

Amok und Pseudo-Amok

■ Th. Knecht

Summary

Knecht T. [Amok and quasi-amok.] *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 1999;150:142–48.

Amok is the name of a culture-bound syndrome which is well known since many centuries above all in the Malay culture. Its main feature consists in a characteristic sequence of stages including a first phase of dismal brooding, ended by an outburst of aggression with furious, often lethal attacks against random victims followed by terminal sleep and the claim of amnesia.

Quasi-amok is a feeble version of the full-blown phenomenon. It features sham attacks against the people within reach, but these individuals never get quite over their inhibition to kill.

Amok and quasi-amok are observed also in other parts of the world, even in western civilisations. For both phenomena, there are several different terms according to the population in which they occur.

In DSM-IV, amok is registered among dissociative disorders as well as among disorders of impulse control, whereas ICD-10 does not apply the term "amok".

Keywords: *amok; quasi-amok; forensic psychiatry; cross cultural psychiatry*

Zusammenfassung

Amok ist ein kulturspezifisches Syndrom, welches seit Jahrhunderten vorab im malaiischen Kulturkreis bekannt ist. Es wird charakterisiert durch einen typischen Phasenablauf namentlich durch ein Vorstadium des dumpfen Brütens, dann durch den eigentlichen Amoklauf mit fulminanten, oftmals tödlichen Attacken gegen zufällig Anwesende und schliesslich durch ein Nachstadium mit

Terminalschlaf oder Stupor und anschliessender Amnesie.

Pseudo-Amok ist eine Schwachform dieses Phänomens, welche mit Scheinangriffen gegen Personen in Reichweite einhergeht, wobei die Tötungshemmung jedoch nie ganz überwunden wird.

Amok und Pseudo-Amok werden jedoch auch in anderen Gebieten der Erde beschrieben, nicht zuletzt in der westlichen Zivilisation. Für beide Phänomene existieren eine Reihe von lokalen Bezeichnungen in den verschiedenen Ethnien.

Das DSM-IV erwähnt Amok sowohl unter den dissoziativen Störungen wie auch unter den Störungen der Impulskontrolle, während ICD-10 den Amok-Begriff nicht aufnimmt.

Schlüsselwörter: *Amok; Pseudo-Amok; forensische Psychiatrie; transkulturelle Psychiatrie*

Einleitung

Auch in unseren Breiten warten die Massenmedien immer wieder mit Berichten von sogenannten Amokläufern auf. Regelmässig wenden sich dann Medienschaffende an psychiatrische Fachleute, um Informationen über psychologische Hintergründe, Tatmotive und allfälligen Krankheitswert dieser extremen Erscheinungsformen von menschlicher Aggression zu erhalten. Forensisch und transkulturell wenig bewanderte Psychiater sehen sich dann schnell in der Verlegenheit, wenig oder kein gesichertes Wissen zu diesem Fachbegriff anbieten zu können. Obwohl das Wort «Amok» nahezu jedem geläufig ist, sind im deutschen Schrifttum nur wenige Untersuchungen zu diesem Thema verfügbar. Nicht nur dem forensisch tätigen Psychiater steht es jedoch gut an, das Phänomen «Amok» unter seinen verschiedenen Aspekten etwas eingehender zu kennen.

Eine erste Annäherung ermöglicht das diagnostische und statistische Manual DSM-IV [1]. Hier wird Amok in drei Rubriken aufgeführt, nämlich unter «Dissoziative Störungen» (zwei Klassifikationsmöglichkeiten, siehe unten), dann bei «Stö-

Korrespondenz:
Dr. med. T. Knecht,
Leitender Arzt,
Kantonale Psychiatrische Klinik,
CH-8596 Münsterlingen

Tabelle 1 Diagnostische Kriterien für 312.34 (F63.8): Intermittierende explosible Störung.

- A. Mehrere umschriebene Episoden des Versagens, aggressiven Impulsen zu widerstehen, die zu schweren Gewalttätigkeiten oder zu Zerstörung von Eigentum führen.
- B. Das Ausmass der Aggressivität, das während der Episoden gezeigt wird, steht in grobem Missverhältnis zu irgendeinem auslösenden psychosozialen Belastungsfaktor.
- C. Die aggressiven Episoden können nicht besser durch eine andere psychische Störung erklärt werden (z. B. antisoziale Persönlichkeitsstörung, Borderline-Persönlichkeitsstörung, eine psychotische Störung, eine manische Episode, Störung des Sozialverhaltens oder Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung) und gehen nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z. B. Droge, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors (z. B. Kopfverletzung, Alzheimersche Krankheit) zurück.

Tabelle 2 Diagnostische Kriterien für 300.13 (F44.1): Dissoziative Fugue.

- A. Das vorherrschende Störungsbild ist ein plötzliches, unerwartetes Weggehen von zu Hause oder vom gewohnten Arbeitsplatz, verbunden mit der Unfähigkeit, sich an seine Vergangenheit zu erinnern.
- B. Verwirrung über die eigene Identität oder die Annahme einer neuen Identität (teilweise oder vollständig).
- C. Die Störung tritt nicht ausschliesslich im Verlauf einer dissoziativen Identitätsstörung auf und geht nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z. B. Droge, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurück (z. B. Temporallappen-Epilepsie).
- D. Die Symptome verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Tabelle 3 Forschungskriterien für die dissoziative Trancestörung.

- A. Entweder (1) oder (2):
 - (1) Trance, d. h. eine zeitlich umschriebene erhebliche Veränderung des Bewusstseinszustandes oder ein Verlust des gewohnten Gefühls der eigenen Identität, ohne dass eine alternative Identität auftritt, verbunden mit mindestens einem der folgenden Symptome: (a) Einengung der Wahrnehmung der unmittelbaren Umgebung oder ungewöhnlich eingeengte und selektive Fokussierung auf Umgebungsreize. (b) Stereotype Verhaltensweisen oder Bewegungen, die als ausserhalb der eigenen Kontrolle erlebt werden.
 - (2) Besessenheits-Trance, eine einzelne oder eine episodische Veränderung des Bewusstseinszustandes, die dadurch charakterisiert ist, dass eine neue Identität an die Stelle der gewohnten Identität tritt. Dies wird dem Einfluss eines Geistes, einer Kraft, einer Gottheit oder einer anderen Person zugeschrieben, was durch mindestens eines der folgenden Symptome angezeigt wird: (a) Stereotypisierte und kulturell festgelegte Verhaltensweisen oder Bewegungen, die als unter der Kontrolle des Besessenheits-Agens stehend erlebt werden. (b) Vollständige oder partielle Amnesie für das Ereignis.
- B. Der Trance- oder Besessenheits-Trancezustand wird nicht als normaler Bestandteil allgemeiner kultureller oder religiöser Riten akzeptiert.
- C. Der Trance- oder Besessenheits-Trancezustand verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
- D. Der Trance- oder Besessenheits-Trancezustand tritt nicht ausschliesslich im Verlauf einer psychotischen Störung (einschliesslich affektive Störung mit psychotischen Merkmalen und kurze psychotische Störung) oder der dissoziativen Identitätsstörung auf und geht nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurück.

rungen der Impulskontrolle» (312.34: Intermittierende explosible Störung; siehe Tab. 1) und schliesslich im Glossar kulturabhängiger Syndrome. Hier wird Amok wie folgt umschrieben: *Eine dissoziative Episode, die durch eine Periode des Grübelns charakterisiert ist, auf die ein Ausbruch gewalttätigen, aggressiven oder menschengefährdenden Verhaltens folgt, das sich auf Personen und Objekte richtet.* Eine solche Episode scheint durch eine wahrgenommene Herabsetzung oder Beleidigung ausgelöst zu werden und nur bei Männern vorzukommen. Die Episode geht oft einher mit Verfolgungsideen, Automatismen, Amnesie und Erschöpfung sowie einer anschliessenden Rückkehr zum prämorbidem Status. In einigen Fällen tritt Amok während einer kurzen psychotischen Episode auf und kann den Beginn oder die Verschlechterung eines chronisch verlaufenden psychotischen Prozesses kennzeichnen. Die ursprünglichen Berichte, in denen der Begriff benutzt wurde, stammen aus Malaysia. Ein ähnliches Ver-

haltensmuster tritt in Laos, auf den Philippinen, in Polynesien («cafard» oder «cathard»), Papua-Neuguinea, Puerto Rico («mal de pelea»), bei den Navaho-Indianern («iich'aa») auf.

Hinsichtlich Zuordnung des Amok zur Klasse der dissoziativen Störungen ergeben sich gemäss DSM-IV zwei Möglichkeiten: Die eine besteht in der dissoziativen Fugue (300.13, siehe Tab. 2), wobei das Element des besinnungslosen Rennens oder Laufens hervorgehoben wird. Die andere bildet die dissoziative Trancestörung oder Besessenheits-Trance, für welche erst Forschungskriterien bestehen (siehe Tab. 3) und bei welcher der kulturgebundene Geisterglaube den entscheidenden pathoplastischen Faktor darstellt.

Das ICD-10 [2] nennt unter F44 ebenfalls eine Reihe von dissoziativen Störungen (dissoziative Amnesie, dissoziative Fugue, dissoziativer Stupor, Trance- und Besessenheitszustände, dissoziative Bewegungsstörungen, dissoziative Krampfanfälle, dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörun-

gen nebst Mischformen und einer Restkategorie), erwähnt aber Amok in diesem Kontext nicht ausdrücklich. Auch unter F63 «Störungen der Impulskontrolle» wird Amok nicht angeführt.

Geschichte des Amoks

Gemäss portugiesischen Quellen (Zit. nach [3]) stammt der Amok-Begriff ursprünglich aus Vorderindien, wo man unter einem «Amuco» einen Krieger verstand, der mit dem Leben abgeschlossen hatte und sich mit kahlgeschorenem Kopf für seine letzte Schlacht wappnete. Das Wort wurde von malaiischen Kriegern aufgegriffen, wobei «amuk» die Bedeutung von «im Kampf sein Letztes geben» erhielt. Mit der Zeit wurde «Amok!» der Kriege Ruf malaiischer Elitetruppen, welche damit ihre gnadenlose Entschlossenheit zu kämpfen und notfalls zu sterben kundtaten [4]. In zahlreichen Heldenlegenden wurden die kriegerischen «Pengamoks», wie sie bei den Malaien hiessen, als unbesiegbar verherrlicht. Das Phänomen des Amoklaufes wurde im frühen 15. Jahrhundert von europäischen Weltreisenden im indonesischen Raum erstmals beobachtet und beschrieben.

Unter dem Einfluss des sich vom 13./14. Jahrhundert an im malaiischen Raum ausbreitenden Islam wurde Amok mehr und mehr zu einem Akt des religiösen Fanatismus.

Im Sinne des «Heiligen Krieges» wurde der strenggläubige Moslem angeleitet, unter den Ungläubigen ohne Rücksichtnahme zu wüten.

Später entwickelte sich Amok zu einer sozialen Waffe – nun meist durch Einzelkämpfer ausgeübt – gegen die Machtmissbräuche der despotischen Sultane. Auch jetzt stand der «Pengamok» noch in hohem Ansehen; das Image eines Geistesgestörten erhielt er erst, als sich die Motivation vom Kollektiven hin zum Allzupersönlichen verschob: In Malaysia, welches unter dem Einfluss der Kolonialmächte (erst Portugal, dann Niederlande, schliesslich Grossbritannien) grundlegende soziale und politische Umwälzungen erfuhr, wurde Amok mehr und mehr zu einer Sache junger und mittelalter, ungebildeter Männer aus ländlichen Gebieten, welche sich aus der dörflichen Gemeinschaft und der familiären Berufstradition herausgelöst hatten, um sich in den Zentren neuen Beschäftigungen zuzuwenden. Amokläufe fanden gehäuft statt, wenn sich diese unbedarften und isolierten Individuen im urbanen Rahmen nicht zurechtfinden, beruflich oder in Liebesbeziehungen scheiterten oder beim Glücksspiel massive Geldverluste hinnehmen mussten. Nicht selten

wandten sich amokartige Anschläge gegen die bevorzugten Treffpunkte der geschäftlich erfolgreichen chinesischen Einwanderer. Im Laufe des 19. Jahrhunderts reduzierte sich die Zahl der Amokläufe, insbesondere in den Gebieten, wo europäische Ärzte tätig waren.

Dazu trug sicher auch die Tatsache bei, dass die britische Administration jeden Amokläufer vor Gericht stellte, während zuvor die Tradition bestand, den «Pengamok» als Geisterbesessenen zu betrachten und zu dekulpierten. Auch heute noch besteht in Malaysia die Tendenz, Amokläufer trotz spärlicher oder fehlender Symptomatik als «schizophren» zu diagnostizieren und eher in psychiatrischen Sicherheitsabteilungen als im Strafvollzug langfristig zu verwahren [5].

Phänomenologie des Amoks

Seit der Beschreibung des Amoks als mehrphasisches Geschehen durch Gimlette [6] aus dem Jahre 1901 sind eine Reihe von Stadieneinteilungen präsentiert worden, welche im wesentlichen alle auf ein archetypisches Ablaufmuster hindeuten. Gestützt auf ältere niederländische Autoren unterscheidet Pfeiffer [7] fünf charakteristische Stadien:

1. Vorstadium, oft neurasthenischer Färbung, hierbei sind Milieuschwierigkeiten, chronische Erkrankungen, Verlust der sozialen Ordnung von Bedeutung.
2. Auf dieser Grundlage gewinnen akute Belastungen körperlicher und psychischer Art an Gewicht. Oft handelt es sich um einen an sich belanglosen Vorfall, der zur Dekompensation eines schon länger vorbereiteten Spannungszustandes führt.
3. Häufig schliesst sich ein «Stadium der Meditation» an, in dem der Betroffene grübelt oder auch anhaltend Gebetsformeln wiederholt. Dabei verschiebt sich die Bewusstseinslage. Die Aussenwelt verdunkelt sich oder nimmt eine rote Färbung an. Der Mensch sieht sich von bedrohlichen Gestalten umringt, empfindet in unerträglichem Masse Angst oder Wut.
4. Aus dem vorbereitenden Stadium bricht plötzlich der eigentliche Amok hervor. Der Mensch wird von einem Bewegungsturm ergriffen, schreit, rennt umher, greift wahllos Menschen und Tiere an, zerfleischt seine Opfer, zerstört Gegenstände, legt Feuer. Schliesslich wendet der Tobende die Aggression gegen sich selbst (Suizid, Selbstverstümmelung), oder er beruhigt sich scheinbar, worauf es zu erneuten Ausbrüchen kommen kann.

5. Den Abschluss bildet wohl meist ein tiefer Schlaf oder ein stuporartiger Zustand, worauf ein depressives Nachstadium folgt. Für die Zeit des Amok wird Amnesie angegeben.

Die traditionellen Waffen des «pengamok» waren der Krummdolch (*Kris*), das Buschmesser (*parang*) oder der Speer. In neuerer Zeit erfolgte aber auch hier eine Modernisierung: So beschrieb Zaquirre [7] eine Serie von Amokläufern mit automatischen Schusswaffen unter philippinischen Air-force-Soldaten nach dem 2. Weltkrieg. Westermeyer [8] untersuchte eine Epidemie von Handgranaten-Amoks, welche ihren Anfang 1959 in Laos nahm. Vom selben Autor wurde darauf hingewiesen, dass beim klassischen Amoklauf eine zirkadiane Periodizität festzustellen sei [9]: So würden diese Ereignisse vorwiegend zwischen 19.00 Uhr und 24.00 Uhr erfolgen.

Da aber eine weitere Häufung an den Wochenenden nachweisbar ist, bleibt zu vermuten, dass dies auf Umweltvariablen zurückzuführen ist, indem der «Pengamok» seine Aktion vorzugsweise dann startet, wenn sich die Menschen nach getaner Arbeit an bestimmten Punkten versammeln. Carrs [16] Hinweis auf eine gewisse Saisonalität könnte eine biologische Grundlage haben: Zumindest für Suizidalität (Frühling) wurde neulich eine Häufung in den Frühjahrsmonaten gezeigt [11]. Damit ist auch die Nähe des Amoks zu suizidalen Tendenzen angesprochen. In der Tat besteht ein enger psychobiologischer Zusammenhang zwischen Auto- und Heteroaggression (vgl. Serotoninmangel-Hypothese). Je extremer der affektive Ausnahmezustand, desto wahrscheinlicher wird ein Umkippen von der einen zur anderen Verhaltenstendenz. Lindemann [12] prägte für diese Interferenz von Selbst- und Fremdaggression den Begriff «Hypereridismus» und wies auf das gehäufte Auftreten dieses Phänomens in Affekt-krisen unreifer Persönlichkeiten hin.

Amokartige Verhaltensmuster in aller Welt

Die weitere Forschung zeigte, dass der Amok keineswegs auf den malaiischen Kulturkreis (Malaysia, Indonesien) begrenzt ist.

Mittlerweile wurden amokähnliche Phänomene auch ausserhalb von Südostasien beschrieben, so in Indien, Sibirien, Liberia, Kenia und weiteren afrikanischen Regionen, Brasilien, Guyana, Feuerland, aber auch bei Polareskimos sowie in Nordamerika und Europa. Je nach Gegend und Idiom tragen die Störungen ihre lokalen Bezeichnungen:

Dabei sind einzelne Formen auch historisch bedeutsam geworden, so der «Todesgang der Jura-

mentados» (bis etwa 1900), eine ritualisierte Spielart des Amoks der islamischen Moros auf den südlichen Philippinen. Hier holte der Lebensmüde die Erlaubnis von Eltern oder Fürst ein, bevor er sich kahlasieren liess, den Penis aufrecht band und sich weiss gewandete. Bewaffnet und unter Gebeten suchte er sodann eine Stätte auf, an der er zahlreiche Christen erwartete. Unter diesen wütete er, bis er selbst getötet wurde, was gleichsam den Eintritt ins Paradies bedeutete [15]. Auf Sumatra ist in der ersten Jahrhunderthälfte der «Atjeh-Mord» berühmt geworden, wobei sich lebensüberdrüssige Krieger vom Volke der Atjeh kompromisslos auf die niederländischen Kolonialherren stürzten.

Amokläufer treten auch in Industrienationen immer wieder in Erscheinung. In Nordamerika erlangten Gestalten wie der «Calgary Mall Sniper» (Sniper = Heckenschütze), der «Memorial Day Man» und der «Madman in the Tower» traurige Berühmtheit [13]. Für die Verhältnisse in Deutschland und weiteren industrialisierten Ländern legten Adler et al. [14] eine kontentanalytische Untersuchung anhand von 196 Pressemitteilungen vor: Abgesehen davon, dass hier der Frauenanteil um die 5% betrug und anhand soziodemographischer Daten verschiedene Subtypen des «Amokläufers» differenziert werden konnten, wies diese Studie – nebst gewissen Gemeinsamkeiten – auch eine Reihe von Unterschieden zwischen dem traditionellen «Pengamok» und seinem abendländischen Pendant auf (siehe unten).

Anders als im historischen Malaysia werden im westlichen Kulturkreis Amoktaten Minderjähriger immer häufiger: Einen besonders krassen Fall entnehmen wir dem Tages-Anzeiger vom 26. 5. 1998: *«Springfield. – Die beim jüngsten Amoklauf eines Jugendlichen im US-Bundesstaat Oregon eingesetzten Waffen wurden vom Vater des Todesschützen gekauft. Der Junge sei verrückt nach Waffen gewesen und habe den Vater unter Druck gesetzt, sagte ein Freund der Familie. Mit dem Kauf einer Pistole und eines Gewehrs habe der Vater gedacht, dass er das Verhalten seines Sohnes besser unter Kontrolle bekommen würde. Der 15jährige hatte am Donnerstag zwei Jugendliche erschossen und 18 verletzt. Er wird verdächtigt, auch seine Eltern getötet zu haben (AP).»*

Nicht immer erwiesen sich amokartige Phänomene als effektiv lebensbedrohlich. Unter verschiedenen Bezeichnungen sind eine Reihe von Verhaltensentgleisungen bekanntgeworden, welche man als kulturell gebilligte Muster von Ausnahmeverhalten zusammenfassen könnte. Bei all diesen Auffälligkeiten gebärdet sich der Betroffene zwar wie ein Amokläufer und unternimmt

fulminante Scheinangriffe gegen zufällige «Opfer», wobei jedoch niemand ernstlich zu Schaden kommt. Aufgrund dieser relativen Ungefährlichkeit geniessen diese Syndrome oftmals eine gewisse soziale Akzeptanz.

Gemäss Pfeiffer [16] wird in Afrika von «Pseudo-Amok», im Hochland von Neu-Guinea von «Wilder-Mann-Verhalten», bei den Navaho-Indianern von «crazy violence» gesprochen, um nur einige zu nennen. Mit ihrer spannungsabführenden Funktion leiten diese Spontanphänomene über zu den Ventilritten, welche in vielen Populationen etabliert sind, um den kollektiven Aggressionspegel auf ungefährlichem Niveau zu halten: Zu nennen sind exemplarisch die «Kris-Spiele» auf Bali, wo sowohl auto- als auch heteroaggressive Impulse mit dem Dolch mimisch ausagiert werden, dann das «Djaran Kepang», ein Trancespiel auf Java, welches die Tänzer bis hin zur Ekstase und zum terminalen Tiefschlaf führt. Damit ist auch die Brücke zu den Besessenheitsriten in aller Welt (z.B. «Zar-Kult» in Nordostafrika, «Umbanda» und «Macumba» in Brasilien, «Voodoo» auf Haiti usw.) geschlagen, denen sicher auch psychohygienische Funktionen zukommen.

Psychiatrisch-psychologische Aspekte des Amoks

Die Volkspsychologie der Malaien neigte schon früh zu einer spiritistischen Interpretation des Amoks. Für sie war «*gila mengamok*» eine Sonderform der Geisterbesessenheit («*gila kena hantu*»), welche mit der Aneignung von übernatürlichen destruktiven Kräften einhergeht. Das betreffende Individuum musste allerdings erst in einen Mangelzustand an «*semangat*» (eine Art von feinstofflicher Lebenskraft) geraten. Ende des 19. Jahrhunderts war die vorherrschende medizinische Meinung, dass Amok das Resultat einer gastrointestinalen Störung sei. Anfang des 20. Jahrhunderts wurde angenommen, dass es sich um postinfektiöse Ausnahmezustände bei Malaria, Paratyphus, zerebraler Lues oder Dengue-Fieber handle; später wurden auch epileptische, endogen-psychotische und drogeninduzierte Ätiologien (Alkohol, Opium, Haschisch, Betelnuss) in Erwägung gezogen. All diese Noxen mögen Einzelfälle erklären, doch erst in den letzten Jahrzehnten wurde die psychogene bzw. dissoziative Grundlage des Amoks eingehender diskutiert. Hinsichtlich der deutlichen Häufung bei Malaien erscheint der Ausdruck «kulturspezifisches Syndrom» gerechtfertigt, zumal bestimmte Wertsysteme, Sozialstrukturen und Glaubensformen ungewöhnliche

psychopathologische Erscheinungsbilder hervorbringen können, die dann auf einen bestimmten Kulturraum beschränkt sind.

Folgende soziokulturellen Eigenheiten der Malaien sind nun für das Verständnis des klassischen Amoks bedeutsam: In der Kindererziehung wird grösster Wert darauf gelegt, jeden Ausdruck von Aggressivität zu vermeiden, was eine gewisse Überbehütung und Verwöhnung bis zum 5./6. Lebensjahr bedingt. Auch später hat Konfliktvermeidung höchste Priorität; der Zwang zur Korrektheit ist immens. Wer dies nicht beachtet, erfährt schnell eine soziale Ächtung. Der Sozialstatus ist dem Malaien jedoch wichtig, was sich z.B. in der Existenz von drei schichtspezifischen Sprachebenen widerspiegelt. Somit verfügen Malaien nur über ein geringfügiges Repertoire des sozial akzeptierten Streiten, und gerade wegen dieser fehlenden Streitkultur seien sie unter ihrer gleichmütigen Fassade extrem empfindlich. Demgegenüber steht das Faktum, dass Malaien eine der niedrigsten Suizidraten der Welt haben, zumal unter dem islamischen Einfluss (52,9% sind Muslime) Suizid verpönt ist [5]. Daneben besteht in Malaysia eine ausgesprochene Schamkultur (Gegensatz: Schuldkultur), was eine Aufrechterhaltung der sozialen Konformität über das externalisierte Gefühl des Sich-Schämens vor andern impliziert.

Somit werden auch aggressive Impulse eher auf die Referenzgruppe als auf das eigene Selbst projiziert [17]. Angesichts dieser Prämisse erstaunt es nicht, dass Amok als Spannungsventil für den Krisenfall im kollektiven Bewusstsein existiert, traditionsbedingt präformiert ist, wobei der Glaube an die übernatürliche Genese eine gewisse soziale Dekulpationsbereitschaft garantiert. Über den Vorgang der affektbedingten Dissoziation koppelt sich die Verhaltenssteuerung des «*pengamok*» teilweise von seiner bewussten Ich-Persönlichkeit ab. Dass für den eigentlichen Amoklauf eine geeignete Stätte mit genügend Opfern aufgesucht wird, weist jedoch deutlich auf eine partiell erhaltene Selbststeuerungsfähigkeit hin. In diesem Sinne ist Lee [18] recht zu geben, wenn er Amok mit anderen dissoziativen Störungen wie «*Latah*» (ein ritualisiertes Schrecksyndrom vornehmlich indonesischer Frauen) und Besessenheits-Trancen unter dem Begriff «*anti-structural forms of behavior*» zusammenfasst: Wenn eine Gemeinschaft sich differenziert und strukturiert, müssen die beteiligten Individuen mitstrukturiert werden. Antistrukturale (d.h. ursprüngliche, wilde, irrationale) Tendenzen richten sich gegen das soziale Gefüge und können mithin höchstens im rituellen Rahmen episodenhaft ausgelebt werden (z.B. Ventilritten).

Forensisch-psychiatrische Beurteilung

Ohne Frage ist auch in unseren Breiten immer wieder mit Gewaltdelikten zu rechnen, welche Züge von Amok oder Pseudo-Amok tragen. Bedeutsam für die forensisch-psychiatrische Untersuchung ist, dass zwischen hiesigen «Amokläufern» und den traditionellen malaiischen «Pengamoks» zwar durchaus Gemeinsamkeiten, daneben auch erhebliche Unterschiede bestehen.

Wie Adler et al. [14] gezeigt haben, besteht die Gesamtheit von «Amokläufern», wie sie von der Presseberichterstattung in industrialisierten Ländern erfasst wird, aus einer Reihe von Untergruppen, welche eine differenzierte psychiatrisch-diagnostische Beurteilung erfordern. Diese Autoren fanden bei ihren 196 Fällen immerhin eine Quote von psychisch Erkrankten von rund 55%, was einer massiven Überrepräsentation gegenüber der Allgemeinbevölkerung gleichkommt. Die diagnostische Zuordnung ergab 15,3% Psychosen, 5,1% Wahnkrankheiten, 14,8% schwere Persönlichkeitsstörungen, 14,3% Intoxikationen sowie 5,6% Affektstörungen.

Aber nicht nur diese speziellen Grundstörungen scheinen zu amokartigen Gewalttaten zu prädisponieren: 40% der Gewalttäter waren ohne feste Beschäftigung, ebenso waren «Waffennarren», Polizisten, Soldaten und altersinadäquat bei der Mutter lebende Einzelgänger überrepräsentiert.

Bemerkenswerte Assoziationen ergaben sich auch zwischen bestimmten Tätertypen und den von ihnen gewählten Opfern: So greifen jüngere Täter in erster Linie Fremde an, während Amoklauf innerhalb der Familie vorab die Sache älterer, von ihrer Primärpersönlichkeit her unauffälliger, z.T. depressiver Täter war. Diese Form des Amoks endete bei 85% mit Suizid oder Suizidversuch, kann demnach als erweiterte Selbsttötung aufgefasst werden. Wahnkranke zeigen die Tendenz zu gezielten, vollendeten Tötungen und einer größeren Zahl von Opfern; Intoxizierte handeln eher ungerichtet und verursachen viele Verletzungen (nur bei einem Drittel vollendete Tötungen).

Betrachtet man dieses Spektrum von unterschiedlichen Täter- und Delikttypen, so wird unschwer deutlich, dass das klassische Konzept des traditionellen Amoks hier kaum mehr Gültigkeit besitzt, dass dieser Begriff im Grunde nur noch metaphorisch und allenfalls journalistisch verwendet werden kann. Dennoch stellen sich für den forensischen Psychiater angesichts von amokartigen Gewaltdelikten eine Reihe von Aufgaben, welche z.T. in identischer Form bei Gewalt- und insbesondere Affektdelikten vorkommen, z.T. aber

darüber hinausgehen: So wird sich grundsätzlich die Frage stellen, ob es sich um ein ungerichtetes Wüten in dissoziiertem Bewusstseinszustand gegen zufällige Opfer oder aber um eine gezielte Abrechnung aus einer Position der Hoffnungslosigkeit heraus handelt.

Die erste Form käme dem klassischen Amok relativ nahe und wäre am ehesten bei Angehörigen einer Kultur mit Amoktradition zu erwarten. Da es sich aber auch im ersten Falle um einen psychogenen Dämmerzustand handelt, in den sich der Betreffende «hineinarbeitet», so käme die Zuerkennung einer aufgehobenen Zurechnungsfähigkeit trotz eingengter Bewusstseinslage kaum je in Frage. Bei den einheimischen Tätern, welche einen Vergeltungsschlag gegen Leute landen, welche sie für ihre Misere verantwortlich machen, ist das Element der vorsätzlichen Planung und bewussten Durchführung meistens besser erkennbar, der Grad der Zurechnungsfähigkeit mithin höher zu veranschlagen.

- Weiter muss eine allfällige Grundstörung gefunden oder ausgeschlossen werden (z.B. Major Depression bei erweitertem Suizid).
- Die Persönlichkeitsstruktur des Exploranden muss ergründet und besonders unter den Aspekten der Erregungskurve, der Impulskontrolle und der Dissoziationstendenz evaluiert werden. Adler et al. (20) arbeiteten in ihrer Studie über «Amokläufer» eine Reihe Charakteristika heraus, welche zu «impulsiven, homizidal-suizidalen Gewalttaten» prädisponieren sollen: Genannt werden u.a. narzisstische oder Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Ich-Schwäche und unsichere männliche Identität, passiv-aggressive Züge, Neigung zu Impulskontrollverlusten. Als Begleiterscheinungen bzw. Kompensationsversuche wurden aufgefasst: berufliche Überanpassung, häufiger Stellenwechsel, Kontaktstörungen und sexuelle Abstinenz. Damit sind sicher Berührungspunkte mit klassischen Pengamoks gegeben; andererseits entsprechen diese Merkmale weitgehend den Wesenszügen von impulsiven Gewalttätern im allgemeinen.
- Wichtige Gemeinsamkeiten zwischen einheimischen und malaiischen Amokläufern scheinen die «Alienisation», also die Grundbefindlichkeit, sich ausweglos in einer fremden und feindlichen Welt zu fühlen, sowie das berufliche und/oder private Scheitern als akuter Auslöser zu sein.
- Allfällige weitere aggressions- und dissoziationsfördernde Faktoren wie Alkohol und Drogen müssen eruiert und auf ihre Effektstärke hin eingeschätzt werden.

- Die Tatdynamik muss von der affektiven Vorspannung über die direkten Auslöser bis zum Tatfolgeverhalten rekonstruiert und bezüglich Einsichts- und Steuerungsfähigkeit analysiert werden; zeigen sich Charakteristika einer typischen Affekthandlung, so ist diese nach den bekannten und bewährten Kriterien aus der einschlägigen Literatur zu beurteilen [19].
- Nur im Hinblick auf ein allfälliges psychiatrisches Grundleiden, welches tatpsychologisch relevant ist, ist gegebenenfalls eine Massnahme im Sinne von Art. 43 StGB zu empfehlen. Psychische Tatfolgen wie Schuldgefühle bis hin zur reaktiven Depression, Suizidalität oder gar Haftpsychose sind im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen Gefangenenbetreuung (Art. 46 StGB) zu behandeln.

Literatur

- 1 Sass H, Wittchen HU, Zaudig M. Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV. Göttingen: Hogrefe; 1996.
- 2 Dilling H, Mombour W, Schmidt MH. Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10. 2. Aufl. Bern: Huber; 1993. S. 173–82.
- 3 Metzger E. Einiges über Amok und Mataglap. Braunschweig: Globus 1887;52:107–10/119–23.
- 4 Kon Y. Amok. Br J Psychiatry 1994;165:685–89.
- 5 Carr JE. Ethno-behaviorism and the culture-bound syndromes. The case of amok. Cult Med Psychiatry 1978;2:269–93.
- 6 Gimlette JD. Notes on a case of amok. J Trop Med Hyg 1901;4:195–9.
- 7 Zaquirre JC. Amuck. J Philippine Federation of Private Medical Practitioners 1957;6:1138–49.
- 8 Westermeyer J. On the epidemicity of amok violence. Arch Gen Psychiatry 1973;28:873–6.
- 9 Westermeyer J. A comparison of amok and other homicides in Laos. Am J Psychiatry 1972;129:79–85.
- 10 Carr JE, Eng Kong Tan. In search of the true amok: Amok as viewed within the Malay culture. Am J Psychiatry 1976;133:1295–9.
- 11 Preti A. The influence of seasonal change on suicidal behavior in Italy. J Affect Dis 1997;44:123–30.
- 12 Lindemann E. Epidemiology of mental disorder. New York: Milbank Memorial Fund; 1950. S. 140.
- 13 Arboleda-Florez J. Amok. In: Simons C, Hughes C, Hrsg. The culture-bound syndromes: Folk illness of psychiatric and anthropological interest. Dordrecht: Reidel; 1979. S. 251–62.
- 14 Adler L, Lehmann K, Räder K, Schünemann KF. «Amokläufer» – Kontentanalytische Untersuchung an 196 Pressemitteilungen aus industrialisierten Ländern. Fortschr Neurol Psychiat 1993;61:424–33.
- 15 Ewing JF. Juramentado: Institutionalized suicide among the Moros of the Philippines. Anthropol Quart 1955;28:148–55.
- 16 Pfeiffer WM. Transkulturelle Psychiatrie – Ergebnisse und Probleme. Stuttgart: Thieme; 1971. S. 99–105.
- 17 Gaw AC, Bernstein RL. Classification of Amok in DSM-IV. Hosp Community Psychiatry 1992;43:789–93.
- 18 Lee RLM. Structure and anti-structure in the culture-bound syndromes: The Malay case. Culture, Medicine and Psychiatry 1981;5:233–48.
- 19 Sass H. Affektdelikte. Nervenarzt 1983;54:557–72.
- 20 Adler L, Lehmann K, Räder K, Schünemann KF, Hajak G. Gibt es Prädiktoren für impulsive, homizidal-suizidale Gewalttaten? Gesundh-Wes 1994;56:548–52.