

„Besonders gefährlich?“ – „zutiefst menschlich!“: Spannweite der Zuschreibungen an Menschen mit psychischer Erkrankung 7 Thesen / 4 Fragen von Prof. Dr. Thomas Bock - Tagung der Psychiatriereferent:innen am 26.2.26 in Bremen zum Thema „Prävention von Gewalttaten“

- 1. Jede/r kann psychotisch werden.** Die Frage ist nur ab welchem Ausmaß von Traumatisierung / Isolation **Menschen können gewalttätig werden.** z.B. aus Hass, Habgier, Eifersucht, Machtstreben, im Krieg, ...* **Beides hat erst einmal nichts miteinander zu tun.**
- 2. In Ausnahmezuständen / Psychosen können wir uns und andere gefährden,** das eine auch ohne suizidal zu sein, das andere sehr selten und nur bei Bedrohung
- 3. Diese Bedrohung kann a) subjektiv, b) objektiv, c) „vermeintlich“ (immer auch „real“) sein**
 - z.B. durch räumliche oder Beziehungs-Nähe, oft auf dem Hintergrund von Traumatisierung
Deshalb wichtig: Respekt, Vorsicht, Dialog, Schulung der Polizei u.a.
 - durch reale Bedrohung von außen oder Obdachlosigkeit (Beispiel Frau am Hamb. HBF)
Deshalb wichtig: Haltende Beziehung, schützende Umgebung, Housing First Programm
 - durch Wahn? Immer wahrer Kern, immer auch Konstruktion von Bedeutung: Sorgfalt der Analyse, Erhalt von Bedeutung, niedrigrschwellige Angebote, Kontinuität v.Beziehung
- 4. Menschen in Psychosen werden viel öfter Opfer als Täter** (z.B. von Missbrauch, Betrug)
Vor und nach der Erkrankung, innerhalb und außerhalb der Psychiatrie. Das gilt v.a. für Frauen: Es gibt also ein Schutzbedürfnis. Notwendig: Haltende ther. Beziehungen, Kontinuität/Flexibilität, Einbezug der Familie.
- 5. Zwangsmaßnahmen in BRD häufiger als in Nachbarländern, regional sehr unterschiedlich häufig (1:10)** Das betrifft Unterbringung gg. den Willen, Fixierung, Isolation, Zwangsmedikation. Gegen Zwang wirken z.B. Stationsgröße, Ausbildung, Behandlungsvereinbarung / Nachbesprechung, Peer-Support, Integrierte / aufsuchende Versorgung **, verbindliche Koop. u.a.
- Seit 5-6 Jahren nimmt der **Anteil von Psychose-Patienten in der Forensik** wieder zu, Vorher ab!
Nicht Patienten haben sich verändert, sondern die Haltfähigkeit der Psychiatrie. Artefakt ist die geänderte Gutachterpraxis: mit Persönlichkeitsstörung regelhaft schuldfähig, mit Psychosen nicht!
- 7. Das Stigma-Risiko ist inzwischen je nach Diagnose verschieden groß**
Depression, Burn out, Trauma, Angst weniger; Psychose, Manie, Sucht mehr; Autismus, ADHS „divers“. Möglicherweise ist unser Krankheitsbegriff inzwischen zu weit, die Psychiatrie entstigmatisiert (aber nicht alle ps.e.Menschen), die Tür zu weit auf – zulasten der „Eigensinnigen“, die uns am meisten brauchen. ***

OFFENE FRAGEN

- Werden Menschen mit Migrationshintergrund häufiger psychisch krank?**
So allgemein stimmt das nicht. Geflüchtete sind häufiger traumatisiert; für Schizophrenie-Risiko „Qualität der Ankunft“ entscheidend, v.a. Resonanz für die eigene Kultur und Sprache. Spezifische Hilfen oft gefährdet, manchmal verweigert (z.B. *Aschaffenburg*)
- Werden Menschen mit Migrationshintergrund häufiger Täter? ******
Wenn, dann indirekt: Junge Männer, Konsum, Gewalterfahrung prekäre Lebensbedingungen entscheidend.
- Nehmen Gewalttaten von psychisch erkrankten Menschen zu? ******
Insgesamt eher nicht! Im Nahbereich leicht erhöhtes (Täter/Opfer-) Risiko, auch weil ohne innere Grenze Nähe bedrohlich erscheinen kann. Existentielle Bedrohung öffentlicher, z.B. durch Obdachlosigkeit. Gesellschaftliche Atmosphäre aggressiver: Psychose-Erfahrene dem mehr ausgeliefert (Seismographen?). Entscheidend: Mehr Sensationspresse! Unterschiedliche Gewichtung z.B. 300 Femizide/Jahr, Verkehrstote: welche Listen müßten wir führen? Zuschreibung „ps.krank“ willkürlich: Mal Migration betont, Erkrankung nicht. Mal diese vorgeschoben, rechte Gesinnung nicht.
- Brauchen wir mehr Datenaustausch?**
Ja, aber nicht als Alibi statt konsequenter Struktur-reformen (s.o.), sondern in deren Kontext. Ein verbindlich zuständiges System muss kommunizieren können, im Notfall auch mit Sicherheitskräften. Datenaustausch alleine löst das Problem, sondern verschärft es – auf dem Umweg von Angst u. Stigma.

* Kröber HL, Töten ist menschlich - ZEIT 42/2012, <https://lecture2go.uni-hamburg.de/l2go/-/get/v/59677>

** Schöttle D et al. Home Treatment – aufsuchende Behandlung im Hamb. Modell integrierter Versorgung, *Psychother Psych Med* 2015; 65: 140–145

*** Bock T, Zuviel des Guten, zu wenig des Notwendigen? *Psychiatr. Praxis* 1/2025, S. 1ff. // Schomerus G. (2023) <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02272-4>

**** DGPPN, Prävention von Gewalttaten, Juno 2025