



Fabini

Eigensicherung und Selbstfürsorge

Umgang mit potenziell gefährlichen
Patienten in der Psychotherapie



ARBEITSMATERIAL

BELTZ

Fabini

Eigensicherung und Selbstfürsorge

Horia Fabini

Eigensicherung und Selbstfürsorge

Umgang mit potenziell gefährlichen Patienten in der Psychotherapie

Mit E-Book inside und Arbeitsmaterial

BELTZ

Dipl.-Psych. Horia Fabini
fabini@psychotherapie-fabini.de
www.psychotherapie-fabini.de

Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.

Haftungshinweis: Trotz sorgfältiger Kontrolle übernehmen wir keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.



Dieses Buch ist erhältlich als
ISBN 978-3-621-28591-9 Print
ISBN 978-3-621-28592-6 E-Book (PDF)

1. Auflage 2019

© 2019 Programm PVU Psychologie Verlags Union
In der Verlagsgruppe Beltz • Weinheim Basel
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Dagmar Kühnle Zerpa
Herstellung: Lelia Rehm
Umschlagbild: gettyimages/Ming Qin/EyeEm
Satz: Reemers Publishing Services GmbH, Krefeld
Gesamtherstellung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autoren und Titeln finden Sie unter: <http://www.beltz.de>

Inhaltsübersicht

Einführung	10
1 Aggressionsmodelle, Aggressionstypen und Grundformen aggressiven Verhaltens	13
2 Moderatoren aggressiven Verhaltens	17
3 Psychische Störungen als Moderatoren aggressiven Verhaltens	32
4 Spezielle Bedrohungslagen und Sonderformen aggressiv-dissozialen Verhaltens	45
5 Bedrohungsmanagement	59
6 Präventive Maßnahmen der Eigensicherung	71
7 Notfallmanagement und Eigensicherung	86
8 Verhalten in speziellen Bedrohungslagen und Umgang mit den Sonderformen aggressiv-dissozialen Verhaltens	100
9 Nachsorge im Anschluss an gewalttätige Ereignisse	108
Anhang	117
Übersicht des Arbeitsmaterials	118
Arbeitsmaterial	119
Literatur	159
Sachwortverzeichnis	163

Inhalt

Einführung	10
1 Aggressionsmodelle, Aggressionstypen und Grundformen aggressiven Verhaltens	13
1.1 Aggressionsmodelle	13
1.2 Aggressionstypen und Grundformen aggressiven Verhaltens	14
1.3 Phylogenese aggressiven Verhaltens	15
1.4 Neurobiologie aggressiven Verhaltens	15
2 Moderatoren aggressiven Verhaltens	17
2.1 Soziale und familiäre Faktoren	17
2.2 Grundbedürfnisse und deren Frustration	18
2.3 Emotionen als Moderatoren und Mediatoren von Aggression und Gewalt	19
2.4 Sensation Seeking	28
2.5 Einfluss des kognitiven Stils auf gewalttätiges Verhalten	28
2.6 Ressourcenmangel und fehlende Fertigkeiten	29
2.7 Verhaltensebene und Impulsregulation	30
2.8 Alter und Geschlecht	30
3 Psychische Störungen als Moderatoren aggressiven Verhaltens	32
3.1 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen F00-F09	32
3.2 Demenz F00-F03	33
3.3 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen F10-F19	33
3.4 Schizophrenie F20	34
3.5 Affektive Störungen	35
3.6 Posttraumatische Belastungsstörung F43.1	36
3.7 Persönlichkeitsstörungen	37
3.8 Intermittierende explosive Störung / Störung mit intermittierend auftretender Reizbarkeit F63.81	42
3.9 Sexuelle Aggression und Sadomasochismus / Sexuell sadistische Störung F65.5	42
3.10 Intelligenzstörung / Intellektuelle Beeinträchtigung (Intellektuelle Entwicklungsstörung) F70-F79	44
3.11 Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung / Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) F90.0	44

4	Spezielle Bedrohungslagen und Sonderformen aggressiv-dissozialen Verhaltens	45
4.1	Drohungen, Raub und Erpressung	45
4.2	Gruppenbezogene Menschenfeindlichkeit	46
4.3	Amok	49
4.5	Stalking	51
4.6	Geiselnahmen, Entführungen und Verschleppungen	53
5	Bedrohungsmanagement	59
5.1	Ebene der Eigensicherung	60
5.2	Gefährdungsebene	60
6	Präventive Maßnahmen der Eigensicherung	71
6.1	Präventive Bauliche, technische und personelle Maßnahmen	71
6.2	Präventive psychologische Maßnahmen der Eigensicherung	73
6.3	Fortbildung, Schulungsmaßnahmen und Trainings als präventive Eigensicherungsmaßnahmen	81
6.4	Lernen aus Fehlern: Nachbesprechungen und Analyse gewalttätiger Ereignisse	82
7	Notfallmanagement und Eigensicherung	86
7.1	Grundlagen der Eigensicherung	86
7.2	Eskalationsphasen im Rahmen von Gewalthandlungen	87
7.3	Deeskalation	90
7.4	Begrenzender Umgang mit heißer Aggression	93
7.5	Begrenzender Umgang mit kalter Aggression	94
7.6	Eigensicherung im Rahmen externer Einsätze	96
7.7	Rettungsmaßnahmen	98
8	Verhalten in speziellen Bedrohungslagen und Umgang mit den Sonderformen aggressiv-dissozialen Verhaltens	100
8.1	Verhaltensempfehlungen zum Umgang mit Drohungen	100
8.2	Verhaltensempfehlungen für Geisellagen	101
8.3	Verhaltensempfehlungen in Amoklagen	105
8.4	Weitere Überlegungen zur Prävention von Terroranschlägen und Amokläufen	106

9	Nachsorge im Anschluss an gewalttätige Ereignisse	108
9.1	Unterstützungskonzepte	108
9.2	Allgemeine Nachsorgemaßnahmen und Pflichten nach einem Arbeitsunfall	112
9.3	Individuelle Nachsorgemaßnahmen	114
	Anhang	117
	Übersicht des Arbeitsmaterials	118
	Arbeitsmaterial	119
	Literatur	159
	Sachwortverzeichnis	163

Einführung

Nicht nur Einsatzkräfte der Polizei, JVA-Personal und in forensischen Einrichtungen Tätige sind von Gewalt durch Patienten betroffen, wie man aus naheliegenden Gründen möglicherweise geneigt wäre anzunehmen. Vielmehr findet seit Jahren eine kontinuierliche Zunahme von Übergriffen auf Rettungskräfte und Ärzte statt, sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich. Das Risiko für Übergriffe auf Psychologen bzw. auf Psychologische und Ärztliche Psychotherapeuten scheint dabei um einiges geringer zu sein, gleichwohl können auch diese Berufsgruppen – je nach Tätigkeitsschwerpunkt – in eskalierende und potenziell gefährliche Interaktionen geraten.

Eines von mehreren traurigen Beispielen dafür ist der Fall des in einer Beratungsstelle tätigen Psychologen, der am 07.06.2017 von einem – laut Medienberichten an einer depressiven Störung leidenden – Klienten ermordet wurde. Nach einem vorhergehenden Konflikt hatte der Täter dem Opfer noch während der Begrüßung zweimal mit einem Messer, welches er mitführte, in den Oberkörper gestochen, woraufhin das Opfer vor Ort verstarb. Der Täter wurde daraufhin in Tatortnähe festgenommen und später wegen Mordes zu einer 13-jährigen Haftstrafe verurteilt.

Sicherheitsaspekte erhalten somit zunehmend auch in solchen Berufs- und Tätigkeitsfeldern Relevanz, die bisher nicht mit einer erhöhten Gefährdung der dort Tätigen in Verbindung gebracht wurden. Problematisch dabei sind insbesondere die fehlenden sicherheitsrelevanten Inhalte in der Ausbildung der später in Gesundheitsberufen tätigen Personen, das damit einhergehende fehlende Bewusstsein für Gefahren, die fehlenden Kompetenzen im Umgang mit aggressiven Konflikten und Bedrohungen. Bemühungen, spezifische Sicherheits- und Bedrohungsmanagement-Konzepte für Gesundheitsberufe zu entwickeln, befinden sich darüber hinaus noch in Kinderschuhen.

Das vorliegende Buch richtet sich daher an alle, die in der Behandlung, Beratung und/oder Betreuung bzw. in der Begutachtung potenziell gefährlicher Patienten tätig sind. Ziel ist es, mittels relevanter Erkenntnisse aus dem Bedrohungsmanagement, der Kriminal- und Gefährlichkeitsprognostik und aus der Notfallpsychologie – somit aus genuin nicht-therapeutischen Disziplinen – für das Thema Sicherheit im therapeutischen Kontext zu sensibilisieren und zwar unabhängig davon, ob Gewalttätigkeit den primären Interventionsfokus darstellt (wie es bspw. der Fall ist in forensischen Einrichtungen oder im Justizvollzug) oder aus anderen Gründen Bedeutung erlangt.

Das frühzeitige Erkennen, die angemessene Beurteilung und das effektive Ausschalten potenzieller Bedrohungen (Hoffmann, 2017) entsprechen jeweils unterschiedlichen Phasen, bilden jedoch zusammen die Grundlage einer erfolgreichen Gewaltprävention bzw. der professionellen Bewältigung aggressiv eskalierender Krisen. Eigensicherung im Kontext von Gesundheitsberufen ist somit eine Maßnahme des

Bedrohungsmanagements, die auf die Aufrechterhaltung und Optimierung bzw. auf die Wiederherstellung von Schutz und Sicherheit von Behandlern und Patienten abzielt. Das Erkennen komplexer und multifaktoriell bedingter Risikokonstellationen stellt dabei eine wesentliche Vorbedingung dar, für deren professionelle Einschätzung – von der wiederum unmittelbar die Wirksamkeit individuell spezifischer Schutzmaßnahmen abhängt.

Anders als in einem rein prognostischen Vorgehen erfolgen die Maßnahmen aus den ersten beiden Phasen stets mit Blick auf mögliche Interventionen und haben die Beantwortung folgender Frage zum Ziel: Wer ist, wann, wo, unter welchen Umständen, wie wahrscheinlich, von welcher Art von Gefahr, wie stark bedroht und wie kann die Bedrohung eliminiert bzw. wie können Restrisiken kontrolliert werden?

Die verschiedenen Phasen des Bedrohungsmanagements fußen dabei auf Konstrukten bzw. beinhalten sie Maßnahmen aus verschiedenen, teilweise nicht-therapeutischen Disziplinen wie Prognostik, Krisen- und Risikoforschung und Polizeiwissenschaft. Von besonderer Bedeutung sind ferner psychopathologische Aspekte von Aggression und jeweils situative, biografische und persönlichkeitsbedingte Merkmalskonstellationen mit moderierendem Einfluss auf gewalttätiges Verhalten.

Wesentlich in der professionellen Bewältigung gewalttätig eskalierender Krisen ist ferner die genaue Kenntnis eigener emotionaler, kognitiver und handlungsbezogener Reaktionstendenzen. In den folgenden Kapiteln werden daher auch sicherheitsrelevante Selbsterfahrungsaspekte adressiert bzw. entsprechende Vorschläge und Verhaltensempfehlungen angeboten.

Neben der Patienten- und der Behandlerdimension sind jedoch auch Aspekte der Beziehungsgestaltung zu berücksichtigen bzw. situative und Systemaspekte – letztere insbesondere, wenn die Behandlung unter stationären Bedingungen eines Krankenhauses oder in vergleichbaren Einrichtungen erfolgt. Die Implementierung eines Bedrohungsmanagements ist daher nur sinnvoll, wenn die jeweils individuellen Bedingungen vor Ort mitberücksichtigt werden.

Nach der Tötung der Mitarbeiterin einer teilstationären Einrichtung von einer der dort behandelten Patientinnen erfolgte eine Aufarbeitung der Geschehnisse auf Organisationsebene. Dabei wurde deutlich, dass das Thema Sicherheit bis zu diesem Zeitpunkt in der besagten Einrichtung praktisch inexistent gewesen war. Alle Büros und Beratungs- bzw. Behandlungsräume waren tagsüber ohne Umstände von der Straße aus zugänglich. Es bestanden weder Zugangskontrollen noch andere bauliche oder technische Sicherheitsvorkehrungen. Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Einrichtung verfügten über keine Schulung in Deeskalation und Eigensicherung. In den Gesprächen mit den jeweiligen Teammitgliedern wurde deutlich, dass Sicherheitsmaßnahmen – wie auch immer diese ausgesehen hätten – mit der in der Einrichtung vorherrschenden Einstellung und dem Rollenverständnis der Mitarbeiter wahrscheinlich konfligiert hätten. Es wurde angenommen, dass Sicherheitsmaßnahmen seitens der Teammitglieder als »Abschottung und als falsche Botschaft« interpretiert worden wären, auch als »Vorverurteilung der Patienten«. Das Anliegen sei es

hingegen gewesen, »Offenheit« zu signalisieren und dass die Mitarbeiter der Einrichtung für ihre Patienten erreichbar seien.

Das Beispiel zeigt, dass zunächst die Bereitschaft von Behandlern, sich mit dem Thema Sicherheit überhaupt zu befassen, der erste Schritt ist und somit eine erste Voraussetzung für wirksame Maßnahmen der Eigensicherung. Fundiertes Wissen und eine hohe Anwendungsversiertheit unter Trainingsbedingungen stellen jedoch lediglich Vorbedingungen dar. Die erfolgreiche Kontrolle bzw. das Ausschalten von Risikofaktoren und die professionelle Bewältigung aggressiv eskalierender Krisen und / oder gewalttätiger Übergriffe hängt vielmehr von der Salienz erworbener Kenntnisse und Fertigkeiten ab und von der individuellen Bereitschaft, diese anzuwenden. Dies wiederum erfordert die Integration eines zusätzlichen spezifischen Aufmerksamkeitsfokus in die alltägliche Arbeit mit Patienten, was wiederum eine Erweiterung der eigenen professionellen Haltung unabdingbar macht. Ein weiteres Beispiel soll dies veranschaulichen:

Im Rahmen eines Workshops zum Umgang mit gewalttätigen Patienten berichtete das Team der somatischen Station einer Uniklinik von einer aktuellen Patientin, die aufgrund hoher Reizbarkeit, Agitiertheit und Neigung zu verbalen Ausfällen als bedrohlich erlebt wurde. Von dieser Patientin sei ferner bekannt gewesen, dass sie in der Vergangenheit mehrmals Krankenhauspersonal angegriffen und teilweise schwer verletzt hatte. Die Empfehlung, die Patientin umgehend auf eine geschützte, psychiatrische Station zu verlegen, wurde von der Klinikleitung zur Kenntnis genommen – und abgelehnt. Dies wurde mit dem bestehenden Versorgungsauftrag begründet und mit Befürchtungen bezüglich der Außenwirkung einer solchen Maßnahme. Insbesondere könnte das Stationsteam als »völlig unprofessionell« wahrgenommen werden, »wenn es nicht auch mit schwierigen Patienten umgehen kann«. Wenige Tage nach Abschluss des Workshops wurde einer der auf Station tätigen Assistenzärzte von besagter Patientin angegriffen und lebensgefährlich verletzt. In der darauffolgenden Betreuung des Teams wurde die Einsicht erarbeitet, dass das Vorhandensein eines Bedrohungsmanagements unwirksam ist, wenn keine angemessene Anwendung erfolgt.

1 Aggressionsmodelle, Aggressionstypen und Grundformen aggressiven Verhaltens

1.1 Aggressionsmodelle

Eine allgemein anerkannte Definition des psychologischen Konstrukts Aggression besteht genauso wenig, wie Einigkeit bezüglich der Relevanz unterschiedlicher Formen von »Aggression«. Grundsätzlich wird jedoch das Vorhandensein einer (latenten) Disposition zu aggressivem Verhalten (Aggressivität) von tatsächlich beobachtbarem aggressivem Verhalten (Aggression) abgegrenzt.

Aggressivität. Aggressivität wird in unterschiedlichen Ansätzen als überdauernde, latente Bereitschaft zu Aggression konstruiert, im Sinne einer Persönlichkeitseigenschaft, deren Ausmaß von spezifischen Faktoren beeinflusst wird. Lerngeschichte, Geschlecht und Alter stellen zentrale Einflussgrößen dar. Männer haben bspw. erwiesenermaßen eine stärker ausgeprägte Disposition zu Aggression – was (teilweise) mit phylogenetischen und sozialen Einflüssen erklärt werden kann (Zunkley, 1984).

Aggressive Persönlichkeit. Auch Bemühungen, Untertypen zu beschreiben, greifen auf das Konstrukt der aggressiven Persönlichkeit zurück. So wird ein »unterkontrollierter« oder explosiver aggressiver Typus von einem »überkontrollierten« Typus unterschieden. Unterkontrollierte imponieren dabei als bindungslos und individualistisch, mit Neigung zu Promiskuität, früher Gewaltdelinquenz, Suizidversuchen und sozial umtriebigen Verhalten. Dagegen verhalten sich überkontrolliert Aggressive eher ängstlich, passiv und schüchtern, neigen zu depressiven Symptomen und Selbstwertproblematiken. Plötzlich auftretende Gewalt stellt in diesem Kontext das Ergebnis einer kumulativen Entwicklung dar, an deren Ende lang andauernde extreme Hemmungen auf einmal gewalttätig überwunden werden (Megargee, 1966; Nedopil, 1991). Ist das Ziel oder das Ergebnis eines bestimmten beobachtbaren und beschreibbaren Verhaltens die Schädigung oder Verletzung von Personen, Tieren oder Objekten, dann wird dieses Verhalten in der Regel als Aggression bezeichnet. Das Vorhandensein einer spezifischen emotionalen Aktivierung (bspw. Wut oder, in abgeschwächter Form, Ärger) wird dabei genauso wenig vorausgesetzt, wie das gleichzeitige Auftreten typischer Kognitionen (bspw. Rache, Vergeltung) als zwingend zugehörig betrachtet wird. Ebenso wenig werden auf behavioraler Ebene prototypische Verhaltensweisen vorausgesetzt.

Gewalt. Auch für den Terminus Gewalt existiert keine allgemein anerkannte Definition. Er findet sich, ähnlich wie das Aggressionskonstrukt, in verschiedenen Wissenschaften und wird teilweise mit dem Begriff Aggression synonym verwendet. In der Soziologie stehen bspw. Macht- und Schädigungsaspekte des Gewaltbegriffs im Vordergrund und Gewalt wird oft mit der Ausübung von Zwang gleich gesetzt. Die WHO (2002, S. 15) definiert Gewalt als: »Der absichtliche Gebrauch von angedrohtem

oder tatsächlichem körperlichem Zwang oder physischer Macht gegen die eigene oder eine andere Person, gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft, der entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischen Schäden, Fehlentwicklung oder Deprivation führt« und klassifiziert Gewalthandlungen nach den daran Beteiligten sowie nach der Ausführungsform von Gewalthandlungen. In der ersten Kategorie wird selbstdestruktive Gewalt (Selbstverletzung und suizidales Verhalten) von interpersoneller Gewalt (intrafamiliäre oder innerhalb der Gemeinde) und kollektiver Gewalt (staatliche Gewalt und Gruppengewalt) unterschieden. Die Differenzierung nach der Art der Ausführung von Gewalthandlungen unterscheidet körperliche, sexuelle, psychologische Gewalt und Gewalt durch Deprivation oder Vernachlässigung. Die Konstrukte Gewalt, Aggression und Aggressivität sind Gegenstand einer Vielzahl von Systematisierungs- und Definitionsansätzen, wobei naturgemäß unterschiedliche Perspektiven fokussiert werden. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass es sich um multidimensionale Phänomene handelt und dass Aggression ein genuin menschliches Merkmal ist, welches weder einen destruktiven Charakter aufweisen muss noch zwingend als pathologisch imponiert. In den folgenden Kapiteln wird physische Aggression im Sinne von Gewaltanwendung adressiert.

1.2 Aggressionstypen und Grundformen aggressiven Verhaltens

Feshbach (1964) differenziert zwischen »feindseliger«, »instrumenteller« und »expressiver« Aggression. Als feindselige Aggression werden Handlungen bezeichnet deren Ziel ist, zu verletzen. Instrumentelle Aggression bezeichnet hingegen Handlungen, die einem anderen, an sich nicht aggressiven Ziel dienen, dessen Erreichung aber mit Schädigung verbunden ist. Expressive Aggression ist primär, unabsichtlich und auf unmittelbaren Ärgerausdruck gerichtet. Grundsätzlich können offene physische Formen von Aggression (Schlagen, Töten, körperliches Bedrohen) von offenen verbalen und mimisch-gestischen, sog. relationalen Aggressionsformen (Drohungen aussprechen, Beleidigen, Spotten, abfällige Mimik und Gestik) abgegrenzt werden. Verbale Angriffe und Ausgrenzung, Nachrede, Intrigen und das Verbreiten von Gerüchten werden als »indirekte Aggression« bezeichnet. Ziel ist hier die Schädigung des Selbstwertgefühls oder des sozialen Status einer anderen Person. Gewaltphantasien werden wiederum als verdeckte Aggression bezeichnet. In seiner umgangssprachlichen Verwendung findet sich der Begriff Aggression teilweise auch in Zusammenhang mit Arbeiten und mit Wettfeiern. Aggressive Phänomene können ferner mit Blick auf deren Ziel unterschieden werden:

- ▶ Dominanz: Durchsetzen eigener Interessen, die mit Interessen anderer im Konflikt stehen; Rangordnung herstellen; Beachtung finden,
- ▶ Rache: Vergeltung erlittener Aggression, nicht zuletzt aber auch
- ▶ Notwehr: Reaktion auf die Aggression anderer.

1.3 Phylogenese aggressiven Verhaltens

Datierungen von Fossilfunden belegen, dass vor etwa acht Millionen Jahren die Trennung zweier Subfamilien von Affen in große Menschenaffen (Orang-Utan, Gorilla, Schimpansen) und Hominidae (Homo Sapiens) stattfand. Letztere weisen einen aufrechten Gang auf, einen späten Eintritt der Geschlechtsreife, Vergrößerung des Gehirns und kulturelle Fähigkeiten. Erste agrarische Gesellschaften existierten vor etwa 10.000 Jahren, moderne industrielle Kulturen seit wenigen hundert Jahren. Die Anthropogenese hat somit über Jahrmillionen unter »steinzeitlichen« Bedingungen stattgefunden, weswegen der menschliche Geist an eine »steinzeitliche« Umwelt angepasst ist und nicht an die moderne Kultur. Die Notwendigkeit, um Weibchen zu konkurrieren, scheint die Weitergabe einer Disposition für erhöhte Aggressivität bei männlichen Primaten begünstigt zu haben.

Eine weitere Konzeptualisierung sieht Aggression als Ergebnis evolutionär bedingter biopsychosozialer Mechanismen. Deren Ziel ist die Gewinnung und Verteidigung von Ressourcen und wird von Emotionen und der individuellen Persönlichkeit sowie von situativen, kulturellen und sozioökonomischen Faktoren beeinflusst. Dabei wird die Unterscheidung von Aggression als manifestes Phänomen und Aggressivität als latent vorhandenes Potenzial für Aggression auch hier vorgenommen (Wahl & Wahl, 2013).

1.4 Neurobiologie aggressiven Verhaltens

In einer Vielzahl von Zwillings-, Adoptions- und Familienstudien konnte eine genetische Basis für spätere Gewaltbereitschaft für impulsive Aggression nachgewiesen werden, für emotional unbeteiligtes Verhalten und für Dissozialität. Die genetische Anlage scheint jedoch nur dann zu dem Auftreten von erhöhter Gewalttätigkeit und weiteren antisozialen Charakterzügen im Erwachsenenalter zu führen, wenn gleichzeitig Gewalt in der frühen Kindheit bzw. Missbrauchserfahrungen gemacht wurden. Die Heterogenität der Auswirkungen von Gewalt in der frühen Kindheit auf die spätere Entwicklung wird dabei von unterschiedlichen Autoren auf Gen-Umwelt-Interaktionen zurückgeführt. Neurowissenschaftliche Studien belegen, dass früher traumatischer Stress mit neuroanatomischen Umbauprozessen in engem Zusammenhang steht, mit gravierenden Auswirkungen auf die sozial-emotionale und kognitive Entwicklung von Betroffenen. Körperliche Misshandlung in der Kindheit erhöht nachweislich sowohl die Vulnerabilität für psychische Erkrankungen und schwerere Persönlichkeitsstörungen als auch für körperliche Erkrankungen und geht mit gesundheitlichem Risikoverhalten, riskantem Sexualverhalten im Erwachsenenalter und Beeinträchtigungen in den Bereichen soziale Kompetenz und Selbstwerterleben einher. Studien, in denen Gewalttäter mittels bildgebender Verfahren untersucht wurden, ergaben Funktionsdefizite im frontalen und präfrontalen Kortex, im Gyrus cinguli und im paralimbischen Kortex (z. B. Bogerts et al., 2017). Ebenso wurden in morphologi-

schen Studien Korrelationen von dissozialem Verhalten, hohem PCL-Score und geminderten Volumina im präfrontalen Kortex und in der hinteren Hippocampusregion gefunden (z. B. Laakso et al., 2001). Ferner werden Dysfunktionen im serotonergen System von einer Vielzahl von Studien mit Impulsivität und Aggression in Zusammenhang gebracht (z. B. Retz et al., 2004, 2008). Für Psychopathy wurden bspw. in mehreren Studien Hinweise auf eine neuronale Entwicklungsstörung gefunden und auf eine Verminderung der präfrontalen grauen Substanz im Vergleich zu Patienten ohne Psychopathy. Darüber hinaus wird eine Vermehrung der weißen Substanz im Corpus callosum und eine geringere neuronale Reaktivität des orbitofrontalen Kortex und der Amygdala mit den typischerweise vorhandenen affektiven und interpersonellen Defiziten von Psychopathen in Verbindung gebracht.