

Psychisch Kranke und Polizei

***Grundsätzliche Aussagen, Annahmen und Regeln
für deeskalierende Verhaltensstrategien
im Umgang mit psychisch auffälligen
und psychisch kranken Personen***

Vortrag an der Polizeiakademie Niedersachsen
Hann. Münden am 08.10.2023

Dr. Hans Peter Schmalzl, München

Überblick

- Grundannahmen zur polizeilichen Interaktion mit psychisch auffälligen bzw. psychisch kranken Personen
- Das generelle Risiko (der Polizei) im Umgang mit psychisch kranken Personen
 - Risiken bei Personen mit bestimmten Störungsbildern
 - Häufigkeit polizeilicher Kontakte mit psychisch auffälligen Personen
- Die spezifische Risiko-Konstellation
- Die Problematik der Wahrnehmung und Einschätzung von Risiken
- Der deeskalierende polizeiliche Umgang mit potenziell gefährlichen psychisch kranken Personen - Verhaltensempfehlungen

Grundannahmen

Eine psychisch auffällige Person, die mit der Polizei in Kontakt gerät, befindet sich häufig in einer **akuten Krise**.



Person ist meistens verunsichert, verängstigt, emotional labil, leicht irritierbar, manchmal auch aggressiv und/oder suizidal.

Die Fähigkeit zu rationalem Denken und überlegtem Handeln ist eingeschränkt.

Personen in der Umgebung werden leicht als zusätzliche Belastung oder sogar Bedrohung wahrgenommen.

Aber sie können auch als Halt und Orientierungshilfe erkannt werden!

Daraus folgt für die Polizei:

Wenn man erfährt oder erkennt,
dass sich eine Person in einer akuten Krise
oder psychischen Ausnahmesituation befindet,
sollte man die Besonderheiten dieser Befindlichkeit
und die Besonderheiten der Situation akzeptieren
und sein eigenes (polizeiliches) Verhalten darauf abstellen.

Das heißt, man sollte davon ausgehen, dass die Person...

- momentan **keine Lösung** für ihre Probleme hat
- und deshalb entweder das Auftreten der Polizei duldet, weil sie sich davon eine Lösungshilfe erhofft oder
- das **Auftreten der Polizei als zusätzliches Problem** wahrnimmt und sich deshalb dem Kontakt (und Zugriff) zu entziehen versucht
- d.h. **sich verschließt** (Schweigen, Einschließen, Verbarrikadieren etc.) und/oder **aggressiv** (Schreien, Drohen, Bewaffnen etc.) reagiert
- die **momentane Lösung** in einem **Angriff gegen die Polizei** sehen kann oder aber auch in einer **autoaggressiven Handlung** (selbstschädigend oder suizidal)
- oder in einer **Kombination von Fremd- und Autoaggression** („suicide by cop“)

Entscheidend ist, dass die Polizei mit ihrer Kontaktaufnahme zu der Person zwangsläufig in eine **Interaktionsdynamik** gerät, die in **Eskalation und Gewaltanwendung**, aber auch in **Deeskalation** und konstruktive **Problemlösung** münden kann.

*Was ist nun nötig,
um erfolgreich
den Weg der Deeskalation
gehen zu können?*

Hier die wesentlichen Aspekte zur Beantwortung dieser Frage:

Wie gefährlich sind psychisch kranke Personen allgemein?

➡ **Das generelle Risiko (für die Polizei)**

In welcher Situation könnte mir – als Polizeibeamtin oder Polizeibeamter – eine psychisch kranke Person gefährlich werden?

➡ **Die spezifische Risiko-Konstellation**

Wie erkenne ich - möglicherweise gefährliche - Verhaltensauffälligkeiten einer psychisch kranken Person?

➡ **Risiko-Wahrnehmung und -Einschätzung**

Wie kann ich darauf reagieren? Was kann ich tun?

➡ **Polizeilicher Umgang mit einer potenziell gefährlichen psychisch kranken Person**

*Wie gefährlich sind psychisch kranke Personen
allgemein
(in Kontakten mit der Polizei)?*

Dazu zwei Grundaussagen...

1. **Psychisch Kranke sind allgemein nicht anfälliger für Aggression und Gewalt als die Normalbevölkerung.**

2. **Allerdings gibt es einige (diagnostizierte) Gruppen mit erhöhter Gewaltneigung, das sind vor allem...**

- Personen mit **Suchterkrankungen** (Substanzmissbrauch)
- Personen mit einer **antisozialen Persönlichkeitsstörung**
- psychotische Personen (v. a. mit **paranoider Schizophrenie**)

Daneben finden sich auch Gewaltausbrüche bei

- bipolar affektiven Psychosen (Manisch-Depressiven)
- Borderline-Erkrankungen
- hirnorganischen Erkrankungen
- geistig Behinderten

Verstärkend wirken:

- psychosoziale Überforderung
- hohe familiäre Belastung
(z.B. aggressives Milieu; Alkoholismus)
- Substanzmissbrauch

Alkohol kann die Gewaltneigung potenzieren!

exemplarisch:

Das Aggressionsmuster bei (paranoider) Schizophrenie

- In der akuten Psychose gelegentlich Erregungszustände mit Verlust der Steuerungsfähigkeit und hochgradiger psychotischer Angst.
- **Wesentlich ist die Entwicklung eines Wahnsystems.**
- Das (potenzielle) Opfer wird in das Wahnsystem einbezogen. Die Aggression gegen das Opfer entwickelt sich aus **subjektiv erlebter Bedrohung**.
- Gefährdet sind in erster Linie Familienangehörige und nahe Bezugspersonen. Aber auch Amtspersonen (Polizeibeamte!) und Personen des öffentlichen Lebens (Prominente, Politiker) können einbezogen werden.
- Auch akustische Halluzinationen (befehlende Stimmen) können aggressive Reaktionen auslösen.

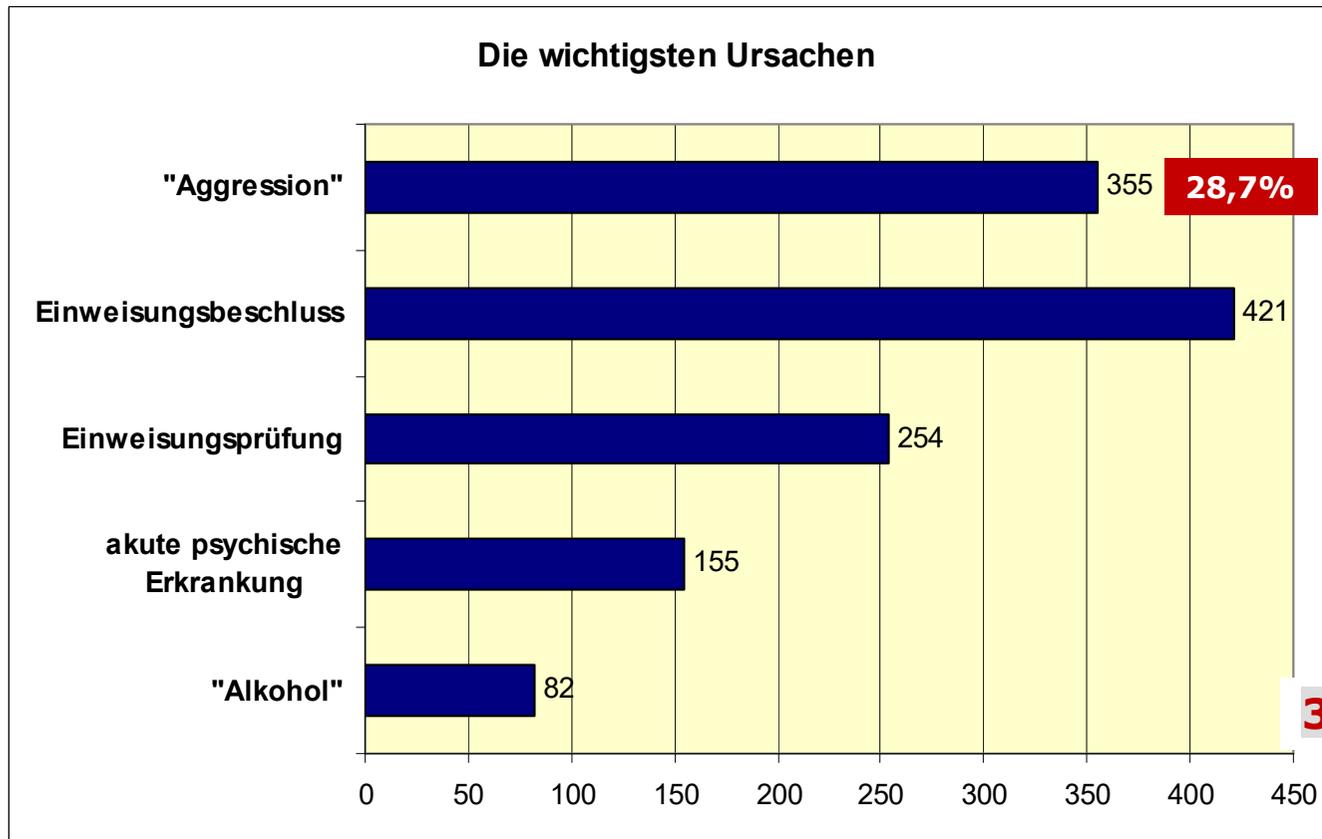
...und wie häufig kommt es zu polizeilichen Kontakten mit psychisch kranken Personen, die eskalieren bzw. für die Polizei, für andere oder für die psychisch kranke Person selbst gefährlich werden können?

Bei der Überprüfung verdächtiger Personen nahmen niedersächsische Polizeikräfte in 20 Prozent der Fälle psychische Auffälligkeiten wahr. (Ellrich und Baier, 2014, zit. in Wittmann, 2022)

Laut einer aktuellen Studie mit deutschen Polizeibeamtinnen und -beamten hatten 35 Prozent der befragten Einsatzkräfte mehrmals in der Woche Kontakte zu Personen mit Verhaltensauffälligkeiten. Von konfliktträchtigen Einsätzen mehrmals im Monat sprachen 44 Prozent der Befragten. (Wittmann, 2022)

Kontakthäufigkeit der Münchner Polizei mit psychisch kranken Personen

Versuch einer statistischen Annäherung über das Einsatzstichwort „**Einweisung**“



Polizeipräsidium München
Einsatzstatistik 2008:

Einsätze insgesamt:
316.125

ohne Kontrolleinsätze
(in der U-Bahn etc.):
ca. 260.000

davon „Einweisung“:
1308

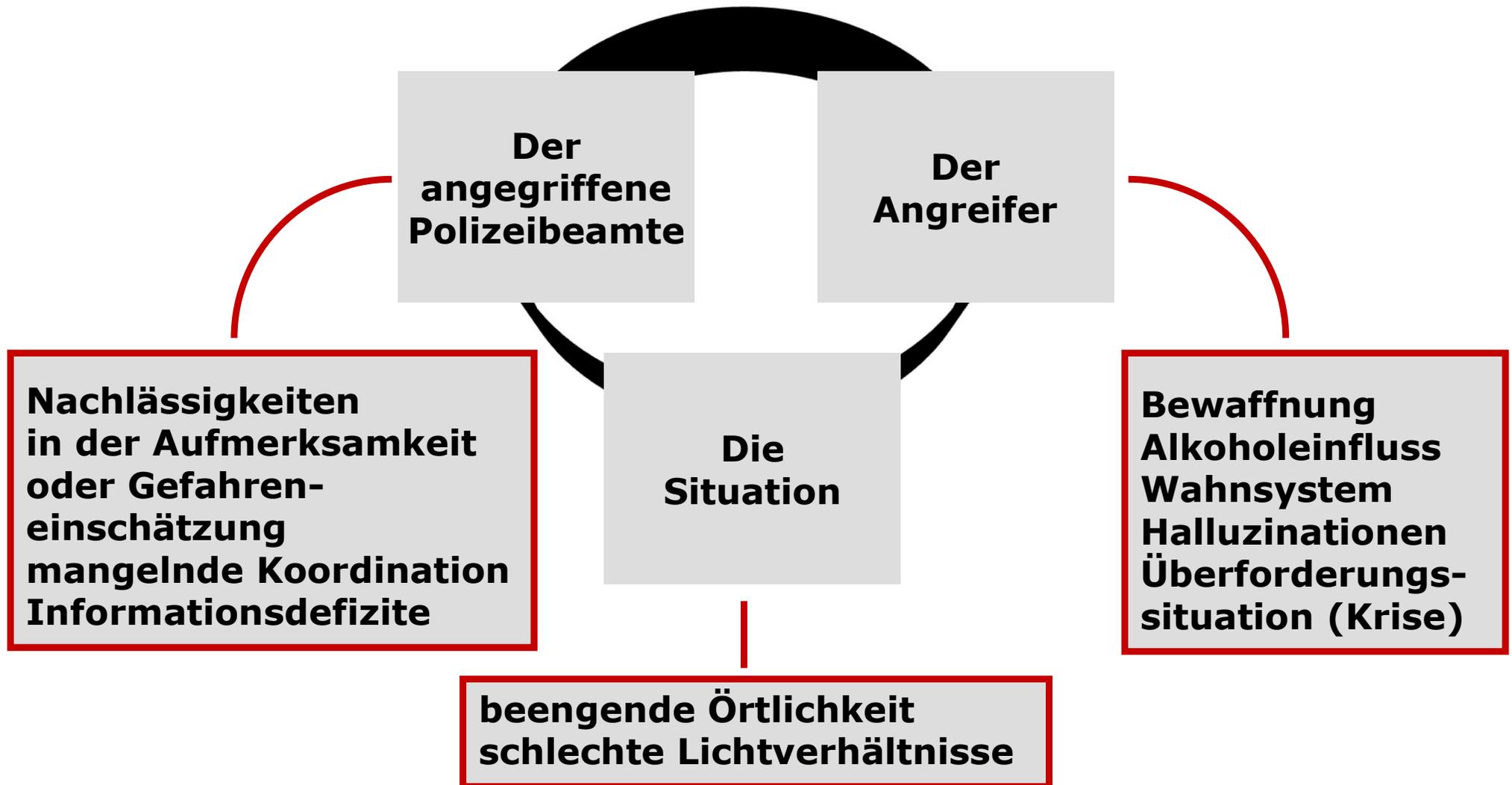
3 bis 4 Einweisungen pro Tag!

▼
← Basis: 1308

„Aggression“ = Aggressives, renitentes oder schädigendes Verhalten (Bedrohung, Bewaffnung, Gewalt gegen Sachen oder Personen, Suizidandrohung, Ruhestörung, Randalieren etc.)

„Alkohol“ = durch Substanzmissbrauch (Alkohol, Drogen) bedingtes Verhalten ohne Aggression, Renitenz etc.

Die spezifische Risiko-Konstellation



Wann führt die Psychose in die Gewalt? – ein Modell* der Ursachen und Bedingungen



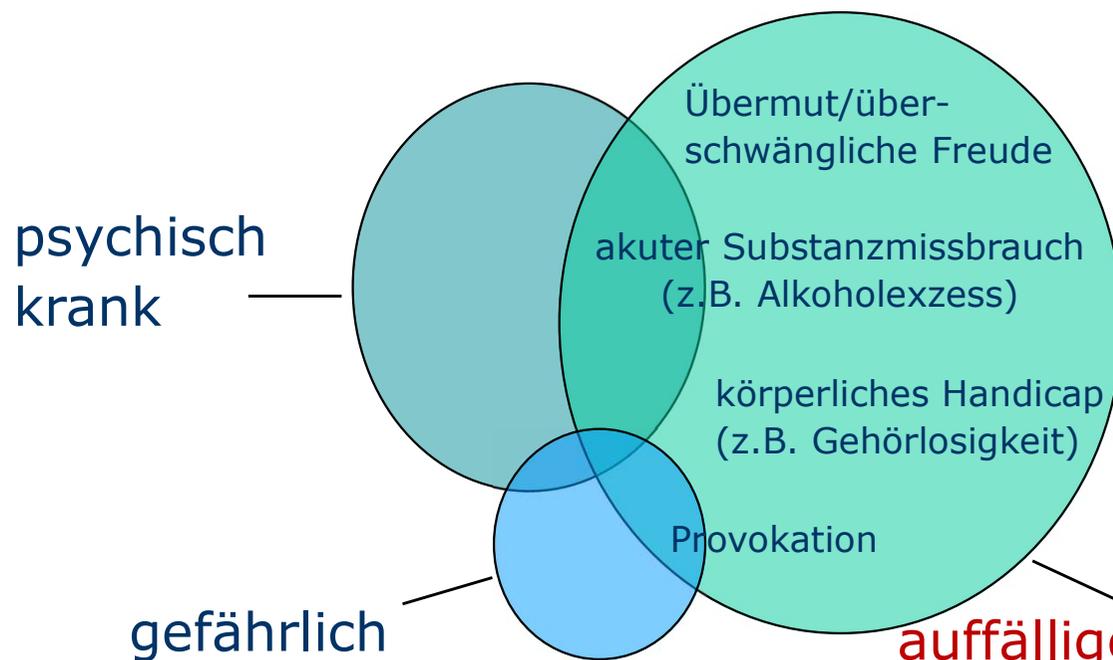
Risiko-Wahrnehmung und -Einschätzung

Die kritischen Aspekte und Weichenstellungen

- ➔ Vorab-Informationen
(über die psychisch kranke oder gestörte) Person
- ➔ Wahrnehmung von Verhaltensauffälligkeiten
bzw. besonderen Verhaltensweisen (Kontext beachten!)
- ➔ Deutung des Verhaltens als gefährlich und/oder
symptomatisch für eine psychische Störung oder Krankheit
- ➔ Entscheidung bezüglich der Initiierung
polizeilicher Maßnahmen (z.B. Einweisung)

Falsche Annahmen oder Fehleinschätzungen können zu gefährlichen polizeilichen Reaktionen oder Entscheidungen führen!

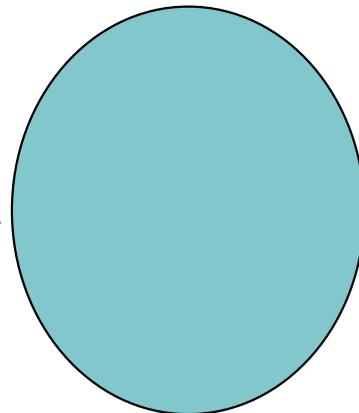
Die Problematik der Interpretation auffälligen Verhaltens



auffälliges Verhalten
weist nur in einigen Fällen
auf eine psychische Erkrankung
und/oder auf Gefährlichkeit hin.
In vielen Fällen lässt sich
auffälliges Verhalten anders erklären!

Die Problematik der Interpretation auffälligen Verhaltens

„psychisch krank“
kann unendlich
viele bedeuten!



Klassifikation psychischer Störungen

nach ICD-10 - Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme- der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

- 1 F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
 - 1.1 Organische psychische Störungen ohne eindeutige Klassifikation im ICD-10
- 2 F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- 3 F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- 4 F30-F39 Affektive Störungen
- 5 F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
 - 5.1 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen ohne eindeutige Klassifikation im ICD-10
- 6 F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
 - 0-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
 - 7.1 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen ohne eindeutige Klassifikation im ICD-10
 - 0-F79 Intelligenzminderung
 - 0-F89 Entwicklungsstörungen
- 10 F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
- 11 F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Die Problematik der Interpretation auffälligen Verhaltens

Die zweifache Problematik, dass erstens verschiedenen Verhaltensauffälligkeiten nicht unbedingt eine psychische Störung zugrunde liegt und zweitens eine vorliegende Störung von Laien nur schwer zu diagnostizieren ist, bedeutet für Sie als Polizeibeamtin bzw. -beamter:

1. Die psychisch merkwürdig oder anormal erscheinende Person, mit der Sie zusammentreffen, ist zunächst keine psychisch kranke, sondern eine verhaltensauffällige Person.
2. Man erwartet von Ihnen keine psychiatrische Diagnose und schon gar keine therapeutische Maßnahme, sondern eine geschickte Situationsbewältigung zur Abwehr von Gefahren.

 **Gefahrenprognose vor Differentialdiagnose!**

(Schmalzl & Körber, 2022, S. 477)

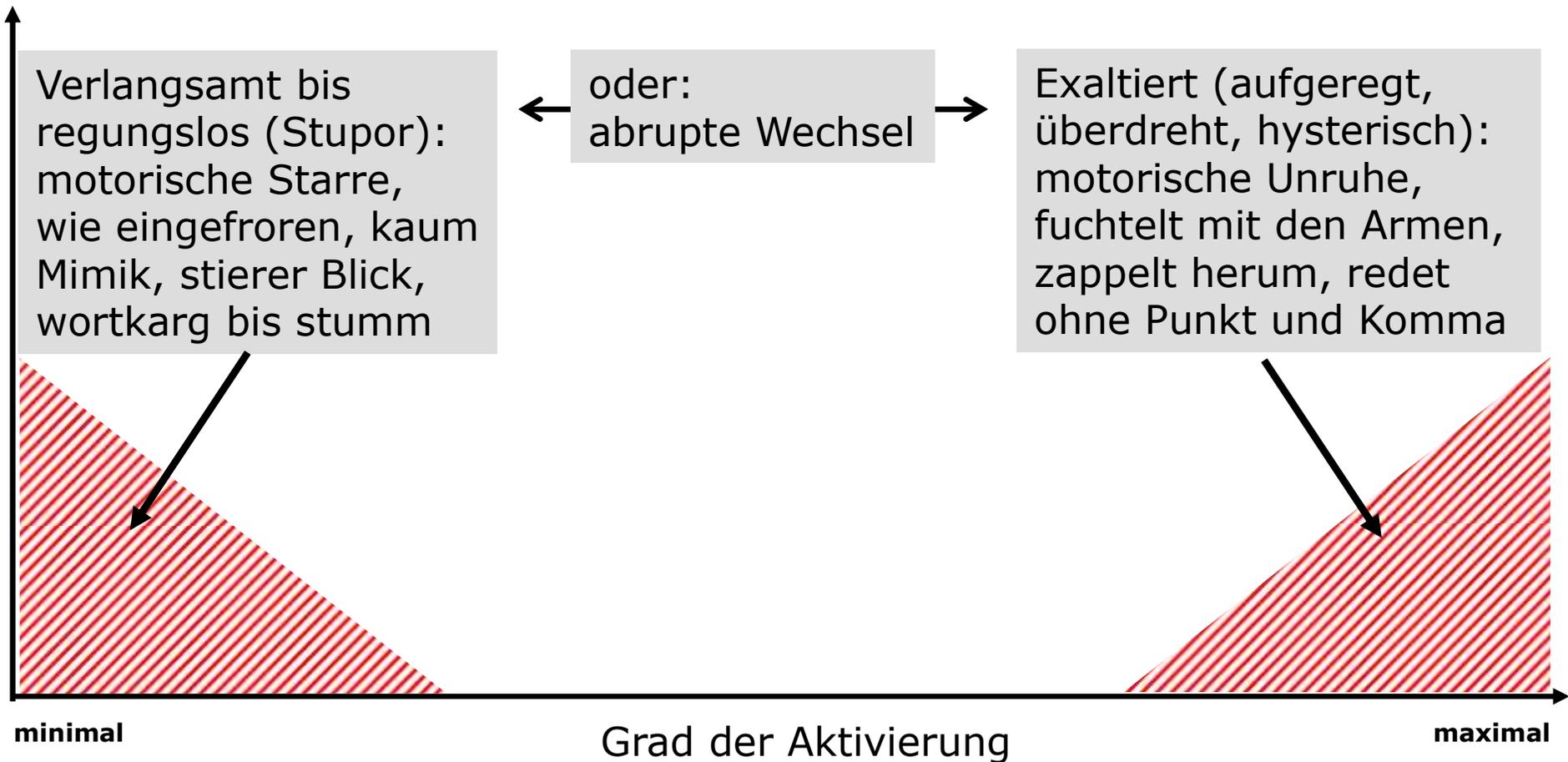
Risiko-Wahrnehmung

Was kann bei psychisch Kranken als auffällig wahrgenommen werden?

- **Aktivierungsgrad** – extrem niedrig (Stupor) oder extrem hoch (Exaltation) oder abrupt wechselnd
- **Stimmungen (Affekte)** – extrem: panisch oder euphorisch oder abrupt wechselnd
- **Wahrnehmungen** – verzerrt (Illusion) oder jeder (Reiz-)Grundlage entbehrend (Halluzinationen)
- **Denkprozesse** – grandios oder paranoid (Wahnvorstellung), ideenflüchtig oder wirre Bezüge herstellend
- **Orientierung** – Person weiß nicht recht, wer oder wo sie ist, oder hat Erinnerungslücken

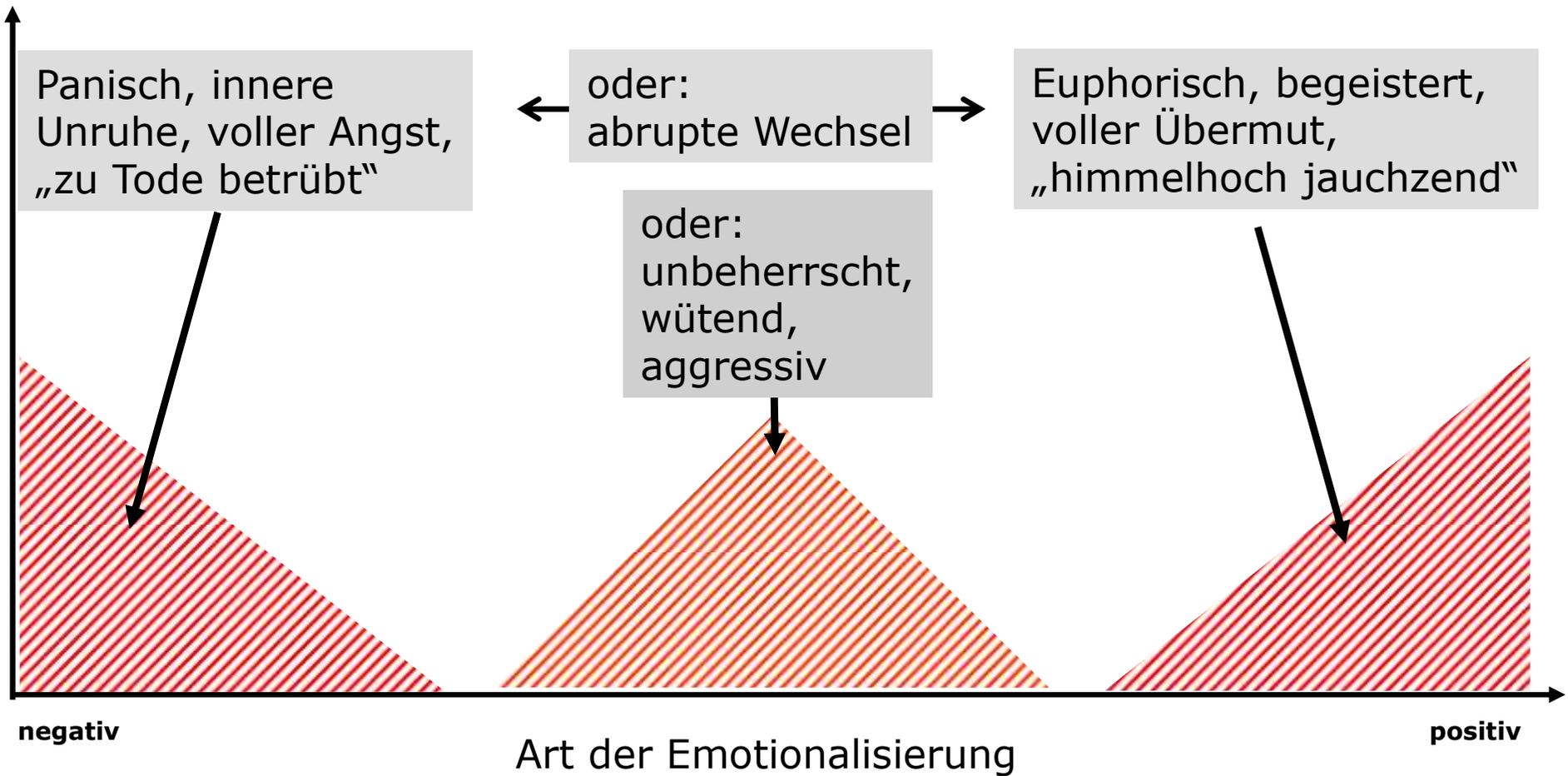
Auffälligkeit: Aktivierungsgrad

Grad der Auffälligkeit



Auffälligkeit: Stimmungen (Affekte), Emotionalisierung

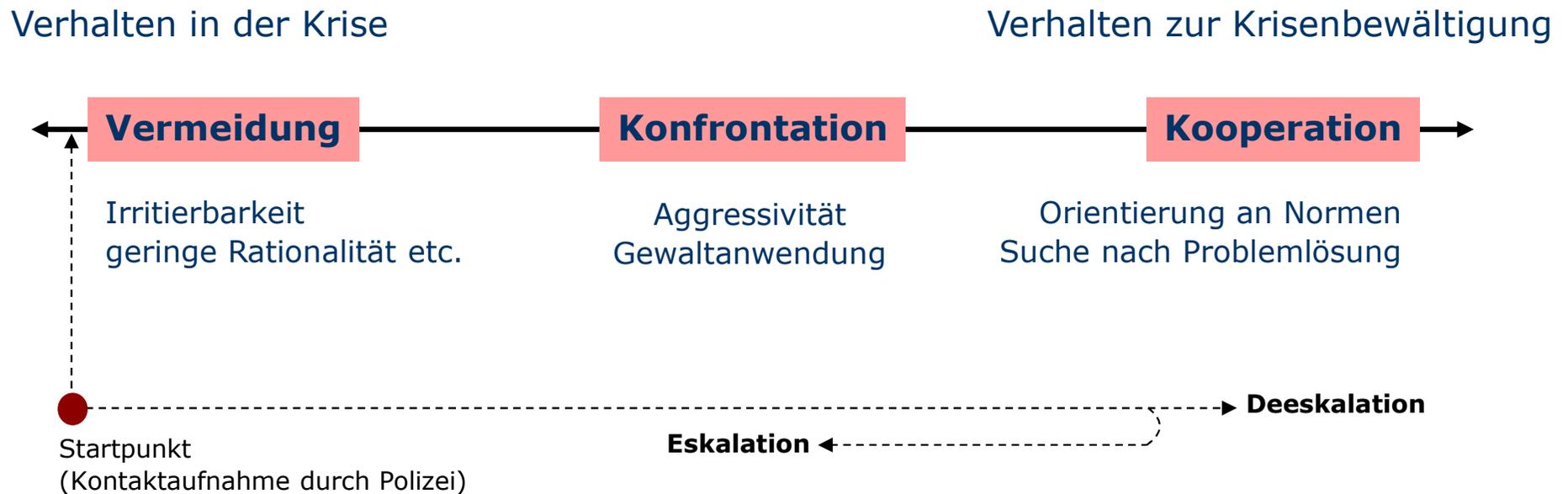
Grad der Auffälligkeit



Zum polizeilichen Umgang mit einer potenziell gefährlichen bzw. psychisch kranken Person

*Gibt es nun grundsätzliche Verhaltensempfehlungen
im Umgang mit einer aggressiv gestimmten
psychisch kranken Person?*

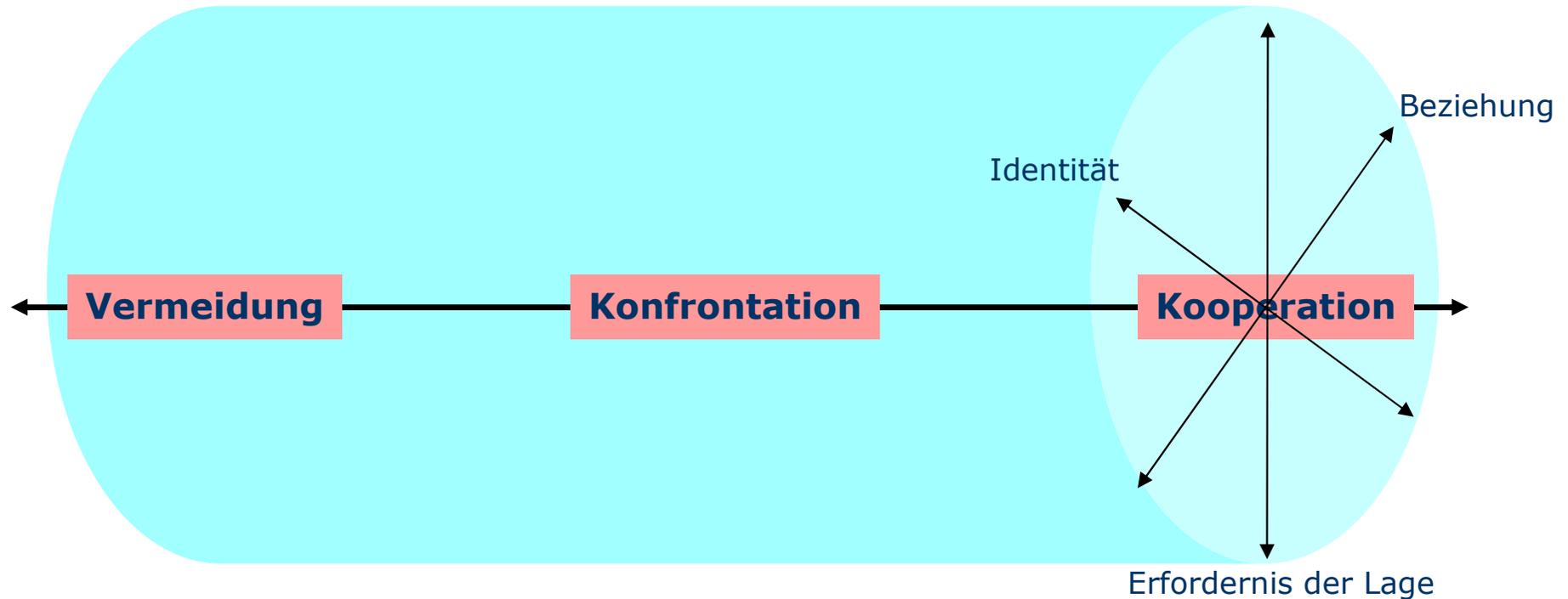
Modell der Interaktionsdynamik zwischen der Polizei und einer aggressiv gestimmten Person in einer akuten Krise



Modell in Anlehnung an: Taylor, P. (2002). A cylindrical model of communication behavior in crisis negotiations. *Human Communication Research*, 28, 7-48.

Modell der Interaktionsdynamik zwischen der Polizei und einer aggressiv gestimmten Person in einer akuten Krise

Die drei entscheidenden Dimensionen der Kommunikation auf dem Weg zur Kooperation



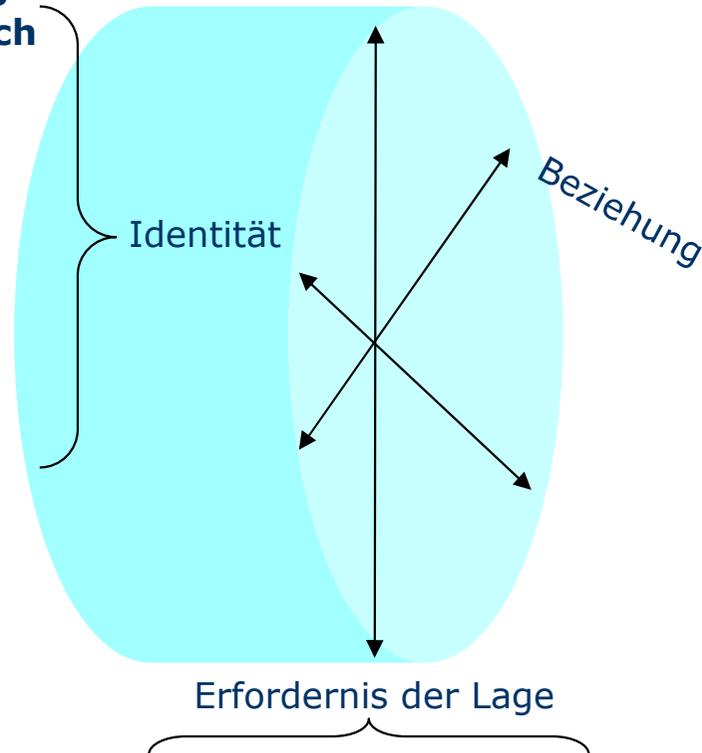
Modell in Anlehnung an: Taylor, P. (2002). A cylindrical model of communication behavior in crisis negotiations. *Human Communication Research*, 28, 7-48.

Grundregeln

im Umgang mit einer aggressiv gestimmten Person in einer akuten Krise

(dem Anderen) die Selbstachtung (Gesichtswahrung) lassen durch

- sich einfühlen
- zeigen, dass man bemüht ist zu verstehen (genau hinhören, nachfragen, paraphrasieren)
- auf Symptome eingehen (Dem Anderen die Symptome glauben, aber klar machen, dass man sie nicht teilt!)



Vertrauen aufbauen und Bedrohlichkeit mindern durch:

- Abstand halten
- Ausgang nicht versperren (aber eigenen Rückzug sicherstellen)
- zugewandte Körperhaltung
- sich mit eigenem Namen vorstellen
- ruhig (u. mit Namen) ansprechen
- langsam bewegen
- Aktionen ankündigen
- zuhören u. ggf. schweigen können
- erklären, weshalb man da ist

Auf eine Problemlösung hinarbeiten und den Anderen dabei mitnehmen

- Auswirkungen der Symptome erfragen und Möglichkeit der Abhilfe ansprechen („Arzt“; „Krankenhaus“)
- Übermacht herstellen (Verstärkung anfordern)
- Grenzen setzen, ohne zu drohen
- Erleichterungen (Hinsetzen; warme Kleidung; Getränk (?) anbieten)
- den Lösungsweg (z.B. Einweisung) positiv herausstellen („Dort kümmert man sich um Sie, dort kommen Sie zur Ruhe...“)

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Literaturhinweise (Auswahl):

- Hiday, V.A. (1997). Understanding the connection between mental illness and violence. *International Journal of Law and Psychiatry*, 20, 4, 399-417.
- Miller, L. (2006). *Practical police psychology. Stress management and crisis intervention for law enforcement*. Springfield, Ill.: Charles C Thomas Publ.
- Nedopil, N. (2004). Glauben und Wissen über die Gefährlichkeit psychisch Kranker. *Polizei & Wissenschaft Themenheft: Polizei und psychisch Kranke*, 3, 23-30.
- Posch, L. (2021). *Polizeirelevante psychische Störungen*. Stuttgart: Richard Boorberg.
- Schmalzl, H. P. (2009). Zur Frage der Gefährlichkeit psychisch Kranker in Kontakten mit der Polizei. In C. Lorei (Hrsg.), *Eigensicherung & Schusswaffeneinsatz bei der Polizei. Beiträge aus Wissenschaft und Praxis 2009*. S. 183-201. Frankfurt: Verlag für Polizeiwissenschaft.
- Schmalzl, H. P. (2012). Psychisch Kranke. In Lorei, C. & Sohnemann, J. (Hrsg.), *Grundwissen zur Eigensicherung*. Ein Lehrbuch. S. 109-129. Frankfurt am Main: Verlag für Polizeiwissenschaft.
- Schmalzl, H. P. & Körber, B. (2022). Umgang mit psychisch auffälligen Personen. In B. Körber, H.P. Schmalzl & M. Hermanutz, *Moderne Polizeipsychologie in Schlüsselbegriffen*. Stuttgart: Richard Boorberg. S. 475-488.
- Steinert, T. (1995). Aggression. In V. Faust (Hrsg.), *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung*. S. 483-499. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag.
- Wittmann, L. (2022). Menschen mit psychischen Erkrankungen in Polizeieinsätzen – Besonderheiten und deren Bedeutung für die Praxis. In: M. Staller & S. Koerner (Hrsg.), *Handbuch polizeiliches Einsatztraining*. Wiesbaden: Springer Gabler. S. 413-429.