

# Wahnhafte Missidentifikation und gewalttätiges Verhalten – Risikoabschätzung und Management

## Delusional Misidentification Syndrom and Violent Behavior – Risk Assessment and Management

### Autoren

Michael Rentrop<sup>1</sup>, Stephan Sassenberg<sup>1</sup>, Ljudmyla Massold<sup>1</sup>, Jeannette Hofmann<sup>1</sup>, Erik Wolf<sup>1</sup>, Otmar Seidl<sup>2</sup>, Maximilian Huhn<sup>3,4</sup>, Dirk Schwerthöffer<sup>4</sup>

### Institute

- 1 KBO-Inn-Salzach Klinikum Wasserburg
- 2 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der LMU München
- 3 Klinik für Psychiatrie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Sozialstiftung Bamberg, Lehrkrankenhaus der Universität Erlangen
- 4 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der TU-München

### Schlüsselwörter

wahnhafte Missidentifikation, Capgras-Wahn, fremdaggressives Verhalten, Risikoabschätzung, Fremdaggressivität

### Keywords

delusional misidentification, Capgras delusion, violent behavior, risk assessment, violence

Online-Publikation 1.9.2020

### Bibliografie

Psychiat Prax 2021; 48: 99–105

DOI 10.1055/a-1219-2111

ISSN 0303-4259

© 2020. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart, Germany

### Korrespondenzadresse

Dr. med. Dirk Schwerthöffer, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der TU-München, Ismaningerstraße 22, 81675 München, Deutschland  
dirk.schwerthoeffer@mri.tum.de

### ZUSAMMENFASSUNG

**Einleitung und Methode** Anhand von 3 Kasuistiken werden der Zusammenhang zwischen wahnhafter Missidentifikation (WM) und fremdaggressivem Verhalten dargestellt und sowohl präventive Maßnahmen als auch die Handhabung dadurch bedingter gewalttätiger Übergriffe diskutiert.

**Ergebnisse und Schlussfolgerung** WM kann eine Ursache für fremdaggressives Verhalten von Patienten mit psychischen Erkrankungen sein und sowohl zu Gewalttätigkeit gegenüber nahen Bezugspersonen als auch gegenüber nicht vertrauten Menschen, wie z.B. Mitarbeitern psychiatrischer Einrichtungen, führen. Als eigenständiger Risikofaktor für fremdaggressives Verhalten sollte WM sowohl bei der stationär-psychiatrischen Aufnahme eines Patienten als auch im weiteren Verlauf exploriert werden. Außerdem könnte bei Patienten mit WM erwogen werden, mittels strukturierter Fragebögen weitere Risikofaktoren für aggressives Verhalten zu erfassen und ggf. präventive Sicherheitsmaßnahmen (z.B. Behandlung im Wachbereich, Medikation) durchzuführen.

### ABSTRACT

**Objective and method** A case series of three patients with Delusional Misidentification Syndroms (DMS) and violent behavior is presented with respect to the correlation between DMS and violence as well as to the management of such occurrences.

**Results and Conclusion** DMS could be one of the reasons for violent behavior of patients with psychiatric disorders. In such case violent behavior is not just restricted to intimates and relatives but also turns on non-familiar caregivers. DMS could be a risk factor for violent behavior and should therefore be registered with help of a nuanced psychopathological exploration at the time of clinical admission and in course of treatment. Moreover risk assessment tools and safety measures (e.g. medication, monitoring) could be considered for patients with DMS.

## Einleitung

Der vom französischen Psychiater Joseph Capgras beschriebene und nach ihm benannte Wahn bezeichnet die Annahme, eine zumeist gut bekannte Person aus dem nahen Umfeld eines Menschen sei durch eine identisch aussehende andere ersetzt worden [1]. Der Capgras-Wahn gehört zu den Wahnhaften Missidentifikationen (WM) und tritt überwiegend in Zusammenhang mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis oder mit organischen Erkrankungen auf (► Tab. 1).

Mehrfach wurde in der Literatur auf das erhöhte Risiko fremdaggressiver Handlungen durch Patienten mit WM im Rahmen schizophrener Grunderkrankungen hingewiesen [2–5]. Die überwiegende Mehrheit der Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ist zwar nicht häufiger gewalttätig als die Allgemeinbevölkerung, eine Minderheit davon weist jedoch ein stark erhöhtes Risiko für wiederholte Gewalttaten und Delikte auf [6]. Die genaue Kenntnis von Risikofaktoren für gewalttätiges Verhalten von Patienten mit schizophrenen Erkrankungen ist deshalb von besonderer Bedeutung.

Im Folgenden werden 3 Fallvignetten eines Behandlungsjahres aus einer psychiatrischen Versorgungsklinik von Patienten mit WM und gewalttätigem Verhalten geschildert. Anschließend werden der Zusammenhang zwischen fremdaggressivem Verhalten und WM, mögliche präventive Maßnahmen und die Handhabung solcher Vorfälle diskutiert.

## Kasuistiken

Der Fachbereich „Klinische Sozialpsychiatrie“ einer großen Versorgungsklinik verfügt über 130 stationäre Behandlungsplätze und behandelt etwa 1200 Patienten jährlich. Von Januar bis Dezember 2019 kam es hier zu 22 gewalttätigen Übergriffen durch Patienten (11 gegen Mitarbeiter, 7 gegen Mitpatienten). Diese 22 Fälle wurden retrospektiv hinsichtlich der zum Zeitpunkt des gewalttätigen Übergriffs vorherrschenden Psycho-

pathologie ausgewertet, wobei sich bei 3 Patienten Symptome einer WM zeigten.

### Kasuistik 1

Der 39-jährige Patient wird zum wiederholten Mal mit einem substanzinduzierten wahnhaft-halluzinatorischen Syndrom per Unterbringungsbeschluss auf eine beschützte Station aufgenommen. Zuletzt hatte er seine antipsychotische Medikation nur noch sporadisch eingenommen. Der Patient gibt an, kurz vor der Aufnahme THC und synthetische Drogen („Badesalze“) konsumiert zu haben. Die toxikologische Analytik weist Cannabinoide (251 ng/ml), Benzodiazepine (195 ng/ml) und Pregabalin (> 2000 ng/ml) nach. Eine antipsychotische Medikation lehnt der Patient zunächst ab.

Kurz nach der Aufnahme fällt er nachts durch lautes Schreien auf, woraufhin sich eine Krankenschwester über ihn beugt, um ihn zu beruhigen. Ohne Vorwarnung schlägt der Patient ihr mit der Faust ins Gesicht und fügt ihr eine Jochbeinfraktur zu. Später erklärt er, er habe in der Pflegekraft das „Angesicht Satans“ erblickt und sich dagegen gewehrt. Schon vor der Aufnahme habe er wiederholt in Bekannten den Teufel erkannt und sei deshalb in ständiger Angst gewesen.

Als Akutmaßnahme wird der Patient mechanisch beschränkt und unter einer freiwillig akzeptierten antipsychotischen Medikation (Zuclopentixol 40 mg/d, Paliperidon Palmitat-Depot 100 mg 4-wöchentlich) kommt es innerhalb von 24 Stunden zu einem Rückgang der wahnhaft-halluzinatorischen Symptomatik und im weiteren Verlauf zur Einsicht in die krankheitsbedingte Situations- und Personenverknüpfung. Der aggressive Vorfall wird vonseiten der Klinik zur Anzeige gebracht, das Verfahren jedoch später durch die zuständige Staatsanwaltschaft eingestellt.

### Kasuistik 2

Die Aufnahme der an einer chronischen Schizophrenie leidenden 50-jährigen Patientin erfolgt notfallmäßig aus einer be-

► Tab. 1 Wahnhafte Missidentifikationen nach [11].

Wahn	Definition	Erstbeschreiber	Besonderheit
Capgras-Wahn	eine vertraute Person wird durch eine identisch aussehende andere ersetzt (Veränderung der Identität bei Konstanz der physischen Erscheinung)	Capgras 1923	auch Erleben einer Veränderung der eigenen Person oder von Tieren [49] möglich
Fregoli-Wahn [50]	eine vertraute Person verändert ihre äußere Erscheinung, um den Betroffenen zu beeinflussen oder zu verfolgen (Physische Veränderung bei erhaltener bzw. bekannter Identität)	Courbon/Fail 1927	
Doppelgänger-Wahn	die eigene psychische oder physische Identität wird in anderen wiedererkannt	Kahlbaum 1866	
Intermetamorphose	eine vertraute Person hat sich psychisch und physisch in eine andere verwandelt	Courbon/Tusque 1932	auch Wahrnehmung der eigenen Person in verschiedenen Lebensabschnitten möglich
Reduplikative Paramnesie	Überzeugung, dass eine Person, ein Ort oder ein Objekt doppelt existiert	Pick 1903	diagnostisch enge Verknüpfung mit demenziellen Erkrankungen

schützten Pflegeeinrichtung. Dort hatte sie eine Pflegekraft massiv gewürgt. Nur durch hinzueilende Mitbewohner konnte verhindert werden, dass die hilflose Mitarbeiterin durch weiteres Würgen vital gefährdet wird.

Eine Aufklärung der Ursache für den gewalttätigen Übergriff ist auch im Verlauf des mehrmonatigen Klinikaufenthalts nicht vollständig möglich, da die Patientin einen anhaltenden inkohärenten Gedankengang zeigt. Deutlich wird aber, dass sie annimmt, eine Gruppe „Bistaler Menschen“, habe sich ausgebreitet und sei in der Lage, in „alle einzudringen und zu manipulieren“. Ihr sei es jedoch möglich, die „Bistalen“ zu „erkennen und aufzuhalten“. Ein Unrecht in ihrem Vorgehen kann sie nicht erkennen.

Trotz hoch dosierter antipsychotischer Pharmakotherapie (Olanzapin 30mg/d, Levomepromazin 25mg/d, Paliperidion Palmitat-Depot 100mg 4-wöchentlich) persistieren die wahnhaften Vorstellungen, jedoch nehmen im Verlauf der Behandlung deren Dynamik und Intensität ab und es tritt kein fremd-aggressives Verhalten mehr auf. Vonseiten der Pflegeeinrichtung erfolgt dennoch die Kündigung des Heimvertrags. Aufgrund des fremd-aggressiven Übergriffs ist die Patientin bislang von keiner anderen Pflegeeinrichtung aufgenommen worden. Die vonseiten der Pflegeeinrichtung gestellte Strafanzeige wird von der zuständigen Staatsanwaltschaft nach einigen Monaten eingestellt.

### Kasuistik 3

Ein 54-jähriger Patient wird aufgrund einer wahnhaft-halluzinatorischen Dekompensation mit Suizidgedanken zum wiederholten Mal stationär psychiatrisch aufgenommen, nachdem er am Vormittag in eine beschützte psychosoziale Einrichtung eingezogen war. Aufgrund einer chronischen paranoiden Psychose besteht ein langfristiger richterlicher Unterbringungsbeschluss. Der Patient war bereits mehrfach gegenüber Frauen gewalttätig. Deshalb besteht auch ein richterliches Verbot,

sich seiner geschiedenen Ehefrau zu nähern. Nach einem fremd-aggressiven Übergriff gegenüber einer Mitpatientin war ihm bereits einmal eine Heimunterbringung gekündigt worden. Hintergründe der wiederholten Gewalttätigkeiten konnten nie aufgeklärt werden. Zusätzlich führte er mehrere schwere Suizidversuche durch, einmal durch einen Sturz aus großer Höhe. Die dauerhafte medikamentöse Behandlung erfolgt durch eine antipsychotische Kombinationstherapie mit Zuclopenthixol (45 mg/d) und Haloperidol-Depot (100 mg 4-wöchentlich). Da der Patient nach der Klinikaufnahme psychomotorisch ruhig ist und sich von aktiver Suizidalität distanziert, wird die antipsychotische Therapie unverändert fortgeführt.

Unvermittelt kommt es am siebten Tag nach Aufnahme in den frühen Morgenstunden zu einem Suizidversuch durch Hinunterstürzen entlang einer Treppe, der ohne wesentliche Verletzungsfolgen bleibt. Wenige Stunden später schlägt der Patient ebenso unvermittelt auf eine Reinigungskraft der Station ein und versucht sie zu würgen. Erst durch das hinzueilende Pflgeteam kann der Übergriff beendet werden. In der nachfolgenden Exploration gibt der Patient an, er sei sich sicher, dass seine „Ex-Frau in die Reinigungskraft eingedrungen sei“, um ihn zu beeinflussen. Erst wenn er diese Frau umbringe, werde er „frei sein und selbstbestimmt leben können“. Bei anderen Frauen der Station habe er ebenfalls den Eindruck, diese seien zumindest vorübergehend von seiner Ex-Frau in Besitz genommen worden.

Es erfolgt eine mechanische Beschränkung und die Gabe eines Benzodiazepinpräparats. Um eine länger andauernde Fixierungsmaßnahme zu umgehen und die schockierten Mitarbeiter der Station zu entlasten, wird der Patient in das Kriseninterventionszimmer einer anderen Station verlegt. Bei einer medizinischen Untersuchung können bei der betroffenen Reinigungskraft nennenswerte Folgeverletzungen ausgeschlossen werden. Die Gewalthandlung wird durch die Polizei dokumentiert und zur Anzeige gebracht. Nachdem der Patient im Rah-

► **Tab. 2** Drei Patienten mit Wahnhafter Missidentifikation und fremd-aggressivem Verhalten.

	Patient 1	Patient 2	Patient 3
<b>psychiatrische Diagnose inkl. ICD-10-Nummer</b>	substanzinduzierte psychotische Störung, F19.5, Angststörung F41.1	paranoide Psychose, F20.0	paranoid-halluzinatorische Psychose, F20.0
<b>Wahnhalt</b>	Teufel stecke in anderen Personen	„bistale“ Wesen dringen in andere (auch der Patientin vertraute) Personen ein	die frühere Ehefrau sei in andere Personen (u. a. Reinigungskraft) eingedrungen, um dem Patienten zu schaden
<b>Missidentifikation</b>	am ehesten Capgras-Wahn	Capgras-Wahn	Fregoli-Wahn
<b>Art der Fremdaggression</b>	Faustschlag ins Gesicht	Würgen	zunächst Suizidversuch durch Treppensturz, später Würgen
<b>Zielperson der Fremdaggression</b>	Pflegekraft in psychiatrischer Klinik	Pflegekraft in Pflegeheim	Reinigungskraft in Krankenhaus
<b>Beziehung zur Zielperson</b>	keine Vertrautheit/Bekanntheit	vertraut/bekannt durch lang-jährige Betreuung	keine Vertrautheit/Bekanntheit
<b>psychiatrische Komorbiditäten</b>	multipler Substanzgebrauch	keine weiteren	suizidale Krisen

men ähnlicher Vorfälle bereits vorübergehend in forensisch-psychiatrischer Behandlung war, wird über die zuständige Staatsanwaltschaft eine Unterbringung auf einer Station der forensischen Psychiatrie angeordnet. ▶ **Tab. 2** fasst die 3 Kasuistiken zusammen.

Die 3 Fälle weisen auf das Risiko für erhebliches, gewalttätiges Verhalten durch Patienten mit WM hin. Während der Patient aus Kasuistik 3 bereits mehrfach durch akute Fremdaggresivität aufgefallen war, handelt es sich bei den beiden anderen Patienten jeweils um den ersten dokumentierten gewalttätigen Übergriff, der deshalb für Behandler bzw. Betreuende überraschend und unvorhersehbar schien. Somit stellt sich sowohl die Frage, durch welche präventive Maßnahmen sich ähnliche gewalttätige Übergriffe durch Patienten mit psychischen Erkrankungen verhindern lassen, als auch nach der Handhabung solcher Vorfälle.

## Diskussion

### Prävalenz und Ätiologie Wahnhafter Missidentifikation

Angaben zur Häufigkeit von WM sind uneinheitlich. Für Patienten mit schizophrenen Erkrankungen in stationär-psychiatrischer Behandlung werden z.B. Prävalenzraten von 4% [7] bis 15% [8] genannt. Weitere Publikationen geben für WM eine Auftretenshäufigkeit von 10% bei Patienten mit Alzheimer-Krankheit [9], 16,6% bei Lewy-Body-Demenz und 8,3% bei Semantischer Demenz [10] an. Da WM bei einer Vielzahl psychischer und organisch bedingter Störungen auftritt [7, 11], sollte nicht von einer eigenständigen Krankheitsentität, sondern einem unspezifischen psychopathologischen Symptom bzw. Phänomen ausgegangen werden [12]. Trotzdem wird in der Literatur häufig der Begriff „Wahnhaftes Missidentifikations-Syndrom“ verwendet. Neben dem Auftreten von WM bei schizophrenen und organischen Störungen, ist es auch im Zusammenhang mit Hypothyreose [13], Temporallappenischämie [14], Okzipitallappenepilepsie [15], Multipler Sklerose [16], Limbischer Enzephalitis [17] und Posttraumatischer Belastungsstörung [18] beschrieben worden.

Neben frühen psychodynamischen ätiologischen Modellen (z.B. Ablehnung oder inzestuöses Begehren von Familienangehörigen [19]), verweist bereits Capgras eigener Erklärungsversuch des von ihm beschriebenen Wahns, es komme dabei zu einem „Verlust der affektiven Vertrautheit für Gesichter während der initialen Gesichtserkennung“ [1] auf spätere neuropsychologische Erklärungsmodelle [11, 20–22]. Seit den Arbeiten von Ellis [23, 24] wird angenommen, dass ein Missverhältnis von kognitivem und affektivem Erkennen von Gesichtern besteht. Während die Wahrnehmung, dass ein dargebotenes Gesicht bekannt ist, unverändert erhalten bleibt, wird der affektive Eindruck, das Gefühl beim Erkennen des anderen, als verändert erlebt. Ellis konnte diesen Befund experimentell durch Nachweis einer reduzierten autonomen Reaktion auf Darbietung vertrauter Gesichter zeigen. Dabei blieb die affektive Antwort auf die vertraute Stimme eines Angehörigen unbeeinträchtigt. Bei einem Teil der publizierten Fälle mit WM konnten, überwiegend rechtshemisphärische, Läsionen im Bereich des

Temporal- und Frontallappens gefunden werden [7]. Auch können fokale Schädigungen in diesen Regionen WM nach sich ziehen. Bei erstmaligem Auftreten einer WM sollte daher immer auch eine zerebrale Bildgebung erwogen werden.

### Wahnhafte Missidentifikation und fremdaggresives Verhalten

Während manche Autoren bereits seit den späten 1980er-Jahren über ein erhöhtes Risiko von Gewalttätigkeit bei WM berichten [2, 3, 25, 26], betonen neuere Arbeiten hierbei einen möglichen Bias durch Einzelfallpublikationen [21, 27]. So findet Pandis in seiner aktuellen systematischen Nachuntersuchung von 255 publizierten Fällen mit Capgras-Wahn bei gut einem Drittel der Patienten fremdaggresives Verhalten (bei 4% sogar mit Tötungsdelikten) und interpretiert dies entweder als möglichen Hinweis für die Gefährlichkeit von WM oder als Ausdruck eines Publikations-Bias [19].

Einigkeit besteht in der Literatur dahingegen, dass sich Gewalt im Rahmen von WM üblicherweise gegen wahnhaft bekannte „betrügerische Doppelgänger“ richtet [7] und häufig im familiären Rahmen oder gegen enge Bezugspersonen auftritt [4]. Bei 2 der hier geschilderten Kasuistiken (Kasuistik 1 und 3) sind die Opfer der Gewalt aber, entgegen den überwiegenden bisherigen Fallschilderungen, weder Familienangehörige noch vertraute Bezugspersonen, sondern den Patienten erst kurz bekannte Mitarbeiter psychiatrischer Einrichtungen. Das kann darauf hinweisen, dass WM als Risikofaktor für gewalttätige Übergriffe gegenüber professionellen Betreuungspersonen bislang unterschätzt wurde.

Horn weist in einer Übersichtsarbeit darauf hin, dass Gewalt im Rahmen von WM nicht häufiger aber oft schwerwiegend z.B. in Form von Tötungsversuchen oder Tötungen auftritt und deshalb als Risikofaktor zur Einschätzung des Gewaltpotenzials von schizophren erkrankten Patienten berücksichtigt werden sollte [5]. Außerdem stellt er fest, dass Gewalt bei WM (wie auch in den von uns geschilderten Fällen) meist ungeplant und somit schwer vorhersehbar ist.

### Risikofaktoren für Gewalttätigkeit bei schizophrenen Erkrankungen und bei Patienten mit WM

Substanzmissbrauch [28] und Positivsymptome [29] sind bekannte Hauptrisikofaktoren für Gewalttätigkeit durch schizophren Erkrankte.

An Risikofaktoren für gewalttätige Handlungen bei WM wurden bislang identifiziert: Gewalttätigkeit in der Vergangenheit, Drogenmissbrauch, männliches Geschlecht, schizophrene Grunderkrankung, Größenideen, Verfolgungserleben, ein negativer Affekt und das gleichzeitige Auftreten von hoher Wahngewissheit und Ärger [5, 30], wobei Längsschnittbeobachtungen von Patienten mit WM fehlen.

Andere Autoren stellen fest, dass die wahnhaften Überzeugungen „bedroht, kontrolliert oder ausgeliefert“ zu sein, als sog. Threat/control-override-Symptom (TCO) [31] mit häufigeren und teilweise besonders schweren gewalttätigen Handlungen einhergehen [26], wobei Stompe darauf verweist, dass hierbei die Threat-Symptome und nicht die Control-override-Symptomatik entscheidend seien [32]. Ein Zusammenhang

zwischen TCO-Symptomen und gewalttätigem Verhalten bei WM erscheint naheliegend. So könnten bei der Frage des Gewalttrisikos nicht der spezifische Wahnhalt, sondern der Bezug zur eigenen Person und das daraus erwachsende Bedrohungs-erleben entscheidend sein. WM könnte in diesem Zusammenhang bei den Betroffenen als bedrohliche Beeinträchtigung eines stabilen Ich-Umwelt-Gefüges erlebt werden, das im Zusammenspiel mit einem Gefühl der Fremdsteuerung, der Überwältigung und Auflösung der eigenen Person bzw. deren äußeren Grenzen zum letztlich Handlungsdruck und damit zur Abwehr subjektiver Bedrohung führt. Dennoch bleibt unklar, warum andererseits eine Vielzahl von Patienten, sowohl mit TCO-Symptomen [33] als auch mit WM niemals gewalttätig wird.

### Prävention fremdaggessiven Verhaltens in stationären psychiatrischen Einrichtungen

Präventive Maßnahmen zur Reduktion fremdaggessiven Verhaltens durch Patienten im stationären psychiatrischen Bereich beinhalten u. a. organisatorische Interventionen (z. B. Qualitätssicherung durch Benchmarking, reduzierte Stationsgrößen, bessere Personalausstattung, „Open Door Policy“, bauliche Veränderungen), Mitarbeiterschulungen und Deeskalations-trainings, den Einsatz von Betroffenen und Angehörigen als sog. Genesungsbegleiter („Peers“, „Ex-In“) oder psychotherapeutische Methoden [34, 35]. Die aktuelle S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ empfiehlt außerdem den Einsatz von Vorhersageinstrumenten für aggressives Verhalten wie der „Broset Violence Checklist“ [36, 37] oder der „Dynamic Appraisal of Situational Aggression“ [38, 39] in der klinischen Routinediagnostik [40]. Daneben existiert noch eine Reihe weiterer Checklisten und Fragebögen, um das Gewaltpotenzial von Patienten mit psychischen Erkrankungen einzuschätzen [41]. Feindseligkeit lässt sich symptomatisch auch aus der Erhebung der „Positive and Negative Syndrome Scale“ – PANSS [42] oder mit dem Hostilitätssyndrom nach dem AMPD [43] strukturell gut erfassen und als Zielsymptomatik für therapeutische Interventionen benennen. Wichtig ist dabei aber eine aktive Exploration von entsprechenden Symptomen, die von Erkrankten sonst nur selten oder nicht berichtet werden.

Der spezifische Wahnhalt von Patienten wird jedoch in all diesen Beurteilungsinstrumenten nicht erfasst.

Da gewalttätiges Verhalten bei Patienten mit psychotischen Störungen im stationären Bereich mit zunehmender Dauer einer antipsychotischen Pharmakotherapie abnimmt [44], sollte bei bestehenden Risikofaktoren für fremdaggessives Verhalten frühzeitig eine hinreichende antipsychotische Medikation etabliert werden.

Ergänzend ist eine systematische Erfassung und Aufarbeitung eines jeden aggressiven Zwischenfalls im stationären Setting sinnvoll. Auch für diesen Zweck wurden strukturelle Instrumente wie z. B. die „Staff Observation Aggression Scale – Revised“ – SOAS-R entwickelt. Ergebnisse solcher Erhebungen sollten nach einem festgelegten Auswertungsmodus im multiprofessionellen Behandler-Team kommuniziert werden. Dem Austausch aller notwendigen Informationen kommt im Risikoma-

agement eine bedeutende Rolle zu, da professionelle Risikokommunikation erneute Zwischenfälle und ihre Folgen deutlich eingrenzt.

### Die Versorgung von Patienten mit fremdaggessivem Verhalten bei WM

Die in allen 3 Fällen erfolgten Strafanzeigen erscheinen, auch in Hinblick auf die Schwere der aggressiven Übergriffe, gerechtfertigt, obwohl die daraus resultierenden Strafverfahren eingestellt wurden.

Beim Patienten der Kasuistik 1 trat im weiteren Verlauf der Behandlung keine WM mehr auf, während die beiden anderen Patienten – so wie viele andere Patienten mit WM [7] – therapieresistent bezüglich ihres Wahns waren. Der Patient der Kasuistik 3 musste in eine Abteilung für forensische Psychiatrie überwiesen werden, wo der dramatische Anstieg der Bettenanzahl in den letzten Jahren ohnehin größtenteils auf die zunehmende Zuweisung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen und Gewaltdelikten zurückzuführen ist [45].

Ein Übergriff im Heimumfeld ist meist mit der sofortigen Kündigung des Heimvertrags verbunden (Kasuistiken 2 und 3), zumal 14% der von gewalttätigen Patientenübergriffen betroffenen Pflegepersonen psychische Belastungsreaktionen entwickeln und in 5% sogar anhaltende Arbeitsunfähigkeit resultiert [46]. Für psychiatrische Kliniken wird es nach einem solchen Ereignis somit ausgesprochen schwer, eine alternative Einrichtung zu finden. Nicht selten mündet die Kündigung in einem Langzeit-Klinikaufenthalt, der oft bereits nach wenigen Wochen nicht mehr von den Krankenversicherungen finanziert wird.

Ergänzend wäre auf sehr vielversprechende Modellprojekte zwischen klinischer und forensischer Psychiatrie hinzuweisen [47]. Auch ohne Modellansatz kann, je nach den Gegebenheiten vor Ort, ein forensisches Konsil erwogen werden, auch in Hinblick auf die Kooperation bei der Suche einer geeigneten psychosozialen Versorgung nach der stationären Entlassung. Hier kann von den Erfahrungen aus entsprechenden Modellprojekten [48] partizipiert werden.

### Ausblick

Es ist fraglich, ob WM im klinischen Alltag auffällt. Folgt man in der Diagnostik und psychopathologischen Beschreibung von Krankheitsbildern allein den gültigen Klassifikationssystemen, wird der Wahnhalt in Zukunft keine Rolle mehr spielen. Im Zuge der Ausrichtung psychiatrischer Klassifikationssysteme auf medizinische Evidenz, die z. B. für die ICD-11 keine Unterformen schizophrener Erkrankungen mehr unterscheiden wird, ist zu vermuten, dass diese Entwicklung weg von psychopathologischen Einzelheiten, hin zu einer Zuordnung in Symptomgruppen mit zugehörigem Schweregrad münden wird. Wahnhalt und Wahndynamik sollten aber als mögliche Risikofaktoren für selbst- oder fremdgefährdendes Verhalten weiter Beachtung finden. Stetige Vereinfachungen mit psychopathologischen Beschreibungen in groben Stichworten oder tabellarischer Form sind in diesem Zusammenhang nutzlos.



## Fazit

Sollte sich WM als Risikofaktor für fremdaggressives Verhalten (z. B. durch Längsschnitt-Untersuchungen von Patienten mit WM) bestätigen, wären im stationär-psychiatrischen Bereich für diese Patienten zumindest die gezielte (Verlaufs-)Exploration wahnhafter Symptome und eine Dokumentation weiterer Risikofaktoren für fremdaggressives Verhalten indiziert.

Sollten sich hierbei weitere Risikofaktoren für Gewalttätigkeit ergeben, wären (wie auch bei anderen Patienten mit schizophrenen Psychosen und fremdaggressivem Verhalten) präventiv eine ausreichend dosierte antipsychotische Medikation und eine (zumindest initiale) Behandlung im Wachbereich einer Station indiziert.

## Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

## Literatur

- [1] Capgras J, Reboul-Lachaux J. L'illusion des sosies dans un délire systématisé chronique. *Bull Soc Clin Méd Ment* 1923; 6–16
- [2] De Pauw KW, Szulecka TK. Dangerous delusions. Violence and the misidentification syndromes. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science* 1988; 152: 91–96. doi:10.1192/bjp.152.1.91
- [3] Silva JA, Leong GB, Weinstock R et al. Delusional misidentification syndromes and dangerousness. *Psychopathology* 1994; 27: 215–219. doi:10.1159/000284872
- [4] Karakasi MV, Markopoulou M, Alexandri M et al. In fear of the most loved ones. A comprehensive review on Capgras misidentification phenomenon and case report involving attempted murder under Capgras syndrome in a relapse of a schizophrenia spectrum disorder. *Journal of forensic and legal medicine* 2019; 66: 8–24. doi:10.1016/j.jflm.2019.05.019
- [5] Horn M, Pins D, Vaiva G et al. [Delusional misidentification syndromes: A factor associated with violence? Literature review of case reports] *L'Encephale* 2018; 44: 372–378. doi:10.1016/j.encep.2017.12.010
- [6] Rund BR. The association between schizophrenia and violence. *Schizophrenia research* 2018; 199: 39–40. doi:10.1016/j.schres.2018.02.043
- [7] Barrelle A, Luaute JP. Capgras Syndrome and Other Delusional Misidentification Syndromes. *Frontiers of neurology and neuroscience* 2018; 42: 35–43. doi:10.1159/000475680
- [8] Dohn HH, Crews EL. Capgras syndrome: a literature review and case series. *The Hillside journal of clinical psychiatry* 1986; 8: 56–74
- [9] Harwood DG, Barker WW, Ownby RL et al. Prevalence and correlates of Capgras syndrome in Alzheimer's disease. *International journal of geriatric psychiatry* 1999; 14: 415–420. doi:10.1002/(sici)1099-1166(199906)14:6<415::aid-gps929>3.0.co;2-3
- [10] Harciarek M, Kertesz A. The prevalence of misidentification syndromes in neurodegenerative diseases. *Alzheimer disease and associated disorders* 2008; 22: 163–169. doi:10.1097/WAD.0b013e3181641341
- [11] Rentrop M, Theml T, Förstl H. Wahnhaftige Missidentifikationen. *Klinik, Vorkommen und neuropsychologische Modelle. Fortschr Neurol Psychiatr* 2002; 70: 313–320. doi:10.1055/s-2002-32026
- [12] Atta K, Forlenza N, Gujski M et al. Delusional Misidentification Syndromes: Separate Disorders or Unusual Presentations of Existing DSM-IV Categories? *Psychiatry (Edgmont (Pa: Township))* 2006; 3: 56–61
- [13] Nishihara K, Kinoshita H, Kurotaki N et al. Could subclinical hypothyroidism cause periodic catatonia with delusional misidentification syndrome? *Psychiatry and clinical neurosciences* 2010; 64: 338. doi:10.1111/j.1440-1819.2010.02080.x
- [14] Hoffmann M. Isolated right temporal lobe stroke patients present with Geschwind Gastaut syndrome, frontal network syndrome and delusional misidentification syndromes. *Behavioural neurology* 2008; 20: 83–89. doi:10.3233/ben-2008-0218
- [15] Lilly B, Maynard E, Melvin K et al. „Capgras“ Delusions Involving Belongings, Not People, and Evolving Visual Hallucinations Associated with Occipital Lobe Seizures. *Case reports in psychiatry* 2018; 2018: 1459869. doi:10.1155/2018/1459869
- [16] Sidoti V, Lorusso L. Multiple sclerosis and Capgras' syndrome. *Clinical neurology and neurosurgery* 2007; 109: 786–787. doi:10.1016/j.clin-neuro.2007.05.022
- [17] Soares HRN, Cavalcante WCP, Martins SNF et al. Capgras syndrome associated with limbic encephalitis in a patient with diffuse large B-cell lymphoma. *Dementia & neuropsychologia* 2016; 10: 63–69. doi:10.1590/s1980-57642016dn10100012
- [18] Silva JA, Leong GB, Harry BE et al. Dangerous misidentification of people due to flashback phenomena in posttraumatic stress disorder. *Journal of forensic sciences* 1998; 43: 1107–1111
- [19] Pandis C, Agrawal N, Poole N. Capgras' Delusion: A Systematic Review of 255 Published Cases. *Psychopathology* 2019; 52: 161–173. doi:10.1159/000500474
- [20] Bourget D, Whitehurst L. Capgras syndrome: a review of the neurophysiological correlates and presenting clinical features in cases involving physical violence. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie* 2004; 49: 719–725. doi:10.1177/070674370404901102
- [21] Currell EA, Werbeloff N, Hayes JF et al. Cognitive neuropsychiatric analysis of an additional large Capgras delusion case series. *Cognitive neuropsychiatry* 2019; 24: 123–134. doi:10.1080/13546805.2019.1584098
- [22] Knorr R, Hoffmann K. Wahn: aktuelle psychodynamische und neurokognitive Ansätze. *Der Nervenarzt* 2018; 89: 8–17. doi:10.1007/s00115-017-0296-0
- [23] Ellis HD, Lewis MB. Capgras delusion: a window on face recognition. *Trends in cognitive sciences* 2001; 5: 149–156. doi:10.1016/s1364-6613(00)01620-x
- [24] Ellis HD, Young AW, Quayle AH et al. Reduced autonomic responses to faces in Capgras delusion. *Proceedings Biological sciences* 1997; 264: 1085–1092. doi:10.1098/rspb.1997.0150
- [25] Silva JA, Leong GB, Weinstock R. Regarding delusional misidentification syndromes. *Psychiatry (Edgmont (Pa: Township))* 2006; 3: 10
- [26] Chan B, Shehtman M. Clinical risk factors of acute severe or fatal violence among forensic mental health patients. *Psychiatry research* 2019; 275: 20–26. doi:10.1016/j.psychres.2019.03.005
- [27] Bell V, Marshall C, Kanji Z et al. Capgras delusion using a large-scale medical records database. *BJPsych open* 2017; 3: 179–185. doi:10.1192/bjpo.bp.117.005041
- [28] Elbogen EB, Johnson SC. The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of general psychiatry* 2009; 66: 152–161. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2008.537

- [29] Swanson JW, Swartz MS, Van Dorn RA et al. A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Archives of general psychiatry* 2006; 63: 490–499. doi:10.1001/archpsyc.63.5.490
- [30] Silva JA, Leong GB, Weinstock R et al. Psychiatric factors associated with dangerous misidentification delusions. *The Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law* 1995; 23: 53–61
- [31] Link BG, Stueve A, Phelan J. Psychotic symptoms and violent behaviors: probing the components of „threat/control-override“ symptoms. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 1998; 33 : (Suppl. 01): S55–60. doi:10.1007/s001270050210
- [32] Stompe T, Ortwein-Swoboda G, Schanda H. Schizophrenia, delusional symptoms, and violence: the threat/control override concept reexamined. *Schizophrenia bulletin* 2004; 30: 31–44. doi:10.1093/oxford-journals.schbul.a007066
- [33] H-L K. Kann man die akute Gefährlichkeit schizophrener Erkrankter erkennen? *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie* 2008; 2: 128–136
- [34] Steinert T, Hirsch S. S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen. *Der Nervenarzt* 2019; . doi:10.1007/s00115-019-00801-2
- [35] Schwerthöffer D, Seidl O, Hamann J. Wie bewerten Mitarbeiter einer psychiatrischen Klinik medizinethische Konflikte bei Zwangsmaßnahmen. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* 2019; . doi:10.1055/a-0863-4391
- [36] Abderhalden C, Needham I, Dassen T et al. Predicting inpatient violence using an extended version of the Broset-Violence-Checklist: instrument development and clinical application. *BMC psychiatry* 2006; 6: 17. doi:10.1186/1471-244x-6-17
- [37] Almvik R, Woods P. Predicting inpatient violence using the Broset Violence Checklist (BVC). *The international journal of psychiatric nursing research* 1999; 4: 498–505
- [38] Griffith JJ, Daffern M, Godber T. Examination of the predictive validity of the Dynamic Appraisal of Situational Aggression in two mental health units. *International journal of mental health nursing* 2013; 22: 485–492. doi:10.1111/inm.12011
- [39] Ogloff JR, Daffern M. The dynamic appraisal of situational aggression: an instrument to assess risk for imminent aggression in psychiatric inpatients. *Behavioral sciences & the law* 2006; 24: 799–813. doi:10.1002/bsl.741
- [40] Steinert T. S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“. DGPPN-Referat 2018
- [41] Ghosh M, Twigg D, Kutzer Y et al. The validity and utility of violence risk assessment tools to predict patient violence in acute care settings: An integrative literature review. *International journal of mental health nursing* 2019; 28: 1248–1267. doi:10.1111/inm.12645
- [42] (CIPS) Collegium Internationale Psychiatrica Scalarum. *Internationale Skalen für die Psychiatrie*. 6. Aufl. Weinheim: Beltz; 2015: 167ff
- [43] Trabert W, Rößler M. *Das AMPD-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde*. 4. Aufl. Göttingen: Hogrefe; 2018
- [44] Steinert T, Sippach T, Gebhardt RP. How common is violence in schizophrenia despite neuroleptic treatment? *Pharmacopsychiatry* 2000; 33: 98–102. doi:10.1055/s-2000-342
- [45] Priebe S, Badesconyi A, Fioritti A et al. Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *BMJ (Clinical research ed)* 2005; 330: 123–126. doi:10.1136/bmj.38296.611215.AE
- [46] Richter D, Berger K. Patientenübergrieffe auf Mitarbeiter. Eine prospektive Untersuchung der Häufigkeit, Situationen und Folgen. *Nervenarzt* 2001; 72: 693–699. doi:10.1007/s001150170048
- [47] Nitschke J, Sünkel Z, Mokros A. Die Forensische Präventionsambulanz: Modellprojekt zur Vermeidung von Gewalttaten im Rahmen psychischer Erkrankungen. *Nervenarzt* 2018; 89: 1054–1062. doi:10.1007/s00115-018-0573-6
- [48] Freyberger HJ, Ulrich I, Barnow S et al. Am Rande sozialpsychiatrischer Versorgungsstrukturen – eine Untersuchung zur „Systemsprengerproblematik“ in Mecklenburg-Vorpommern. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2008; 76: 106–113. doi:10.1055/s-2007-996172
- [49] Ehrt U. Ein zoozentrisches Capgras Syndrom. *Psychiatr Prax* 1999; 26: 43–44
- [50] Zanker S. Chronisches und therapierefraktäres Fregoli Syndrom. *Psychiatr Prax* 2000; 27: 40–41