

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

MANIE

Teil 9: Aggressive Durchbrüche

Aggressionen scheinen zuzunehmen, besonders während pandemischer und Lockdown-Zeiten. Das trifft nicht nur Gesunde, das trifft nicht zuletzt Kranke, insbesondere seelisch und psychosozial Beeinträchtigte. Die Manie gehört dazu. Sie ist allerdings besonders schwer im Voraus abzuschätzen. Das Überraschungsmoment gehört nicht selten dazu, auch wenn man bereits mehrfach vorgewarnt war.

Was also gilt es zu wissen, um im Erlebnisfall das Richtige zu tun – vielleicht sogar notgedungen mit Verständnis gegenüber einem psychisch Kranken, der gerade hier nicht immer zu dem üblichen Krankheitsbild zu gehören scheint?

Erwähnte Fachbegriffe:

Manie – manische Aggressivität – „typische“ manische Aggressions-Handlungen – manische Warnsymptome – manische Aggression und Alter – manische Aggression und Geschlecht – manische Aggressionsfolgen – aggressions-riskante Hinweise generell – manische Aggression zu Hause – manische Aggression im Krankenhaus – u. a. m.

AGGRESSIVE DURCHBRÜCHE

Maniker können aggressiv und dann sehr unangenehm werden. Und zwar nicht nur vorlaut, impulsiv, dreist, sondern auch fleghaft, unverfroren, beleidigend

und ausfallend - und selbst dort gelegentlich mitreißend oder unwiderstehlich. Sie können auch ungewöhnlich reizbar, enthemmt, hitzköpfig, ja besessen, explosiv, cholerisch, jähzornig, angriffslustig, im Extremfall feindselig, gehässig, wütend und in diesem Zusammenhang rücksichtslos, rasend, wie von Sinnen und hasserfüllt herumtoben. Dann ist keine Rede mehr von ausgelassen, übermütig, mitreißend und faszinierend. Dann versetzt eine breite Palette von unbeherrscht bis gewalttätig die verzweifelten Angehörigen in Angst und Panik. Denn die Angehörigen sind es meist, die es trifft.

Doch auch hier spielt die Kombination aus zugrundeliegender Persönlichkeitsstruktur und Intensität des manischen Krankheitsbildes, ggf. eine alkoholische, rauschdrogen-bedingte oder sonstige Enthemmung sowie die Auslösesituation eine entscheidende Rolle. Doch gilt die Regel: Maniker sind im Allgemeinen empfindlicher, als ihr robustes bis aggressives Auftreten ahnen lässt. Kommt es zu einer Kränkung, Zurückweisung oder auch nur Einengung ihrer expansiven Wünsche, können schnell lautstarke Auseinandersetzungen, Vorwürfe, Streit, Drohungen („Rechtsanwalt“, „Beziehungen“) resultieren. Allerdings nur relativ selten riskante körperliche Übergriffe, insbesondere bössartige oder gezielt gefährliche bis heimtückische. Die wenigen Erfahrungsberichte, die sich speziell mit der Kriminalität manischer Patienten befassen, stützen diese Erkenntnisse.

Die für eine Manie typischen Delikte sind vor allem „gewaltlose“ Vergehen, nicht zuletzt unter Alkoholeinfluss. Körperverletzungen sind selten und wenn, dann eher leichter bzw. provozierender Natur: „Unverschämtheiten“, entgleitete Drohgebärden, Übergriffe im Handgemenge usw. Ausnahmen bestätigen die Regel.

Allerdings kann die Manie - früher deshalb als „Zornobsucht“ bezeichnet -, auch heute noch in eine eindrucksvolle Zerstörungswut münden. Dieser fällt zum Beispiel die eigene Wohnungs-Einrichtung zum Opfer. Dann fliegen nicht nur Kleider, sondern auch Möbel und sonstige Einrichtungsgegenstände zum Fenster heraus oder werden blindlings zertrümmert. Oder die Wohnung wird unter Wasser gesetzt, Briefe und Bücher (im Papierkorb) verbrannt, Leitungen (Lampen, Telefon) aus den Dosen gerissen, Geschirr zerschmettert, Bilder zerfetzt, vor allem lieb gewonnene Erinnerungsstücke (eigene und fremde) zerstört - scheinbar zielbewusst. Ein solches „Schlachtfeld“ hinterlässt in der Tat einen deprimierenderen Eindruck als jeglicher sonstige Vandalismus. Man spürt, hier ist jetzt mehr als nur Materielles kaputt gegangen. Und das kann langfristig teuer werden, in jeder Hinsicht.

Kommt es zur *brachialen Gewalt* gegen andere Personen, so merkt man ebenfalls rasch, dass sich hier nicht um einen grundsätzlich aggressionsenthemmten Dissozialen handelt, sondern „dass einfach die Hand lockerer sitzt, besonders gegenüber Angehörigen“ (ein zerknirschter Betroffener da-

nach). Natürlich spielen auch hier die bereits erwähnten Einflüsse (s. o.) eine Rolle, so dass im unglücklichsten Falle neben hemmungslosen Schimpfkanonaden und ungerichteter Zerstörungswut auch einmal eine zielgerichtete Gewalttätigkeit mit Verletzungsfolgen droht. Im allgemeinen aber handelt es sich bei den manischen Attacken mehr um ein Schubsen, Stoßen, bedrängendes Bedrohen, An-den-Haaren-Ziehen, Hin- und Herzerren, manchmal durchaus bewusst entwürdigend, so dass der andere strauchelt, rutscht, über etwas stolpert, fällt usw. - kurz: nicht nur bedrängt, sondern auch gedemütigt wird. Das hat nicht zuletzt psychologische Hintergründe, beispielsweise eine zermürbende Partner-, berufliche oder gar hausgemeinschaftliche Beziehung, die nie durch eine klärende Aussprache entschärft wurde.

Gelegentlich ist auch ein fast blindwütiger Angriff möglich, mit teils ungerichteten, teils gezielten Attacken, die gefährlich aussehen und leider auch häufig mit Blutergüssen, Schrammen, Prellungen, leichteren Schnitt- und Stichverletzungen oder gar Frakturen enden können - aber in der Regel nicht die physische Vernichtung des Opfers zum Ziel haben. Denn der Maniker ist ablenkbar, glücklicherweise auch bei lebensbedrohlich erscheinenden Übergriffen. Außerdem ist er nur selten willens oder in der Lage, sich durch einen raffinierten Winkelzug oder eine geschickte Flucht aus der Affäre zu ziehen, wenn ihn eine Übermacht in Bedrängnis bringt, die dem Opfer zu Hilfe eilt. Der Maniker ist eben kein eiskalt berechnender Krimineller und der manische Antriebsüberschuss bis hin zu aggressiven Durchbrüchen ist keine zweckbestimmte kriminelle Energie, selbst wenn die erwähnten Faktoren Persönlichkeitsstruktur, Krankheitsausmaß und Ursache der Auseinandersetzung mitunter eine explosive Mischung ergeben.

Was den äußeren Aspekt anbelangt, so lassen sich letztlich keine konkret verwertbaren *Warnsymptome* für einen drohenden Ausbruch beim Maniker im speziellen zusammenstellen. Das Charakteristische der Manie ist das plötzliche, unvorhersehbare, ständig wechselnde Geschehen, das sich kaum an typischen Auslösern festmacht, die man sich zu Warnzwecken merken könnte. Allerdings gibt es auch Ausnahmen: Dazu gehören zum einen allgemeine Hinweise für eine drohende Aggressivität, die sich zumindest teilweise auch auf die manische Aggressivität übertragen lassen sowie generelle Schlussfolgerungen. Denn dem Maniker geht es nicht anders als jedem Gesunden: Auch ihn regen immer wieder dieselben Personen, Frustrationen, scheinbaren Beinträchtigungen, Kränkungen und Widerstände auf, was sich dann in die immer gleichen Szenen umsetzt wie in einem Drehbuch. Auf so etwas kann man sich deshalb auch besser einstellen bzw. - falls irgendwie vertretbar - das „Ganze erst gar nicht hochkochen lassen“. Problematisch ist und bleibt die oft permanent hohe Frustrations-Toleranz bzw. damit verbundene Reizbarkeit. Ein besonderes Problem ist die auch bisweilen extrem erhöhte Bereitschaft zur sogenannten *Rivalitäts-Aggression*. Die keineswegs einfache Aufgabe für Betroffene und Therapeuten besteht nun darin, dem Maniker einerseits klare Grenzen zu setzen, ihm aber andererseits so viel so genannte „Grandiositäts-

Gefühle“ („ich bin der Größte“) und erfolgreiche Rivalitäts-Aggression zuzulassen, dass es nicht zu überschießenden Reaktionen kommt. Weitere Einzelheiten dazu siehe die entsprechenden Hinweise in den jeweiligen Kapiteln.

Was auf jeden Fall aber halbwegs bekannt (aus früheren „Dramen“), zumindest erahnt werden sollte, ist die Überlegung:

Was kann auf einen aggressiven Durchbruch hinweisen?

Um wenigstens auf die äußerlichen Warnsymptome zurückzukommen (was sich innerlich zusammenbraut, ist ja meist schwer erkennbar, vor allem im akuten Fall), so hat die Aggressions-Forschung tatsächlich einige Hinweise zusammengestellt. Sie lassen vor allem auf eine unmittelbar drohende Gewalttätigkeit schließen - zumindest für Erfahrene. Auch bei Angehörigen und sogar Berufsgruppen, die wenig Umgang mit solchen Patienten haben, kommt es nachvollziehbarerweise immer wieder zu Fehlbeurteilungen mit entsprechenden Konsequenzen. Und bei der Manie sind solche Charakteristika aus den erwähnten Gründen ohnehin nur bedingt verwertbar. Trotzdem sei nachfolgend eine kurze Aufzählung jener Verhaltensweisen und Krankheitszeichen gegeben, die einen *bevorstehenden Ausbruch von Gewalttätigkeit generell* signalisieren können. Im Einzelnen:

Sprechweise: Rein formal ist auf eine gespannte, vor verhaltener Erregung vibrierende, schließlich lauter und drohender werdende, zuletzt schrille oder sich überschlagende Sprechweise zu achten. Dabei muss man erst einmal zwischen Form und Inhalt unterscheiden. Meist achtet man auf den Inhalt und lässt sich den wegweisenden Anteil der formalen Ausdrucksweise entgehen. Äußert der Patient nur wenig oder sagt keinen Ton, ist dies natürlich kein grundsätzlich günstiges Zeichen, sondern lediglich das Fehlen eines sonst halbwegs verlässlichen Beurteilungskriteriums (z. B. bei der Schizophrenie, wo eine seelisch-körperliche Erstarrung plötzlich in einen unerwartet kraftvollen Erregungszustand umschlagen kann).

Bei der manischen Angetriebenheit mit entsprechendem Redeschwall ist derlei jedoch kaum zu erwarten. Hier kann die gespannter werdende Sprechweise ein durchaus verlässliches Erkennungsmerkmal werden.

Inhaltlich sind es vor allem verbale Gewaltandrohungen, die den brachialen Übergriffen vorausgehen. Sie stehen aber ohnehin im furchtsamen Interesse-Mittelpunkt der alarmierten Umgebung.

Mimik/Gestik/Körperhaltung: In dieser vielschichtigen Sparte gibt es schon mehr Hinweise, insbesondere was den angespannten Muskeltonus anbelangt: das Spielen der Kaumuskel, das Beißen auf die Lippen, das Hervortreten von Schläfen- und Halsgefäßen. Nicht zu übersehen die zunehmende Unruhe von

Armen und Beinen. Bedeutsam ist auch das nervöse Spiel der Finger, das Ballen der Faust, die Verschränkung der Arme (sogenannte Barriere-Gesten), ferner stoßende Fußbewegungen, oder auch nur das verspannte Sitzen auf der Stuhlkante usw. Vor allem bei einfach strukturierten oder schwachsinnigen Patienten kann eine stereotype Schaukelbewegung des Oberkörpers auffallen, die immer schneller und ausfahrender wird. Am Schluss stehen eindeutig erkennbare Drohgesten. Beim Maniker mit seinem Antriebsüberschuss wird die gesamte Motorik immer hektischer.

Augen: Die Sprache der Augen ist vielsagend, nicht nur beim Gesunden. Dabei ist es schwierig, diese Ausdrucks-Komponente in Worte zu fassen, obgleich sie das erste ist, was meist auffällt. Zur Beurteilung eines möglichen Erregungszustandes werden deshalb am ehesten Umschreibungen herangezogen wie: unruhiger, unsteter, flackernder, brennender Blick, in Laienkreisen auch „irrer Blick“ oder „schizophrener Blick“. Dabei ist die Weitstellung der Pupillen trotz Blick ins Licht ein guter Gradmesser für die innere Anspannung und Erregung. So schwer sich die Ausdruckskunde der Augen umschreiben lässt, so vielsagend ist letztlich ein drohender Blick, der praktisch von jedem als vorrangiger Beurteilungs-Maßstab genutzt wird.

In der Tat findet man bei einer „überkochenden Manie“ oder „Zorn-Tobsucht“ kurz vor der Gewaltexplosion sehr häufig eine „Warnung durch die Augen“. Hier deuten sich dann Parallelen an zwischen einer manischen und schizophrenen Psychose. Übrigens scheinen die gravierendsten Gewalttaten von schizoaffektiven Psychosen zu kommen, also dem gleichzeitigen Auftreten eines manischen und schizophrenen Krankheitsbildes (Einzelheiten siehe das entsprechende Kapitel).

Aggression und Geschlecht

Was das *Geschlecht* anbelangt, so sind Männer bei aggressiven Durchbrüchen deutlich häufiger involviert als Frauen. Doch auch diese können eine erstaunliche Zerstörungswut entwickeln und ungewöhnlich handgreiflich werden, wenngleich in der Regel seltener und mit weniger nachhaltigen Folgen für das Opfer. In der Statistik der Kliniken kann es sogar sein, dass in puncto Zerstörungswut Frauen den Männern in nichts nachstehen. Das sind allerdings klinisch behandlungsbedürftige Extremzustände, die mit der Realität leichter manischer Phasen „draußen“ kaum etwas zu tun haben.

Grundsätzlich gilt jedoch die überraschende Erkenntnis der Aggressions-Forschung: Bei drohender Gewaltanwendung soll man sich weder vom so genannten „schwachen“ Geschlecht noch von der „Hinfälligkeit im höheren Lebensalter“ blenden lassen. Die Gefährlichkeit resultiert nicht nur aus der schieren Kraftentwicklung, sondern auch aus der blitzschnellen Verwendung scheinbar harmloser Hilfsmittel, die zu nachhaltigen Folgen führen können (z. B. Ku-

gelschreiber, Brieföffner, zerbrochenes Geschirr, heißes Wasser usw.). Auch bedarf es keiner Riesenkräfte, jemand in Gefahr zu bringen, wenn er unglücklich postiert ist (z. B. am Treppenabsatz). Solche Attacken sind zwar in der Manie nicht die Regel, können aber bei unglückseliger Kombination aus manischer Erregbarkeit und „heikler“ Persönlichkeitsstruktur durchaus problematisch werden.

Ein Kranker, der nicht krank wirkt

Obwohl es schon mehrfach angedeutet wurde und später noch einmal ausführlich besprochen werden soll, sei gerade hier noch einmal kurz jenes folgenschwere Problem angerissen, das dem manisch Erkrankten zu besonderem Nachteil gereicht: krank zu sein, ohne im herkömmlichen Sinne (lange) krank zu wirken. Denn vor allem seine blinde Wut erschüttert alle Anwesenden (und den Patienten im Übrigen nachher selber), weil offenbar jenes Moment fehlt, das den entsetzten Beteiligten ggf. noch etwas Verständnis abringen könnte, nämlich das „eindeutig Krankhafte“, kurz: das „Verrückte“.

Der Maniker wirkt zwar wie ein unbeherrschter, vielleicht tobender und brutaler, aber eben auch geistesgesunder „Verrückter“, so wie man sich in seiner Ratlosigkeit einen „normalen“ Menschen vorstellt, der schlichtweg „durchdreht“. Da also offensichtlich keine Geistesstörung vorliegt, sondern eine unentschuld bare Unbeherrschtheit, und weil man die manische Krankheit als solche (noch) nicht erkennt, fallen die Urteile der Umgebung umso vernichtender aus. Wenn dann noch nach kurzer Zeit dieser „blindwütige Rundschlag“ in sich zusammenfällt und der Betreffende teils verschämt lächelnd, teils verschmitzt unpassende Bemerkungen macht („Ich habe doch nur schwungvoll aufgeräumt. Oder: „Eigentlich wollten wir uns schon immer neu einrichten“), dann ist das Maß voll und natürlich mit keiner Milde oder Nachsicht zu rechnen. Noch schlimmer wird es, wenn der Maniker behauptet, das sichtbar mitgenommene Opfer habe sich alles nur eingebildet. Zudem wirken viele Maniker nach ihrem Erregungszustand nicht ratlos, verwirrt, hilflos, erschöpft, „ausgebrannt“, „trotz allem mitleidserregend“ oder gar behandlungsbedürftig, sondern beteiligen sich vielleicht noch mit schlechtem Gewissen an den Aufräumarbeiten. So zweckmäßig und irgendwie sympathisch dies auch sein mag, in der Endbeurteilung geht es natürlich zu ihren Lasten. Denn wenn jetzt aufgeschreckte Nachbarn, Polizei, Notarzt, Sanitäter usw. auf dem Plan erscheinen, wirkt der Maniker bestenfalls verlegen, fast gelassen, manchmal schuldbewusst, meist aber beschönigend und alles herunterspielend. Vielleicht entschuldigt er sich sogar bei Angehörigen und Nachbarn wegen der Umstände, die er ihnen bereitet hat - und alles zieht kopfschüttelnd von dannen. Maniker können sich eben im Bedarfsfall umgehend und eindrucksvoll zusammenehmen, und das ist auf Dauer ihr Schicksal. Denn jetzt verläuft erst einmal alles im Sande – falls alle Beteiligten es so hinnehmen. Jedoch nicht die manische Erkrankung, die nimmt ihren Lauf, mit allen Konsequenzen.

Bisweilen stellt sich die Frage, ob nicht so mancher aggressive Durchbruch, den man bisher in Laienkreisen mit einer „Charakterschwäche“ oder „kriminellen Persönlichkeit“ zu erklären versuchte, vielleicht eine tobende Manie war? Dabei ist folgendes abzuklären: Maniker können (aber müssen nicht) erregt bis aggressiv werden, jedoch nur während ihrer manischen Phase. Diese kann zwar Wochen bis Monate anhalten, doch nach Abklingen des Leidens sind diese Menschen wieder völlig unauffällig. Dann können sie selber nicht begreifen, was sie angerichtet haben. Und andere verstehen es auch nicht, weil ihre allseits bekannte Wesensart bisher zu keinerlei Klagen Anlass gab.

Eine immer wiederkehrende oder gar andauernde Neigung zu Wutausbrüchen und aggressiven Handlungen hingegen ohne völlige Normalisierung dazwischen ist keine zeitlich begrenzte manische Episode und damit manische Erkrankung. Zwar gibt es Menschen, die ihr ganzes Leben leicht manisch angetrieben wirken (z. B. so genannte hyperthyme Persönlichkeit), doch das hat wenig mit einer zeitlich umschriebenen krankhaften manischen Entgleisung zu tun. Kurz: Aggressive Dissoziale sind diesbezüglich ständig, Maniker nur während ihrer krankhaften Phasen ein Problem - falls überhaupt.

Sollte allerdings ein ständig gewalt-bereiter Mensch mit einer entsprechenden Persönlichkeitsstörung zusätzlich in eine manische Phase geraten, dann potenziert sich sein Fehlverhalten natürlich noch. Das kann dann wirklich übel ausgehen.

Anhang: Aggressionen während klinischer Behandlung

Maniker in klinischer Behandlung sind ein besonderer Fall. Davon soll in dem entsprechenden Kapitel ausführlicher die Rede sein. Im nachfolgenden geht es um eine **generelle(!) Übersicht** zum Thema *Aggression während klinischer Behandlung*, weil sich hier die meisten Irrtümer finden. Im Einzelnen:

Aggressive Ereignisse sind in einem psychiatrischen Krankenhaus seltener als allgemein angenommen, nämlich in nur wenigen Prozent aller Klinikaufnahmen. Dabei überwiegen im stationären Bereich schizophrene Patienten, gefolgt von solchen mit Minderbegabung und Persönlichkeitsstörungen (früher als Psychopathie bezeichnet). Annähernd gleich selten betroffen sind organische Psychosyndrome (geistig-seelische Störungen durch körperliche Leiden), Alkohol- und Medikamentenabhängige, Epileptiker sowie Maniker.

Affektive Psychosen (Gemütskrankheiten) sind bei aggressiven Übergriffen in der psychiatrischen Klinik selten beteiligt: Maniker in etwa jedem 20., Depressive in jedem 50. Fall.

Die Altersverteilung zum Thema Aggressionen generell betrifft vor allem junge Patienten, insbesondere zwischen 15 und 35, mit einem Maximum zwischen 26 und 35 Jahren - und zwar für beide *Geschlechter* gleich.

Drei Viertel dieser Kranken hatten bereits früher aggressive Durchbrüche zu verzeichnen, teils gegen Mitpatienten, Personal oder Personen außerhalb der Klinik, teils gegen Sachen. Auch selbstschädigendes Verhalten generell (jeder Dritte) oder gar Selbsttötungsversuche (jeder Sechste) sind ein wichtiger Erkennungsfaktor im Vorfeld.

Die gründliche Erhebung der Krankheits-Vorgeschichte ist also das wichtigste Kriterium zur Erfassung potentieller aggressiver Handlungen. Dabei ist besonders die Fremdanamnese zu nutzen, also die Erhebung der Krankheits-Vorgeschichte durch Dritte, vor allem durch Angehörige.

Die häufigsten *Auslöser* sind Konflikte mit dem Personal (etwa die Hälfte), gefolgt von solchen mit Mitpatienten (ein Drittel) sowie disziplinarische Maßnahmen (ein Fünftel). Der Rest verteilt sich auf andere Ursachen. Allerdings hängt eine solche Statistik von der jeweiligen Klientel ab (Aufnahme-, Spezial- oder Rehabilitationsstation usw.). Zumeist wollen die Patienten ihre eigenen Wünsche durchsetzen, doch spielen auch Situations- und Personenverkennungen sowie entsprechende Frustrationen eine Rolle. Auch gewalttätige Reaktionen aus Angst (in die Enge getrieben) werden häufig unterschätzt. Natürlich bereiten vor allem die ersten Tagen bis Wochen Probleme. Es gibt aber auch Langzeitpatienten, die nach längerem Frieden plötzlich mit aggressiven Handlungen überraschen. Zwischen der Schwere der Aggressionsfolgen und einem freiwilligen bzw. unfreiwilligen Unterbringungsmodus ergeben sich keine Zusammenhänge.

Aggressiv können also nicht nur Akutpatienten, sondern auch Langzeitpatienten, nicht nur gerichtlich Untergebrachte, sondern auch freiwillig Aufgenommene werden.

Hinsichtlich der *Zeit aggressiver Handlungen* gibt es unterschiedliche Erkenntnisse: Gleichverteilung über den Tag, Häufung am Vormittag bzw. zwischen 17.00 und 20.00 Uhr, wenn die Therapeuten in der Regel nach Hause gehen usw.

Angegriffen werden insbesondere das Pflegepersonal, aber auch Ärzte bzw. Psychologen. Diese halten sich jedoch mit ihren Meldungen eher zurück, weil sie manchmal den aggressiven Durchbruch ihres Patienten auch als therapeutisches Versagen interpretieren. Das prägt dann die offizielle Statistik. Deshalb werden im Stationsalltag Ärzte und Psychologen wahrscheinlich öfter angegriffen als bisher bekannt geworden ist - vielleicht sogar am häufigsten von allen Beteiligten.

Beim Pflegepersonal ist vor allem die Altersgruppe zwischen 15 und 25 Jahren gefährdet - besonders beim weiblichen Geschlecht. Je erfahrener, desto weniger betroffen. Männliche Patienten scheinen überwiegend männliche, Frauen vor allem weibliche Pflegekräfte anzugreifen, obgleich es in der Regel auf allen Stationen gemischtes Personal gibt.

Die *Folgen* der Angriffe sind glücklicherweise meist harmlos. Immerhin ist mit einer ärztlichen Behandlung oder gar Arbeitsunfähigkeit beim Pflegepersonal „nur“ in etwa jedem 6. Fall zu rechnen. Ärzte und Psychologen tauchen in dieser Statistik der Regel nur in Extremfällen auf.

Die *Konsequenzen* für den Patienten sind - je nach Aggressions-Risiko - Isolierung, bisweilen sogar Fixierung (Festbinden). Hier gibt es unterschiedliche Statistiken, wobei auch das Fachpersonal immer besser geschult wird und deshalb schon vorbeugend erfolgreicher sein kann. Bei etwa jedem Dritten dürfte es noch immer eine entsprechende Medikation geben - überraschend selten aber leider auch noch immer ein entsprechend aufarbeitendes Gespräch (jeder vierte Patient?). Dieses Verteilungsmuster betrifft insbesondere aggressive Handlungen gegenüber Pflegepersonal, Mitpatienten oder Sachen. Ist der Therapeut betroffen, pflegt er diesen Vorfall in einem klärenden Gespräch sobald als möglich zu bearbeiten, um die Behandlung möglichst unbelastet weiterführen zu können. Das dies allerdings auch vom jeweiligen Personalstand bzw. entsprechenden aktuellen Bedingungen abhängt, kann man sich denken.

Das sind die wichtigsten Erkenntnisse zum Thema Aggressionen während stationärer Behandlungen *generell (!)*. Spezielle Untersuchungen zur Frage „aggressive Durchbrüche von manisch Erkrankten“ in dieser Situation sind meist nur anekdotisch bzw. kasuistisch verfügbar.

Schlussfolgerung

Aggressive Durchbrüche gehören nicht obligatorisch zu einer Manie. Sie sind aber auch nicht auszuschließen, selbst dort, wo man sie nie erwartet hätte. Auch, ja gerade hier spielt die Kombination aus zugrundeliegender Persönlichkeitsstruktur, Intensität des manischen Krankheitsbildes, Auslösesituation bzw. Umfeld und ggf. Zusatzfaktoren (z. B. alkoholische Enthemmung) die entscheidende Rolle.

Die für eine Manie typischen Delikte sind vor allem „gewaltlose“ Vergehen. Körperverletzungen sind selten und wenn, dann eher leichter bzw. provozierender Natur (Drohgebärden, „Unverschämtheiten“, entgleiste Übergriffe). Allerdings kann die Manie - früher deshalb auch als „Zornobsucht“ bezeichnet -, in eine beklagenswerte Zerstörungswut münden. Der fällt dann vor allem das

(eigene oder gemeinsame, nur selten fremde) Mobiliar zum Opfer. Kommt es zur Gewalt gegen andere Personen, handelt es sich am ehesten um ein Schubsen, Stoßen, bedrohliches Bedrängen, Hin- und Herzerren, das weniger die körperliche, mehr die seelische Verletzung, also die Demütigung im Auge hat. Natürlich sind auch blindwütige Angriffe mit allen Folgen möglich. Sie haben aber in der Regel nicht die physische Vernichtung des Opfers zum Ziele. Der Maniker ist kein berechnender Krimineller, sondern ein Kranker mit unbrembarem Antriebsüberschuss und meist kurz auflodernden Wutausbrüchen.

Zwar gibt es verwertbare Warnsymptome für einen drohenden Zornausbruch generell, die aber für den Maniker im speziellen keine besonderen Erkenntnisse bringen. Hier wie überall handelt es sich um entsprechende Hinweise bezüglich Augen, Mimik, Gestik, Körperhaltung, Sprechweise usw.

Geschlechtsspezifisch gibt es auch beim Thema „Manie und Gewalt“ gewisse Unterschiede nach Häufigkeit und aggressiver Intensität mit ernsteren Folgen. Doch tut man gut daran, sich nicht von der Metapher vom „schwachen Geschlecht“ und von der „Hinfälligkeit im höheren Lebensalter“ täuschen zu lassen. Das kann zu unangenehmen Überraschungen führen. Denn die Konsequenzen brachialer Übergriffe sind nicht nur von der reinen Kraftentfaltung, sondern auch von Faktoren abhängig, die viel zu wenig bedacht werden (z. B. harmlos erscheinende Gegenstände, die in überraschendem Einsatz trotzdem gefährlich werden können; riskanter Standort, z. B. an einer Treppe u. a.).

Ein besonderes Problem ist die Erkenntnis: Maniker sind zwar krank, pflegen aber nicht krank zu wirken, besonders zu Beginn ihres Leidens. Das wird noch dadurch bestätigt, dass sich viele Maniker nach ihrem Tobsuchtsanfall überraschend schnell zusammenehmen können und damit das irrtümliche Bild noch verstärken. So entschuldigt diese Patienten auch nicht eine offensichtliche „Geistesstörung“, im Gegenteil: Was man ihnen besonders anlastet, ist eine unentschuld bare Unbeherrschtheit. Maniker, so meinen nicht wenige empörte Angehörige selbst bei der Klinikeinweisung, die ja dann doch einen krankhaften Hintergrund nahelegt, Maniker würden ihre „Untaten“ durchaus „mit Absicht“ anrichten, sie wüssten sehr wohl, was sie tun. Hier muss man immer wieder auf die in der Tat eigenartige und schwer verstehbare Kombination hinweisen: aggressiv oder gar tobsüchtig, und zwar scheinbar bei klarem Verstand, in Wirklichkeit aber durch eine schwer erkennbare Krankheit zu verhängnisvollen Impulshandlungen hingerissen, die zumindest teilweise nicht steuerbar sind.

Aggressive Durchbrüche während klinischer Behandlung gehören zum Alltag einer psychiatrischen Klinik, so jedenfalls meint man in der Allgemeinheit. Doch dies ist ein Irrtum. Gewalt ist selbst in solchen Fachkliniken selten, wie die Statistiken beweisen. Maniker spielen dabei sowohl absolut als auch relativ eine untergeordnete Rolle. Dennoch müssen sich Ärzte, Psychologen und

Pflegepersonal auf solche Risiken einstellen. Dabei gilt es für alle(!) Krankheitsbilder folgende Erkenntnisse zu berücksichtigen:

Vorsicht nicht nur im Akutbereich, sondern auch bei Langzeitpatienten. Betroffen sind meist jüngere Jahrgänge, und zwar sowohl bei den Patienten als auch beim Personal (Erfahrung). Die Folgen halten sich glücklicherweise meist in Grenzen. Eine sorgfältige Fremdanamnese (Kranken-Vorgeschichte, z. B. von Angehörigen erhoben) gehört zu den sichersten Vorhersage-Kriterien: Denn die meisten aggressiven Patienten sind schon früher durch aggressive Handlungen, aber auch selbstschädigendes Verhalten aufgefallen. Wichtigste Vorbeugungsmaßnahme ist eine sorgfältige Schulung, vor allem jüngerer Mitarbeiter.

Über die Aggressivität von Manikern während stationärer Behandlung gibt es leider wenig detaillierte Untersuchungen.