Ein aggressiver Patient in meinem Dienst

Teil 1: Theorie, Epidemiologie und Pathophysiologie zur Aggression

Sarah Schiebler, Thomas Müller
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, UPD Bern

Quintessenz

- Jeder zweite Arzt erlebt im Laufe seiner Berufstätigkeit Gewalt.
- Höchstes Gewaltrisiko haben medizinisches Personal in Ausbildung, weibliche Angestellte und Mitarbeiter in der Psychiatrie und den Notfallzentren.
- Es gibt ex- und intrinsische Risikofaktoren für aggressives Verhalten von Patienten und Angehörigen gegenüber medizinischem Personal.
- Internistische, neurologische und psychiatrische Störungen (inklusive Alkohol-/Drogenintoxikation) sowie medikamentöse Therapien können von aggressiven Verhaltensweisen begleitet sein.
- Auf neurobiologischer Ebene handelt es sich um ein Ungleichgewicht im System des frontalen Cortex, anterioren Gyrus cinguli und der Amygdala.
- Folgen eines Gewaltakts reichen von körperlichen und psychischen Problemen des Betroffenen bis hin zu ständigen Personalwechseln, Rekrutierungsproblemen und Wettrüsten der Institutionen.
- Es wird eine «Null-Toleranz-Politik» gegen Gewalt im medizinischen Bereich und die Teilnahme an Kursen für Aggressionsmanagement empfohlen.

Einführung

Stellen Sie sich vor, es ist drei Uhr nachts, Sie werden vom Pflegeteam gerufen, ein älterer Patient «raste aus», werfe mit Gegenständen um sich und sei durch Beruhigungsversuche noch aggressiver geworden. Vor der Operation sei er völlig normal gewesen. Mit solchen oder ähnlichen Situationen wird man früher oder später als Ärztin oder Arzt konfrontiert werden. Die Herausforderung ist es, dafür zu sorgen, dass weder Patient noch Personal zu Schaden kommt.
Im ersten Teil dieses Artikels geben wir eine Übersicht über Phänomenologie, Theorien, Epidemiologie, Folgen und Ursachen aggressiven Verhaltens im medizinischen Bereich. Der zweite Teil behandelt den Umgang mit Aggression im klinischen Setting.
Gerade das Wissen über die Hintergründe aggressiven Verhaltens hilft, die genannten Situationen besser einschätzen zu können, und dient letztlich dem Wohle von Patientinnen und Patienten und dem medizinischen Personal.

Sarah Schiebler

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Phänomenologie aggressiven Verhaltens

Als aggressives Verhalten bezeichnet man gemäss Duden ein «durch Affekte ausgelöstes, auf Angriff ausgerichtetes Verhalten des Menschen, das auf einen Machtzuwachs des Angreifers bzw. eine Machtverminderung des Angegriffenen zielt». Zeigen sich zu Beginn lautes Reden und Schimpfen, folgen verbale Auseinandersetzungen, Streit, Verweigerungsverhalten mit mangelnder Kooperation, schliesslich Beschädigung von Gegenständen und körperliche Übergriffe mit Schlagen und Treten. Im schlimmsten Fall kommt es zum Einsatz von Gegenständen als Waffen bis hin zur versuchten oder vollendeten Tötung. Dabei sind die Betroffenen agitiert, d.h. psychomotorisch unruhig; sie machen anderen Personen Angst. Das Verhalten kann offen feindselig, aber auch verdeckt sein [1]. Ist das Verhalten intentional, also geplant, so handelt es sich um ein Verhalten im Rahmen von Straftaten und wird nachfolgend nur am Rande thematisiert werden. Die Aggressivität beschreibt den Grad der Bereitschaft, aggressiv zu handeln, und wird durch verschiedene Einflussfaktoren moduliert, die im Weiteren näher erklärt werden.

Aggressionstheorien: Was steckt hinter der Aggression?

Schon in der Antike lassen sich Definitionen und Erklärungen der Aggression (oder ähnlicher Begriffe wie Wut und Zorn) finden, z.B. von Aristoteles in der *Nikomachischen Ethik* oder bei Seneca in *De ira*. «Zorn» (μῆνις) ist sogar das allererste Wort der europäischen Literatur, da die *Ilias* mit dem Zorn des Achill beginnt. Sigmund Freud stellte ab 1920 eine dualistische Auffassung des Trieblebens vor mit zwei in seiner Abhandlung «Jenseits des Lustprinzips» eingeführten Triebgruppen, den Lebens- und Todestrieben. Der Todestrieb (Thanatos) beschreibe eine natürliche, dem Menschen innewohnende Eigenschaft der Selbstzerstörung und könne im Zusammenspiel mit dem Lebenstrieb (Eros) nach aussen in eine objektbezogene Aggression gelenkt werden [2]. John Dollard vertrat 1939 die Hypothese, dass aggressives Verhalten immer aus frustrierenden Situationen heraus resultiere. Dabei berief er sich auf verschiedene wissenschaftliche Studien (u.a. von Hovland & Sears) und kam zu folgenden Leitsätzen: Je stärker das auf das vorenthaltene Ziel gerichtete Begehren, je höher die Hindernisse, die das begehrte Ziel blockieren, und je grösser die Anzahl der frustrierenden Ereignisse seien, desto ausgeprägter zeige sich aggressives Verhalten [3].

In dem vorliegenden Artikel bezeichnet der Ausdruck «Patient» und «Arzt» gleichermassen Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzte.

Albert Bandura, massgeblicher Entwickler der sozialkognitiven Lerntheorie, erklärte, dass aggressives Verhalten durch Beobachtung bei anderen Personen (Eltern, Gleichaltrigen, Filmhelden etc.) erlernt und besonders dann imitiert werde, wenn sich das Verhalten als attraktiv und lohnenswert herausstelle [4].
In der englischsprachigen wissenschaftlichen Literatur verwendet man neben dem Begriff des aggressiven Verhaltens («aggressive behavior») oft auch den Terminus Gewalt («violence») im Rahmen von Erkrankung und Behandlungen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gewalt als «absichtlichen Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem körperlichem Zwang oder physischer Macht gegen die eigene oder eine andere Person, gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft, die entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischen Schäden, Fehlentwicklung oder Deprivation führen» [5]. Glynis Breakwell erstellte auf der Basis zahlreicher Fallbeschreibungen ein Modell mit fünf typischen Phasen, in denen ein aggressiver Akt abläuft: der Trigger-, der Eskalations-, der Krisen-, der Plateau- oder Erholungsphase und einer danach einsetzenden depressiven Phase [6].

Häufigkeit und Risikofaktoren für aggressives Verhalten in der Medizin

Aggressives Verhalten kann sich im medizinischen Setting gegen jede Person richten. Insbesondere betroffen sind jedoch Pflegende und Ärzte, hierunter vor allem Angestellte der Notfallzentren und psychiatrischen Akutstationen. Zudem gibt es eine hohe Rate an aggressiven Akten gegenüber Hausärztinnen und Hausärzten. Eine 1995 durchgeführte Untersuchung der *British Medical Association* zeigte, dass ca. 55% aller Ärztinnen und Ärzte im Laufe ihrer Berufstätigkeit physische und verbale Gewalt erlebten [7]. Die Dunkelziffer ist hoch, da aus Zeitgründen oder aus Scham auf Anzeigen solcher Akte verzichtet wird. Die Wahrscheinlichkeit, am Arbeitsplatz getötet zu werden, ist für Psychiater – nach Taxifahrern, Verkäufern und Polizisten – gemäss einer deutschen Untersuchung am höchsten [8]. Physische Gewalt zeigt sich insbesondere gegen Mitarbeiter mit wenig Erfahrung, während der Facharztausbildung, in der Psychiatrie und bei Frauen, die Opfer sexueller Angriffe und Übergriffe werden [9, 10]. Beachtenswert ist der kulturelle Kontext. So erleben Assistenzärzte in der Türkei auch durch direkte Vorgesetzte verbale, z.T. physische Gewalt [11]. Eine Studie aus Kuweit berichtet, dass physische Übergriffe teilweise schwere Ausmasse erreichten, wobei mit Waffen gedroht und Mitarbeitende z.T. gewürgt würden [12]. Eine indische Studie beschrieb, dass massive Übergriffe durch Angehörige gegen das Klinikpersonal erfolgt sind, nachdem ein Verwandter im Krankenhaus verstorben war. Erst eine Strafandrohung von drei Jahren Haft habe dann zu einer Verminderung der Übergriffe geführt [13]. Eine Studie aus Kanada bestätigt, dass nicht nur Gewalt durch Patienten oder deren Angehörige möglich ist, sondern auch durch Mitarbeitende [14]. In derselben Studie wird aufgezeigt, dass das Risiko, Gewalt zu erleben, insbesondere in der Psychiatrie, gefolgt von Notfall- und Intensiveinheiten am höchsten ist. Eine japanische Studie zeigte, dass auch Dermatologen und Augenärzte ein erhöhtes Risiko für Übergriffe haben [15]. Weiter zeigt sich, dass allgemein Pflegende ein höheres Risiko als Ärzte haben, Gewalt zu erleben [16].
Sieht man von krankheitsspezifischen Ursachen aggressiven Verhaltens zunächst ab, findet sich eine Reihe von Prädiktoren für aggressives Verhalten gegenüber medizinischem Personal. Allgemein finden sich Hinweise auf ein erhöhtes Risiko bei männlichen Patienten im Alter von <35 Jahren, bei der nicht dominanten Ethnie eines Landes und ärmeren Patienten [1]. Letzteres trifft zumindest für den westlichen Kulturkreis zu – in Japan gilt es eher als ein Privileg, Wut zu zeigen, und weist auf einen höheren sozialen Status hin [17]. Für aggressive Verhaltensweisen scheinen Lernerfahrungen eine Rolle zu spielen, d.h., dass man erwartet, durch Gewaltanwendung Erfolg zu haben, auch in einer kritischen medizinischen Situation [1]. Patienten können aus mangelndem Vertrauen zum Arzt und Unzufriedenheit über die Behandlung gewalttätig werden, z.B. weil bestimmte Medikamente nicht verschrieben und diagnostische Tests nicht durchgeführt werden oder die Beschwerden trotz Behandlung persistieren [18]. Ärzte und medizinisches Personal, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, sind überdurchschnittlich häufig von Gewaltakten betroffen [8]. Angehörige können Gewalt ausüben, wenn sie mit der Behandlung durch das medizinische Personal nicht einverstanden sind, zum Beispiel bei Verzicht auf eine Reanimation oder einer Zwangseinweisung des Patienten gegen den Willen der Angehörigen [1]. Bereits früher stattgefundene Gewaltanwendungen durch Patienten oder Angehörige stellen einen Risikofaktor dar [19]. Zu lange Wartezeiten oder die Verweigerung einer Behandlung können aggressives Verhalten auslösen [20]. Bei Patientengruppen, bei denen schon im Vorfeld Gewaltakte aufgetreten waren, kann durch die Verweigerung von Behandlungen erneut Gewalt provoziert werden [21]. Spitzenzeiten aggressiven Verhaltens finden sich im Allgemeinen zwischen 18 Uhr abends und 7 Uhr morgens [7].
Generell kann die den Ärzten und dem medizinischen Personal zugeschriebene Machtposition bei Patienten und Angehörigen Ohnmachtsgefühle und in der Folge aggressives Verhalten auslösen [22]. Die «Broken Windows Theory» besagt, dass dort, wo kleine Gewaltakte geduldet werden, das Risiko für grössere steigt, was eine «no tolerance policy» nahelegt [14]. Man empfiehlt neben dieser «Null-Toleranz-Politik» gegenüber Gewalt auch, dass entsprechende Kurse belegt werden, um den richtigen Umgang mit Gewalt zu erlernen. Gemäss den Autoren einer Studie aus dem Jahr 2012 hat jedoch kein Programm bis anhin eine nachhaltige (d.h. über drei Monate hinausgehende) Wirkung gezeigt [16].

Folgen aggressiver Übergriffe für die Betroffenen

Infolge von aggressiven Übergriffen wird gemäss einer Studie aus Grossbritannien etwa einer von elf Ärzten

Tabelle 1
Mögliche Ursachen für aggressives Verhalten und Differentialdiagnosen bei Aggressivität (modifiziert nach Pajonk et al., 2008 [1] und ergänzt).

Pharmakologische Ursachen	Anticholinerg wirkende Substanzen (z.B. trizyklische Antidepressiva, Biperiden, niederpotente Antipsychotika) Paradoxe Reaktionen bei Hypnotika und Sedativa Kortikosteroide, anabole Steroide Antibiotika, Antiinfektiva, Antimalariamittel Antihypertensiva
Psychiatrische Ursachen	Intoxikationen mit Alkohol oder Drogen, besonders beim komplizierten und pathologischen Rausch Entzugssymptome, Delir und Craving bei bestehender Abhängigkeit (z.B. Alkohol-, Benzodiazepin- und Opiatabhängigkeit) Akute organische Psychosyndrome und Delire bei verschiedenen Grunderkrankungen, unter bestimmter Medikation (z.B. Chemotherapeutika), nach Operationen Schizophrene Psychosen (besonders katatone und paranoid-halluzinatorische Verlaufsformen) Manie, affektiver Mischzustand, agitiert-depressives Syndrom Akute Belastungsreaktionen im Rahmen schwerer psychosozialer Krisen Angst- und Panikstörungen Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (z.B. emotional instabile, dissoziale und schizotype Persönlichkeitsstörungen) Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen Störung des oppositionellen Trotz- und Sozialverhaltens bei Kindern
Neurologische Ursachen	Demenz Läsionen des limbischen Systems (z.B. durch Schädel-Hirn-Trauma, Ischämie, Blutung) Infektiös-entzündliche Hirnerkrankungen (z.B. Tollwut, Herpes-simplex-Enzephalitis) Hirntumor und -gefässprozesse Atrophische Hirn- und Ablagerungsprozesse in den Basalganglien (z.B. bei Chorea Huntington, Morbus Wilson) Epileptische Dämmerzustände Oligophrenie
Internistisch-endokrinologische Ursachen	Hyperthyreose Hypoglykämie Hypoxie Autoimmunerkrankungen Porphyrie Paraneoplastische Syndrome Leber- und Niereninsuffizienz

vorläufig krankgeschrieben. Typische Folgen von Gewaltakten können Stress, Schlafstörungen, Agoraphobie und depressive Verstimmungen sein. Neben den höheren Krankheitsraten sind sinkende Arbeitsmoral und häufigerer Personalwechsel zu beobachten [7]. Eine japanische Studie belegte, dass sich bei ca. 8,2% des Personals, das physische Gewalt erfahren hatte, eine posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) entwickelte. Insbesondere in der Psychiatrie kann dies durch das Erleben von Stalking seitens ehemaliger Patientinnen und Patienten noch verstärkt werden [15]. Als Folge wiederholt erlebter Gewalt werden beim Personal erhöhte Frustration, Demotivation und infolgedessen Rekrutierungsprobleme, insbesondere in Bereichen mit hohem Gewaltrisiko, beobachtet [21]. Aus Angst und dem Verdacht heraus, möglicherweise Opfer von Gewalt zu werden, können vorbeugende Abwehrmassnahmen eingerichtet werden, wie zum Beispiel ein Sicherheitsdienst, der während einer ärztlichen Konsultation anwesend ist (sog. «Bowling for Columbine»-Effekt). Dies wird auch als eine Art Wettrüsten bezeichnet, bei dem das Personal eine Bedrohung durch Gegenbedrohung zu korrigieren versucht, was jedoch längerfristig keine erfolgreiche Lösungsstrategie darstellt und unter Umständen die Arzt-Patienten-Beziehung schädigt [20].

Vorkommen nichtmedizinischer Aggression

Wie erwähnt, muss zwischen geplanter und impulsiver Aggression unterschieden werden. Geplante Aggression zielt dabei auf die Erreichung oder Befriedigung bestimmter Bedürfnisse ab; hierbei kann es sich auch um juristisch relevante Vorgänge handeln. Impulsive Akte aggressiven Verhaltens dagegen haben häufig Ursachen in Persönlichkeitsvariablen oder pathologischen Zustandsbildern. Solche Akte werden häufig von autonomen Symptomen begleitet, nicht selten von Wut und Angst. Die Aggression ist nur pathologisch zu nennen, wenn sie in der Situation als nicht adäquat erscheint. Interessanterweise beträgt die Lebenszeitprävalenz für Gewaltakte 7,3%; bei über 18-Jährigen sind dabei 50% der Männer und 25% der Frauen betroffen. Auch genetische Risiken sind auszumachen, Zwillingsstudien zeigen eine Konkordanz zwischen 44 und 72% [23].

Pathophysiologie aggressiven Verhaltens

Grob vereinfacht ist von einem Ungleichgewicht im System des frontalen Cortex, des anterioren Gyrus cinguli und der Amygdala auszugehen, wobei Gewalt durch

einen Impuls aus dem limbischen System «bottom up» getriggert und bei insuffizienten «top down»-Kontrollmechanismen ausgeführt wird. Beispiele sind falsche oder unvollständige Inputs wie zum Beispiel bei Hörschwierigkeiten, was zu Fehlinterpretationen und letztlich zu Angst und Gewalt führen kann. Einerseits kann eine Disinhibition des frontalen Cortex, andererseits eine Aktivierung des limbischen Systems ursächlich mit medizinischen Konditionen verknüpft sein [23]. Ein schönes Beispiel aus der Literatur ist die Gestalt des Phineas Gage, eines Eisenbahnarbeiters aus dem 19. Jahrhundert, dessen linke Orbita und linker präfrontaler Cortex von unten nach oben bei Sprengarbeiten durch eine Eisenstange zerstört wurden. Der Arbeiter fiel nachfolgend durch ungebührliches Verhalten auf, wie sein Arzt John Harlow – allerdings erst 20 Jahre nach dem Unfall – berichtete. Diese Anekdote gab erste Hinweise auf die Funktion des präfrontalen Cortex [24, 25]. Bei psychiatrischen Erkrankungen wie beispielsweise dem Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom (ADHS), bei Psychosen oder Persönlichkeitsstörungen zeigen sich auf Ebene der frontalen, limbischen und striatalen Hirnareale unterschiedliche Mechanismen, die an einer Aggressionsentwicklung beteiligt sein können [23]. In translationalen Studien konnten weitere Hinweise für den Zusammenhang zwischen einem dysfunktionalen, zentralen Serotonin-Regelkreis und aggressivem Verhalten gefunden werden [26]. Dabei zeigte sich interessanterweise in einer Studie mittels Messung des Prolaktinwerts eine inverse Korrelation zwischen impulsiver Aggressivität und Prolaktinantwort auf Gabe von Serotoninagonisten bei Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Insbesondere war die Antwort bei denen mit bestimmten, in die Kindheit zurückreichenden Traumata (Kindesmissbrauch, Kindesmisshandlungen) am geringsten [27]. Aufgrund von zu beobachtenden antiaggressiven Wirkeigenschaften bestimmter Antipsychotika, die unter anderem bestimmte Serotonin(5-HT-)Rezeptoren modulieren, schrieb man den 5-HT2A-Rezeptoren eine grosse Rolle bei neurobiologischen Vorgängen in der Aggressionsentwicklung zu [26]. Weiter konnte in einer Studie von Rosell et al. mittels Bildgebung bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen und aggressivem Verhalten im orbitofrontalen Cortex (OFC) eine gesteigerte Verfügbarkeit von 5-HT2A-Rezeptoren nachgewiesen werden. Aufgrund anderer Studienbeobachtungen vermuten die Autoren, dass die veränderte Verfügbarkeit der 5-HT2A-Rezeptoren, die die Regulation von Signal-Stör-Verhältnissen modulieren, zu einer Beeinträchtigung im OFC führt und so die Bewertung von bedrohlichen Stimuli verzerrt [28]. Studien über Veränderungen im zentralen Dopaminstoffwechsel zeigten bei Konsum psychoaktiver Substanzen, beispielsweise von Amphetaminen oder Kokain, klinisch einerseits ein höheres Risiko für Aggressivität, andererseits bei Einnahme von Haloperidol durch seine modulierende Wirkung auf die zentralen D2/D1-Rezeptoren eher eine beruhigende Wirkung [26]. In genetischen Studien – man fragte sich, warum misshandelte Kinder sich unterschiedlich entwickelten, d.h. die einen antisoziales Verhalten, Aggressivität und Delinquenz aufwiesen und andere wiederum nicht – ergab sich interessanterweise ein Zusammenhang zwischen bestimmten Polymorphismen in dem Gen, das die Monooxidase-A (MAO-A) für den Abbau von Neurotransmittern (Serotonin, Noradrenalin und Dopamin) codiert, und dem signifikant häufigeren Auftreten von Gewaltneigungen und antisozialer Persönlichkeitsstruktur. Personen, die in ihrer Kindheit besonders schwer misshandelt worden waren, wiesen eine geringere MAO-A-Aktivität auf [29]. Des Weiteren wurde in der Untersuchung einer niederländischen Familie, in der die männlichen Mitglieder durch abnormale, meist impulsive und aggressive Verhaltensweisen auffielen, ein auf dem X-Chromosom liegender Gendefekt festgestellt, der zu einem isolierten MAO-A-Mangel führte und den Symptomkomplex aus leichter mentaler Retardierung und aggressivem und impulsivem Verhalten verursachte; diese Mutation in dem MAO-A-Gen und die daraus hervorgehenden Symptome werden heute als «Brunner-Syndrom» bezeichnet [30].

Die γ-Aminobuttersäure-(GABA-)Rezeptorfamilie scheint in der Aggressionsentstehung insofern eine Rolle zu spielen, als bestimmte Gruppen (vor allem GABA-A-Rezeptoren) und Untereinheiten der Rezeptoren durch Substanzgebrauch, beispielsweise Benzodiazepine oder Alkohol, moduliert werden. Die meist hemmenden Prozesse können Störungen zum Beispiel in der Erkennung von angstauslösenden und bedrohlichen Situationen verursachen (sog. System der Angst-/Bedrohungsdetektion), aus denen unter Umständen selbst- und fremdgefährliche Reaktionen resultieren können. Therapeutisch ist zu erwähnen, dass Benzodiazepine durch ihre anxiolytischen und sedativen Wirkungseigenschaften in den meisten Fällen Aggressivität verringern können [26, 31]. N-Methyl-D-Aspartat-(NMDA-) und Glutamat-Rezeptoren zeigten sich in Studien als mögliche Targetrezeptoren für antiaggressive Medikamente wie z.B. Valproat und gewinnen somit an Bedeutung in der Behandlung von Aggressionen, weniger in deren Pathophysiologie [26].

Weitere Ursachen aggressiven Verhaltens, modulierende Faktoren

Zu unterscheiden ist zwischen externen und endogenen Auslösern. Externe Auslöser können eine reale, oder bei Vorliegen einer psychiatrischen Störung, eine wahnhaft empfundene Bedrohung sein. Im Falle einer Bedrohung steht dem Menschen als Reaktion die Flucht, die Erstarrung oder die Gegenreaktion im Sinne der Aggression zur Verfügung. Als modulierende Faktoren für diese Reaktionen können Substanzen, individuelle genetische, erworbene und gelernte Bedingungen eine Rolle spielen (Tab. 1) [1]. Beispielsweise führt Alkoholkonsum unmittelbar zu einer zentralen Dopaminausschüttung, was die Plan-/Steuerungs- und Konzentrationsfähigkeit durch die exekutive Funktionsstörung des präfrontalen Cortex sowie die Verarbeitung von bedrohlichen Stimuli und emotional schwierigen Situationen durch Disinhibition der limbischen Prozesse erheblich beeinflussen kann. Bei chronischem Alkoholabusus werden eine Downregulation von D2-Rezeptoren, Dysfunktionalitä-

ten im 5-HT-Regelkreis und – in Kombination mit Rauchen – zusätzlich neurotoxische Veränderungen im GABAergen System vorgefunden, was eine erhöhte Empfindlichkeit für angst- und schmerzauslösende Stimuli erklären könnte. Es kann vermehrt zu einer erhöhten Reizempfindlichkeit, Fehleinschätzungen vermeintlicher Gefahren, unter Umständen weiter begünstigt durch halluzinatorische Phänomene zum Beispiel im Rahmen einer Alkoholhalluzinose, und zu situationsinadequaten, impulsiven bzw. aggressiven Verhaltensweisen kommen, die zu einer Gefahr für die Person selbst und andere werden könnte [31, 32]. Zudem wird aus lerntheoretischer Sicht vermutet, dass vor allem bei jungen Menschen mit der vorrangigen Erwartung, unter Alkoholeinfluss aggressiv zu werden, auch tatsächlich aggressive Verhaltensweisen zu beobachten sind [32]. Bei einer Reihe von psychoaktiven Substanzen kommt es unmittelbar durch die eigene Wirkung zur Auslösung aggressiven Verhaltens. Hier sind insbesondere neuartige Substanzen wie beispielsweise synthetische Cannabinoide (besser bekannt unter den Namen «Spice») und synthetische Cathinone («Legal high» oder «Badesalz») zu nennen. Aus einer Übersichtsarbeit von 2014 geht hervor, dass infolge des Konsums synthetischer Cannabinoide in 19 bis 41% der Fälle Agitation und in bis zu 3% der Fälle aggressives Verhalten zu beobachten sind. Bei synthetischen Cathinonen zeigten sich in 50 bis 80% der Fälle Agitation und immerhin in bis zu 57% der Fälle aggressive Handlungen [33]. Infolge des Gebrauchs von Benzodiazepinen, die üblicherweise bei Angst, Erregungszuständen und psychomotorischer Unruhe indiziert sind, lassen sich in seltenen Fällen – paradoxerweise – aggressive und feindselige Verhaltensauffälligkeiten bis hin zu Wutanfällen beobachten [34, 35]. Bei längerfristigen Behandlungen treten neben einer häufigen Toleranzentwicklung auch Entzugserscheinungen mit psychomotorischer Unruhe und Agitiertheit auf [26]. Eine US-Studie untersuchte das Verhältnis von medikamentösen Behandlungen und den bei der *Food and Drug Administration* (FDA) gemeldeten, als Nebenwirkung deklarierten Feindseligkeiten und Gewalttätigkeiten, die sich gegen andere Personen gerichtet hatten. Hierbei stellte sich heraus, dass bei medikamentöser Behandlung mit der Rauchentwöhnungssubstanz Vareniclin (danach folgten die SSRI Fluoxetin und Paroxetin) relativ häufig Gewaltereignisse verzeichnet waren [36].

Nicht nur psychoaktive Substanzen, sondern auch eine Reihe von anderen Medikamenten wirken potentiell aggressionssteigernd. Zum Beispiel können unter Gabe von Kortikosteroiden affektive Störungen auftreten, meist gekennzeichnet durch ein manisches Syndrom, begleitet von psychotischen Symptomen und Aggressivität [37]. Im Rahmen von Antibiotika-, Antihypertensiva- und Antimalariabehandlungen wurden Nervosität, Gereiztheit und seltener auch aggressive Reaktionen beobachtet (s.u. Kompendium der Schweiz: Unerwünschte Wirkungen). Delirogene Substanzen sind zu erwähnen, die gerade bei älteren Patienten durch anticholinerge Nebenwirkungen ein delirantes Zustandsbild mit aggressivem Verhalten auslösen können [38]. Bei deliranten Zustandsbildern im Rahmen einer Entzugssymptomatik (z.B. bei einer Alkohol-, Benzodiazepin- oder Opiatabhängigkeit), verschiedener Grunderkrankungen (z.B. Infektionen, metabolische Entgleisung, Vitaminmangel, kardiopulmonale Erkrankungen, Nieren- oder Leberinsuffizienz) oder nach operativen Eingriffen treten neben hyperaktivem Verhalten häufig auch aggressive Impulse auf [31, 38, 39]. Eine Reihe von neurologischen und internistischen Erkrankungen kann als Begleitsymptomatik psychische Veränderungen nach sich ziehen, bei welchen auch aggressives Verhalten auftreten kann [1]. Im Rahmen demenzieller Erkrankungen zeigte sich in einer Studie aus Taiwan interessanterweise bei Patienten mit vaskulärer Demenz häufiger eine depressive Symptomatik und eine signifikant höhere Aggressivität als bei denen mit Morbus Alzheimer [40].

Schliesslich ist bei psychiatrischen Störungen im engeren Sinne aggressives Verhalten nicht selten zu sehen. Hier sind Persönlichkeitsvariablen oder -störungen zu berücksichtigen. Bei einer dissozialen Persönlichkeitsstörung ist die Hemmschwelle für aggressives Verhalten niedrig, meist verbunden mit mangelhaft ausgeprägten moralischen Wertvorstellungen. Interessanterweise wird bei Gewalttätern in Gefängnissen bei 47% der Männer und 21% der Frauen eine dissoziale Persönlichkeitsstörung diagnostiziert [23]. Eine emotionale Instabilität bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen kann mit aggressiven Verhaltensweisen einhergehen. Typischerweise zeigt sich aggressives Verhalten auch bei schizophrenen Störungen, dies insbesondere dann, wenn sich ein Patient verfolgt oder bedroht fühlt oder situative und Personenverkennungen aufweist [41]. Gemäss einer Studie von Fazel et al. war das Risiko für Gewalttaten bei Patienten mit Schizophrenie kaum erhöht (Odds Ratio 1,2). Es zeigte sich hier ein deutlich höheres Risiko für Gewalttaten, wenn als Komorbidität ein Substanzmissbrauch vorlag. Interessanterweise war für Patienten mit Schizophrenie hingegen das Risiko, selbst Opfer von Gewalt zu werden, deutlich erhöht [42]. Auch bei affektiven, Angst- und Belastungsstörungen kann es zu fremd- und autoaggressiven Akten kommen [1].

Bei Kindern sind beispielsweise Aufmerksamkeitsstörungen, Störungen des oppositionellen Trotz- und Sozialverhaltens zu nennen, bei denen aggressive Reaktionen, Regelmissachtungen und -verstösse, im letzteren Fall auch aggressive Akte gegen Menschen, Tiere und Gegenstände bis hin zu delinquentem Verhalten zu beobachten sind. Diese treten häufig zusammen mit depressiven Störungen auf, was sich teilweise durch psychodynamische Prozesse erklären lässt (Ablehnung der Eltern, Zurückweisung durch Gleichaltrige) [43].

Korrespondenz:
Prof. Dr. med. Thomas Jörg Müller
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Murtenstrasse 21
CH-3010 Bern 10
mueller[at]puk.unibe.ch

Literatur
Die vollständige nummerierte Literaturliste finden Sie unter www.medicalforum.ch.