

Ringvorlesung, 19.11.02

Amok

L. Adler

Einleitung zum Thema

Irgendwann und irgendwie einmal „auszurasten“, „durchzudrehen“, „Amok zu laufen“ oder sonstwie „verrückt“ zu werden ist stehende Redensart, mehr oder minder zornig dahin geredet und oft nicht mehr als ein Zeichen: Nehmt euch zusammen, ich kann auch ganz anders.

Aber dann gibt es das tatsächlich, das totale Ausrasten - den „Amoklauf“. Was die Medien immer wieder berichten, ist objektiv entsetzlich und subjektiv möglicherweise deshalb so beunruhigend, weil wahr gemacht wurde, was zuvor vielleicht eigene Phantasie war: Da hat einer ernst gemacht. Ganze Familien, Büros, Straßenzüge, Schulen oder Kindergärten werden mit Blut überzogen, ehe sich der Täter vielleicht selbst tötete oder im Feuerhagel von Polizeikommandos starb. Und wenn sich die Tat direkt in der eigenen Welt ereignete, ist nichts mehr, wie es früher war.

Hatte der Täter wenigstens besondere Gründe, die all das Töten und Leid Unschuldiger begründen - wenn auch nicht entschuldigen - könnte? Die allmählich durchsickernden Motive erscheinen, so dramatisch sie auch dargestellt werden, nüchtern betrachtet oft so banal, dass sie jedermanns Gründe hätten sein können: Geldnöte, Schulprobleme und Arbeitslosigkeit, Trennungen von Partnern und ähnliches. Auch die Erwartung, es seien irgendwie „Verrückte“ - verrückt eben wie die Tat selber - wird nur selten einheitlich oder gar nicht erfüllt. Manchmal bleibt alles unklar, manchmal ist von Gummistiefeln und anderen Fetischen, von Kontaktstörungen,

jüngst öfter von leidenschaftlichen Computerspielen, Jähzorn, manchmal von Psychosen und von Depressionen die Rede - nichts, was es nicht oft gäbe. Natürlich gibt es nach jeder Tat einige – so auch in Erfurt – die dann genau wissen, woran es lag: Die Schule im PISA-Zeitalter, der Leistungsdruck oder die Computerspiele jetzt, die Pornos, die soziale Entwurzelung oder die Waffen bei anderen Fällen früher. Bei jedem Amok gibt es andere Meinungen, die günstigenfalls beruhigen, nicht selten aber durchzusetzen helfen sollen, was auch sonst das wie immer motivierte Anliegen ist.

Die Frage bleibt offen - was ist es, das die gewöhnliche Wut von dieser ungeheuerlichen Raserei trennt?

Der Vortrag gibt keine letzte Antwort auf diese Frage, es trägt zusammen, was man weiß und stellt die Ergebnisse der u.W. bisher größten Untersuchung über Amok weltweit vor. Nicht dieser eine Amok jetzt als Einzelfall, sondern das Gemeinsame, nicht der Amok heute, sondern auch seine historische Dimension und auch nicht der Amok als Isolat, sondern Amok im Spektrum von Mord und Selbstmordhandlungen stehen zur Debatte.

Soviel vorweggenommen: Amok war und ist – wie seine Eltern Mord und Selbstmord - durch die Kulturen und Jahrhunderte hindurch ein immer wieder in verschiedener Form beschriebenes, im Kern aber sehr konstantes menschliches Verhalten - wenn man will, ein Fluch, der der Menschheit mit auf ihren Weg gegeben wurde. Und er steht – neben seinem großen Bruder, dem Krieg - an der Spitze dessen, was Menschen sich und anderen antun können. Geändert haben sich bei beiden nur die immer wirkungsvolleren Waffen: Der Einsatz von modernen Massenvernichtungsmitteln beim Amok ist bisher nur eine Option des Grauens, ein Menetekel.

Der historische kriegerische Amoklauf von Gruppen

Lassen sie uns zunächst einen Rückblick wagen und die historischen Dimensionen des Amoks anschauen. Natürlich interessiert, woher der Name kommt, was er bedeutet etc., um so überhaupt einen Begriff davon zu haben, was eigentlich damit zu bezeichnen ist – und was für Gründe die Alten angenommen haben.

Amok kommt aus dem Malaiischen und soll soviel wie „rasend, wütend“ heißen, lehren uns die Lexika, wir werden noch darauf zurückkommen. Wichtiger aber ist, welche Gründe in ganz anderen soziokulturellen Verhältnissen dafür genannt werden – um kontrastieren zu können, welche Gründe heute bestehen: Um vom Zufälligen des Momentes weg zu kommen zu dem über die Zeiten Stablen. Was weiß man über die Wurzeln des Begriffs Amok?

Ich darf aus Zeitgründen zusammenfassen. Amok hat seine Heimat in Südostasien, war dort ein schweres Problem der portugiesischen, später holländischen und schließlich britischen Kolonialbehörden und erlangte so als Extremverhalten in Europa Bekanntheit. Soweit die Quellen tragen, gab und gibt es Amok in mehr oder minder ähnlicher Form auch in anderen Kulturen zu allen Zeiten – vielen ist der Begriff „Berserker“ bekannt, der normannische Amokläufer, in Papua-Neuguinea heißt er „wild pig“, bei den Indianern „wild dog“ etc. pp. Manche Forscher listen ganze Seiten von analogem Verhalten auf – malaiischer Amok mag von herausragender Bekanntheit gewesen sein und insofern namengebend, ein besonderes, nur in einer Kulturregion zu einer Zeit vorkommendes Phänomen ist er nicht.

Die ersten Beschreibungen beziehen sich auf Amok als ein kriegerisches Verhalten von Gruppen, ähnlich wie in der Neuzeit die Spezialkommandos. Die erste Beschreibung kriegerischen Amoks aus Südindien stammt vom Portugiesen Gaspar Correa, die erste Erwähnung von Amok als

militärtaktisches Verhalten findet sich in Malaysia anlässlich des Falls von Mallacca 1511; seine Ursprünge sollen bis vor das 14. Jahrhundert zurück reichen. Amok könnte Kampftruf und gleichzeitig Stammesbezeichnung gewesen sein, in jedem Fall war er ein Signal zum bedingungslosen Kampf. Die Könige banden ihre „amoucos“ mit materiellen Zuwendungen bis hin zu hohem Status verleihenden Ritualen an sich. In Java und Bali sollen zum Teil Tausende von Amokläufern militärisch weit überlegene Heere angegriffen und fürchterliche Blutbäder angerichtet haben. Später hielten sich Privatleute „amoucos“ und es wurden auch kleinere Anschläge gegen prominente Kolonialbeamte als Amok durchgeführt. Mit der Islamisierung nahm Amok eine religiöse Färbung als „Intifada“, dem Heiligen Krieg an: Die Ereignisse des 11. September wurden nicht zu Unrecht in die Nähe des Amoks gerückt. Wichtig ist motivisch, dass es beim Einsatz der „amoucos“ jeweils um subjektiv ausweglose Situationen ging, die grundsätzliche Fragen der Ehre des Königs, der Nation oder von Gruppen betrafen – ganz wie es auch heute reklamiert wird. Es mag bedenklich stimmen, dass es bis in die Mitte des 19. Jahrhunderts intensiver Anstrengungen der Kolonialbehörden bedurfte, ehe der Gruppenamok z. B. als Kampftaktik von Piraten verschwand.

Zur historischen Entwicklung individueller Amokläufe

Der Portugiese Nicolo Conti beschrieb im frühen 15. Jahrhundert ein verbreitetes, amokähnliches Verhalten, mit dem sich z. B. ein zahlungsunfähiger Schuldner seiner unweigerlich drohenden Versklavung entziehen konnte. Fragen der Ehre spielten auch hier durchgehend eine zentrale Rolle. Er soll unter den Javanesen als suizidanaloge Handlung zu hoher Achtung geführt haben. Amok soll erst im Verlauf der Kolonialisierung zum krankhaft abweichenden Verhalten erklärt und gesellschaftlich negativ bewertet worden sein.

Amok wurde über die Jahrhunderte hindurch phänomenologisch recht gleichförmig beschrieben. Typischerweise lassen sich vier Phasen unterscheiden:

1. Kränkungen, Objektverluste u. ä. nachfolgende Phasen des intensiven Grübelns mit Rückzug von der Umwelt.
2. Explosionsartiger, unvorhersehbarer Angriff mit rücksichtsloser Tötungsbereitschaft, der nicht selten bei der Familie begann, initial aber auch Bekannte oder Konfliktpartner treffen konnte.
3. Oft mehrstündige, manchmal Tage anhaltende, mörderische Raserei gegen jedermann, bis der Amokläufer entweder durch Fremd- oder Eigeneinwirkung getötet, kampfunfähig verletzt bzw. überwältigt wurde.
4. Überlebende Täter verfielen oft in einen stunden- bis tagelangen, schlafähnlichen oder stuporösen Zustand. Sie gaben danach oft vor, keine Erinnerung an die Tat zu haben, ein Tiger, Blut, ein Dämon etc. sei vor ihren Augen gewesen. Oft gaben sie auch an, dass kein Grund bestand.

Angaben über Häufigkeiten, Besonderheiten der Täter und ihrer Motive variieren stark. Auch auf die Frage nach dem ‚Warum‘, zunächst von Kolonialbeamten, später Soziologen und Psychiatern – unter ihnen der damals wichtigste Psychiater Deutschlands, E. Kraepelin – gestellt, sind die Antworten so unterschiedlich wie die Untersucher. Letztlich scheinen die europäischen Forscher die Ideen und Konzepte aufzugreifen, die auch in Europa jeweils en vogue waren und ihrem Fach nahe standen: Soziale Vereinsamung und Entwurzelung in Anlehnung an den Pionier der Selbstmordforschung E. Durkheim, Schizophrenie oder andere Geisteskrankheiten in Anlehnung an E. Kraepelin, hysterische Dämmerattacken und Persönlichkeitsstörungen in Orientierung an S. Freud und ähnliches.

Resümiert man vorsichtig, so gibt es durch die Jahrhunderte unter verschiedenen kulturellen Bedingungen hindurch ein offenbar sehr gleichförmiges, aber seltenes Verhalten, das durch überwiegend schwerwiegende Lebensereignisse wie Kränkungen oder Tod Nahestehender ausgelöst wird, sich bei verschiedenen psychischen Störungen häuft, mit Fragen von Verlassenheit, Stolz, Kränkung und Wehrhaftigkeit verbunden ist und als Sonderform des erweiterten Suizides gelten kann.

Stellung des Amoks im Mord-Selbstmord-Spektrum

Amok ist die Sonderform eines Tötungsdeliktes, bei der sowohl Mord als auch Selbstmord gleichzeitig zumindest als Intention auftreten. Die psychoanalytische Triebtheorie und begrenzt auch die Frustrations-Aggressions-Theorie mit ihrer impliziten Katharsis-Hypothese gehen von einer grundsätzlichen Ziel- und Motivationsambivalenz aller selbst- und fremdaggressiven Handlungen aus. Sie wurde von Psychoanalytiker K. Menninger als Trias „*der Wunsch zu töten, der Wunsch getötet zu werden, der Wunsch zu sterben*“ plakativ beschrieben. Hintergrund ist die Erfahrung aus Therapien, dass der Selbstmörder seinem „Selbst“ und seinen Opfern innerlich wie ein Fremder gegenübersteht: z.B. ich töte mit dem Selbstmord den Anderen, der in mir ist, mich gekränkt und verlassen hat oder umgekehrt: Im Mord wird im Anderen etwas von einem selbst getötet, das z.B. ängstigt. Elemente dieser Trias finden sich in einem weiten Spektrum von Taten als Phantasie, aber es gibt nur eine, bei der dies tatsächlich der Fall ist: Dem Amok, dem damit über seinem fragwürdigen publizistischen Rang hinaus wissenschaftlich zentrale Bedeutung zukommen sollte.

Moderner Amok

Unsere Informationen zum Amok beziehen sich auf eine ausgedehnte Literatursuche und inzwischen einer Analyse von mehr als 300 Amokläufen über 20 Jahre anhand von Medienberichten – dem Besten, was zu erhalten

ist. Freilich kann nicht jeder als Amok bezeichnete Fall gewertet werden, rasch wird aus einer Familientragödie mit viel zerschlagenem Porzellan oder der Flucht eines betrunkenen Autofahrers vor der Polizei ein sensationsträchtiger Amok. Amok wird hier nach seinem klassischen Vorbild, dem malaiischen Amok, definiert: Es geht um nicht materiell oder kriminell motivierte, tateinheitliche, mindestens in selbstmörderischer Absicht durchgeführte, auf den unfreiwilligen Tod mehrerer Menschen zielende plötzliche Angriffe. Über modernen Amok gab es bis zu unserer Studie eigentlich nur Fallberichte, die zudem oft noch wiederholt dargestellt wurden, viel über den wissenschaftlichen Standort des Beschreibenden und wenig aber über verallgemeinerbare Ergebnisse aussagten: Amok ist auch in der Moderne selten, auch wenn viel geredet wird. Dem wissenschaftlichen Problem der Fallermittlung bei so seltenen Ereignissen sind wir durch die Inanspruchnahme von Pressediensten und Archiven begegnet. Die Auswertung erfolgt mit kontenanalytischer Methodik und durch die sog. psychologische Autopsie. Das wissenschaftliche Vorgehen hat seine Probleme – nur: ein besseres gibt es nicht.

Es geht historisch und hier jetzt um eine Sonderform des erweiterten Selbstmordes, Amok ist damit aber nicht identisch. Zum erweiterten Selbstmord gehören zum Beispiel auch die Fälle, bei denen Menschen wegen Erkrankungen, drohender Vergreisung und ähnlichem gemeinsam beschließen, aus dem Leben zu scheiden und einer zum Täter wird. Die Hoffnung, wenigstens im Kern von den Ergebnissen der Forschung über erweiterten Suizid profitieren zu können, haben sich schnell zerschlagen. Seit der ersten systematischen Untersuchung zum erweiterten Selbstmord in den fünfziger Jahren von Wolfgang fehlen auch hier bei fast keiner der breit streuenden Arbeiten Bemerkungen über unzureichende Kenntnisse. Die Gründe sind ähnlich wie auch beim Amok: z.B. unterschiedliche Begriffe,

Seltenheit und häufiger Tod der Täter. Wenn Täter überleben, sind sie zunächst in prozessuale Taktiken eingebunden und wollen später in aller Regel nichts mehr von alledem wissen oder geben an, sich an nichts mehr erinnern zu können. Das zusammengetragene Wissen kann aber zu Vergleichen herangezogen werden; immerhin.

Individueller moderner Amok im Homizide-Suizide-Spektrum

Skizziert man auf dem Hintergrund der methodischen Probleme die bisherigen Ergebnisse, so wurde für erweiterten Selbstmord epidemiologisch gesichert, dass es weltweit einen relativ konstanten Anteil der Bevölkerung von 0,2-0,5/100 000/Jahr betrifft. Neuere Untersuchungen bei erweitertem Selbstmord allgemein zeigten einen leichten Anstieg der Inzidenz und Bevorzugung älterer Menschen. Bei Amok konnten wir erstmals weltweit für Deutschland in der Dekade 1980-90 eine Einjahresprävalenz von 0,03 bei Männern und 0,002 bei Frauen wahrscheinlich machen. In der Dekade 1990-2001, so zeigen unseren neuesten Ergebnisse, hat sich die Häufigkeit etwa halbiert: Amok wird eher noch seltener, als er es ohnehin schon war. Damit sind sensationsträchtige Meinungen faktisch falsch, die gern höhere Häufigkeiten vermuten, wengleich angesichts statistischer Schwankungen kaum von einer echten Abnahme geredet werden kann. Eine teilweise als Replikation unserer 1. Studie von der New York Times durchgeführte Untersuchung in den USA nach dem Littleton-Ereignis zeigte anteilig einen Anstieg bei Jugendlichen; auch in Deutschland haben sich in den letzten drei Jahren drei Amokläufe Heranwachsender ereignet, die es in der ersten Dekade so nicht gab.

Amokläufer sind im Mittel zwischen 30-40 Jahre alt, ohne dass eine Altersgruppe verschont bleibt. Auch dieses Ergebnis ist zwischen 190-2001 insgesamt stabil geblieben – dies entspricht weitgehend der Altersverteilung beim erweiterten Selbstmord. Mörder, Körperverletzer und Suizidversucher sind im Mittel um ein Jahrzehnt jünger; Suizide werden dagegen bis ins hohe Alter immer häufiger.

Auffällig ist der konstante Anteil von ca. 5% bei Frauen, wenngleich das behauptete völlige Fehlen von Frauen sich nicht bestätigt. Beim erweiterten Selbstmord, Tötungsdelikten und Körperverletzungen sind Frauen zwar häufiger beteiligt, Gewalttaten werden aber immer überwiegend von Männern begangen.

Offenbar unter Rückgriff auf die klassischen Hypothesen von Durkheim wurden neben demographischen Besonderheiten auch bestimmte psychosoziale Konstellationen für Amok verantwortlich gemacht. Dies lässt sich im Wesentlichen nicht stützen. Amokläufern gelingt anders als gesunden Gewalttätern zunächst eine gute bis überdurchschnittliche berufliche Qualifikation und Integration, dekompensieren aber im Vorfeld des Amok aus individuellen Gründen beruflich überdurchschnittlich oft. Selbstmörder sind beruflich ähnlich gut integriert, Mörder und einfache Gewalttäter oft schlecht qualifiziert.

Definitionsgemäß werden nur mehrere Menschen gefährdende Gewalttaten Amok genannt; in Deutschland wurden zwischen 1980-2001 bei einer Totalerhebung gleichförmig durchschnittlich pro Tat 1,3 Menschen getötet; verletzt werden dabei ca. 2 Menschen. In etwa einem Viertel der Fälle wurde größerer Sachschaden bis in Millionenhöhe angerichtet, in einem Fall betrug die Schadenssumme 50 Millionen DM.

Unbeachtet der äußerlich imponierenden Impulsivität stellt sich Amok bei genauer Analyse im Allgemeinen überwiegend als eine geplante – zumindest lange erwogene - Tat dar. Manche Täter trugen sich damit fast ein Jahrzehnt, viele über Jahre. Etwa in 2/3 der Amokläufe war z. B. die Tatwaffe vorbereitet und dann die Taten entsprechend der “Weapon-substitution-Hypothese” von Wolfgang in der Reihung: Waffenarsenale, Schusswaffen, andere Waffen, entfremdete Gegenstände als Waffen abnehmend gefährlich. Die Art der Waffen dürften bis auf naheliegende Ausnahmen wie z. B. Gas, Stricke etc. die Gleichen sein, die auch sonst für Morde und Selbstmorde benutzt werden.

Der typische 4phasige Ablauf ist ebenfalls keine Besonderheit. Ähnlich werden das präsuizidale Syndrom nach Ringel, die katathyme Krise von Wertham, die explosive Störung des Amerikanischen statistischen und diagnostischen Manuals, der Ablauf bei "sudden murder" und selbst gewöhnliche Affekttaten in der Forensischen Psychiatrie beschrieben. Alle diese Begriffe haben engen Bezug zum alten psychoanalytischen Konzept des „Komplex“. Durch ein an sich banales akutes Ereignis werden alte, oft kindliche, jedenfalls schmerzliche Erinnerungen und Gefühle aktiviert, die lang „unbewusst“ waren, mit der ganzen Kraft kindlicher Gefühle – Verzweiflung und Wut hier – ausgestattet sind und sich nun „getriggert“ wie ein Vulkan den Weg an die Handlungsoberfläche suchen. Die Täter wirken abnorm ruhig, wie hypnotisiert oder kalt. Hat sich der Affekt einmal entladen, ist das Denken und Fühlen wieder normal und die Tat für den Betroffenen zumeist nicht mehr nachvollziehbar und erscheint wie ein grausiger „Film“. Wer vorher versucht, den Amokläufer zu beruhigen, wird unweigerlich zum Opfer. Der Lehrer Heise hatte offenkundig das Glück, dass die große Wut verraucht war, eine Lehrerin in Littelton nicht: Auf die Ansprache hin, er sei doch sonst ein so netter Schüler, antwortete dieser ruhig und höflich, „Heute nicht, Madam“ und erschoss sie.

Die ermittelten auslösenden Motive für Amok bestehen gleichrangig aus schwerwiegenden Konflikten mit Behörden und Arbeitgebern, in Partnerschaften und aus Objektverlusten; nur bei etwa 10% sind sie offenkundig psychotisch, inadäquat oder fehlen ganz. Geringe Spezifität der Motive findet sich auch bei weit häufigeren, angrenzendem Verhalten wie Mord und Selbstmord. Belanglos ist eine Kündigung, das Scheitern einer Ehe oder der Tod eines geliebten Menschen sicher nicht, es führt aber bei den meisten Menschen eben nur zu einer Krise und kann durchaus auch positiv enden.

Dies wirft die Frage nach möglicherweise entscheidenden psychischen Krankheiten auf. Bei erweitertem Selbstmord werden depressiven Syndromen insgesamt die höchste Bedeutung zugemessen, wobei das gesamte Spektrum von reaktiven bis zu psychotischen Depressionen beschrieben wird. In Kombination mit depressiven Syndromen oder alleine

werden auch narzisstische, paranoide und schizophrene Störungen angeschuldigt. Studien an Mördern und Totschlägern, die überwiegend Familienmitglieder töteten, zeigten jedoch auch, dass sie oft psychisch krank und vor allem depressiv sind; bis zu einem Drittel begehen gleich oder später Selbstmord oder -versuche.

Psychiatrisch lässt sich bei Amok - soweit überhaupt Diagnosen zu stellen sind - sichern, dass Geisteskrankheiten und andere Störungen bei modernem und historischem Amok gegenüber der Normalbevölkerung weit überrepräsentiert sind. Der Anteil von paranoid-halluzinatorischen Syndromen dürfte bei einem Drittel liegen, Menschen also, bei denen auf Grund von Hirnstoffwechselstörungen primär die Wahrnehmung gestört ist. Für die Beteiligung "endogen"-depressiver Verstimmungen, Hirnstoffwechselstörungen mit primärer Beeinträchtigung der Gefühle gibt es bei einem Viertel der Fälle Hinweise, die allerdings nur indirekt sind, weil sich diese Täter nahezu ausnahmslos töten. Bereits Oxley hatte 1849 Depressionen neben Rache als entscheidende Gründe für den malaiischen Amok gehalten. Gegenüber erweitertem und einfachem Selbstmord fällt die eher geringe Rolle „endogen“-depressiver Störungen auf, sie wird global auf 50% eingeschätzt.

Ein weiteres Drittel der Amokläufer kann grob einem Spektrum akzentuierter Persönlichkeiten bis hin zu Wahnkranken zugeordnet werden. Häufige Zuschreibungen sind aggressiv-passiv, kontaktscheu, pervers, hypochondrisch, kränkbar und ähnliches. Eigenschaften wie Waffennarr, sexuell gehemmt, nicht vergessen können und der Verdacht auf eine Wahnkrankheit scheinen bei der Nachuntersuchung an spektakulären Fällen noch wichtiger, als sie es bei der ersten Studie waren, in diese Gruppe lässt sich zwanglos der Erfurter Täter einordnen. Die Rolle von Persönlichkeitsstörungen unterschiedlicher Grade ist bei allen Gewaltdelikten enorm und bei Amok sicher keine Besonderheit.

Der mit ca. 10% eher geringe Anteil von intoxikierten Tätern bei Amokläufern entspricht den Quoten, die im Zusammenhang mit erweitertem und einfachen Selbstmord mitgeteilt werden. Im Vergleich zu

Todschat und sonstigen Gewalttaten ist er niedrig – Amok ist kein kurzer „Ausraster“ Betrunkener, sondern eben eine Tat mit überwiegend klarem Entschluss.

Bedeutsam erscheint, dass die Aggressivität des Täters gegen sich selbst bzw. das Ausmaß der gegen ihn zur Beendigung der Tat notwendigen Gewalt eng mit der von ihm selbst gegen andere ausgeübten, zielgerichteten Aggression gekoppelt ist. Dieser aggressiv-suizidale Impuls folgt bei aller scheinbaren Zufälligkeit engen inneren Bezügen, die sich diskriminanzanalytisch darstellen lassen und mit psychoanalytischen Grundkonzeptionen vereinbar sein dürften.

Versucht man eine psychodynamische Interpretation, so scheint es möglich ohne scharfe Grenzen von einem Spektrum auszugehen, an dessen einem Ende psychotische oder (weniger gefährliche) intoxikierte Täter stehen, die ihren projizierten Hass in der unpersönlichen Welt zumeist ungezielt bekämpfen und den eigenen Tod und den anderer eher in Kauf nehmen als ihn gezielt anzustreben. Sie überleben oft und verletzen eher, als sie töten. Am anderen Ende könnten primärpersönlich unauffällige, wahnhaft depressive Täter stehen, die gezielt sich und der in das "Selbst" aufgenommenen Familie das "Elend dieser Welt" ersparen möchten. Sie töten sehr gezielt eine umschriebene Gruppe, greifen Fremde nur durch Zufall an und sterben sehr häufig. Für die dazwischen stehenden psychopathisch-wahnkranken Täter könnten beide psychodynamischen Mechanismen gleichzeitig wirksam sein; ihre besondere Gefährlichkeit für Nahestehende und Fremde entstünde aus dem Zerfall aller Objektbeziehungen und des Selbst mit Freisetzung entsprechender narzisstischer Wut unter Triebentmischung. Je mehr Menschen sie töten und verletzen, je eher sterben sie selbst. Sie waren oft „alien“, ewig Fremde in einer für sie fremden Welt.

Hypothesen zur Ursache des Amoks

Alle gefundenen Erkrankungen, Motive und sonstigen Konstellationen erscheinen unbeschadet der Bedeutung, die ihnen in der Literatur explizit und implizit zugewiesen werden angesichts der bekannten hohen Häufigkeit psychischer Erkrankungen (ca. 5% während eines Jahres, 1/3

während des Lebens) und der mit ihnen verbundenen psychosozialen Konflikte allenfalls als Risikofaktor: Sie sind sehr häufig, Amok und angrenzende Taten extrem selten. Nicht dass Amok gelaufen wird, ist von speziellen Erkrankungen abhängig, sondern wie er gelaufen wird. Ähnliche geringe Spezifität dürfte auch bei den nicht materiell bedingten Tötungshandlungen, bei Suizid und besonders bei dem erweiterten Selbstmord bestehen.

Wenn Amok die Extremtat in einem Spektrum ist, bei dem sich mit unterschiedlichen Schwerpunkten ähnliche Diagnosen und Belastungen finden, stellt sich die Frage, ob nicht mindestens ein weiterer zusätzlicher Faktor nötig ist, der bewirkt, dass aus der ubiquitären Phantasie „durchzudrehen“ Realität wird – schlimmstenfalls ein Amok.

Pathophysiologische Befunde bieten einen Ansatz für eine weiterführende Hypothese. Die Hirnforschung hat in den letzten Jahrzehnten des vorigen Jahrhunderts gelernt, dass bestimmte Affekte und Denkfunktionen durch umschriebene neuronale Systeme im Gehirn gesteuert werden. Die Aktivität dieser Systeme ist abhängig von chemischen Überträgersubstanzen an den Übergängen der Nervenzellen, den Synapsen. Eines dieser Systeme ist eine Art übergeordneter Regulator für Affekte; das serotonerge System - eine Art Puffer für die Steuerung verschiedener Affekte. Überträgerstoff ist Serotonin. Verminderte Aktivität des serotonergen Systems könnte eine einheitliche Ursache für gestörte affektive, vor allem aber homozidale und suizidale Impulssteuerung darstellen, die diagnoseunabhängig ist und einen „trait“ darstellt. Um einen einfachen Kontrollverlust im Sinne der Primitivreaktion kann es wegen der häufigen Latenz zwischen Stressor und Reaktion nicht gehen. Es zeigte sich jüngst, dass verminderte Flexibilität im Fühlen ebenfalls mit Serotoninmangel einhergeht. Amokläufer wurden aber bisher nie bezüglich ihres serotonergen Systems untersucht.

Was spricht dennoch für die Annahme, dass Amokläufer ein schlecht entwickeltes serotonerges System haben?

Bedeutsam könnten Befunde sein, die zeigen, dass das Serotoninmangelsyndroms eine Rolle bei Gewalt gegen sich und andere, insbesondere Selbstmord und Mord spielt. Man weiß seit langem - vor

allem durch Untersuchungen des Hirnwassers auf Abbauprodukte des Serotonins - dass Mörder und Selbstmörder unabhängig von der Diagnose statistisch niedrigere Serotoninspiegel haben als Gesunde. Interessant sind besonders *quantitative* Aspekte bei Untersuchungen amoknahen Verhaltens. Selbstmordversucher mit harten Methoden haben niedrigere Spiegel als solche mit weichen Methoden oder nur Menschen mit Suizidgedanken. Lidberg et al. publizierten schon 1985, dass Mörder von Intimpartnern – gewöhnlich mit hoher Suizidbelastung verbunden - niedrigere Spiegel haben als Suizidversucher und diese wiederum niedrigere als Kontrollen und gewöhnliche Mörder. Mörder mit suizidalen Tendenzen haben niedrigere Serotoninspiegel als Mörder ohne suizidale Tendenzen und Impulsive niedrigere als Nichtimpulsive.

Sehr vereinfacht lässt sich sagen, dass die Befunde dahingehend zu interpretieren sind, dass Menschen mit niedrigem Serotoninspiegel leichter schwere Impulskontrollverluste erleiden als andere und die Richtung - gegen sich oder andere – zunächst nicht davon berührt wird. Treten mörderische Impulse gegen sich und andere auf gleichzeitig auf, sind die Spiegel besonders niedrig. Amokläufer erleiden letztlich den totalen Kontrollverlust, setzen alles um, was in ihren hassverzerrten Gefühlen herrscht und sollen deshalb den niedrigsten Spiegel überhaupt haben – was zu beweisen wäre.

Bestätigte sich diese Hypothese, bedeutet dieses nicht Ausgeliefertheit an die pure Biologie und genetisches Pech für den Täter und die Opfer. Z. B. legen tierexperimentelle Untersuchungen nahe, dass gestörte Aufwuchsbedingungen in den ersten Entwicklungsphasen des Babys die Ausdifferenzierung des serotonergen Systems stören. Damit wäre spekulativ der Anschluss an die psychoanalytischen Vorstellungen von sog. „Frühstörungen“ angeknüpft und klar, dass der Faktor Umwelt nicht ohne Bedeutung ist: Gestörte Mutter-Kind-Interaktionen sind freilich nicht einfach an sozialen Verhältnissen festzumachen. Beziehungen wären auch zu den politisch-religiös motivierten Amokläufern der Neuzeit hergestellt, die ihre gewöhnlichen Selbstmord-Kommandos zumeist aus den Flüchtlingslagern mit katastrophalen Aufwuchsbedingungen rekrutieren sollen.

Stimmte die Serotoninmangelhypothese, wäre Menningers Trias inhaltlich als phantasierte Tat Ausdruck der Psychopathologie bzw. Psychodynamik, ihre Realisierung aber von einem quantitativen biologischen Parameter – Serotoninmangel - abhängig, der möglicherweise in der frühkindlichen „prägenitalen“ Phase entstand, als „trait“ frühzeitig gemessen und behandelt werden könnte. Diese Hypothese ließe sich falsifizieren.

Obwohl die Befunde zur Serotoninmangelhypothese insgesamt – nicht für den Spezialfall Amok wohlgerneht - als mit die sichersten der biologischen Psychiatrie bezeichnet werden, dürfte Zurückhaltung angebracht sein. Zu komplex ist das Organ Gehirn und auch seine es prägende jeweilige Umwelt, als dass allzu einfachen Formeln geglaubt werden kann.

Was kann man tun?

Meine Damen und Herren, wenn vieles dafür spricht, dass Amok eine Tat ist, die in allen Kulturen zu allen Zeiten – wenngleich Gott sei Dank extrem selten - auftritt, so haben es alle die schwer, die die jeweiligen psychosozialen Verhältnisse global dafür verantwortlich machen möchten. Es haben auch die schwer, die psychische Krankheit allein dafür verantwortlich machen, wie es seit der Jahrhundertwende bis heute einige Psychiater taten. Psychische Krankheiten der gefundenen Art treten während des Lebens etwa bei einem Drittel aller Menschen auf, Amok aber höchstens bei jedem millionsten Mann und Frauen noch 20 mal seltener. Waffenaffinität bis hin zum Fanatismus ist viel häufiger als man meint – über 2 Millionen Menschen sind in Deutschland zum Beispiel in Schießvereinen organisiert. Kumuliert man die Risiken, könnte höchstens auf eine Wahrscheinlichkeit von ca. 1: 10000 verdichtet werden – viel zu wenig, um vorbeugende Maßnahmen systematisch zu ergreifen. Eine unbewiesene biologische Hypothese hilft praktisch nicht weiter, zumal die

Abweichungen nur statistisch bedeutsam sind und über den Einzelfall nichts aussagen.

Dennoch ist eine Chance zur Minderung des Risikos für alle da, die mit einem banalen Grundgedanken verbunden ist. Ließen sich alle psychisch Kranken – unter ihnen die wenigen Täter - psychiatrisch behandeln, engagierten sich die Angehörigen dafür, dann wäre oft nicht nur diese Taten vermeidbar, sondern viel wichtiger – ungeheures Leid, das psychisch Kranke und ihre Angehörigen trifft. Über $\frac{3}{4}$ aller psychisch kranken Menschen lassen sich nicht behandeln – von niemanden, wie erst jüngst Wittchen von Max-Planck-Institut in München epidemiologisch sichern konnte; im Osten sind es noch weniger. Die moderne Psychiatrie stellt enorm erfolgreiche Behandlungen zur Verfügung, von denen jeder profitieren kann – nicht nur der Amokläufer von morgen.

Dies ist meine Botschaft – ließen sich all die behandeln, die aus psychischen Gründen Behandlung benötigen, gäbe es sehr viel weniger Leid und nebenbei: Kaum noch Amokläufer. Bei machen Krankheiten, die früher oft zum Selbstmord führten, ist dies bewiesen, bei Amokläufen ist es zumindest sehr wahrscheinlich. Amok und viele angrenzenden Taten wären nicht länger eine Geisel der Menschheit, wenn die Menschen ihr seelisches Befinden ebenso ernst nähmen, wie ihr körperliches.

Zusammenfassung

Der malaiische Amok ist historisches Vorbild für tateinheitliches, homicidal-suizidales Verhalten. Es hat seine Wurzeln in kriegerischen Selbstmordattentaten von Gruppen, wie sie jüngst mit den Anschlägen auf das World-trade-Center und in Israel hochaktuell geworden sind. Amok als individuelle Tat ist prototypisch für die Ziel- und Motivationsambivalenz aller fremd- und selbstgefährdenden Handlungen, weil in ihm realisiert

wird, was oft nur Phantasie bleibt und nur partiell umgesetzt wird. Historische Entwicklung und Stellung des Amoks heute im Homizide-Suizide-Spektrum werden untersucht. Für typisch gehaltene Erkrankungen und psychosoziale Konstellationen haben nur sehr begrenzte Bedeutung als Risikofaktoren; das Serotoninmangelsyndrom könnte hypothetisch eine entscheidende Rolle spielen. Psychiatrische Behandlung könnte das Risiko dennoch grundlegend senken; nicht nur mögliche spätere Täter sollten ihre psychische Krankheit behandeln lassen, sondern jeder, wie es bei körperlichen Erkrankungen selbstverständlich ist.

Summery

Amok is the historical origin of homicidal-suicidal behaviour beginning with martial self-scarifying of groups in respect to king's honour or "Intifada". Present-day importance is shown in the attacks on the World-trade-Centre and in Israel every day. As an individual act amok is prototypic for the motivational and directional ambiguity of all homicidal and suicidal behaviour: it is the factual realization of an idea, which is normally only imagined or partially acted out. In this contribution, the historical dimension and the role of amok in the homicide-suicide-spectrum is described and the possible reasons are discussed. In contrast to common belief, psychiatric disorders and psychosocial factors appear to play only a minor role as risk factors. The lack of impulse control may be explained by an inadequately developed and acting serotonin system.

Korresp. Autor:

Priv.-Doz. Dr. med. L. Adler

Ökumenisches Hainich Klinikum

Pfafferoode 102

99974 Mühlhausen

