	48	6	54
Aggressive	32	3	35
gesamt	80	9	89

Aufgrund der ebenfalls geringen Fallzahlen in den Untergruppen „Selbstgefährdung“, „Fremdgefährdung“ und „Selbst- und Fremdgefährdung“ wurden im Weiteren keine statistischen Zusammenhänge bezüglich der angegebenen Verlegungsgründe und aggressivem Patientenverhalten berechnet. Insgesamt wurde eine Besserung der psychischen Symptomatik der Patienten für die Mehrheit der Verlegungen (bei 86 %) als Grund angegeben.

Glucose und Cholesterinwerte bei Aufnahme und bei Entlassung

Um die bereits in der Literatur diskutierten, bisher aber noch umstrittenen Zusammenhänge zwischen bestimmten neurobiologischen Parametern und aggressivem Patientenverhalten zu überprüfen, wurde im Folgenden versucht, mittels t-Tests für unabhängige Stichproben zu berechnen, ob sich Aggressiven von Nichtaggressiven hinsichtlich ihres Blutglucosespiegels und ihrer Serumcholesterinkonzentration sowohl bei Beginn des stationären Aufenthaltes als auch kurz vor Entlassung nach Hause signifikant unterscheiden. Tabelle 4.21 und 4.22 zeigen die Ergebnisse der t-Tests in der Gruppe der Nichtaggressiven und Aggressiven hinsichtlich des Blutglucosespiegels und der Serumcholesterinkonzentration bei Aufnahme und bei Entlassung. Aufgrund von fehlenden Laborwerten gingen nicht alle Probanden in die Analyse mit ein. Nach dem Kolmogorov-Smirnov-Test und dem Levene-Test waren die Voraussetzungen der Normalverteilung und der Varianzhomogenität erfüllt.

Tabelle 4.21: Ergebnisse der unabhängigen t-Tests zum Vergleich der Blutglucosespiegel bei Aufnahme und bei Entlassung

	N	t-Wert	df	Median	p
Bei Aufnahme	190 (134/56)	-0,07	188	91,50/89,50	0,941
Bei Entlassung	25 (16/9)	-0,19	23	87,50/100,00	0,848

Anmerkungen: Die erste in der Klammer angegebene Ziffer gibt die Zahl der Nichtaggressiven an, die zweite Ziffer die Zahl der Aggressiven. Genauso verhält es sich bei Angabe der Mediane.

Tabelle 4.22: Ergebnisse der unabhängigen t-Tests zum Vergleich der Serumcholesterinkonzentration bei Aufnahme und bei Entlassung

	N	t-Wert	df	Median	p
Bei Aufnahme	189 (133/56)	1,19	187	182,00/176,00	0,237
Bei Entlassung	25 (16/9)	-0,50	23	188,00/198,00	0,621

Anmerkungen: Die erste in der Klammer angegebene Ziffer gibt die Zahl der Nichtaggressiven an, die zweite Ziffer die Zahl der Aggressiven. Genauso verhält es sich bei Angabe der Mediane.

Wie also aus Tabelle 4.21 hervorgeht, konnten in den Ergebnissen der unabhängigen t-Tests bei Vergleich der Blutglucosespiegel weder bei Aufnahme ($p = 0,941$) noch bei

Entlassung ($p = 0,848$) signifikante Unterschiede in den Gruppen gefunden werden. Auch hinsichtlich der Serumcholesterinkonzentration bei Aufnahme ($p = 0,237$) und bei Entlassung ($p = 0,621$) unterschieden sich Aggressiven nicht signifikant von Nichtaggressiven, wie Tabelle 4.22 zeigt.

Aus den berechneten Werten wird ersichtlich, dass von den krankheitsbezogenen Faktoren hinsichtlich folgender Variablen signifikante Zusammenhänge mit dem Kriterium „aggressives Verhalten“ nachgewiesen werden konnten: „Art der Aufnahmestation“, „Aufenthaltsstatus“, „Anzahl stationär psychiatrischer Aufenthalte“, „stationäre Verweildauer“, „Entlassungsstation“, „Zahl der Verlegungen während des stationären Aufenthaltes“.

Zwischen den übrigen Variablen (Betreuung, Art der Entlassung, Anzahl und Art psychiatrischer Diagnosen, Verlegungsgründe, Weiterbehandlungsstation, Blutglucosespiegel und Serumcholesterinkonzentration) und dem gewalttätigen Patientenverhalten konnten in dieser Studie keine signifikanten Zusammenhänge gefunden oder aufgrund teilweise zu geringer Fallzahlen nicht berechnet und diese Variablen somit nicht als Prognosefaktoren identifiziert werden.

Im Folgenden sollen nun zuerst mögliche Unterschiede zwischen Aggressiven und Nichtaggressiven hinsichtlich Selbst- und Fremdbeurteilung aufgeführt und somit weitere Risikofaktoren für gewalttäiges Patientenverhalten evaluiert werden (vgl. Kapitel 4.2), bevor im darauf folgendem Abschnitt (vgl. Kapitel 4.3) schließlich sämtliche, bis dahin signifikante Variablen auf ihre Prognosefähigkeit überprüft werden und eine Modellanpassung für aggressives Verhalten vorgenommen wird.

4.2 Selbst- und Fremdbeurteilung von Aggressivität

4.2.1 Rücklauf der Selbst- und Fremdbeurteilungsbögen

Im Folgenden sollen die Ergebnisse dargestellt werden, die mit Hilfe eines Selbstbeurteilungsinstruments, nämlich des Fragebogens zur Erfassung von Empathie, Prosozialität, Aggressionslegitimation und Aggressionshemmung für Erwachsene (FEPA-E) von Lukesch (2006/2007) sowie mit Hilfe eines selbst erstellten Fremdbeurteilungsbogens für die Gruppe der Aggressiven und der Nichtaggressiven erhoben wurden. Da die

entworfene Checkliste zur Fremdeinschätzung von Aggression und Aggressivität für den Zeitraum der Datenerhebung routinemäßig in das stationäre Aufnahme- und Entlass-Procedere aufgenommen werden konnte, liegen diesbezüglich ausnahmslos die Datensätze für alle 223 Probanden vor.

Bei der Selbsteinschätzung verhält es sich dagegen anders: So konnten von den insgesamt 223 in die Studie einbezogenen Probanden nur 39,5 % (N = 88) motiviert werden, den Selbstbeurteilungsbogen auszufüllen. 6,7 % (N = 15) aller Probanden wurden aufgrund sprachlicher Probleme und kognitiver Defizite von der Selbstbeurteilung ausgeschlossen.

Anders als zu erwarten gewesen wäre, weist die Gruppe der Aggressiven nicht mehr Non-Responder auf, als in der Gruppe der Nichtaggressiven gezählt werden ($\chi^2 = 0,013$, $p = 0,516$). Bei den Aggressiven erklärten 43,54 % (N = 27) ihre Teilnahme, während 56,45 % (N = 35) diese verweigerten. In der Gruppe der Nichtaggressiven waren 41,78 % (N = 61) mit der Teilnahme einverstanden, wobei der Anteil der Non-Responder hier 58,22 % (N = 85) betrug.

4.2.2 Unterscheiden sich Aggressive von Nichtaggressiven signifikant hinsichtlich der Selbst- und Fremdbeurteilung ihres Aggressionspotentials?

4.2.2.1 Selbsteinschätzung mittels des Fragebogens zur Erfassung von Empathie, Prosozialität, Aggressionslegitimation und Aggressionshemmung für Erwachsene (FEPA-E)

Da ein wichtiges Ziel dieser Untersuchung darin bestand zu evaluieren, wie die Probanden selbst ihr Aggressionspotential einschätzen, wurde hierfür der von Lukesch für den Bereich der Erwachsenen adaptierte Fragebogen zur Erfassung von Empathie, Prosozialität, Aggressionslegitimation und Aggressionshemmung für Erwachsene (FEPA-E) herangezogen. Im Mittelpunkt des Interesses stand die Frage, ob sich Aggressive von Nichtaggressiven signifikant hinsichtlich der fünf erfassten Bereiche Empathie, Prosozialität, Aggressionsbereitschaft/-legitimation, Aggressionshemmung und Aggressionsneigung voneinander unterscheiden. Da es sowohl eine Prä-Messung zu Beginn des

stationären Aufenthaltes als auch eine Post-Messung kurz vor der Entlassung aus dem stationären Setting gab, die mit einer verkürzten Fassung des FEPAA-E durchgeführt wurde, wurden für Aufnahme und für Entlassung die jeweils erfassten Bereiche getrennt voneinander betrachtet. Aufgrund der Non-Responder gingen nicht alle Probanden in die Analyse mit ein. Bei Erfüllung der Voraussetzungen wurden unabhängige t-Tests gerechnet, ansonsten wurden nonparametrische Mann-Whitney-U-Tests angewandt.

Tabelle 4.23 und Tabelle 4.24 zeigen die Ergebnisse der Gruppe der Nichtaggressiven und der Aggressiven hinsichtlich des selbst beurteilten Aggressionspotenzials bei Aufnahme.

Tabelle 4.23: Ergebnisse der unabhängigen t-Tests zum Vergleich des selbst beurteilten Aggressionspotenzials bei Aufnahme mit Hilfe des FEPAA-E

	N	t-Wert	df	Median	p
Empathie	87 (61/26)	1,47	85	19,00/17,00	0,145
Prosozialität	87 (61/26)	2,34	85	11,00/9,50	0,002
Aggressionsbereitschaft/-legitimation	87 (61/26)	-1,27	85	53,00/56,00	0,208
Aggressionshemmung	88 (61/27)	-0,18	86	12,00/13,00	0,862

Anmerkungen: Die erste in der Klammer angegebene Ziffer gibt die Zahl der Nichtaggressiven an, die zweite Ziffer die Zahl der Aggressiven. Genauso verhält es sich bei Angabe der Mediane.

Tabelle 4.24: Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests zum Vergleich des selbst beurteilten Aggressionspotenzials bei Aufnahme mit Hilfe des FEPAA-E

	N	Mann-Whitney-U	Median	p
Aggressionsneigung	88 (61/27)	433,00	2,00/5,00	0,000

Anmerkungen: Die erste in der Klammer angegebene Ziffer gibt die Zahl der Nichtaggressiven an, die zweite Ziffer die Zahl der Aggressiven. Genauso verhält es sich bei Angabe der Mediane.

Es zeigt sich, dass sich zu Beginn des stationären Aufenthaltes aggressive Patienten signifikant von nichtaggressiven Patienten hinsichtlich einer niedrigeren Prosozialität ($p = 0,002$) sowie einer höheren Aggressionsneigung ($p = 0,000$) unterscheiden. Keine Mittelwertsunterschiede konnten bezüglich Empathie ($p = 0,145$), Aggressionsbereit-

schaft/-legitimation ($p = 0,208$) und Aggressionshemmung ($p = 0,862$) gefunden werden.

Bei Vergleich der Ergebnisse der Post-Messung am Ende des stationären Aufenthaltes (vgl. Tabelle 4.25 und 4.26) zeigt sich dagegen ein signifikanter Gruppenunterschied hinsichtlich der Empathieskala ($p = 0,008$), nicht jedoch in Bezug auf die Prosozialität ($p = 0,253$) und die Aggressionsbereitschaft/-legitimation ($p = 0,600$). Wie die Mediane verdeutlichen, kann bei den Nichtaggressiven eine höhere Empathie nachgewiesen werden.

Tabelle 4.25: Ergebnisse der unabhängigen t-Tests zum Vergleich des selbst beurteilten Aggressionspotenzials bei Entlassung mit Hilfe des gekürzten FEPAA-E

	N	t-Wert	df	Median	p
Prosozialität	55 (38/17)	1,16	53	4,00/4,00	0,253
Aggressionsbereitschaft/-legitimation	56 (39/17)	-0,53	54	15,00/18,00	0,600

Anmerkungen: Die erste in der Klammer angegebene Ziffer gibt die Zahl der Nichtaggressiven an, die zweite Ziffer die Zahl der Aggressiven. Genauso verhält es sich bei Angabe der Mediane.

Tabelle 4.26: Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests zum Vergleich des selbst beurteilten Aggressionspotenzials bei Entlassung mit Hilfe des gekürzten FEPAA-E

	N	Mann-Whitney-U	Median	p
Empathie	56 (39/17)	184,00	9,00/6,00	0,008

Anmerkungen: Die erste in der Klammer angegebene Ziffer gibt die Zahl der Nichtaggressiven an, die zweite Ziffer die Zahl der Aggressiven. Genauso verhält es sich bei Angabe der Mediane.

4.2.2.2 Fremdeinschätzung mittels der Checkliste zur Fremdbeurteilung von Aggression und Aggressivität

Um das Problem möglicher Non-Responder bei der Selbstbeurteilung des Aggressionspotenzials und die Problematik möglicher Antworttendenzen im Sinne der sozialen Erwünschtheit umgehen zu können, wurde zusätzlich eine Checkliste zur Fremdbeurtei-

lung von Aggression und Aggressivität zu Beginn und am Ende des stationären Aufenthaltes bei jedem Probanden routinemäßig eingesetzt. Auch hierbei werden für Aufnahme und für Entlassung die jeweils erhobenen Skalen getrennt voneinander betrachtet. Da bei den meisten Items die Voraussetzungen der Normalverteilung nicht gegeben waren, wurden einheitlich nonparametrische Mann-Whitney-U-Tests bzw. bei nominalen Daten exakte Tests nach Fisher/Chi-Quadrat-Tests angewandt. In Tabelle 4.27 und 4.28 sind die Ergebnisse der Gruppe der Nichtaggressiven und der Aggressiven hinsichtlich der mittels der Checkliste fremdbeurteilten psychopathologischen Items bei Aufnahme aufgeführt.

Tabelle 4.27: Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests zum Vergleich des fremdbeurteilten Aggressionspotenzials bei Aufnahme mit Hilfe der Checkliste zur Fremdbeurteilung von Aggression und Aggressivität

	Mann-Whitney-U	Median	p
Mangelnde Frustrationstoleranz	3651,00	4,00/5,00	0,000
Impulsivität	2898,00	3,00/5,00	0,000
Mangelnde Affektkontrolle	3399,50	3,00/5,00	0,000
Leichte Erregbarkeit	3117,00	3,00/5,00	0,000
Unruhe	3363,00	4,00/5,00	0,000
Misstrauen	4085,50	3,00/4,00	0,000
Feindseligkeit	3190,00	1,00/3,00	0,000
Gespanntheit	3151,00	3,00/4,00	0,000
Mangelnde Urteils- u. Einsichtsfähigkeit	3644,00	4,00/5,00	0,000
Mangelnde Compliance	3786,50	3,00/4,00	0,001
Mangelnde Krankheitseinsicht	4065,00	3,00/4,00	0,008
Desorientiertheit	3248,50	1,00/2,00	0,000
Halluzinationen	4315,00	1,00/2,00	0,034
Wahnideen	4042,50	2,00/4,00	0,006
Gewalttätige Phantasien	3150,00	1,00/2,00	0,000
Aktueller GAF-Wert	3214,00	45,00/35,00	0,000
Einschätzung der Fremd-Aggressivität	2236,50	1,00/3,00	0,000
Einschätzung der Selbst-Aggressivität	4065,00	1,00/2,00	0,007

Anmerkungen: N = 223 insgesamt, davon N = 156 Nichtaggressive und N = 67 Aggressive. Bei Angabe der Mediane entspricht der erste Wert jeweils dem Median der Nichtaggressiven, der zweite Wert dem Median der Aggressiven.

Tabelle 4.28: Ergebnisse der exakten Tests nach Fisher/Chi-Quadrat bzgl. Fremdbeurteilung von Selbstgefährdung, Fremdgefährdung und Suchtmittelabusus (jeweils bezogen auf die Vorgeschiede)

	Chi-Quadrat nach Pearson	p
Selbstgefährdung in Vergangenheit	-	0,526
Fremdgefährdung in Vergangenheit	40,50	0,000
Suchtmittelmissbrauch in der Vorgeschiede	-	0,043

Wie aus den Tabellen 4.27 und 4.28 hervorgeht, unterscheiden sich Aggressive von Nichtaggressiven zu Beginn des stationären Aufenthaltes höchst signifikant hinsichtlich aller fremdbeurteilten psychopathologischen Items der Checkliste, ausgenommen des Kriteriums der Selbstgefährdung in der Vergangenheit (exakter Test nach Fisher, $p = 0,526$). Aggressive weisen höhere Skalenwerte der psychopathologischen Items sowie niedrigere GAF-Werte auf.

Aufgrund teilweise niedriger Fallzahlen wurden die ursprünglich differenziert erhobenen Unterkategorien der Selbstgefährdung sowie des Suchtmittelabusus in der Vergangenheit bei Berechnung möglicher Gruppenunterschiede zusammengefasst (SG ja/nein, Suchtmittelabusus ja/nein). Hinsichtlich der Fremdgefährdung in der Vorgeschiede wurden bei der Berechnung folgende Kategorien unterteilt: keine Fremdgefährdung, bedrohliches Verhalten, Körperverletzung, Sachbeschädigung, Körperverletzung und Sachbeschädigung. Bei spezifischer Betrachtung der standardisierten Residuen wird hierbei ersichtlich, dass Aggressive im Gegensatz zu Nichtaggressiven deutlich häufiger in der Vorgeschiede durch die Kombination von Körperverletzung und Sachbeschädigung aufgefallen sind.

Tabelle 4.29: Selbstgefährdung in der Vergangenheit

	Keine SG	Vorsätzliche Selbstschädigung ohne Suizidabsicht	Suizid- versuch	Vorsätzliche Selbstschädigung und Suizidversuch	ge- sam
Nichtaggressive	115	8	31	2	156
Aggressive	49	3	13	2	67
gesamt	164	11	44	4	223

Tabelle 4.30: Fremdgefährdung in der Vergangenheit

	Aggressive	Nichtaggressive	gesamt
Keine Fremdgefährdung	11	93	104
Bedrohliches Verhalten ohne Tätilichkeiten	14	17	31
Leichte Körperverletzung	17	18	35
Schwere Körperverletzung, Waffengebrauch	2	7	9
Beschädigung eigener Sachen	3	10	13
Beschädigung fremder Sachen	7	5	12
Beschädigung eigener und fremder Sachen	1	1	2
Leichte Körperverletzung und Sachbeschädigung	10	5	15
Schwere Körperverletzung und Sachbeschädigung	2	0	2
gesamt	67	156	223

Tabelle 4.31: Suchtmittelmissbrauch in der Vorgeschichte

	Kein Suchtmittelmissbrauch	In Vorgeschichte	Vor aktuellem Aufenthalt	In Vorgeschichte und vor aktuellem Aufenthalt	gesamt
Nichtaggressive	100	20	7	29	156
Aggressive	34	13	10	10	67
gesamt	134	33	17	39	223

Tabelle 4.29, 4.30 und 4.31 führen zur Übersicht die ursprünglich unterschiedenen Unterkategorien mit den jeweiligen Häufigkeitsverteilungen auf. Dabei ähneln sich Aggressive und Nichtaggressive in Bezug auf die Selbstverletzungstendenz in der Vorgeschichte (bei 26,28 %, N = 41, der Nichtaggressiven und 26,87 %, N = 18, der Aggressiven wurden anamnestisch Selbstverletzungen festgestellt). Hinsichtlich der in der Vorgeschichte von den Probanden ausgeübten Fremdgefährdung konnten jedoch Unterschiede in den Häufigkeitsverteilungen festgestellt werden: Während nur 16,42 % der

Aggressiven (N = 11) keine Fremdgefährdung in der Vergangenheit aufweisen, beträgt der Anteil in der Gruppe der Nichtaggressiven 59,62 % (N = 93). In Bezug auf schädlichen Gebrauch von Suchtmitteln in der Vorgeschichte lag der Anteil der Nichtaggressiven bei 35,90 % (N = 56), der Anteil der aggressiven Konsumenten bei 49,25 % (N = 33).

Tabelle 4.32: Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests zum Vergleich des fremdbeurteilten Aggressionspotenzials bei Entlassung mit Hilfe der Checkliste zur Fremdbeurteilung von Aggression und Aggressivität

	Mann-Whitney-U	Median	p
Mangelnde Frustrationstoleranz	4903,00	2,00/2,00	0,455
Impulsivität	4695,50	2,00/2,00	0,219
Mangelnde Affektkontrolle	4842,00	2,00/2,00	0,373
Leichte Erregbarkeit	4864,00	2,00/2,00	0,402
Unruhe	5087,00	2,00/2,00	0,745
Misstrauen	5162,50	1,00/1,00	0,881
Feindseligkeit	4812,50	0,00/0,00	0,286
Gespanntheit	4857,00	1,00/1,00	0,385
Mangelnde Urteils- u. Einsichtsfähigkeit	5064,50	3,00/3,00	0,710
Mangelnde Compliance	5205,00	2,00/2,00	0,962
Mangelnde Krankheitseinsicht	4886,50	2,00/2,00	0,435
Desorientiertheit	5224,00	0,00/0,00	0,995
Halluzinationen	5187,50	0,00/0,00	0,922
Wahnideen	4732,00	1,00/1,00	0,241
Gewalttätige Phantasien	4829,00	0,00/0,00	0,275
Aktueller GAF-Wert	3733,50	60,00/50,00	0,001
Einschätzung der Fremd-Aggressivität	4161,00	0,00/1,00	0,008
Einschätzung der Selbst-Aggressivität	5183,00	0,00/0,00	0,907

Anmerkungen: N = 223 insgesamt, davon N = 156 Nichtaggressive und N = 67 Aggressive. Bei Angabe der Mediane entspricht der erste Wert jeweils dem Median der Nichtaggressiven, der zweite Wert dem Median der Aggressiven.

Im Gegensatz zur Ersterhebung zu Beginn des stationären Aufenthaltes konnten bei der Post-Testung der Probanden kurz vor ihrer Entlassung aus der Klinik mit Hilfe der

Checkliste nur hinsichtlich des aktuellen GAF-Werts ($p = 0,001$) und hinsichtlich der Einschätzung der aktuellen Fremdaggressivität ($p = 0,008$) signifikante Unterschiede zwischen Aggressiven und Nichtaggressiven gefunden werden (vgl. Tabelle 4.32). Aggressive wiesen niedrigere GAF-Werte sowie höhere Ausprägungen der aktuellen Fremdaggressivität auf. Bezuglich aller anderen fremdbeurteilten psychopathologischen Items konnten keine signifikanten Gruppenunterschiede gefunden werden.

4.3 Vorhersagbarkeit aggressiven Patientenverhaltens mittels der bisherigen Prognosefaktoren

4.3.1 Evaluation der Prognosefähigkeit aller bisherigen signifikanten Variablen (ausgenommen der FEPAA-E-Variablen)

Mittels einer nachfolgenden Diskriminanzanalyse sollte nun ermittelt werden, in welchem Ausmaß die einzelnen Variablen am Zustandekommen der Gruppenunterschiede beteiligt sind und welche dieser Kriteriumsvariablen somit gute prognostische Eigenschaften besitzen, um aggressives Patientenverhalten vorherzusagen. Die abhängige Variable „aggressives Patientenverhalten“ wurde mit 0 für „kein aggressives Patientenverhalten“ und mit 1 für „aggressives Patientenverhalten“ kodiert. Die Kodierung der kategorialen Variablen erfolgte als einfache Dummykodierung, wobei die letzte Kategorie als Referenzkategorie definiert ist. Die generierten Dummyvariablen wurden bivariat vorgetestet und die dabei signifikant gewordenen in das Modell mit aufgenommen.

Die Selbstbeurteilungsvariablen, welche zwar teilweise in Zusammenhang mit aggressivem Verhalten stehen, gingen in die erste Diskriminanzanalyse nicht mit ein, da nur 39,5 % der Probanden einer Selbstbeurteilung zugestimmt hatten und somit alle anderen Probanden aus der Berechnung aufgrund fehlender Werte ausgeschlossen worden wären. Von den Fremdbeurteilungsbögen, welche bei jedem Probanden sowohl bei Aufnahme und bei Entlassung ausgefüllt wurden, gingen die Ergebnisse der Fremdeinschätzung bei Aufnahme mit in die Berechnung ein. Aufgrund vieler unabhängiger Variablen wurde ein schrittweises Vorgehen bei der Diskriminanzanalyse gewählt. Tabelle 4.33 und 4.34 zeigen die Ergebnisse.

Tabelle 4.33: Ergebnisse der Diskriminanzanalyse zur Überprüfung der Trennbarkeit der Stichprobe anhand der bisherigen signifikanten Variablen (Wilks` Lambda)

Test der Funktion(en)	Wilks-Lambda	Chi-Quadrat	df	p
1	0,656	91,923	6	0,000

Wie Tabelle 4.33 zeigt, konnten im Wilks` Lambda signifikante Unterschiede hinsichtlich der Gruppenmittelwerte gefunden werden ($p = 0,000$). Von den zuvor signifikant gewordenen Variablen (siehe Kapitel 4.1.2, 4.1.3 und 4.2.2.2) gingen nur die sechs folgenden in die schrittweise Analyse mit ein:

Tabelle 4.34: Standardisierte kanonische Diskriminanzfunktionskoeffizienten

	Standardisierte kanonische Diskriminanzfunktionskoeffizienten
Aufenthaltsdauer geschlossen in Tagen	0,408
Unruhe bei Aufnahme	0,305
Misstrauen bei Aufnahme	-0,396
Ausmaß der beurteilten Fremdaggressivität bei Aufnahme	0,643
Ledig	0,231
Fremdgefährdung in Vorgeschichte	0,283

Die Ergebnisse zeigen, dass den betragsmäßig größten Beitrag zur Trennung der Gruppen die Variable „beurteilte Fremdaggressivität bei Aufnahme“ (0,643) leistet, gefolgt von der Variablen „Aufenthaltsdauer geschlossen“ (0,408).

Aus Tabelle 4.35 geht hervor, dass im vorliegenden Fall 75,3 % der Probanden anhand der sechs in den Test aufgenommenen Prädiktorvariablen korrekt klassifiziert werden konnten, während 24,7 % fehlklassifiziert wurden. Unter den als richtig gruppierten Probanden befanden sich 120 Nichtaggressive und 48 Aggressive. Fälschlicherweise wurden 36 Nichtaggressive als aggressiv und 19 Aggressive als ungefährlich eingestuft.

Tabelle 4.35: Klassifizierungsergebnisse der Diskriminanzanalyse (N = 223)

Original		Vorhergesagte Gruppenzugehörigkeit		gesamt
		Nichtaggressive	Aggressive	
Anzahl	Nichtaggressive	120	36	156
	Aggressive	19	48	67
Prozent	Nichtaggressive	76,9	23,1	100,0
	Aggressive	28,4	71,6	

Anmerkungen: 75,3 % der ursprünglich gruppierten Fälle wurden korrekt klassifiziert.

4.3.2 Evaluation der Prognosefigkeit aller bisherigen signifikanten Variablen (einschließlich der FEPAA-E-Variablen)

Um das Ausmaß der Vorhersagekraft der fünf Selbstbeurteilungsvariablen des FEPAA-E zu evaluieren, wurde die Berechnung der Diskriminanzanalyse wiederholt und diesmal die FEPAA-E-Variablen mit einbezogen. 88 Fälle gingen in die Berechnung ein, 135 Fälle wurden aufgrund fehlender Werte ausgeschlossen. Auch hier wurde wieder ein schrittweises Vorgehen gewählt. Tabelle 4.36, 4.37 und 4.38 zeigen die Ergebnisse.

Tabelle 4.36: Ergebnisse der Diskriminanzanalyse zur Überprüfung der Trennbarkeit der Stichprobe anhand der bisherigen signifikanten Variablen, einschließlich der FEPAA-E-Variablen (Wilks' Lambda)

Test der Funktion(en)	Wilks-Lambda	Chi-Quadrat	df	p
1	0,442	67,828	4	0,000

Tabelle 4.37: Standardisierte kanonische Diskriminanzfunktionskoeffizienten

	Standardisierte kanonische Diskriminanzfunkti- onskoeffizienten
Aufenthaltsdauer geschlossen in Tagen	0,693
Unruhe bei Aufnahme	0,320
Ausmaß der beurteilten Fremdaggressivität bei Aufnahme	0,539
Aggressionsneigung	0,440

Tabelle 4.38: Klassifizierungsergebnisse der Diskriminanzanalyse (N = 88)

Original	Vorhergesagte Gruppenzugehörigkeit		gesamt
	Nichtaggressive	Aggressive	
Anzahl Nichtaggressive	57	4	61
Aggressive	4	23	27
Prozent Nichtaggressive	93,4	6,6	
Aggressive	14,8	85,2	100,0

Anmerkungen: 90,9 % der ursprünglich gruppierten Fälle wurden korrekt klassifiziert.

Auch hier wurden im Wilks` Lambda signifikante Unterschiede hinsichtlich der Gruppenmittelwerte gefunden ($p = 0,000$). Den betragsmäßig größten Beitrag zur Trennung der Gruppen leistet diesmal die Variable „Aufenthaltsdauer geschlossen“ (0,693). Im vorliegenden Fall konnten 90,9 % der einbezogenen Probanden anhand der vier in den Test aufgenommenen Prädiktorvariablen korrekt klassifiziert werden, während 9,1 % fehlklassifiziert wurden.

4.3.3 Modellanpassung für die Vorhersage aggressiven Patientenverhaltens

Die zuvor ermittelten signifikanten Prädiktoren, von denen jedoch aufgrund vieler fehlender Werte die Variablen des FEPAA-E ausgeschlossen wurden, werden in einem weiteren Schritt zur „Vorhersage“ aggressiven Verhaltens in einer binär logistischen Regression zusammengeführt. Die Modellgüte wurde mittels eines Omnibus-Tests und mit Nagelkerkes R^2 überprüft. Die Annahme (H_0) des Omnibus-Tests ist damit festgelegt, dass das Modell mit den einzelnen Variablen keinen größeren Erklärungsgehalt besitzt als das Modell, das nur die Konstante Beta 0 enthält. Hier erweist sich der Omnibus-Test als signifikant ($\chi^2 = 107,940$, $df = 11$, $p = 0,000$). In linearen Regressionsmodellen mit metrischer abhängiger Variable gibt die Kenngröße R^2 den Anteil der vom Modell erklärten Streuung an der Gesamtstreuung der Daten an, das heißt, je höher R^2 ist, desto besser eignet sich das Modell zur Berechnung der vorliegenden Daten. Für dieses Modell errechnete sich ein R^2 -Wert von 0,544 (-2 Log-Likelihood = 164,675,

Cox & Snell $R^2 = 0,384$, Nagelkerkes $R^2 = 0,544$). Die so genannten Pseudo- R^2 -Werte sind in der Literatur umstritten. Deshalb sind auch geringe Werte der Pseudo- R^2 -Werte kein Indiz für ein schlechtes Modell. Alternativ kann man stattdessen auch den Anteil der korrekt klassifizierten Fälle betrachten, wobei hier 81,2 % der Fälle richtig zugeordnet werden (vgl. Tabelle 4.39).

Tabelle 4.39: Klassifizierungstabelle (N = 223)

		Vorhergesagte Aggressivität		% Richtige	Insgesamt % Richtige
		nein	ja		
Beobachtete Aggressivität	nein	139	17	89,1	81,2
	ja	25	42	62,7	

Tabelle 4.40: Ergebnisse der binär logistischen Regression

	B ²	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp (B)
Aufenthaltsdauer geschlossen in Tagen	0,037	0,012	9,443	1	0,002	1,038
Mangelnde Frustrationstoleranz ¹	-0,361	0,218	2,738	1	0,098	0,697
Impulsivität ¹	0,811	0,278	8,493	1	0,004	2,250
Mangelnde Affektkontrolle ¹	-0,493	0,236	4,362	1	0,037	0,611
Unruhe ¹	0,514	0,182	7,993	1	0,005	1,673
Misstrauen ¹	-0,394	0,160	6,048	1	0,014	0,674
Fremdaggressivität ¹	0,694	0,187	13,702	1	0,000	2,001
Ledig	1,343	0,584	5,284	1	0,022	3,831
Fremdgefährdung in VG, bedrohliches Verhalten	1,409	0,556	6,409	1	0,011	4,091
Fremdgefährdung in VG, leichte KörpERVERLETZUNG	1,373	0,536	6,566	1	0,010	3,947
Fremdgefährdung in VG, Sachbeschädigung und leichte KörpERVERLETZUNG	1,361	0,711	3,666	1	0,056	3,899
Konstante	-5,188	1,007	26,527	1	0,000	0,006

Anmerkungen: ¹ bei Aufnahme.

Tabelle 4.40 stellt die Ergebnisse der binär logistischen Regression dar. In Anbetracht der Signifikanz des Modells sind alle damit erfassten Variablen als signifikant zu interpretieren. Da die Variablen in der Modellgleichung additiv zusammenwirken, kann die durch das Modell vorhergesagte Wahrscheinlichkeit für aggressives Patientenverhalten durch Aufaddieren der gewichteten Variablen-Werte und der Konstanten berechnet werden. So weisen z. B. laut Modell Probanden, die längere Zeit im beschützten stationären Setting verbringen, ledig sind und sich bei Aufnahme im Fremdbeurteilungsbogen durch höhere Werte im Bereich der Impulsivität, Unruhe und Fremdaggressivität auszeichnen, eine vorhergesagte höhere Wahrscheinlichkeit für aggressives Verhalten auf.

4.4 Weitere Ergebnisse im Bereich der Selbst- und Fremdeinschätzung bei Aggressiven und Nichtaggressiven

4.4.1 Stimmen Selbst- und Fremdeinschätzung von Aggression und Aggressivität überein?

Um die Selbst- und Fremdeinschätzung der Probanden miteinander vergleichen zu können, wurden aufgrund der größeren klinischen Relevanz die erhobenen Daten des ersten Messzeitpunktes, also bei Beginn des stationären Aufenthaltes, zur Berechnung herangezogen.

Für folgende Zusammenhänge mit einzelnen Skalen aus der Checkliste zur Fremdbeurteilung von Aggression und Aggressivität liegen kleine Effektgrößen vor (vgl. Tabelle 4.41): Besitzt ein Proband eine gute Empathiefähigkeit, zeichnet er sich eher durch eine bessere Frustrationstoleranz, gute Affektkontrolle, Urteils- und Einsichtsfähigkeit und höhere Krankheitseinsicht aus. Des Weiteren werden hoch empathische Probanden hinsichtlich ihrer Fremdaggressivität als weniger gefährlich eingeschätzt.

Sehr prosoziale Probanden zeichnen sich, wie Tabelle 4.41 zeigt, ebenfalls durch eine bessere Affektkontrolle, Urteils- und Einsichtsfähigkeit, Compliance und Krankheitseinsicht sowie weniger Halluzinationen und Wahnideen und einen höheren GAF-Wert aus. Betrachtet man die Aggressionsbereitschaft/-legitimation, so korreliert diese schwach positiv mit einer mangelnden Frustrationstoleranz, Urteils- und Einsichtsfähigkeit und Krankheitseinsicht. Hohe Werte auf der Skala Aggressionshemmung gehen mit

einer niedrigeren Feindseligkeit sowie besseren Urteils- und Einsichtsfähigkeit, Compliance und Krankheitseinsicht einher. Dagegen korreliert die Aggressionsneigung positiv mit einer größeren Impulsivität, einer mangelnden Affektkontrolle sowie einer erhöhten, von extern beurteilten Fremdaggressivität.

Tabelle 4.41: Produkt-Moment-Korrelationen der Skalen des FEPAA-E mit den Skalen der Checkliste zur Fremdbeurteilung von Aggression und Aggressivität

	Empathie	Pro-sozialität	Aggressionsbereitschaft/-legitimation	Aggressionshemmung	Aggressionsneigung
mangelnde Frustrationstoleranz	-0,277**	-0,120	0,251*	-0,005	0,114
Impulsivität	-0,210	-0,167	0,121	-0,001	0,282**
mangelnde Affektkontrolle	-0,249*	-0,256*	0,019	0,008	0,318**
Leichte Erregbarkeit	-0,122	-0,169	0,140	0,021	0,188
Unruhe	-0,031	-0,172	0,112	0,117	0,040
Misstrauen	-0,032	-0,144	0,095	-0,168	0,051
Feindseligkeit	-0,042	-0,106	0,108	-0,223*	0,168
Gespanntheit	-0,130	-0,108	0,191	-0,065	0,108
mangelnde Urteils- und Einsichtsfähigkeit	-0,251*	-0,398**	0,220*	-0,227*	0,158
mangelnde Compliance	-0,146	-0,239*	0,162	-0,226*	0,155
mangelnde Krankheitseinsicht	-0,238*	-0,254*	0,218*	-0,221*	0,120
Desorientiertheit	-0,090	-0,181	0,064	-0,049	0,158
Halluzination	-0,105	-0,227*	0,128	-0,034	0,122
Wahnideen	-0,098	-0,242*	0,056	-0,058	-0,010
gewalttätige Phantasien	0,017	-0,095	0,089	-0,064	0,141
Aktueller GAF-Wert	0,185	0,216*	-0,004	0,003	-0,071
Fremdaggressivität	-0,226*	-0,206	0,172	-0,108	0,352**
Selbstaggressivität	0,056	-0,065	0,016	0,030	0,043

Anmerkungen: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$.

Wie die Ergebnisse zeigen, stimmen die Selbst- und Fremdeinschätzung hinsichtlich Aggression und Aggressivität in einigen der erhobenen Skalen überein, allerdings konnten auch, wie aus Tabelle 4.41 hervorgeht, bei einigen Skalen divergente Ergebnisse in der Selbst- und Fremdeinschätzung gefunden werden.

4.4.2. Zusammenhang von Empathie, Prosozialität, Aggressionsbereitschaft/-legitimation, Aggressionshemmung und Aggressionsneigung bei Aggressiven und Nichtaggressiven

Im Weiteren soll verglichen werden, ob und inwieweit sich Aggressiven von Nichtaggressiven hinsichtlich des Zusammenhangs von Empathie, Prosozialität, Aggressionsbereitschaft/-legitimation, Aggressionshemmung und Aggressionsneigung unterscheiden. Um diese Fragestellung zu beantworten, wurden jeweils für die beiden Gruppen getrennt mit den Daten des ersten Messzeitpunktes Produkt-Moment-Korrelationen nach Pearson gerechnet. Tabelle 4.42 und 4.43 zeigen die jeweiligen Korrelationskoeffizienten.

Tabelle 4.42: Produkt-Moment-Korrelationen der Skalen des FEPAA-E untereinander in der Gruppe der Aggressiven (N = 26)

	Empathie	Prosozialität	Aggressionsbereitschaft/-legitimation	Aggressionshemmung	Aggressionsneigung
Empathie	1	0,647**	-0,357	0,204	-0,484*
Prosozialität	0,647**	1	-0,655**	0,205	-0,636**
Aggressionsbereitschaft/-legitimation	-0,357	-0,655**	1	-0,164	0,702**
Aggressionshemmung	0,204	0,205	-0,164	1	-0,456*
Aggressionsneigung	-0,484*	-0,636**	0,702**	-0,456*	1

Anmerkungen: *p ≤ 0,05; ** p ≤ 0,01.

Tabelle 4.43: Produkt-Moment-Korrelationen der Skalen des FEPAA-E untereinander in der Gruppe der Nichtaggressiven (N = 61)

	Empathie	Prosozialität	Aggressionsbereitschaft/-legitimation	Aggressionshemmung	Aggressionsneigung
Empathie	1	0,608**	-0,019	0,233	-0,307*
Prosozialität	0,608**	1	-0,019	0,280*	-0,160
Aggressionsbereitschaft/-legitimation	-0,019	-0,019	1	0,115	-0,081
Aggressionshemmung	0,233	0,280*	0,115	1	-0,183
Aggressionsneigung	-0,307*	-0,160	-0,081	-0,183	1

Anmerkungen: *p ≤ 0,05; ** p ≤ 0,01.

Ausgehend von den beiden obigen Tabellen (vgl. 4.42 und 4.43) können folgende Aussagen getroffen werden: Mit Ausnahme der Empathie, welche sowohl bei Aggressiven als auch bei Nichtaggressiven positiv mit Prosozialität und negativ mit Aggressionsneigung korreliert, können bei allen anderen Skalenkennwerten Unterschiede in den Korrelationen bei den beiden Gruppen beobachtet werden.

Während für die Skala der Prosozialität in der Gruppe der Aggressiven ein mittlerer positiver Zusammenhang mit Empathie sowie mittlere negative Zusammenhänge mit Aggressionsbereitschaft/-legitimation und Aggressionsneigung festgestellt werden können, korreliert bei den Nichtaggressiven Prosozialität zwar ebenfalls positiv mit Empathie, andererseits aber auch positiv mit Aggressionshemmung. Eine weitere Diskrepanz findet sich in Bezug auf die Skala Aggressionsbereitschaft/-legitimation zwischen den Gruppen: während diese bei den Aggressiven negativ mit Prosozialität und positiv mit Aggressionsneigung korreliert, konnten bei den Nichtaggressiven für diese Skala keine Korrelationen mit den anderen Skalen berechnet werden.

Auch hinsichtlich der Skala Aggressionshemmung konnten Gruppenunterschiede hinsichtlich vorliegender Korrelationen beobachtet werden. So besteht ein negativer Zusammenhang zwischen Aggressionshemmung und -neigung in der Gruppe der Aggressiven, bei den Nichtaggressiven dagegen findet sich ein positiver Zusammenhang

zwischen Aggressionshemmung und Prosozialität. Zuletzt zeigen sich stark divergierende Gruppenergebnisse für die Skala der Aggressionsneigung: In der Gruppe der Nichtaggressiven zeigt sich nur eine negative Korrelation mit Empathie, in der Gruppe der Aggressiven hingegen korreliert die Aggressionsneigung sowohl positiv mit Aggressionsbereitschaft/-legitimation als auch negativ mit Empathie, Prosozialität und Aggressionshemmung.

4.4.3 Verändern sich die Selbst- und Fremdbeurteilungen im Laufe des stationären Aufenthalts?

Als ein weiteres Ziel dieser Untersuchung galt es festzustellen, ob das Aggressionspotential einer therapeutischen Beeinflussbarkeit zugänglich ist und diesbezüglich somit im Laufe des stationären Aufenthaltes eine positive Veränderung sichtbar wird. Da das Aggressionspotential sowohl mittels Selbsteinschätzung (FEPA-E) als auch mittels Fremdeinschätzung (Checkliste) jeweils kurz nach Aufnahme in das klinische Setting und kurz vor Entlassung nach Hause beurteilt wurde, sollen in diesem Abschnitt die Ergebnisse der Vorher-Nachher-Vergleiche für die Selbsteinschätzung und für die Fremdeinschätzung getrennt betrachtet werden.

4.4.3.1 Veränderung der Selbsteinschätzung

Um feststellen zu können, ob sich die Selbsteinschätzung der Probanden hinsichtlich ihres Aggressionspotentials im Rahmen des stationären Aufenthaltes verändert, mussten zuerst Durchschnittswerte der Summenscores der Skalen Empathie, Prosozialität und Aggressionsbereitschaft/-legitimation berechnet werden, da der bei Entlassung eingesetzte FEPA-E nur eine Kurzversion darstellte und somit weniger Fragen zu jeder Skala enthielt bzw. die Skalen Aggressionshemmung und Aggressionsneigung bei Entlassung nicht mehr erhoben wurden. Aus Tabelle 4.44 geht hervor, dass nur in der Gruppe der Nichtaggressiven eine signifikante Veränderung, nämlich eine Steigerung der Empathiefähigkeit im Verlauf des stationären Aufenthaltes zu beobachten ist, während in dieser Gruppe Prosozialität und Aggressionsbereitschaft/-legitimation keine

nachweisbaren Veränderungen erfahren. Betrachtet man die Grundgesamtheit bzw. nur die Gruppe der Aggressiven, so zeigt sich, dass keine der drei erhobenen Aggressivitätsskalen eine signifikante Veränderung im Prä-Post-Vergleich verzeichnet.

Tabelle 4.44: Ergebnisse der Wilcoxon-Tests zum Prä-Post-Vergleich der selbstbeurteilten Skalen Empathie, Prosozialität und Aggressionsbereitschaft/-legitimation

Prä-Post-Vergleich		Gesamt	Aggressive	Nichtaggressive
Empathie	Prüfgröße Z	-1,355	-1,024	-2,205
	p	0,175	0,306	0,027
Prosozialität	Prüfgröße Z	-0,824	-0,261	-1,133
	p	0,410	0,794	0,257
Aggressionsbereitschaft/-legitimation	Prüfgröße Z	-0,746	-0,260	-1,082
	p	0,455	0,795	0,279

Anmerkungen: N = 56 insgesamt, davon N = 39 Nichtaggressive und N = 17 Aggressive.

4.4.3.2 Veränderung der Fremdeinschätzung

Wie Tabelle 4.45 verdeutlicht, konnten sowohl in der Gesamtstichprobe als auch in der Gruppe der Aggressiven und Nichtaggressiven einzeln betrachtet, für alle fremdbeurteilten psychopathologischen Items höchst signifikante Unterschiede beim Prä-Post-Vergleich festgestellt werden. Aus dem klaren Übergewicht der negativen Differenzen lässt sich schließen, dass die Ausprägungen aller erhobenen psychopathologischen Items vom Ausgangswert zum Endwert signifikant gesunken sind. Auch hinsichtlich des GAF-Werts zeigt sich, wie erwartet, eine höchst signifikante Verbesserung bei Entlassung im Vergleich zum Ausgangswert in der Gruppe der Aggressiven und Nichtaggressiven sowie in der Grundgesamtheit.

Tabelle 4.45: Ergebnisse der Wilcoxon-Tests zur Abbildung der Veränderung der fremdbeurteilten psychopathologischen Items im Prä-Post-Vergleich

Prä-Post-Vergleich		Gesamt	Aggressive	Nichtaggressive
Mangelnde Frustrationstoleranz	Prüfgröße Z	-7,170	-5,431	-4,946
	p	0,000	0,000	0,000
Impulsivität	Prüfgröße Z	-7,790	-5,980	-5,182
	p	0,000	0,000	0,000
Mangelnde Affektkontrolle	Prüfgröße Z	-8,698	-5,831	-6,472
	p	0,000	0,000	0,000
Leichte Erregbarkeit	Prüfgröße Z	-7,952	-5,705	-5,592
	p	0,000	0,000	0,000
Unruhe	Prüfgröße Z	-9,036	-6,296	-6,464
	p	0,000	0,000	0,000
Misstrauen	Prüfgröße Z	-8,844	-5,881	-6,629
	p	0,000	0,000	0,000
Feindseligkeit	Prüfgröße Z	-7,671	-6,001	-4,925
	p	0,000	0,000	0,000
Gespanntheit	Prüfgröße Z	-9,620	-6,561	-6,887
	p	0,000	0,000	0,000
Mangelnde Urteils- und Einsichtsfähigkeit	Prüfgröße Z	-7,565	-5,816	-5,043
	p	0,000	0,000	0,000
Mangelnde Compliance	Prüfgröße Z	-5,016	-5,170	-2,482
	p	0,000	0,000	0,013
Mangelnde Krankheitseinsicht	Prüfgröße Z	-6,025	-4,560	-4,149
	p	0,000	0,000	0,000
Desorientiertheit	Prüfgröße Z	-8,060	-5,790	-5,536
	p	0,000	0,000	0,000
Halluzinationen	Prüfgröße Z	-8,258	-5,401	-6,234
	p	0,000	0,000	0,000
Wahnideen	Prüfgröße Z	-8,518	-5,185	-6,757
	p	0,000	0,000	0,000
Gewalttätige Phantasien	Prüfgröße Z	-6,687	-5,373	-4,036
	p	0,000	0,000	0,000
Aktueller GAF-Wert	Prüfgröße Z	-11,634	-6,547	-9,616
	p	0,000	0,000	0,000
Einschätzung der Fremd-Aggressivität	Prüfgröße Z	-7,458	-6,074	-4,405
	p	0,000	0,000	0,000
Einschätzung der Selbst-Aggressivität	Prüfgröße Z	-9,790	-6,398	-7,428
	p	0,000	0,000	0,000

Anmerkungen: N = 223 insgesamt, davon N = 156 Nichtaggressive und N = 67 Aggressive.

4.5 Epidemiologie aggressiven Verhaltens

Neben den oben dargestellten Prognosefaktoren für gewalttägliches Verhalten in der Psychiatrie und dem Vergleich von Selbst- und Fremdeinschätzung in Bezug auf das Aggressionspotential wurden in dieser Studie zudem Art und Häufigkeit von aggressivem Patientenverhalten in den verschiedenen stationären Settings erhoben. Hierfür wurden alle aggressiven Vorfälle innerhalb des halbjährigen Erhebungszeitraumes auf zwei offenen und einer beschützten Station mit Hilfe eines Aggressionsdokumentationsbogens (vgl. Kapitel 3.1.1.5) zeitnah erfasst.

Im Folgenden sollen die erhobenen Vorfälle deskriptiv dargestellt werden und statistisch signifikante Unterschiede zwischen dem offenen und dem beschützten Setting aufgezeigt werden. Die Darstellung der Ergebnisse richtet sich nach dem Aufbau des hierfür verwendeten Dokumentationsbogens, welcher sich aus den bereits aus der Literatur bekannten und in einigen Kliniken verwendeten Fragebögen, der Staff Observation Aggression Scale-Revised (SOAS-R) und der Overt Aggression Scale (OAS) sowie diversen zusätzlich interessierenden Items zusammensetzt (siehe Anhang I).

4.5.1 Wie häufig kommt es zu aggressivem Patientenverhalten und einer divergierenden Art und Anzahl gewalttätiger Übergriffe je nach stationärem Setting?

Häufigkeit und Setting

Wie Tabelle 4.46 zeigt, wurden mehr der insgesamt 147 aggressiven Vorfälle auf der beschützten Station als auf den beiden offenen Stationen zusammen registriert. Insgesamt ereigneten sich 58,50 % (N = 86) der aggressiven Taten auf der geschlossenen Station, während 41,50 % (N = 61) auf den beiden offenen Stationen begangen wurden.

Tabelle 4.46: Epidemiologie aggressiven Verhaltens in den einzelnen Settings

Offene Station	Beschützte Station	Gesamt
61	86	147

Die 147 verzeichneten aggressiven Vorfälle wurden von insgesamt 67 Patienten begangen, wobei 58,21 % (N = 39) der Patienten einmal auffällig wurden und 41,79 % (N = 28) zwischen zwei- bis achtzehnmal während des stationären Aufenthaltes aggressive Durchbrüche zeigten (vgl. Abbildung 4.1). Insgesamt waren 32,84 % der gewalttätigen Patienten weiblich, 67,16 % hingegen männlichen Geschlechts.

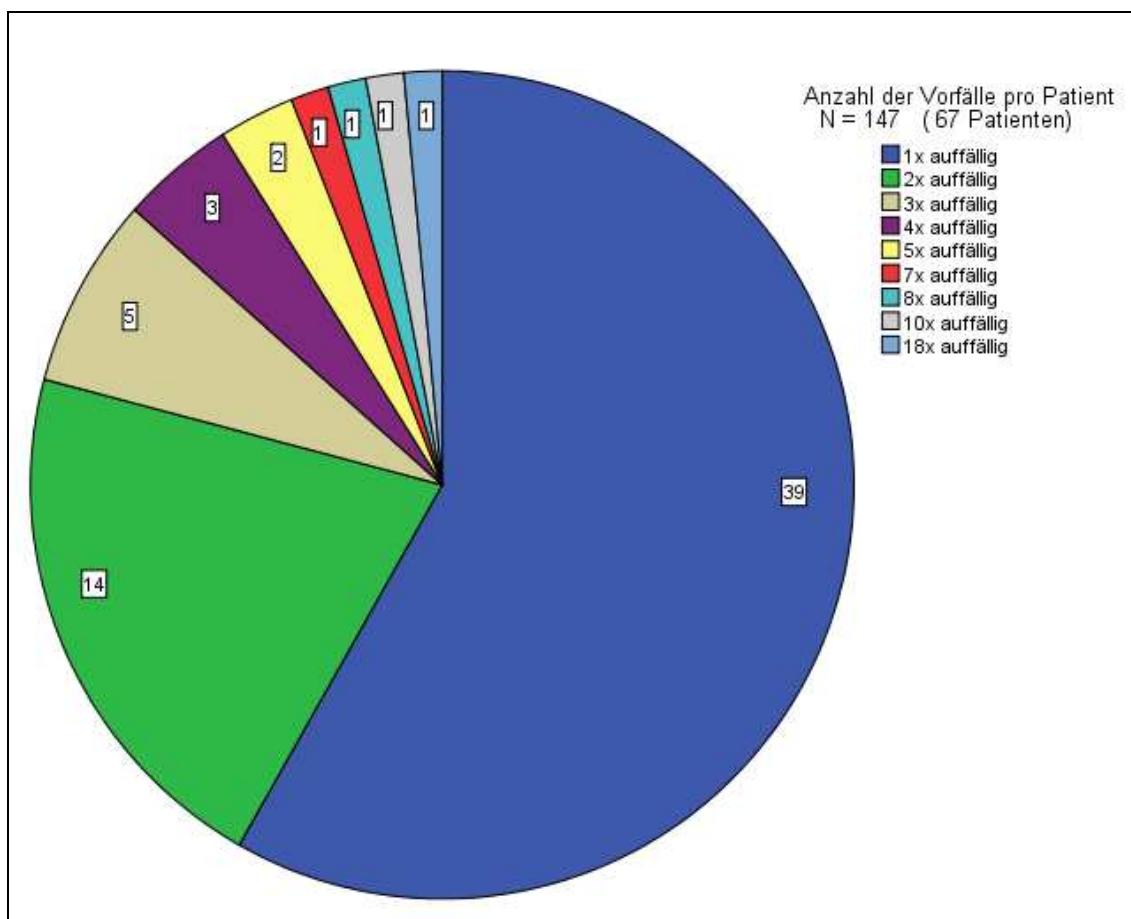


Abbildung 4.1: Anzahl der aggressiven Vorfälle pro Patient

Tageszeit

Betrachtet man die Anzahl der aggressiven Vorfälle je nach Tageszeit und stationärem Setting, so zeigen sich Häufigkeitsgipfel zwischen 10 und 14 Uhr auf beiden Stationsformen (N = 16, entspricht 26,23 % aller aggressiven Vorfälle auf den offenen Stationen; N = 17, entspricht 19,77 % der Vorfälle auf der geschlossenen Station). Zwei weitere Häufigkeitsgipfel zeigen sich auf der beschützten Station zwischen 6 und 10 Uhr (N = 14, 16,28 %) und zwischen 16 und 20 Uhr (N = 27, 31,40 %). Zu allen übrigen Ta-

geszeiten fanden in etwa gleich viele aggressive Durchbrüche auf den beiden offenen Stationen und der beschützten Station statt (vgl. Abbildung 4.2).

Mittels des über die verschiedenen Tageszeiten berechneten Chi-Quadrat-Tests konnten sehr signifikante Zusammenhänge ($\chi^2 = 19,25, p = 0,002$) gefunden werden. Nach einer getrennten Betrachtung des stationären Settings zeigte sich im Chi-Quadrat-Test, dass es keine signifikanten Zusammenhänge der aggressiven Vorfälle mit der Tageszeit im offenen Setting gab ($\chi^2 = 7,16, p = 0,209$). Dagegen konnte jedoch im beschützten Setting ein sehr signifikanter Zusammenhang ($\chi^2 = 17,26, p = 0,004$) zwischen der Anzahl der aggressiven Vorfälle und den verschiedenen Tageszeiten nachgewiesen werden. Betrachtet man die standardisierten Residuen, so wird deutlich, dass die Signifikanz vor allem durch die stark erhöhte Anzahl von Patientenübergriffen im beschützten Bereich während des Zeitraums von 16:00 bis 20:00 begründet ist.

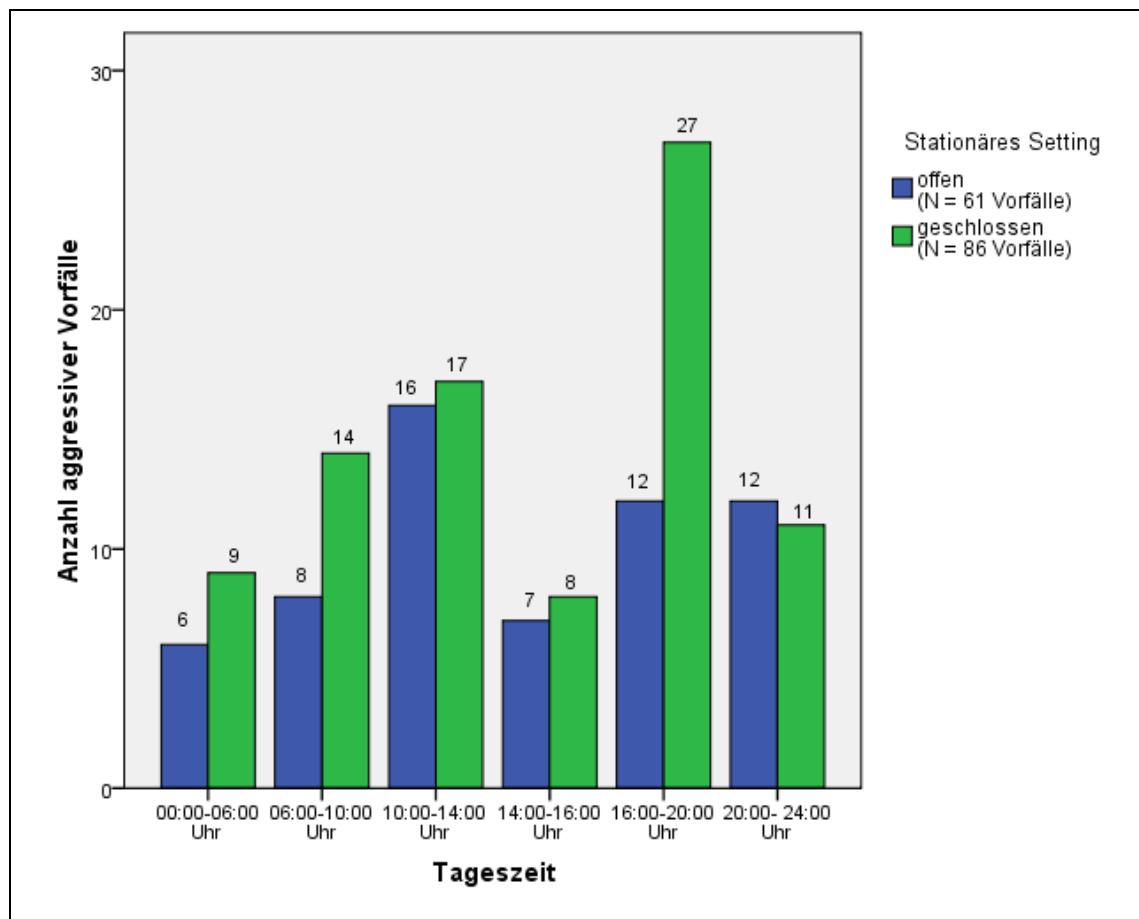


Abbildung 4.2: Anzahl aggressiver Vorfälle nach Uhrzeit und stationärem Setting (N = 147)

Bei 24,24 % aller aggressiven Vorfälle ließen sich wiederholte Durchbrüche am gleichen Tag (2-3x täglich) und auf der gleichen Station beobachten, wobei von diesen Vorfällen 16,67 % von demselben Patienten verursacht wurden, während bei den anderen 83,33 % verschiedene Patienten auf derselben Station aggressiv auffällig wurden.

4.5.2 Welche verschiedenen Ursachen, Formen, Reaktionsweisen und Auswirkungen kennzeichnen die aggressiven Zwischenfälle?

4.5.2.1 Staff Observation Aggression Scale-Revised, SOAS-R

Wie sich aus dem ersten Teil des verwendeten Aggressionsdokumentationsbogen, dem SOAS-R (siehe Tabelle 4.47), ergibt, gab es bei der Mehrheit der Übergriffe weder eine nachvollziehbare Provokation, noch Konflikte im Vorfeld (77,55 %), so dass hierbei psychotische und andere psychische Symptome, wie z. B. spontane Erregung, die Ursache für die Impulsdurchbrüche bildeten. Dieses Ergebnis ist für beide stationäre Settingformen höchst signifikant (offen: $\chi^2 = 46,85$, $p = 0,000$ und beschützt: $\chi^2 = 33,91$, $p = 0,000$).

Nur 22,45 % der Aggressionsakte entstanden aus vorangegangenen Konflikten mit Mitpatienten oder dem Klinikpersonal, z. B. aufgrund der Notwendigkeit zur Einnahme von Psychopharmaka, Hilfe bei den täglichen Routineaufgaben, Aufforderung zur Therapieteilnahme oder Nachtruhe, oder aber aufgrund der Ablehnung bestimmter Wünsche, wie z. B. Stadtausgang oder Bedarfsmedikation.

Vergleicht man die verschiedenen erfassten Konfliktsituationen getrennt nach stationärem Setting, so wird deutlich, dass auf den beiden offenen Stationen vermehrt Konflikte durch Verweigerung eines Wunsches und durch bestimmte Aufforderungen, wie aktive Teilnahme an Therapie oder Einhaltung der Stationsregeln, entstanden waren. Die beschützte Station betreffend ging die Mehrheit der Konflikte auf die Notwendigkeit zur Einnahme von Psychopharmaka zurück. Diese deskriptiv beobachteten Unterschiede hinsichtlich der verschiedenen Provokationsformen je nach stationärem Setting lassen sich jedoch aufgrund der geringen Fallzahlen statistisch nicht halten.

Betrachtet man die Vorfälle hinsichtlich Art der Aggression und Art eingesetzter Hilfsmittel, so wurden verbale Auseinandersetzungen in Form von lautem Schreien,

Androhungen von tätlichen Angriffen oder Äußerung von Schimpfwörtern bei 74,83 % aller Meldungen verzeichnet. Zudem wurden oftmals Gegenstände (21,77 %) oder der Körper (40,82 %) eingesetzt, um Aggressionen auszuagieren. Neben Stühlen, Besteck und Geschirr wurden Mitarbeiter und Mitpatienten mit Tischtennisschlägern, Telefon, Deodorant und Büromaterialien bedroht oder tätlich angegangen. Hinsichtlich der Faktoren „verbale Auseinandersetzung“ und „Einbezug gewöhnlicher Gegenstände“ wurden keine signifikanten Zusammenhänge mit dem Kriterium „stationäres Setting“ gefunden (exakter Test nach Fisher: $p = 0,328$ und $p = 0,443$), wie auch die Ähnlichkeiten der Häufigkeitsverteilungen zeigen (vgl. Tabelle 4.47).

Bei fast der Hälfte der Vorfälle (40,82 %) handelt es sich um sämtliche Formen der körperlichen Gewalt, wie z. B. Schlagen und Treten, Zwicken und Kratzen, an den Haaren ziehen oder Spucken, Beißen sowie Sexuelle Belästigung. Während jedoch auf den beiden offenen Stationen zusammen körperliche Gewalt bei 26,23 % aller aggressiven Vorfälle eine Rolle spielte, lag hingegen der Anteil von körperlichen Übergriffen auf der beschützten Station bei 51,16 %.

Erwartungsgemäß konnte ein höchst signifikanter Zusammenhang zwischen der Variablen „Schlagen“ und dem Kriterium „stationäres Setting“ nachgewiesen werden (exakter Test nach Fisher: $p = 0,001$), wonach es im beschützten Setting deutlich häufiger (bei 43,02 % aller erfassten Vorfälle) als im offenen Stationsbereich (18,03 %) zu Handgreiflichkeiten kam. In Tabelle 4.47 wird diese unterschiedliche Verteilung nochmals deutlich.

Auch gefährliche Gegenstände und Methoden wie Angriffe mit Messern, Feuerzeug oder Strangulation wurden in etwa bei einem Zehntel der Fälle berichtet (10,20 %). Dabei überraschend ist hingegen die Häufigkeitsverteilung, da auf den beiden offenen Stationen bei 16,39 % aller aggressiven Vorfälle gefährliche Gegenstände und Methoden zum Einsatz kamen, während im Vergleich mit 5,81 % der Anteil auf der beschützten Station relativ niedrig ist. Hinsichtlich der Variable „Einsatz eines Messers“ konnte ein sehr signifikanter Zusammenhang zum Kriterium „stationäres Setting“ nachgewiesen werden (exakter Test nach Fisher: $p = 0,003$), wobei dies durch den hohen Anteil an aggressiven Vorfällen mit Verwendung eines Messers im offenen Stationsbereich erklärbar wird (vgl. Tabelle 4.47).

Tabelle 4.47: Ergebnisse aus dem ersten Teil (deutsche Version des SOAS-R, Staff Observation Aggression Scale Revised) des verwendeten Dokumentationsbogens zur Epidemiologie aggressiver Situationen: Dokumentation von Auslösern und Hilfsmitteln

SOAS- R Staff Observation Aggression Scale	N = 147 (61/86)	%
<i>Auslöser der Aggression</i>		
Keine nachvollziehbare Provokation	114 (44/70)	77,55 (72,13/81,40)
Provoziert:	Gesamt: 33 (17/16)	22,45 (27,87/18,60)
Durch andere Patienten	6 (3/3)	4,08 (4,92/3,49)
Pflegepersonal wünscht Medikamenteinnahme	10 (2/8)	6,80 (3,28/9,30)
Bei der Hilfe der täglichen Alltagsaufgaben	4 (2/2)	2,72 (3,28/2,33)
Patient wurde etwas verwehrt	8 (5/3)	5,44 (8,20/3,49)
Sonstiges (z. B. Therapienteilnahme, Nachtruhe, Alkoholtest)	5 (5/0)	3,40 (8,20/0,00)
<i>Benutzte Hilfsmittel</i>		
Verbale Aggression	110 (44/66)	74,83 (72,13/76,74)
Gewöhnliche Gegenstände (z. B. Stuhl, Glas, Gabel, Tischtennisschläger)	32 (11/21)	21,77 (18,03/24,42)
Körperteile:	Gesamt: 60 (16/44)	40,82 (26,23/51,16)
Hand (Schlagen, Boxen, Haare ziehen oder Zwicken und Kratzen)	48 (11/37)	32,65 (18,03/43,02)
Fuß (Treten)	16 (5/11)	10,88 (8,20/12,79)
Zähne (Beißen)	3 (2/1)	2,04 (3,28/1,16)
Sonstiges (mit Kopf schlagen, Sexuelle Belästigung, Spucken)	9 (5/4)	6,12 (8,20/4,65)
Gefährliche Gegenstände/Methoden:	Gesamt: 15 (10/5)	10,20 (16,39/5,81)
Messer	12 (10/2)	8,16 (16,39/2,33)
Strangulieren	1 (0/1)	0,68 (0,00/1,16)
Sonstiges (Feuerzeug, Schuhband)	3 (0/3)	2,04 (0,00/3,49)

Anmerkungen:

- 1) Die erste in der Klammer angegebene Ziffer steht für die beiden offenen Stationen, die zweite Ziffer für die geschützte Station.
- 2) Mehrfachantworten waren in diesem Teil des verwendeten Fragebogens erlaubt.
- 3) Vorfälle insgesamt auf den offenen Stationen: N = 61; Vorfälle auf der geschützten Station: N = 86.

Nur in seltenen Fällen (6,80 %) lief die Aggression ungerichtet ab, so dass weder Gegenstand, noch Person das Ziel des emotionalen Ausbruchs darstellten. In 16,33 % wurden Gegenstände, wie z. B. Wände, Bilder, Betten und Türen attackiert. Diesbezüglich konnte ein statistisch signifikanter Zusammenhang berechnet werden (exakter Test nach Fisher: $p = 0,019$), wonach sich im beschützten Setting die Gewalt deutlich häufiger gegen Gegenstände richtete als im offenen Stationsbereich (vgl. Tabelle 4.48).

Bei 10,88 % war der Ausagierende selbst das Ziel der eigenen Aggressionen. Von den Selbstgefährdungen, wie Zufügen von Schnittwunden mit Messer oder Rasierklinge, Verbrennungen durch Zigaretten oder andere Verletzungen durch Reißnägel, wurde auf den offenen Stationen der größere Anteil mit insgesamt 18,03 % verzeichnet. Auf der beschützten Station waren die Autoaggressionen mit 5,81 % im Vergleich zu den Fremdaggressionen relativ gering. Dieser Unterschied zwischen den stationären Settingformen erwies sich ebenfalls als statistisch signifikant (exakter Test nach Fisher: $p = 0,020$).

Bei gut einem Fünftel der Vorfälle (22,45 %) wurden Mitpatienten zum Angriffsziel, wobei dies in beiden Formen des Settings (offene versus geschlossene Station) in etwa bei gleich vielen dokumentierten Vorfällen der Fall war. Andere Personen, wie z. B. Zivildienstleistende, Fahrdienst, Polizei oder Küchenausgabe wurden in 4,76 % beschimpft, bedroht oder tatsächlich angegriffen. Mehr als die Hälfte der Vorfälle (55,78 %) richtete sich in beiden Settingformen gegen die therapeutisch tätigen Mitarbeiter, vor allen voraus die Pflege. Im Vergleich zum Pflegepersonal (49,66 %) wurden andere Therapeuten (4,08 %), wie Ärzte und Psychologen, relativ selten angegriffen. Dieses Ergebnis ist für beide stationäre Settingformen höchst signifikant (offen: $\chi^2 = 33,81$, $p = 0,000$ und beschützt: $\chi^2 = 82,84$, $p = 0,000$).

Hinsichtlich der auf die Übergriffe folgenden Konsequenzen wurden bei 27,89 % keinerlei negative Folgen dokumentiert, während bei der Mehrheit schädliche Folgen für die von den Aggressionen betroffenen Personen (67,35 %) oder/und Sachbeschädigungen (11,56 %) gemeldet wurden. Neben dem Gefühl der Bedrohung (53,74 %) und Schmerzen, die entweder weniger (18,37 %) oder aber länger als 10 Minuten (3,40 %) andauerten, gaben die betroffenen Personen in 12,24 % der Fälle sichtbare Verletzungen von z. B. blauen Flecken, Schürf- und Bisswunden an, wobei in 8,84 % eine Wundversorgung und in 4,76 % der Fälle eine ärztliche Behandlung notwendig wurde. Hierbei ist der Anteil an sichtbaren Verletzungen auf den beiden offenen Stationen (18,03 %) im Vergleich zur beschützten Station (8,14 %) unerwartet hoch. Aufgrund der zum Teil

in manchen Feldern sehr geringen Fallzahlen wurde hierbei auf eine Berechnung des Chi-Quadrat-Tests verzichtet, da die Voraussetzungen nicht erfüllt waren.

In nur 10,88 % der Vorfälle wurden vom Klinikpersonal keine Maßnahmen unternommen, um die Gewalt zu stoppen. Diesbezüglich ist der Anteil erwartungsgemäß auf den offenen Stationen größer (19,67 %) als auf der beschützten Station, auf welcher nur bei 4,65 % der Gewalttaten nicht eingegriffen wurde. Dieser Zusammenhang konnte als statistisch sehr signifikant nachgewiesen werden (exakter Test nach Fisher: $p = 0,005$).

Bei der Mehrheit der registrierten Auseinandersetzungen kamen neben klärenden und schlichtenden Gesprächen (61,90 %), Medikamentengabe oral bzw. intramuskulär/intravenös (44,90 % bzw. 7,48 %) sowie Festhalten (40,82 %), Fixierung (39,46 %) und sonstige Maßnahmen, wie z. B. Verlegung, Wundversorgung (13,61 %) zum Einsatz, um die Situation zu entschärfen und zu bewältigen. Ruhiges Wegführen des Patienten (0,68 %) sowie Isolation in einem ruhigen, reizarmen Raum (0,00 %) kamen kaum bzw. gar nicht zur Anwendung.

Hierbei konnten statistisch höchst signifikante Zusammenhänge zwischen der Variablen „Gespräch als Maßnahme“ und dem Kriterium „stationäres Setting“ berechnet werden (exakter Test nach Fisher: $p = 0,001$), wonach im offenen Setting wesentlich seltener auf ein klärendes Gespräch als Deeskalationsmaßnahme im Vergleich zum beschützten Setting verzichtet wurde.

Deutliche Unterschiede konnten erwartungsgemäß bei den verschiedenen stationären Settings im Bereich Zwangsmedikation, Festhalten gegen den Willen sowie Fixierung und sonstige Maßnahmen beobachtet werden: während die beiden offenen Stationen vermehrt mit Verlegung auf eine andere, meist beschützte Station, Wundversorgung und Zuhilfeholen personeller Verstärkung reagierten (22,95 %), kamen auf der beschützten Station oft Festhalten (65,16 %), Zwangsmedikation oral (56,98 %) und intramuskulär/intravenös (12,79 %) sowie Fixierung (65,11 %) als Bewältigungsstrategien zum Einsatz.

Somit konnten signifikante Zusammenhänge zwischen bestimmten Deeskalationsstrategien und dem stationären Setting nicht nur hinsichtlich der Variablen „Gespräch“ (siehe oben), sondern auch hinsichtlich den Variablen „orale Medikamentengabe“ (exakter Test nach Fisher: $p = 0,000$), „intramuskuläre/intravenöse Medikamentengabe“ (exakter Test nach Fisher: $p = 0,002$), „Festhalten gegen den Willen“ (exakter Test nach Fisher: $p = 0,000$) und „Fixierung“ (exakter Test nach Fisher: $p = 0,000$) nachgewiesen werden.

Tabelle 4.48: Ergebnisse aus dem zweiten Teil (deutsche Version des SOAS-R, Staff Observation Aggression Scale Revised) des verwendeten Dokumentationsbogens zur Epidemiologie aggressiver Situationen: Dokumentation von Aggressionszielen, Konsequenzen und Interventionen

SOAS- R Staff Observation Aggression Scale	N = 147 (61/86)	%
<i>Ziel der Aggression</i>		
Nichts/Niemand	10 (3/7)	6,80 (4,92/8,14)
Gegenstand	24 (5/19)	16,33 (8,20/22,09)
Andere Patienten	33 (14/19)	22,45 (22,95/22,09)
Patient selbst	16 (11/5)	10,88 (18,03/5,81)
Andere Personen (Zivi, Fahrdienst, Polizei, Küchenausgabe)	7 (3/4)	4,76 (4,92/4,65)
Mitarbeiter:	Gesamt: 82 (32/50)	55,78 (52,46/58,14)
Pflege	73 (26/47)	49,66 (42,62/54,65)
Arzt/Psychologe	6 (5/1)	4,08 (8,20/1,16)
Arzt und Pflege	3 (1/2)	2,04 (1,64/2,33)
Sonstige Therapeuten	0	0,00
Reinigungskräfte	0	0,00
<i>Konsequenz(en) für das (die) Opfer</i>		
Keine	41 (24/17)	27,89 (39,34/19,77)
Gegenstände beschädigt	17 (7/10)	11,56 (11,48/11,63)
Personen:	Gesamt: 99 (35/64)	67,35 (57,38/74,42)
Fühlten sich bedroht	79 (24/55)	53,74 (39,34/63,53)
Schmerz < 10 Minuten	27 (7/20)	18,37 (11,48/23,26)
Schmerz > 10 Minuten	5 (4/1)	3,40 (6,56/1,16)
Sichtbare Verletzung	18 (11/7)	12,24 (18,03/8,14)
Infolgedessen behandlungsbedürftig	13 (6/7)	8,84 (9,84/8,14)
Behandlungsbedürftig durch Arzt	7 (2/5)	4,76 (3,28/5,81)

Maßnahme(n), um Aggression zu stoppen		
Keine	16 (12/4)	10,88 (19,67/4,65)
Gespräch mit Patienten	91 (47/44)	61,90 (77,05/51,16)
Ruhig weggeführten	1 (1/0)	0,68 (1,64/0)
Medikament verabreicht:		
Oral	66 (17/49)	44,90 (27,87/56,98)
i.m./i.v.	11 (0/11)	7,48 (0/12,79)
Unter Krafteinsatz festgehalten	60 (4/56)	40,82 (6,56/65,16)
In einem geschlossenen Raum isoliert	0	0,00
Fixierung	58 (2/56)	39,46 (3,28/65,11)
Sonstige (Verlegung, Anforderung von personeller Verstärkung, Wundversorgung beim Pat.)	20 (14/6)	13,61 (22,95/6,98)

Anmerkungen:

- 1) Die erste in der Klammer angegebene Ziffer steht für die beiden offenen Stationen, die zweite Ziffer für die beschützte Station.
- 2) Mehrfachantworten waren in diesem Teil des verwendeten Fragebogens erlaubt.
- 3) Vorfälle insgesamt auf den offenen Stationen: N = 61; Vorfälle auf der beschützten Station: N = 86.

Es wurden insgesamt 25,85 % (N = 38) leicht-, 42,18 % (N = 62) mittel- und 31,97 % (N = 47) schwergradige Übergriffe registriert. Hinsichtlich des Schweregrades der 147 registrierten aggressiven Vorfälle zeigte sich nach Stationen getrennt folgendes Bild: Wie Abbildung 4.3 veranschaulicht, wurden auf den beiden offenen Stationen zusammen insgesamt 42,62 % (N = 26) leichtgradige, 32,79 % (N = 20) mittelgradige und 24,59 % (N = 15) schwergradige Ereignisse verzeichnet. Hingegen ereigneten sich auf der beschützten Station größtenteils mittel- (48,84 %, N = 42) und schwergradige (37,21 %, N = 32) Übergriffe, während die leichtgradigen mit 13,95 % (N = 12) in diesem Setting den geringsten Anteil ausmachten.

Mittels des über die verschiedenen SOAS-R-Schweregrade berechneten Chi-Quadrat-Tests konnten somit signifikante Ergebnisse ($\chi^2 = 6,00$, $p = 0,050$) gefunden werden. Nach einer getrennten Betrachtung des stationären Settings zeigte sich im Chi-Quadrat-Test, dass es keine signifikanten Zusammenhänge zwischen den Summenscores und dem offenen Setting gab ($\chi^2 = 2,98$, $p = 0,225$), folglich also in etwa gleich viele leicht-, mittel- und schwergradige aggressive Ereignisse im offenen Stationsbereich

stattfanden. Dagegen konnte jedoch im beschützten Setting ein höchst signifikanter Zusammenhang ($\chi^2 = 16,28$, $p = 0,000$) zu dem Schweregrad der registrierten aggressiven Vorfälle nachgewiesen werden, wonach sowohl deutlich weniger leichtgradige als auch mehr mittelgradige und schwergradige Aggressionen beobachtet werden konnten, als zu erwarten waren. Es besteht somit ein höchst signifikanter Zusammenhang zwischen Art des Settings und dem Schweregrad von Patientenübergriffen ($\chi^2 = 15,30$, $p = 0,000$), wonach im beschützten Setting deutlich mehr mittel- und schwergradige Patientenübergriffe als im offenen Setting passieren.

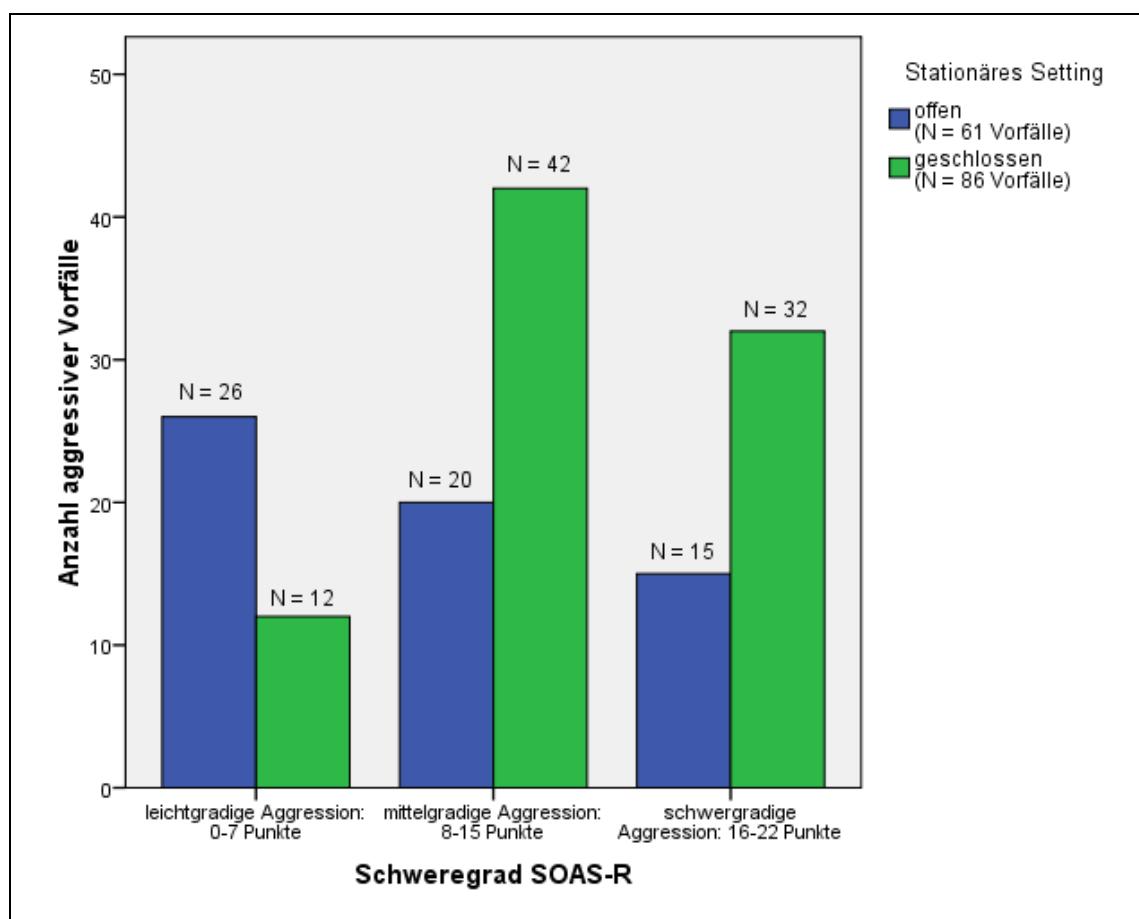


Abbildung 4.3: Schweregrad SOAS-R der aggressiven Vorfälle, getrennt nach stationärem Setting ($N = 147$)

4.5.2.2 Overt Aggression Scale, OAS

Während die Staff Observation Aggression Scale-Revised im Unterpunkt 2 des Fragebogens (Unterpunkt „benutzte Hilfsmittel“) die verschiedenen Aggressionsarten übersichtsartig beschreibt, unterteilt die Overt Aggression Scale die vier Formen „Verbale Aggression“, „Aggression gegenüber Gegenständen“, „Aggression gegen sich selbst“ und „Aggression gegen andere Personen“ expliziter (vgl. Tabelle 4.49).

Betrachtet man die diversen Auftretensformen verbaler Gewalt, so waren Beleidigungen im offenen Setting signifikant häufiger als andere Erscheinungsweisen verbaler Aggression vertreten ($\chi^2 = 19,27$, $p = 0,000$).

Auch bei ausgeübter Gewalt gegenüber Gegenständen konnten Unterschiede festgestellt werden, wonach im beschützten Setting signifikant häufiger Gegenstände heruntergeworfen wurden sowie gegen Möbel getreten und Wände beschmiert wurden ($\chi^2 = 16,14$, $p = 0,001$) im Vergleich zu den in Tabelle 4.49 weiteren aufgeführten Formen von Gewalt gegenüber Gegenständen. Für die verschiedenen Formen der Autoaggression konnten aufgrund der zu geringen Fallzahlen keine statistischen Zusammenhänge berechnet werden.

Personen, welche zum Ziel der Patientenübergriffe wurden, wurden vor allem im beschützten Setting signifikant häufiger gestoßen sowie an den Haaren gezogen und waren wesentlich häufiger Schlägen und Fußtritten ($\chi^2 = 31,89$, $p = 0,000$) als anderen Formen von Aggression ausgesetzt. Tabelle 4.49 zeigt die entsprechende Häufigkeitsverteilung.

Tabelle 4.49: Ergebnisse aus dem zweiten Teil (deutsche Version der OAS, Overt Aggression Scale) des verwendeten Dokumentationsbogens zur Epidemiologie aggressiver Situationen: Dokumentation von Form der Aggression, aufgeschlüsselt nach den einzelnen Aggressionsarten

OAS Overt Aggression Scale	N = 147 (61/86)	%
Form der Aggression		
1.) Verbale Aggression	110 (44/66)	74,83 (72,13/76,74)
Schreien	28 (8/20)	19,05 (13,11/23,26)
Beleidigungen	35 (22/13)	23,81 (36,07/15,12)
Fluchen, Schimpfwörter, unbestimmte Drohungen	34 (12/22)	23,13 (19,67/25,58)
Konkrete Gewaltandrohung, Erbitten von Hilfe	13 (2/11)	8,84 (3,28/12,79)
2.) Aggression gegenüber Gegenständen	29 (8/21)	19,73 (13,11/24,42)
Türenknallen, Verstreuen von z. B. Kleidung	2 (1/1)	1,36 (1,64/1,16)
Herunterwerfen von Gegenständen, Treten gegen Möbel, Beschmieren der Wände	18 (6/12)	12,24 (9,84/13,95)
Zerbrechen von Gegenständen oder Fenstern	8 (1/7)	5,44 (1,64/8,14)
Feuerlegen, gefährliches Werfen von Gegenständen	1 (0/1)	0,68 (0,00/1,16)
3.) Aggression gegen sich selbst	16 (11/5)	10,88 (18,03/5,81)
Zwicken, Kratzen, Haare ausreißen, Schlagen	0	0,00
Kopf anschlagen, mit Faust gegen Gegenstände, auf Boden werfen	2 (1/1)	1,36 (1,64/1,16)
Kleine Schnitte, blaue Flecken, kleine Verbrennungen	7 (5/2)	4,76 (8,20/2,33)
Tiefe Schnitte, Verstümmelungen, Bisswunden, innere Verletzungen, Knochenbruch, Bewusstlosigkeit, Zahnverlust	7 (5/2)	4,76 (8,20/2,33)
4.) Aggression gegen andere Personen	61 (14/47)	41,50 (22,95/54,65)
bedrohliche Gebärden, Anrempeln, an Kleidung zerren	18 (3/15)	12,24 (4,92/17,44)
Schlagen, Treten, Stoßen, an Haaren ziehen	35 (9/26)	23,81 (14,75/30,23)
Greift andere an, leichte Verletzungen	7 (2/5)	4,76 (3,28/5,81)
Schwere Körperverletzungen	1 (0/1)	0,68 (0,00/1,16)

Anmerkungen:

- 1) Die erste in der Klammer angegebene Ziffer steht für die beiden offenen Stationen, die zweite Ziffer für die beschützte Station.
- 2) Mehrfachantworten waren in diesem Teil des verwendeten Fragebogens erlaubt.
- 3) Vorfälle insgesamt auf den offenen Stationen: N = 61; Vorfälle auf der beschützten Station: N = 86.

Zeitliche Dauer des Vorfalls

Auf einen weiteren, ebenfalls mithilfe der OAS erhobenen Faktor, nämlich den zeitlichen Beginn der aggressiven Vorfälle, soll in diesem Abschnitt nicht näher eingegangen werden, da die Tageszeiten, zu welchen die verschiedenen 147 Auseinandersetzungen aufgetreten sind, bereits in Abbildung 4.2 dargestellt und zuvor ausführlich beschrieben wurden.

Hinsichtlich der zeitlichen Dauer der aggressiven Durchbrüche zeigt sich ein ähnliches Bild in beiden divergenten Settingformen: Sowohl im offenen Setting (77,05 %, N = 47), als auch im beschützten Rahmen (73,26 %, N = 63) dauerte die signifikante Mehrheit der Auseinandersetzungen nicht länger als 10 Minuten an. Mit zunehmender Minutenzahl wird jeweils ein stark fallender Trend in der deskriptiven Betrachtung deutlich (vgl. Abbildung 4.4). Dieser Unterschied in der zeitlichen Dauer der Vorfälle erwies sich ebenfalls statistisch als höchst signifikant ($\chi^2 = 47,34$, $p = 0,000$).

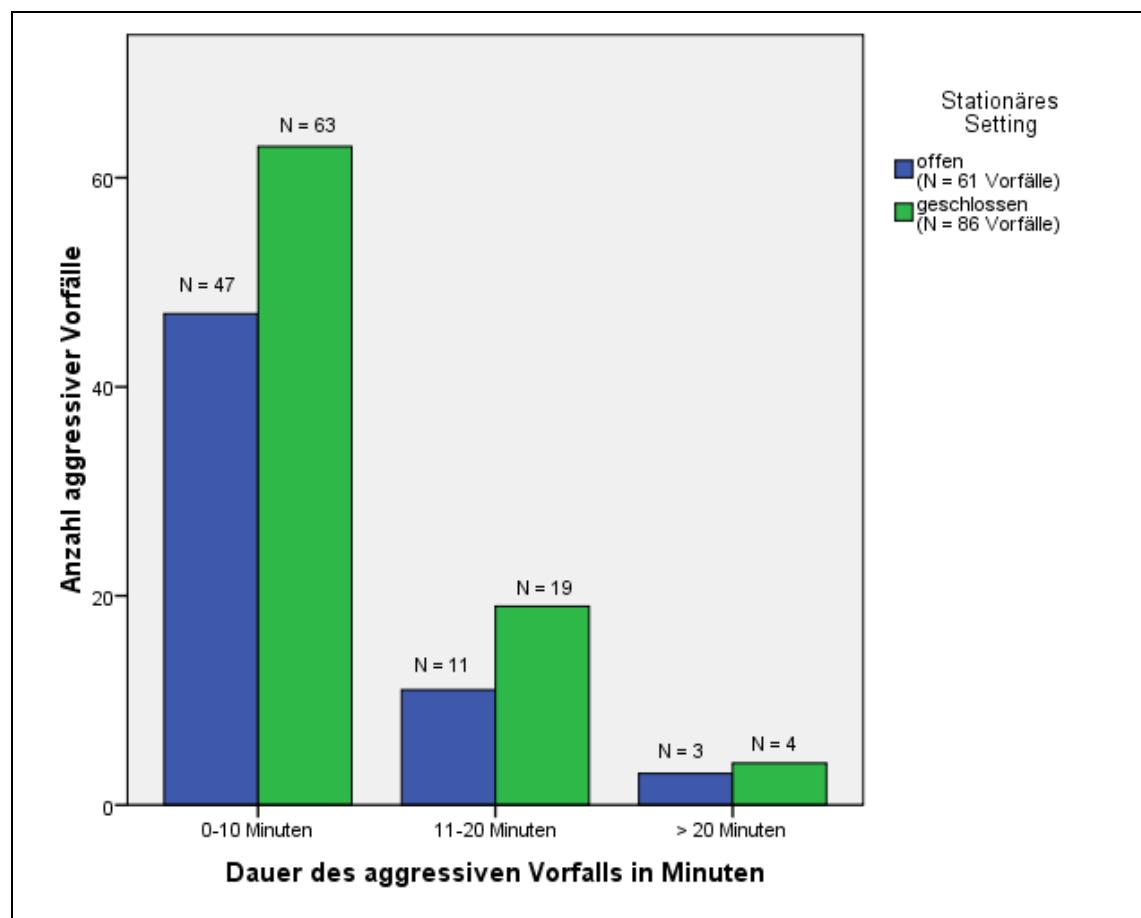


Abbildung 4.4: OAS: Dauer der aggressiven Vorfälle, getrennt nach stationärem Setting (N = 147)

Weitere Interventionsmethoden aus der OAS

Da schon im ersten Teil der Darstellung zur Epidemiologie aggressiver Vorfälle (vgl. Kapitel 4.5.2.1, SOAS-R) auf die mit Hilfe der Staff Observation Aggression Scale-Revised erfassten Maßnahmen im Umgang mit den Patientenübergriffen eingegangen wurde, soll in diesem Abschnitt von einer Ausführung abgesehen werden, um eine Wiederholung zu vermeiden. Aus diesem Grunde führt Tabelle 4.50 nur drei weitere Interventionsformen auf, welche in der SOAS-R nicht explizit enthalten sind. Diesbezüglich zeigt sich allerdings, dass sowohl engmaschige Überwachung des aggressiven Patienten als auch Notfallversorgung anderer Personen sowie des Aggressionsverursachers selten (jeweils unter 10 %) als Methode der Aggressionsbewältigung zum Einsatz kamen. Aufgrund der hier ebenfalls sehr geringen Fallzahlen wurden keine statistischen Zusammenhänge berechnet.

Tabelle 4.50: Ergebnisse aus dem zweiten Teil (deutsche Version der OAS, Overt Aggression Scale) des verwendeten Dokumentationsbogens zur Epidemiologie aggressiver Situationen: Dokumentation der Art der therapeutischen Interventionen

OAS Overt Aggression Scale	N = 147 (61/86)	%
Engmaschige Überwachung	7 (1/6)	4,76 (1,64/6,98)
Notfallversorgung anderer Personen	3 (1/2)	2,04 (1,64/2,33)
Notfallversorgung des Patienten	11 (7/4)	7,48 (11,48/4,65)

Anmerkungen:

- 1) Die erste in der Klammer angegebene Ziffer steht für die beiden offenen Stationen, die zweite Ziffer für die beschützte Station.
- 2) Mehrfachantworten waren in diesem Teil des verwendeten Fragebogens erlaubt.
- 3) Vorfälle insgesamt auf den offenen Stationen: N = 61; Vorfälle auf der beschützten Station: N = 86.

Auf die weiteren Aspekte „aktuelle Pflegepersonalbesetzung“ und „aktuelle Patientenbelegung“, welche einen Teil der Overt Aggression Scale darstellen, soll gesondert im Kapitel 4.5.3.3 im Rahmen der Schilderung der Umgebungsmerkmale eingegangen werden.

4.5.2.3 Weitere Kennzeichen der angewandten Interventionen zur Be-wältigung der aggressiven Vorfälle

Zusätzlich erfragte Interventionsmöglichkeiten

Während bei keinem der registrierten 147 aggressiven Vorfälle angegeben wurde, dass die Gewalt durch das Eingehen auf die speziellen Wünsche des Patienten (z. B. nach Therapieverweigerung) gestoppt wurde, wurde bei 22,45 % (N = 33) der Vorfälle weiteres Personal zu Hilfe gerufen (meist mittels tragbarem Alarmsystem, der Personensicherungsanlage PSA, welches sich auf allen drei Stationen befand). Zudem wurde in jeweils 4,76 % (N = 7) mit Verlegung auf eine andere Station sowie mit Umstellung der Psychopharmaka des aggressiven Patienten auf die Gewalt reagiert. Signifikant häufiger als die hier aufgeführten anderen Interventionsmethoden zum Einsatz kamen, wurde zusätzliche personelle Unterstützung angefordert ($\chi^2 = 99,17$, $p = 0,000$).

Häufigkeit der angewandten Maßnahme, um Aggression zu stoppen

Bei der Mehrheit der Patientenübergriffe (N = 136, 92,52 %) gelang es dem Klinikpersonal durch den einmaligen Einsatz einer Interventionsmaßnahme oder durch die Kombination verschiedener Techniken (z. B. Fixierung und Gabe von Medikation) die Gewalt zu stoppen. Bei 7,48 % (N = 11) mussten intermittierend Maßnahmen zur Deeskalation herangezogen werden, da die Aggression nach kurzer Zeit erneut auftrat oder sich verstärkte und der einmalige Einsatz der Maßnahmen nicht ausreichte, um die Gewalt einzudämmen. Hinsichtlich der Variablen „Häufigkeit der angewandten Maßnahme, um Aggression zu stoppen“ konnten keine signifikanten Zusammenhänge mit dem Kriterium „stationäres Setting“ gefunden werden (exakter Test nach Fisher: $p = 0,202$).

Dauer der Maßnahme

Mittels des über die verschiedenen Interventionszeiträume berechneten Chi-Quadrat-Tests konnten höchst signifikante Ergebnisse ($\chi^2 = 106,84$, $p = 0,000$) gefunden werden. Wie aus Abbildung 4.5 ersichtlich wird, zeigen sich diese höchst signifikanten Unterschiede hinsichtlich der zeitlichen Deeskalationsdauer ebenfalls in den verschiedenen

Settingformen getrennt betrachtet (offen: $\chi^2 = 139,90$, $p = 0,000$ und beschützt: $\chi^2 = 36,44$, $p = 0,000$). Bei Berechnung des Chi-Quadrat-Tests zeigt sich ein höchst signifikanter Settingzusammenhang ($\chi^2 = 46,52$, $p = 0,000$): Während der größte Anteil an Bewältigungsmethoden im offenen Setting eine Zeitspanne bis maximal 30 Minuten umfasst (90,16 %, $N = 55$), wird auf der beschützten Station bei zwei Dritteln der Patientenübergriffe deutlich länger interveniert. So dauerten bei 60,47 % ($N = 52$) der Vorfälle die Maßnahmen mehr als eine Stunde an.

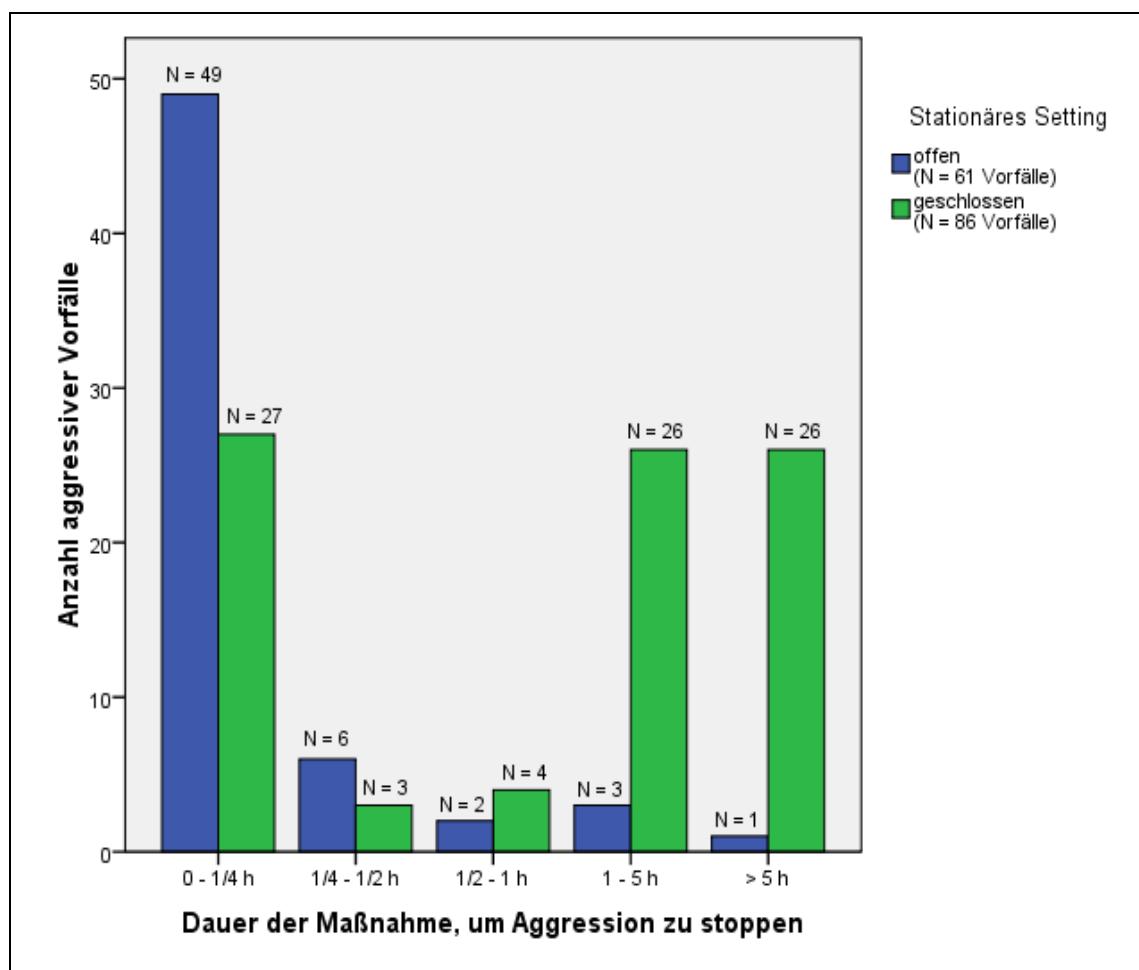


Abbildung 4.5: Dauer der verschiedenen Interventionen, um die aggressiven Vorfälle zu beenden, getrennt nach stationärem Setting ($N = 147$)

Betrachtet man im Einzelnen die jeweils eingesetzten Bewältigungsmethoden, so lässt sich feststellen, dass bei einer Interventionsdauer von maximal einer Stunde vor allem Methoden wie Gespräche zur Deeskalation ($N = 72$, entspricht 79,12 % aller insgesamt geführten Gespräche) sowie Notfallversorgung des Patienten aufgrund von Verletzun-

gen (N = 9, entspricht 81,82 % aller notwendigen medizinischen Wundversorgungen von Patienten) eingesetzt wurden. Im Vergleich dazu kamen Interventionen wie Überwachung (N = 7, 100 %), Festhalten (N = 53, 88,33 %), Medikamenteneinsatz intravenös oder intramuskulär gegen den Willen des Patienten (N = 10, 90,91 %) sowie Fixierung (N = 54, 93,10 %) verstärkt bei einer Dauer von mehr als einer Stunde zur Anwendung. Die Verabreichung oraler Medikation kam sowohl als kurzfristige Maßnahme (N = 34, 51,52 %), als auch als langfristige Intervention (N = 32, 48,48 %) zum Einsatz. Aufgrund der hier ebenfalls sehr geringen Fallzahlen in einigen Feldern wurden keine statistischen Zusammenhänge berechnet.

4.5.3. Auf welche Patienten-, Mitarbeiter- und Umgebungsmerkmale kann die Häufigkeit gewalttätigen Verhaltens zurückgeführt werden?

4.5.3.1 Patientenmerkmale

Aggressionsursachen

Da oftmals die Psychopathologie als Ursache für einen aggressiven Ausbruch als Hintergrund zu verzeichnen ist, wurde dieser Faktor gesondert im Rahmen des Aggressionsdokumentationsbogens erfasst. Deskriptiv betrachtet gehen dabei die gewonnenen Ergebnisse je nach stationärem Setting stark auseinander (vgl. Abbildung 4.6): so wurden aggressive Vorfälle bei Patienten im beschützten Setting signifikant häufiger mit psychopathologischen Auffälligkeiten wie Wahn (exakter Test nach Fisher: p = 0,000), Denkstörungen (exakter Test nach Fisher: p = 0,001), Halluzinationen (exakter Test nach Fisher: p = 0,000) und Erregung (exakter Test nach Fisher: p = 0,000) in Verbindung gebracht, als dies bei Vorfällen im offenen Setting der Fall war.

In der Gesamtheit betrachtet, spielten wahnhaftes Denken bei 61,22 % (N = 90), Denkstörungen bei 73,47 % (N = 108), halluzinatorisches Erleben bei 48,30 % (N = 71) sowie Erregungszustände bei 83,67 % (N = 123) eine bedeutsame Rolle.

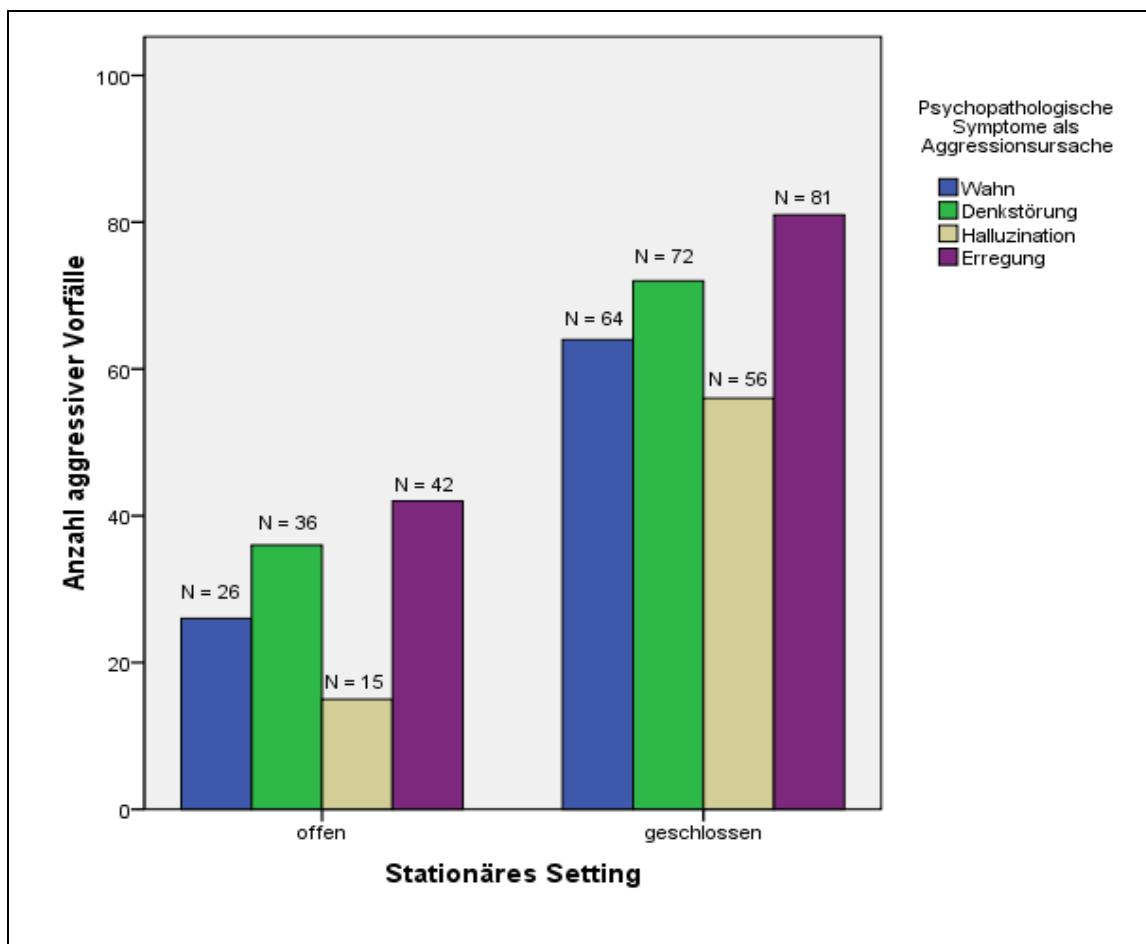


Abbildung 4.6: Psychopathologie als Aggressionsursache, getrennt nach stationärem Setting

Neben psychopathologischen Auffälligkeiten als mögliche Aggressionsursache interessierte zudem eine Reihe weiterer Einflussfaktoren, welche in Tabelle 4.51 dargestellt sind. Vergleicht man die beobachteten Häufigkeiten dieser Einflussfaktoren auf die Entstehung von gewalttätigem Patientenverhalten mit den oben angeführten psychopathologischen Einflussfaktoren, so wird deutlich, dass letzteren wesentlich häufiger in Verbindung mit aggressivem Verhalten zu sehen sind als andere Faktoren.

Hinsichtlich dieser weiteren Einflussfaktoren (vgl. Tabelle 4.51) konnte nur bezüglich der Variablen „Medikamentenverweigerung“ ein statistisch signifikanter Zusammenhang beobachtet werden, wonach diese Ursache im beschützten Setting deutlich häufiger eine Rolle spielt als im offenen Setting (exakter Test nach Fisher: $p = 0,033$). Bei allen anderen in Tabelle 4.51 aufgeführten Variablen ähneln sich die Häufigkeitstabellen sehr oder es konnten aufgrund zu geringer Fallzahlen keine statistischen Zusammenhänge berechnet werden.

Im Freitext wurden wenige Male noch Distanzlosigkeit im Rahmen einer manischen Symptomatik (bei 3,40 % der Vorfälle, N = 5) sowie Suizidgedanken (2,72 %, N = 4) und Druck, sich selbst zu verletzen (8,84 %, N = 13), als Aggressionsursache genannt.

Tabelle 4.51: Weitere erfasste Aggressionsursachen

Aggressionsursachen	N = 147 (61/86)	%
Konflikt mit Personal	1 (1/0)	0,68 (1,64/0,00)
Konflikt mit Mitpatienten	14 (8/6)	9,52 (13,11/6,98)
Konflikt mit Besuch	0	0,00
Wunschverweigerung	14 (7/7)	9,52 (11,48/8,14)
Medikamentenverweigerung	10 (1/9)	6,80 (1,64/10,47)
Medikamentenveränderung	0	0,00
Verweigerung therapeutischer Maßnahmen	4 (3/1)	2,72 (4,92/1,16)
Disziplinarische Maßnahmen	3 (1/2)	2,04 (1,64/2,33)
Rauschmittelabusus	7 (5/2)	4,76 (8,20/2,33)

Anmerkungen:

- 1) Die erste in der Klammer angegebene Ziffer steht für die beiden offenen Stationen, die zweite Ziffer für die beschützte Station.
- 2) Mehrfachantworten waren in diesem Teil des verwendeten Fragebogens erlaubt.
- 3) Vorfälle insgesamt auf den offenen Stationen: N = 61; Vorfälle auf der beschützten Station: N = 86.

Aggressionsmotive

Im Hinblick auf die angegebenen vorherrschenden Aggressionsmotive (vgl. Tabelle 4.52) wurde bei der Mehrheit der Vorfälle Einengung des Patienten angegeben. Daneben galten Durchsetzung bestimmter Wünsche, Angst sowie Personen- und Situationsverkennung als wichtigste Motive. Appell, Kränkung, Abbau des Sucht- oder Selbstverletzungsdrucks standen dagegen seltener als Motivation für aggressives Patientenverhalten im Vordergrund (insgesamt bei 11,56 % der Vorfälle, N = 17). Keine statistisch signifikanten Zusammenhänge konnten hinsichtlich den Variablen „Wünsche“ (exakter Test nach Fisher: p = 0,090), „Appell“ (exakter Test nach Fisher: p = 0,171), „Kränkung“ (exakter Test nach Fisher: p = 0,415) und dem Kriterium „stationäres Setting“ gefunden werden. Allerdings zeigte sich ein sehr signifikanter Zusammenhang zwischen der Settingform und der Variablen „Abbau des Sucht- oder Selbstverletzungsdrucks“ (exakter Test nach Fisher: p = 0,004), wonach dieses Motiv im offenen Setting

deutlich häufiger eine vorrangige Rolle spielte. Auch die Überprüfung des Zusammenhangs zwischen dem Kriterium „Settingform“ und den Faktoren „Angst“ (exakter Test nach Fisher: $p = 0,006$), „Personen- und Situationsverkennung“ (exakter Test nach Fisher: $p = 0,000$) sowie „Einengung“ (exakter Test nach Fisher: $p = 0,000$) erbrachte signifikante Ergebnisse. So zeigen auch deren unterschiedliche Häufigkeitstabellen, dass diese genannten Motive gerade auf der beschützten Station eine Rolle bei den aggressiven Vorfällen spielen.

Tabelle 4.52: Aggressionsmotive

Aggressionsmotive	N = 147 (61/86)	%
Durchsetzung bestimmter Wünsche	43 (22/21)	29,25 (36,07/24,42)
Angst	17 (2/15)	11,56 (3,28/17,44)
Einengung	111 (35/76)	75,51 (57,38/88,37)
Personen- und Situationsverkennung	46 (8/38)	31,29 (13,11/44,19)

Anmerkungen:

- 1) Die erste in der Klammer angegebene Ziffer steht für die beiden offenen Stationen, die zweite Ziffer für die beschützte Station.
- 2) Mehrfachantworten waren in diesem Teil des verwendeten Fragebogens erlaubt.
- 3) Vorfälle insgesamt auf den offenen Stationen: N = 61; Vorfälle auf der beschützten Station: N = 86.

Einnahme der verordneten Medikation und Probleme bei der Psychopharmakotherapie

Bei deskriptiver Betrachtung des Faktors „Einnahme der verordneten Medikation“ zeigte sich, dass nur knapp ein Drittel der insgesamt 67 aggressiv auffällig gewordenen Patienten (28,36 %, N = 19) die Medikamente wie verordnet einnahm, während 17,91 % (N = 12) unregelmäßig an diese dachte und fast die Hälfte der gewalttätigen Patienten diese im Vorfeld der stationären Aufnahme selbstständig ganz absetzte (49,25 %, N = 33). Diese deskriptiv beobachteten Unterschiede ließen sich mittels des über die Art der Einnahme der verordneten Medikation gerechneten Chi-Quadrat-Tests erhärten ($\chi^2 = 10,72$, $p = 0,005$), wobei dieser Zusammenhang jedoch weiterhin einzeln betrachtet nur für das beschützte Setting zu halten war ($\chi^2 = 8,18$, $p = 0,017$). Im offenen Setting erwies sich der Zusammenhang als nicht signifikant ($\chi^2 = 3,20$, $p = 0,202$). Zwischen den verschiedenen Settings zeigt sich somit bezüglich der Einnahme der Medikation ein tendenzieller Zusammenhang ($\chi^2 = 5,02$, $p = 0,081$), wonach aggressiv auffällige Pati-

enten im beschützten Setting die Medikation häufiger unregelmäßig einnahmen und selbstständig absetzten als im offenen Setting.

Des Weiteren zeigten sich bezüglich des Faktors „Probleme bei der Psychopharmakotherapie“ nur bei 23,88 % (N = 16) keine Schwierigkeiten hinsichtlich der Therapie mit Psychopharmaka, während bei einem kleinen Anteil der aggressiv auffälligen Patienten (5,97 %, N = 4) die verordnete Medikation nur eine unzureichend positive Wirkung zeigte und sich die Mehrheit der Patienten (65,67 %, N = 44) hinsichtlich der notwendigen Einnahme der Psychopharmaka noncompliant zeigte. Bei nur 3 (4,48 %) aller aggressiven Patienten wurden keine Medikamente verordnet.

Mittels des über die Probleme bei der Psychopharmakotherapie gerechneten Chi-Quadrat-Tests konnten hier ebenfalls höchst signifikante Zusammenhänge ($\chi^2 = 39,50$, $p = 0,000$) gefunden werden, welche nicht nur in der Grundgesamtheit der aggressiven Patienten, sondern ebenso in den verschiedenen stationären Settingformen getrennt betrachtet gelten (offen: $\chi^2 = 4,80$, $p = 0,028$ und beschützt: $\chi^2 = 18,41$, $p = 0,000$). Ein signifikanter Zusammenhang zwischen „Art des Settings“ und „Probleme der Psychopharmakotherapie“ konnte hierbei jedoch nicht nachgewiesen werden ($\chi^2 = 4,09$, $p = 0,129$).

4.5.3.2 Mitarbeitermerkmale

Alter

Im Bezug auf die von der Aggression betroffenen Mitarbeiter konnte ein Altersmittelwert von insgesamt 32,48 Jahren (SD = 9,14, Median = 34,50) berechnet werden. Bei Berechnung des Chi-Quadrat-Tests über die Altersverteilung der von den Patientenübergriffen betroffenen Mitarbeiter resultierten dabei statistisch signifikante Zusammenhänge, wonach bestimmte Altersgruppen häufiger als andere aggressiv attackiert wurden ($\chi^2 = 9,86$, $p = 0,020$). Nach einer getrennten Betrachtung der Altersverteilung nach stationärem Setting zeigte sich gerade noch ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Altersverteilung und dem offenen Stationssetting ($\chi^2 = 7,78$, $p = 0,051$) sowie ein tendenzieller Zusammenhang zwischen der Altersverteilung und dem beschützten Setting ($\chi^2 = 7,36$, $p = 0,061$). Während im beschützten Setting besonders häufig Klinikpersonal sowohl bis zum 25. Lebensjahr (N = 12, 36,36 %) als auch in der Alters-

gruppe zwischen 35 und 45 Jahren ($N = 11$, 33,33 %) zum Opfer der Patientenübergriffe wurde, waren im offenen Setting die Mitarbeiter zwischen dem 26. und 35. Lebensjahr ($N = 11$, 47,83 %) mit dem größten Risiko behaftet (vgl. Abbildung 4.7).

Ein signifikanter Zusammenhang zwischen Art des Settings und Altersverteilung des Personals konnte generell nicht nachgewiesen werden ($\chi^2 = 4,30$, $p = 0,231$), womit die Alterstruktur in beiden Settingformen recht ähnlich verteilt ist.

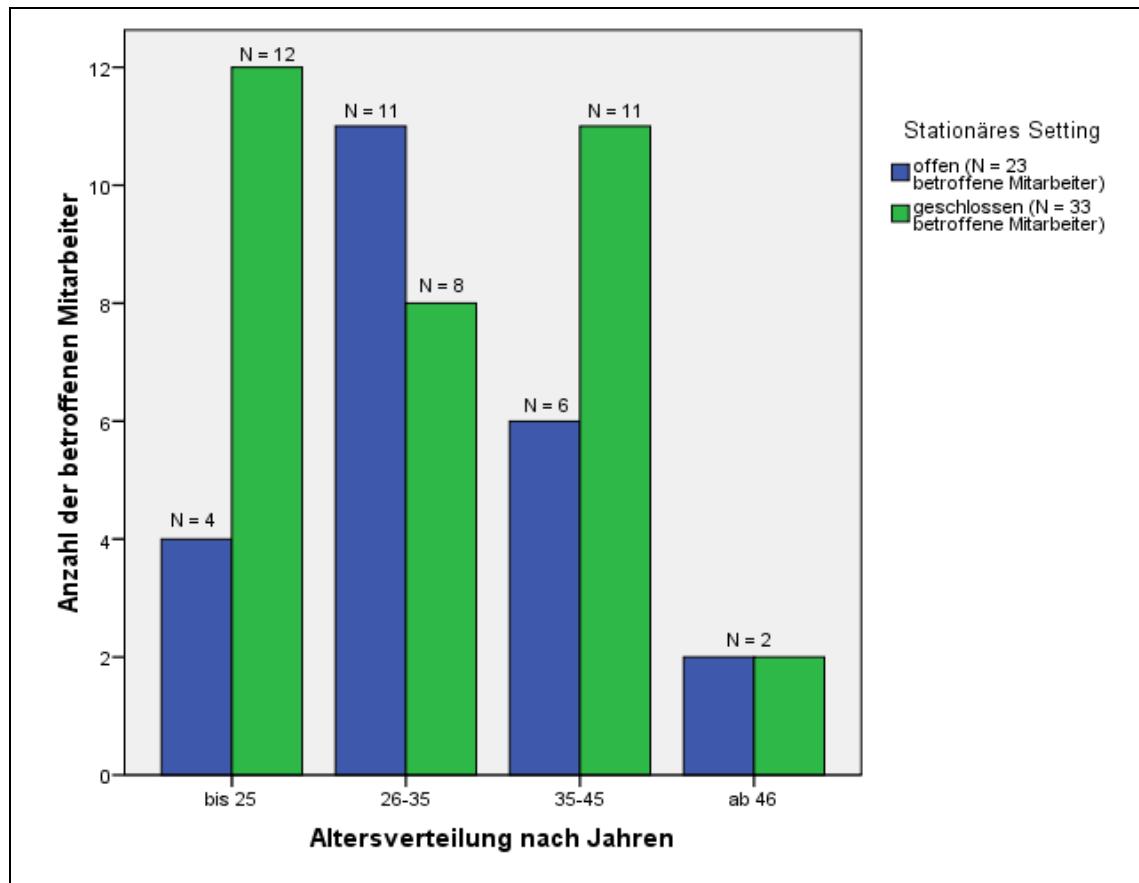


Abbildung 4.7: Altersverteilung der von den Patientenübergriffen betroffenen Mitarbeiter, getrennt nach stationärem Setting ($N = 56$)

Geschlecht

Betrachtet man die Geschlechtsverteilung des von Patienten angegriffenen Klinikpersonals getrennt nach stationärem Setting, so wird deutlich, dass auf den offenen Stationen die weiblichen Mitarbeiter ($N = 19$, 82,61%), welche vor allem der Pflege zugehörig sind, deutlich häufiger als das männliche Pflegepersonal ($N = 4$, 17,39 %) den aggressiven Durchbrüchen von Patienten als Opfer ausgesetzt waren.

Im beschützten Setting präsentiert sich das Geschlechterverhältnis dagegen etwas anders: Es kamen in etwa gleich viele Frauen (N = 19, 57,58 %) wie Männer (N = 14, 42,42 %) in den Fokus der Aggressionen und wurden tatsächlich angegriffen. Jedoch waren auch hier wieder die Frauen als Opfer leicht überrepräsentiert. Die hierbei deutlich wendenden Unterschiede in den Häufigkeitsangaben konnten durch das statistisch signifikante Ergebnis (exakter Test nach Fisher: p = 0,044) bekräftigt werden. Generell sollte jedoch berücksichtigt werden, dass Frauen den größeren Anteil des Pflegepersonals darstellen und die Personalbesetzung kurzfristigen Schwankungen unterliegt.

Betrachtet man gesondert das Täter-Opfer-Geschlechterverhältnis, konnte kein signifikanter Unterschied festgestellt werden (exakter Test nach Fisher: p = 0,324). So wurden die 18 männlichen Opfer von gleich vielen männlichen wie weiblichen Patienten attackiert (jeweils N = 9, 50,0 %). Von den insgesamt 38 weiblichen Mitarbeitern wurden 39,47 % (N = 15) von männlichen Patienten und 60,51 % (N = 23) von weiblichen Patientinnen angegriffen.

Berufserfahrung in Jahren

Hinsichtlich der tatsächlich angegangenen Mitarbeiter zeigte sich eine durchschnittliche Berufserfahrung von 12,68 Jahren (SD = 9,42, Median = 14). Deskriptiv betrachtet wird allerdings auch hier wieder eine deutliche Diskrepanz hinsichtlich der verschiedenen Settingformen sichtbar sowie die an sich weit divergierende Berufspraxis des Klinikpersonals (vgl. Abbildung 4.8). So waren auf der beschützten Station vor allem diejenigen Mitarbeiter den Patientenübergriffen ausgesetzt, welche entweder weniger als bis maximal fünf Jahre Berufserfahrung aufweisen oder aber welche schon länger als 16 Jahre im Berufsleben stehen (N = 24, 72,73 %). Im offenen Setting weisen in etwa die Hälfte der von den Patientenangriffen betroffenen Mitarbeiter (N = 10, 43,48 %) ebenfalls eine Berufspraxis von mehr als 16 Jahren auf.

Im über die Berufserfahrung gerechneten Chi-Quadrat-Test ließen sich signifikante Unterschiede feststellen ($\chi^2 = 10,43$, $p = 0,015$), welche jedoch nicht auf Unterschiede im offenen Setting ($\chi^2 = 4,65$, $p = 0,199$), sondern tendenziell auf Unterschiede im beschützten Setting ($\chi^2 = 7,36$, $p = 0,061$) zurückzuführen sind. Ein signifikanter Settingunterschied konnte bezüglich der Variable „Berufserfahrung“ nicht nachgewiesen werden ($\chi^2 = 1,41$, $p = 0,702$).

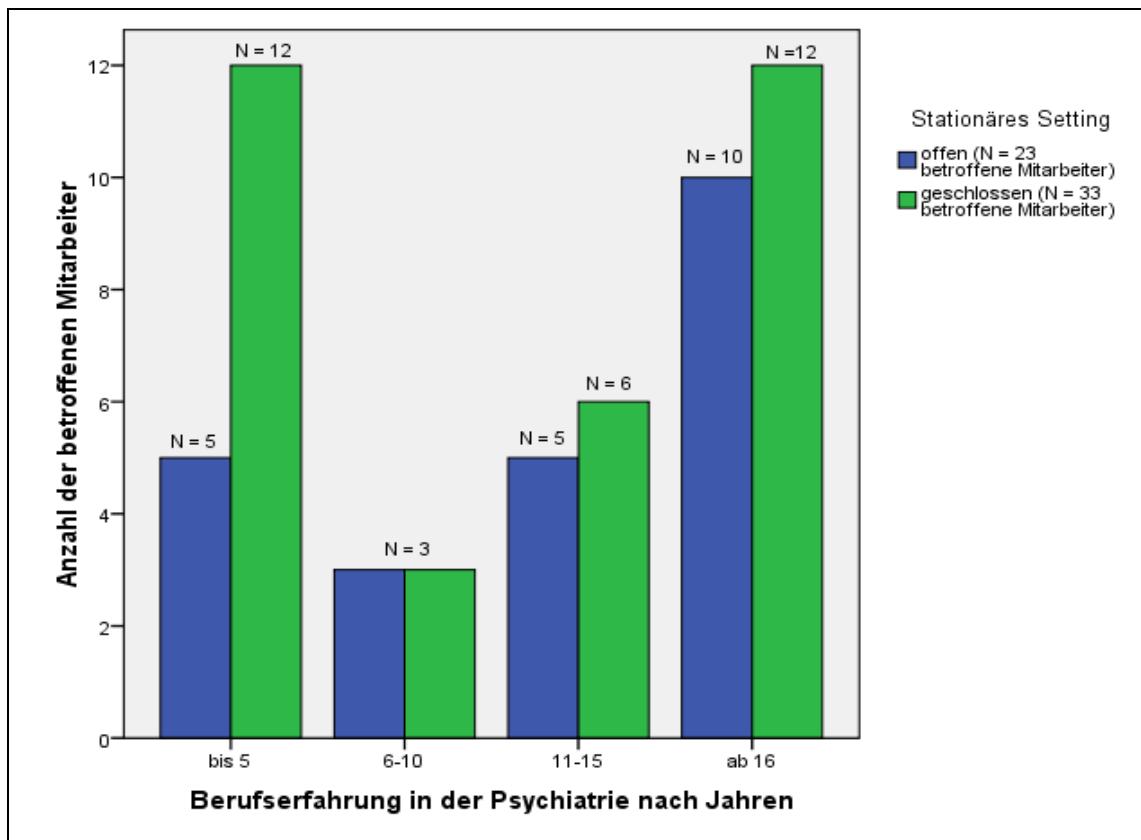


Abbildung 4.8: Berufserfahrung der von den Patientenübergriffen betroffenen Mitarbeiter, getrennt nach stationärem Setting (N = 56)

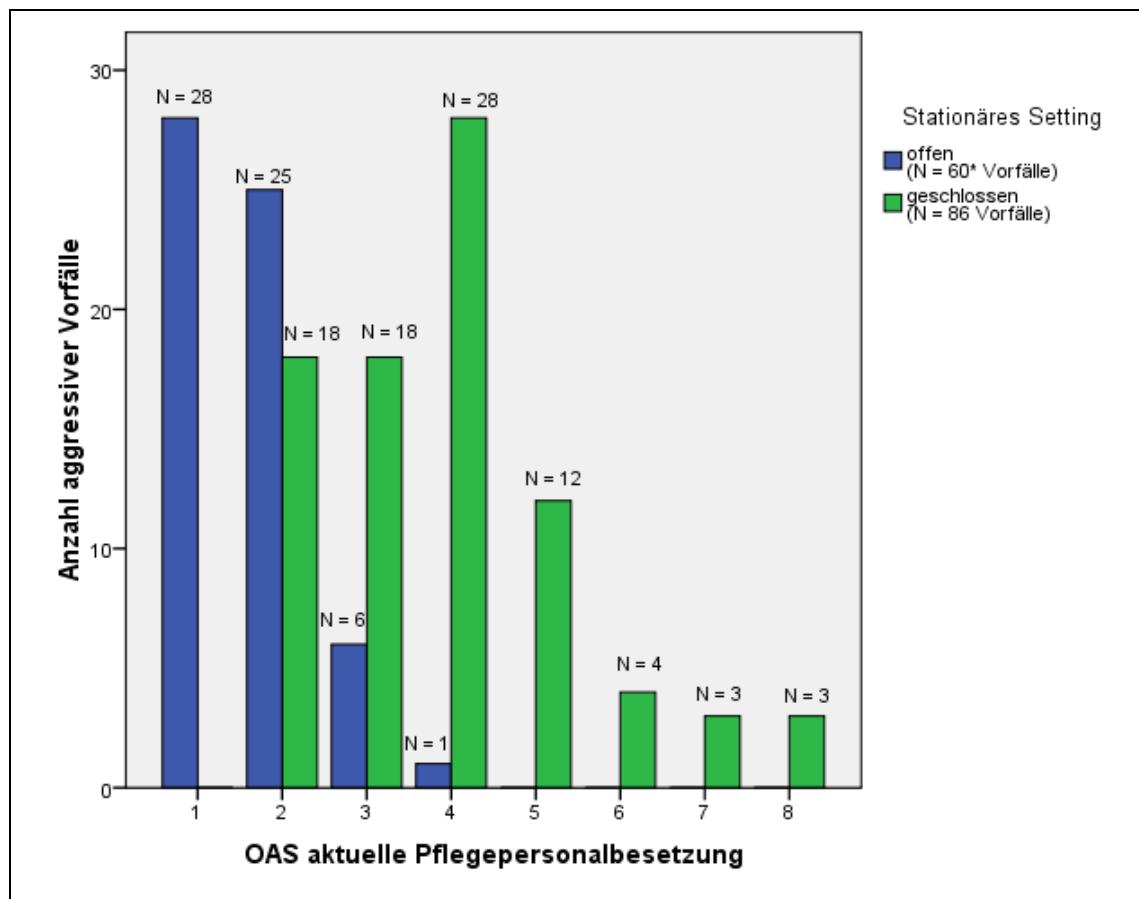
4.5.3.3 Umgebungsmerkmale

Aktuelle Pflegepersonalbesetzung zum Zeitpunkt des aggressiven Vorfalls

Mit Hilfe der OAS wurde zudem die aktuelle Pflegepersonalbesetzung zum Zeitpunkt der Patientenübergriffe erhoben. Zur Gruppe der Pflegekräfte wurden hierbei ebenfalls die Zivildienstleistenden, Berufspraktikanten und Absolventen eines freiwilligen sozialen Jahres gezählt, da diese dem Pflegepersonal bei den stationären Routineaufgaben zur Hand gehen. Wie aus Abbildung 4.9 ersichtlich wird, ereigneten sich die Vorfälle im offenen Setting überwiegend bei einer Personalbesetzung mit einer oder zwei Kräften (86,89 %, N = 53). Auf der beschützten Station wurden ca. ein Drittel aller Ereignisse bei einem Personalaufkommen mit vier Pflegekräften registriert (32,59 %, N = 28). Bei einer Mitarbeiterbelegschaft von fünf und mehr Kräften gingen die aggressiven Si-

tuationen zurück. Sowohl im offenen als auch im beschützten Setting ereigneten sich umso weniger Vorfälle, desto mehr Personal auf der Station tätig war.

Auch hier konnten diese deskriptiv beobachteten Unterschiede in den Häufigkeitsangaben statistisch untermauert werden, wonach höchst signifikante Zusammenhänge zwischen der Anzahl von aggressiven Patientenübergriffen und der aktuellen stationären Pflegepersonalbesetzung vorliegen ($\chi^2 = 85,67$, $p = 0,000$). Nicht nur in der Grundgesamtheit, sondern auch bei getrennter Betrachtung des stationären Settings bleiben diese höchst signifikanten Zusammenhänge bestehen (offen: $\chi^2 = 36,40$, $p = 0,000$ und beschützt: $\chi^2 = 45,05$, $p = 0,000$). Die Berechnung eines möglicherweise vorhandenen Zusammenhangs zwischen Art des Settings und Personalbesetzung mittels Chi-Quadrat-Tests war aufgrund der zu geringen Fallzahlen in einigen Feldern der Kreuztabelle hierbei nicht möglich.



Anmerkung:

* Es werden nur 60 Vorfälle dargestellt, da ein aggressiver Vorfall außerhalb der offenen Station erfolgte.

Abbildung 4.9: OAS: aktuelle Pflegepersonalbesetzung bei den registrierten aggressiven Vorfällen, getrennt nach stationärem Setting (N = 146)

Patientenbelegung zum Zeitpunkt des aggressiven Vorfalls

Betrachtet man die mittels der OAS erfasste aktuelle Patientenbelegung zum Zeitpunkt der aggressiven Vorfälle getrennt nach stationärem Setting, so zeigen sich folgende Häufigkeitsgipfel: Während sich mehr als ein Drittel der Auseinandersetzungen (37,70 %, N = 23) im offenen Stationssetting bei einer Belegung mit 24 Patienten ereigneten, zeigten sich bei einer Belegung von 21 bis maximal 27 Patienten in etwa die registrierten Ereignisse gleich verteilt. In Bezug auf das beschützte Setting wurden die meisten Angriffe bei einer Bettenbelegung von 22 (24,42 %, N = 21) und 25 Patienten (22,09 %, N = 19) erfasst.

Sowohl für das offene als auch für das beschützte Setting konnten diese deskriptiv beobachteten Unterschiede als statistisch höchst signifikant nachgewiesen werden (offen: $\chi^2 = 46,93$, $p = 0,000$ und beschützt: $\chi^2 = 57,72$, $p = 0,000$). In der Gesamtheit betrachtet zeigten sich signifikant mehr Übergriffe bei einer Stationsbelegung mit zwischen 22 bis einschließlich 25 Patienten auf der Station. Bei einer Belegung darunter sowie darüber ereigneten sich weniger aggressive Ereignisse ($\chi^2 = 118,75$, $p = 0,000$).

Die Berechnung eines möglicherweise vorhandenen Settingsunterschieds mittels Chi-Quadrat-Tests war aufgrund der zu geringen Fallzahlen in einigen Feldern der Kreuztabelle hierbei nicht möglich.

4.6 Besteht ein möglicher Zusammenhang zwischen Selbst- und Fremdaggression?

Ein weiteres Interesse dieser Studie lag darin, festzustellen, ob es einen möglichen Zusammenhang zwischen selbst- und fremdaggressivem Verhalten bei den aggressiven Pat. gibt. Diesbezüglich konnte kein signifikantes Ergebnis nachgewiesen werden, da von den insgesamt sechs Probanden, welche sich während des Zeitraums der Studie im Rahmen des stationären Aufenthaltes autoaggressiv verhielten, kein einziger zusätzlich durch fremdaggressive Vorfälle auffiel und umgekehrt keiner von den fremdaggressiven Probanden zusätzlich aggressive Verhaltensweisen gegen sich selbst richtete. Insgesamt betrug der Anteil der sich selbstverletzenden Personen nur 8,96 % (N = 6), während sich 91,04 % (N = 61) aller aggressiven Probanden fremdaggressiv verhielten.

5 Diskussion

Ziel der Untersuchung war es, zum einen Faktoren zu identifizieren, welche im Zusammenhang mit aggressivem Patientenverhalten stehen, zum anderen Aussagen über Art und Häufigkeit von Gewalterlebnissen in verschiedenen psychiatrischen Settingformen zu gewinnen. Das Interesse lag dabei nicht nur in der Erhebung soziodemografischer und krankheitsspezifischer Einflussfaktoren, sondern ebenfalls in der Einschätzung des Gefahrenpotentials der Patienten sowohl aus der Fremd- als auch aus der Selbstperspektive. Zudem sollten die auftretenden aggressiven Verhaltensweisen im Zusammenhang mit bestimmten Patienten-, Personal- und Umgebungsmerkmalen betrachtet werden. Im Folgenden werden nun die Ergebnisse vor dem Hintergrund des aktuellen Forschungsstandes diskutiert und interpretiert. Um einen gewissen Überblick zu gewährleisten, orientiert sich die Diskussion an der Reihenfolge der aufgestellten Fragestellungen und Hypothesen. Im Vorfeld sollen noch die in dieser Untersuchung eingesetzten Methoden diskutiert und auf Einschränkungen und Grenzen der Studie hingewiesen werden.

5.1 Diskussion der Methoden und Einschränkungen und Grenzen der Untersuchung

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine querschnittliche Erhebung aggressiven Patientenverhaltens. Um die Epidemiologie aggressiven Patientenverhaltens sowie dessen Kennzeichen und Risikofaktoren möglichst umfassend zu erheben, wurden verschiedene Erhebungsinstrumente eingesetzt. Mit Hilfe eines dafür zusammengestellten Dokumentationsbogens, unter anderem bestehend aus der Overt Aggression Scale (OAS) und der Staff Observation Aggression Scale-Revised (SOAS-R), sollten auf standardisierte Weise Informationen zu verschiedenen Aggressionsformen, Auslösern, Hilfsmitteln, Opfermerkmalen, Konsequenzen und Interventionen sowie zum Schweregrad aggressiven Verhaltens gewonnen werden. Der Dokumentationsbogen wird als geeignetes Instrument betrachtet, da er auf standardisierte Weise eine Fülle von Informationen zum aggressiven Vorfall liefert und daneben zugleich relevante Patienten-, Mitarbeiter- und Situationsmerkmale sowie institutionelle Rahmenbedingungen

erfasst. Ein weiterer Vorteil liegt in seiner zeitlich effizienten sowie übersichtlichen Bearbeitung.

Um ein Underreporting zu vermeiden und die vollständige sowie kontinuierliche Bearbeitung des Erhebungsbogens zu gewährleisten, wurden betroffene und zum Zeitpunkt des aggressiven Vorfalls anwesende Mitarbeiter stets von der Doktorandin befragt und der Dokumentationsbogen währenddessen von dieser selbst ausgefüllt. Des Weiteren wurde die Gefahr des Underreportings durch den täglichen Einblick in die Dokumentation der Patientenakte sowie durch die Befragung verschiedener Mitarbeiter möglichst gering zu halten versucht.

Zur besseren Vergleichbarkeit der Ergebnisse dieser Studie mit anderen Arbeiten wurden bewusst sowohl die OAS als auch die SOAS-R, beides psychometrisch evaluierte Instrumente (Yudofsky et al., 1986; Nijman et al., 2005), in den Dokumentationsbogen aufgenommen. Diese beiden Erhebungsinstrumente werden sowohl in internationalem als auch in nationalen Studien zur Aggressionsforschung im klinischen Bereich verstärkt eingesetzt und gewährleisten eine standardisierte Dokumentation gewalttätigen Patientenverhaltens.

Da ein großes Problem der Vergleichbarkeit von Studien die sehr unterschiedlichen und weitreichenden Definitionen des Aggressionsbegriffs sind (Shah et al., 1991), wurde im Vorfeld die Definition genau festgelegt und den Mitarbeitern der Stationen sowohl mündlich als auch schriftlich durch ein Informationsblatt mitgeteilt. Um die tatsächliche Gefahr aggressiver Übergriffe möglichst realitätsgerecht zu erfassen, wurde der Aggressionsbegriff im Gegensatz zu vielen Studien weiter gefasst. Neben der Schwere der Vorfälle wurden auch verschiedene Arten von Aggression einbezogen: Auto- und Fremdaggression, verbale und tätliche Gewalt, Aggression gegen Objekte und bedrohliches Verhalten.

Neben der Berücksichtigung verschiedener Arten von Aggression lag ein weiteres Augenmerk auf der Erhebung sowohl klinisch relevanter Risikofaktoren als auch soziodemographischer und neurobiologischer Variablen. Für diesen Zweck wurde ein Erhebungsbogen zusammengestellt, mittels welchem in der Literatur berichtete Risikofaktoren erneut überprüft sowie weitere interessierende soziodemographische und neurobiologische Variablen dokumentiert und erhoben werden sollten. Bei den neurobiologischen Variablen wurde die Erhebung aus Kostengründen sowie um den Patienten zusätzliche Blutentnahmen zu ersparen auf die Erhebung des Blutglucosespiegels und der Serumcholesterinkonzentration beschränkt.

Um krankheitsrelevante Aggressionsprädiktoren zu erfassen, wurde im Rahmen der Studie bei jedem aufgenommenen Patienten der drei einbezogenen Stationen bei Aufnahme und bei Entlassung eine zusätzliche Einschätzung des Aggressionspotentials durch ausgebildete Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie getroffen. Mit Hilfe der Checkliste zur Fremdbeurteilung von Aggression und Aggressivität wurde eine genaue und ausführliche Erhebung der Psychopathologie durch die Beurteilung einzelner Symptome sowie deren Schweregrad mit einer siebenstufigen Analogskala vorgenommen. So konnte das Problem der bisher noch umstrittenen Aussagekraft psychiatrischer Diagnosen für die Vorhersage aggressiven Verhaltens (Rüesch et al., 2003) umgangen werden und der Fokus auf den relevanteren Prädiktor, nämlich die Psychopathologie (Schanda & Taylor, 2001) sowie deren Ausprägungsgrad, gelegt werden. In die Checkliste gingen neben einigen psychiatrischen Krankheitssymptomen, der gut validierten Positiv and Negativ Syndrom Scale (PANSS), der klinisch gängige GAF-Wert (Global Assessment of Functioning Scale) sowie weitere interessierende Variablen mit ein.

Schließlich wurde der Fragebogen zur Erfassung von Empathie, Prosozialität, Aggressionslegitimation und Aggressionshemmung für Erwachsene (FEPAA-E) eingesetzt, welcher eine Selbsteinschätzung erlaubt. Neben ausreichender Reliabilität, Durchführungs- und Auswertungsobjektivität können weitere Vorteile des FEPAA-E in der getrennten Erhebung der Disposition- und Verhaltensebene sowie in einer getrennten Interpretation der Skalenwerte für positives und negatives Sozialverhalten gesehen werden.

Nachteile und Grenzen der Untersuchung stellen zum einen die nur auf den allgemeinpsychiatrischen Bereich begrenzte Datenerhebung dar. Somit ist die Vergleichbarkeit mit anderen Studien, welche multizentrisch durchgeführt wurden und klinische Abteilungen wie Gerontopsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Forensik oder Stationen mit behinderten Menschen miteinbezogen haben, eingeschränkt. Zum anderen sollte bei der Generalisierbarkeit der Ergebnisse berücksichtigt werden, dass die Fallzahlen der einzelnen Diagnosegruppen unterschiedlich groß waren sowie nur eine beschützte Akutstation in die Erhebung eingeschlossen werden konnte. Aufgrund teils bestehender mangelnder Compliance der Probanden, den Selbsteinschätzungsbogen FEPAA-E zu bearbeiten, wären diesbezüglich künftig Untersuchungen mit größeren Stichproben wichtig.

5.2 Diskussion der Ergebnisse zur Vorhersagbarkeit aggressiven Patientenverhaltens

5.2.1 Diskussion soziodemographischer Prognosefaktoren für aggressives Verhalten

Geschlecht und Alter

Diejenigen soziodemographischen Merkmale, von denen vermutet wurde, in Zusammenhang mit gewalttätigem Patientenverhalten zu stehen, wurden alle aus den jeweiligen Patientenakten entnommen. Die Annahme, dass Aggressive im Vergleich zu Nicht-aggressiven vorwiegend männlich und jüngeren Alters seien (vgl. Hypothese 1), konnte hinsichtlich des Faktors „Geschlecht“ nur tendenziell bestätigt werden, nicht jedoch hinsichtlich des Merkmals „Alter“. Wie aber auch andere Forschungsergebnisse verdeutlichen, gilt die Variable „Geschlecht“ als eher unsicherer Prädiktor für aggressives Verhalten. Der aktuelle Stand der Forschung zeigt sehr uneinheitliche Ergebnisse bezüglich dieses Faktors.

Während Autoren wie Richter und Berger (2001b) oder Weber et al. (2005) ein erhöhtes Risiko für Gewalt auf Seiten der Männer postulieren, fanden andere Autoren wie Palmstierna und Wistedt (1990) oder Nijman und à Campo (2002) im Gegensatz dazu weibliches Geschlecht verstärkt mit aggressivem Verhalten verbunden. Wieder Andere hingegen wie Grassi et al. (2001) oder Abderhalden et al. (2007) konnten keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Gewalt und Geschlecht nachweisen.

Die diesbezüglich sehr divergenten Ergebnisse könnten einerseits auf Unterschiede in der allgemeinen Geschlechterverteilung zurückgeführt werden, wonach in einigen Kliniken oder in manchen stationären Bereichen eine Überrepräsentation von männlichen oder weiblichen Patienten anzutreffen ist, welche als wenig repräsentativ angesehen werden kann. Andererseits wird bei den meisten Studien zudem nicht zwischen selbst- und fremdaggressivem Verhalten unterschieden. Es könnte postuliert werden, dass zwar mehr Männer fremdaggressives Verhalten zeigen, das erhöhte Aggressionsrisiko bei Frauen jedoch durch autoaggressive Handlungen z. B. im Rahmen von Borderline-Persönlichkeitsstörungen verursacht wird.

Explizite Unterscheidungen zwischen verbalen und körperlichen Angriffen sind zudem oft die Ausnahme, wodurch möglicherweise auch die kontroversen Befunde zu-

standen gekommen sein könnten. Denn Eagly und Steffen (1986) zufolge sind Männer zwar generell aggressiver als Frauen, jedoch zeigen sich Frauen häufiger verbal aggressiv. Die Autoren führen dieses unterschiedliche Aggressionsverhalten auf Sozialisationsbedingungen zurück, wonach Frauen zudem häufiger im Anschluss an das aggressive Verhalten ein schlechtes Gewissen sowie Angst und Sorge vor etwaigen Folgen verspüren.

Eine weitere Erklärung für die gegensätzlichen Ergebnisse könnte eventuell auch die Problematik des Underreportings darstellen. So ziehen möglicherweise Aggressionen von Männern aufgrund deren physischer Überlegenheit und somit größerer Bedrohlichkeit mehr Aufmerksamkeit bei der Berichterstattung auf sich, während aggressives Verhalten von Frauen vielleicht eher aufgrund leichterer Ausprägung verharmlost und somit weniger dokumentiert wird. Mehrere Autoren wie Lanza (1988), Eastley und Mian (1993) oder Snyder et al. (2007) diskutierten die Problematik des Underreportings und die dafür in Frage kommenden Gründe, wie z. B. keine Schädigungs- oder Verletzungsintention auf Seiten der Patienten, keine Verletzungen als Folge der Gewalt oder die Sichtweise, dass aggressives Verhalten zur Arbeit mit psychisch Kranken dazugehört. Studienergebnissen von Brizer et al. (1988) zufolge werden wenig bedrohliche Ereignisse zudem nur selten dokumentiert.

Um die in der Literatur kontrovers beschriebenen Ergebnisse zu klären, untersuchten Krakowski und Czobor (2004) mögliche klinische und psychosoziale Einflussfaktoren, welche zu den oben berichteten Geschlechtsunterschieden geführt haben könnten. Dabei zeichneten sich aggressive Frauen verstärkt durch verbale Aggressionen, aggressives Verhalten meist zu Beginn des stationären Aufenthaltes und durch eine Reduktion aggressiver Vorfälle im Verlauf sowie durch weniger Aggressionen in der Vorgeschichte aus. Des Weiteren führten psychotische Symptome, Irritierbarkeit, Konflikte mit Stationsregeln oder in zwischenmenschlichen Beziehungen häufiger zu Aggressionen. Bei gewalttätigen Männern hingegen wurden schwerere Formen von aggressiven Verhaltensweisen, insbesondere körperliche Angriffe, sowohl im stationären Setting als auch im Vorfeld verzeichnet. Zudem fielen Männer in der Vorgeschichte häufiger durch Schuleschwänzen, Substanzabusus und Diebstahldelikte auf.

Soliman und Reza (2001) postulieren, dass „Geschlecht“ im Allgemeinen einen wenig aussagekräftigen Prädiktor darstellt und andere Variablen wie z. B. situative Bedingungen oder psychopathologische Krankheitssymptome zuverlässiger zur Vorhersage geeignet scheinen.

Nach Swanson et al. (1990), Hillbrand (1992), Rüesch et al. (2003) oder Ketelsen et al. (2005) weisen verstärkt jüngere Patienten ein Risiko für selbst- und fremdaggressive Verhaltensweisen auf. Im Gegensatz zu diesen Studien konnte die Variable „Alter“ in der aktuellen Untersuchung nicht als Prädiktor bestätigt werden (vgl. Hypothese 1). Dieses Ergebnis gleicht jedoch auch anderen Studienergebnissen, wie denen von Abderhalden et al. (2007) oder Miller et al. (1993), welche ebenfalls keinen Zusammenhang zwischen Alter und aggressiven Verhaltensweisen fanden. Möglicherweise können unterschiedlich hohe Inzidenzraten psychiatrischer Auffälligkeiten zwischen den Altersgruppen als Erklärung für das bisher noch umstrittene höhere Aggressionsrisiko bei jüngeren Patienten herangezogen werden. Nach Tardiff und Sweillam (1997) weisen jüngere Patienten höhere Inzidenzraten hinsichtlich Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen, akute Belastungsreaktionen und Folgeproblemen im Rahmen einer Drogenabhängigkeit auf.

Übereinstimmend wird von vielen Autoren angenommen, dass krankheitsbezogene Variablen im Vergleich mit soziodemographischen Kennzeichen zuverlässigere Prädiktoren für aggressives Patientenverhalten darstellen, auf diese sollte daher ein größeres Augenmerk gerichtet werden (Binder & McNeil, 1988; Arango et al., 1999).

Familienstand und Wohnsituation

Im Gegensatz zu Alter und Geschlecht konnte jedoch die Hypothese, wonach mehr Alleinstehende und Patienten, welche im Heim leben, aggressiv auffällig werden, bestätigt werden (vgl. Hypothese 1). Das Kriterium „Verheiratet“ scheint somit ein Schutzfaktor zu sein, da Alleinstehende, wie Ledige, Verwitwete oder Geschiedene, im Vergleich mit Patienten, die fest gebunden waren, häufiger gewalttägiges Verhalten in der Klinik zeigten. Dies wird auch durch andere Studienergebnisse bestätigt (Spießl et al., 1998; Grassi et al., 2001; Raja & Azzoni, 2005; Biancosino et al., 2009).

Da in diesen Studien nicht näher darauf eingegangen wird, warum das Vorhandensein einer festen Partnerschaft einen Schutzfaktor bzw. das Fehlen einer festen Bindung einen Risikofaktor für aggressives Verhalten darstellt, kann man in Bezug auf mögliche Hintergründe nur spekulieren. Zum einen wäre es möglich, dass Konflikte im Rahmen einer Partnerschaft im Vorfeld diskutiert und gelöst werden können, so dass ein Ausagieren nach außen von vornherein verhindert werden kann. Zum anderen könnten Personen mit fester Beziehung auch eine größere Frustrationstoleranz besitzen oder sich,

bedingt durch das Zusammenleben, zudem durch eine höhere Anpassungsfähigkeit auszeichnen. Beide Merkmale sind auch im stationären Setting im Umgang mit den Mitpatienten oder mit dem Klinikpersonal hilfreich, um Aggressionen aus dem Wege zu gehen oder Risikosituationen im Vorfeld zu entschärfen.

Im Allgemeinen kann die Variable „Alleinstehend“ neben weiteren Kennzeichen wie „jüngeres Alter zu Krankheitsbeginn“ und „Kinderlosigkeit“ in direktem Zusammenhang mit dem Schweregrad der psychiatrischen Erkrankung gesehen werden (Raja & Azzoni, 2005). So könnte postuliert werden, dass im Rahmen schwerer Formen psychiatrischer Störungen die Motivation oder Fähigkeit, feste Bindungen einzugehen beziehungsweise aufrecht zu erhalten, reduziert zu sein scheint und somit stark psychisch beeinträchtigte Patienten eher alleine bleiben. Der Schweregrad der Erkrankung gilt wiederum als zuverlässiger Aggressionsprädiktor (Rüesch et al., 2003), womit das erhöhte Aggressionsrisiko bei Alleinstehenden über diese Drittvariable erklärbar wird.

Als weiterer psychosozialer Risikofaktor konnte die Wohnsituation ermittelt werden, wonach signifikant mehr Aggressive in einer betreuten Wohnform und seltener gemeinsam mit dem Partner oder mit der eigenen Familie leben als Nichtaggressive (vgl. Hypothese 1). In Übereinstimmung mit anderen Studienergebnissen liefert die Art der Wohnform einen zusätzlichen Beitrag zur Prognose aggressiven Patientenverhaltens (Spießl et al., 1998). Als Erklärung kommt hier vermutlich, genau wie beim Risikofaktor „Alleinstehend“ auch, der Schweregrad der psychiatrischen Erkrankung in Frage, wonach chronisch und schwer psychisch Kranke aufgrund der durch die Störung eingeschränkten Alltagsbewältigungsfähigkeiten langfristig vermehrt in einer betreuten Wohnform leben.

Bildungsniveau, Berufsausbildung und aktuelle berufliche Situation

Die Hypothese, dass Aggressive sich durch eine generell niedrigere Schulbildung oder durch das Fehlen eines Schulabschlusses auszeichnen, konnte in dieser Arbeit nicht bestätigt werden, da die Mehrheit der Patienten ein eher niedriges Bildungsniveau aufwies (vgl. Hypothese 1). Die diesbezüglichen Ergebnisse sind in der Literatur sehr uneinheitlich. Einige Autoren haben die Variable „Schulbildung“ ebenso wenig als zuverlässigen Prognosefaktor bestätigen können (Raja & Azzoni, 2005); in anderen Studien hingegen korrelierte ein niedriges Bildungsniveau mit einem erhöhten Risiko für aggressives Patientenverhalten (Spießl et al., 1998; Biancosino et al., 2009).

Die Variable „Ausbildungsstand“ zeigte sich in dieser Arbeit ebenfalls als wenig aussagekräftig, um Aggressive von Nichtaggressiven zu trennen. Während Autoren wie Milton et al. (2001) oder Rüesch et al. (2003) signifikante Zusammenhänge zwischen der aktuellen beruflichen Situation, insbesondere Beschäftigungslosigkeit, und gewalttägigen Patientenverhaltens bestätigen konnten, gilt die Art der Beschäftigungssituation hier nicht als sicherer Prognosefaktor.

Bei der Mehrheit der Studien zum Thema Risikofaktoren für aggressives Patientenverhalten ist der Fokus mit Ausnahme von Alter und Geschlecht weniger auf die Evaluation soziodemographischer Variablen gelegt. Die Vergleichbarkeit psychosozialer Risikovariablen ist zudem eingeschränkt, da in manchen Studien nicht zwischen Bildungsgrad, Ausbildungsstand und aktueller Beschäftigungssituation im Einzelnen unterschieden wird. Es wird oftmals nur der allgemeine sozioökonomische Status oder die Zugehörigkeit zur Schicht erhoben, welche wiederum beide mit Bildungsgrad und Beschäftigungssituation verbunden sind. Swanson et al. (1990) gehen davon aus, dass Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Hintergrund aufgrund hoher Stresslevel und fehlender Konfliktlösestrategien stärker dazu neigen, Auseinandersetzungen auf aggressive Art zu lösen und somit auch im klinischen Alltag in ihrer gewohnten Weise reagieren und Gewalt als Problemlösemittel anwenden.

5.2.2 Diskussion krankheitsbezogener Prognosefaktoren für aggressives Verhalten

Art der Aufnahmestation, Aufenthaltsstatus und Vorliegen einer Betreuung

Im Hinblick auf klinische Variablen zeigten sich die Art der Aufnahmestation zu Beginn des Klinikaufenthaltes sowie der vorliegende Aufenthaltsstatus als hoch prädiktiv für aggressives Verhalten. Wie in Hypothese 2 postuliert wurde, zeichneten sich Aggressive durch häufigere Aufnahmen in das beschützte Setting sowie durch Vorliegen von freiheitsentziehenden Maßnahmen im Rahmen des Betreuungsrechts oder des Unterbringungsgesetzes aus. Dieses Ergebnis stimmt auch mit anderen Studiendaten überein, wonach insbesondere eine unfreiwillige Klinikeinweisung als aussagekräftiger Prädiktor für gewalttägiges Patientenverhalten gilt (Noble & Rodger, 1989; Owen et al.,

1998; Spießl et al., 1998; Soliman & Reza, 2001; Rüesch et al., 2003; Raja & Azzoni, 2005).

Das Ergebnis verwundert nicht, da oftmals Gewaltausbrüche im Vorfeld den Anlass für eine unfreiwillige Klinikaufnahme darstellen. Patienten, die eine Gefahr für sich selbst oder die Öffentlichkeit bedeuten, werden zwangswise eingewiesen. Sie stellen somit bereits zu Beginn aufgrund ihrer bereits erhöhten Aggressivität, durch die Unfreiwilligkeit der Einweisung sowie durch hinzukommende verschärfende Faktoren wie ungenügende Compliance, Verwirrtheit, Angst, psychotisches Erleben, Desorientiertheit und mangelnde Krankheitseinsicht oder akuten Alkohol- bzw. Drogeneinfluss eine erhöhte Gefahr für gewalttäiges Patientenverhalten dar. Nach Biancosino et al. (2009) unterscheiden sich zudem Aggressive von Nichtaggressiven in Bezug auf eine bereits stärkere Feindseligkeit bei Aufnahme ins klinische Setting.

Die Hypothese, dass Aggressive häufiger als Nichtaggressive unter Betreuung stehen, konnte in dieser Arbeit nicht bestätigt werden. Nach einer Durchsicht der bisher vorhandenen Literatur konnten keine Vergleichsdaten gefunden werden, da in keiner Untersuchung explizit das Vorliegen einer Betreuung erfasst wurde, sondern in allen Studien nur im Allgemeinen die Zwangsunterbringung nach BGB oder UGB erhoben wurde.

Anzahl stationär psychiatrischer Aufenthalte und stationäre Verweildauer

Aggressive unterscheiden sich in der vorliegenden Arbeit signifikant von Nichtaggressiven bei Betrachtung der Anzahl der bisherigen stationären Klinikaufenthalte. Danach befinden sich Aggressive häufiger in wiederholter stationärer Behandlung. Auch anderen Studienergebnissen zufolge kann Hospitalisierung als Risikofaktor für aggressives Patientenverhalten betrachtet werden (Noble & Rodger, 1989; Sandberg et al., 1998; Spießl et al., 1998; Grassi et al., 2001).

In einigen Studien wird ein weiterer prognostisch relevanter Faktor, die „Chronifizierung“, zudem indirekt mittels Zahl der wiederholten stationären Klinikaufenthalte erfasst (Rüesch et al., 2003). Chronisch psychiatrisch erkrankte Patienten bedürfen aufgrund der Progredienz der Erkrankung bzw. aufgrund neuer Erkrankungsrezidive insbesondere wegen Schweregrad oder akuter Exazerbation der Symptome einer stationären Behandlung. Insbesondere wiederholt aggressiv auffällige Patienten zeichnen sich so-

wohl durch ein frühes Erkrankungsalter als auch durch ein frühes Hospitalisierungsalter aus (Lussier et al., 2010).

Des Weiteren lassen sich Aggressiven von Nichtaggressiven in Bezug auf die stationäre Verweildauer trennen, wonach Aggressiven signifikant länger stationär behandelt werden und zudem mehr Tage im geschlossenen Setting verbringen als Nichtaggressiven (vgl. Hypothese 2). Auch in anderen Studien konnte eine längere stationäre Verweildauer als aussagekräftiger Prädiktor für gewalttäiges Patientenverhalten bestätigt werden (Nilsson et al., 1988; Morrison, 1992; Soliman & Reza, 2001; Raja & Azzoni, 2005; Abderhalden et al., 2007).

Die Gründe für eine längere Verweildauer sind vielfältig: Zum einen kann sie auf wiederholt aggressives Verhalten, welches therapeutisch und medikamentös nicht hinreichend behandelbar ist, zurückgeführt werden, zum anderen auf das Vorhandensein komorbider psychiatrischer Diagnosen, eine stärkere Ausprägung psychopathologischer Symptome sowie auf ein generell mangelndes Ansprechen auf medikamentöse Behandlung. Letzteres wiederum resultiert in höheren Verabreichungsdosen, Kombination verschiedener Psychopharmaka sowie häufigeren Medikationswechseln in der Gruppe der Aggressiven (Soliman & Reza, 2001). Die Autoren stellen des Weiteren die Überlegung an, ob eine lange Hospitalisierungsdauer selbst zu einem erhöhten Risiko für das Auftreten von Aggressionen werden könnte.

Art der Entlassung, der Entlassungsstation und der Verlegung während des Aufenthaltes

Wie in Hypothese 2 angenommen wurde, zeichnen sich signifikante Unterschiede hinsichtlich Entlassungsstation und Zahl der Verlegungen zwischen den beiden Gruppen ab. Aufgrund zu geringer Fallzahlen in den Untergruppen konnten keine statistischen Berechnungen in Bezug auf die Art der Entlassung vorgenommen werden.

Aggressiv auffällige Patienten werden während des stationären Aufenthaltes häufiger verlegt und vermehrt aus dem beschützten Setting direkt aus der Klinik entlassen. Ein möglicher Grund für die größere Zahl an Verlegungen in der Gruppe der Aggressiven könnte eine drohende oder bereits vorliegende Gewalttätigkeit sein, welche im offenen Setting vor allem aufgrund des geringeren Personalaufkommens schwer zu bewältigen ist und somit oftmals die Verlegung in das beschützte Setting zur Folge hat. Des Weiteren kommen im offenen Setting als Erklärung für eine notwendige Verlegung auf eine

geschlossene Station neben möglicher Fremdgefährdung auch eine bestehende Selbstgefährdung oder bereits erfolgte Selbstverletzungen in Frage.

Als zusätzliche Erklärung für die höhere Verlegungszahl in der Gruppe der Aggressiven kommt möglicherweise auch ein schnelleres und häufigeres Handeln des Klinikpersonals im Sinne von Verlegungen in Frage. Da viele aggressive Patienten aufgrund ihrer höheren Hospitalisierungszahl oder aufgrund ihres bereits bewiesenen erhöhten Risikopotentials in der Klinik bzw. auf den Stationen bekannt sind, reagieren Klinikmitarbeiter bei Anzeichen drohender Gewalttätigkeit vermutlich schneller mit Veranlassung einer Verlegung ins geschlossene Setting.

Wie bereits geschildert wurde, werden Aggressive anders als Nichtaggressive zwar vermehrt ins beschützte Setting aufgenommen, jedoch stellt die Mehrheit der Verlegungen überraschenderweise einen Wechsel in den offenen Stationsbereich dar. Somit ist als Erklärung für die hohe Zahl an Verlegungen eine Besserung der anfangs oftmals stark ausgeprägten psychopathologischen Symptome sehr wahrscheinlich. Im Laufe des Klinikaufenthalts dagegen können zudem Schwankungen in der Symptomatik oder erneute psychotische Exazerbationen zu Verlegungen zurück ins beschützte Setting führen.

Die Tatsache, dass Aggressive häufiger als Nichtaggressive direkt aus dem beschützten Bereich aus der Klinik entlassen werden, kann vermutlich auf die bereits geschilderte längere stationäre Gesamtverweildauer zurückgeführt werden. Es könnten aus finanziellen Aspekten nach Abklingen der Akutsymptome bei halbwegs ausreichender Stabilisierung Weiterbehandlungen im offenen Bereich eingespart werden und die Patienten direkt nach Hause und in die ambulante psychiatrische Nachsorgebehandlung entlassen werden. Als weitere Vermutung für die direkte Entlassung aus dem geschlossenen Setting käme zudem die Befürchtung einer erneuten psychischen Destabilisierung nach Verlegung in ein neues Setting aufgrund von Milieuaspekten in Frage. Nach Richter (1999) führt eine Verlegung zu einem überproportional hohen Anteil an Patientenübergrieffen. Als möglicher Grund wird vor allem eine Überforderung mit der Orientierung im neuen Setting genannt, welche insbesondere bei dementiellen, aber auch bei psychotischen Krankheitsbildern zu beobachten ist.

Psychiatrische Diagnosen und Komorbidität

Im Vergleich mit anderen Forschungsergebnissen konnte in dieser Arbeit kein Zusammenhang zwischen der Gruppe der Aggressiven und Art sowie Komorbidität psychiatischer Diagnosen gefunden werden (vgl. Hypothese 2). Es ist davon auszugehen, dass das Ergebnis auf eine zu homogene Stichprobe, in welcher F2-Diagnosen nach ICD-10 mit 74,37 % überwiegen und ansonsten zu geringe Fallzahlen in den anderen Diagnosegruppen vertreten sind, zurückzuführen ist.

Lam et al. (2000), welche in ihrer Untersuchung auch keinen Zusammenhang zwischen Aggression und der Diagnose Schizophrenie finden konnten, stellten die Hypothese auf, dass seitens des Klinikpersonals zeitnah aktiv auf akute psychotische Symptome mittels Anpassung der Medikation, Krisenintervention oder Isolierung reagiert wird und somit Gewaltausbrüche im Vorfeld verhindert werden können.

Anderen Studien zufolge haben Patienten, welche unter den folgenden Diagnosen leiden, ein erhöhtes Risikopotential für gewalttägliches Verhalten: Schizophrenie (Krakowski & Czobor, 1997; Grassi et al., 2001; Raja & Azzoni, 2005; Abderhalden et al., 2007), Persönlichkeitsstörungen allgemein (Sandberg et al., 1998; Raja & Azzoni, 2005), paranoide Persönlichkeit (Sandberg et al., 1998), antisoziale Persönlichkeit (Spießl et al., 1998; Blackburn, 2000; Soliman & Reza, 2001), Borderline-Störung (Blackburn, 2000), Manie und bipolare Störungen (Binder & McNeil, 1988; Sandberg et al., 1998; Raja & Azzoni, 2005), Substanzabusus und/oder -abhängigkeit (Palmsterna & Wistedt, 1990; Soyka et al., 1993; Sandberg et al., 1998; Raja & Azzoni, 2005), Demenz (Spießl et al., 1998) und geistige Behinderung (Spießl et al., 1998) sowie hirnorganische Schädigung, z. B. Frontalhirnsyndrom (Silver & Yudofsky, 1987; Krakowski & Czobor, 1997).

Nach weiteren Nachuntersuchungen spielen bei Suchtmittelabhängigkeit sowohl die Art des Substanzmittels als auch die Zeit des Konsums eine Rolle. Rajesh und Day (2005) zufolge waren Patienten mit einer kürzeren Konsumdauer sowie einer Mehrfachabhängigkeit signifikant häufiger für aggressive Vorfälle verantwortlich. Hingegen zeigten Alkoholabhängige ein niedrigeres Risiko im Vergleich zu Drogenabhängigen. Es wird davon ausgegangen, dass bei Patienten mit多重em Substanzmissbrauch die Vielzahl an körperlichen und psychischen Entzugssyndromen sowie die mit der Mehrfachabhängigkeit einhergehenden psychosozialen und medizinischen Probleme zu dem beobachteten erhöhten Aggressionsrisiko führen.

Wie aus der Literatur bekannt ist, stellt des Weiteren die Komorbidität psychiatrischer Krankheitsbilder einen möglichen Prädiktor für Gewalt seitens Patienten dar (Lindquist & Allebeck, 1990; Steadman et al., 1998; Soliman & Reza, 2001).

Glucose und Cholesterinwerte bei Aufnahme und bei Entlassung

Anders als in Hypothese 3 postuliert wurde, konnten in dieser Untersuchung Aggressive und Nichtaggressive nicht hinsichtlich ihrer Cholesterinwerte unterschieden werden. Die bisherigen Befunde aus der Literatur sind dazu noch umstritten. Während Golomb et al. (2000) einen engen Zusammenhang zwischen Gewalt und einer verminderten Serumcholesterinkonzentration beschrieben, konnten Steinert et al. (1999b) diesbezüglich keine Relation beobachten.

Auch der Nachweis eines erniedrigten Glucosespiegels, welcher nach Lee und Coccato (2001) mit gewalttätigem Verhalten assoziiert ist, konnte in dieser Arbeit in der Gruppe der Aggressiven nicht repliziert werden. Es gleichen sich aggressive und nicht-aggressive Patienten hinsichtlich ihrer untersuchten Laborwerte sowohl bei Aufnahme als auch bei Entlassung aus der Klinik.

Bei der Interpretation der vorliegenden Untersuchungsergebnisse müssen einerseits die reduzierten Fallzahlen der Probanden berücksichtigt werden, da aufgrund fehlender Laborwerte einige Patienten aus der statistischen Berechnung ausgeschlossen wurden. Andererseits muss bedacht werden, dass in dieser Arbeit die Werte nur im Rahmen des Routineabors bei Aufnahme und bei Entlassung untersucht wurden, um im Interesse der Patienten zusätzliche Blutentnahmen zu vermeiden. So wären zur Klärung der bisher divergenten Befunde in weiteren Untersuchungen Mehrfachkontrollen der Laborwerte anzuraten, insbesondere eine unmittelbare Kontrolle des Blutbildes nach beobachtbarem aggressivem Verhalten.

5.3 Diskussion der Ergebnisse zur Selbst- und Fremdbeurteilung von Aggressivität

5.3.1 Selbstbeurteilung von Aggressiven und Nichtaggressiven

Anders als erwartet, waren wie in der Gruppe der Nichtaggressiven ähnlich viele der aggressiven Patienten bereit, den Selbstbeurteilungsbogen (FEPAA-E) bei Aufnahme und bei Entlassung auszufüllen, wodurch Hypothese 4 verworfen werden kann. Das Ergebnis überrascht, da ursprünglich von einer unkooperativen Haltung der aggressiven Patienten ausgegangen wurde. Für die doch bei 43,54 % bestehende Teilnahme könnte als Erklärung die Motivation im Sinne der sozialen Erwünschtheit herangezogen werden, da persönlich auf jeden Patienten zugegangen wurde.

Für die 56,45 % Non-Responder in der Gruppe der Aggressiven und 58,22 % Non-Responder in der Gruppe der Nichtaggressiven kommt als Erklärung vermutlich vorwiegend die Psychopathologie in Frage. Die Mehrheit der Patienten leidet unter oftmals bereits chronisch schizophrenen (74,37 %) oder affektiven Störungen (12,56 %), welche sich unter anderem durch Negativsymptome wie Antriebsstörungen, Lust- und Interesselosigkeit sowie Konzentrationsstörungen äußern, die sich wiederum negativ auf die Motivation zur Teilnahme auswirken können. Des Weiteren fühlen sich einige der Patienten aufgrund ihrer psychischen Destabilisierung schnell überfordert und empfinden zusätzliche Anforderungen in der akuten Krankheitsphase als große Belastung, die es zu vermeiden gilt. Als weitere Erklärungen kommen zudem die Angst vor negativen Folgen und vor Kritik sowie Schamgefühle oder die Tendenz zur Tabuisierung in Betracht.

Den Studienergebnissen zufolge kann Hypothese 5, welche den FEPAA-E als geeignetes Instrument zur Abbildung von Aggressionen postuliert, nur teilweise aufrechterhalten werden. So wurde angenommen, dass Aggressive niedrige Werte hinsichtlich Empathie, Prosozialität und Aggressionshemmung sowie hohe Werte in den Skalen Aggressionsbereitschaft/-legitimation und Aggressionsneigung aufweisen. In der Anfangsmessung kurz nach Aufnahme ins psychiatrische Setting unterschieden sich Aggressive signifikant von Nichtaggressiven in Bezug auf eine niedrigere Prosozialität und eine höhere Aggressionsneigung, in der Postmessung hinsichtlich einer niedrigeren Empathiefähigkeit. Kein relevanter Unterschied konnte mithilfe der übrigen FEPAA-Skalen objektiviert werden. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass für die Postmessung

eine gekürzte Fassung des FEPAA-E zur Anwendung kam, welche nur Items der Skalen Empathie, Prosozialität und Aggressionslegitimation umfasste.

Als Erklärung für die nur teilweise erzielten Gruppenunterschiede kommen verschiedene Faktoren auf Seiten des Messinstruments als auch auf Seiten der Probanden in Betracht. Einerseits könnten unterschiedlich gute Trennschärfen beziehungsweise die Länge des Fragebogens, bei welcher es zu Ermüdungseffekten und einem Absinken der sowieso im Rahmen der psychiatrischen Erkrankung meist herabgesetzten Motivation der Patienten kommen könnte, eine Rolle spielen (Auer et al., 2007; Bracks et al., 2008). Andererseits müssen veränderte Werte aufgrund von Selbstdarstellungs- oder Verfälschungstendenzen im Sinne der sozialen Erwünschtheit stets berücksichtigt werden (Auer et al., 2007; Bracks et al., 2008). Des Weiteren könnten auch die unterschiedlichen Beantwortungsmodalitäten der jeweiligen Skalen zu den erzielten Ergebnissen beitragen. So werden für die Skalen Prosozialität und Empathie drei Antwortalternativen zur Auswahl vorgegeben, welche im Vergleich zur siebenstufigen Ratingskala der Aggressionslegitimation schwerer zu durchschauen sind und vom Probanden somit auch weniger leicht im Sinne der sozialen Erwünschtheit ausgewählt werden können. Da es bisher keine vergleichbaren Studien gibt, in welchen der FEPAA-E in seiner Gesamtheit bei stationär psychiatrischer Klientel eingesetzt wurde, bedarf es noch weiterer Überprüfung, um die Güte der Trennbarkeit zwischen Aggressiven und Nichtaggressiven zu evaluieren.

Im Allgemeinen überraschen die beobachteten Unterschiede hinsichtlich geringerer Prosozialität und Empathie sowie gesteigerter Aggressionsneigung seitens der Aggressiven nicht, da Prosozialität und Empathie als Antagonisten zu gewalttätigem Verhalten angesehen werden können (Lukesch, 2006).

5.3.2 Fremdbeurteilung von Aggressiven und Nichtaggressiven

Nach Rüesch et al. (2003) sowie Schanda und Taylor (2001) stellen weniger psychiatrische Diagnosen als solche, sondern vielmehr Art und Schweregrad der vorliegenden psychopathologischen Symptome aussagekräftige Prädiktoren für aggressives Patientenverhalten dar. Auch Monahan (2001) postuliert, dass floride psychotische Symptome stärker mit aggressivem Patientenverhalten korrelieren als die Diagnosekategorien selbst.

In der vorliegenden Arbeit erwies sich die zu Beginn des Klinikaufenthalts eingesetzte Checkliste zur Fremdbeurteilung von Aggression und Aggressivität als geeignetes Instrument, um Aggression abzubilden (vgl. Hypothese 6). Aggressive unterschieden sich von Nichtaggressiven signifikant hinsichtlich aller erfassten psychopathologischen Items, mit Ausnahme des Kriteriums der Selbstgefährdung in der Vorgeschichte. Sie waren häufiger durch Fremdgefährdung und Suchtmittelmissbrauch in der Vorgeschichte gekennzeichnet, wiesen einen niedrigeren GAF-Wert sowie durchweg höhere Ausprägungen der folgenden Skalenwerte auf: mangelnde Frustrationstoleranz, Impulsivität, mangelnde Affektkontrolle, leichte Erregbarkeit, Unruhe, Misstrauen, Feindseligkeit, Gespanntheit, mangelnde Urteils- und Einsichtsfähigkeit, mangelnde Compliance, mangelnde Krankheitseinsicht, Desorientiertheit, Halluzinationen, Wahnideen, gewalttätige Phantasien, aktuelle Fremdaggressivität und Selbstaggressivität.

Auch andere Forschungsarbeiten belegen einige der gerade genannten psychopathologischen Symptome als aussagekräftige Prädiktoren. So werden in der Literatur neben Gewaltphantasien (Monahan et al., 2001), Impulsivität (Prentky et al., 1995), Reizbarkeit (Prentky et al., 1995) und Feindseligkeit (Prentky et al., 1995; Biancosino et al., 2009), Risikofaktoren, wie mangelnde Krankheitseinsicht und Compliance (Richter, 1999; Björkly, 2000; Lam et al., 2000; Biancosino et al., 2009), Erregung (Richter, 1999) sowie Gespanntheit (Richter, 1999) berichtet. Vereinzelt finden sich auch Hinweise auf neurologische Symptome (Silver & Yudofsky, 1987; Shah, 1989) und Depressivität (McNiel & Binder, 1995).

Vor allem positiv psychotische Krankheitszeichen wie Wahnideen (Noble & Rodger, 1989), Halluzinationen (Noble & Rodger, 1989), Misstrauen (Arango et al., 1999) und Denkstörungen (Arango et al., 1999) werden als wichtige Prädiktoren mit Aggression in Verbindung gebracht. Ein besonderes Augenmerk liegt zudem auf den sich wiederholt bestätigten Prädiktor „anamnestisch aggressives Verhalten“ (Noble & Rodger, 1989; Morrison, 1992; Sandberg et al., 1998; Spießl et al., 1998; Lam et al., 2000). Es kann davon ausgegangen werden, dass Patienten, die in der Vergangenheit aggressives Verhalten eingesetzt haben, dazu tendieren, dieses erneut zur Schau zu stellen.

Bislang widersprüchlich zeigen sich die Befunde in Bezug auf den prädiktiven Wert früherer Selbstverletzungen und von Suizidversuchen. Während in einigen Studien (Convit et al., 1990; Hillbrand, 1992; Spießl, 1998; Soliman & Reza, 2001; Raja & Azzoni, 2005) diese als Kennzeichen von gewalttätigen Patienten, insbesondere von aggressiven Wiederholungstären, bewertet wurden, erwiesen sie in anderen Arbeiten, so

auch in dieser Studie, keine oder nur begrenzte prognostische Vorhersagbarkeit beziehungsweise trugen sogar zur Risikominimierung gewalttätigen Patientenverhaltens bei (Owen et al., 1998). Es wird postuliert, dass Patienten mit geringer Impulskontrolle, die zur Richtung von Aggressionen gegen die eigene Person führt, ebenso in Bezug auf andere Menschen Aggressionen nicht kontrollieren können (Soliman & Reza, 2001). Weitere Untersuchungen sind erforderlich, um das umstrittene Risikopotential anamnestischer Selbstverletzungen zu evaluieren und Gewissheit zu erlangen.

Die beobachteten signifikant niedrigeren GAF-Werte sowohl bei Aufnahme als auch bei Entlassung in dieser Arbeit ähneln dem Resultat weiterer Studien (Raja & Azzoni, 2005). Das überrascht jedoch nicht, da Selbst- oder Fremdgefährdung wichtige Kriterien für die Vergabe niedriger GAF-Werte darstellen.

Im Vergleich zur Anfangsmessung konnten in der Enderhebung kurz vor Entlassung aus der Klinik mit Ausnahme der signifikant niedrigeren GAF-Werte sowie der nach wie vor deutlich erhöhten Fremdaggressivität keine relevanten Unterschiede hinsichtlich der fremdbeurteilten psychopathologischen Items der Checkliste zwischen Aggressiven und Nichtaggressiven nachgewiesen werden. Dieses Ergebnis spricht für eine Besserung des psychopathologischen Befundes der vorher gewalttätig aufgetretenen Patienten, welche mit einer Entlassung aus dem stationären Setting einhergeht.

5.3.3 Diskussion der Güte der Prognosefähigkeit relevanter Prädiktoren

Betrachtet man die bisherigen signifikanten Variablen, mit Ausschluss der FEPAA-E-Variablen aufgrund fehlender Werte, hinsichtlich ihrer Prognosefähigkeit, so zeigen sich folgende als am einflussreichsten: Aufenthaltsdauer im beschützten Setting, mangelnde Frustrationstoleranz, Impulsivität, mangelnde Affektkontrolle, Unruhe, Misstrauen, beurteilte Fremdaggressivität bei Aufnahme, lediger Familienstand und Fremdgefährdung in der Vorgeschichte. Mit Hilfe der genannten Kriterien können 81,2 % der insgesamt 223 Fälle richtig klassifiziert werden, wodurch Hypothese 7 bestätigt werden kann. Bei zusätzlicher Berücksichtigung der FEPAA-E-Werte können von den 88 in die Berechnung aufgenommenen Patienten 90,9 % korrekt klassifiziert werden. Von den FEPAA-E-Skalen zeigt sich dabei die Aggressionsneigung am einflussreichsten.

5.3.4 Diskussion weiterer Ergebnisse bzgl. Selbst- und Fremdbeurteilung

Übereinstimmung von Selbst- und Fremdbeurteilung

Des Weiteren sollte überprüft werden, ob Selbst- und Fremdbeurteilung von Aggression und Aggressivität übereinstimmen. Hypothese 8, welche dies postuliert, kann nur eingeschränkt bestätigt werden, da nicht alle der fremdbeurteilten psychopathologischen Items der Checkliste mit den Skalenwerten des Selbstbeurteilungsinstruments FEPAA-E korrelieren. Die beobachteten Korrelationen von hoher Empathiefähigkeit mit hoher Frustrationstoleranz und Affektkontrolle, guter Urteils- und Einsichtsfähigkeit sowie besserer Krankheitseinsicht und geringerer Fremdaggressivität sind nachvollziehbar. Da Empathiefähigkeit den kognitiven Gegenpart zur Aggression darstellt, überrascht es nicht, dass diese negativ mit Fremdaggressivität sowie positiv mit Frustrationstoleranz und Affektkontrolle in Verbindung steht. Die positiven Zusammenhänge zwischen Empathie und Urteils-, Einsichtsfähigkeit sowie Krankheitseinsicht werden auch indirekt durch andere Forschungsergebnisse untermauert. So beschrieben Lee et al. (2004) ein Empathiedefizit bei schizophrenen Patienten, deren psychiatrische Erkrankung daneben oftmals auch mit Defiziten in den Bereichen Urteils-, Einsichtsfähigkeit sowie Krankheitseinsicht einhergeht.

Eine hohe Prosozialität korreliert in dieser Studie daneben zusätzlich mit einem niedrigeren Ausmaß an Halluzinationen und Wahn sowie mit höheren GAF-Werten. Als Erklärung hierfür kommt nach Friedlmeier (1993) in Frage, dass Empathie eine notwendige Voraussetzung im Sinne der Motivationsgrundlage für prosoziales Verhalten darstellt. Da schizophrene Patienten, welche den größten Anteil der Stichprobe in dieser Arbeit ausmachen, nach Lee et al. (2004) eine mangelnde Empathiefähigkeit aufweisen, kann zudem ebenfalls ein Defizit an prosozialem Verhalten angenommen werden. Des Weiteren zählen Wahn und Halluzinationen zur typischen Positivsymptomatik der Diagnose Schizophrenie, so dass auch dieser Zusammenhang nicht verwundert. Und auch höhere GAF-Werte stehen bereits mit einem niedrigen Ausmaß an Wahn und Halluzinationen in Verbindung.

Patienten, die Schwierigkeiten aufweisen, Frustrationen auszuhalten und zu kontrollieren, und zudem weniger Urteilsfähigkeit und Krankheitseinsicht besitzen, betrachten gewalttägiges Verhalten als legitimer, wie die statistischen Zusammenhänge in dieser Arbeit zeigen konnten. Aus der mangelnden Urteilsfähigkeit heraus kann geschlussfol-

gert werden, dass diesen Patienten vermutlich auch die Fähigkeit fehlt, soziale Situationen und Konflikte richtig einzuschätzen und zu interpretieren. Die daraus entstehenden Frustrationen, welche zudem nicht durch angemessenes Verhalten kompensiert werden können, entladen sich auf gewalttätige Weise.

Aggressionsgehemmte Personen erweisen sich als einsichtiger und somit auch stärker compliant und wie erwartet weniger feindselig. Bei Patienten, welche hohe Werte auf der Skala Aggressionsneigung erreichen, spielen eine starke Impulsivität und geringe Affektkontrolle eine Rolle. Es wird angenommen, dass diese Eigenschaften auch nach außen sichtbar werden, da diese Patienten im Aufnahmegericht seitens des Arztes bereits mit höheren Werten im Bereich aktueller Fremdaggressivität bewertet werden.

Alle anderen psychopathologischen Items, welche nicht im statistischen Zusammenhang mit den FEPAA-E-Skalen stehen, scheinen unabhängig davon stark aussagekräftige Faktoren zur Vorhersagbarkeit für aggressives Patientenverhalten zu sein. Dass die Skalen der Fremd- und Selbsteinschätzung zwar nur teilweise übereinstimmen, sich jedoch gut ergänzen, zeigt die hohe korrekte Klassifizierung der Fälle von 90,9 % bei Einbezug aller signifikanten Variablen.

Diskussion des Zusammenhangs von Empathie, Prosozialität, Aggressionsbereitschaft/-legitimation, Aggressionshemmung und Aggressionsneigung in den beiden Gruppen

Aus der Überprüfung des Zusammenhangs der fünf FEPAA-E-Skalen ging hervor, dass Hypothese 9, welche Korrelationen zwischen den einzelnen Skalen postuliert, sowohl für die Gruppe der Aggressiven als auch für die Gruppe der Nichtaggressiven nur bedingt aufrechterhalten werden kann. Einzig für die Empathieskala konnten in dieser Studie für beide Probandengruppen positive Korrelationen mit Prosozialität sowie negative Korrelationen mit Aggressionsneigung nachgewiesen werden. Für alle weiteren FEPAA-E-Skalen zeigten sich uneinheitliche Ergebnisse für den Bereich der Aggressiven und der Nichtaggressiven, welche vermutlich auf unterschiedlich hohe Fallzahlen in den beiden Gruppen zurückgeführt werden können. So muss bei der Diskussion der Zusammenhänge der einzelnen FEPAA-E-Skalen bedacht werden, dass die Antworten von 26 aggressiven Patienten sowie von 61 nichtaggressiven Patienten in die Analyse

einfllossen. Im Folgenden sollen nun die einzelnen, für die Gruppen divergierenden Korrelationen und mögliche Erklärungen aufgezeigt und diskutiert werden.

Hypothese 9a muss verworfen werden, da in dieser Untersuchung nicht bestätigt werden konnte, dass Probanden mit hoher Empathie, hoher Prosozialität und niedriger Aggressionsneigung zugleich eine hohe Aggressionshemmung und niedrige Aggressionslegitimation aufweisen. Obwohl zwar Empathie, Prosozialität und Aggressionsneigung hoch miteinander korrelierten, konnten weder für die Gruppe der Aggressiven noch für die Gruppe der Nichtaggressiven signifikante Zusammenhänge mit den anderen beiden Skalen bestätigt werden. Im Widerspruch zu den Ergebnissen von Nielsen (1977), jedoch in Übereinstimmung mit Auer et al. (2007), fand sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen Empathie und Aggressionshemmung. Anders als bei Auer et al. (2007) konnten zwar signifikante Zusammenhänge zwischen Empathie und Aggressionsneigung für beide Gruppen objektiviert werden, aber nicht, wie ebenfalls postuliert wurde, zwischen der Empathieskala und der Aggressionslegitimation.

Des Weiteren wurde davon ausgegangen, dass prosoziale Probanden eine gering ausgeprägte Aggressionslegitimation und Aggressionsneigung besitzen und sich zusätzlich als aggressionsgehemmt erweisen (vgl. Hypothese 9b). Zwar gelang es in dieser Arbeit, Korrelationen zwischen den einzelnen Skalen nachzuweisen, jedoch divergieren die Ergebnisse für die beiden Stichprobengruppen enorm: Während in Übereinstimmung mit Auer et al. (2007) in der Gruppe der Aggressiven zwar signifikante Korrelationen zwischen Prosozialität und Legitimation sowie Aggressionsneigung, allerdings nicht mit Aggressionshemmung, gefunden werden konnten, wurde in der Gruppe der Nichtaggressiven nur ein Zusammenhang zwischen Prosozialität und Aggressionshemmung bestätigt, nicht jedoch zwischen Prosozialität und den anderen beiden Skalen.

Entgegen Hypothese 9c, nach welcher aggressionsgehemmte Personen in geringerem Ausmaß zu Aggressionen neigen und diese auch weniger rechtfertigen, konnte in dieser Arbeit nur in der Gruppe der Aggressiven und nur hinsichtlich Aggressionshemmung und Aggressionsneigung, nicht jedoch zwischen Aggressionshemmung und Legitimation ein signifikanter Zusammenhang nachgewiesen werden. Im Widerspruch mit den Ergebnissen von Auer et al. (2007) konnten für die Skala der Aggressionshemmung bei den nichtaggressiven Probanden weder mit Aggressionsneigung noch mit Aggressionslegitimation aussagekräftige Korrelationen berechnet werden.

Hypothesenkonform zeigte sich der signifikante Zusammenhang zwischen Aggressionslegitimation und Aggressionsneigung in der Gruppe der Aggressiven (vgl. Hypothe-

se 9d). Dieser Befund stimmt mit den Ergebnissen von Auer et al. (2007) überein, wonach Personen mit häufig gezeigtem gewalttätigem Verhalten, dieses auch vermehrt für angebracht und gerechtfertigt halten. Für die Gruppe der Nichtaggressiven konnte jedoch ein solcher Zusammenhang nicht nachgewiesen werden.

In Bezug auf die soeben dargestellten und diskutierten, teils uneinheitlichen Ergebnisse des Zusammenhangs zwischen den einzelnen FEPAA-E-Skalen bedarf es weiterer Studien zur erneuten Überprüfung mit größeren Patientenstichproben und unterschiedlichen Diagnosen.

Diskussion der Veränderung der Selbst- und Fremdbeurteilung im Laufe des stationären Aufenthalts

In Anbetracht der Überlegung, inwieweit aggressives Verhalten therapeutisch zugänglich ist und sich während des stationären Aufenthaltes verändert, wurde folgende Hypothese überprüft: Es wurde angenommen, dass die Fremdbeurteilung im Prä-Post-Vergleich einen deutlichen Abfall der Psychopathologie sowie einen Anstieg der GAF-Werte in beiden Probandengruppen zeigt, während die Selbstbeurteilung der Patienten sich im Laufe des Aufenthaltes im Wesentlichen nicht verändert (vgl. Hypothese 10).

Hypothesentreu zeigte sich in dieser Arbeit die fehlende Veränderung der Selbst-einschätzung im Prä-Post-Vergleich bei aggressiv auffällig gewordenen Patienten beziehungsweise bei Betrachtung der Grundgesamtheit. Somit fielen die Antworten der Probanden kurz vor Entlassung in den Skalen Empathie, Prosozialität und Aggressionsbereitschaft/-legitimation ähnlich wie zu Beginn des Klinikaufenthaltes aus. Somit kann vermutet werden, dass es sich hierbei um überdauernde Eigenschaften handeln muss, welche gänzlich oder zumindest zum größten Teil unabhängig von der Psychopathologie der einzelnen psychiatrischen Krankheitsbilder, deren Ausprägungen und Tages-schwankungen gesehen werden können.

Einzig bei isolierter Betrachtung der Nichtaggressiven konnte eine Verbesserung der Empathiefähigkeit im Vorher-Nachher-Vergleich beobachtet werden. Vermutlich ist dieser Zuwachs an Einfühlungsvermögen auf eine Steigerung des eher kognitiven Aspekts der Empathiefähigkeit im Laufe der stationären Therapie rückführbar. Ansonsten galten Nichtaggressive bereits bei Aufnahme als prosozialer und weniger zu gewalttätigem Verhalten neigend als aggressive Patienten. Dieses Ergebnis kann somit als Hinweis dafür gesehen werden, dass die Empathiefähigkeit auch bei Personen mit norma-

lerweise hoher Ausprägung (vgl. die Gruppe der Nichtaggressiven) durch Krankheitszeichen zwischenzeitlich herabgesetzt sein kann, sich allerdings bei erfolgreicher Behandlung der psychiatrischen Symptomatik wieder verbessert.

Hypothese 10 kann im Hinblick auf die in dieser Untersuchung nachgewiesene Veränderung der Fremdbeurteilungsitems im Prä-Post-Vergleich bestätigt werden. So konnten sowohl für die Grundgesamtheit als auch bei spezifischer Betrachtung der beiden Gruppen jeweils ein deutliches Absinken des Schweregrads aller psychopathologischen Items, zudem eine signifikante Steigerung des GAF-Wertes als Zeichen einer höheren Funktionalität verzeichnet werden. Diese Ergebnisse sind erwartungsgemäß, da eine akut ausgeprägte psychiatrische Symptomatik einen ausschlaggebenden Anlass für die Aufnahme ins stationäre Setting darstellt. Des Weiteren wird als Ziel eines jeden Klinikaufenthalts die deutliche Besserung der Krankheitszeichen verfolgt, um die Entlassung ins häusliche Umfeld zu ermöglichen.

5.4 Diskussion der Ergebnisse zur Epidemiologie aggressiven Verhal tens

5.4.1 Häufigkeit und Schweregrad gewalttätiger Übergriffe

Häufigkeit

Insgesamt wurden im halbjährigen Erhebungszeitraum dieser Studie 30,04 % (N = 67) der aufgenommenen Patienten zweier offener Stationen und einer beschützt psychiatrischen Station gewalttätig. Im Vergleich mit anderen Untersuchungen liegt dieses Ergebnis eher im oberen Bereich (Noble & Rodger, 1989: 9 % aller Aufnahmen; Spießl et al., 1998: 2,7 % aller Aufnahmen; Schanda et al., 2000: 29,2 % aller Aufnahmen).

Von den 30,04 % der aggressiven Patienten wurden im beobachteten Untersuchungszeitraum insgesamt 147 aggressive Vorfälle verzeichnet. Mit 58,50 % überwiegt erwartungsgemäß die Zahl der Patientenübergriffe im geschlossenen Setting (vgl. Hypothese 11), wobei auf den beiden offenen Stationen zusammen der Anteil an registrierten Vorfällen ebenfalls überraschend hoch ausfällt (41,50 %). Bei Umrechnung der registrierten Vorfälle pro Bett und Jahr, ergibt sich ein Wert von 3,82 Vorfällen pro Bett und Jahr.

In Übereinstimmung mit anderen Studienergebnissen wurden viele der Patienten im Laufe des Aufenthaltes mehrfach aggressiv auffällig (Steinert et al., 1995b; Grassi et al., 2001; Soliman & Reza, 2001; Rüesch et al., 2003). Von den insgesamt 67 gewalttätigen Patienten betrug der Anteil der Wiederholungstäter 41,79 %. 28 Patienten fielen zwischen zwei und achtzehn Mal als gewalttätig im Laufe des Klinikaufenthalts auf. Der große Anteil an Wiederholungstatern verwundert nicht, wenn man bedenkt, dass die Mehrheit der aggressiven Vorfälle auf die Psychopathologie zurückzuführen ist und es einer gewissen Zeit bedarf, bis die medikamentöse Therapie positiv auf die Krankheitszeichen anspricht.

Die hohe Zahl an dokumentierten Ereignissen im geschlossenen Akutbereich ist im Vergleich zum offenen Setting auf verschiedene Ursachen zurückzuführen: zum einen auf den größeren Anteil an unfreiwillig eingewiesenen Patienten, bei welchem wiederum teilweise aggressives Verhalten im Vorfeld den Grund für die Klinikeinweisung darstellt. Zudem entstehen häufig im Rahmen der Aufnahmesituation durch die Unfreiwilligkeit der Aufnahme, die oftmals mangelnde Krankheitseinsicht und Compliance sowie die akute Psychopathologie der Patienten Konflikte und angespannte Situationen. Diese steigern sich eventuell durch die dann erforderliche Abnahme von gefährlichen Gegenständen und die notwendige Einnahme von Psychopharmaka schließlich zu aggressiven Vorfällen. Zum anderen leiden die Patienten auf Akutstationen unter meist massiv ausgeprägten psychopathologischen Krankheitszeichen, wie Erregungszuständen und psychotischen Symptomen und haben im geschlossenen Setting nur wenige Rückzugsmöglichkeiten. Die hohe Dichte von Patienten mit akuten und meist schwergradigen psychiatrischen Krankheitsbildern wirkt sich auf die Stationsatmosphäre negativ aus und trägt vermutlich zu einer Ansammlung von Konfliktpotential bei.

Auch in anderen Forschungsstudien wurden vergleichbar hohe Zahlen im psychiatrischen Akutbereich berichtet: In einer Überblicksarbeit von Nijman et al. (2005b) reichen die Werte verschiedener, einbezogener Studien zwischen 1,6 und 35,8 Vorfällen pro Bett und Jahr, wobei allerdings nicht bei allen autoaggressive Verhaltensweisen berücksichtigt wurden. Auch in einer Arbeit von Richter (1999) fand die überwiegende Mehrheit der gewalttätigen Ereignisse (90 %) bei geschlossenen Türen statt.

Der generell hohe Prozentsatz von aggressiven Übergriffen im offenen Stationsbereich überrascht und regt zu Diskussionen an. Einerseits wird dadurch die Notwendigkeit der Durchführung von geeigneten Schulungsmaßnahmen und Deeskalationstechniken nicht nur für Personal von Akutstationen, sondern auch für Mitarbeiter offener Sta-

tionen deutlich. Andererseits könnte der hohe Anteil aggressiver Vorfälle im offenen Setting auch durch ein besonderes Augenmerk des Personals auf diese Thematik im Rahmen der Studie beeinflusst worden sein.

Schweregrad

In der Gesamtheit betrachtet konnten in dieser Studie 25,85 % leicht-, 42,18 % mittel- und 31,97 % schwergradige Übergriffe registriert werden. Es wurde angenommen, dass aggressive Vorfälle im beschützten Setting im Vergleich zu Übergriffen im offenen Stationsbereich schwerwiegender ausfallen (vgl. Hypothese 11). Hypothesenkonform wurden, wie mit Hilfe der SOAS-R-Summenscores berechnet werden konnte, signifikant mehr mittel- (48,84 %) und schwergradige Vorfälle (37,21 %) im beschützten Bereich verzeichnet. Des Weiteren wurden im Vergleich zum offenen Setting signifikant weniger leichtgradige Aggressionen (13,95 %) berichtet. Eventuell sollte jedoch zusätzlich von einer Dunkelziffer leichtgradiger Vorfälle ausgegangen werden, da im beschützten Setting im Vergleich zum offenen Stationsbereich vermutlich ein anderer Fokus der Gewaltwahrnehmung und Gefährlichkeit angenommen werden kann. So werden im offenen Setting auch geringe und leichtgradige Formen von Aggressionen bedrohlicher gewertet und somit erfasst. Im Gegensatz dazu werden aufgrund der vermutlich höheren Toleranz des Personals im Akutbereich, der Sichtweise, dass Aggressionen zum Alltagsgeschehen dazu gehören, sowie in Anbetracht des Schweregrads vieler Übergriffe leichtgradige Vorfälle nicht explizit dokumentiert.

Die Problematik des Underreportings wird auch in anderen Forschungsarbeiten sichtbar. So berichten Steinert et al. (1995b), dass in ihrer Studie leichtgradige verbale Aggressionen nicht adäquat zu erfassen waren. Nach Aussagen von Lion et al. (1981) treten schätzungsweise bis zu fünf Mal mehr aggressive Vorfälle auf, als tatsächlich berichtet werden. Abderhalden et al. (2007) geben eine 30 % Underreportingrate bei leichtgradigen Ereignissen, hingegen keine unterschlagenen Meldungen schwerwiegender Vorfälle an. Zu den nicht offiziell gemeldeten leichtgradigen Ereignissen zählten in ihrer Untersuchung rein verbale Aggressionen und Aggressionen gegenüber Gegenständen oder Mitpatienten.

Ein anderes Bild ergibt sich in dieser Studie für die beiden offenen Stationen, wonach dort die Anteile von leicht- (42,62 %), mittel- (32,79 %) und schwergradigen (24,59 %) Vorfällen relativ gleich verteilt sind. Dies überrascht, da vielmehr von einem

deutlichen Überwiegen von leichtgradigen Vorfällen für den offenen stationären Bereich ausgegangen wurde und weniger mit mittel- und schwergradigen Übergriffen gerechnet wurde.

5.4.2 Art gewalttätiger Übergriffe

Hinsichtlich der Art der Vorfälle wurde angenommen, dass verbale Aggressionen häufiger als tätliche Aggressionen, insbesondere im offenen Setting, auftreten (vgl. Hypothese 12). Bestätigt werden kann tatsächlich eine erfasste Mehrheit verbaler Vorfälle, wobei jedoch kein signifikantes Überwiegen von verbalen Vorfällen im offenen Setting im Vergleich zum geschlossenen Akutbereich beobachtet werden konnte. Insgesamt spielten bei 74,83 % der dokumentierten Fälle verbale Aggressionen eine Rolle. Es wurde allerdings nicht zwischen rein verbalen, rein tätlichen und verbal-tälichen Aggressionen unterschieden. Es ist jedoch anzunehmen, dass rein verbal aggressive Vorfälle im offenen Bereich wesentlich häufiger anzutreffen sind als im beschützten Setting. Bei näherer Betrachtung der Art der verbalen Aggression zeigte sich zudem für den offenen Bereich ein signifikantes Überwiegen von Beleidigungen mit 36,07 % im Vergleich zu weiteren Formen wie Schreien, Schimpfen, Fluchen und Aussprechen von Drohungen. Allerdings sollte auch berücksichtigt werden, ob Beleidigungen aufgrund des persönlich angreifenden und verletzenden Charakters vielleicht häufiger erfasst und dokumentiert werden als eher unpersönliches und ungerichtetes Fluchen oder Schreien.

Im Hinblick auf tätliche Aggressionen ließen sich bei 40,82 % der Vorfälle verschiedene Formen körperlicher Gewalt verzeichnen. Wie erwartet, lag der Prozentsatz tätlicher Angriffe im geschlossenen Akutbereich (51,16 %) deutlich über dem des offenen Bereichs (26,23 %). Allen voran zeigten sich Aggressionen im Sinne von Schlagen, Boxen, Haare ziehen, Zwicken oder Kratzen, welche durch Handgreiflichkeiten verursacht wurden (32,65 %). Seltener wurden gewöhnliche (21,77 %) oder gefährliche Gegenstände (10,20 %) eingesetzt, um Aggressionen auszuagieren. Die hohe Zahl von tätlichen Aggressionen im Akutbereich kann vermutlich auch als Folge des Sich-Wehrens bei notwendigen Sicherheitsvorkehrungen, wie z. B. Fixierungen im Rahmen von Erregungszuständen, oder als Sich-Weigern, wie z. B. durch Wegstoßen der Medikation, gesehen werden. Der hohe Prozentsatz tätlicher Übergriffe stimmt mit anderen

Befunden aus der Literatur überein. Rüesch et al. (2003) berichteten in ihrer Studie sogar von 78 % tätlichen Ereignissen, im Vergleich mit nur 22 % rein verbalen Angriffen.

Der gewalttätige Einsatz eines Messers, welcher signifikant mit dem offenem Stationsbereich korreliert, überrascht auf dem zweiten Blick nicht mehr, da im Vergleich zum beschützten Setting (5,81 %) ein wesentlich höherer Anteil an gezeigten Selbstverletzungen, z. B. im Rahmen von Borderline-Persönlichkeitsstörungen, auf den offenen Stationen geschieht (18,03 %). Zudem haben Patienten offener Stationen durch die Erlaubnis des Verlassens der Station und des Klinikgeländes eher die Möglichkeit, gefährliche Gegenstände wie Messer in die Klinik zu schmuggeln. Im beschützten Setting gelingt dies aufgrund regelmäßiger und strenger Kontrollen sowie größerer Sicherheitsvorkehrungen und aufgrund der Ausgangssperre beziehungsweise des Ausgangs nur in Begleitung höchst selten. Des Weiteren stehen Patienten im offenen Setting weniger unter Beobachtung und haben mehr Rückzugsmöglichkeiten, so dass sich Selbstverletzungen, welche medizinisch nicht dringend versorgt werden müssen, oft unbemerkt ereignen und auch im Nachhinein nicht bemerkt werden.

5.4.3 Ursachen, Motive und Ziele von Aggression

Ursachen und Motive

Ebenfalls von Interesse war die Frage, welche Ursachen und Motive hinter aggressivem Patientenverhalten stehen. Es wurde angenommen, dass Konflikte oder die Psychopathologie die Hauptgründe für das Auftreten von Übergriffen darstellen (vgl. Hypothese 13). Bei 77,55 % der Fälle konnten keine nachvollziehbaren Provokationen oder Konflikte als Ursachen objektiviert werden. In diesem Zusammenhang wurde indes festgestellt, dass in der signifikanten Mehrheit der Fälle die Aggression auf die Psychopathologie der Patienten zurückgeführt werden muss. Nur in 22,45 % der Fälle wird eine im Vorfeld entstandene Provokation, wie z. B. durch Aufforderungen oder Verweigerung eines Wunsches, als Auslöser verantwortlich gemacht.

Interessant ist dabei jedoch die Beobachtung unterschiedlicher zugrunde liegender Konflikte je nach stationärem Setting. Während im offenen Bereich Aspekte, wie Verweigerung eines Wunsches oder Aufforderung zur Therapieteilnahme, eine Rolle spielten, führte im geschlossenen Setting überwiegend die Aufforderung zur Medikamenten-

einnahme zum Aggressionsausbruch. Die Weigerung der Einnahme von Psychopharmaka überrascht nicht, da im geschlossenen Akutbereich mehr unfreiwillig eingewiesene, noncompliante und krankheits- und somit auch behandlungsuneinsichtige Patienten anzutreffen sind. Sie weisen zudem hochgradig ausgeprägte Krankheitszeichen auf und bedürfen somit dringender pharmakologischer Therapie. Nachvollziehbar ist die Annahme, dass die vom Personal und Patienten kontroversen Sichtweisen zur Notwendigkeit der Behandlung und das daraus entstehende Konfliktpotential wiederum zu einem Anstieg von Erregungspotential und Ärger beim Patienten führen und schnell in aggressives Verhalten eskalieren können.

Neben den bisher beschriebenen Aggressionsgründen spielten bei der signifikanten Mehrheit der Vorfälle im beschützten, jedoch auch bei einem hohen Anteil der Ereignisse im offenen Stationsbereich, psychopathologische Symptome die Hauptursache. Vor allem die Symptome Wahn (insgesamt bei 61,22 % der Vorfälle), Denkstörungen (73,47 %), Halluzinationen (48,30 %) und Erregung (83,67 %) wurden in direktem Zusammenhang mit den aggressiven Vorfällen berichtet.

In der Literatur werden ähnliche Ergebnisse beschrieben: Die Tatsache, dass im Akutbereich in den ersten Tagen nach Aufnahme eine deutliche Häufung aggressiver Ereignisse stattfindet (Richter & Berger, 2001a; Rüesch et al., 2003), kann auf die zu diesem Zeitpunkt noch oft unbehandelte, stark floride psychopathologische Symptomatik zurückgeführt werden. Auch Steinert et al. (2000) konnten Symptome wie formale Denkstörungen, Größenideen und Feindseligkeit als Ursache für aggressives Patientenverhalten nachweisen. Richter und Berger (2001a) beschrieben Symptome wie Erregungszustände, unkooperatives Verhalten und Gespanntheit eng mit aggressiven Ereignissen verbunden.

Des Weiteren ging es um die Evaluierung möglicher Motive von sich aggressiv verhaltenden Patienten (vgl. Hypothese 13). Hypothesenkonform wurden als häufigste Motive Personen- und Situationsverkennung (31,29 %) sowie Angst (11,56 %), daneben jedoch auch Einengung (75,51 %) und Durchsetzung bestimmter Wünsche (29,25 %) angegeben. Zudem zeigten sich settingabhängige Unterschiede, wonach der Abbau von Sucht- oder Selbstverletzungsdruck signifikant häufiger im offenen Stationsbereich als Motiv eine Rolle spielte, während im beschützten Akutsetting die Motive Angst, Einengung sowie Personen- und Situationsverkennung im Mittelpunkt standen. Steinert et al. (1991) nannten ebenfalls als ausschlaggebende Motive Durchsetzung bestimmter Wün-

sche (35,2 %), Personen- und Situationsverkennung (27,2 %), Kränkung (23 %), Spannungsabfuhr (23 %) sowie Einengung (20 %) und Angst (19,8 %).

Ziele

Ergänzend sollen hier noch Befunde zu Zielen des beobachteten aggressiven Patientenverhaltens und zu dessen zeitlicher Dauer kurz beschrieben und diskutiert werden: Während nur ein geringer Anteil der Vorfälle (6,80 %) ungerichtet ablief, richtete sich die Mehrheit der Gewalttaten gegen Gegenstände, Mitpatienten, Klinikmitarbeiter oder gegen den Aggressor selbst. Es wurde deutlich, dass Aggressionen im beschützten Setting (22,09 %) signifikant häufiger gegenüber Gegenständen getätigt wurden als im offenen Setting (8,20 %). Vermutlich kommen als Erklärungen der nur begrenzte Freiraum in Frage, daneben eventuell die höhere Toleranz seitens des Personals beziehungsweise die milder schweren Konsequenzen (z. B. Verwarnung anstelle von Fixierung) im Vergleich zu Konsequenzen tätlicher Aggressionen gegenüber Personen.

Wie soeben schon im Kapitel 5.4.2 berichtet, war der Ausagierende im offenen Setting (18,03 %) signifikant häufiger Ziel der Aggression als im beschützten Bereich (5,81 %). Im Einklang mit anderen Literaturangaben wurden allen voran Klinikmitarbeiter, gefolgt von Mitpatienten zum Ziel der Aggression (Steinert et al., 1995b; Finzel et al., 2003). Während Mitpatienten in 22,45 % der Fälle attackiert wurden, traf es zu einem geringen Teil Personen wie Polizei oder Fahrdienst (4,76 %), allen voran waren es jedoch in 55,78 % der Fälle Klinikmitarbeiter.

Hinsichtlich der zeitlichen Dauer lag die signifikante Mehrheit der Vorfälle sowohl im offenen (77,05 %) als auch im beschützten Bereich (73,26 %) bei maximal zehn Minuten. Es kann vermutlich davon ausgegangen werden, dass Patienten nach dem Impulsdurchbruch und nach Entladung der Frustration sich wieder schnell selbst beruhigen konnten oder aber seitens des Klinikpersonals schnell interveniert wurde, um Schlimmeres zu verhindern.

5.4.4 Reaktionsweisen und Auswirkungen

Art und Dauer von Reaktionsweisen auf aggressive Vorfälle

In Anbetracht der bereits im Vorfeld vermuteten, unterschiedlich schwer ausgeprägten aggressiven Vorfälle je nach stationärem Setting, wurden auch divergierende Maßnahmen, die Gewalt zu stoppen, angenommen. Während im offenen Stationsbereich überwiegend Gespräche als Mittel der Wahl vermutet wurden, wurde im beschützten Setting vielmehr die Anwendung von Zwangsmaßnahmen, wie Fixierung oder Zwangsmedikation, hypothetisch angenommen (vgl. Hypothese 14). Die Studienergebnisse bestärken diese Annahmen, wonach auf den offenen Stationen signifikant häufiger Gespräche zur Deeskalation versucht wurden (offen: 77,05 %; geschlossen: 51,16 %). Dies ist wenig verwunderlich, da aufgrund der höheren Anzahl leichtgradiger Vorfälle im Vergleich zum beschützten Setting diese Maßnahme oftmals ausreicht, um die Gewalt zu stoppen. Zudem findet sich im offenen Setting eine höhere Anzahl krankheitseinsichtiger Patienten mit weniger stark ausgeprägten Denkstörungen, was wiederum als wichtige Voraussetzung für das Führen eines klarenden Gesprächs angesehen werden kann.

Des Weiteren reagierten Mitarbeiter offener Stationen vermehrt mit Verlegung, Wundversorgung und Zuhilfeholen personeller Verstärkung. Im Gegensatz wurden, ebenfalls wie angenommen, auf der beschützten Akutstation signifikant häufiger Fixierung (offen: 3,28 %, geschlossen: 65,11 %), Festhalten gegen den Willen (offen: 6,56 %, geschlossen: 65,16 %) sowie orale (offen: 27,87 %, geschlossen: 56,98 %) und intramuskuläre/intravenöse Medikamentengabe (offen: 0 %, geschlossen: 12,79 %) eingesetzt. Diese Ergebnisse gleichen denen von Steinert et al. (1991), die zwar seltener aufarbeitende Gespräche berichteten, jedoch auch den häufigen Einsatz nachfolgender Sicherungsmaßnahmen wie Isolierung, Fixierung und Medikamentenverabreichung angaben.

Bei insgesamt 10,88 % der Vorfälle erfolgten keine Maßnahmen, um die Gewalt zu stoppen. Dies war im offenen Bereich signifikant häufiger der Fall als im beschützten Setting (offen: 19,67 %, geschlossen: 4,65 %). Als Erklärung, warum auf den offenen Stationen in einigen Fällen keine Maßnahmen unternommen wurden, kommen mehrere Aspekte in Frage: Einerseits treten im offenen Bereich häufiger leichtgradige Aggressionen im Vergleich zum beschützten Setting auf, andererseits handelt es sich dabei vermutlich oft um rein verbale Formen von Gewalt. Daneben haben Patienten von offenen

Stationen eher die Möglichkeit, sich zurückzuziehen oder die Station zwischenzeitlich zu verlassen, um sich selbst zu beruhigen.

Als Erklärung für den häufigeren Einsatz von Interventionsmaßnahmen auf der geschlossenen Station kommen ebenfalls verschiedene Gesichtspunkte in Frage: zum einen der in der Mehrheit der Vorfälle größere Schweregrad der Aggression und das höhere Gefährlichkeitspotential der Patienten aufgrund stark ausgeprägter psychotischer Symptome, zum anderen die möglicherweise intensivere Ausbildung des Akupersonals hinsichtlich deeskalierender Techniken. Zudem könnten auf Seiten des Personals ein höheres Risikobewusstsein und Augenmerk auf Frühwarnzeichen zu einem schnelleren Erkennen potenziell gefährlicher Situationen und somit auch zur häufigeren Anwendung von Interventionsmaßnahmen führen. Des Weiteren tragen vermutlich auch die unterschiedlichen personellen und strukturellen Rahmenbedingungen zur Wahl der Methoden bei, wonach im offenen Bereich aufgrund geringerer Personalbesetzung und fehlender Möglichkeiten (z. B. kein Überwachungszimmer, keine Sitzwache) die Durchführung von Zwangsmaßnahmen weniger gängig ist.

Neben den je nach stationärem Setting unterschiedlich eingesetzten Deeskalationsmethoden, wurde auch eine divergierende zeitliche Dauer dieser Maßnahmen angenommen (vgl. Hypothese 14). Hypothesenkonform zeigten sich Settingunterschiede, wonach im offenen Bereich die signifikante Mehrheit der Vorfälle (90,16 %) eine Interventionsdauer von maximal 30 Minuten nach sich zog. Währenddessen dauerten die Bewältigungsmethoden im beschützten Stationsbereich bei fast zwei Dritteln der Fälle (60,47 %) länger als eine Stunde an.

Diese kontroversen Befunde sind auf die settingabhängige, divergierende Methodenwahl zurückzuführen. So wurden bei einer Interventionsdauer von bis zu 30 Minuten in erster Linie deeskalierende Gespräche und Notfallversorgung des Patienten registriert. Hingegen dauerten in der Mehrheit der Fälle Methoden wie Fixierung, Festhalten und intravenöse/intramuskuläre Medikationsverabreichung länger als eine Stunde an, wobei zusätzlich davon ausgegangen werden kann, dass bei einer längeren Interventionsdauer mehrere Maßnahmen kombiniert wurden, um die Aggression zu stoppen. Die Gabe oraler Medikation kam als kurz- und langfristige Bewältigungsstrategie zum Einsatz. Meist zeigte sich der einmalige Einsatz einer einzelnen Methode oder eine Kombination mehrerer Interventionen als ausreichend, die Gewalt einzudämmen. In nur 7,48 % der Fälle musste intermittierend interveniert werden.

Auswirkungen aggressiven Patientenverhaltens

Ein weiteres Interesse bestand in der Evaluierung der Konsequenzen von gewalttätigem Patientenverhalten. Dabei wurde angenommen, dass Art und Ausmaß der Folgen im geschlossenen Akutbereich größere Probleme darstellen als im offenen Bereich (vgl. Hypothese 15). Wie sich in dieser Untersuchung zeigte, zogen nur insgesamt 27,89 % der Vorfälle keine negativen Folgen nach sich. Aus der Mehrheit der Angriffe resultierten Personen- (67,35 %) und Sachschäden (11,56 %). Berichtete Folgen waren: Gefühle der Bedrohung, Schmerzen, blaue Flecken, Biss- und Schürfwunden, notwendige Wundversorgung und ärztliche Folgebehandlung. Hypothese 15 muss verworfen werden, da im offenen Setting der Anteil sichtbarer Verletzungen (offen: 18,03 %, geschlossen: 8,14 %) und länger als 10 Minuten anhaltender Schmerzen (offen: 6,56 %, geschlossen: 1,16 %) über dem der beschützten Station lag. Im Gegensatz dazu war im geschlossenen Setting der Anteil der Personen, welche sich bedroht fühlten (offen: 39,34 %, geschlossen: 63,53 %) und Schmerzen für weniger als 10 Minuten empfanden (offen: 11,48 %, geschlossen: 23,26 %), größer im Vergleich zum offenen Setting.

Als Erklärung für die weniger schweren Folgen im beschützten Akutbereich im Vergleich zu den offenen Stationen können eventuell seitens des Klinikpersonals eine höhere Achtsamkeit und eine intensivere Ausbildung hinsichtlich etwaiger Risikosituationen herangezogen werden. Da klinisches Personal im Akutbereich besser gegen aggressives Patientenverhalten gewappnet zu sein scheint, kann es schneller in Risikosituationen handeln und eingreifen, um Schlimmeres zu verhindern. Im Gegensatz dazu trägt die geringere Personalbesetzung im offenen Bereich vermutlich zu den schwerwiegenderen Konsequenzen gewalttätigen Patientenverhaltens bei. Es muss von einer zeitlichen Verzögerung ausgegangen werden, bis Personalverstärkung von anderen Stationen zu Hilfe kommt.

Aufgrund geringer Fallzahlen sollte diese Hypothese jedoch erneut überprüft werden. Darüber hinaus sollte zudem das Augenmerk weiterer Studien nicht nur auf der Erfassung kurzfristiger Konsequenzen von Patientenübergriffen liegen, sondern es sollten auch die Langzeitfolgen, insbesondere psychische Nachfolgereaktionen, erhoben werden. Denn obwohl, wie aus dem Forschungsüberblick von Schanda und Taylor (2001) hervorgeht, die überwiegende Mehrheit der Studien keine oder nur geringfügige Verletzungen als Folge der Übergriffe berichtet, finden sich deutliche Hinweise auf psychische Auswirkungen.

5.4.5 Diskussion der Patientenmerkmale

Neben den in Kapitel 5.2 und 5.3 diskutierten Patientenmerkmalen sowie den in Kapitel 5.4.3 beschriebenen Ursachen, Motiven und Zielen aggressiven Verhaltens, sollen hier noch ergänzend Befunde zur Psychopharmakotherapie diskutiert werden. Dabei galt das Interesse der Frage, inwieweit sich aggressiv auffällige Patienten an die Einnahme der verordneten Medikamente halten und Probleme bei der Psychopharmakotherapie aufweisen. Allgemein zeigte sich, dass fast die Hälfte der aggressiven Patienten (49,25 %) die Medikation im Vorfeld der Aufnahme selbstständig absetzte und 17,91 % diese unregelmäßig einnahmen, während sich nur 28,36 % an die verordnete Dosis und Einnahme hielten. Tendenziell ließ sich ein Zusammenhang mit dem beschützten Setting beobachten, wonach aggressive Patienten der geschlossenen Station die Medikamente häufiger unregelmäßig einnahmen oder diese im Vergleich zu aggressiven Patienten der offenen Stationen ganz absetzten.

Eine weitere Problematik wurde bei Betrachtung der Psychopharmakotherapie während des stationären Aufenthaltes deutlich, da sowohl aggressive Patienten des beschützten Bereichs als auch Patienten der offenen Bereiche sich incompliant hinsichtlich der in der Klinik verordneten Medikation erwiesen. Insgesamt zeigten 65,67 % der aggressiven Patienten unkooperatives und uneinsichtiges Verhalten bezüglich der pharmakotherapeutischen Behandlung. Die Incompliance scheint jedoch weniger ein stations- beziehungsweise settingabhängiges Problem zu sein, sondern vielmehr in engerem Zusammenhang mit der psychiatrischen Diagnose der Patienten, wie z. B. Schizophrenie oder Manie, zu stehen.

5.4.6 Diskussion der Mitarbeitermerkmale

Berufsgruppenzugehörigkeit

Neben der Evaluation spezifischer Patientenmerkmale aggressiven Verhaltens sollte weiterhin untersucht werden, welche Mitarbeitermerkmale mit gewalttätigem Patientenverhalten in Zusammenhang stehen. Es wurde von einer Risikogruppe besonders stark gefährdeter Klinikmitarbeiter ausgegangen, welche sich durch weibliches Geschlecht, junges Alter, wenige Jahre Berufserfahrung und Berufsgruppenzugehörigkeit

Pflege charakterisieren lässt (vgl. Hypothese 16). Hypothesenkonform zeigte sich, dass Pflegepersonal beider Settingformen signifikant häufiger von Patienten attackiert wurde als Mitarbeiter anderer Berufsgruppen. Während insgesamt 49,66 % der Vorfälle sich gegen die Pflege richtete, zielten im Vergleich nur 4,08 % der Angriffe auf Ärzte oder Psychologen ab. Das Ergebnis überrascht kaum, da Pflegekräfte in intensiverem und häufigerem Kontakt zum Patienten stehen. Des Weiteren zählen folgende Tätigkeiten, welche oftmals Konfliktpotential in sich bergen, zum Aufgabenfeld der Pflege: Ausgabe der verordneten Medikation, Hilfe der Patienten bei alltäglichen Routineaufgaben, Durchführung von Zimmerkontrollen, Überwachung des Einhaltens von Stationsregeln und Anweisungen (z. B. Teilnahme an Therapien), Abnahme gefährlicher Gegenstände, Aufforderung zur Körperpflege. Dieses Ergebnis stimmt auch mit anderen Studienbefunden überein, die ebenfalls einen extrem hohen Anteil an betroffenen Pflegekräften berichten (Steinert et al., 1991; Richter & Berger, 2001a; Finzel et al., 2003). Laut Whittington (1994) und seiner Übersicht über Studien aus Großbritannien zufolge kann von 65 % bis 95 % betroffener Pflegekräfte ausgegangen werden.

Geschlecht

In Bezug auf den Faktor Geschlecht lässt sich Hypothese 16 nur für die beiden offenen Stationen halten. Insgesamt überwog im offenen Setting der Anteil aggressiver Übergriffe gegenüber Frauen (82,61 %) deutlich dem betroffener Männer (17,39 %). Demgegenüber fielen im beschützten Setting etwa gleich viele Frauen wie Männer gewalttägigen Patientenübergriffen zum Opfer (Vorfälle gegenüber Frauen: 57,58 %; Vorfälle gegenüber Männer: 42,42 %). Diese divergierenden Befunde je nach stationärem Setting sind wohl auf die stationsabhängige, ungleichverteilte Personalbelegung zurückzuführen. Während auf den offenen Stationen weibliches Klinikpersonal überrepräsentiert ist, wird im geschlossenen Akutbereich mehr männliches Personal eingesetzt. In anderen Studien ergaben sich eher Hinweise auf eine stärkere Gefährdung männlicher Mitarbeiter, im Zusammenhang mit der Vermutung, dass Männer in Risikosituationen häufiger intervenieren und somit auch eher im Fokus der Aggression stehen (Steinert et al., 1995b; Richter, 1999).

Als weitere Erklärung für das signifikante Überwiegen weiblicher Opfer in dieser und in anderen Untersuchungen kommt zudem folgende Vermutung in Betracht: Frauen fallen deswegen häufiger als Männer aggressiven Patientenübergriffen zum Opfer, da

sie schneller und stärker eine hohe Ängstlichkeit zeigen, während männliches Personal durch die physische Kraft Stärke und Überlegenheit demonstriert und somit einschüchternder, bedrohlicher und abschreckender auf Patienten wirkt.

Im Vergleich zu den Studienergebnissen von Steinert et al. (1995b) konnte in der vorliegenden Arbeit kein signifikanter Unterschied in Bezug auf das Täter-Opfer-Geschlechterverhältnis nachgewiesen werden.

Alter und Berufserfahrung

In Anbetracht des Alters der angegriffenen Klinikmitarbeiter lässt sich Hypothese 16 nur bedingt halten. Zudem fielen settingabhängige Unterschiede hinsichtlich des Faktors Alter auf, wonach im beschützten Akutbereich das größte Risiko Mitarbeiter bis 25 Jahre (in 36,36 % der Vorfälle) sowie im Alter zwischen 35 und 45 Jahren (in 33,33 % der Vorfälle) aufwiesen. Im Bereich der offenen Stationen hingegen lag fast die Hälfte der betroffenen Mitarbeiter zwischen 26 und 35 Jahren (in 47,83 % der Vorfälle). Da die Altersstruktur in beiden Settingformen sich als ähnlich verteilt erwies, können die divergierenden Ergebnisse der beiden Settingformen nicht auf eine unterschiedliche Altersverteilung der Mitarbeiter zurückgeführt werden. Das höhere Angriffsrisiko von jüngrem Personal ist vermutlich mit der im direkten Zusammenhang stehenden geringeren Berufserfahrung erklärbar. Berufsanfänger, aber auch Krankenpflegeschüler, Zivildienstleistende und Absolventen eines freiwillig sozialen Jahres, welche meist alle jünger als 25 Jahre sind, sind noch unerfahren, unsicher und ängstlich sowie ungeübt und meist auch wenig geschult und ausgebildet im Umgang mit psychiatrischen Akutpatienten. Andere Autoren konnten ebenfalls ein erhöhtes Risiko für Berufsanfänger (Carmel & Hunter, 1989) sowie für Personal mit wenig Berufserfahrung (Depp, 1983) nachweisen. Auch Richter und Berger (2001a) zufolge waren vor allem jüngere Mitarbeiter und Auszubildende mit wenig Berufserfahrung mit einem höheren Risiko behaftet.

Die Ergebnisse hinsichtlich der Berufserfahrung tatsächlich angegriffener Mitarbeiter überraschen. Wie sich zeigte, waren zwar wie vermutet im beschützten Stationsbereich Mitarbeiter mit weniger als maximal fünf Jahren Berufserfahrung, jedoch genauso oft Mitarbeiter mit mehr als 16 Jahren Berufstätigkeit gehäuft von Patientenübergriffen betroffen (insgesamt 72,73 % der im beschützten Setting attackierten Mitarbeiter). Fast die Hälfte des von den Angriffen betroffenen Klinikpersonals der offenen Stationen

wies ebenfalls eine Berufserfahrung von mehr als 16 Jahren auf (43,48 % der im offenen Setting attackierten Mitarbeiter). Als Erklärung hierfür kommen vermutlich mehrere Aspekte in Frage: Einerseits sind langjährig Berufserfahrene möglicherweise strenger und resoluter als weniger Erfahrene, wodurch sie vehementer auf die Einhaltung von Stationsregeln oder auf das Befolgen von therapeutischen und ärztlichen Anweisungen achten und somit Konflikte entstehen oder Patienten darüber hinaus provoziert werden. Andererseits sind langjährig Berufserfahrene möglicherweise weniger engagiert, berufsmüder und gleichgültiger, was wiederum Patienten dazu veranlasst, durch aggressive Verhaltensweisen die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken, um Zuwendung zu erhalten.

5.4.7 Diskussion der Umgebungsmerkmale

Tageszeit

Wie in der Literatur bereits in einigen Studien beschrieben wurde, tragen Umgebungsmerkmale zur Wahrscheinlichkeit des Auftretens aggressiven Patientenverhaltens bei. In manchen Studien wurde ein erhöhtes Risiko während Essenszeiten (Pearson et al., 1986), bei einem unruhigen und turbulenten Stationsklima (Krakowski & Czobor, 1997), bei Über- und Unterstrukturierung der Station (Zeiler, 1993; Flannery et al., 1996), bei Überbelegung (Lanza et al., 1994), aber auch in den ersten Tagen nach Aufnahme in die Klinik oder zu bestimmten Tageszeiten (Steinert et al., 1991; Richter & Berger, 2001a; Rüesch et al., 2003; Abderhalden et al., 2007) nachgewiesen.

Um die in der Literatur berichteten Risikofaktoren zu überprüfen, galt das Interesse dieser Untersuchung der Evaluation möglicher Umgebungsmerkmale. Es wurde davon ausgegangen, dass die Häufigkeit aggressiver Vorfälle je nach Tageszeit variiert, wobei die Zahl der Vorfälle mit zunehmender Patientenbelegung und abnehmender Personalbesetzung korreliert (vgl. Hypothese 17).

Hypothese 17 kann in Bezug auf ein Variieren der Übergriffe je nach Tageszeit bestätigt werden, da sich in beiden Settings Häufigkeitsgipfel beobachten ließen. Während sowohl im offenen Stationsbereich als auch im beschützten Setting ein erhöhtes Vorkommen gewalttätigen Patientenverhaltens zwischen 10 und 14 Uhr registriert wurde, ging im geschlossenen Akutbereich zudem die Zahl der Übergriffe zwischen 6 und 10

Uhr sowie massiv zwischen 16 und 20 Uhr nach oben. Als Erklärungen für die Häufung aggressiven Verhaltens zwischen 10 und 14 Uhr sowie zwischen 6 und 10 Uhr kommen mehrere Aspekte in Frage: Einerseits sind dies jeweils Zeiten der Essensausgabe mit darauf folgender Medikationsverabreichung, wobei letztgenannte aufgrund häufiger Incompliance, Krankheits- und Therapieuneinsichtigkeit der Patienten bereits Konfliktpotential in sich birgt. Andererseits tritt während der Essensverteilung und Medikationsausgabe mehr Trubel auf der Station auf und die Pflegebesetzung ist durch die ebenfalls zu dieser Zeit stattfindende Mittagspause vorübergehend minimiert. Aus diesem Grund sind die noch verfügbaren Pflegekräfte durch die anfallenden Tätigkeiten stark beschäftigt und bringen weniger Zeit für den einzelnen Patienten und für das Führen von Kriseninterventionsgesprächen auf. Des Weiteren finden zwischen 10 und 14 Uhr Visiten, Aufnahmen neuer Patienten, Entlassungen nach Hause, Gruppenangebote und andere Therapien statt, so dass Patienten zwar beschäftigt sind, jedoch mehr Hektik auf den Stationen herrscht und manche Patienten zur Teilnahme an den Therapien oft stark motiviert werden müssen, was auch Konflikte in sich bergen kann.

Diese Ergebnisse stimmen mit Befunden aus der Literatur überein. Rüesch et al. (2003) fanden ebenfalls ein deutliches Überwiegen gewalttätiger Ereignisse zwischen 7 und 12 Uhr mittags (38 % aller Vorfälle). Richter und Berger (2001) beschrieben ebenso eine Häufung zwischen 8 und 9 Uhr morgens.

Die signifikante Häufung aggressiver Vorfälle zwischen 16 und 20 Uhr im geschlossenen Akutbereich ist ebenfalls auf mehrere Aspekte rückführbar: auf die Ausgabe des Abendessens, auf weniger Pflege-, Arzt- und Therapeutenbesetzung wegen Dienstschluss und auf die Beschäftigung des Personals mit Medikations- und Essensverteilung. Zudem sind ab dieser Zeit wegen dem Ende der Therapiezeiten alle Patienten auf der Station, wodurch mehr Trubel und möglicherweise auch wegen Beschäftigungslosigkeit Langeweile der Patienten herrscht. Vorstellbar sind des Weiteren Konflikte und Spannungen zwischen den Patienten wegen Uneinigkeit bei der Wahl des Fernsehprogramms. Konform mit diesen Befunden geht das Ergebnis von Steinert und Kollegen (1991) einher, welche ebenfalls eine Häufung zwischen 17 und 20 Uhr feststellen konnten.

Überraschenderweise traten nachts weniger aggressive Vorfälle in beiden stationären Settings auf, da wohl die Mehrheit der Patienten oftmals dank Schlafmedikation schläft und bei Bedarf der Nachdienst Zeit für das Führen eines entlastenden Kriseninterventionsgesprächs findet.

Wie sich zeigte, traten bei 24,24 % aller aggressiven Vorfälle wiederholte Durchbrüche auf der gleichen Station am selben Tag auf, die jedoch nur in 16,67 % vom selben Patienten verursacht wurden. Als Erklärung für Wiederholungstaten von ein und demselben Patienten kommen anhaltende Angst und weiterhin massiv ausgeprägte psychopathologische Symptome in Frage. Daneben wären aber auch durch erfolgte Zwangsmaßnahmen verursachter Ärger sowie Steigerung der Erregung und Angst durch die erlebte Erfahrung von Gegengewalt und durch das Gefühl des Ausgeliefertseins vorstellbar.

Die hohe Anzahl von anderen Patienten verursachter aggressiver Übergriffe am selben Tag ist vermutlich im Sinne von Nachahmungstaten zu sehen. Neben Effekten des Modelllernens spielen möglicherweise zusätzlich Aspekte wie die ohnehin schon angespannte Stationsatmosphäre, mangelnde Rückzugsmöglichkeiten, die Hektik auf Station sowie das Miterleben von Gewalt und der Durchführung von Zwangsmaßnahmen eine Rolle. All diese Faktoren tragen vermutlich zur Verstärkung psychopathologischer Symptome, wie z. B. Angst oder Erregung, bei und steigern das Gefühl der wahrgenommenen Bedrohung, auf welches Patienten wiederum als Antwort mit gewalttätigem Verhalten reagieren.

Pflegepersonalbesetzung

Hypothesenkonform ließ sich in dieser Studie für beide Settingformen ein Rückgang aggressiver Vorfälle bei Steigerung der Pflegepersonalbesetzung beobachten (vgl. Hypothese 17). So traten 86,89 % der Gewalttaten im offenen Bereich bei einer Personalbesetzung mit einer Pflegekraft oder zwei Pflegekräften auf. Im beschützten Akutbereich wurden alleine ein Drittel aller Ereignisse (32,59 %) bei einem Personalaufkommen von vier Pflegekräften registriert, mit zunehmender Zahl von Pflegekräften gingen die aggressiven Ereignisse signifikant zurück. Die Ergebnisunterschiede hinsichtlich der Zahl der Pflegekräfte je nach stationärem Setting sind auf das generell unterschiedlich hohe Personalaufkommen zurückzuführen, wonach im geschlossenen Bereich tagsüber nur im Ausnahmefall weniger als drei oder vier Kräfte eingeteilt sind.

Als Erklärung für die höhere Zahl aggressiver Vorfälle bei einem niedrigeren Personalaufkommen kommen zwei Aspekte in Frage: zum einen die Mehrarbeit pro Pflegekraft und der daraus resultierende höhere Grad an Stress und Ungeduld seitens des Personals, zum anderen die weniger verfügbare Aufmerksamkeit und Zeit für den einzelnen Patienten und dessen Bedürfnisse.

Auch anderen Studienergebnissen zufolge kann Personalmangel in engem Zusammenhang mit gewalttätigem Patientenverhalten gesehen werden (Owen et al., 1998). Jedoch wurde ebenfalls in Verbindung mit Personalüberschuss und darauf folgendem Tumult und strengerer Kontrolle eine erhöhte Aggressionsrate beobachtet (Morrison, 1990). Zusammenfassend gesehen, trägt wohl weniger die Anzahl von Klinikpersonal zur Risikoerhöhung bei, sondern vielmehr die sowohl bei Personalmangel als auch bei Personalüberschuss entstehende Unruhe auf einer Station. Ein wichtiger Aspekt der Aggressionsprävention liegt somit im Bemühen um ein ruhiges Stationsklima.

Patientenbelegung

Hypothese 17 kann hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Zahl aggressiver Vorfälle und Patientenbelegung nur eingeschränkt aufrechterhalten werden, da die Ergebnisse sehr uneinheitlich ausfallen. Auf den offenen Stationen ereigneten sich 37,70 % der Vorfälle bei einer Belegung mit 24 Patienten, während bei weniger oder mehr Auslastung (zwischen 21 und 27 Patienten) in etwa gleich viele Vorfälle beobachtet wurden. Auf der beschützten Station hingegen fanden sich Häufigkeitsgipfel bei einer Bettenbelegung mit 22 und 25 Patienten. Settingübergreifend betrachtet ereigneten sich signifikant weniger aggressive Übergriffe bei einer Belegung mit weniger als 22, aber überraschenderweise entgegengesetzt der Vermutungen, auch bei einer Auslastung mit mehr als 25 Patienten. Generell muss noch erwähnt werden, dass die beiden offenen Stationen jeweils mit 26 Belegbetten ausgestattet sind und die beschützte Station 25 Belegbetten aufweist.

Als Erklärung für die niedrige Zahl aggressiver Übergriffe bei einer Belegung mit weniger als 22 Patienten kommen verschiedene Sichtweisen in Betracht: Einerseits ist bei geringerer Patientenauslastung das Personal vermutlich deutlich entspannter, ausgelielter und hat mehr Zeit und Aufmerksamkeit für den einzelnen Patienten und dessen Bedürfnisse. Andererseits tragen möglicherweise das damit auch im Zusammenhang stehende ruhigere Stationsklima und das geringere Ausmaß an Tumult zur Vorbeugung gewalttätigen Verhaltens bei. Jedoch sollte dieses Ergebnis mit Vorsicht interpretiert werden, da eine so geringe Patientenauslastung im klinischen Alltag eher die Ausnahme darstellt und das Ergebnis somit auch durch geringe Häufigkeitsangaben zustande gekommen sein könnte.

Hingegen kann die unerwartet niedrige Zahl aggressiver Vorfälle bei einer Auslastung mit mehr als 25 Patienten vermutlich auf folgende Faktoren zurückgeführt werden: Bei gesamter Auslastung der Belegbetten und den dadurch oftmals entstehenden Tumult auf der Station wäre es möglich, dass einige der aggressiven Vorfälle vom Personal nicht bemerkt werden. So sollte eigentlich von einer zusätzlichen Dunkelziffer aggressiver Ereignisse ausgegangen werden. Neben dem Nichtbemerken gewalttätiger Verhaltensweisen könnte aufgrund des hohen Beschäftigungsaufwands des Personals bei kompletter Patientenbelegung zusätzlich das Problem des Underreportings ausschlaggebend sein. Leichte Aggressionen werden möglicherweise aufgrund der Zeitnot gar nicht dokumentiert. Auch Richter (1999) konnte eine Erhöhung gewalttätigen Patientenverhaltens im Zusammenhang mit Überbelegung nicht bestätigen.

Anders als hier, waren in anderen Studien Überbelegung und daraus resultierender Tumult und Stress auf der Station mit einem erhöhten Auftreten aggressiver Vorfälle verbunden (Lanza et al., 1994; Owen et al., 1998). Die Ergebnisse in der Literatur sind sehr kontrovers, so dass die Notwendigkeit weiterer Untersuchungen besteht.

5.5 Diskussion des Zusammenhangs zwischen Selbst- und Fremdaggression

Neben der Überprüfung und Evaluation relevanter Prädiktoren sowie der Untersuchung wichtiger epidemiologischer Kennzeichen aggressiven Patientenverhaltens galt das Interesse der Überprüfung eines möglichen Zusammenhangs zwischen Selbst- und Fremdaggression (vgl. Hypothese 18). Hypothesenkonform konnte kein Zusammenhang zwischen auto- und fremdaggressivem Verhalten nachgewiesen werden. Keiner der gegen sich aggressiv gewordenen Patienten verhielt sich gegenüber anderen Personen gewalttätig und umgekehrt war keiner der fremdaggressiven Patienten autoaggressiv. 91,04 % der aggressiven Ereignisse waren gegen andere Personen gerichtet, während der Anteil der sich selbstverletzenden Patienten nur 8,96 % betrug. Allerdings sollte dieses Ergebnis mit Vorsicht interpretiert werden, da in dieser Studie die Fallzahlen für autoaggressives Verhalten sehr gering ausfielen. Zudem sollte von einer höheren Dunkelziffer selbstverletzendem Verhalten ausgegangen werden, da dies meist im Verborgenen stattfindet und nach außen oft nicht sichtbar wird. Im Gegensatz dazu war in einer Untersu-

chung von Hillbrand (1995) Fremdaggressivität mit autoaggressivem Verhalten während des stationären Aufenthalts sowie mit Suizidalität im Vorfeld verbunden.

Die Ergebnisse aus der Literatur sind diesbezüglich nicht immer einheitlich. In einigen Studien wurde anstelle von selbstverletzendem Verhalten während des stationären Aufenthalts früheres autoaggressives Verhalten berücksichtigt, wodurch die Vergleichbarkeit der Forschungsergebnisse eingeschränkt wird. Um Klarheit zu erlangen, sollte die Frage eines möglicherweise bestehenden Zusammenhangs zwischen Selbst- und Fremdaggression an größeren Stichproben und unterschiedlichen Diagnosegruppen künftig weiter untersucht werden.

5.6 Fazit und Ausblick

Wie mehrfach in der Literatur betont wird, hat die Aggressionsforschung mit vielfältigen Problemen zu kämpfen, die eine realitätsgetreue Abbildung des tatsächlichen Risikos für aggressives Patientenverhalten erschweren. Auf der einen Seite ist die Vergleichbarkeit der bisherigen Forschungsergebnisse teils eingeschränkt und abhängig von einer Vielzahl von Faktoren: Art der zugrunde liegenden Definition, Art und Gütekriterien der eingesetzten Erhebungsinstrumente, Art der Informationsquellen und des Studiendesigns, Auswahl von Setting, Population sowie Stichprobengröße (Schanda & Taylor, 2001). Auf der anderen Seite spielen Probleme wie die Gefahr des Underreportings, eventuell aber auch die Problematik der verstärkten Betonung aggressiver Ereignisse (Steinert, 1995a) eine wichtige Rolle. Des Weiteren konnte im nationalen Raum erst in den letzten Jahren eine verstärkte Beschäftigung mit der Thematik beobachtet werden. Faktoren wie Tabuisierung und Ängsten vor Verstärkung der Vorurteile und vor Diskriminierung gegenüber psychisch erkrankten Menschen sind in dieser Hinsicht vermutlich von großer Bedeutung. Die erzielten Ergebnisse der vorliegenden Studie tragen somit zu einem besseren Verständnis und Wissen um das Zusammenspiel verschiedener patientenbezogener, personeller und situativer Faktoren bei der Aggressionsgenese bei. Zusätzlich untermauern und ergänzen sie frühere Befunde hinsichtlich relevanter Aggressionsprädiktoren im stationären allgemeinpsychiatrischen Bereich.

5.6.1 Schlussfolgerungen für Forschung und Praxis

Die doch überraschend hohe Anzahl erfasster Patientenübergriffe innerhalb des halbjährigen Erhebungszeitraums, welche zu einem großen Teil auch im offenen Stationsbereich aufgetreten waren, verdeutlicht die Notwendigkeit der Durchführung von geeigneten Schulungsmaßnahmen und Deeskalationstechniken nicht nur für Personal von Akutstationen, sondern ebenso für Mitarbeiter offener Stationen. Wie sich auch in dieser Studie gezeigt hat, wird durch den engen und häufigen Kontakt zum Patienten in erster Linie Pflegepersonal zum Angriffsziel. Dabei werden gerade Berufsanfänger mit noch wenig praktischer Erfahrung im Umgang mit schwer kranken psychiatrischen Patienten überproportional häufig aggressiv angegangen. Somit ist es von besonders großer Bedeutung, vor allem Pflegepersonal sowie gerade Berufsanfänger, aber auch Praktikanten, Zivildienstleistende und Absolventen eines freiwilligen sozialen Jahres, die ebenfalls meist pflegerische Tätigkeiten übernehmen und somit eng am Patienten arbeiten, durch spezielle Maßnahmen zu schulen.

In Anbetracht des Schweregrads gewalttätiger Patientenübergriffe machen die leichtgradigen Vorfälle gerade einmal weniger als ein Drittel aller registrierten Ereignisse aus, wodurch die hohe Relevanz dieser Thematik im psychiatrischen Klinikalltag deutlich wird. Obwohl mittel- und schwergradige Übergriffe also mehrfach passieren, ist bisher nur wenig über die darauf folgenden Konsequenzen für betroffenes Personal, Mitpatienten, den Aggressor selbst und die Klinik bekannt. Zwar wurden in dieser Studie bei der Mehrheit der Vorfälle Personen- oder/und Sachschäden angegeben, hingegen sind schwerwiegende Verletzungen und erforderliche medizinische Behandlungsmaßnahmen relativ selten dokumentiert worden. Gründe wie Ängste, das Gefühl der Selbstverschuldung oder des eigenen Versagens bzw. die Befürchtung rechtlicher und institutioneller Schritte tragen zudem seitens des Personals vermutlich zu einem Underreporting der Vorfälle und zum Verschweigen der darauf folgenden körperlichen und emotionalen Folgen bei. So muss von einer zusätzlichen Dunkelziffer aggressiver Ereignisse ausgegangen werden. Das Augenmerk weiterer Studien sollte nicht nur auf der Erfassung kurzfristiger Konsequenzen von Patientenübergriffen liegen, sondern auch die Langzeitfolgen, insbesondere psychische Nachfolgereaktionen, erheben. Des Weiteren sollte der Fokus künftiger Forschung verstärkt auf der Evaluation aggressiven Verhaltens der Patienten untereinander liegen und auch den diesbezüglichen Konsequenzen ausreichend Beachtung schenken.

Die große Zahl aggressiver Vorfälle im klinischen Bereich verdeutlicht die Wichtigkeit der Identifikation von Risikofaktoren, um das Auftreten gewaltevozierender Situationen zu minimieren, solche frühzeitig zu erkennen und schnellstmöglich deeskalierend darauf zu reagieren. Neben der Vorhersagbarkeit ist es erforderlich, Klinikpersonal darauf vorzubereiten, professionell und adäquat zu reagieren, um dem Ausbruch aggressiver Reaktionen entgegenzusteuern und diesen zu verhindern sowie das Risiko für aggressive Reaktionen nicht zu unterschätzen (Biancosino et al., 2009). Im Gegenzug tragen die Angst vor Gewalt sowie ein Mangel an adäquater Schulung und Vorbereitung auf solche Situationen zu einem häufigeren Einsatz von Zwangsmaßnahmen und unangebracht starker medikamentöser Sedierung bei (Carpenter et al., 1988).

Da neben patientenbezogener Faktoren wie der Psychopathologie, welche zeitnah und adäquat behandelt werden sollte, Umgebungsmerkmale das Risiko aggressiver Ereignisse steigern können, sollten präventive Überlegungen auch in diese Richtung gehen. Neben vor allem im geschlossenen Akutbereich vorhandenen Rückzugsmöglichkeiten und ausgebildeten Mitarbeitern sowie ausreichender Personalbesetzung sollte eine möglichst ruhige und entspannte Stationsatmosphäre angestrebt werden. Das Achten auf Frühwarnzeichen in Körpersprache, Mimik und Gestik (Richter, 1999) kann ebenfalls helfen, Aggressionen rechtzeitig zu erkennen und zu verhindern. Klinikinterne Richtlinien, das Befolgen von Sicherheitsaspekten und Teamsitzungen zur Nachbesprechung aggressiver Ereignisse sowie zum Umgang mit künftigen Vorfällen können den Arbeitsalltag ebenfalls erleichtern.

So tragen nicht nur eine adäquate medikamentöse Behandlung aggressiver Reaktionen, sondern auch die Identifikation relevanter Risikofaktoren, ein deeskalierender Umgang mit den Patienten und ein möglichst patientenschonendes Reagieren auf die Aggression zu mehr Sicherheit für den Patienten selbst, seine Mitpatienten und für das Personal im psychiatrischen Klinikalltag bei.

5.6.2 Anregung für die weitere Forschung

Die in dieser Studie erzielten Ergebnisse könnten Anregungen für weitere Forschungsarbeiten liefern. So wären zur Klärung der bisher divergenten Befunde bezüglich neurobiologischer Faktoren bei der Aggressionsgenese in weiteren Untersuchungen Mehrfachkontrollen der Laborwerte anzuraten. Insbesondere eine unmittelbare Kontrolle des

Blutbildes nach beobachtetem aggressivem Verhalten könnte genaueren Aufschluss hinsichtlich neurobiologischer Parameter geben. Daneben wäre die Weiterentwicklung spezifisch therapeutischer und pharmakologischer Behandlungsmethoden aggressiven Verhaltens sinnvoll, welche nicht nur für die Akutbehandlung, sondern auch für die prophylaktische Langzeittherapie geeignet sind. Aufgrund der ohnehin bei vielen psychiatrischen Patienten unzureichenden Compliance wäre die Weiterentwicklung möglichst nebenwirkungsarmer und gut verträglicher Medikamente von besonders großer Wichtigkeit. Neben der Durchführung spezieller Antiaggressionsprogramme in Kliniken wären künftige Untersuchungen zur Effektivität dieser Trainings sinnvoll.

Hinsichtlich der Befunde zur Selbsteinschätzung der Patienten und des Zusammenhangs der einzelnen FEPAA-E-Skalen bedarf es weiterer Studien mit größeren Patientenstichproben und unterschiedlichen Diagnosegruppen. Auch die Frage nach einer möglichen Beeinflussbarkeit des beobachteten Empathiedefizits bei aggressiven Patienten wäre als Anregung für künftige Forschungsaktivitäten von Interesse.

6 Zusammenfassung

Ziel dieser Studie war es, aggressives Verhalten in der Psychiatrie näher zu untersuchen. Neben der Identifizierung prognostischer Faktoren durch Vergleich verschiedener Patientengruppen in divergenten Behandlungssettings sollten aggressive Verhaltensweisen in Abhängigkeit von Patienten-, Personal- und Umgebungsmerkmalen erfasst werden. Die Stichprobe rekrutierte sich aus 223 Patienten mit verschiedenen psychiatrischen Diagnosen, welche innerhalb des halbjährigen Erhebungszeitraums stationär in das Bezirksklinikum Regensburg aufgenommenen wurden. Dabei wurden zwei offene Stationen und eine beschützte allgemeinpsychiatrische Station einbezogen. Bei Aufnahme sowie kurz vor Entlassung kamen der Selbstbeurteilungsbogen FEPAA-E und eine erstellte Checkliste zur Fremdbeurteilung von Aggression und Aggressivität zum Einsatz, zudem wurden Blutglucosespiegel und Serumcholesterinkonzentration bestimmt. Des Weiteren wurden innerhalb des sechsmonatigen Untersuchungszeitraums alle aggressiven Zwischenfälle auf drei Stationen mit Hilfe eines hierfür erstellten Fragebogens, unter anderem bestehend aus OAS und SOAS-R, erfasst.

30,04 % der aufgenommenen Patienten wurden insgesamt 147 Mal aggressiv auffällig. 41,50 % der Vorfälle ereigneten sich im offenen Setting, 58,50 % im beschützten. Von den 67 Patienten fielen 41,79 % als Wiederholungstäter auf. Insgesamt wurden 25,85 % leicht-, 42,18 % mittel- und 31,97 % schwergradige Übergriffe registriert, welche meist auf die Psychopathologie als Ursache zurückgeführt werden konnten. Neben selten vorkommender Autoaggression und aggressivem Verhalten gegenüber Gegenständen, wurden überwiegend verbale Angriffe, gefolgt von tätlichen Übergriffen, welche jedoch nur selten schwerwiegende Verletzungen zur Folge hatten, dokumentiert. Während Mitpatienten in ca. einem Viertel der Vorfälle zum Opfer wurden, wurde allen voran Pflegepersonal angegriffen. Es zeigte sich eine Häufung aggressiver Ereignisse zu bestimmten Tageszeiten, teils mehrmals täglich auf der gleichen Station sowie im Zusammenhang mit geringer personeller Besetzung. Zwangsmaßnahmen und Gespräche wurden als häufigste Interventionen angewandt.

Als Prädiktorvariablen aggressiven Verhaltens konnten die Faktoren „alleinstehend“, „Wohnform Heim“, „unfreiwillige Klinikeinweisung“, „beschützte Aufnahmestation“, „häufige Klinikaufenthalte“, „längere stationäre Verweildauer“, „höhere Zahl an Verlegungen“ und „Entlassung aus dem beschützten Setting“ identifiziert werden. Hochsignifikant zeigten sich auch viele psychopathologische Faktoren und der GAF-Wert.

7 Literatur

- Abderhalden, C., Needham, I., Dassen, T., Halfens, R., Fischer, J. & Haug, H. (2007). Frequency and severity of aggressive incidents in acute psychiatric wards in Switzerland. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 3, 30.
- Algase, D. L., Beck, C., Kolanowski, A., Whall, A., Berent, S., Richards, K. & Beattie, E. (1996). Need-driven dementia compromised behavior: An alternative view of disruptive behavior. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 11 (6), 10-19.
- Almeida, R. de, Ferrari, P. F., Parmigiani, S. & Miczek, K. A. (2005). Escalated aggressive behavior: Dopamine, serotonin and GABA. *European Journal of Pharmacology*, 526 (1-3), 51-64.
- Andersen, H., Sestoft, D., Lillebaek, T., Gabrielsen, G., Hemmingsen, R. & Kramp, P. (2000). A longitudinal study of prisoners on remand: psychiatric prevalence, incidence and psychopathology in solitary vs. non-solitary confinement. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 19-25.
- Anderson, C. A. & Bushman, B. J. (2001). Effects of violent video games on aggressive behavior, aggressive cognition, aggressive affect, physiological arousal, and prosocial behavior: A meta-analytic review of the scientific literature. *Psychological Science*, 12, 353-359.
- Anderson, S. W., Bechara, A., Damasio, H., Tranel, D. & Damasio, A. G. (1999). Impairment of social and moral behaviour related to early damage in human prefrontal cortex. *Nature Neuroscience*, 2, 1032-1037.
- Angst, J., Angst, F., Gerber-Werder, R. & Gamma, A. (2005). Suicide in 406 mood-disorder patients with and without long-term medication: a 40 to 44 year's follow-up. *Archives of Suicide Research*, 9 (3), 279-300.
- Arango, C., Barba, A. C., González-Salvador, T. & Ordóñez, A. C. (1999). Violence in inpatients with schizophrenia: a prospective study. *Schizophrenia Bulletin*, 25 (3), 493-503.
- Archer, J. & Lloyd, B. (2002). *Sex and gender*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Asberg, M. (1997). Neurotransmitters and suicidal behavior. The evidence from cerebrospinal fluid studies. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 836, 158-181.
- Asberg, M., Träskman, L. & Thoren, P. (1976). 5-HIAA in the cerebrospinal fluid: a biochemical suicide predictor? *Archives of General Psychiatry*, 33, 1193-1197.
- Aster, M. G. von (1993). Entwicklungsstörungen und Intelligenzminderungen. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapie* (S. 415-424). Berlin: Springer.

- Auer, E., Bontscheva, H., Hughes, F., Jakobi, W., Lübke, J., Wohner, S., Sidziuk, V. & Sirek, J. (2007). *Testanalyse und Validierung eines Fragebogens zur Erfassung von Empathie, Prosozialität, Aggressionslegitimation und Aggressionshemmung für Erwachsene (FEPA-E)*. Universität Regensburg: unveröffentlichter PWP-Bericht. Download unter: http://132.199.136.23/download/lehre/berichte/ws0607_32069_FEPA_E2.pdf [Stand: 4.11.2010].
- Baier, D., Pfeiffer, C., Windzio, M. & Rabold, S. (2006). *Schülerbefragung 2005: Gewalterfahrungen, Schulabsentismus und Medienkonsum von Kindern und Jugendlichen*. KFN-Materialien für die Praxis Nr. 3. Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e. V. (KFN).
- Bailey, D. S. & Taylor, S. P. (1991). Effects of alcohol and aggressive disposition on human physical aggression. *Journal of Research in Personality*, 25, 334-342.
- Bandura, A. & Walters, R. H. (1963). *Social Learning and personality development*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Bandura, A., Ross, D. & Ross, S. A. (1963). Imitation of film-mediated aggressiv models. *Journal of Abnormal and Social Psychologie*, 66, 3-11.
- Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L. & Fletcher, K. (2004). Young adult follow-up of hyperactive children: antisocial activities and drug use. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 195-211.
- Barratt, E. S. & Felthouse, A. R. (2003). Impulsive versus premeditated aggression: implications for men's real decisions. *Behavioral Sciences & the Law*, 21, 619-630.
- Biancosino, B., Delmonte, S., Grassi, L., Santone, G., Preti, A., Miglio, R., de Girolamo & PROGRES-Acute Group (2009). Violent behavior in acute psychiatric inpatient facilities: A national survey in Italy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197 (10), 772-782.
- Biederman, J. & Faraone, S. V. (2004). The Massachusetts General Hospital studies of gender influences on attention-deficit/hyperactivity disorder in youth and relatives. *Psychiatric Clinics of North America*, 27 (2), 225-232.
- Bigler, E. D. (2001). Frontal lobe pathology and antisocial personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 58, 609-611.
- Binder, R. L. & McNeil, D. E. (1988). Effects of diagnosis and context on dangerousness. *American Journal of Psychiatry*, 145, 728-732.
- Björkly, S. (2000). High-risk factors for violence: Emerging evidence and its relevance to effective treatment and prevention of violence on psychiatric wards. In S. Hodgins (Ed.), *Violence among the mentally ill: Effective treatments and management strategies* (pp. 237-250). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Blackburn, R. (2000). Risk assessment and prediction. In J. McGuire, T. Mason & A. O'Kane (Eds.), *Behaviour, crime and legal processes: a guide for forensic practitioners* (pp. 177-204). Chichester: Wiley.

- Böker, W. & Häfner, H. (1973). *Gewalttaten Geistesgestörter. Eine psychiatrisch-epidemiologische Untersuchung in der Bundesrepublik Deutschland*. Berlin: Springer.
- Bracks, V., Müller, E. & Wellmeier, L. (2008). *Empathie und Aggression bei Erwachsenen: Validierung und Testanalyse des überarbeiteten FEPAA-E*. Universität Regensburg: unveröffentlichter PWP-Bericht. Download unter: http://www-cgi.uni-regensburg.de/Fakultaeten/Psychologie/Lukesch/downloads/forschung/Berichte/pwp_ss_2008_FEPAA-E.pdf [Stand: 27.04.2011].
- Breakwell, G. M. (1998). *Aggression bewältigen*. Bern: Huber.
- Breithaupt, F. (2009). *Kulturen der Empathie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Brennan, P. A., Grekin, E. R. & Vanman, E. J. (2000). Major mental disorders and crime in the community. In S. Hodgins (Ed.), *Violence among the mentally ill. Effective treatments and management strategies* (pp. 3-18). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Briken, P., Nika, E. & Krausz, M. (2002). Atypische Neuroleptika in der Behandlung von Aggressivität und Feindseligkeit bei schizophrenen Patienten. *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie*, 70, 139-144.
- Brizer, D. A., Crowner, M. L., Convit, A. & Volavka, J. (1988). Videotape recording of inpatient assaults: A pilot study. *American Journal of Psychiatry*, 145, 751-752.
- Bronisch, T. (2007). *Der Suizid: Ursachen, Warnsignale, Prävention* (5. überarbeitete Auflage). München: Beck.
- Bronisch, T. (2009). Neurobiologie von suizidalem Verhalten und Aggression. *Psychotherapie*, 14, 58-79.
- Brosius, B. (1987). Auswirkungen der Rezeption von Horror-Videos auf die Legitimierung von aggressiven Handlungen. *Rundfunk und Fernsehen*, 35, 71-91.
- Brunn, G. (1991). Zwangseinweisungspatienten – eine psychiatrische Risikogruppe. *Nervenarzt*, 62, 308-312.
- Brunn, G. (1993). *Ordnungsmacht Psychiatrie? Psychiatrische Zwangseinweisung als soziale Kontrolle*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Brunn, G. (1997). Die psychiatrische Zwangseinweisung. In M. Eink (Hrsg.), *Gewalttätige Psychiatrie: ein Streitbuch* (S. 56-70). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Buckley, P. F., Hroudá, D. R., Friedman, L., Noffsinger, S. G., Resnick, P. J. & Camlin-Shingler, K. (2004). Insight and its relationship to violent behavior in patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 161 (9), 1712-1714.
- Bundeskriminalamt Wiesbaden (2010). *Polizeiliche Kriminalstatistik 2009 – Jahrbuch*. [Online]. Verfügbar unter: <http://www.bka.de/pks/pks2009/startseite.html> [Zugriffsdatum: 20.11.2010].

- Buss, A. H. & Durkee, A. (1957). An inventory for assessing different kinds of hostility. *Journal of Consulting Psychology, 21*, 343-348.
- Buss, A. H., & Perry, M. P. (1992). The aggression questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology, 63*, 452-459.
- Buss, A. H. & Warren, W. L. (2000). *Aggression Questionnaire*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Caldwell, M. F. (1992). Incidence of PTSD among staff victims of patient violence. *Hospital & Community Psychiatry, 43*, 838-839.
- Carmel, H. & Hunter, M. (1989). Staff injuries from inpatient violence. *Hospital and Community Psychiatry, 40*, 41-46.
- Carmel, H. & Hunter, M. (1993). Staff injuries from patient attack: five years' data. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law, 21*, 485-493.
- Carpenter, M. D., Hannon, V. R., McCleery, G. & Wanderling, J. A. (1988). Variations in seclusion and restraint practices by hospital location. *Hospital & Community Psychiatry, 39* (4), 418-423.
- Cheung, P., Schweitzer, I., Crowley, K. C. & Tuckwell, V. (1997a). Aggressive behaviour in schizophrenia: the role of psychopathology. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 31* (1), 62-67.
- Cheung, P., Schweitzer, I., Crowley, K. C. & Tuckwell, V. (1997b). Violence in schizophrenia: role of hallucinations and delusions. *Schizophrenia Research, 26* (2-3), 181-190.
- Cheung, P., Schweitzer, I., Tuckwell, V. & Crowley, K. C. (1997c). A prospective study of assaults on staff by psychiatric in-patients. *Medical Science Law, 37*, 46-52.
- Chou, K.-R., Kaas, M. J. & Richie, M. F. (1996). Assaultive behavior in geriatric patients. *Journal of Gerontological Nursing, 22* (11), 30-38.
- Church, R. M. (1959). Emotional reactions of rats to the pain of others. *Journal of Comparative & Physiological Psychology, 52*, 132-134.
- Cima, M., Smeets, T. & Jelicic, M. (2008). Self-reported trauma, cortisol levels, and aggression in psychopathic and non-psychopathic prison inmates. *Biological Psychology, 78* (1), 75-86.
- Cipriani, A., Pretty, H., Hawton, K. & Geddes, J. R. (2005). Lithium in the prevention of suicidal behavior and all-cause mortality in patients with mood disorders: a systematic review of randomized trials. *American Journal of Psychiatry, 162* (10), 1805-1819.
- Cohen-Mansfield, J. & Werner, P. (1995). Environmental influences on agitation: An integrative summary of an observational study. *American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders and Research, 10* (1), 32-39.

- Convit, A., Isay, D., Otis, D. & Volavka, J. (1990). Characteristics of repeatedly assaultive psychiatric inpatients. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 1112-1115.
- Cooper, A. J. & Mendonca, J. D. (1991). A prospective study of patient assaults on nurses in a provincial psychiatric hospital in Canada. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 163-166.
- Croker, K. & Cummings, A. L. (1995). Nurses' reactions to physical assault by their patients. *Canadian Journal of Nursing Research*, 27, 81-93.
- Currier, G. W. & Farley-Toombs, C. (2002). Datapoints: use of restraint before and after implementation of the new HCFA rules. *Psychiatric Services*, 53, 138-139.
- Daly, M. & Wilson, M. (2002). Tödliche interpersonelle Gewalt aus der Sicht der Evolutionpsychologie. In W. Heitmeyer & J. Hagan (Hrsg.), *Internationales Handbuch der Gewaltforschung* (S. 709-734). Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Davis, S. (1991). Violence in psychiatric patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 585-590.
- Deb, S., Mathews, T., Holt, G. & Bouras, N. (2001). *Practice guidelines for the assessment and diagnosis of mental health problems in adults with intellectual disability*. Brighton: Pavillion.
- Decety, J. & Lamm, C. (2006). Human empathy through the lens of social neuroscience. *The Scientific World Journal*, 6, 1146-1163.
- Depp, F. C. (1983). Assaults in a public mental hospital. In J. R. Lion & W. H. Reid (Eds), *Assaults within psychiatric facilities* (pp. 21-43). New York: Grune & Stratton.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.) (2000). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien* (4. Auflage). Bern: Huber.
- Dollard, J., Doob, L. W., Miller, N. E., Mowrer, O. H. & Sears, R. R. (1939). *Frustration and Aggression*. New Haven: Yale University-Press.
- Donat, D. C. (2003). An analysis of successful efforts to reduce the use of seclusion and restraint at a public psychiatric hospital. *Psychiatric Services*, 54, 1119-1123.
- Dorsch, F., Häcker, H. & Stapf, K. H. (2004). *Dorsch Psychologisches Wörterbuch* (14. Auflage). Bern: Huber.
- Duncker, H. (1999). *Gewalt zwischen Intimpartnern. Liebe, Aggressivität, Tötung*. Lenkerich: Pabst Science Publishers.
- Eagly, A. H. & Steffen, V. J. (1986). Gender and aggressive behavior: A meta-analytic review of the social psychological literature. *Psychological Bulletin*, 100 (3), 309-330.

- Eastley, R. & Mian, I. (1993). Physical assaults by psychogeriatric patients – Patient characteristics and implications for management. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 8, 815-820.
- Edwards, J. G., Jones, D., Reid, W. H. & Chu, C.- C. (1988). Physical assaults in a psychiatric unit of a general hospital. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1568-1571.
- Emerson, E. (2003). Prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 51-58.
- Eronen, M., Hakola, P. & Tiihonen, J. (1996). Mental disorders and homicidal behavior in Finland. *Archives of General Psychiatry*, 53 (6), 497-501.
- Ettle, M. & Wolfersdorf, M. (2003). Aggressionen bei intelligenzgeminderten psychisch Kranken während des stationären psychiatrischen Aufenthaltes. Vorläufige Ergebnisse einer zweijährigen Verlaufsuntersuchung. *Psychiatrische Praxis*, 30, 193-195.
- Fahrenberg, J. & Selg, H. (1970). *Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI*. Göttingen: Hogrefe.
- Falkai, P. & Pajonk, F. G. (2003). *Psychotische Störungen. Systematische Therapie mit modernen Neuroleptika*. Stuttgart: Thieme.
- Faust, V., Steinert, T. & Scharfetter, C. (1998). Aggressionen bei psychischen Störungen. Diagnose und Therapie, Teil 2. *Krankenhauspsychiatrie*, 9, 162-168.
- Fegert, J. (2007). *Umgang mit aggressiv-impulsivem und/oder autoaggressiv-selbstverletzendem Verhalten, unter besonderer Berücksichtigung der Psychopharmakotherapie*. Vortrag im Johanniter-Zentrum, Neuwied 12.12.2007.
- Feldt, K. S., Warne, M. A. & Ryden, M. B. (1998). Examining pain in aggressive cognitively impaired older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 24 (11), 14-22.
- Feshbach, N. D. (1975). Empathy in children: Some theoretical and empirical considerations. *Counseling Psychologist*, 5, 25-29.
- Feshbach, N. D. & Feshbach, S. (1969). The relationship between empathy and aggression in two age groups. *Developmental Psychology*, 1, 102-107.
- Finzel, M., Schmidmeier, R., Fric, M., Widauer, M. & Laux, G. (2003). Aggressionen psychiatrischer Patienten – Erste Ergebnisse einer standardisierten Dokumentation des BZK Gabersee. *Psychiatrische Praxis*, 30, 196-199.
- Flannery, R. B., Hanson, M. A., Penk, W. E. & Flannery, G. J. (1996). Violence and the lax milieu? Preliminary data. *Psychiatric Quarterly*, 67, 47-50.
- Foster, J., Eskes, G. & Stuss, D. (1994). The cognitive psychology of attention: A frontal lobe perspective. *Cognitive Neuropsychology*, 11, 133-147.

- Freud, S. (1920). *Jenseits des Lustprinzips*. Gesammelte Werke (Bd. 13). Leipzig: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.
- Friedlmeier, W. (1993). *Entwicklung von Empathie, Selbstkonzept und prosozialem Handeln in der Kindheit*. Konstanz: Hartung-Gorre.
- Friedrich, L. K., & Stein, A. H. (1973). Aggressive and prosocial television programs and the natural behavior of preschool children. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 38 (4, Serial No. 151), 1-64.
- Fritz, U., Mack, B. & Rave-Schwank, M. (1991). Gewalt in der Psychiatrie: Evaluation der Fixierungsdocumentation in einem Psychiatrischen Krankenhaus. *Psychiatrische Praxis*, 18, 162-166.
- GAF-Skala: Global Assessment of Functioning Scale (1989). In American Psychiatric Association (Eds.), *Diagnostische Kriterien und Differentialdiagnosen des diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen DSM-III-R*. Basel: Beltz.
- Garety, P. A., Kuipers, E., Fowler, D., Chamberlain, F. & Dunn, G. (1994). Cognitive behavioural therapy for drug-resistant psychosis. *British Journal of Medical Psychology*, 67, 259-271.
- Gates, D. M., Fitzwater, E. & Meyer, U. (1999). Violence against caregivers in nursing homes. *Journal of Gerontological Nursing*, 25 (4), 12-22.
- Gendreau, P. L. & Archer, J. (2005). Subtypes of aggression in humans and animals. In R. E. Tremblay, W. H. Hartup & J. Archer (Eds.), *Developmental origins of aggression* (pp. 25-46). New York: Guilford Press.
- Gerevich, J., Bácskai, E. & Czobor, P. (2007). The generalizability of the Buss-Perry Aggression Questionnaire. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16, 124-136.
- Giancola, P. R. (2002). Irritability, acute alcohol consumption, and aggressive behavior in men and women. *Drug and Alcohol Dependence*, 68, 263-274.
- Giancola, P. R. (2003). The moderating effects of dispositional empathy on alcohol-related aggression in men and women. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 275-281.
- Giancola, P. R., Moss, H. B., Martin, C. S., Krisci, L. & Tarter, R. E. (1996). Executive cognitive functioning predicts reactive aggression in boys at high risk for substance abuse: A prospective study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 20, 740-744.
- Golomb, B., Stattin, H. & Mednick, S. (2000). Low cholesterol and violent crime. *Journal of Psychiatric Research*, 34 (4-5), 301-309.
- Gomez, R. & McLaren, S. (2007). The interrelations of mother and father attachment, self-esteem and aggression during late adolescence. *Aggressive Behavior*, 33, 1-10.

- Grassi, L., Peron, L., Marangoni, C., Zanchi, P. & Vanni, A. (2001). Characteristics of violent behaviour in acute psychiatric in-patients: a 5-year Italian study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 273-279.
- Grube, M. (2003). Emotionale Reaktionen von Mitarbeitern im Umgang mit aggressiven psychiatrisch Erkrankten. *Psychiatrische Praxis*, 30 (4), 187-191.
- Hagen, B. F. & Sayers, D. (1995). When caring leaves bruises. The effects of staff education on resident aggression. *Journal of Gerontological Nursing*, 21 (11), 7-16.
- Hahlweg, K. & Kessemeier, Y. (2003). Erwiderung auf die kritische Stellungnahme zum „Positiven Erziehungsprogramm“ Triple P. *Beratung Aktuell*, 3, 158-177.
- Haller, R., Kemmler, G., Kocsis, E., Maetzler, W., Prunlechner, R. & Hinterhuber, H. (2001). Schizophrenie und Gewalttätigkeit. Ergebnisse einer Gesamterhebung in einem österreichischen Bundesland. *Nervenarzt*, 72 (11), 859-866.
- Haltenhof, H. (1997). Die Fixierung – Relikt vergangener Zeiten? In M. Eink (Hrsg.), *Gewalttätige Psychiatrie: ein Streitbuch* (S. 71-86). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Hampel, R. & Selg, H. (1975). FAF. *Fragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren*. Göttingen: Hogrefe.
- Harris, M. B. & Siebel, C. E. (1975). Affect, aggression and altruism. *Developmental Psychology*, 11, 623-627.
- Hatfield, E., Cacioppo, J. T. & Rapson, R. L. (1993) Emotional contagion. *Current Directions in Psychological Science*, 2, 96-99.
- Heckhausen, H. (1989). *Motivation und Handeln*. Berlin: Springer.
- Henggeler, S. W. & Lee, T. (2003). Multisystemic treatment of serious clinical problems. In A. E. Kazdin & J. R. Weisz (Eds.), *Evidencebased psychotherapies for children and adolescents* (pp. 301-322). New York: Guilford.
- Henseler, H. (1974). *Narzisstische Krisen. Zur Psychodynamik des Selbstmordes*. Reinbek: Rowohlt.
- Hillbrand, M. (1992). Self-directed and other-directed aggressive behavior in a forensic sample. *Suicide and Life-threatening Behaviour*, 22 (3), 333-340.
- Hillbrand, M. (1995). Aggression against self and aggression against others in violent psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 668-671.
- Hoaken, P. N. S. & Lee, V. (2007). Cognition, emotion, and neurobiological development: Mediating the relation between maltreatment and aggression. *Child Maltreatment*, 12, 281-298.
- Huber, B. (2004). Epilepsien bei geistiger Behinderung. In F. Häßler & J. M. Fegert (Hrsg.), *Geistige Behinderung und seelische Gesundheit* (S. 193-251). Stuttgart: Schattauer.

- Huey, W. C. & Rank, R. C. (1984). Effects of counselor and peer-led group assertive training on black-adolescent aggression. *Journal of Counseling Psychology, 31*, 95-98.
- Ickes, W. (Ed.). (1997). *Empathic accuracy*. New York: Guilford Press.
- Infantino, J. A. & Musingo, S. Y. (1985). Assaults and injuries among staff with and without training in aggression control techniques. *Hospital and Community Psychiatry, 36*, 1312-1314.
- James, D. V., Fineberg, N. A., Shah, A. K. & Priest, R. G. (1990). An increase in violence on an acute psychiatric ward: a study of associated factors. *British Journal of Psychiatry, 156*, 846-852.
- Janke, W. (1992). Erfassung von aggressivem und impulsivem Verhalten: Ansätze der Psychologie. In H.-J. Möller & H. M. van Praag (Hrsg.), *Aggression und Autoaggression* (S. 35-61). Berlin: Springer.
- Janke, W. & Debus, G. (1978). *Die Eigenschaftswörterliste*. Göttingen: Hogrefe.
- Jansen G. J. (2005). The attitude of nurses toward inpatient aggression in psychiatric care. The Development of an Instrument. [Online]. Verfügbar unter: <http://dissertations.ub.rug.nl/faculties/medicine/2005/g.j.jansen> [Zugriffsdatum: 05.02.2011].
- Johnson, J. G., Cohen, P., Smailes, E., Kasen, S., Oldham, J. M., Skodol, A. E. & Brook, J. S. (2000). Adolescent personality disorders associated with violence and criminal behavior during adolescence and early adulthood. *American Journal of Psychiatry, 157* (9), 1406-1412.
- Katz, P. & Kirkland, F. (1990). Violence and social structure on mental hospital wards. *Psychiatry, 53*, 262-277.
- Kay, S. R., Fiszbein, A. & Opler, L. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 13*, 261-276.
- Kessler, R. C., Coccaro, E. F., Fava, M., Jaeger, S., Jin, R. & Walters, E. (2006). The prevalence and correlates of DSM-IV intermittent explosive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 63* (6), 669-678.
- Ketelsen, R. & Pieters, V. (2004). Prävention durch Nachbetreuung - Maßnahmen zur tertiären Prävention. In R. Ketelsen, M. Schulz, C. Zechert, E. Fähndrich, U. Hoffmann-Richter, M. Koller, V. Pieters, B. Randzio, C. Rauwald, D. Richter, M. Rupp & T. Steinert (Hrsg.), *Seelische Krise und Aggressivität* (S. 67-78). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Ketelsen, R., Zechert, C. & Driessen, M. (2005). Prävalenz und Charakteristika von psychiatrisch-stationären Patienten mit auto- und fremdaggressivem Verhalten (Prevalence and characteristics of psychiatric inpatients with self-directed and other directed aggressive behaviour). In N. Oud, H. Nijman & T. Palmstierna (Eds.), *Conference*

proceedings from the 4th European Congress on Violence in Psychiatry. Amsterdam: Oud Consultancy.

Klein, R. G., Abikoff, H., Klass, E., Ganeies, D., Seese, L. M. & Pollack, S. (1997). Clinical efficacy of methylphenidate in conduct disorder with and without attention deficit hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 54, 1073-1080.

Knutson, B., Wolkowitz, O. M., Cole, S. W., Chan, T., Moore, E. A., Johnson, R. C., Terpstra, J., Turner, R. A. & Reus, V. I. (1998). Selective alteration of personality and social behaviour by serotonergic intervention. *American Journal of Psychiatry*, 155, 373-379.

Kornadt, H. J. (1982). *Aggressionsmotiv und Aggressionshemmung.* Bern: Huber.

Kornprobst, N., Schramek, B. & Vladut, A. (2002). *Validierung eines Empathiefragebogens.* Universität Regensburg: Unveröffentlichter PWP-Bericht.

Krakowski, M. & Czobor, P. (1997). Violence in psychiatric patients: the role of psychosis, frontal lobe impairment, and ward turmoil. *Comprehensive Psychiatry*, 38, 230-236.

Krakowski, M. & Czobor, P. (2004). Gender differences in violent behaviors: relationship to clinical symptoms and psychosocial factors. *American Journal of Psychiatry*, 161 (3), 459-465.

Lam, J. N., McNeil, D. E. & Binder, R. L. (2000). The relationship between patients' gender and violence leading to staff injuries. *Psychiatric Services*, 51 (9), 1167-1170.

Lanza, M. L. (1988). Factors relevant to patient assault. *Issues in Mental Health Nursing*, 9, 239-258.

Lanza, M. L., Kayne, H. L., Hicks, C. & Milner, J. (1994). Environmental characteristics related to patient assault. *Issues in Mental Health Nursing*, 15, 319-335.

Lanza, M. L., Milner, J. & Riley, E. (1988). Predictors of patient assault on acute inpatient psychiatric units: A pilot study. *Issues in Mental Health Nursing*, 9 (3), 259-270.

Lee, E. (1996). Arousal theory and the religiosity-criminality relationship. In P. Cordella & L. Siegel (Eds.), *Contemporary Criminology Theory* (pp. 65-84). Boston: Northeastern University Press.

Lee, R. & Coccaro, E. (2001). The neuropsychopharmacology of criminality and aggression. *Canadian Journal Psychiatry*, 46, 35-44.

Lee, K.-H., Farrow, T. F. D., Spence, S. A. & Woodruff, P. W. R. (2004). Social cognition, brain networks and schizophrenia. *Psychological Medicine*, 34, 391-400.

Leiberg, S. & Anders, S. (2006). The multiple facets of empathy: a survey of theory and evidence. *Progress in Brain Research*, 156, 419-440.

- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Lindquist, P. & Allebeck, P. (1990). Schizophrenia and crime: A longitudinal follow-up of 644 schizophrenics in Stockholm. *British Journal of Psychiatry*, 157, 345-350.
- Lion, J., Snyder, W. & Merrill, G. (1981). Underreporting of assaults on staff in a state hospital. *Hospital and Community Psychiatry*, 32, 497-498.
- Lipps, T. (1903) Einfühlung, innere Nachahmung und Organempfindung. *Archiv für die gesamte Psychologie*, 1, 465-519.
- Lochman, J. E., Barry, T. D. & Pardini, D. A. (2003). Anger control training for aggressive youth. In A. E. Kazdin & J. R. Weisz (Eds.), *Evidenced-based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 263-281). New York: Guilford.
- Lorenz, K. (1963). *Das sogenannte Böse. Zur Naturgeschichte der Aggression*. Wien: Borotha-Schoeler.
- Lück, M., Strüber, D. & Roth, G. (Hrsg.) (2005). *Psychobiologische Grundlagen aggressiven und gewalttätigen Verhaltens* (Hanse-Studien, Band 5). Oldenburg: Biss-Verlag.
- Lukesch, H. (2004). *Fragebogen zur Erfassung von Empathie, Prosozialität, Aggressionsbereitschaft und aggressivem Verhalten – FEPAA*. Universität Regensburg.
- Lukesch, H. (2006). *FEPAA-KJ. Fragebogen zur Erfassung von Empathie, Prosozialität, Aggressionsbereitschaft und aggressivem Verhalten*. Göttingen: Hogrefe.
- Lukesch, H. (2007). *FEPAA-E. Fragebogen zur Erfassung von Empathie, Prosozialität, Aggressionslegitimation und Aggressionshemmung für Erwachsene*. Universität Regensburg: Unveröffentlichte Manuskripte.
- Lussier, P., Verdun-Jones, S., Deslauriers-Varin, N., Nicholls, T. & Brink, J. (2010). Chronic violent patients in inpatient psychiatric units: Prevalence, description, and identification. *Criminal Justice and Behavior*, 37, 5-28.
- Malone, R. P., Delaney, M. A., Luebbert, J. F., Carter, J. & Campbell, M. (2000). A double-blind placebo-controlled study of lithium in hospitalized aggressive children and adolescents with conduct disorder. *Archives of General Psychiatry*, 57, 649-654.
- Mamier, I. & Dassen, T. (1999). *Perception of violence-international comparison of an instrument (POAS)*. Abstract, the 2nd European conference of the Association for Common European Nursing Diagnosis, Interventions and Outcomes (ACENDIO), 19-20 march 1999, Venezia.
- Marini, J. L. & Sheard, M. H. (1977). Antiaggressive effect of lithium ion in man. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 55, 269-286.
- Marneros, A., Ullrich, S. & Rössner, D. (2002). *Angeklagte Straftäter. Das Dilemma der Begutachtung*. Baden-Baden: Nomos.

- Martinez, C. R. & Forgatch, M. S. (2001). Preventing problems with boy's noncompliance: Effects of a parent training intervention for divorcing mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 416-428.
- Mattes, J. A. (1984). Carbamazepine for uncontrolled rage outbursts. *Lancet*, 2, 1164-1165.
- Mattes, J. A. (1986). Psychopharmacology of temper outbursts. A review. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 174 (8), 464-470.
- McKeith, I. & Cummings, J. (2005). Behavioural changes and psychological symptoms in dementia disorders. *Lancet Neurology*, 4 (11), 735-724.
- McNeil, D. E. & Binder, R. L. (1995). Correlates of accuracy in the assessment of psychiatric inpatients' risk of violence. *American Journal of Psychiatry*, 152, 901-906.
- Medizinische Einrichtungen des Bezirks Oberpfalz GmbH (o. J.). Unveröffentlichte Stationskonzepte.
- Mehta, P. H. & Beer, J. (2010). Neural mechanisms of the testosterone-aggression relation: the role of orbitofrontal cortex. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 22 (10), 2357-2368.
- Meindl, C. (1998). *Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur Erfassung von Empathie und seine Anwendung im Rahmen eines Empathietrainings*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Universität Regensburg.
- Miller, N. E. (1941). The frustration-aggression hypothesis. *Psychological Review*, 48, 337-342.
- Miller, R. J., Zadolinnij, K. & Hafner, R. J. (1993). Profiles and predictors of assaultiveness for different psychiatric ward populations. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1368-1373.
- Milton, J., Amin, S., Singh, S. P., Harrison, G., Jones, P., Croudace, T., Medley, I. & Brewin, J. (2001). Aggressive incidents in first-episode psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 178, 433-440.
- Modestin, J. & Ammann, R. (1995). Mental disorders and criminal behaviour. *British Journal of Psychiatry*, 166 (5), 667-675.
- Moeller, F. G. & Dougherty, D. M. (2001). Antisocial personality disorder, alcohol and aggression. *Alcohol Research & Health*, 25 (1), 5-11.
- Möller, H.-J. (1992). Autoaggressives Verhalten – medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten. In H.-J. Möller & H. M. van Praag (Hrsg.), *Aggression und Autoaggression* (S. 95-112). Berlin: Springer.
- Möller, H.-J., Laux, G. & Deister, A. (2001). *Psychiatrie und Psychotherapie* (2. Auflage). Stuttgart: Thieme.

- Molnar, B. E., Buka, S. L., Brennan, R. T., Holton, J. K. & Earls, F. (2003). A multilevel study of neighborhoods and parent-to-child physical aggression: Results from the project on human development in Chicago neighborhoods. *Child Maltreatment*, 8, 84-97.
- Monahan, J. (1997). Clinical and actuarial predictions of violence. In D. Faigman, D. Kaye, M. Saks & J. Sanders (Eds.), *Modern scientific evidence: the law and science of expert testimony* (pp. 300-318) (Vol 1.). St. Paul: West Publishing Company.
- Monahan, J. (2001). Major mental disorder and violence: Epidemiology and risk assessment. In G. F. Pinard & L. Pagani (Eds.), *Clinical assessment of dangerousness: Empirical contributions* (pp. 89-102). Cambridge: Cambridge University Press.
- Monahan, J., Steadman, H. J., Silver, E., Appelbaum, P. S., Robbins, P. C., Mulvey, E. P., Roth, L., Grisso, T. & Banks, S. (2001). *Rethinking risk assessment: The Mac Arthur study of mental disorder and violence*. Oxford: Oxford University Press.
- Moore, T., Scarpa, A. & Raine, A. (2002). A meta-analysis of serotonin metabolite 5-HIAA and antisocial behavior. *Aggressive Behavior*, 28 (4), 299-316.
- Morrison, E. (1990). Violent psychiatric inpatients in a public hospital. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 4, 65-82.
- Morrison, E. (1992). A coercive interactional style as an antecedent to aggression in psychiatric patients. *Research in Nursing and Health*, 15, 421-431.
- Müller, J. L. (2006). Neurobiologie der Aggressionsgenese. *Psychoneuro*, 32 (1), 16-21.
- Müller, J. L., Schuierer, G., Marienhagen, J., Putzhammer, A. & Klein, H. E. (2003). "Acquired psychopathy" and the neurobiology of emotion and violence. *Psychiatrische Praxis*, 30 (2), 221-225.
- Müller-Oerlinghausen, B. (1992). Pharmakotherapeutische Ansätze bei Aggression. In H.-J. Müller & H. M. van Praag (Hrsg.), *Aggression und Autoaggression* (S. 113-120). Berlin: Springer.
- Nedopil, N. (1992). Das Dilemma der Aggressions- und Impulskontrollstörungen in Diagnose und Therapie aus forensisch-psychiatrischer Sicht. In H.-J. Möller & H. M. van Praag (Hrsg.), *Aggression und Autoaggression* (S. 132-152). Berlin: Springer.
- Needham, I., Abderhalden, C., Dassen, T., Haug, H. J. & Fischer, J. E. (2004). The perception of aggression by nurses: Psychometric scale testing and derivation of a short instrument. *Journal Psychiatric Mental Health Nursing*, 11 (1), 36-42.
- Nielsen, K. A. (1977). Aggression, empathy and self-esteem in latency aged and adolescent males living in a residential treatment center for emotionally disturbed children. *Dissertation Abstracts International*, 37 (10-A), 6374-6375.
- Nijman, H. & à Campo, J. M. (2002). Situational determinants of inpatient self-harm. *Suicide and Life-threatening Behaviour*, 32 (2), 167-175.

- Nijman, H., Bowers, L., Oud, N. E. & Jansen, G. (2005a). Psychiatric nurses experiences with inpatient aggression. *Aggressive Behavior, 31*, 217-227.
- Nijman, H., Evers, C., Merckelbach, H. & Palmstierna, T. (2002). Assessing aggression severity with the revised staff observation aggression scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 190* (3), 198-200.
- Nijman, H., Muris, P., Merckelbach, H., Palmstierna, T., Wistedt, B., Vos, A., Van Rixtel, A. & Allertz, W. (1999). *The Staff Observation Aggression Scale – Revised (SOAS-R)*. *Aggressive Behavior, 25*, 197-209.
- Nijman, H. & Palmstierna, T. (2002). Measuring aggression with the Staff Observation Aggression Scale – Revised. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 106* (412), 101-102.
- Nijman, H., Palmstierna, T., Almvik, R. & Stolker, J. J. (2005b). Fifteen years of research with the Staff Observation Aggression Scale: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 111* (1), 12-21.
- Nilsson, K., Palmstierna, T. & Wistedt, B. (1988). Aggressive behavior in hospitalized psychogeriatric patients. *Acta Psychiatrica Scandinavia, 78*, 172-175.
- Noble, P. & Rodger, S. (1989). Violence by psychiatric in-patients. *British Journal of Psychiatry, 155*, 384-390.
- Oud, N. E. (1997). *Aggression and psychiatric nursing*. Amsterdam: Broens and Oud – Partnership for consulting and training.
- Oud, N. E. (2001). *Handhabung von Aggression*. Skriptum zum TrainerInnenlehrgang. Unpublished manuscript. Amsterdam.
- Owen, C., Tarantello, C., Jones, M. & Tennant, C. (1998). Violence and aggression in psychiatric units. *Psychiatric Services, 49* (11), 1452-1457.
- Palmstierna, T. & Wistedt, B. (1987). Staff observation aggression scale – SOAS. Presentation and evaluation. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 76*, 657-663.
- Palmstierna, T. & Wistedt, B. (1990). Risk factors for aggressive behaviour are of limited value in predicting the violent behaviour of acute involuntarily admitted patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 81*, 152-155.
- Parrott, D. J. & Giancola, P. R. (2004). A further examination of the relation between trait anger and alcohol-related aggression: the role of anger control. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 28*, 855-864.
- Pawlow, I. P. (1927). *Conditioned reflexes: An investigation of the physiological activity of the cerebral cortex* (translated by G. V. Anrep). London: Oxford University Press.
- Pearson, M., Wilmot, E. & Padi, M. (1986). A study of violent behaviour among inpatients in a psychiatric hospital. *British Journal of Psychiatry, 149*, 232-235.

- Perry, D. G., Perry, L. C. & Boldizar, J. P. (1990). Learning of aggression. In M. Lewis & S. M. Miller (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology* (pp. 135-146). New York: Plenum Press.
- Plutchik, R. & Praag, H. van (1990). Psychosocial correlates of suicide and violence risk. In H. van Praag, R. Plutchik & A. Apter (Eds.), *Violence and suicidality. Perspectives in clinical and psychobiological research* (pp. 55-70). New York: Brunner/Mazel.
- Pollak, S. (2005). L'impact de la maltraitance sur le développement psychosocial des jeunes enfants. In R. E. Tremblay, R. G. Barr, R. D. Peters (Eds.), *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online]. Verfügbar unter: <http://www.child-encyclopedia.com/documents/HayANGxp-Aggression.pdf>. [Zugriffsdatum: 29.01.2011].
- Poustka, F. (2000). Impulsive Gewalt- und Aggressionsbereitschaft bei Kindern und Jugendlichen. [Online]. Verfügbar unter: http://www.bkjpp.de/index.php5?x=/stellungnahmen_bkjpp_2000_02.php5& [Zugriffsdatum: 27.12.2010].
- Prentky, R. A., Knight, R. A., Lee, A. S. & Cerce, D. D. (1995). Predictive validity of lifestyle impulsivity for rapists. *Criminal Justice and Behavior*, 22, 106-128.
- Preston, S. D. & de Waal, F. B. M. (2002). Empathy: Its ultimate and proximate bases. *Behavioural and Brain Sciences*, 25 (1), 1-71.
- Price, L. H., Charney, D. S., Delgado, P. L. & Heninger, G. R. (1990). Lithium and serotonin function: Implications for the serotonin hypothesis of depression. *Psychopharmacology*, 100, 3-12.
- Rabinowitz, J. & Mark, M. (1999). Risk factors for violence among long-stay psychiatric patients: national study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99, 341-347.
- Raine, A. (2002). The biological basis of crime. In J. Q. Wilson & J. Petersilia (Eds.), *Crime: Public policies for crime control* (pp. 43-74). San Francisco: ICS Press.
- Raine, A., Meloy, J. R., Bahrle, S., Stoddard, J., LaCasse, L. & Buchsbaum, M. S. (1998). Reduced prefrontal and increased subcortical brain functioning assessed using positron emission tomography in predatory and affective murderers. *Behavioral Sciences and the Law*, 16, 319-332.
- Raja, M. & Azzoni, A. (2005). Hostility and violence of acute psychiatric inpatients. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1, 11.
- Rajesh, G. S. & Day, E. (2005). Aggression in drug-dependent in-patients. *Psychiatric Bulletin*, 29 (4), 141-143.
- Reist, C., Nakamura, K., Sagart, E., Sokolski, K. N. & Fujimoto, K. A. (2003). Impulsive aggressive behavior: open-label treatment with citalopram. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 81-85.

- Rhodewalt, F. & Morf, C. C. (1998). On self-aggrandizement and anger: A temporal analysis of narcissism and affective reactions to success and failure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 672-685.
- Richter, D. (1999). *Patientenübergriffe auf Mitarbeiter psychiatrischer Kliniken. Häufigkeit, Folgen, Präventionsmöglichkeiten*. Freiburg: Lambertus.
- Richter, D. (2005). Posttraumatic stress disorder in mental hospital staff following a patient assault – empirical data and prevention measures. In N. Oud, H. Nijman & T. Palmstierna (Eds.), *Conference proceedings from the 4th European Congress on Violence in Psychiatry*. Amsterdam: Oud Consultancy.
- Richter, D. & Berger, K. (2001a). Patientenübergriffe auf Mitarbeiter. Eine prospektive Untersuchung der Häufigkeit, Situationen und Folgen. *Der Nervenarzt*, 72, 693-699.
- Richter, D. & Berger, K. (2001b). Gewaltsituationen in der psychiatrischen Pflege. *Psychiatrische Pflege Heute*, 7, 242-247.
- Rieger, H. J. (1981). Zulässigkeit der mechanischen Fixierung von Patienten. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 106, 377-378.
- Ringel, E. (1989). Psychodynamik der Aggression und Selbstaggression. *TW Neurologie Psychiatrie, Sonderheft 12*, 4-5.
- Rittmannsberger, H., Foff, C. & Zaunmüller, T. (2009). Unterbringungen und Beschränkungen an einer psychiatrischen Abteilung: 2003-2006. *Psychiatrische Psychotherapie*, 3/4, 93-98.
- Rösler, M. (2007). ADHD is linked to reactive violent and antisocial behavior but not to psychopathy. *Journal of Neural Transmission*, 114, LII.
- Rösler, M. & Retz, W. (2008). ADHS, Antisoziale Persönlichkeitsstörung und Delinquenz. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 56, 121-132.
- Roth, G. (2001). *Fühlen, Denken, Handeln. Wie das Gehirn unser Verhalten steuert*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Roth, G. (2003). *Aus Sicht des Gehirns*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Roy, A. & Linnoila, M. (1988). Suicidal behavior, impulsiveness and serotonin. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78, 529-535.
- Rüesch, P., Miserez, B. & Hell, D. (2003). Gibt es ein Täterprofil des aggressiven Psychiatrie-Patienten? *Nervenarzt*, 74, 259-265.
- Rutherford, E., & Mussen, P. (1968). Generosity in nursery school boys. *Child Development*, 39, 755-765.
- Sandberg, D. A., McNeil, D. E. & Binder, R. L. (1998). Characteristics of psychiatric inpatients who stalk, threaten, or harass hospital staff after discharge. *American Journal of Psychiatry*, 155 (8), 1102-1105.

- Sanders, M. R. (1999). The Triple P-Positive Parenting Program: Towards an empirically validated multi-level parenting and family support strategy for the prevention and treatment of child behaviour and emotional problems. *Child and Family Psychology Review*, 2, 71-90.
- Scarpa, A. & Raine, A. (2000). Violence associated with anger and impulsivity. In J. C. Borod (Ed.), *The neuropsychology of emotion* (pp. 320-339). New York: Oxford University Press.
- Schanda, H., Gruber, K. & Habeler, A. (2000). Aggressives Verhalten zurechnungsunfähiger psychisch kranker Straftäter während stationärer Behandlung. *Psychiatrische Praxis*, 27, 1-7.
- Schanda, H. & Taylor, P. (2001). Aggressives Verhalten psychisch Kranke im stationären Bereich: Häufigkeit, Risikofaktoren, Prävention. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie FDN*, 69, 443-452.
- Schiefenhövel, W. (2005). *Krieg und Frieden. Evolutionsbiologische und kulturenvergleichende Aspekte*. Vortrag an Universität der Bundeswehr, München 20.04.2005.
- Schirmer, U., Mayer, M., Vaclav, J., Papenberg, W., Martin, V., Gaschler, F. & Özköylü, S. (2006). *Prävention von Aggression und Gewalt in der Pflege. Grundlagen und Praxis des Aggressionsmanagements für Psychiatrie und Gerontopsychiatrie*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Schneider, B. (2003). *Risikofaktoren für Suizid*. Regensburg: Roderer.
- Selg, H. (1982). Aggressionsdefinitionen – und kein Ende? In R. Hilke & W. Kempf (Hrsg.), *Aggression* (S. 351-360). Bern: Huber.
- Selg, H., Mees, U. & Berg, D. (1988). *Psychologie der Aggressivität*. Göttingen: Hogrefe.
- Selg, H., Mees, U. & Berg, D. (1997). *Psychologie der Aggressivität* (2. überarbeitete Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Shah, A. K. (1989). *Violence, death and associated factors on a mental handicap ward*. Athens: Proceedings of the Eighth World Congress of Psychiatry.
- Shah, A. K., Fineberg, N. A. & James, D. V. (1991). Violence among psychiatric inpatients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 305-309.
- Silver, I. M. & Yudofsky, S. C. (1987). Aggressive behavior in patients with neuropsychiatric disorders. *Psychiatric Annals*, 17, 367-370.
- Snyder, L. A., Chen, P. Y. & Vacha-Haase, T. (2007). The underreporting gap in aggressive incidents from geriatric patients against certified nursing assistants. *Violence and Victims*, 22, 371-383.
- Soliman, A. E. & Reza, H. (2001). Risk factors and correlates of violence among acutely ill adult psychiatric inpatients. *Psychiatric Services*, 52, 75-80.

- Soyka, M., Immler, B. & Sand, P. (1993). Alkohol- und Drogenmissbrauch als Risikofaktoren für Gewalttaten und Delinquenz Schizophrener. *Psychiatrische Praxis*, 20, 172-175.
- Soyka, M. & Ufer, S. (2002). Aggression bei Schizophrenien: Prävalenz, psychopathologische und soziodemographische Korrelate. *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie*, 70 (4), 171-177.
- Spießl, H., Krischker, S. & Cording, C. (1998). Aggressive Handlungen im psychiatrischen Krankenhaus. Eine auf die psychiatrische Basisdokumentation gestützte 6-Jahres-Studie bei 17.943 stationären Aufnahmen. *Psychiatrische Praxis*, 25, 227-230.
- Steadman, H. J., Mulvey, E. P., Monahan, J., Robbins, P. C., Appelbaum, P. S., Grisso, T., Roth L. H. & Silver, E. (1998). Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Archives of General Psychiatry*, 55 (5), 393-401.
- Steinert, T. (1995a). *Aggression bei psychisch Kranken*. Stuttgart: Enke.
- Steinert, T. (1995b). Gewalttätige Patienten. Ein Problem für Therapeuten an psychiatrischen Kliniken? *Nervenarzt*, 66, 207-211.
- Steinert, T. (2008). *Basiswissen: Umgang mit Gewalt in der Psychiatrie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Steinert, T. (2009). Aggression, Gewalt und antisoziales Verhalten. In C. Madler, K. W. Jauch, K. Werdan, J. Siegrist & F. G. Pajonk (Hrsg.), *Akutmedizin – die ersten 24 Stunden. Das NAW-Buch* (S. 765-773) (4. Auflage). München: Urban & Fischer.
- Steinert, T., Beck, M., Vogel, W. D. & Wohlfahrt, A. (1995a). Gewalttätige Patienten – Ein Problem für Therapeuten an psychiatrischen Kliniken? *Nervenarzt*, 66, 207-211.
- Steinert, T. & Bergk, J. (2008). Aggressives und gewalttägliches Verhalten. Diagnostik, Prävention, Behandlung. *Nervenarzt*, 79, 359-370.
- Steinert, T., Hermer, U. & Faust, V. (1993). Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie – gibt es ärztliche Indikationen? *Krankenhauspsychiatrie*, 4, 173-174.
- Steinert, T., Hermer, U. & Faust, V. (1995b). Die Motivation aggressiven Patientenverhaltes in der Einschätzung von Ärzten und Pflegepersonal. Eine Untersuchung auf zwei geschlossenen psychiatrischen Aufnahmestationen. *Krankenhauspsychiatrie*, 6, 11-16.
- Steinert, T., Vogel, W. D., Beck, M. & Kehlmann, S. (1991). Aggressionen psychiatischer Patienten in der Klinik. Eine 1-Jahres-Studie an 4 psychiatrischen Landeskrankenhäusern. *Psychiatrische Praxis*, 18, 155-161.
- Steinert, T., Wiebe, C. & Gebhardt, R. P. (1999a). Aggressive behaviour against self and others among first-admission patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 50, 85-90.

- Steinert, T., Woelfle, M. & Gebhardt, R. P. (1999b). No correlation of serum cholesterol levels with measures of violence in patients with schizophrenia and non-psychotic disorders. *European Psychiatry*, 14, 346-348.
- Steinert, T., Woelfle, M. & Gebhardt, R. P. (2000). Measurement of violence during in-patient treatment and association with psychopathology. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 107-112.
- Strüber, D., Lück, M. & Roth, G. (2008). Sex, aggression and impulse control: An integrative account. *Neurocase*, 14, 93-121.
- Swanson, J. W. (1994). Mental disorder, substance abuse, and community violence: an epidemiological approach. In J. Monahan & H. J. Steadman (Eds.), *Violence and mental disorders. Developments in risk assessment* (pp. 101-136). Chicago: University of Chicago Press.
- Swanson, J. W., Holzer, C. E., Ganju, V. K. & Jono, R. T. (1990). Violence and psychiatric disorder in the community: Evidence from the epidemiologic catchment area surveys. *Hospital & Community Psychiatry*, 41 (7), 761-770.
- Swartz, M. S., Swanson, J. W., Hiday, V. A., Borum, R., Wagner, H. R. & Burns, B. J. (1998). Violence and severe mental illness: the effects of substance abuse and nonadherence to medication. *American Journal of Psychiatry*, 155, 226-231.
- Tardiff, K. & Sweillam, A. (1979). Age and assaultive behaviour in mental patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 30, 709-711.
- Tardiff, K. & Sweillam, A. (1980). Assault, suicide and mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 37, 164-169.
- Task Force on Benzodiazepine Dependency (1990). *Benzodiazepine dependence, toxicity, and abuse: a task force report of the American Psychiatric Association*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Thorndike, E. L. (1898). Animal Intelligence: An experimental study of the associative processes in animals. *Psychological Review Monograph Supplement*, 2 (4, whole No. 8). New York: Macmillan.
- Titchener, E. (1909) *Experimental psychology of the thought processes*. New York: Macmillan.
- Vermeiren, R. (2003). Psychopathology and delinquency in adolescents: a descriptive and developmental perspective. *Clinical Psychology Review*, 23, 277-318.
- Verres, R. (1982). Therapeutischer Umgang mit Aggressionen. *Psychiatrische Praxis*, 9, 131-137.
- Virkkunen, M. & Penttilä, H. (1984). Serum cholesterol in aggressive conduct disorder: a preliminary study. *Biological Psychiatry*, 19, 435-439.

- Volavka, J. (1999). The neurobiology of violence: an update. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 11, 307-314.
- Volavka, J. (2002). *Neurobiology of violence* (2. Auflage). Washington: American Psychiatric Press.
- Wagner, B. (1990). Psychiatrische Zwangsbehandlung und rechtfertigender Notstand (§ 34 StGB). *Recht und Psychiatrie*, 8, 166-170.
- Wahl, K. (2009). *Aggression und Gewalt. Ein biologischer, psychologischer und sozi-alwissenschaftlicher Überblick*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Wallace, C., Mullen, P. E. & Burgess, P. (2004). Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161 (4), 716-727.
- Walsh, M. T. & Dinan, T. G. (2001). Selective serotonin reuptake inhibitors and violence: a review of the available evidence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 84-91.
- Wancata, J., Musalek, M., Alexandrowicz, R. & Krautgartner, M. (2003). Number of dementia sufferers in Europe between the years 2000 and 2050. *European Psychiatry*, 18 (6), 306-313.
- Watzke, S., Ullrich, S. & Marneros, A. (2006). Gender- and violence-related prevalence of mental disorders in prisoners. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* (epub).
- Way, B. B. & Banks, S. M. (1990). Use of seclusion and restraint in public psychiatric hospitals – patient characteristics and facility effects. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 75-80.
- Weber, S., Miserez, B. & Hell, D. (2005). Violent behavior of psychiatric inpatients. Frequencies and risk factors. In N. Oud, H. Nijman & T. Palmstierna (Eds.), *Conference proceedings from the 4th European Congress on Violence in Psychiatry*. Amsterdam: Oud Consultancy.
- Weltgesundheitsorganisation (2000). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch diagnostische Leitlinien* (4., korrigierte und ergänzte Auflage). Bern: Huber.
- Wesuls, R., Heinzmann, T. & Brinker, L. (2005). *Professionelles Deeskalationsmanagement, Praxisleitfaden zum Umgang mit Gewalt und Aggression in den Gesundheitsberufen* (4. Auflage). Institut für professionelles Deeskalationsmanagement (Hrsg.), Selbstverlag.
- Whittington, R. (1994). Violence in psychiatric hospitals. In T. Wykes (Ed.), *Violence and healthcare professionals* (pp. 23-43). London: Chapman & Hall.

- Wilcox, H. C., Conner, K. R. & Caine, E. D. (2004). Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies. *Drug and Alcohol Dependence*, 76, 1-19.
- Wöhrle-Chon, R. (2001). *Empathie und Moral – Eine Begegnung zwischen Schopenhauer, Zen und der Psychologie*. Frankfurt am Main: Peter Lang, Europäischer Verlag der Wissenschaften.
- Wood, P. B., Cochran, J. K., Pfefferbaum, B. & Arneklev, B. J. (1995). Sensation seeking and delinquent substance abuse: An extension of learning theory. *Journal of Drug Issues*, 25 (1), 173-193.
- Wykes, T. & Whittington, R. (1994). Reactions to assault. In T. Wykes (Ed.), *Violence and healthcare professionals* (pp. 105-126). London: Chapman & Hall.
- Yudofsky, S. C., Silver, J. M., Jackson, W., Endicott, J. & Williams, D. (1986). The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *American Journal of Psychiatry*, 143 (1), 35-39.
- Zahn-Waxler, C., Usher, B. A., Suomi, S., & Cole, P. M. (2005). Intersections of biology and behavior in young children's antisocial patterns: The role of development, gender, and socialization. In D. M. Stoff & E. J. Susman (Eds.), *Developmental psychobiology of aggression* (pp. 141-160). New York: Cambridge University Press.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J. & Silk, K. R. (2004). Mental health service utilization by borderline personality disorder patients and Axis II comparison subjects followed prospectively for 6 years. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 28-36.
- Zeiler, J. (1993). Der aggressive Patient – Anmerkungen zur Sozialpsychologie der Gewalt. *Psychiatrische Praxis*, 20, 130-135.
- Zeiler, J. (1994). Gewalttätiger Patient und institutionelle Gegengewalt. *Gesundheitswesen*, 56, 543-547.
- Ziegler, E., Blocher, D., Groß, J. & Rösler, M. (2003). Erfassung von Symptomen aus dem Spektrum des Hyperkinetischen Syndroms bei Häftlingen einer Justizvollzugsanstalt. *Recht und Psychiatrie*, 21, 17-21.
- Zimbardo, P. (1992). *Psychologie*. Berlin: Springer.

8 Anhang

Inhaltsverzeichnis

A	Informationsblatt für die Mitarbeiter der Stationen.....	221
B	Patientenaufklärung.....	222
C	Einverständniserklärung.....	224
D	Erhebungsbogen für soziodemographische und krankheitsrelevante Variablen sowie neurobiologische Parameter	225
E	FEPA-E.....	226
F	Verkürzte Fassung des FEPA-E für Post-Messung	242
G	Checkliste zur Fremdbeurteilung von Aggression und Aggressivität	247
H	Global Assessment of Functioning Scale (GAF-Skala).....	249
I	Dokumentationsbogen zur Epidemiologie aggressiver Situationen...	250
J	The Staff Observation Aggression Scale-Revised (SOAS-R)	253
K	Overt Aggression Scale (OAS).....	254

A Informationsblatt für die Mitarbeiter der Stationen

Studie „Aggressionen in der Psychiatrie – Prädiktoren und Epidemiologie“

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

das Anliegen dieser Studie ist es, Aggression und Gewalt im psychiatrischen Krankenhaus näher zu untersuchen. So sollen auf drei Stationen alle auftretenden **freund- und selbstaggressiven** Verhaltensweisen im Zeitraum eines halben Jahres (26. Januar 07-25. Juli 07) standardisiert erfasst werden.

Dabei wird aggressives Verhalten definiert als

- jegliche Form verbalen, nonverbalen oder körperlichen Verhaltens,**
a) welches für den Patienten selbst, andere Personen oder deren Eigentum eine Bedrohung darstellt oder
b) durch welches der Patient selbst, andere Personen oder deren Eigentum zu Schaden gekommen sind.

Im Falle des Auftretens eines solchen aggressiven Zwischenfalles auf ihrer Station, in der Beschäftigungstherapie oder anderen Therapieräumen bitte ich Sie, dies in der Patientenkurve zu dokumentieren und auf solche Vorfälle ein besonderes Augenmerk zu richten.

Da diese Studie ebenso Veränderungen des Aggressivitätsrisikos während des klinischen Aufenthaltes erfassen will, sollen die Patienten einen hierfür vorgesehenen Fragebogen zu Beginn und zum Ende des stationären Aufenthalts bearbeiten und die behandelnden Ärzte eine kurze Einschätzung abgeben. Des Weiteren ist vorgesehen, bei den Patienten **Blutglucosespiegel** und **Gesamtcholesterinkonzentration** im Aufnahme- und Entlasslabor mitzubestimmen. Ich bitte Sie, dies **im PC bei der Laboranforderung mitanzukreuzen**.

Da ich zum Verteilen und Einsammeln der Patientenfragebogen und zur Dokumentation täglich bei Ihnen auf Station bin, stehe ich natürlich für Fragen jederzeit gerne zur Verfügung.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Mit freundlichen Grüßen,

Irina Papacek
(Dipl. Psych., Tel. 2098 oder 2370)

B Patientenaufklärung

Patienteninformation zur Studie:

„Aggressives Verhalten in der Psychiatrie - Prädiktoren und Epidemiologie“

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

das Anliegen dieser Studie ist es, Aggression und Gewalt im psychiatrischen Krankenhaus näher zu untersuchen. Denn solche Gewalterfahrungen (wie z. B. ein Übergriff eines Mitpatienten oder das Durchsetzen von Zwangsmaßnahmen seitens des Personals) stellen im Rahmen der stationären Behandlung sowohl für Patienten als auch für Klinikpersonal besonders belastende Erlebnisse dar. Die Folgen können von körperlichen Verletzungen über finanzielle Kosten, insbesondere aber bis hin zu psychischen Auswirkungen (wie z. B. Dekompensation, Posttraumatische Belastungsstörungen oder Retraumatisierungen) reichen. Das Ziel der Untersuchung ist es deshalb, Aggressivität in der Psychiatrie und ihre Grundlagen und Auslöser besser zu verstehen und dieser vorzubeugen. Deshalb ist es wichtig, diesbezüglich auftretende Verhaltensweisen auf den Stationen in pseudonymisierter Form zu dokumentieren.

Da diese Studie ebenso Veränderungen des Aggressivitätsrisiko während des klinischen Aufenthaltes erfassen soll, möchten wir Sie bitten, einen hierfür vorgesehenen Fragebogen zu bearbeiten. Der folgende Fragebogen soll zu Beginn des stationären Aufenthaltes sowie erneut ein zweites Mal kurz vor ihrer Entlassung ausgefüllt werden.

Im Fragebogen werden zum Teil sehr persönliche Dinge abgefragt. Wir versichern Ihnen, dass Ihre Angaben streng vertraulich behandelt und nur für die Zwecke dieser Studie verwendet werden. Die Weiterverarbeitung erfolgt auch hier pseudonymisiert.

Ein weiteres Anliegen des Projektes stellt die Evaluation eines möglichen Zusammenhangs zwischen bestimmten biologischen Parametern und einem erhöhten Aggressivitätsrisiko dar. So soll im Rahmen der gängigen Routinelaboruntersuchung (also bei stationärer Aufnahme und Entlassung) der Blutglucosespiegel sowie die Serumcholesterinkonzentration mitbestimmt werden. Dabei ist keine zusätzliche Blutentnahme erforderlich.

Das entnommene Blut wird in unserem Labor untersucht und die oben genannten Parameter bestimmt. Die Bestimmung erfolgt dabei pseudonymisiert (Code). Um eine entsprechende Zuordnung der Proben zu gewährleisten, müssen ihre Patientendaten (Name, Geburtsdatum) allerdings in geeigneter Form abgelegt werden. Die bei Ihnen erhobenen Daten werden in jedem Fall streng vertraulich behandelt. Die gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz werden eingehalten.

Selbstverständlich steht es Ihnen jederzeit frei, auch nach erteilter Einwilligung Ihre Zustimmung zu der Teilnahme an dieser Studie ohne Angaben von Gründen zurück zu ziehen. In diesem Fall entstehen Ihnen keinerlei Nachteile.

Für weitere Fragen stehe ich Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung (DP, Irina Papacek, Tel. 0941/9412098).

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

PD Dr. med. Albert Putzhammer, MBA

Dipl.-Psych. Irina Papacek

Regensburg, den _____

Unterschrift aufklärender Arzt

Unterschrift Patient

Unterschrift aufklärende Psychologin

ggf. Unterschrift Betreuer

C Einverständniserklärung

Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie:
**„Aggressives Verhalten in der Psychiatrie –
Prädiktoren und Epidemiologie“**

Ich habe die Aufklärung über die vorgesehene wissenschaftliche Untersuchung gelesen und verstanden. Meine Fragen sind ausreichend beantwortet worden. Ich bin mit der Teilnahme an der oben genannten Studie einverstanden.

Mir ist klar, dass die Teilnahme an der Untersuchung freiwillig ist. Mir ist bewusst, dass mit dem Einverständnis zur Teilnahme keine Vergünstigungen verbunden sind. Ebenso wenig muss ich im Falle eines Ablehnens der Untersuchung negative Konsequenzen, Sanktionen oder sonstige Nachteile befürchten.

Die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen werden eingehalten.

Ich erkläre, dass ich mit der im Rahmen der klinischen Prüfung erfolgenden pseudonymisierten Aufzeichnung von Krankheitsdaten/Studiendaten einverstanden bin.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Regensburg, den _____

Unterschrift aufklärender Arzt

Unterschrift Patient

Unterschrift aufklärende Psychologin

ggf. Unterschrift Betreuer

D Erhebungsbogen für soziodemographische und krankheitsrelevante Variablen sowie neurobiologische Parameter

Patientencode: _____ Erstaufnahme wiederholte Aufnahme

Geschlecht: m w

Eingewiesen nach: freiwillig UBG BGB

Aufnahmedatum: _____ auf Station: offen beschützt

Zahl der Verlegungen: _____

Verlegungsdatum: _____ auf Station: offen beschützt

Verlegungsgrund: _____ ohne Komplikationen: ja nein

(Komplikation welcher Art: _____)

Entlassdatum: _____ von Station: offen beschützt

Art der Entlassung: _____

Diagnose/n (ICD-10): _____

Familienstand: ledig verheiratet verwitwet geschieden

Schulbildung: Sonderschule HS HS/Quali Realschule Gymnasium

Schulabschluss: ja nein abgeschlossene Berufsausbildung: ja nein

Berufsstand: arbeitssuchend beschützt beschäftigt beschäftigt
 Rente/Pension/Frührente in Ausbildung

Betreuer: ja nein

Wohnsituation: allein bei Eltern mit eigener Familie/Partner
 offenes Heim geschlossenes Heim betreutes Wohnen

Glucosewert bei Aufnahme: _____ mg/dL (Datum: _____)

Glucosewert bei Entlassung: _____ mg/dL (Datum: _____)

Gesamtcholesterin bei Aufnahme: _____ mg/dL (Datum: _____)

Gesamtcholesterin bei Entlassung: _____ mg/dL (Datum: _____)

E FEPAA-E

H. Lukesch

FEPAA-E



Prof. Dr. H. Lukesch
Universität Regensburg
Institut für Experimentelle Psychologie

FEPAA - Form A

FEPAA – Form für Erwachsene

Teil 1

Im folgenden Abschnitt sind einzelne Situationen beschrieben, wie sie täglich passieren können. Geben Sie bitte an, wie sich die Hauptpersonen Ihrer Meinung nach in der jeweiligen Situation fühlen, kreuzen Sie bitte immer nur eine der drei Antwortmöglichkeiten an.

(1) Hans zeigt seinem Freund Thomas voller Stolz das neue Auto, das er sich vor einer Woche gekauft hat. Thomas gefällt das Auto sehr gut und er bittet Hans, ihn das Auto ausprobieren zu lassen. Als Thomas aus der Parklücke fahren will, passiert ihm ein Unglück: Er hat beim Ausparken die Stoßstange des vorderen Autos nicht richtig eingeschätzt und nun ist die ganze Seite des Fahrzeuges eingedrückt.

Wie fühlt sich Hans, als er sieht, dass sein neues Fahrzeug beschädigt ist?

- Es macht ihm nichts aus, weil die Versicherung für den Schaden aufkommen wird.
- Er ist überrascht, da er nicht geglaubt hat, dass sein Freund Thomas einen solchen Fehler machen würde.
- Er ärgert sich, weil sein neues Auto eine Delle hat.

Wie fühlt sich Thomas dabei?

- Es ist ihm gleichgültig, da so etwas jedem einmal passieren kann.
- Es ist ihm peinlich, dass er eine Delle in das Auto gefahren hat.
- Er ist wütend, weil ihm sein Freund erlaubt hat, mit dem Auto zu fahren.

Wie würden Sie an der Stelle von Thomas reagieren?

- Ich würde mich entschuldigen, weil ich sein neues Auto beschädigt habe.
- Ich würde ihm sagen, er soll sich nicht aufregen, denn die Versicherung wird schon zahlen.
- Ich würde mich über Hans ärgern, weil er mir das Auto geliehen hat.

(2) Renate erzählt ihrer Freundin Waltraud, dass sie von der Bank einen größeren Geldbetrag abgehoben hat, weil sie sich einen neuen Computer mit allem Zubehör kaufen wollte. Als sie in dem Computerladen ankam, merkt sie, dass ihre Geldbörse nicht mehr da ist.

Wie fühlt sich Renate, als sie merkt, dass ihr Geld weg ist?

- Sie ist ganz niedergeschlagen, weil ihr lang zusammengespartes Geld fort ist.
- Sie ist wütend, weil die Polizei die Taschendiebe nicht aus dem Verkehr ziehen kann.
- Es macht ihr wenig aus, weil sie sich den Betrag ja wieder zusammen sparen kann.

Wie fühlt sich ihre Freundin Waltraud?

- Sie macht sich über Renate lustig, weil die so dumm ist und sich bestehlen lässt.
- Renate geht ihr mit ihrem Gerede auf die Nerven.
- Renate tut ihr leid, weil das doch ein großer Verlust war.

Wie würden Sie an der Stelle von Waltraud reagieren?

- Ich würde versuchen, Renate zu trösten.
- Ich würde ihr sagen, dass im Leben noch viel Schlimmeres passieren kann.
- Ich würde ihr klarmachen, dass so ein Computer nur die Freizeit auffrisst.

(3) Auf einer Betriebsfeier wollen die Kollegen Alexander, den Mann in der Poststelle, hereinlegen und sie machen untereinander aus, dass an diesem Abend keiner mit ihm reden wird.

Wie fühlt sich Alexander, als bei der Feier alle durch ihn hindurch sehen und keiner mit ihm spricht?

- Er ist verwirrt, weil er das nicht erwartet hat.
- Es ist ihm gleichgültig, da Menschen eben komisch sein können.
- Er fühlt sich schuldig, weil er denkt, dieses Verhalten vielleicht verursacht zu haben.

Was denkt sich sein Kollege Theo, der mit Alexander zusammen in der Poststelle arbeitet?

- Es ist ihm gleichgültig, weil es ja nur ein Scherz ist.
- Er ist zornig auf Alexander, weil dieser von ihm wissen will, was los ist.
- Alexander tut ihm leid, weil die Kollegen ihm diesen Streich spielen.

Wie würden Sie an Stelle von Theo reagieren?

- Ich hätte mit Alexander Mitleid.
- Ich würde mich heimlich darüber freuen, weil Alexander wegen dem Scherz so durcheinander ist.
- Mir wäre es gleichgültig, was in Alexander vorgeht.

(4) Laura hat in ihrem Betrieb schon seit einiger Zeit Ärger, weil sie immer zu spät zur Arbeit kommt. Als sie wieder eine Stunde zu spät dran ist, bittet sie ihre Freundin Heidi, dem Chef zu sagen, dass ihr Auto eine Panne gehabt hat und sie sich deswegen verspätet haben.

Was denkt sich Laura, als sie Heidi um diesen Gefallen bittet?

- Eine Hand wäscht die andere, beim nächsten Mal tue ich ihr einen Gefallen.
- Vermutlich macht Heidi das nicht so gern, wo sie doch immer so korrekt ist.
- Eine Freundin muss schon zu einer kleinen Notlüge bereit sein.

Was glauben Sie, wie fühlt sich Heidi, als Laura sie bittet, die Schuld für die Verspätung auf sich zu nehmen?

- Es ist eine Zumutung, dass ich den Kopf für Laura hinhalten soll.
- Der Chef wird schon nicht merken, dass wir ihn linken.
- Heidi freut sich, einer Freundin einen Gefallen zu leisten.

Wie würden Sie an Stelle von Heidi reagieren?

- Ich habe Verständnis für Laura, denn die ist sowieso häufig verwirrt.
- Die soll mit ihrem Problem selbst zu Recht kommen, ich lasse mich da nicht hereinziehen!
- Laura wird mir auch helfen, wenn ich einmal ein Problem habe.

(5) Dominick ist in seiner Freizeit begeisterter Motorradbastler. Als er auf seinem Tank eine neue Airbrush-Malerei fertig gestellt hat, zeigt er diese seinem Bikerfreund Oliver.

Was denkt sich Dominick, als er sein neues Kunstwerk vorführt?

- Oliver wird vor Neid platzen, wenn er meinen neuen Tank sieht.
- Den wird das auch interessieren, weil er doch auch ein Motorrad-Fan ist.
- Jetzt bin ich im Biker-Club der Größte.

Was geht in Oliver vor, als er den neuen Tank sieht?

- Er denkt sich, dass Dominick ein alter Angeber ist.
- Er ärgert sich, weil sein eigenes Motorrad nicht so toll aussieht.
- Er freut sich für seinen Freund, weil ihm die Malerei so gut gelungen ist.

Wie würden Sie an Stelle von Oliver reagieren?

- Mir wäre es ziemlich gleichgültig, wie der seinen Tank bemalt hat.
- Ich freue mich mit ihm, weil er so begeistert von seiner Kunst ist.
- Eine Bild auf dem Tank macht ein Motorrad nicht besser.

(6) Britta ist zu einer Party eingeladen, auf die sie sich schon sehr freut. Sie ist schon etwas spät dran, und kurz bevor sie aus dem Haus gehen will, ruft sie Melanie an und bittet Britta, sie in den Nachbarort zu ihrem Freund zu fahren, weil ihr Auto eben seinen Geist aufgegeben hat.

Was denkt sich Melanie, als sie Britta um den Gefallen bittet?

- Sie will Britta wieder einmal für ihre Zwecke einspannen.
- Sie ist etwas verzweifelt, weil sie keine andere Möglichkeit sieht, zu ihrem Freund zu kommen.
- Sie ärgert sich, weil ihr Auto wieder eine Macke hat.

Was geht in Britta vor, als sie angerufen wird?

- Sie ärgert sich, weil sie es selbst eilig hat.
- Es macht ihr nichts aus, Britta in den Nachbarort zu fahren.
- Sie freut sich, dass sie Melanie einen Gefallen tun kann.

Wie würden Sie an Stelle von Britta reagieren?

- Ich würde es ablehnen, Taxi für Melanie zu spielen.
- Ich würde mich ärgern, weil ich selbst in Zeitdruck bin und zu spät auf die Party komme.
- Es würde mir nichts ausmachen, Melanie zu ihrem Freund zu fahren.

(7) Rudolf will gerade seine Arbeit im Betrieb beenden als ihn Edgar bittet, für ihn noch eine Lkw-Ladung für den nächsten Tag zu Recht zu machen, weil er dringend zu einer Geburtstagsfeier muss.

Was denkt sich Edgar, als er Rudolf bittet, den Job für ihn zu übernehmen?

- Ich habe es wirklich eilig und der Rudolf kann das schon für mich übernehmen.
- Ein schlechtes Gewissen habe ich schon, aber hoffentlich übernimmt er meinen Job für heute Abend.
- Der Rudolf soll doch froh sein, etwas zu tun zu haben, der hängt doch sowieso nur vor der Glotze.

Was denkt sich Rudolf dabei?

- Eigentlich ist das eine Zumutung, aber ich kann es verstehen, dass Edgar rechtzeitig zu der Geburtstagsfeier kommen will.
- Er ist traurig, da er wieder einmal der Dumme ist.
- Er lehnt die Arbeit ab, weil Edgar damit beauftragt ist.

Wie würden Sie an Stelle von Rudolf reagieren?

- Der soll mit dem Auftrag doch alleine zu Recht kommen.
- Es ist zwar ärgerlich, aber ich kann das schon übernehmen.
- Ich mache das nur, wenn mir der Chef den Auftrag dazu gibt.

(8) Greta ist Mitglied beim Roten Kreuz und sammelt in der Innenstadt Spenden für das RK. Als ihre Bekannte Stefanie vorbeikommt, hält sie auch ihr die Sammelbüchse hin.

Was denkt sich Greta, als sie Stefanie um eine Spende bittet?

- Die wird bestimmt einen Euro für das RK übrig haben!
- Das wird sie sicher ärgern, weil sie mir nicht auskommt.
- Stefanie freut sich bestimmt, dass sie dem RK etwas spenden kann.

Was denkt sich Stefanie dabei?

- Eine Spende für das RK? Für den guten Zweck helfe ich doch gerne.
- Diese ewige Abzocke in der Innenstadt!
- Vor meiner Bekannten muss ich mich etwas großzügig erweisen.

Wie würden Sie an Stelle von Stefanie reagieren?

- Ich wäre ziemlich sauer, wenn mich eine Bekannte um eine Spende angeht.
- Es macht mir nichts aus, auch einmal „Nein“ zu sagen.
- Eine kleine Spende macht mich nicht arm, die kann gerne etwas von mir haben.

(9) Paul wird in der Werkstatt von allen gehänselt. Alfons hat mitbekommen, wie ein Kollege das Werkzeug von Paul versteckt hat.

Was denkt sich Alfons, als er mitbekommt, dass das Werkzeug von Paul versteckt wird?

- Es geht schon in Ordnung, dem Paul geschieht das zu Recht.
- Er hat Mitleid mit Paul.
- Es ist ihm gleichgültig, er hat es ja nicht getan.

Was denkt sich Paul dabei?

- Er ist ärgerlich, weil das nicht zum ersten Mal passiert ist.
- Er ist traurig, weil auf ihm herumgehackt wird.
- Es macht ihm nichts aus.

Wie würden Sie an Stelle von Alfons reagieren?

- Es wäre mir gleich, denn jeder muss selbst schauen, wie er zu Recht kommt.
- Ich finde es lustig, wenn es im Betrieb nicht so langweilig zugeht.
- Ich hätte Mitleid mit Paul und würde ihm sein Werkzeug wieder geben.

(10) Die Mitarbeiter in der Abteilung machen aus, dass sie am Abend in einen Biergarten gehen wollen. Da fällt es einem ein, dass Nina wieder ausgeladen werden soll, weil sie eine Langweilerin ist. Wibke soll ihr das beibringen.

Was denkt sich Wibke, dass sie die Nina ausladen soll?

- Das mache ich schon, denn die muss nicht dabei sein.
- Ich freu' mich zu sehen, was die für ein Gesicht macht, wenn ich sie auslade.
- Eigentlich tut sie mir leid, weil die Nina immer die Dumme ist.

Was geht in Nina vor, als sie mitbekommt, dass sie nicht dabei sein soll?

- Es freut sie, dass sie nicht mitgehen muss.
- Sie ist traurig, dass immer sie ausgeschlossen wird.
- Sie fühlt sich schuldig, weil die anderen sie nicht dabei haben wollen.

Wie würden Sie an Stelle von Wibke reagieren?

- Mir täte die Nina leid.
- Ich mache das gerne im Namen der Kollegen.
- Ich hätte Angst, dass sich die Nina an mir revanchieren könnte.

- (11) Christoph und Ulrich spielen in einer Mannschaft Fußball. Dicht vor dem gegnerischen Tor gibt Christoph den Ball an Ulrich ab, doch der verfehlt das Tor. Kurz darauf ist das Spiel zu Ende und ihre Mannschaft hat 0 : 1 verloren.

Wie fühlt sich Ulrich, weil er den Ball nicht reingekriegt hat?

- O Er ist von sich selbst enttäuscht.
- O Es ist ihm egal, weil seine Mitspieler ja auch kein Tor erzielt haben.
- O Er ist zornig auf Christoph, weil der selbst hätte schießen können.

Was denkt Christoph darüber?

- O Er denkt nicht mehr darüber nach, weil man jetzt eh nichts mehr machen kann.
- O Er ist überrascht, dass ihm das Tor nicht gelungen ist.
- O Er ärgert sich, weil seine Mannschaft verloren hat.

Wie würden Sie an Stelle von Christoph reagieren?

- O Ich würde Ulrich beschimpfen, weil er ein Versager ist.
- O Ich würde ihn trösten, weil das jedem passieren kann.
- O Mir wäre das gleich, weil es ja nur ein Spiel ist.

- (12) Kerstin erzählt ihrer Arbeitskollegin Frauke, dass sie in diesem Jahr eine Prämie für gute Leistungen erhalten wird. Frauke, die leer ausgegangen ist, beschimpft Kerstin, dass sie eine „blöde Schleimerin“ sei.

Warum sagt Frauke das?

- O Sie ist neidisch auf Kerstin.
- O Sie mag Kerstin nicht.
- O Sie ist einfach ein impulsiver Mensch.

Wie fühlt sich Kerstin darauf hin?

- O Sie ist verletzt, weil Frauke sie beleidigt hat.
- O Ihr ist das gleichgültig, weil sie sowieso nichts von Frauke hält.
- O Sie hat ein schlechtes Gewissen, weil Frauke keine Prämie bekommen hat.

Wie würden Sie an Kerstins Stelle reagieren?

- O Ich würde Frauke sagen, dass es schade ist, dass sie keine Prämie bekommen hat, aber dass sie mich deswegen nicht beleidigen muss.
- O Ich würde ihr die Beschimpfungen mit gleicher Münze heimzahlen.
- O Mir wäre das gleichgültig, wie die andere reagiert.

- (13) Fabian erzählt seinem besten Freund Victor voller Verzweiflung, dass ihn seine Frau in der Vorwoche verlassen hat.

Wie fühlt sich Fabian?

- Fabian ist niedergeschlagen.
- Fabian ist heilfroh, aus der Ehe herauszukommen.
- Fabian ist es gleichgültig, was seine Frau macht.

Was denkt Victor, als er das hört?

- Er findet Fabians Gejammer übertrieben.
- Fabian tut ihm leid.
- Er will von diesen privaten Problemen nichts hören.

Wie würden Sie an Vectors Stelle reagieren?

- Ich würde ihm sagen, er soll sich darüber nicht so aufregen.
- Ich würde versuchen, ihn zu trösten.
- Mich geht das alles nichts an, es ist ja nicht meine Ehe.

- (14) Jens erzählt aufgereggt seinem Freund Ferdinand, dass er beim letzten Sauna-besuch seine unbekleidete Chefin mit einem jungen Begleiter im Hot-Whirl-Pool angetroffen habe.

Wie hat sich Jens dabei gefühlt?

- Es war ihm unangenehm, seine Chefin in dieser Situation angetroffen zu haben.
- Er hat sich diebisch gefreut.
- Er hat sich geärgert, in eine solche Situation gekommen zu sein.

Was hat Ferdinand gemacht?

- Er hat seinen Freund Jens beruhigt, denn er hat der Chefin ja nicht hinterher spi-oniert.
- Er freut sich darauf, dass dies vielleicht negative Folgen für Jens haben wird.
- Er findet seinen Freund unmöglich, warum muss der auch in eine Sauna gehen.

Wie würden Sie an Ferdinands Stelle reagieren?

- Ich würde Ferdinand beruhigen.
- Mir geht das alles auf den Keks.
- Der Jens ist ein widerlicher Spanner.

Teil 2

Im Folgenden sind verschiedene Situationen beschrieben, wie sie jeden Tag passieren können. Ihre Aufgabe ist es, das Verhalten der Hauptpersonen zu beurteilen. Wenn Sie finden, dass die angesprochene Person sich richtig verhält und angemessen reagiert, kreuzen Sie ganz rechts die 7 an. Wenn Sie finden, dass die Person sich vollkommen falsch oder unangemessen verhält, kreuzen Sie ganz links die 1 an. Ansonsten kreuzen Sie dazwischen an, je nachdem, ob Sie das Verhalten eher richtig oder eher falsch finden.

- (1) *Gudrun erhält einen Brief von der Lehrerin, in welchem ihr mitgeteilt wird, dass ihr Sohn Martin die Schule seit einiger Zeit schwänzt und nun versetzungsgefährdet sei. Als Martin mittags nach Hause kommt, erwartet Gudrun ihn schon und verprügelt ihm gehörig den Hintern.*

Das Verhalten von Gudrun finde ich ...

völlig falsch

völlig richtig

1---2---3---4---5---6---7

- (2) *Falko fährt auf einer Straße und sieht, dass vor ihm die Ampel auf Gelb springt. Falko beschleunigt deshalb. Sein Vordermann bremst jedoch voll ab. Falko kommt nicht mehr rechtzeitig zum Stehen und knallt beim Vordermann hinten drauf. Falko ist ganz aufgereggt. Er geht zu seinem Vordermann hin und will ihn zur Rechenschaft ziehen. Dadurch kommt es zu einem Handgemenge, bei dem Falko ordentlich austeilt.*

Das Verhalten von Falko finde ich ...

völlig falsch

völlig richtig

1---2---3---4---5---6---7

- (3) *Jutta geht nach ihrer Arbeit noch in einen Supermarkt, um fürs Plätzchen-Backen noch Weihnachtsbutter einzukaufen. Als sie an das entsprechende Regal kommt, liegen dort noch zehn Pakete. Bevor sie sich jedoch zwei davon nehmen kann, nimmt eine andere Frau alle zehn. Jutta geht wortlos hin und nimmt der anderen zwei Pakete ab. Als diese sich ihre Pakete zurückholen will, stößt Jutta sie entschieden weg.*

Das Verhalten von Jutta finde ich ...

völlig falsch

völlig richtig

1---2---3---4---5---6---7

- (4) *Bei einer Betriebsbesprechung meldet sich Anton öfter zu Wort. Der Diskussionsleiter übergeht ihn jedoch regelmäßig. Anton wird allmählich sauer. Als wieder dasselbe passiert, springt Anton auf und beschwert sich lauthals beim Diskussionsleiter.*

Das Verhalten von Anton finde ich ...

völlig falsch

völlig richtig

1---2---3---4---5---6---7

- (5) *Es ist schon dunkel und Michaela befindet sich auf dem Heimweg. An einer Ecke torkelt ein Betrunkener auf sie zu. Michaela bekommt es mit der Angst zu tun und boxt den Man in den Unterleib, so dass er zu Boden geht.*

Das Verhalten von Michaela finde ich ...

völlig falsch

völlig richtig

1---2---3---4---5---6---7

- (6) *Dieter sieht auf der Straße, wie eine Frau ihr Kind regelrecht verprügelt. Er findet, dass die Schläge sehr brutal sind. Deshalb geht er zu der Frau hin und bittet sie, doch mit dem Schlagen aufzuhören. Als sie es nicht sein lässt, reißt Dieter sie von dem Kind weg und gibt ihr eine Ohrfeige.*

Das Verhalten von Dieter finde ich ...

völlig falsch

völlig richtig

1---2---3---4---5---6---7

- (7) *Tanja muss dringend telefonieren und wartet seit einer Viertelstunde vor einer Telefonzelle. Die Frau vor ihr macht keine Anstalten aufzuhören. Als sie noch einmal fünf Mark einwirft, wird Tanja wütend. Sie reißt die Tür auf und schimpft. Als die Frau sich davon überhaupt nicht beeindruckt zeigt, drückt sie auf die Gabel und unterbricht das Gespräch.*

Das Verhalten von Tanja finde ich ...

völlig falsch

völlig richtig

1---2---3---4---5---6---7

- (8) *Der Stürmer einer Fußballmannschaft wird immer wieder von seinem Gegenspieler mit unfairen Mitteln vom Ball getrennt. Der Schiedsrichter ahndet die Attacken jedoch nicht. Als der Schiedsrichter mal nicht hinguckt, rempelt der Stürmer seinen Gegenspieler einmal kräftig an.*

Das Verhalten des Stürmers finde ich ...

völlig falsch

völlig richtig

1---2---3---4---5---6---7

- (9) *Frau Maier erhält einen Brief von der Justizbehörde, in dem ihr mitgeteilt wird, dass ihr Kind gestohlen hat. Das Kind kommt gerade aus der Schule. Frau Maier zeigt ihm den Brief und versohlt ihm den Hintern.*

Frau Maiers Reaktion finde ich ...

völlig falsch

völlig richtig

1---2---3---4---5---6---7

H. Lukesch

FEPAA-E

- (10) *Paul steht in seiner Stammkneipe an der Theke. Er unterhält sich mit Bekannten und trinkt ein Bier dabei. Als er einmal von der Toilette wiederkommt, sieht er, wie ein Betrunkener sein Bier gerade austrinkt. Paul reißt ihm das halbvolle Bierglas aus der Hand und schüttet ihm das restliche Bier ins Gesicht.*

Das Verhalten von Paul finde ich ...

völlig falsch

völlig richtig

1---2---3---4---5---6---7

- (11) *Renate verbietet den Kindern auf der Straße, vor ihrem Haus Fußball zu spielen. Sie tun das trotzdem. Auf einmal fliegt ein Ball zu hoch und eine Scheibe von Renates Wohnung zerbricht. Renate kommt wütend aus dem Haus und gibt einem der Kinder eine Ohrfeige.*

Das Verhalten von Renate finde ich ...

völlig falsch

völlig richtig

1---2---3---4---5---6---7

- (12) *Im Supermarkt ist es sehr voll und Stefan hat sich in der Schlange bis zur Kasse vorgearbeitet. Da kommt, ohne ein Wort zu sagen, ein Mann von der Seite und will seine beiden Dosen bezahlen. Stefan stößt den Mann mit Nachdruck zurück und legt seine Waren auf das Förderband.*

Das Verhalten von Stefan finde ich ...

völlig falsch

völlig richtig

1---2---3---4---5---6---7

- (13) *Während des Gottesdienstes betritt ein offensichtlich betrunkener Mann die Kirche. Er lärmst und pöbelt einige der Kirchengänger an. Daraufhin erheben sich zwei Gemeindediener und zerren ihn gewaltsam nach draußen. Zum Schluss stoßen sie ihn die Treppe hinunter.*

Das Verhalten der Gemeindediener finde ich ...

völlig falsch

völlig richtig

1---2---3---4---5---6---7

- (14) *Dagmar geht abends ins Kino. Als sie sich auf einen günstigen Platz setzen will, zieht sie jemand am Arm und behauptet, dass der Platz schon besetzt ist. Dagmar sagt: „Das ist mir egal“, und setzt sich hin.*

Das Verhalten von Dagmar finde ich ...

völlig falsch

völlig richtig

1---2---3---4---5---6---7

- (15) Auf einer Geburtstagsparty sieht Klaus, wie der Mann, der gerade mit seiner Frau tanzt, versucht, sie zu küssen. Aufgebracht rennt er hin und reißt den Mann weg. Als dieser daraufhin mit Prügeln droht, boxt Klaus ihm in den Magen.

Das Verhalten von Klaus finde ich ...

völlig falsch

völlig richtig

1---2---3---4---5---6---7

- (16) Claudia wird wie schon öfter von lärmender Musik ihrer Nachbarn aus dem Schlaf gerissen. Sie beschwert sich, doch nichts passiert. Als sie am nächsten Morgen früh aufstehen muss, steckt sie bei den Nachbarn ein Streichholz in die Klingel.

Das Verhalten von Claudia finde ich ...

völlig falsch

völlig richtig

- (17) Vor dem Geschäft von Kaufmann Huber laugern mehrere Obdachlose herum, die von dem billigen Wein trinken, den sie bei Herrn Huber gekauft haben. Herr Huber sieht, dass die „Penner“ auch Kunden belästigen, und droht mit der Polizei. Als die Penner trotzdem nicht gehen, verjagen Herr Huber und seine beiden Gehilfen sie mit einigen unsanften Hieben.

Das Verhalten von Kaufmann Huber finde ich ...

völlig falsch

völlig richtig

1---2---3---4---5---6---7

- (18) Matthias sucht schon seit 15 Minuten eine Parkplatz. Als er endlich Glück hat und eine freie Parklücke entdeckt, drängt ein anderes Auto sich an ihm vorbei und parkt vor Matthias in die freie Lücke ein. Wutentbrannt steigt Matthias aus und bricht die Antenne des anderen Autos ab.

Das Verhalten von Matthias finde ich ...

völlig falsch

völlig richtig

1---2---3---4---5---6---7

- (19) Manuela will ihren Ehemann mit frisch gebackenen Plätzchen überraschen. Als sie ihm diese abends geben will, bemerkt sie, dass alle schon von ihrem Hund aufgefressen wurden. Daraufhin reißt ihr der Geduldsfaden und gibt ihrem Hund einen Tritt.

Das Verhalten von Manuela finde ich ...

völlig falsch

völlig richtig

1---2---3---4---5---6---7

- (20) *Günther wartet an der Haltestelle auf den Bus. Als der Bus kommt und er einsteigen will, wird er von einem anderen einsteigenden Mann angerempelt. Daraufhin gibt Günther diesem eine Ohrfeige.*

Das Verhalten von Günther finde ich ...

völlig falsch

völlig richtig

1---2---3---4---5---6---7

- (21) *Auf einer Geburtstagsparty tanzt Max sehr eng mit einer anderen Frau. Seine Freundin Sonja sieht das und wird eifersüchtig. Sie rennt aufgebracht auf die Tanzfläche und reißt Max entschieden weg.*

Das Verhalten von Sonja finde ich ...

völlig falsch

völlig richtig

1---2---3---4---5---6---7

- (22) *Stephan trifft bei einem wichtigen Basketball-Spiel auch beim dritten Wurf nicht den Korb. Sein Teamkamerad Jörg ist darüber so aufgebracht, dass er Stephan mit voller Wucht den Ball ins Gesicht schießt.*

Das Verhalten von Jörg finde ich ...

völlig falsch

völlig richtig

1---2---3---4---5---6---7

Teil 3

Auf den folgenden Seiten finden Sie eine Reihe von Aussagen. Unter jeder Aussage steht „Stimmt“ oder „Stimmt nicht“. Lesen Sie bitte die Aussagen durch und entscheiden Sie für jede Aussage, ob sie für Sie zutrifft oder nicht! Trifft die Aussage für Sie zu, machen Sie ein Kreuz in den Kreis vor „Stimmt“. Trifft die Aussage nicht für Sie zu, machen Sie ein Kreuz in den Kreis vor „Stimmt nicht“.

Beispiel:

Ich habe schon mehrmals vergessen, mich für eine Hilfe zu bedanken, die ich erhalten habe.
 Stimmt
 Stimmt nicht

Überlegen Sie bei jeder Aufgabe nicht zu lange! Achten Sie bitte darauf, dass Sie keine Aussage auslassen!

Geben Sie in jedem Fall eine Antwort, auch wenn Ihnen dies manchmal schwer fällt. Wenn eine Situation nicht auf Sie zutrifft, versuchen Sie die für Sie am ehesten zutreffende Antwort zu geben.

-
- (1) Es kommt hin und wieder vor, dass ich andere Personen ärgere.
 Stimmt
 Stimmt nicht
- (2) Ich habe eine Menge Schuldgefühle, wenn ich mit jemand in einen Streit geraten bin.
 Stimmt
 Stimmt nicht
- (3) Ich habe schon einmal Eigentum anderer Personen absichtlich kaputt gemacht.
 Stimmt
 Stimmt nicht
- (4) Wenn ich jemand angeschrien habe, dann entschuldige ich mich möglichst schnell dafür.
 Stimmt
 Stimmt nicht
- (5) Es kommt immer wieder vor, dass ich mich mit jemandem streite.
 Stimmt
 Stimmt nicht
- (6) Als ich einmal mitgemacht habe, wie ein Kollege gemobbt wurde, hat mir das hinterher sehr Leid getan.
 Stimmt
 Stimmt nicht
- (7) Wer sich mit mir anlegt, muss damit rechnen, dass ich über ihn (sie) falsche Sachen herumerzähle.
 Stimmt
 Stimmt nicht
- (8) Ein Streit führt zu nichts Gute.
 Stimmt
 Stimmt nicht

- (9) Mir macht es nichts aus, anderen eine Ohrfeige zu geben.
o Stimmt
o Stimmt nicht
- (10) Ich versuche, jeder offenen Auseinandersetzung aus dem Weg zu gehen.
o Stimmt
o Stimmt nicht
- (11) Personen, die mir auf die Nerven gehen, beschimpfe ich lautstark („Blödmann“ etc.).
o Stimmt
o Stimmt nicht
- (12) Auch wenn man aus berechtigten Gründen zu toben anfängt, so ist man hinterher der Dumme.
o Stimmt
o Stimmt nicht
- (13) Wenn ich richtig in Zorn komme, dann schmeiße ich auch mit Gegenständen nach anderen.
o Stimmt
o Stimmt nicht
- (14) Selbst wenn ich einer Auseinandersetzung nur zuschauen muss, so fühle ich mich schuldig.
o Stimmt
o Stimmt nicht
- (15) Ich habe andere im Streit schon mit dem Fuß getreten.
o Stimmt
o Stimmt nicht
- (16) Es macht mir Angst, wenn andere zu streiten beginnen.
o Stimmt
o Stimmt nicht
- (17) Ich bin beim Sport oder gemeinsamen Spiel bereits „handgreiflich“ geworden.
o Stimmt
o Stimmt nicht
- (18) Es ist schlimm, wenn sich Leute lauthals anschreien.
o Stimmt
o Stimmt nicht
- (19) Ich habe schon einmal andere Leute grundlos angepöbelt.
o Stimmt
o Stimmt nicht
- (20) Ein unbedachtes Wort muss man hinterher oft bereuen.
o Stimmt
o Stimmt nicht
- (21) Aus Spaß habe ich manchmal anderen Sachen weggenommen.
o Stimmt
o Stimmt nicht

- (22) Ich fürchte mich vor jeder Unbeherrschtheit.
 Stimmt
 Stimmt nicht
- (23) Ich bin öfter in lautstarke Auseinandersetzungen verwickelt.
 Stimmt
 Stimmt nicht
- (24) Auf die Dauer macht man sich durch einen Streit nur unbeliebt.
 Stimmt
 Stimmt nicht
- (25) Ich gerate bei Auseinandersetzungen schnell in Wut.
 Stimmt
 Stimmt nicht
- (26) Nur mit Ruhe und Überzeugungskraft kann man seine Ziele erreichen.
 Stimmt
 Stimmt nicht
- (27) Mir würde es nichts ausmachen, auch mit einem Messer auf andere loszugehen.
 Stimmt
 Stimmt nicht
- (28) Es ist gemein, die Sachen von anderen absichtlich kaputt zu machen.
 Stimmt
 Stimmt nicht
- (29) Ich habe bereits öfter andere bedroht.
 Stimmt
 Stimmt nicht
- (30) Durch eine handgreifliche Auseinandersetzung wird alles nur noch schlimmer.
 Stimmt
 Stimmt nicht

Zum Schluss bitten wir Sie noch um einige Angaben zu Ihrer Person!

1. Geschlecht
 männlich
 weiblich

2. Alter (Jahre)

3. Auf welcher Station sind Sie?
 offen
 geschlossen

Der Fragebogen ist nun zu Ende!
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

F Verkürzte Fassung des FEPAA-E für Post-Messung

H. Lukesch

FEPAA-E

Teil 1

Im folgenden Abschnitt sind einzelne Situationen beschrieben, wie sie täglich passieren können. Geben Sie bitte an, wie sich die Hauptpersonen Ihrer Meinung nach in der jeweiligen Situation fühlen, kreuzen Sie bitte immer nur eine der drei Antwortmöglichkeiten an.

(1) Hans zeigt seinem Freund Thomas voller Stolz das neue Auto, das er sich vor einer Woche gekauft hat. Thomas gefällt das Auto sehr gut und er bittet Hans, ihn das Auto ausprobieren zu lassen. Als Thomas aus der Parklücke fahren will, passiert ihm ein Unglück: Er hat beim Ausparken die Stoßstange des vorderen Autos nicht richtig eingeschätzt und nun ist die ganze Seite des Fahrzeuges eingedrückt.

Wie fühlt sich Hans, als er sieht, dass sein neues Fahrzeug beschädigt ist?

- Es macht ihm nichts aus, weil die Versicherung für den Schaden aufkommen wird.
- Er ist überrascht, da er nicht geglaubt hat, dass sein Freund Thomas einen solchen Fehler machen würde.
- Er ärgert sich, weil sein neues Auto eine Delle hat.

Wie fühlt sich Thomas dabei?

- Es ist ihm gleichgültig, da so etwas jedem einmal passieren kann.
- Es ist ihm peinlich, dass er eine Delle in das Auto gefahren hat.
- Er ist wütend, weil ihm sein Freund erlaubt hat, mit dem Auto zu fahren.

Wie würden Sie an der Stelle von Thomas reagieren?

- Ich würde mich entschuldigen, weil ich sein neues Auto beschädigt habe.
- Ich würde ihm sagen, er soll sich nicht aufregen, denn die Versicherung wird schon zahlen.
- Ich würde mich über Hans ärgern, weil er mir das Auto geliehen hat.

(2) Renate erzählt ihrer Freundin Waltraud, dass sie von der Bank einen größeren Geldbetrag abgehoben hat, weil sie sich einen neuen Computer mit allem Zubehör kaufen wollte. Als sie in dem Computerladen ankam, merkt sie, dass ihre Geldbörse nicht mehr da ist.

Wie fühlt sich Renate, als sie merkt, dass ihr Geld weg ist?

- Sie ist ganz niedergeschlagen, weil ihr lang zusammengespartes Geld fort ist.
- Sie ist wütend, weil die Polizei die Taschendiebe nicht aus dem Verkehr ziehen kann.
- Es macht ihr wenig aus, weil sie sich den Betrag ja wieder zusammen sparen kann.

Wie fühlt sich ihre Freundin Waltraud?

- Sie macht sich über Renate lustig, weil die so dumm ist und sich bestehlen lässt.
- Renate geht ihr mit ihrem Gerede auf die Nerven.
- Renate tut ihr leid, weil das doch ein großer Verlust war.

Wie würden Sie an der Stelle von Waltraud reagieren?

- Ich würde versuchen, Renate zu trösten.
- Ich würde ihr sagen, dass im Leben noch viel Schlimmeres passieren kann.
- Ich würde ihr klarmachen, dass so ein Computer nur die Freizeit auffrisst.

(3) Auf einer Betriebsfeier wollen die Kollegen Alexander, den Mann in der Poststelle, hereinlegen und sie machen untereinander aus, dass an diesem Abend keiner mit ihm reden wird.

Wie fühlt sich Alexander, als bei der Feier alle durch ihn hindurch sehen und keiner mit ihm spricht?

- Er ist verwirrt, weil er das nicht erwartet hat.
- Es ist ihm gleichgültig, da Menschen eben komisch sein können.
- Er fühlt sich schuldig, weil er denkt, dieses Verhalten vielleicht verursacht zu haben.

Was denkt sich sein Kollege Theo, der mit Alexander zusammen in der Poststelle arbeitet?

- Es ist ihm gleichgültig, weil es ja nur ein Scherz ist.
- Er ist zornig auf Alexander, weil dieser von ihm wissen will, was los ist.
- Alexander tut ihm leid, weil die Kollegen ihm diesen Streich spielen.

Wie würden Sie an Stelle von Theo reagieren?

- Ich hätte mit Alexander Mitleid.
- Ich würde mich heimlich darüber freuen, weil Alexander wegen dem Scherz so durcheinander ist.
- Mir wäre es gleichgültig, was in Alexander vorgeht.

(4) Laura hat in ihrem Betrieb schon seit einiger Zeit Ärger, weil sie immer zu spät zur Arbeit kommt. Als sie wieder eine Stunde zu spät dran ist, bittet sie ihre Freundin Heidi, dem Chef zu sagen, dass ihr Auto eine Panne gehabt hat und sie sich deswegen verspätet haben.

Was denkt sich Laura, als sie Heidi um diesen Gefallen bittet?

- Eine Hand wäscht die andere, beim nächsten Mal tue ich ihr einen Gefallen.
- Vermutlich macht Heidi das nicht so gern, wo sie doch immer so korrekt ist.
- Eine Freundin muss schon zu einer kleinen Notlüge bereit sein.

Was glauben Sie, wie fühlt sich Heidi, als Laura sie bittet, die Schuld für die Verspätung auf sich zu nehmen?

- Es ist eine Zumutung, dass ich den Kopf für Laura hinhalten soll.
- Der Chef wird schon nicht merken, dass wir ihn linken.
- Heidi freut sich, einer Freundin einen Gefallen zu leisten.

Wie würden Sie an Stelle von Heidi reagieren?

- Ich habe Verständnis für Laura, denn die ist sowieso häufig verwirrt.
- Die soll mit ihrem Problem selbst zu Recht kommen, ich lasse mich da nicht hineinziehen!
- Laura wird mir auch helfen, wenn ich einmal ein Problem habe.

(5) Dominick ist in seiner Freizeit begeisterter Motorradbastler. Als er auf seinem Tank eine neue Airbrush-Malerei fertig gestellt hat, zeigt er diese seinem Bikerfreund Oliver.

Was denkt sich Dominick, als er sein neues Kunstwerk vorführt?

- Oliver wird vor Neid platzen, wenn er meinen neuen Tank sieht.
- Den wird das auch interessieren, weil er doch auch ein Motorrad-Fan ist.
- Jetzt bin ich im Biker-Club der Größte.

Was geht in Oliver vor, als er den neuen Tank sieht?

- Er denkt sich, dass Dominick ein alter Angeber ist.
- Er ärgert sich, weil sein eigenes Motorrad nicht so toll aussieht.
- Er freut sich für seinen Freund, weil ihm die Malerei so gut gelungen ist.

Wie würden Sie an Stelle von Oliver reagieren?

- Mir wäre es ziemlich gleichgültig, wie der seinen Tank bemalt hat.
- Ich freue mich mit ihm, weil er so begeistert von seiner Kunst ist.
- Eine Bild auf dem Tank macht ein Motorrad nicht besser.

(6) Britta ist zu einer Party eingeladen, auf die sie sich schon sehr freut. Sie ist schon etwas spät dran, und kurz bevor sie aus dem Haus gehen will, ruft sie Melanie an und bittet Britta, sie in den Nachbarort zu ihrem Freund zu fahren, weil ihr Auto eben seinen Geist aufgegeben hat.

Was denkt sich Melanie, als sie Britta um den Gefallen bittet?

- Sie will Britta wieder einmal für ihre Zwecke einspannen.
- Sie ist etwas verzweifelt, weil sie keine andere Möglichkeit sieht, zu ihrem Freund zu kommen.
- Sie ärgert sich, weil ihr Auto wieder eine Macke hat.

Was geht in Britta vor, als sie angerufen wird?

- Sie ärgert sich, weil sie es selbst eilig hat.
- Es macht ihr nichts aus, Britta in den Nachbarort zu fahren.
- Sie freut sich, dass sie Melanie einen Gefallen tun kann.

Wie würden Sie an Stelle von Britta reagieren?

- Ich würde es ablehnen, Taxi für Melanie zu spielen.
- Ich würde mich ärgern, weil ich selbst in Zeitdruck bin und zu spät auf die Party komme.
- Es würde mir nichts ausmachen, Melanie zu ihrem Freund zu fahren.

Teil 2

Im Folgenden sind verschiedene Situationen beschrieben, wie sie jeden Tag passieren können. Ihre Aufgabe ist es, das Verhalten der Hauptpersonen zu beurteilen. Wenn Sie finden, dass die angesprochene Person sich richtig verhält und angemessen reagiert, kreuzen Sie ganz rechts die 7 an. Wenn Sie finden, dass die Person sich vollkommen falsch oder unangemessen verhält, kreuzen Sie ganz links die 1 an. Ansonsten kreuzen Sie dazwischen an, je nachdem, ob Sie das Verhalten eher richtig oder eher falsch finden.

(1) Gudrun erhält einen Brief von der Lehrerin, in welchem ihr mitgeteilt wird, dass ihr Sohn Martin die Schule seit einiger Zeit schwänzt und nun versetzungsgefährdet sei. Als Martin mittags nach Hause kommt, erwartet Gudrun ihn schon und verprügelt ihm gehörig den Hintern.

Das Verhalten von Gudrun finde ich ...

völlig falsch	1---2---3---4---5---6---7	völlig richtig
---------------	---------------------------	----------------

(2) Falko fährt auf einer Straße und sieht, dass vor ihm die Ampel auf Gelb springt. Falko beschleunigt deshalb. Sein Vordermann bremst jedoch voll ab. Falko kommt nicht mehr rechtzeitig zum Stehen und knallt beim Vordermann hinten drauf. Falko ist ganz aufgeregt. Er geht zu seinem Vordermann hin und will ihn zur Rechenschaft ziehen. Dadurch kommt es zu einem Handgemenge, bei dem Falko ordentlich austeilt.

Das Verhalten von Falko finde ich ...

völlig falsch	1---2---3---4---5---6---7	völlig richtig
---------------	---------------------------	----------------

(3) Jutta geht nach ihrer Arbeit noch in einen Supermarkt, um fürs Plätzchen-Backen noch Weihnachtsbutter einzukaufen. Als sie an das entsprechende Regal kommt, liegen dort noch zehn Pakete. Bevor sie sich jedoch zwei davon nehmen kann, nimmt eine andere Frau alle zehn. Jutta geht wortlos hin und nimmt der anderen zwei Pakete ab. Als diese sich ihre Pakete zurückholen will, stößt Jutta sie entschieden weg.

Das Verhalten von Jutta finde ich ...

völlig falsch	1---2---3---4---5---6---7	völlig richtig
---------------	---------------------------	----------------

(4) Bei einer Betriebsbesprechung meldet sich Anton öfter zu Wort. Der Diskussionsleiter übergeht ihn jedoch regelmäßig. Anton wird allmählich sauer. Als wieder dasselbe passiert, springt Anton auf und beschwert sich lauthals beim Diskussionsleiter.

Das Verhalten von Anton finde ich ...

völlig falsch	1---2---3---4---5---6---7	völlig richtig
---------------	---------------------------	----------------

H. Lukesch

FEPAA-E

(5) Es ist schon dunkel und Michaela befindet sich auf dem Heimweg. An einer Ecke stolpert ein Betrunkener auf sie zu. Michaela bekommt es mit der Angst zu tun und boxt den Man in den Unterleib, so dass er zu Boden geht.

Das Verhalten von Michaela finde ich ...

völlig falsch

1---2---3---4---5---6---7

völlig richtig

(6) Dieter sieht auf der Straße, wie eine Frau ihr Kind regelrecht verprügelt. Er findet, dass die Schläge sehr brutal sind. Deshalb geht er zu der Frau hin und bittet sie, doch mit dem Schlagen aufzuhören. Als sie es nicht sein lässt, reißt Dieter sie von dem Kind weg und gibt ihr eine Ohrfeige.

Das Verhalten von Dieter finde ich ...

völlig falsch

1---2---3---4---5---6---7

völlig richtig

Zum Schluss bitten wir Sie noch um einige Angaben zu Ihrer Person!

1. Geschlecht

- männlich
- weiblich

2. Alter (Jahre)

3. Auf welcher Station sind Sie?

- offen
- geschlossen

**Der Fragebogen ist nun zu Ende!
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

G Checkliste zur Fremdbeurteilung von Aggression und Aggressivität

11. mangelnde Krankheitseinsicht --- --- --- --- --- --- überhaupt nicht ausgeprägt stark ausgeprägt

12. Desorientiertheit --- --- --- --- --- --- überhaupt nicht ausgeprägt stark ausgeprägt

13. Halluzinationen --- --- --- --- --- --- überhaupt nicht ausgeprägt stark ausgeprägt

14. Wahnideen --- --- --- --- --- --- überhaupt nicht ausgeprägt stark ausgeprägt

15. Gewalttätige Phantasien --- --- --- --- --- --- überhaupt nicht ausgeprägt stark ausgeprägt

16. SG in Vergangenheit keine SG vorsätzliche Selbstschädigung ohne Suizidabsicht
 Suizidversuch vorsätzliche Selbstschädigung + Suizidversuch

17. FG in Vergangenheit keine FG
 nur bedrohliches Verhalten ohne Täglichkeiten leichte Körperverletzung, Ohrfeigen
 Sachbeschädigung, fremder Sachen Sachbeschädigung eigener Sachen
 Sachbesch. eigener + fremder Sachen schwere Körperverletzung, Waffengebrauch
 leichte Körperverl. + Sachbesch. schwere Körperverl. + Sachbesch.

18. Suchtmittelmissbrauch kein Suchtmittelmissbrauch in Vorgeschichte
 vor jetzigem Aufenthalt in Vorgeschichte + vor jetzigem Aufenthalt

19. aktueller GAF-Wert _____

20. Einschätzung der Fremd-Aggressivität des Patienten

--- --- --- --- --- überhaupt nicht ausgeprägt stark ausgeprägt

21. Einschätzung der Selbst-Aggressivität des Patienten

--- --- --- --- --- überhaupt nicht ausgeprägt stark ausgeprägt

H Global Assessment of Functioning Scale (GAF-Skala)

- 100-91 Hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum von Aktivitäten; Schwierigkeiten im Leben scheinen nie außer Kontrolle zu geraten; keine Symptome.
- 90-81 Keine oder nur minimale Symptome (z.B. leicht Angst vor einer Prüfung), gute Leistungsfähigkeit in allen Gebieten, interessiert und eingebunden in ein breites Spektrum von Aktivitäten, sozial effektiv im Verhalten, im allgemein zufrieden mit dem Leben, übliche Alltagsprobleme oder -sorgen (z.B. nur gelegentlicher Streit mit einem Familienmitglied).
- 80-71 Wenn Symptome vorliegen, sind dies vorübergehende oder zu erwartende Reaktionen auf psychosoziale Belastungsfaktoren (z.B. Konzentrationsschwierigkeiten nach einem Familienstreit); höchstens leichte Beeinträchtigung der sozialen beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. zeitweises Zurückbleiben in der Schule).
- 70-61 Einige leichte Symptome (z.B. depressive Stimmung oder leichte Schlaflosigkeit ODER einige leichte Schwierigkeiten hinsichtlich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. gelegentliches Schuleschwänzen oder Diebstahl im Haushalt), aber im allgemeinen relativ gute Leistungsfähigkeit, hat einige wichtige zwischenmenschliche Beziehungen.
- 60-51 Mäßig ausgeprägte Symptome (z.B. Affektverflachung, weitschweifige Sprache, gelegentliche Panikattacken) ODER mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten bezüglich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. wenige Freunde, Konflikte mit Arbeitskollegen, Schulkameraden oder Bezugspersonen).
- 50-41 Ernste Symptome (z. B. Suizidgedanken, schwere Zwangsrituale, häufige Ladendiebstähle) ODER eine Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. keine Freunde, Unfähigkeit, eine Arbeitsstelle zu behalten).
- 40-31 Einige Beeinträchtigungen in der Realitätskontrolle oder der Kommunikation (z. B. Sprache zeitweise unlogisch, unverständlich oder belanglos) ODER starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen, z. B. Arbeit oder Schule, familiäre Beziehungen, Urteilsvermögen, Denken oder Stimmung (z. B. ein Mann mit einer Depression vermeidet Freunde, vernachlässigt seine Familie und ist unfähig zu arbeiten; eine Kind schlägt häufig jüngere Kinder, ist zu Hause trotzig und versagt in der Schule).
- 30-21 Das Verhalten ist ernsthaft durch Wahnphänomene oder Halluzinationen beeinflusst ODER ernsthafte Beeinträchtigung der Kommunikation und des Urteilsvermögens (z.B. manchmal inkohärent, handelt grob inadäquat, starkes Eingenommensein von Selbstmordgedanken ODER Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen (z. B. bleibt den ganzen Tag im Bett, hat keine Arbeit, Kein Zuhause und keine Freunde).
- 20-11 Selbst- und Fremdgefährdung (z. B. Selbstmordversuche ohne eindeutige Todesabsicht, häufig gewalttätig, manische Erregung) ODER ist gelegentlich nicht in der Lage, die geringste Hygiene aufrechtzuerhalten (z. B. schmiert mit Kot) ODER grobe Beeinträchtigung der Kommunikation (größtenteils inkohärent oder stumm).
- 10-1 Ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu verletzen (z. B. wiederholte Gewaltanwendung) ODER anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten ODER ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht.
- 0 Unzureichende Informationen

I Dokumentationsbogen zur Epidemiologie aggressiver Situationen

Dokumentationsbogen zur Epidemiologie aggressiver Situationen

Patientencode: _____

Vorfallsdatum: _____ Uhrzeit: _____

Vorfallsort: _____

1. Auslöser der Aggression: keine nachvollziehbare Provokation

Provoziert:

- durch andere(r) Patient(en) Pflegeperson wünschte Medikamenteneinnahme
- Bei der Hilfe bei den ATL's Patienten wurde etwas verwehrt
- Andere (welche?) _____

2. Benutzte Hilfsmittel

verbale Aggression

gewöhnliche Gegenstände: Stuhl Glas Andere (welche?) _____

Körperteile: Hand (schlagen, boxen) Fuß (treten) Zähne (beißen)
 Andere (welche?) _____

Gefährliche Gegenstände oder Methoden: Messer Strangulieren
 Andere (welche?) _____

3. Ziel der Aggression

Nichts bzw. Niemand Gegenstand/ Gegenstände Andere(r) Patient(en)

Patient selbst Andere Person(en), welche? _____

Mitarbeiter: Pflege Arzt/Psychologe Sonst. Therapeuten Reinigungskräfte

4. Konsequenz(en) für das (die) Opfer

keine Gegenstände beschädigt

Personen: Fühlten sich bedroht Schmerz < 10 min Schmerz > 10 min
 sichtbare Verletzung infolgedessen behandlungsbedürftig
 behandlungsbedürftig durch einen Arzt

5. Maßnahme(n) um Aggression zu stoppen

keine Gespräch mit Patienten ruhig weggeführt

orale Medikation parenterale Medikation unter Krafteinsatz festgehalten

in einem geschlossenen Raum isoliert Fixierung

andere Maßnahmen: _____

Summenwert: _____

A g g r e s s i o n s s k a l a

Aggressives Verhalten (Zutreffendes bitte ankreuzen, Mehrfachantworten möglich)

Verbale Aggression
Pat. ist laut, schreit herum
Pat. äußert persönliche Beleidigungen (z.B. „Du Blödmann“)
Pat. flucht heftig, benutzt im Ärger Schimpfwörter, macht unbestimmte Drohungen gegen andere oder sich selbst

Aggression gegen sich selbst
Pat. zwinkt sich, zerkratzt sich die Haut, schlägt sich selbst, reißt sich an den eigenen Haaren (höchstens kleinere Verletzungen)
Pat. schlägt sich den Kopf an, schlägt mit der Faust gegen Gegenstände, wirft sich auf den Boden (verletzt sich dabei nicht ernsthaft)
Pat. fügt sich kleine Schnitte, blaue Flecken oder kleinere Verbrennungen zu

Aggression gegenüber Gegenständen
Pat. schlägt Türen zu, verstreut Kleidung, bringt alles durcheinander
Pat. wirft Gegenstände herunter, tritt gegen Möbelstücke (ohne sie zu beschädigen), beschmiert die Wand
Pat. zerbricht Gegenstände, schlägt Fenster ein

Aggression gegen andere Personen
Pat. macht bedrohliche Gebärden, rempelt Leute an, zerrt an der Kleidung
Pat. schlägt, tritt, stößt, zieht an den Haaren (ohne Verletzungsfolgen)
Pat. greift andere an und verursacht leichte Körperverletzungen (blaue Flecken, Verstauchungen, Striemen)

Beginn des Vorfalls: _____ - _____ Uhr
 aktuelle Pflegepersonalbesetzung: _____

Dauer des Vorfalls: _____ Minuten
 aktuelle Patientenbelegung: _____

Therapeutische Maßnahmen (Zutreffendes bitte ankreuzen, Mehrfachantworten möglich)

Keine	Bedarfsmedikation i.m/i.v.	wegen Verletzung
Gespräch mit dem Patienten	Time out (ohne Wegsperrn)	Notfallversorgung
Engmaschige Überwachung	Isolierung (Wegsperrn)	des Patienten
Patient festhalten	Fixierung	
orale Bedarfsmedikation	wegen Verletzung Notfallversorgung der anderen Person	

Weitere Angaben:

weitere Interventionsmöglichkeiten:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Zuhilfeholen weiterer Personen | <input type="checkbox"/> Verlegung auf andere Station |
| <input type="checkbox"/> Medikamentenänderung | <input type="checkbox"/> Eingehen auf Wünsche des Patienten |

Maßnahme um Aggression zu stoppen: einmalig intermittierend

Dauer der Maßnahme: _____ min.

Aggressionsursachen:

- | | | | |
|--|---|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Psychopathologie: <input type="checkbox"/> Wahn | <input type="checkbox"/> Denkstörung | <input type="checkbox"/> Halluzination | <input type="checkbox"/> Erregung |
| <input type="checkbox"/> Andere (welche?) _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Konflikt mit | <input type="checkbox"/> Personal | <input type="checkbox"/> Mitpatient | <input type="checkbox"/> Besuch |
| <input type="checkbox"/> Wunschverweigerung | <input type="checkbox"/> Medikamentenverweigerung | <input type="checkbox"/> Medikamentenveränderung | |
| <input type="checkbox"/> Verweigerung therapeutischer Maßnahmen | | <input type="checkbox"/> disziplinarische Maßnahmen | |
| <input type="checkbox"/> Rauschmittelabusus | | | |

Aggressionsmotive:

Durchsetzung best. Wünsche Appell Angst
Einengung im Rahmen eines Erregungszustands Personenverkenntung
Verhalten nach Kränkung Andere (welche?) _____

falls Aggression gegen Personal gerichtet:

Alter: _____ Geschlecht: m w Berufserfahrung in Jahren: _____

Medikamente eingehalten? wie verordnet unregelmäßig selbstständig abgesetzt

Probleme bei Psychopharmakatherapie:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> keine besonderen Probleme | <input type="checkbox"/> Therapieresistenz/mangelnde Wirkung |
| <input type="checkbox"/> erhebliche unerwünschte Arzneimittelwirkung | <input type="checkbox"/> mangelnde Compliance |

J The Staff Observation Aggression Scale-Revised (SOAS-R)

Initials of the patient: _____		Registration no: _____		Ward: _____					
Incident no.: _____		Date: _____		Time (hours and minutes): _____					
<p>This form is to be completed by staff members witnessing aggressive behavior of a patient whereby aggression is defined as: any verbal, nonverbal, or physical behavior that was threatening (to self, others or property), or physical behavior that actually did harm (to self, others, or property) (in: Morrison, 1990).</p> <p>In the case of an aggressive incident please note the initials and registration no. of the patient, date and the time on which the incident started, and put at least one mark in each column.</p>									
1. Provocation		2. Means used by the patient		3. Target of aggression		4. Consequence(s) for victim(s)		5. Measure(s) to stop aggression	
No understand-able provocation	1	verbal aggression	0	nothing / nobody	0	no	0	none	0
Provoked by:		Ordinary objects:		object(s)	1	Objects:	talk to patient 0		
other patient(s)	0	chair(s)	1	other patient(s)	2	damaged, not replaced	4	calmly brought away	0
help with ADL	0	glass(ware)	1	patient self	3	damaged, replaced	4	peroral medica-tion	2
patient being denied something	0	other, namely:	1	staff member(s)	3	persons:	parenteral medica-tion		
staff requiring patient to take medication	2	parts of the body:	other person(s)		4	felt threatened	6	held with force	4
other provocations:	0	hand (hitting, punching etc)	2			pain < 10 min	9	seclusion/isolation (locked door)	4
.....		foot (kicking)	2			pain > 10 min	9	physical restraints	4
.....		teeth (biting)	2			visible injury	9	other measures:	2
.....		other, namely:	2			need for treat-ment	9	
Dangerous objects or methods:						need for treat-ment by a phys-ician	9	
knife		3							
strangulation		3							
other, namely:		3							

K Overt Aggression Scale (OAS)

Identifying Data Name of Patient: _____		Name of Rater: _____	
Sex of Patient: _____ Male _____ Female	Date: _____ / _____ / _____ (mo/da/yr) Shift: _____ Night _____ Day _____ Evening		
No. of aggressive incident(s) (verbal or physical) against self, others, or objects during the shift: _____			
Aggressive Behavior (Check all that apply)			
Verbal Aggression <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Makes loud noises, shouts angrily. <input type="checkbox"/> Yells mild personal insults, e.g., "You're stupid!" <input type="checkbox"/> Curses viciously, uses foul language in anger, makes moderate threats to others or self. <input type="checkbox"/> Makes clear threats of violence toward others or self ("I'm going to kill you") or requests to help control self. 		Physical Aggression Against Self <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Picks or scratches skin, hits self, pulls hair (with no or minor injury only). <input type="checkbox"/> Bangs head, hits fists into objects, throws self onto floor or objects (hurts self without serious injury). <input type="checkbox"/> Small cuts or bruises, minor burns. <input type="checkbox"/> Mutilates self, causes deep cuts, bites that bleed, internal injury, fracture, loss of consciousness, loss of teeth. 	
Physical Aggression Against Objects <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Slams door, scatters clothing, makes a mess. <input type="checkbox"/> Throws objects down, kicks furniture without breaking it, marks the wall. <input type="checkbox"/> Breaks objects, smashes windows. <input type="checkbox"/> Sets fires, throws objects dangerously. 		Physical Aggression Against Other People <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Makes threatening gesture, swings at people, grabs at clothes. <input type="checkbox"/> Strikes, kicks, pushes, pulls hair (without injury to them). <input type="checkbox"/> Attacks others, causing mild-moderate physical injury (bruise, sprain, welt). <input type="checkbox"/> Attacks other, causing severe physical injury (broken bones, deep lacerations, internal injury). 	
Time incident began: _____ AM/PM		Duration of incident: _____ : _____ (Hours:minutes)	
Intervention (check all that apply)			
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Talking to patient. <input type="checkbox"/> Closer observation. <input type="checkbox"/> Holding patient. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Immediate medication given by mouth. <input type="checkbox"/> Immediate medication given by injection. <input type="checkbox"/> Isolation without seclusion. <input type="checkbox"/> Seclusion. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Use of restraints. <input type="checkbox"/> Injury requires immediate medical treatment for patient. <input type="checkbox"/> Injury requires immediate medical treatment for other person. 	
Comment			