

Journal für

Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/
JNeurolNeurochirPsychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

**Die Bedeutung des Wahns für die
Risikoeinschätzung delinquenten
Verhaltens schizophrener Patienten
// Schizophrenia and Violence – The
Impact of Delusions on Risk
Assessment**

Stompe T

Journal für Neurologie

Neurochirurgie und Psychiatrie

2018; 19 (3), 104-110

Homepage:

www.kup.at/

JNeurolNeurochirPsychiatr

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Indexed in
EMBASE/Excerpta Medica/BIOBASE/SCOPUS

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031117M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-

76. Jahrestagung

Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie DGNC

Joint Meeting mit der Französischen
Gesellschaft für Neurochirurgie



2025
1.–4. Juni
HANNOVER

www.dgnc-kongress.de

Im Spannungsfeld zwischen
Forschung und Patientenversorgung

PROGRAMM JETZT ONLINE EINSEHEN!



Deutsche
Gesellschaft für
Epileptologie



64. JAHRESTAGUNG

der Deutschen Gesellschaft für Epileptologie

10.–13. Juni 2026
Würzburg



© CIM Deimer Deque/Kosch/KARL70
Bavaria/THP/Alto/Wiki | Stock Adobe

Die Bedeutung des Wahns für die Risikoeinschätzung delinquenten Verhaltens schizophrener Patienten

T. Stompe

Kurzfassung: Schizophrenie ist mit einem moderaten, aber stabil erhöhten Risiko für gewalttätiges Verhalten verbunden. Ein grundsätzlicher Zusammenhang zwischen Wahn und Delinquenz ist seit langem bekannt, die Aussagekraft der meisten Untersuchungen ist jedoch aufgrund methodischer Probleme beschränkt. Die hier vorgestellten Daten zeigen demgegenüber ein differenzierteres Bild. Ein systematisierter Verfolgungswahn mit hoher Wahndynamik (schwere Gewalt: $3,3 \pm 1,8$, leichte Gewalt: $2,0 \pm 1,3$, keine Gewaltanamnese: $2,7 \pm 1,6$), in dem sich der Betroffene als vital bedroht erlebt (schwere Gewalt: 70,7 %, leichte Gewalt: 16,7 %, keine Gewaltanamnese: 46,1 %), führt statistisch signifikant häufiger als andere Wahnphänomene zu schweren Gewaltdelikten. Im Vergleich dazu hat Wahn als Tatmotiv bei leichteren Delikten eine wesentlich geringere

Bedeutung, hier ist der Einfluss sozialer Faktoren deutlicher. Darüber hinaus geht aus der vorliegenden Untersuchung hervor, dass bezüglich der Wahnphänomene ein breiter Überlappungsbereich zwischen delinquenten und nicht-delinquenten Schizophreniekranken existiert.

Schlüsselwörter: Schizophrenie, Wahn, Delinquenz

Abstract: Schizophrenia and Violence – The Impact of Delusions on Risk Assessment. Schizophrenia is associated with a moderately and stable increased risk of violent behavior. In general, an association between delusions and violence has been repeatedly reported, however, the significance of most of the previous studies is limited due to methodological

problems. Our data show a more differentiated picture. In comparison with all other delusional themes, systematized persecutory delusions with a high level of delusional drive (severe violence: $3,3 \pm 1,8$, low violence: $2,0 \pm 1,3$, no violence: $2,7 \pm 1,6$) and a feeling of vital threat (severe violence: 70,7 %, low violence: 16,7 %, no violence 46,1 %) are associated with serious violent offences. With less serious offences, delusions play only a minor role. In these cases, social factors are of major importance. In general, with regard to delusional symptomatology a substantial overlap between violent and non-violent patients does exist. **J Neurol Neurochir Psychiatr 2018; 19 (3): 104–10.**

Keywords: Schizophrenia, delusions, violence, risk assessment

■ Einleitung

Seit den 1970er Jahren fanden Studien regelmäßig einen moderaten, stabilen Zusammenhang zwischen Schizophrenie und schwerer Gewaltdelinquenz [1–10]. Unklarheit besteht allerdings über Art und Gewichtung der Faktoren, die zu diesen gewalttätigen Verhaltensweisen führen. Durchgesetzt hat sich die Überzeugung, dass es sich hierbei um ein komplexes, multifaktorielles Geschehen handelt (Abbildung 1). Über den Einfluss der sozialen Rahmenbedingungen ist einiges bekannt. Hier unterscheiden sich delinquente Straftäter mit Schizophrenie nicht wesentlich von gesunden Rechtsbrechern, allerdings deutlich von nicht-gewalttätigen Schizophrenen. Bei gesunden wie auch bei psychisch kranken Personen fördern ungünstige soziale Verhältnisse die Neigung zur Delinquenz [11]. Gut untersucht ist auch der Einfluss der Komorbidität: Schizophreniekrankte mit Alkohol- oder Drogenmissbrauch haben ein erhöhtes Delinquenzrisiko [12–17]. Auch Kranke mit komorbiden antisozialen und psychopathischen Persönlichkeitsstörungen zeigen eine erhöhte Gewaltbereitschaft [18, 19].

Der Zusammenhang zwischen produktiver Symptomatik und Delinquenz ist seit langem bekannt [1, 20–26], wenig Literatur existiert hingegen darüber, in welcher Weise diese produktiven Symptome mit der Delinquenz schizophrener Patienten assoziiert sind. Dies verwundert vor allem deshalb, da die Rechtssysteme in allen westlichen Staaten gerade die psychotische Symptomatik als Exkulpierungsgrund privilegieren. Einigkeit besteht darin, dass ein schizophrener Wahn häufig handlungsrelevant wird, die inhaltlichen Zusammenhänge sind allerdings noch wenig erforscht [20–23].

Eingelangt am 06.11.2016, angenommen nach Review am 27.06.2017, Pre-Publishing Online am 11.07.2018

Aus der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Abteilung für Sozialpsychiatrie, Medizinische Universität Wien

Korrespondenzadresse: Univ.-Prof. Dr. Thomas Stompe, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Abteilung für Sozialpsychiatrie, A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20, E-mail: thomas.stompe@meduniwien.ac.at

■ Wahnthematik und Delinquenz

Auch Cheung et al. [24] merkten an, dass bis dato wenig über den Zusammenhang zwischen phänomenologischem Gehalt des Wahns und gewalttätigem Verhalten geforscht wurde. In den letzten 12 Jahren hat sich daran nichts Substantielles geändert. Es gibt Hinweise dafür, dass Verfolgungs- und Eifersuchtswahn sowie wahnhaftige Personenverkennungen die Gewalttätigkeit schizophrener Patienten fördern dürften [27]. Böker und Häfner [1] fanden einen Zusammenhang zwischen dem Grad der Systematisierung und der Wahrscheinlichkeit, eine Gewalttat zu begehen.

Cheung et al. [24] berichteten, dass gewalttätige schizophrene Patienten im Vorfeld der Tat signifikant häufiger unter Verfolgungsideen litten, nicht-gewalttätige hingegen häufiger über Größenideen berichteten. Straznickas et al. [28] bemerkten, dass 29 % der Attacken von schizophrenen Patienten gegen Ehepartner durch Verfolgungswahn motiviert waren. D’Orban und O’Connor [29] fanden in einer Untersuchung an Frauen, die einen Elternteil getötet hatten, einen kausalen Zusammenhang zwischen Verfolgungswahn, hypochondrischem Wahn und der Tat. Junginger et al. [30] beschrieben einen eher unspezifischen, mäßig starken Einfluss von Wahnthemen auf aggressive Verhaltensweisen.

■ „Threat-Control-Override“-Symptome (TCO) und Delinquenz

Bereits vor 22 Jahren isolierten Link und Stueve [31] aus der gesamten Bandbreite der psychotischen Symptomatik einige Symptome, die signifikant häufiger mit gewalttätigem Verhalten verbunden waren als andere. Diese Symptome wurden als „Threat-Control-Override-Symptoms“ (TCO) bezeichnet. In den darauffolgenden Jahren konnten diese Ergebnisse bestätigt werden [12, 32, 33] und fanden in die Literatur über Risk-Assessment Eingang [34, 35]. Allerdings wurden schon

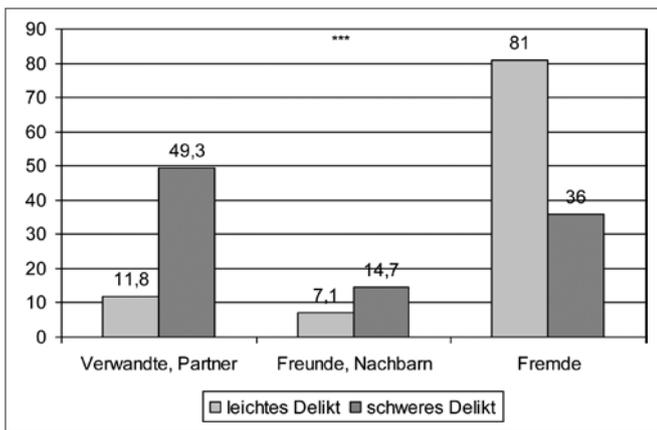


Abbildung 1: Tatopfer von Männern mit einer schizophrenen Erkrankung mit einem leichten Delikt (N = 42) und einem schweren Delikt (N = 75) in %

Quadrat und Fisher's exakter Test; *** $p < .001$

bald methodische Zweifel laut. Mullen [36] etwa merkte an, dass die oben genannten Autoren eine durchaus nennenswerte Zahl von schizophrenientypischen Symptomen bei nicht-psychotischen Patienten gefunden hatten und bezweifelte die Gültigkeit der Ergebnisse.

Neuere empirische Untersuchungen legten ebenfalls eine differenziertere Sichtweise des Einflusses der TCO-Symptome auf aggressive und illegale Verhaltensweisen schizophrener Patienten nahe. In der prospektiven „MacArthur Violence Risk Assessment Study“ konnten die Autoren keinen Zusammenhang zwischen TCO-Symptomen und Gewalttätigkeit erkennen [37]. Auch in der von uns durchgeführten Untersuchung fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen nicht-delinquenten und delinquenten Straftätern mit Schizophrenie. Allerdings war „Threat“ ein signifikanter Prädiktor für schwere Delikte [38]. Eine weitere Differenzierung fand das TCO-Konzept, als auch weibliche Personen mit Schizophrenie untersucht wurden. Taesdale et al. [39] stellten fest, dass TCO-Symptome nur bei Männern, nicht jedoch bei Frauen einen gewissen Vorhersagewert haben.

In der hier vorgestellten Auswertung einer großen Studie über Schizophrenie und Delinquenz bei Männern soll die Bedeutung des Wahns in seinen unterschiedlichen Facetten für die Risikoeinschätzung erfasst werden. Dazu wurden

- die Prävalenz der Wahnthemen,
- der Grad der Systematisierung und der Wahndynamik sowie
- die Personengruppen, von denen sich die Betroffenen verfolgt fühlten, erfasst. Erhoben wurde die Symptomatik von delinquenten und nicht-delinquenten Patienten mit Schizophrenie.

■ Methode

Sample

Die hier vorgestellten Daten stammen aus einer Studie, die zwischen 2004 und 2014 an der Justizanstalt Göllersdorf und der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Universität Wien durchgeführt wurde. Die Justizanstalt Göllersdorf ist mit mittlerweile 148 Betten die größte Maßnahmenvollzugsanstalt für zurechnungs-/schuldunfähige

Rechtsbrecher in Österreich, die nach § 21 Abs. 1 StGB eingewiesen wurden. Etwa $\frac{3}{4}$ der Insassen leiden unter Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Untersucht wurden 102 nicht-delinquente und 107 delinquente männliche Patienten mit Schizophrenie (DSM-IV).

Frauen waren in der Studie nicht eingeschlossen, da in der Justizanstalt Göllersdorf ausschließlich Männer behandelt werden und im übrigen der Maßnahmen-, wie auch der Normalvollzug eine „Domäne“ der Männer ist. Da alle zurechnungsunfähigen Patienten zum Zeitpunkt der Tat Wahnphänomene und andere psychotische Symptome gezeigt hatten, wurden als Vergleichsgruppe ausschließlich jene nicht-delinquenten Patienten herangezogen, die zum Zeitpunkt der Aufnahme an der Universitätsklinik ebenfalls unter einem Wahn und/oder anderen psychotischen Symptomen litten.

Untersuchungsinstrumente

Die Diagnose erfolgte durch das SCID-1, die Wahnthemen wurden durch den ursprünglich für kulturvergleichende Untersuchungen entwickelten Fragebogen für psychotische Symptome (FPS) kategorial erfasst [38, 40], „Threat“ als ein ausschließlich in der forensischen Psychiatrie verwendeter Terminus wurde in den Fragebogen eingefügt. Unter „Threat“ versteht man einen systematisierten Verfolgungs- oder Vergiftungswahn mit einer massiven Todesdrohung durch konkrete Personen oder Personengruppen.

Der Grad der Systematisierung und die Wahndynamik wurden in Anlehnung an das AMDP-System dimensional bewertet [41]. Die Überprüfung der Interraterreliabilität der Untersuchungsinstrumente erfolgte mit erfahrenen Fachärzten an der Justizanstalt Göllersdorf, sie ergab durchwegs zufriedenstellende bis sehr gute Werte (Cronbach's Alpha: .82–.91). Die Validierung des FPS erfolgte durch den Vergleich mit den Ergebnissen von Tiefenexplorationen durch erfahrene Kollegen sowie durch den Vergleich mit den vorliegenden Krankengeschichten, Akten und Gutachten.

Die demographischen, sozialen, biographischen und kriminologischen Daten wurden von den Patienten und ihren Angehörigen erfragt, zusätzlich wurden sämtliche vorhandene Unterlagen (Krankengeschichten, Strafakten, Gutachten) ausgewertet.

Die Kategorisierung des Schweregrads der Gewalt, die ihren Ausdruck im Einweisungsdelikt fand, erfolgte nach Taylor [20]. Unter der Kategorie „leichte Delikte“ wurden Straftaten wie gefährliche Drohung, Nötigung, Widerstand gegen die Staatsgewalt, Sexualdelikte ohne schwere Körperverletzung, Brandstiftung ohne Personenschaden, Raub und Körperverletzung verstanden, unter der Kategorie „schwere Delikte“ wurden schwere Körperverletzung mit und ohne Todesfolge, Mordversuch und Mord zusammengefasst.

Untersuchungsgang

Alle Patienten wurden vom Autor persönlich an der Justizanstalt Göllersdorf und der sozialpsychiatrischen Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses Wien untersucht. Nach einer schriftlichen und mündlichen Aufklärung unterzeichneten die Patienten eine Einverständniserklärung. Die Untersuchungs-

dauer betrug in Durchschnitt 1,5 Stunden. Nach der Fragebogenerhebung erfolgte eine Woche später eine ausführliche offene Exploration. Wenn sich hierbei Unterschiede zum ersten Untersuchungsgang ergaben, wurde der Patient nochmals genau exploriert.

Datenanalyse

Da sich aus einer früheren Auswertung der Daten gezeigt hatte, dass sich schizophrene Straftäter mit leichten von denen mit schweren Delikten häufiger unterschieden als die beiden Gruppen von den nicht-delinquenten Patienten, erfolgte in der hier vorgestellten Datenanalyse ein paarweiser Vergleich von nicht-delinquenten Schizophreniekranken (Gruppe A), schizophrenen Straftätern mit leichten (Gruppe B) und schweren Delikten (Gruppe C).

Die statistische Analyse der Daten erfolgte durch das SPSS Version 24. Im ersten Schritt wurden die drei Gruppen durch univariate Verfahren (Chi-Quadrat Test, t-Test) paarweise verglichen. Im zweiten Schritt wurde mit einer Diskriminanzanalyse die Trennschärfe der für diese Untersuchung ausgewählten Phänomene für die drei Gruppen berechnet.

Ergebnisse

Tabelle 1 ist zu entnehmen, dass sich die 3 Gruppen bezüglich Alter, Alter bei Krankheitsbeginn und Krankheitsdauer nicht unterscheiden. Bei Patienten mit leichten Delikten finden sich deutlich häufiger der desorganisierte und der residuale Typus als bei den nicht delinquenten Patienten und bei den Straftätern mit schweren Delikten. Im Gegensatz dazu kommt der katatone Typus deutlich häufiger bei der Gruppe mit den schweren Delikten vor als bei den beiden anderen Gruppen. In allen 3 Gruppen ist der paranoide Typus am häufigsten vertreten, statistisch signifikante Verteilungsunterschiede finden sich hier jedoch nicht. Substanzmissbrauch bzw. Abhängigkeit kommt häufiger in der Anamnese von Patienten mit leichten

Delikten vor als bei den beiden anderen Gruppen. Hier sticht vor allem der multiple Missbrauch verschiedenster Substanzen heraus. Die Gruppe der Patienten mit den leichten Delikten unterscheidet sich von den anderen auch in sozialer Hinsicht, eine Herkunft aus unterprivilegierten sozialen Schichten findet sich bei mehr als ¼ der Fälle.

Bezüglich der Häufigkeit der einzelnen Wahnthemen finden sich relativ wenige statistisch signifikante Unterschiede (Tabelle 2). Auffällig ist, dass die Gruppe der nicht delinquenten Kranken bei der Prävalenz des Verfolgungswahns eine Zwischenstellung zwischen den beiden delinquenten Gruppen einnimmt. Die Patientengruppe mit den schweren Delikten litt in 90 % der Fälle zum Zeitpunkt des Delikts an wahnhaften Verfolgungsideen. Noch deutlicher lässt sich die Bedeutung der Verfolgungsideen beleuchten, wenn man mit „Threat“ eine Untergruppe von Verfolgungsideen isoliert, bei denen sich die Betroffenen vital bedroht erleben. Die Überzeugung, dass konkrete Personen kurz davor stehen, einen Anschlag auf das Leben des Patienten zu begehen, findet sich bei 70,7 % der Straftäter, die ein schweres Delikt begangen hatten, hingegen nur bei 16,7 % mit einem leichten Delikt. Auch hier nimmt die nicht delinquente Gruppe mit 46,1 % eine Zwischenposition ein.

Mit dem Schuldwahn und dem Weltuntergangswahn finden sich zwei Themen, die bei der nicht delinquenten Gruppe statistisch signifikant häufiger vorkommen als bei den beiden delinquenten Gruppen. Der Wahn der Schizophreniekranken mit den schweren Delikten ist deutlich häufiger systematisiert und zeigt eine stärkere Wahndynamik, vor allem im Vergleich mit den Patienten, die leichtere Delikte begangen hatten. Auch hier nimmt die Gruppe der nicht-delinquenten Kranken eine Zwischenstellung ein.

Entgegen vorschneller Annahmen kann nicht davon ausgegangen werden, dass jeder schizophrene Straftäter, der zum Tat-

Tabelle 1: Klinische und demographische Daten) von Männern mit einer schizophrenen Erkrankung ohne Delikt (N = 102), einem leichten Delikt (N = 42) und einem schweren Delikt (N = 75)

	A	B	C	A vs. B	A vs. C	B vs. C
Alter	29,3 ± 9,2	29,4 ± 7,8	30,2 ± 8,1	n.s.	n.s.	n.s.
Alter KH-Beginn	22,5 ± 6,5	21,7 ± 6,8	23,1 ± 6,3	n.s.	n.s.	n.s.
KH-Dauer	7,4 ± 6,8	7,3 ± 7,0	7,1 ± 7,1		n.s.	n.s.
<u>Subtypen</u>						
Desorganisiert	5,9 %	11,9 %	1,3 %	*	n.s.	**
Kataton	8,8 %	4,8 %	22,7 %	*	**	*
Paranoid	77,5 %	66,7 %	72,0 %	n.s.	n.s.	n.s.
Residuum	5,9 %	11,9 %	4,0 %	*	n.s.	*
Indifferent	2,0 %	4,8 %	1,3 %	n.s.	n.s.	n.s.
<u>Substanzabusus</u>						
Alkohol	53,8 %	69,5 %	48,0 %	*	n.s.	**
Illegale Drogen	17,6 %	26,2 %	13,3 %	*	n.s.	*
Multipel	17,6 %	16,7 %	18,7 %	n.s.	n.s.	n.s.
	18,6 %	28,6 %	13,3 %	*	n.s.	**
<u>Soziale Schicht[†]</u>						
Oberschicht	–	–	1,3 %	n.s.	n.s.	n.s.
Mittelschicht	58,8 %	22,0 %	46,7 %	**	*	**
Unterschicht	41,2 %	78,0 %	52,0 %	**	*	*

A = kein Delikt, B = leichtes Delikt, C = schweres Delikt; [†] nach Kleinig [42]; t-Test; Chi2-Test; * p < .05; ** p < .01; *** p < .001

Tabelle 2: Wahnthemen (in %), Systematisierungsgrad und Wahndynamik (Mittelwert, Standardabweichung) bei Männern mit einer schizophrenen Erkrankung ohne Delikt (N = 102), einem leichten Delikt (N = 42) und einem schweren Delikt (N = 75)

	A	B	C	A vs. B	A vs. C	B vs. C
Verfolgungswahn	84,3 %	71,4 %	90,7 %	n.s.	n.s.	**
Vergiftungswahn	8,8 %	9,5 %	17,3 %	n.s.	n.s.	n.s.
„Threat“	46,1 %	16,7 %	70,7 %	**	*	***
Größenwahn	50,0 %	54,8 %	44,0 %	n.s.	n.s.	n.s.
Schuldwahn	18,6 %	2,4 %	8,0 %	**	*	n.s.
Religiöser Wahn	35,3 %	38,1 %	29,3 %	n.s.	n.s.	n.s.
Hypochondrischer Wahn	11,8 %	21,4 %	14,7 %	n.s.	n.s.	n.s.
Liebeswahn	4,9 %	4,8 %	1,3 %	n.s.	n.s.	n.s.
Eifersuchtwahn	–	4,8 %	4,0 %	n.s.	n.s.	n.s.
Abstammungswahn	6,9 %	2,4 %	5,3 %	n.s.	n.s.	n.s.
Weltuntergangswahn	10,8 %	7,1 %	2,7 %	n.s.	*	n.s.
Systematisierungsgrad	2,8 ± 1,7	1,3 ± 1,1	3,5 ± 2,0	***	n.s.	***
Wahndynamik	2,7 ± 1,6	2,0 ± 1,3	3,3 ± 1,8	n.s.	**	***

A = kein Delikt, B = leichtes Delikt, C = schweres Delikt; Statistik: Wahnthemen: Chi Quadrat und Fisher's exakter Test; Systematisierungsgrad und Wahndynamik (0–4 Punkte): T-Test; * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Tabelle 3: Verfolgergruppen (in %, Mehrfachnennungen sind möglich) und Zahl der Verfolgergruppen (Mittelwert, Standardabweichung) bei Männern mit einer schizophrenen Erkrankung ohne Delikt (N = 102), einem leichten Delikt (N = 42) und einem schweren Delikt (N = 75)

	A	B	C	A vs. B	A vs. C	B vs. C
Kein Verfolgungswahn	15,7 %	28,6 %	9,3 %	n.s.	n.s.	**
Kein konkreter Verfolger	22,6 %	18,3 %	35,4 %	n.s.	*	**
Verwandte, (Ex-) Partner	9,8 %	2,4 %	14,7 %	n.s.	n.s.	*
Freunde, Nachbarn	6,9 %	–	1,3 %	n.s.	n.s.	n.s.
Fremde	39,2 %	47,6 %	36,0 %	n.s.	n.s.	n.s.
Übernatürliche Wesen	11,8 %	4,8 %	13,3 %	n.s.	n.s.	n.s.
Zahl der Verfolgergruppen	1,0 ± 0,6	0,9 ± 0,7	1,3 ± 0,7	n.s.	**	**

A = kein Delikt, B = leichtes Delikt, C = schweres Delikt; Statistik: Verfolgergruppen: Chi Quadrat und Fisher's exakter Test; Zahl der Verfolgergruppen: T-Test; * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

zeitpunkt einen Wahn aufwies, diese Tat aufgrund des Wahns begangen hatte. Hier zeigt sich einmal mehr ein deutlicher Unterschied zwischen schizophrenen Straftätern mit leichten und schweren Delikten: Diejenigen, die leichtere Delikte begangen hatten handelten nur in 28,6 % aus wahnhaften Motiven. Hier spielen andere Ursachen wie Konflikte, Substanzmissbrauch, komorbide Persönlichkeitsstörungen und ungünstige soziale Verhältnisse eine deutlich größere Rolle. Ganz anders bei den schizophrenen Straftätern mit schweren Delikten: Hier war in immerhin 80 % der Fälle der Wahn die auslösende Ursache der Tat. Schizophrenieerkrankte, die schwere Delikte begangen hatten, waren etwas häufiger der Überzeugung, von Verwandten oder anderen nahestehenden Personen verfolgt zu werden (Tabelle 3). Auffällig hingegen ist, dass sich Patienten, die schwere Gewalttaten begangen hatten, signifikant häufiger von mehr Verfolgergruppen bedrängt gefühlt hatten als diejenigen, die etwa nur gefährlich gedroht hatten.

Vergleicht man die Häufigkeit der Angaben der Probanden über Gruppen von Personen, von denen sie sich im Vorfeld der Tat verfolgt gefühlt hatten, mit der Häufigkeit, mit der ein Angehöriger einer bestimmten Personengruppe dann tatsächlich Opfer einer Gewalttat geworden ist, finden sich bemerkenswerte Unterschiede. Wie am Beispiel der Familienangehörigen und Partner gut abzulesen ist, ist sowohl bei der Gruppe

mit schweren, als auch bei der mit leichten Delikten die Wahl der Opfer nicht ausschließlich aus dem Verfolgungswahn verstehbar (Tabelle 3 und Abbildung 1). Die Straftätergruppe, die leichte Delikte begangen hatte, fühlte sich in 2,4 % der Fälle durch Verwandte und (Ex-) Partner verfolgt (Tabelle 3), die immerhin in 11,8 % zum Opfer wurden (Abbildung 1). Diese Differenz ist in der Gruppe mit den schweren Delikten noch einmal größer (14,7 % vs. 49,3 %). Der statistische Zusammenhang zwischen wahnhaften Verfolgern und realen Opfern ist bei der Gruppe, die schwere Delikte begangen hatten, deutlich stärker als bei der anderen Gruppe (84,8 % vs. 15,2 %).

Mittels einer Diskriminanzanalyse wollten wir im nächsten Schritt berechnen, wie genau die Wahnsymptome die drei untersuchten Gruppen trennen (Tabelle 4). Es ergeben sich zwei bipolare Diskriminanzfunktionen. Die stärkste positive Korrelation mit der ersten Diskriminanzfunktion zeigen in absteigender Reihenfolge Systematisierungsgrad, Wahndynamik, „Threat“, Zahl der Verfolgergruppen, sowie Verfolgungs- und Vergiftungswahn. Negativ korreliert sind Größenwahn, der religiöse und der hypochondrische Wahn. Bei der zweiten Diskriminanzfunktion sind der Schuld-, der Weltuntergangs- sowie der Liebeswahn positiv korreliert, negativ hingegen der Eifersuchtwahn. Die Funktion 1 trennt die Gruppe der Patienten mit schweren Delikten von den Gruppen, die kein oder nur

ein leichtes Delikt begangen hatten, die Funktion 2 dagegen die nicht-delinquente Gruppe von den beiden delinquenten Gruppen. Mit diesen beiden Diskriminanzfunktionen können bei einer Zufallswahrscheinlichkeit von 33,3 % immerhin 61 % der ursprünglich gruppierten Fälle korrekt klassifiziert werden. Am besten gelingt dies mit 69 % bei den leichten Delikten, gefolgt von 64,9 % bei den schweren Delikten. Die Zuordnung zur Gruppe der nicht delinquenten Patienten war mit 52,5 % am schlechtesten, lag jedoch noch immer deutlich über der Zufallswahrscheinlichkeit von 33,3 %. Wahnphänomene eignen sich daher als Prädiktor vor allem für schwere Gewalttaten, ohne jedoch die gesamte Varianz erklären zu können.

■ Diskussion und Fallbeispiele

Die Analyse unserer Daten ergibt gegenüber bisherigen Untersuchungen ein differenzierteres Bild. Ältere Studien hatten sich vorwiegend mit dem Einfluss von Wahn auf Tötungsdelikte von schizophrenen Patienten auseinandergesetzt. Betrachtet man das gesamte Spektrum an Delikten unter Einschluss auch weniger schwerwiegender Taten wie gefährliche Drohungen oder Widerstand gegen die Staatsgewalt, so zeigt sich, dass gerade bei den leichten Formen von Delinquenz Wahn als

Tatmotiv eine vergleichsweise geringere Rolle spielt. Entscheidend sind bei dieser Gruppe eher die Affektverflachung mit Abbau von Hemmmechanismen beim desorganisierten oder residualen Subtypus sowie komorbider Substanzmissbrauch und ungünstige soziale Herkunftsverhältnisse (Tabelle 1).

Bestimmte Ausformungen des Wahns können hingegen als Prädiktor für schwere Gewalttaten (Tötungsdelikte, schwere Körperverletzung) dienen (Tabelle 2). Als besonders gefährlich ist ein systematisierter Verfolgungswahn mit einer hohen Wahndynamik anzusehen, in dem der Kranke sich als vital bedroht erlebt („Threat“). Sollte er sich darüber hinaus von mehreren Personengruppen bedroht fühlen (Tabelle 3), werden aus seiner Sicht die Räume immer enger, da es niemanden mehr gibt, der Schutz bieten kann. So werden Verzweigungstaten im Sinne einer wahnhaften Notwehr wahrscheinlicher.

Als Beispiel dafür soll hier der Fall eines 40-jährigen Mannes geschildert werden, der zum Zeitpunkt der Tat bereits seit 13 Jahren unter einer schubhaft-progredienten Form einer paranoiden Schizophrenie litt: Herr S. wuchs in geordneten familiären Verhältnissen auf, absolvierte nach der Matura ein Sprachstudium und arbeitete einige Jahre als Lehrer. Mit 27 Jahren

wurde er erstmals psychotisch, stieg aus dem Schuldienst aus und ging für mehrere Jahre in ein Kloster. Mit 38 Jahren zog er nach Wien und versuchte eine Arbeit zu finden. In den letzten Monaten vor dem Einweisungsdelikt wurde er zunehmend gereizter. Eines Tages wurde er bei der Schnellbahnstation Praterstern von einem pakistanischen Zeitungskolporteur angesprochen, der ihm eine Zeitung verkaufen wollte. Herr S. war starr vor Schreck und flüchtete in seine Wohnung, die er in den nächsten drei Tagen nicht mehr verließ. Er musste immer wieder an diese Begegnung denken. Es fiel ihm auf, dass bereits einige Tage zuvor ausländische Zeitungsverkäufer sich auffällig verhalten hätten. Er war sich sicher, dass dahinter ein Plan stehe und es ein Netzwerk gebe, das ihm nach dem Leben trachten würde. Er wagte sich schließlich aus der Wohnung und ging zur Polizei, um gegen die Zeitungsverkäufer eine Anzeige zu erstatten. Er wurde dort nicht ernst genommen und weggeschickt und suchte in den nächsten Tagen ein Büro der Österreichischen Bundesbahn auf, um dort Hilfe zu finden. Der Beamte, den er angesprochen hatte, reagierte ängstlich und drohte die Polizei zu verständigen. Nun war für Herrn S. endgültig klar, dass Polizei, ÖBB und Zeitungsverkäufer ein vom Ausland gesteuertes Netzwerk bilden, das ihm nach dem Leben trachtet. Herr S. besorgte sich am Schwarzmarkt eine Pistole und verbarrikadierte sich in seiner Wohnung. Nach einigen Tagen gingen ihm die Nahrungsmittel aus und

Tabelle 4: Diskriminanzanalyse von Wahnthemen, Eigenschaften des Wahns und Zahl der Verfolgergruppen bei Männern mit einer schizophrenen Erkrankung ohne Delikt (N = 102), einem leichten Delikt (N = 42) und einem schweren Delikt (N = 75)

Struktur-Matrix	Funktion 1	Funktion 2
Systematisierungsgrad	,656*	,265
Wahndynamik	,453*	-,380
Threat	,445*	,054
Zahl der Verfolgergruppen	,334*	-,262
Verfolgungswahn	,251*	,011
Vergiftungswahn	,172*	-,127
Größenwahn	-,164*	,083
Religiöser Wahn	-,131*	,087
Hypochondrischer Wahn	-,125*	-,088
Schuldwahn	,049	,512*
Weltuntergangswahn	-,102	,356*
Liebeswahn	,024	,337*
Eifersuchtswahn	-,071	-,298*
Abstammungswahn	,035	,146*

Gemeinsame Korrelationen innerhalb der Gruppen zwischen Diskriminanzvariablen und standardisierten kanonischen Diskriminanzfunktionen Variablen sind nach ihrer absoluten Korrelationsgröße innerhalb der Funktion geordnet. *. Größte absolute Korrelation zwischen jeder Variablen und einer Diskriminanzfunktion. Funktionen bei den Gruppen-Zentroiden.

Schweregrad des Delikts	Funktion 1	Funktion 2
Kein Delikt	-,064	,612
Leichtes Delikt	-1,342	-,431
Schweres Delikt	,579	-,335

Nicht-standardisierte kanonische Diskriminanzfunktionen, die bezüglich des Gruppen-Mittelwertes bewertet werden.

Schweregrad des Delikts	Vorhergesagte Gruppenzugehörigkeit			Gesamt
	Kein	Leicht	Schwer	
Kein Delikt	52,5 %	21,3 %	26,2 %	100,0 %
Leichtes Delikt	17,2 %	69,0 %	13,8 %	100,0 %
Schweres Delikt	20,3 %	14,9 %	64,9 %	100,0 %

61,0 % der ursprünglich gruppierten Fälle wurden korrekt klassifiziert, Zufallswahrscheinlichkeit = 33,3 %.

er nahm seinen ganzen Mut zusammen, um die Wohnung zu verlassen und einkaufen zu gehen. Kurz bevor er wieder sein Haus erreichte, kreuzte ein Zeitungsverkäufer seinen Weg. Dieser hätte ihn so eigenartig angesehen, es sei ihm klar gewesen, dass der Mann ausgewählt worden sei, um ihn zu töten. Herr S. zog seine Waffe und schoss den pakistanischen Zeitungsverkäufer ins Gesicht, der sofort tot war.

Verfolgungswahn ist nicht allein für die Genese schwerer Gewaltdelikte verantwortlich. Auch Größenwahn und hypochondrische Wahnideen können hier durchaus eine Rolle spielen. Beide Wahnthemen finden sich in vergleichbarem Ausmaß in beiden delinquenten Gruppen, aber auch bei den nicht delinquenten Kranken. Ob etwa ein Größenwahn zu einem schweren Delikt führt, scheint von situativen und konstellativen Faktoren wie innerfamiliären Konflikten abhängig zu sein. Dies soll abermals an einer kurzen Fallvignette illustriert werden: Herr M., ein 43-jähriger Mann, leidet seit 20 Jahren unter einer chronisch paranoiden Schizophrenie. Er ist davon überzeugt, ein bedeutender General zu sein und eine wichtige Rolle bei der Entlarvung von Agenten zu spielen. Er erlebt sich als Teil eines umfangreichen Netzwerks mit Verbindungen zum NATO-Hauptquartier, zum Kreml und zum Vatikan. Er ist eine pompöse Erscheinung, herrisch in seinem Auftreten und verfügt über eine tiefe, tragende Stimme. Im Frühjahr 2013 ging er in ein Herrenmodegeschäft, suchte sich ein paar Lederhandschuhe aus und verließ in der Überzeugung, aufgrund seiner bedeutenden gesellschaftlichen Position nicht zahlen zu müssen, das Geschäft. Ein Verkäufer lief ihm nach und stellte ihn zur Rede. Herr M. verwehrte sich vehement gegen die Aufforderung, für die Ware zu zahlen und forderte seinerseits den Verkäufer auf, im NATO Hauptquartier anzurufen. Als ihn der Verkäufer festzuhalten versuchte, versetzte er ihm einen heftigen Faustschlag ins Gesicht, der zu einem Nasenbeinbruch führte. Herr M. wurde von der inzwischen eingelangten Polizei festgenommen, angezeigt und schließlich gemäß § 21 Abs. 1 StGB in den Maßnahmenvollzug eingewiesen.

In beiden hier präsentierten Fallvignetten ist die unterschiedliche Rolle des Wahns – im ersten Fall ein Verfolgungswahn, im zweiten ein Größenwahn – als Deliktmotiv offensichtlich.

Wie die Diskriminanzanalyse zeigt, gibt es offensichtlich Ähnlichkeiten der Psychopathologie schizophrener Patienten, die bis zum Untersuchungszeitpunkt keine Anzeichen für delinquentes Verhalten geboten haben und solchen, die schwere Gewalttaten begangen hatten (Tabelle 4). Zwar können durch die hier analysierten Wahnphänomene schwere Delikte in etwa 65 % der Fälle richtig vorausgesagt werden, jedoch findet sich bei immerhin 26,2 % der nicht-delinquenten Patienten eine ähnliche psychopathologische Symptomatik.

Einschränkend muss allerdings festgestellt werden, dass bei der hier vorgestellten Datenauswertung ausschließlich der Wahn und seine Ausformungen als Prädiktor für Gewaltdelikte analysiert wurden. Es ist aber davon auszugehen, dass auch andere psychopathologische Phänomene wie Schneider'sche Erstrangsymptome und Halluzinationen, aber auch prämorbid Wertehaltungen eine wichtige Rolle für die Prognose delinquenten Verhaltensweisen spielen.

Univ.-Prof. Dr. Thomas Stompe



Studium der Medizin, Humanbiologie und Kultur-anthropologie an der Universität Wien; Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Arzt für psychotherapeutische Medizin. Tätig an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Universität Wien und in der Justiz-anstalt Göllersdorf.

Forschungsschwerpunkte: Allgemeine und klinische Psychopathologie, transkulturelle Psychiatrie, forensische Psychiatrie.

■ Interessenkonflikt

Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur:

- Böker W, Häfner H. *Gewalttaten Geistesgestörter*. Springer, New York, 1973.
- Volavka J, Laska E, Baker S, Meisner M, et al. History of violent behaviour and schizophrenia in different cultures. Analyses based on the WHO study on Determinants of Outcome of Severe Mental Disorders. *Br J Psychiatry* 1997; 171: 9–14.
- Wallace C, Mullen P, Burgess P, Palmer S, et al. Serious criminal offending and mental disorder. Case linkage study. *Br J Psychiatry* 1998; 172: 477–84.
- Arseneault L, Moffitt TE, Caspi A, Taylor PJ, Silva PA. Mental disorders and violence in a total birth cohort: results from the Dunedin Study. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 979–86.
- Brennan PA, Mednick SA, Hodgins S. Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 494–500.
- Walsh E, Buchanan A, Fahy T. Violence and schizophrenia: examining the evidence. *Br J Psychiatry* 2002; 180: 490–5.
- Walsh E, Gilvarry C, Samele C, Harvey K, et al., UK-700 Group. Predicting violence in schizophrenia: a prospective study. *Schizophr Res* 2004; 67: 247–52.
- Schanda H, Knecht G, Schreiner D, Stompe T, et al. Homicide and major mental disorders: a 25-year study. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 110: 98–107.
- Schanda H. Untersuchungen zur Frage des Zusammenhangs zwischen Psychosen und Kriminalität/Gewalttätigkeit. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2006; 74: 85–100.
- Hodgins S, Müller-Isberner R. Schizophrenie und Gewalt. *Nervenarzt* 2014; 85: 273–8.
- Stompe T, Strnad A, Ritter K, Fischer-Danzinger D, et al. Patterns of socialization in male schizophrenic offenders. *Aust NZ J Psychiatry* 2006; 40: 554–61.
- Joyal CC, Putkonen A, Mancini-Marie A, Hodgins S, et al. Violent persons with schizophrenia and comorbid disorders: a functional magnetic resonance imaging study. *Schizophr Res* 2007; 91: 97–102.
- Swanson J, Estroff S, Swartz M, Borum R, et al. Violence and severe mental disorder in clinical and community populations: the effects of psychotic symptoms, comorbidity, and lack of treatment. *Psychiatry* 1997; 60: 1–22.
- Räsänen P, Tiihonen J, Isohanni M, Rantakallio P, et al. Schizophrenia, alcohol abuse, and violent behavior: a 26-year follow-up study of an unselected birth cohort. *Schizophr Bull* 1998; 24: 437–41.
- Putkonen A, Kotilainen J, Joyal CC, Tiihonen J. Comorbid personality disorders and substance use disorders of mentally ill homicide offenders: a structured clinical study on dual and triple diagnoses. *Schizophr Bull* 2004; 30: 59–72.
- Wallace C, Mullen PE, Burgess P. Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 716–27.
- Modestin J, Wuermle O. Criminality in men with major mental disorder with and without comorbid substance abuse. *Psychiatry Clin Neurosci* 2005; 59: 25–9.
- Hodgins S. The etiology and development of offending among persons with major mental disorders. In: Hodgins S (ed). *Violence among the mentally ill. Effective treatment and management strategies*. Kluwer, Dordrecht; 2000; 89–116.
- Gibbins TCN. Sane and insane homicide. *J Crim Law Criminal Pol Sci* 1958; 49: 110–5.
- Taylor PJ. Motives for offending among violent and psychotic men. *Br J Psychiatry* 1985; 147: 491–8.
- Buchanan A, Reed A, Wessely S, Garety P, et al. Acting on delusions II: The phenomenological correlates of acting on delusions. *Br J Psychiatry* 1993; 163: 77–81.
- Wessely S, Buchanan A, Reed A, Cutting J, et al. Acting on delusions I: Prevalence. *Br J Psychiatry* 1993; 183: 69–76.
- Taylor P, Garety P, Buchanan A, Reed A, et al. Delusions and violence. In: Monahan J, Steadman HJ (eds). *Violence and mental disorder. Developments in risk assessment*. University of Chicago Press; Chicago; 1994.
- Cheung P, Schweitzer I, Crowley K, Tuckwell V. Violence in schizophrenia: role of hallucinations and delusions. *Schizophr Res* 1997; 26: 181–90.
- Movatt RR. *Morbid jealousy and murder*. International Library of Criminology Delinquency and Deviant Social Behaviour, Tavistock, London; 1966; 11.
- Shore D, Filson CR, Johnson WE. Violent crime arrests and paranoid schizophrenia: the White House case studies. *Schizophr Bull* 1988; 14: 279–81.
- Silva JA, Leong GB, Weinstock R, Wine DB. Delusional misidentification and dangerousness: a neurobiologic hypothesis. *J Forensic Sci* 1993; 38: 904–13.
- Straznickas K, McNiel D, Binder R. Violence toward family caregivers by mentally ill relatives. *Hosp Community Psychiatry* 1993; 44: 385–7.

29. D'Orban P, O'Connor A. Women who kill their parents. *Br J Psychiatry* 1989; 154: 27–33.
30. Junginger J, Parks-Levy J, McGuire L. Delusions and symptom-consistent violence. *Psychiatr Serv* 1998; 49: 218–20.
31. Link BG, Stueve A. Psychotic symptoms and violent/illegal behavior of mental patients compared to community controls. In: Monahan J, Steadman HJ (eds). *Violence and mental disorder. Developments in risk assessment*. University of Chicago Press, Chicago; 1994.
32. Swanson J, Borum R, Swartz MS, Monahan J. Psychotic symptoms and disorders and the risk of violent behavior. *Crim Behav Ment Health* 1996; 6: 309–29.
33. Link BG, Stueve A, Phelan J. Psychotic symptoms and violent behaviours: probing the components of „threat/control-override“ symptoms. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33: 55–60.
34. Björkly S. High-risk factors for violence. Emerging evidence and its relevance to effective treatment and prevention of violence on psychiatric wards. In: Hodgins S (ed). *Violence Among the Mentally III*. Kluwer, Dordrecht, 2000; 237–50.
35. Cooke DJ. Major mental disorder and violence in correctional settings. Size, specificity, and implications for practice. In: Hodgins S (ed). *Violence Among the Mentally III*. Kluwer, Dordrecht, 2000; 291–311.
36. Mullen PE. A reassessment of the link between mental disorder and violent behaviour, and its implications for clinical practice. *Aust NZ J Psychiatry* 1997; 31: 3–11.
37. Appelbaum PS, Robbins PC, Monahan J. Violence and delusions: Data from the MacArthur Risk Assessment Study. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 566–72.
38. Stompe T, Ortwein-Swoboda G, Schanda H. Schizophrenia, delusional symptoms and violence: The Threat/Control-Override-Concept re-examined. *Schizophr Bull* 2004; 30: 31–44.
39. Taesdale B, Silver E, Monahan J. Gender, threat/control-override delusions and violence. *Law Hum Behav* 2006; 30: 649–58.
40. Stompe T, Friedmann A, Ortwein G, Strobl R, et al. Comparison of delusions among schizophrenics in Austria and in Pakistan. *Psychopathology* 1999; 32: 225–34.
41. Fährdrich E, Stieglitz R-D. Leitfaden zur Erfassung des psychopathologischen Befundes. Halbstrukturiertes Interview anhand des AMDP-Systems. Hofgrete, Göttingen; 2016.
42. Kleining G. Soziale Selbsteinstufung (SSE). *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 1968; 20: 502–32.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)