

RAN HEALTH

28.11.2023

ABSCHLUSSBERICHT

Treffen der Arbeitsgruppe RAN HEALTH

23.-24. Oktober 2023, online

RAN HEALTH: Psychotische Störungen und ihre Auswirkungen auf die Prävention und Bekämpfung des gewaltbereiten Extremismus

Wesentliche Ergebnisse

Am 23. und 24. Oktober fand online über WebEx das Treffen der Arbeitsgruppe RAN HEALTH zum Thema „Psychotische Störungen und ihre Auswirkungen auf die Prävention und Bekämpfung des gewaltbereiten Extremismus“ statt. Bei diesem Treffen haben PraktikerInnen im Bereich psychische Gesundheit, SozialarbeiterInnen und Vollzugsbedienstete die Rolle psychotischer Störungen und der dazugehörigen Symptome in Radikalisierungsprozessen sowie deren Auswirkungen auf Ausstiegs-, Rehabilitations- und Wiedereingliederungsprozesse diskutiert. Es gibt Forschungsergebnisse, die zeigen, dass psychotische Störungen sowie Störungen im Schizophrenie-Spektrum bei terroristischen EinzeltäterInnen überrepräsentiert sind ⁽¹⁾. Da das Vorhandensein psychotischer Symptome die Arbeit zur Prävention und Bekämpfung des gewaltbereiten Extremismus (P/CVE) erschweren kann, ist es von großer Bedeutung, die spezifischen Aspekte von Psychosen zu betrachten. Außerdem ist dabei zu prüfen, ob, wann und wie diese einen Bezug zu extremistischem Verhalten aufweisen und dieses nicht mit dem extremistischen Gedankengut selbst in Verbindung steht ⁽²⁾. Die Teilnehmenden des Treffens haben anhand von Fallstudien die Auswirkungen besprochen und praktische Anforderungen und Empfehlungen formuliert:

- Im Hinblick auf die Verbindungen zwischen Psychosen und Terrorismus gibt es vier Szenarien, die jeweils unterschiedliche Behandlungsansätze erfordern.
- Dies hängt davon ab, ob zwischen der Psychose und dem Terrorismus eine direkte Verbindung, eine indirekte Verbindung oder keine Verbindung besteht oder ob keine Psychose vorliegt. Die Behandlung psychotischer Symptome kann das Risiko verringern; dies ist jedoch nicht zwangsläufig der Fall.
- Dabei ist es wichtig, die Krankengeschichte einer Person und die Reihenfolge der vorhandenen Symptome zu kennen, um Schlussfolgerungen zu treffen. Die Familie kann dabei eine wichtige Rolle spielen.

⁽¹⁾ Schulten, N., Doosje, B., Spaaij, R. und Kamphuis, J. H. (2019). *Radicalization, Terrorism & Psychopathology: State of affairs, gaps and priorities for future research*. In Auftrag gegeben vom Forschungs- und Dokumentationszentrum des Niederländischen Ministeriums für Justiz und Sicherheit. Universität Amsterdam.

⁽²⁾ RAN-E-Learning: *Extremismus, Radikalisierung und psychische Gesundheit: Leitfaden für PraktikerInnen*, über EU Academy.

- Personen, die von schweren psychischen Erkrankungen betroffen sind und sich radikalisiert haben, werden noch immer stark stigmatisiert. Es ist wichtig, dass sich PraktikerInnen dieser Stigmatisierung bewusst sind und selbst nicht dazu beitragen, da dies negative Auswirkungen darauf hätte, die richtige Behandlung anzubieten und die Menschen dabei zu unterstützen, ihre Erkrankung zu überwinden.
- Die Weitergabe von Informationen und das Vertrauen zwischen den Akteuren (Medizin, Polizei, Justizbehörden, soziale Einrichtungen, Einwanderungsbehörden) ist und bleibt eine Herausforderung. Das erschwert es, Risiken zu erkennen, Diagnosen zu stellen und adäquate Behandlungspläne zu entwickeln und sorgt zudem für Herausforderungen im Rehabilitationsprozess.

In diesem Beitrag werden die wichtigsten Ergebnisse aus den Diskussionen und Präsentationen zusammengefasst.

Kernpunkte der Diskussion

Psychosen und Radikalisierung in der Forschung

Prospektive und retrospektive Studien haben ergeben, dass Menschen mit der Diagnose Schizophrenie ein höheres Risiko aufweisen, gewalttätige Straftaten zu begehen. Eine mit Inhaftierten durchgeführte Studie hat gezeigt, dass Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit aufweisen, Gewalttaten zu verüben, als Personen, bei denen keine Funktionspsychose diagnostiziert wurde. Der Zusammenhang zwischen fehlender formaler Bildung und dem Verüben von Gewalttaten ist jedoch fast dreimal so hoch ⁽³⁾. Die Forschung zu Radikalisierung und psychischer Gesundheit hat jedoch auch Einschränkungen. Der Großteil der Forschung hat Querschnittscharakter, und es ist nicht möglich, kausale Rückschlüsse zu ziehen. Außerdem werden terroristische StraftäterInnen in der Forschung häufig mit der Allgemeinbevölkerung und nicht mit anderen StraftäterInnen verglichen.

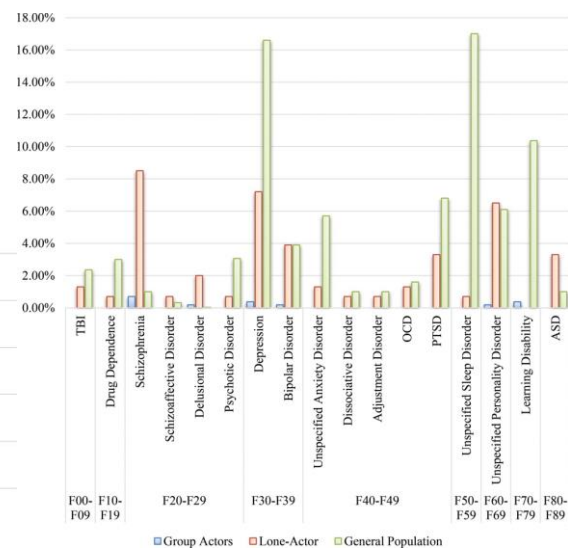
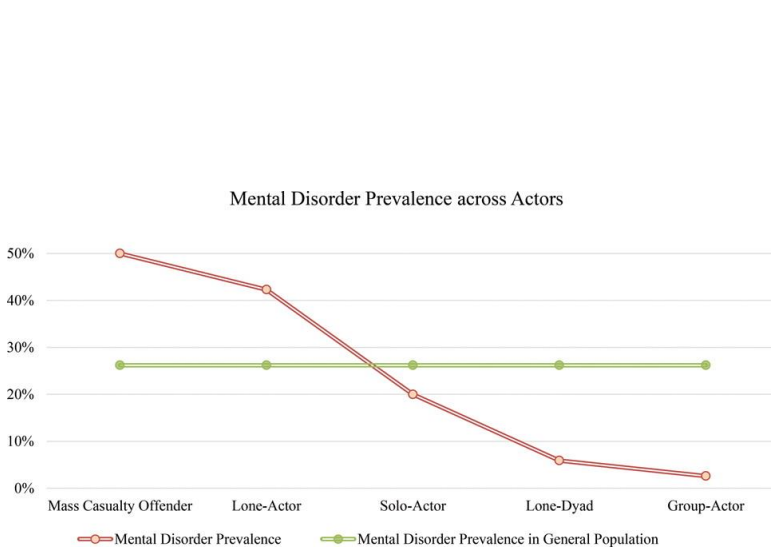
Insgesamt gesehen ist der Großteil der Personen, die terroristische Straftaten begehen, nicht psychisch krank ⁽⁴⁾. Die Prävalenz psychischer Erkrankungen ist bei spezifischen Untergruppen höher als in der Allgemeinbevölkerung. Außerdem gibt es Hinweise darauf, dass die Wahrscheinlichkeit, dass eine Person unter psychischen Problemen leidet, umso höher ist, je isolierter sie mit Blick auf die Zahl ihrer MittäterInnen und Unterstützungsnetzwerke ist ⁽⁵⁾. Die gleiche Studie hat zudem gezeigt, dass Schizophrenie und wahnhaftige Störungen bei EinzeltäterInnen häufiger auftreten als in der Allgemeinbevölkerung ⁽⁶⁾.

⁽³⁾ Saavedra, J., López, M. und Trigo, E. (2017). Association between violent crimes and psychosis in men serving prisons terms. *Spanish Journal of Psychology*, 20, 1–11.

⁽⁴⁾ RAN H&SC-Handbuch: *Extremismus, Radikalisierung und psychische Gesundheit*.

⁽⁵⁾ Corner, E., Gill, P. und Mason, O. (2016). Mental health disorders and the terrorist: A research note probing selection effects and disorder prevalence. *Studies in Conflict & Terrorism*, 39(6), 560–568.

⁽⁶⁾ Ebd.



Abbildungen aus: Corner, Gill und Mason (2016)

Psychotisches Erleben

Personen mit psychotischen Störungen haben Schwierigkeiten dabei, zwischen ihrer Wahrnehmung und der Realität zu unterscheiden. Die Störung wirkt sich auf ihr Erleben aus, da sich die Gedanken, Überzeugungen oder Wahrnehmungen der betroffenen Personen ändern und dies auch mit Halluzinationen (d. h. dem Sehen oder Hören von Dingen, die andere Menschen nicht wahrnehmen) oder wahnhaften Vorstellungen (d. h. intensiven falschen Überzeugungen, die andere Menschen nicht teilen) einhergehen kann. Dabei kann Folgendes auftreten:

- Ontologische Unsicherheit, die zu einer Suche nach Bedeutung führen kann, um Situationen und Erlebnisse zu erklären, aber auch zu einem Erkennen von Mustern oder Verbindungen in zufälligen oder bedeutungslosen Wahrnehmungen
- Ein Zustand der Anspannung und Unsicherheit, das Gefühl, dass eine Apokalypse bevorsteht, und ein verändertes Bewusstsein in Bezug auf die Welt um sich herum, was eine zusätzliche Sinnsuche zur Folge haben kann
- Verlust des Selbstempfindens, was unter Umständen zu selbstzerstörerischen Tendenzen führt
- Veränderungen im körperlichen Erleben und der zeitlichen Kontinuität und ein Gefühl des fehlenden Bezugs zur Welt

Erkennen der Verbindungen zwischen Psychosen und Terrorismus

Die erste Therapiemöglichkeit, die bei psychotischen Episoden in Erwägung gezogen wird, ist häufig eine medikamentöse Behandlung. Dies kann Stress verringern und ist unter Umständen erforderlich, damit eine Behandlung überhaupt erst begonnen werden kann. Es ist jedoch nicht klar, ob das Terrorismusrisiko dadurch verringert wird. Jeder Mensch ist anders und die Verbindung zwischen Psychosen und Terrorismus und die entsprechende Behandlung erfordert eine komplexe, dynamische und individuelle Ausarbeitung. Im Allgemeinen ist zu sagen, dass es vier unterschiedliche mögliche Szenarien gibt, wenn eine radikalisierte Person eine Psychose hat. Behandlungs- und Unterstützungsmöglichkeiten, die auch die Terrorismusgefahr verringern, können in jedem Szenario unterschiedlich sein.

1. Es gibt einen direkten Zusammenhang zwischen (einigen Aspekten von) Psychosen und Terrorismus: Verringern der Symptome bedeutet Verringern des Risikos

Wenn eine Person über Terrorismus spricht, bedeutet das nicht zwangsläufig, dass von ihr ein Terrorrisiko ausgeht. Wir müssen uns daher von der Annahme lösen, dass Gespräche über Terrorismus auf ein Risiko hinweisen. Viele Symptome sind bio-psycho-sozial und werden damit von der sozialen Wahrnehmung beeinflusst. So nahmen beispielsweise die Anschläge vom 11. September in der darauffolgenden Zeit einen großen Teil der Berichterstattung in den Medien in Anspruch und es wurde viel über die Anschläge gesprochen. Daraufhin haben auch einige PsychiatriepatientInnen plötzlich begonnen, über al-Qaida zu sprechen, und Terrorismus wurde für sie zu einem wichtigen Thema. In seltenen Fällen haben psychotische Symptome einen direkten und ursächlichen Zusammenhang mit einem diesbezüglichen Risiko. Im Falle eines kausalen Zusammenhangs ist es nicht ein spezifisches Symptom, sondern ein Symptom-Cluster, der die Gewalt auslöst. Das sind beispielsweise Halluzinationen mit gleichzeitigen Wahnvorstellungen:

- Beispiel: Wahnhafte Überzeugungen in Verbindung mit Halluzinationen, die ein starkes Gefühl der Bedrohung von einer feindlichen Fremdgruppe erzeugen (Threat-Control-Override). Dabei handelt es sich um eine empfundene Bedrohung, die sich für die PatientInnen jedoch real anfühlt und ihnen das Gefühl gibt, dass sie sich verteidigen müssen.
- Beispiel: Wahnhafte Gedanken in Verbindung mit Halluzinationen, die zur Überzeugung geführt haben, dass die Person Mitglied der terroristischen Gruppe ist und eine bedeutende Rolle nachspielen muss. Größenwahn in Verbindung mit einem Gefühl der moralischen Verpflichtung.

Konsequenzen für die Therapie: Ziehen Sie eine medikamentöse Behandlung in Erwägung, um Stress zu verringern, sowie bei Bedarf eine kognitive Verhaltenstherapie, bei der die Symptome, die kausal mit einem Risiko in Zusammenhang stehen, behandelt werden (verzerrte Denkmuster und Threat-Control-Override).

2. Indirekte Verbindungen: Verringern anderer Risikofaktoren, die mit Psychosen und Terrorismus interagieren, bedeutet Verringern des Risikos

Dieses zweite Szenario bezieht sich auf indirekte Verbindungen zwischen Aspekten von Psychosen und Terrorismus. Dieses Szenario ist wahrscheinlich häufiger als direkte Verbindungen. Beispiele für dieses Szenario sind etwa folgende:

- Die **Folgen einer Psychose**, wie etwa Angst, Stress, sozialer Abstieg, Isolation, Hilflosigkeit, Niedergeschlagenheit und Stigmatisierung, führen unter Umständen zu „Push-Faktoren“ für den Terrorismus. Extremistische Narrative können als „Pull-Faktoren“ fungieren, da sie auf das Gefühl der Bedrohung abzielen und diesem ein Gefühl von Erleichterung, Sinn oder Zugehörigkeit oder eine Lösung für die wahrgenommene Bedrohung und Ungerechtigkeit entgegenstellen.
- Die **Nebenwirkungen von Antipsychotika**, wie etwa Gewichtszunahme, sexuelle Dysfunktion, kognitive Beeinträchtigungen und gesundheitliche Beeinträchtigungen, können Verwundbarkeiten schaffen, die als Push-Faktoren für Terrorismus fungieren können.
- Psychosen **interagieren mit anderen Störungen** (Persönlichkeitsstörungen, Substanzkonsumstörungen, Affektstörungen, neurologische Entwicklungsstörungen, komplexe PTBS), sodass Push- und Pull-Faktoren für Terrorismus entstehen:
 - Beispiel: Eine Psychose alleine ist möglicherweise kein primärer Risikofaktor. Eine antisoziale oder narzisstische Persönlichkeitsstörung kann jedoch einen primären Risikofaktor darstellen und eine Psychose ist dabei ein Faktor, der die Resilienz der Person zusätzlich schwächt.
 - Beispiel: Eine Psychose alleine tritt möglicherweise nicht chronologisch zuerst auf. Das bedeutet, dass zuerst das Risiko entsteht, und die Psychose am Ende auftritt. Sie kann Hemmungen in Bezug auf vorhandene Risiken abbauen.

- Psychosen **lassen andere Störungen zutage treten oder verstärken diese**, welche wiederum Push-/Pull-Faktoren formen
 - Beispiel: Ein nicht diagnostizierter Autismus (Autismusspektrumsstörung, ASS), der häufig unerkannt bleibt. Psychosen können durch ASS-spezifische Stressoren induziert werden, wie etwa Veränderungen, soziale Überforderung oder Reizüberflutung.
- Psychosen können **bereits vorhandene Risiken verdecken oder überlagern** oder sie **vorübergehend verringern**. In dem Fall müssen Sie sich zunächst mit der Psychose und erst anschließend mit dem Risiko befassen.

Konsequenzen für die Therapie: Im Falle indirekter Verbindungen befassen Sie sich ggf. zuerst mit anderen Faktoren, die zusammen mit der Psychose ein Risiko darstellen. Legen Sie für die Interventionen eine Reihenfolge fest, und bestimmen Sie, was für das Risiko von primärer Bedeutung ist, damit Sie dieses verringern können.

3. Keine Verbindungen: Behandeln separater Risikofaktoren (die nicht mit der Psychose in Verbindung stehen) zum Verringern des Risikos

Das dritte Szenario besteht darin, dass zwar eine Psychose vorliegt, diese jedoch mit dem Risiko in keinem Zusammenhang steht. Beispiele für dieses Szenario sind etwa folgende:

- Die Psychose ist vor Kurzem aufgetreten und hat zur Inanspruchnahme professioneller Hilfe geführt. Das Risiko ist jedoch bereits vorher entstanden. Das Risiko bestand entweder schon vor den psychotischen Episoden oder besteht unabhängig davon, weshalb die Psychose keinen Einfluss darauf hat.
- Psychosen können bereits vorhandene Risiken verdecken oder ersetzen oder sie vorübergehend abschwächen. In dem Fall müssen Sie sich zunächst mit der Psychose und erst anschließend mit dem Risiko befassen.
- Psychosen und Terrorismus sind möglicherweise unabhängig voneinander mit einer dritten Variablen verknüpft:
 - So können beispielsweise sowohl der Terrorismus als auch die Psychose mit einem Trauma in Zusammenhang stehen, aber es besteht keine Verbindung zwischen der Psychose und dem Terrorismus.
 - Symptome von ADHS wie etwa Impulsivität und die Suche nach intensiven Erfahrungen könnten ein Risiko auf Terrorismus und Drogenkonsum darstellen, was wiederum eine psychotische Episode auslösen kann.

Konsequenzen für die Therapie: Wenn kein Zusammenhang besteht, betrachten Sie die Erkrankung und das Risiko separat. Beachten Sie dabei unbedingt, dass Sie nicht davon ausgehen dürfen, dass die Behandlung eines „Risikos“ die anderen Risiken ebenfalls abschwächt.

4. Keine Psychose

Eine psychotische Erkrankung wurde unter Umständen diagnostiziert, dies hat sich jedoch als Fehldiagnose oder einen Fall von Simulation erwiesen. Fehldiagnose:

- Es ist eine Fehlannahme, dass Psychosen eine klar abzugrenzende und gut zu diagnostizierende psychische Erkrankung sind. Viele Symptome sind uneindeutig und transdiagnostisch. Sofern mit der erkrankten Person nicht viel Zeit verbracht wird und ihre vorherige Krankengeschichte nicht bekannt ist, ist der Unterschied zwischen verschiedenen Symptomen nicht so einfach zu erkennen.

- Die Verbindung zwischen der Gedankenwelt und der „Realität“ ist unter Umständen nicht klar erkennbar.
 - Beispiel: Wahnhafte Störungen sind möglicherweise eine Fehldiagnose begrenzter Interessen, wie sie im Autismus vorkommen, in Kombination mit idiosynkratischen Interessen.
 - Beispiel: Pseudopsychosen. Wenn Personen mit ASS, Affektstörungen oder Persönlichkeitsstörungen gestresst sind, beginnen sie unter Umständen, chaotische Eigenschaften aufzuweisen, was als psychotische Störung fehlinterpretiert werden kann.

Konsequenzen für die Therapie: Psychologische Fachkräfte könnten zunächst andere Diagnosen in Erwägung ziehen, insbesondere wenn extremistisches Gedankengut vor den Symptomen bestand und auch nach der Behandlung mit Antipsychotika weiter besteht. Außerdem könnte auch in Erwägung gezogen werden, ob die „Pseudopsychose“ von Stressoren getriggert wird (Herausforderungen bei ASS).

Simulation, d. h. wenn eine Person eine Psychose simuliert, sollte ggf. in Fällen in Erwägung gezogen werden, in denen die Diagnose einer Psychose und die vermuteten Risiken fraglich sind:

- Die Person stellt die Rolle der Psychose beim Risiko möglicherweise übertrieben dar, macht die Symptome verantwortlich und betont ihre „Erkrankung“ und dass sie keine Verantwortung trägt. In den Fällen ist es möglich, dass die Person einen sekundären oder pragmatischen Nutzen daraus ziehen möchte.
- Wenn simulierte Symptome möglicherweise kulturspezifische Bezüge aufweisen (z. B. Dschinn, unsichtbare, von Allah geschaffene Wesen (?)), zögern Fachkräfte manchmal dabei, die Bedeutung und die Evidenz der Symptome kritisch auszuwerten, da sie dies als mangelnde interkulturelle Sensibilität ansehen. Das Vorhandensein von Symptomen sollte bei einer Person untersucht werden, um deren Authentizität zu bewerten.

Konsequenzen für P/CVE

Die Arbeit mit radikalisierten Personen mit psychotischen Störungen birgt Herausforderungen sowohl auf klinischer als auch auf operativer Ebene. Die Komplexität der Arbeit mit radikalisierten Personen (Herausforderungen auf klinischer Ebene) und die Bedeutung der Informationsweitergabe (Herausforderungen auf operativer Ebene) wurde von den Teilnehmenden anhand von Fallbeispielen diskutiert. Im Folgenden finden Sie Fallbeschreibungen sowie Beispiele für Punkte, die von den Teilnehmenden in den Fallbesprechungen diskutiert wurden. Zu guter Letzt wurde zudem besprochen, dass eine weitere Herausforderung darin besteht, dass die Arbeit in einem Bereich stattfindet, der stark stigmatisiert ist. Daher haben die Teilnehmenden einige Empfehlungen hierzu formuliert.

Herausforderungen auf klinischer Ebene

- Mangelnde Befolgung des Medikations- und/oder Behandlungsplans ist bei Personen mit psychotischen Störungen häufig zu beobachten. Dies kann ein Problem sein, sowohl was die Behandlung als auch was das Risiko angeht. Die Personen, mit denen Fachkräfte im Bereich psychische Gesundheit zu tun haben, sind insofern bereits Erfolgsgeschichten, da sie eine Therapie begonnen haben. Ein Dialog ist mit einer Person mit einer akuten Psychose nicht möglich.
 - Die Fachkräfte können versuchen, zur Person durchzudringen, indem sie ihre Wahnvorstellungen und Gefühle anerkennen. Beginnen Sie einen offenen Dialog, sodass die Person ihre eigenen Wahnvorstellungen verstehen und anerkennen kann.

(?) Lim, A., Hoek, H. W. und Blom, J. D. (2014). The attribution of psychotic symptoms to jinn in Islamic patients. *Transcultural Psychiatry*, 52(1), 18–32. DOI: 10.1177/1363461514543146.

- Psychoedukation konzentriert sich darauf, Wissen aufzubauen und die Situation der Person zu verstehen. Das kann zum Empowerment der Person beitragen, sodass sich diese weniger hilflos fühlt, was wiederum ihre Einstellung zur Therapie positiv beeinflussen könnte.
- Manchmal ist es schwierig, Informationen zur Krankheit, den Risiken, dem Zusammenhang zwischen beidem sowie zu den Warnzeichen für einen Rückfall zu erhalten. Grundlage des Behandlungsplans ist es, Zusammenhänge und Risiken zu formulieren.
- Wenn die Fachkraft für längere Zeit mit der Familie der Person, die psychotische Symptome aufweist, arbeitet, kann sie sich dadurch ein besseres Bild von der Person und dem Verlauf ihrer psychischen Erkrankung machen. Zudem trägt eine solche Vorgehensweise dazu bei, der Person im Alltag oder während der Rehabilitation die richtige Unterstützung zukommen zu lassen.

Fallbeschreibung

X ist ein 37-jähriger Geflüchteter. Er ist Christ und Syrer und lebt jetzt in Belgien. Sein obsessiver Hass auf MuslimInnen gibt Anlass zur Sorge. Er hat SozialarbeiterInnen gegenüber geäußert, dass er Dinge über MuslimInnen weiß, die niemand anderes weiß, und dass diese Informationen an die Medien und auch an die Regierung weitergegeben werden sollten. Er weist wahnhaftige Überzeugungen auf: Demnach seien alle MuslimInnen weltweit miteinander vernetzt und arbeiten zusammen. Er sei einer der Akteure, die dies durchschauen, und er sei hier, um die belgische Gesellschaft davor zu warnen. Bei ihm wurden Schizophrenie und komplexe Traumata diagnostiziert und er benötigt eine medikamentöse sowie therapeutische Behandlung. Die Arbeit mit ihm birgt jedoch Risiken für die Fachkräfte. X trinkt alleine in seiner Wohnung viel Alkohol. Wenn er aufgeregt ist, spricht er Drohungen aus, schreit und wirft mit Dingen um sich. Er weist sexuell übergriffiges Verhalten auf (sexuelle Frustration). Da er sich außerdem nicht einsichtig zeigt und sich weigert, Medikamente zu nehmen, hat das psychologische Team beschlossen, nicht mehr mit ihm zu arbeiten. Der Arzt erläutert dazu, dass er erst einen Tiefpunkt erreichen muss, bevor er Hilfe in Anspruch nehmen kann. Die größte Sorge besteht darin, dass er gefährlich wird, bevor dies geschieht.

Kernpunkte und Empfehlungen aus der Fallbesprechung

- Die unterschiedlichen Symptomcluster von X müssen sehr detailgenau und spezifisch beschrieben werden, um eine Verbindung zwischen seiner Psychose und dem Risiko herzustellen:
 - Dabei kann es sich ggf. um eine direkte Verbindung handeln, wobei seine Wahnvorstellungen und Threat-Control-Override ein Risiko darstellen.
 - Möglicherweise handelt es sich um eine indirekte Verbindung, wobei seine Isolation, seine soziale Auffälligkeit und seine fehlenden Möglichkeiten zu normalem, gesundem Feedback seine Obsession steigern und dies letztendlich in einer Psychose mündet.
 - Es sind möglicherweise aber auch andere Verbindungen gegeben, die das Risiko erklären, wie etwa ASS, Entwicklungsstörungen oder Unreife, und die ein Risiko darstellen.
- In dem Fall ist statt einer Diagnose eine Zeitachse erforderlich. So können Zeiten festgestellt werden, in denen er keine Symptome aufweist. Was ist der „Standardzustand“ von X, und was triggert ihn?
- Dabei ist unbedingt zu beachten, dass X **wahnhaftige Überzeugungen** aufweist und er sich stark aufregt, wenn seine Vorstellungen abgewertet werden. Als Fachkraft können Sie auf seine Vorstellungen reagieren, indem Sie sie zunächst anerkennen mit einer Aussage wie „Ich verstehe, wie Sie zu dem Schluss gekommen sind, da der IS behauptet, er stünde stellvertretend für alle MuslimInnen“ und im Anschluss daran weitere Informationen liefern, wie etwa „aber statistisch gesehen hat er sehr viele MuslimInnen ermordet“.
- Traumata können dazu führen, dass bei einer Person das Gefühl entsteht, sie sei in Gefahr. Sein **Trauma** führt bei X schnell zu einer Dysregulation, wodurch er weniger vorhersehbar ist. Arbeiten Sie ggf. mit der ganzen Familie zusammen, um zu sehen, ob sie auf vergleichbare Traumata ähnlich reagiert oder ähnliche Symptome aufweist.

- In Syrien gab es viel Gewalt und einige seiner Vorstellungen sind möglicherweise nicht irrational. Möglicherweise weist er auch **moralische Verletzungen** auf. Dabei handelt es sich um eine Form von Traumata, bei der die zentralen Werte einer Person verletzt wurden. Er hat davon gesprochen, dass der IS an seinen Wohnort gekommen ist, alles zerstört hat und sogar Babys getötet hat. Es ist möglich, dass er nicht damit umgehen kann, dass so etwas auf der Welt geschieht. Dies kann ein Push-Faktor für bestimmte Ideologien sein, die moralische Grenzüberschreitungen korrigieren.
- Stellen Sie einen Vergleich mit seiner eigenen kulturellen Norm her. Ein durchschnittlicher Syrer trinkt beispielsweise nicht alleine zu Hause Alkohol und ist nicht sozial isoliert. Das zeigt, dass er selbst auch nicht dem „Standard“ entspricht und seine Überzeugungen möglicherweise schon längere Zeit bestehen. Sein **Alkoholkonsum** ist eventuell schon länger eine Art der Selbstmedikation.
- Befragen Sie die Familie von X zu seiner **Neuroentwicklung**. War er schon vor dem Trauma anders als der Rest der Familie? Wenn er bereits vor der Psychose und dem Trauma frustriert war, wenn andere sein „spezielles Wissen“ nicht verstanden haben, könnte dies ein Hinweis auf ASS sein.
 - Wenn eine Person mit ASS eine Obsession in Bezug auf ein bestimmtes Thema wie etwa Ungerechtigkeit aufweist, kann sich diese in ihrem Kopf festsetzen. Bei Stress kann diese Obsession weiter zunehmen, und die Person sucht nach Beweisen, die ihre Überzeugungen stützen. Das kann online geschehen, aber auch die Mainstream-Medien können diese Obsession weiter befeuern.
 - Personen mit ASS tun sich schwer mit Menschen, die andere Ansichten haben, und sprechen am liebsten mit Menschen, die die gleichen Obsessionen aufweisen. Daher ist es unter Umständen wenig hilfreich, ihre Überzeugungen anzugreifen. Versuchen Sie stattdessen, ihre Weltsicht mit Logik zu korrigieren und die Theorie in den (politischen) Kontext einzuordnen. Machen Sie die Welt vorhersehbarer. Diese Vorgehensweise schadet niemandem; auch dann nicht, wenn die Person nicht unter ASS leidet.

Herausforderungen auf operativer Ebene

Auf operativer Ebene gibt es zahlreiche Herausforderungen, wenn man es mit psychisch kranken radikalisierten Personen zu tun hat:

- Die Weitergabe von Informationen (Medizin, Polizei, Justizbehörden, soziale Einrichtungen, Einwanderungsbehörden) ist und bleibt eine Herausforderung. Beim Treffen waren sich die Teilnehmenden einig, dass Fachkräfte im Bereich psychische Gesundheit sich nur bei einer unmittelbaren Bedrohung an die Polizei wenden sollten. Allerdings verfügen unterschiedliche Akteure/Personen nur über einen Teil der Informationen, sodass niemand einen Gesamtüberblick hat. Dadurch wird es besonders schwierig, eine Diagnose zu stellen und zu entscheiden, wann ein Risiko besteht und Informationen weitergegeben müssen. Wenn Fachkräfte nicht der Ansicht sind, dass sich jemand auffällig verhält oder ein Risiko darstellt, kann dies auch daran liegen, dass ihnen nicht alle erforderlichen Informationen zur Verfügung standen. Was jemand beispielsweise auf sozialen Medien tut, kann sich auf die Risikobewertung auswirken. Dies zeigt umso mehr, wie wichtig eine enge Zusammenarbeit in den Bereichen psychische Gesundheit und Sicherheit ist.
- Fachkräfte, die nicht aus dem Bereich psychische Gesundheit stammen, sind nicht dafür ausgebildet, subtile diagnostische Symptome zu diagnostizieren und zu erkennen. Es ist also wichtig, diese zu schulen und in Bezug auf diese Signale zu sensibilisieren, damit sie wissen, wie beim Auftreten von Symptomen psychischer Erkrankungen vorzugehen ist. Wenn Fachkräfte im Bereich psychische Gesundheit Fachterminologie verwenden, müssen diese auch für Fachkräfte aus anderen Bereichen verständlich sein. Zudem ist es wichtig, Informationen dazu bereitzustellen, wie psychische Probleme aussehen.
- Psychosen werden stärker medikalisiert als andere Störungen. Daher besteht die Annahme, dass die Entscheidung zur Weitergabe von Informationen bei den Ärzten liegt. Fachkräfte sollten gemeinsam entscheiden, wann ein Eingreifen auf medizinischer und operativer Ebene erforderlich ist.

Fallbeschreibung

B wurde im Alter von 22 Jahren wegen Finanzierung eines dschihadistischen Netzwerks zu einer Gefängnisstrafe verurteilt. Er ist cannabisabhängig, neigt dazu, die Aussagen anderer radikalisierter Personen zu wiederholen, und weigert sich, medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Im Zuge der Inhaftierung wurden keine Informationen über seine Krankengeschichte oder sein familiäres Umfeld weitergegeben. Allerdings besteht die Vermutung, dass bei ihm eine beginnende Schizophrenie vorliegt. B wurde in ein anderes Gefängnis verlegt, wo er eine Psychotherapie begann. Ein Psychiater hat zudem die Diagnose Schizophrenie bestätigt. Dabei bestehen vorwiegend negative Symptome und es handelt sich anscheinend um eine Form von ASS. Nach ein paar Jahren hat B seine Haftstrafe fast verbüßt und seine Entlassung wird vorbereitet. Aufgrund seiner Symptome ist soziale Unterstützung und rechtliche Betreuung erforderlich (er kann nicht gut mit Geld umgehen), die medizinischen Fachkräfte im Gefängnis haben jedoch unterschiedliche Ansichten, was die Weitergabe von Informationen an die zuständigen Akteure angeht. Zudem stellt sich kurz vor der Entlassung heraus, dass seine Mutter, bei der er im Anschluss an seine Inhaftierung wohnen wird, ebenfalls an Schizophrenie erkrankt ist.

Kernpunkte und Empfehlungen aus der Fallbesprechung

- Es ist sehr schwierig, einer Person zu helfen, die unter Schizophrenie mit vorwiegend negativen Symptomen (z. B. Affektverflachung, Avolition, Alogie, Asozialität) leidet, da Medikamente unter Umständen nicht ausreichen, um die Symptome abzumildern. Daher ist die Familie eine wichtige Ressource, damit sich B in der Welt außerhalb des Gefängnisses wiedereingliedern kann.
- Wenn (medizinische) Daten und Informationen zur Krankengeschichte nicht weitergegeben werden, kann dies in diesem Fall zahlreiche Auswirkungen haben:
 - Das Erstellen einer Zeitachse und das Stellen der korrekten Diagnose wurde dadurch erschwert.
 - Die Schizophreniediagnose der Mutter wäre bei der Bewertung der Symptome von B eine wichtige Information gewesen, da bei B wahrscheinlich eine genetische Veranlagung besteht. B hat zu Hause möglicherweise Traumata erlebt, die eventuell die Schizophreniesymptome ausgelöst haben.
 - Das ist auch daher wichtig, weil B nach seiner Entlassung bei seiner Mutter wohnen möchte. Aufgrund ihrer psychiatrischen Symptome kann sie ihn nicht in der Weise unterstützen, wie er es benötigt. Das wirkt sich auf die geplante Rehabilitation und Wiedereingliederung aus.
 - Die Weitergabe medizinischer und psychologischer Informationen vor der Entlassung ist erforderlich, damit B nach seiner Haftentlassung die richtige psychologische und soziale Unterstützung erhalten kann.
- Radikalisierte Menschen, die inhaftiert sind, werden stark stigmatisiert. Nicht alle Fachkräfte im Bereich psychische Gesundheit sind mit dem Umgang mit Menschen vertraut, die sich radikalisiert haben und unter einer psychischen Störung wie etwa Schizophrenie leiden, und viele Fachkräfte fühlen sich dabei nicht wohl. Das erschwert es zusätzlich, die richtige Behandlung anzubieten. Es ist von allergrößter Bedeutung, Fachkräfte im Bereich psychische Gesundheit zu diesem Thema zu schulen.

Stigmatisierung

Psychiatrische Patienten werden häufig stigmatisiert, insbesondere wenn es sich bei der Erkrankung um eine Psychose handelt. Diese öffentliche Stigmatisierung stellt für Menschen ein Hindernis beim Überwinden ihrer psychischen Erkrankung dar. Noch schwieriger wird es, wenn eine Verbindung zwischen schweren psychischen Erkrankungen und Gewalt hergestellt wird. Als Fachkraft (im Bereich psychische Gesundheit) müssen Sie Folgendes beachten, um zu dieser Stigmatisierung nicht zusätzlich beizutragen:

- Konzentrieren Sie sich nicht nur auf die Psychopathologie und die Symptome, sondern betonen Sie auch die Rolle biografischer und sozialer Faktoren, die zum Risiko beitragen. Ein Beispiel sind etwa negative

soziale Faktoren wie Marginalisierung, fehlende Bildung, fehlende medizinische Behandlung oder Substanzkonsum.

- Wenn Sie es jedoch komplett vermeiden, psychiatrische Erkrankungen in Verbindung mit Gewalt zu erwähnen, ist dies ebenfalls nicht hilfreich. Wenn PsychologInnen oder PsychiaterInnen Radikalisierung gar nicht thematisieren, trägt das auch zur Stigmatisierung bei. Sie müssen über dieses Thema sprechen, um es nuanciert betrachten und die korrekte Therapie bereitstellen zu können.
- Wie viele andere schwere und seltene Straftaten wird auch Terrorismus manchmal so dargestellt, dass er von „wahnsinnigen“ oder „kranken“ Menschen verübt wird, was zu Stigmatisierung und Fehlinformationen in Bezug auf psychische Krankheiten führt.
- Dies hat sich in den vergangenen Jahren zum Positiven geändert. Die Medien berücksichtigen Komorbiditäten stärker und die Polizei hat dazu beigetragen, die Medien hinsichtlich der Art ihrer Berichterstattung sowie der Art und dem Zeitpunkt der Informationsweitergabe zu schulen. Dabei wurde auch darauf Wert gelegt, dass den Personen nicht die Aufmerksamkeit zuteilwerden darf, die diese anstreben.
- Wenn Personen unter ihrer Störung leiden und aufgrund von Stigmatisierung keine Behandlung wünschen, kann Extremismus/Terrorismus für sie eine Alternative zu einer psychiatrischen Behandlung darstellen.

Folgemaßnahmen

- Dieser Veranstaltung kann eine gemeinsame Veranstaltung mit RAN Mental Health und RAN Rehabilitation folgen, die sich auf die Stigmatisierung von (radikalisierten) Personen mit psychotischen Symptomen konzentriert und betrachtet, welche Auswirkungen dies auf die Wiedereingliederung und Rehabilitation einer Person außerhalb einer Haftanstalt hat.
- Die Bedeutung der Informationsweitergabe wird weiter besprochen im Rahmen der übergreifenden RAN-Veranstaltung mit PraktikerInnen, politischen EntscheidungsträgerInnen und WissenschaftlerInnen zum Thema: „Prävention des gewaltbereiten Extremismus: eine gemeinsame Verantwortung zwischen Fachkräften in den Bereichen psychische Gesundheit und Sicherheit“.

Weiterführende Literatur

- Campelo, N., Oppetit, A., Thompson, C., Cohen, D. und Louet, E. (2022). A clinical and psychopathological approach to radicalization among adolescents. *Frontiers in Psychiatry*, 13, Artikel 788154.
- Corner, E. und Gill, P. (2015). A false dichotomy? Mental illness and lone-actor terrorism. *Law and Human Behavior*, 39(1), 23–34.
- Misiak, B., Samochowiec, J., Bhui, K., Schouler-Ocak, M., Demunter, H., Kuey, L., Raballo, A., Gorwood, P., Frydecka, D. und Dom, G. (2019). A systematic review on the relationship between mental health, radicalization and mass violence. *European Psychiatry*, 56(1), 51–59.
- Saavedra, J., López, M. und Trigo, E. (2017). Association between violent crimes and psychosis in men serving prisons terms. *Spanish Journal of Psychology*, 20, 1–11.
- Trimbur, M., Amad, A., Horn, M., Thomas, P. und Fovet T. (2021). Are radicalization and terrorism associated with psychiatric disorders? A systematic review. *Journal of Psychiatric Research*, 141, 214–222.
- Al-Attar, Z. (2020). Severe mental disorder and terrorism: When psychosis, PTSD and addictions become a vulnerability. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 31(6), 950–970.
- Lim, A., Hoek, H. W. und Blom, J. D. (2014). *The attribution of psychotic symptoms to jinn in Islamic patients. Transcultural Psychiatry*, 52(1), 18–32.