

Vortrag CaSu:

Einführungsbild

Vorwort zu den Bildern/augeNblick

Die Selbsthilfegruppe augeNblick besteht aus ehemals Suchtmittelabhängigen, die mit der Fotografie ihre Suchtproblematik und Lebenssituation reflektieren. Mit der Verbildlichung von Metaphern und Symbolen wird ein kreatives Mittel zur Reflektion genutzt. Die autobiographischen Textpassagen sind entnommen aus einem von mir durchgeführten Leitfadeninterview.

Auswahl und Zuordnung der Bilder und Texte

Einschränkung der Repräsentativität; allerdings einen Eindruck und bestätigt gängige Vorstellungen und Theorien.

Nächste Folie!! Gliederung; grob skizziert

BILD: Relevanz des Themas: Gewalt und Suchtmittel (psychotrope Substanzen)

augeNblick:

„Ich kenne niemanden, der nicht in irgendeiner Form damit konfrontiert wurde. Ja, lässt sich das auseinander dividieren: Gewalt und Sucht? Ich denke nicht. In irgendeiner Form, sei es durch psychische oder körperliche Gewalt, egal ob auf der Opfer- oder Täterseite, ist es irgendwo Normalität. Ja, es gehört dazu, es gehört zum Alltag.“

Relevanz des Themas: Gewalt und Suchtmittel:

Kein exklusives Thema der Suchthilfe; Nicht nur im Arbeitsfeld der Suchthilfe:

Siehe Wohnungslosenhilfe, sozial psychiatrischen Arbeitsfeld

Aber nicht nur in den helfenden bzw. medizinischen Arbeitsfeldern sondern auch anderen gesellschaftliche Teilhabebereichen bzw. Unterstützersystemen.

In den **sechziger und siebziger Jahre des zwanzigsten Jahrhunderts** tauchte der Konsum illegaler Drogen als Breitenphänomen im Zusammenhang mit einem Aufbegehren gegen die verkrustete Politik, Gesellschaft und Moral des Nachkriegsdeutschland und seines Wirtschaftswunders auf. Zumindest ist er in dieser Zeit als **gesellschaftlich und politisch unangepasstes Verhalten** zu verstehen.

Die Attraktivität eines Teiles dieser Drogen steigerte sich durch ihr Image

„bewusstseinsweiternd“ zu wirken. Zumindest waren sie exotisch und illegal, also kulturfremd und verboten. Diese Reize beförderten ihre Attraktivität ganz erheblich.

Doch erst in der

Mitte der achtziger Jahre, als Drogenkonsumenten und zunehmend Drogenabhängige mit dem soziodemographischen Wandel eher aus benachteiligten Schichten mit hohen „Risikofaktoren“ bei gleichzeitiger Abwesenheit „protektiver Faktoren“ kamen, gerieten Verelendung, Gewalt und Kriminalitätsbelastung mehr in den Blickpunkt der Öffentlichkeit und wurden zunehmend zu einem dominierenden Thema in den Hilfeeinrichtungen (Petzold, et al., 2006, S.49). (HECHT)

Überleitung Zusammenhang Alkohol und Gewalt; psychotrope Substanzen und Gewalt

Relevanz des Themas für die Suchthilfe wird insbesondere dann sehr deutlich, wenn man sich die statistische Wirklichkeit über den Zusammenhang psychotroper Substanzen und Gewalt vergegenwärtigt!

Zusammenhang Alkohol und Gewalt; psychotrope Substanzen und Gewalt

BILD: Alkohol und Gewalt

augeNblick:

„Meine ersten Erfahrungen mit Gewalt in Verbindung mit Drogensucht bzw. Alkoholsucht habe ich mit meinem Partner gemacht. Da war ich so 25. Bis dahin hatte ich zwei langjährige Beziehungen mit Kiffern. Die sind völlig friedlich verlaufen. Dann habe ich mich mit meinem Cannabis-Dealer zusammen getan, der war Alkoholiker und gleichzeitig Codein abhängig. Er hat an einer Erkrankung gelitten, die ich damals nicht kannte. – alkoholbedingte Eifersucht –. Der ist sehr schnell in sehr krasser Form mir gegenüber gewalttätig geworden. Das hat ungefähr vier Jahre gedauert bis ich mich getraut habe mich aus der Beziehung zu lösen. Ich bin mehrmals schwer verletzt worden. Er hat mich einmal versucht zu erwürgen. Geendet hat das ganze letztendlich damit, dass eine Clique, die bei uns gekauft hat sich zusammen getan hat, weil sie das alles nicht mehr mit ansehen konnte und mich über Wochen versteckt hat, bei Verwandten und Bekannten. Bis mein Partner dann aus meiner Wohnung endlich ausgezogen war. Das hat ein ganz schlimmes Ende genommen, weil mein Partner irgendwann wieder in der Wohnung stand. Er hat sich Zutritt verschafft und einer meiner Bekannten, der damals bei mir anwesend war, hat meinen Ex-Partner dann getötet, erschlagen.

Also Täter und Opfer waren zu dem Zeitpunkt beide alkoholisiert, haben unter Tabletteneinfluss gestanden. Ich hab später in meinem Leben noch zweimal Beziehungen zu Männern gehabt, in denen häusliche Gewalt vorherrschend war und beide waren drogenabhängig und auch alkoholabhängig. Und zu wirklichen Gewaltexzessen ist es eigentlich meistens unter Einfluss von Alkohol gekommen. Es hat kleine Gewalt gegeben, wenn zu wenig Drogen vorhanden waren, wenn man schlecht drauf war, wenn man auf Entzug war, aber diese wirklichen völlig ungehemmten Ausbrüche, die kamen unter Alkoholeinfluss vor.“

Alkohol und Gewalt

Es lässt sich nicht leugnen, dass rein statistisch **ein sehr enger Zusammenhang zwischen Alkohol und Gewalt** besteht (Gassmann, 2010).

Zahlreiche Studien belegen **ein signifikant erhöhtes Risiko stark oder chronisch Alkoholkonsumierender**, in Gewalthandlungen verwickelt zu werden (etwa: Bushmann & Cooper, 1990; Moss & Tarter, 1993):

Etwa 40-50% aller Gewalttaten im öffentlichen Raum werden unter Alkoholeinfluss verübt. (Bobak et al., 2004). Ca. 25% aller Gewalttaten von Jugendlichen ereignen sich unter Alkoholeinfluss.

Nach Angaben der polizeilichen Kriminalitätsstatistik (PKS) wurden 2011 ca. ein Drittel der angezeigten Gewalttaten unter Alkoholeinfluss verübt (vgl. BKA, 2012).¹ Die tatsächliche Gewaltbelastung unter Alkoholeinfluss wird jedoch um einiges höher sein, berücksichtigt man insbesondere das Dunkelfeld der **häuslichen Gewalt**. Einerseits stellt dabei die **Familie** einen besonders "gefährlichen" Lebensraum dar: Beispielsweise ist Alkohol bei ca. **63% der durch sexuelle und schwere körperliche Gewalt** geprägten Partnerschaften im Spiel. 48% der Gewalttäter gegen Frauen waren zum Tatzeitpunkt alkoholisiert (**Studie Kemmner et al., 2004**). Auch geschehen Vernachlässigung, Missbrauch und Misshandlungen von Kindern häufig unter Alkoholeinfluss (vgl. Klein, 2000; Rummel, 2010). (FAIS)

Henne oder Ei – Zum kausalen Zusammenhang zwischen Alkohol und Gewalt

Tatsächlich ist es im Einzelfall nicht einfach zu entscheiden, in welchem kausalen Zusammenhang Alkohol zu Gewalttätigkeit und Aggression steht. In vielen Fällen ist vielmehr **von einer gegenseitigen Wechselwirkung** auszugehen:

- **Einerseits** begünstigt Alkohol unmittelbar die Wahrscheinlichkeit von Gewaltausbrüchen. Beispielsweise ist ein um einen Liter pro Jahr höherer Alkoholkonsum in der Bevölkerung mit einer um ca. 8% höheren Rate an Gewalttaten verbunden (Bye, 2007), selbst wenn alle

¹ Von insgesamt 148.266 aufgeklärten Fällen von Gewaltkriminalität wurden 47.165 Fälle (31,8 Prozent) unter **Alkoholeinfluss** verübt (2010: 32,0 Prozent). Insbesondere bei schwerer und gefährlicher Körperverletzung (40.253 Fälle), deren Anteil im Vergleich zum Vorjahr leicht von 35,5 auf 35,2 Prozent zurückging, prägt Alkoholeinfluss weiterhin die Tatbegehung in erheblichem Umfang.)

anderen möglichen Einflussfaktoren kontrolliert wurden. Entsprechend ermittelten Lipsey et al. (1997) in einer Metaanalyse eine diesbezügliche Effektgröße von 0.22.

Insbesondere starke Alkoholtrinker weisen eine etwa doppelt so hohe Wahrscheinlichkeit auf, in eine Gewalthandlung verwickelt zu werden (Wells et al., 2005). Der kausale Effekt des Alkohols konnte besonders eindrucksvoll in einer Längsschnittstudie an 133 wegen Gewalttaten verurteilten Personen nachgewiesen werden: Innerhalb von 24 Stunden im Anschluss an den Konsum von Alkohol war eine signifikant erhöhte Wahrscheinlichkeit für Gewalttätigkeit zu verzeichnen (Haggard-Grann et al., 2006). Hierbei ist weniger die durchschnittliche Trinkmenge als vielmehr ein Trinkmuster von wiederholten Trinkexzessen entscheidend (Bobak et al., 2004).

Auf der Basis von **experimentellen Studien wird für die alkoholbedingte Neigung zu Aggression und Gewalt die Einschränkung der rationalen Informationsverarbeitung und v.a. Kontrollfähigkeit gegenüber emotional-spontanen Handlungsimpulsen verantwortlich gemacht**, die grob gesprochen als eine Machtverschiebung des Großhirns zugunsten des Belohnungssystems im Zwischenhirn bezeichnet werden kann: Unter Alkohol kann eine Stimulation von psychomotorischen Funktionen und eine Einschränkung der Wahrnehmungswinkels festgestellt werden (Pihl & Hoaken, 2002)). Kontextbedingungen und negative Konsequenzen werden dadurch in der Handlungsregulation weniger berücksichtigt, es findet eine spontane Reaktionen auf isolierte situative Reize statt. Insbesondere finden längerfristige Konsequenzen bei der Handlungssteuerung systematisch weniger Berücksichtigung zugunsten von kurzfristigen Verhaltenskonsequenzen (Bye, 2007).

Außerdem konnte unter Alkohol eine **Missinterpretation sexueller Reize** als Einverständnis von Frauen mit sexuellen Handlungen festgestellt werden (Fall et al. 1999). Unter Alkohol fühlen sich insbesondere Männer viel schneller provoziert, Streitigkeiten eskalieren schneller zu Gewalttätigkeit.

Über diese unmittelbaren physiologischen Alkoholeffekten spielen eine Reihe weiterer psychische Mechanismen für alkoholbedingte Gewaltbereitschaft eine Rolle: Ein Teil der Enthemmung unter Alkohol ist Ergebnis eines sog. Erwartungseffekts und entsprechender subjektiver Legitimierungsstrategien (Graham et al., 2000). **Trinken wird als Auszeit von gesellschaftlichen Normen und als Entschuldigung für Grenzüberschreitungen verstanden, was wiederum die Einhaltungsbereitschaft von sozialen Normen verringert (Bye, 2007).** (Karneval, (Oktober) Fest etc.)

Bei Alkoholabstinenz würden all diese Gewaltursachen tatsächlich wegfallen, sodass die Wahrscheinlichkeit künftiger Aggression und Gewalttätigkeit bei erfolgreich behandelten Alkoholabhängigen auch ohne spezifische Behandlungsschwerpunkte deutlich verringert wäre.

- **Andererseits gibt es viele Hinweise dafür, dass für den statistischen Zusammenhang von Alkohol und Gewalt auch andere Einflussfaktoren wirksam sind, die eine unverändert erhöhte Gewaltneigung auch bei erfolgreicher Alkoholabstinenz bedeuten können.** So zeigte sich in einer Längsschnittstudie an 3.326 Alkoholpatienten keine Abnahme der mittels eines Fragebogens gemessenen Feindseligkeit im Verlauf von langfristiger Abstinenz (Boyle et al., 2008).

Eine andere Studie von Norström und Pape (2010) ergab, dass eine Reduktion des Alkoholkonsums nur dann zu einer Abnahme der Gewalttätigkeit führte, wenn die Betroffenen über ausreichend Selbstkontrollfähigkeit gegenüber aggressiven Impulsen verfügten. Genau dies ist bei vielen Alkoholabhängigen gerade nicht der Fall: Hier könnte der verringerte Serotoninspiegel eine Rolle spielen (Pihl & Hoaken, 2002), **außerdem** leiden ca. 16,8% aller männlichen Alkoholabhängigen unter einer Antisozialen Persönlichkeitsstörung (Herman et al., 2010) und ca. 30 % wiesen eine Borderline Persönlichkeit impulsiven Typus auf (Trull et al., 2000), die beide mit einer erhöhten Neigung zu Gewalttätigkeit verbunden sind (Zihlerl et al., 2007).

Außerdem werden Gewalttaten durch das **soziale Umfeld vieler Alkoholpatienten** begünstigt. Suchtbedingt ist es zu einer Störung in den Partnerschafts- bzw. Familienbezügen gekommen, sodass viele Betroffene ihre Freizeit verstärkt außer Haus, an Orten oder zusammen mit anderen Menschen mit erhöhtem Gewaltaufkommen verbringen (Graham, 2006; Treno et al., 2008). Und schließlich gilt es zu berücksichtigen, dass **Aggressivität und Gewalttätigkeit kurzfristig durch das Nachgeben, Erschrecken oder die Flucht des Gegenübers sozial verstärkt werden und eine wichtige Quelle für Selbstbestätigung darstellen (Heilemann, 2001).**

Dadurch besteht geradezu aufgrund des **beschädigten Selbstwertgefühls zu Beginn der Abstinenz ein erhöhtes Risiko für Aggressivität und Gewalttätigkeit.** Die Betroffenen erleben eine Entfremdung und Distanz zu ihren Trinkkumpanen, sie sehen sich nüchtern verstärkt Vorwürfen über die Vergangenheit und Misstrauen ihrer Angehörigen hinsichtlich

der Dauerhaftigkeit ihrer Abstinenz ausgesetzt, und müssen die Folgen ihrer Abhängigkeit wie Arbeitslosigkeit oder Schulden realisieren.

D.h. bei **Alkoholabstinenz** würden all diese Gewaltursachen nicht bzw. kaum wegfallen, so dass die Wahrscheinlichkeit künftiger Aggression und Gewalttätigkeit bei erfolgreich behandelten Alkoholabhängigen auch weiterhin bestehen bleiben würde.

(LINDENMEYER)

BILD: Drogen und Gewalt

augeNblick:

(...) Also, ich war drauf zu der Zeit, auf Heroin und auf Kokain und ich hatte mit nem Freund von jemanden Kokain gekauft, für uns zum konsumieren, und als wir das ausgepackt haben, haben wir gemerkt, dass war Mehl und sind dann wieder in die Stadt und haben den gesucht. Wir haben den auch gefunden und mein Freund ist direkt auf ihn los gegangen, hat ihn am Hals gepackt und hat ihn ins Gesicht geschlagen. Ich wusste gar nicht im ersten Moment, wie ich mich verhalten soll, was ich machen soll. Ich hab gedacht jetzt zu zweit auf den drauf, ist ja auch nicht, lass den erst mal machen. Und ja dann, hat der Andere, der der uns abgezogen hat, ein Messer gezogen und hat das direkt aufgeklappt und hat auf meinen Freund eingestochen. Er hat den verfehlt, der ist zurückgesprungen. Und ja, ich war irgendwie schockiert in dem Moment. Ich hab Angst gehabt. Das war mir das nicht Wert, wegen irgendwie 100 Euro jetzt mit einem Messer konfrontiert zu sein. Im Endeffekt normal war es schon irgendwo, weil ich das einfach schon oft gehört habe, dass solche Situationen aufkamen, dass so was (...) auch öfter passiert ist. Es sind auch schon Leute abgestochen worden (...), aber man denkt ja nie dran.

Zuerst kurze Skizzierung der Verbindung Drogen und Kriminalität

Nächste Folie!! (3 Hypothesen)

Grundsätzlich kommen bezüglich der Verbindung von Drogenabhängigkeit und Kriminalität drei Hypothesen in Betracht:

- Die Delinquenz des Drogenabhängigen resultiert aus der Abhängigkeit im Sinne der Notwendigkeit einer Finanzierung des Drogenkonsums über kriminelle Handlungen (Beschaffungskriminalität)
- Die Drogenabhängigkeit folgt auf frühes delinquentes Verhalten, das über subkulturelle und Stigmatisierungsprozesse in Kriminalität mündet und auch Drogenkonsum mit einschließt
- Drogenmissbrauch und Delinquenz resultieren als Formen abweichenden Verhaltens aus den gleichen Variablen.

Aktuelle Studien bestätigen die dritte Hypothese: Drogenabhängigkeit verursacht nicht kausal Straffälligkeit, vielmehr wird vermutet, dass aus einem insgesamt devianten, von gesellschaftlichen/sozialen Normen abweichenden Lebensstil sowohl

kriminelle Handlungen als auch Drogenmissbrauch und –abhängigkeit erwachsen können, wobei insbesondere sozio-ökonomische Variablen als auch das direkte familiäre Umfeld und die peer-group als wesentliche Bedingungsfaktoren gelten (Rautenberg, 1997).

Zusammenhang Gewalt und psychotrope Substanzen:

Während in **früheren** Studien davon ausgegangen wurde, dass Drogendelinquenz **nicht mit Gewalt verbunden ist**, sondern die Drogenabhängigkeit eher eine nach innen gerichtete Zerstörung fördert, berichten neuere Studien von einem differenzierteren Bild mit einer unterschiedlich stark ausgeprägten Gewaltaffinität verschiedener Drogenmilieus. Eine Vielzahl von Studien dokumentiert eine Komorbidität von aggressivem Verhalten und dem Konsum psychoaktiver Substanzen. Die Gründe für den Zusammenhang sind jedoch bisher noch nicht ausreichend geklärt (vgl. Glantz et al., 1999).

Die statistische Erfassung dieser Gewalttaten wird insbesondere dadurch erschwert, da die Mehrzahl der aggressiven Handlungen innerhalb der Submilieus der Drogenszene in einer engen Täter-Opfer Beziehung stattfindet. Dazu gehören insbesondere gewaltsame Formen der Drogen- und Geldbeschaffung, die eine Kettenreaktion, im Sinne von Vergeltung und Rache, mit einer eskalierenden Gewalt nach sich ziehen kann. Auch gehören wechselseitige Nötigungen und Gewaltandrohungen zum Alltag der Drogenszene. **Die Anzeigebereitschaft ist äußerst gering**, so dass es kaum verlässliche Zahlen über den Umfang entsprechender Handlungen gibt.

Gewalttaten können zum Einen unmittelbar mit Rauschzuständen assoziiert sein im Sinne einer Begünstigung aggressiven Verhaltens durch mangelnde Realitätskontrolle; Sinnestäuschungen, Angst- und Erregungszustände oder allgemeiner Enthemmung, **zum Anderen können Substanzen** auch im Vorfeld von Gewalttaten bewusst konsumiert werden, z.B. zur Steigerung von Selbstsicherheit („Mut antrinken“, Konsum antriebssteigernder Substanzen). Aggressivität kann auch als **Begleitsymptom eines Drogenentzugs** bzw. aus Angst vor diesem ausgelöst werden und gewaltsame Beschaffungsdelikte nach sich ziehen oder aber im Rahmen eines insbesondere durch Amphetamin- und Kokainmissbrauch induzierten paranoiden Zustandes (Verfolgungswahn) auftreten. Der **chronische Missbrauch von Alkohol- und Drogen hat in der Regel eine starke Wesensveränderung zur Folge**, die sich auch in spontanen Gewaltausbrüchen, totaler Hemmungslosigkeit und fehlender Handlungskontrolle äußert (vgl. Kreuzer, 2009).

Darüber hinaus begünstigt der **organisierte illegale Drogenmarkt das Auftreten von Gewalthandlungen im Sinne von Selbstjustiz** (vgl. Dölling & Laue, 2009).

Durch die unterschiedliche Substanzdosierung, der Polytoxikomanie, der besonderen Lebenssituation, die geprägt ist durch den Beschaffungs- und Verfolgungsdruck, lässt sich wissenschaftlich nicht exakt aussagen, welche Drogenart Gewalthandlungen besonders begünstigt. Erfahrungswerte der Mitarbeiter im Arbeitsfeld der Suchthilfe zeigen jedoch, dass die wahllose Kombination unterschiedlicher Substanzen häufiger zu Kontrollverlust und Aggressivität führt.

BILD: Unterscheidung Alkohol- und Drogensucht im Kontext Gewalt

Ein Blick über den Tellerrand....

BILD: Maßregelvollzug § 64

augeNblick:

„In den Maßregelvollzug bin ich 2008 gekommen, nachdem ich vorher ein halbes Jahr inhaftiert war. Ich hatte zweimal ein Geschäft überfallen, einmal gemeinschaftlich mit einem Partner und einmal alleine und bewaffnet. Ich habe dann eine Gesamtfreiheitsstrafe von 4 Jahren erhalten und einen 64er. Den hab ich in Bedburg - Hau gemacht. (...)

Dort waren sehr viele Alkoholikerinnen, die unter Alkoholeinfluss gewalttätig geworden sind und ihren Lebensgefährten schwer verletzt oder getötet haben. Eine andere Gruppe war drogenabhängig. Bei denen spielte Gewalt in einer gedeckteren Form eine Rolle. Für mich hat schon die Inhaftierung und dann auch der Maßregelvollzug bedeutet, dass ich vor der Gewalt durch meinen vierten Ehemann geschützt wurde. (...) Er hat mich schwer verletzt, sodass ich behandelt werden musste. (...) Ich hab 10 Jahre mit ihm verbracht und keine Möglichkeit zur Trennung gefunden. Im Maßregelvollzug bin ich zum ersten Mal wirklich geschützt worden. Mein Mann hatte keine Möglichkeit an mich ran zukommen und auch keine Möglichkeit andere unter Druck zu setzen. (...) Im Maßregelvollzug selber wird Gewalt unter den Patienten absolut nicht geduldet. (...) Auf der Station wo ich war, ist Gewalt untereinander höchst selten vorgekommen, wurde auch sofort sanktioniert. (...)

Im Verlauf des 64er Vollzugs hab ich gelernt, mich mit meinen Erfahrungen, mit jeglichen Erfahrungen auseinanderzusetzen, dazu gehört auch, dass ich erkennen musste, dass ich nicht nur ein Opfer von Gewalt, sondern auch ein Täter bin. (...) Ich hab mich bis dahin eigentlich für einen netten Menschen gehalten. Das war eine Fehleinschätzung und ich hab dann erkennen müssen, dass von mir selber auch sehr viel Gewalt ausgegangen ist. Ich hab Leute unter Druck gesetzt. Ich hab Leute körperlich attackiert. Ich hab bei der Begehung meiner Delikte Gewalt angewandt. Ich hab mehrfach Raub und Körperverletzung in meiner Akte. Als ich drauf war, habe ich das immer so als Bagatell-Delikte angesehen. Mir ist es erst im cleanen Zustand überhaupt möglich gewesen mich in die Lage meiner Opfer zu versetzen. Ich war also nicht in der Lage eine Parallele zwischen mir als Opfer und anderen als Opfer zu sehen. Dafür musste ich erst einmal eine Weile clean und trocken sein. Das war

eine Sache des Trainings und ich bin teilweise mit Gesprächen im Einzel und auch in der Gruppe darauf vorbereitet worden...“

Maßregelvollzug/Entziehungsanstalten (§64)

Während der Gesetzestext (§64)² einen direkten Kausalzusammenhang zwischen der Straftat und dem „Hang“ zum Substanzkonsum, also dem Drogenmissbrauch/ der Drogenabhängigkeit nahelegt, ist dieser **Zusammenhang in den Biografien der Betroffenen nicht immer so eindeutig feststellbar.**

Die Delikte, die zur Unterbringung in einer Entziehungsanstalt führen, unterscheiden sich insofern hinsichtlich der jeweiligen Suchtdiagnose, als dass bei **alkoholkranken Straftätern ein relativ hoher Anteil an Straftaten gegen die körperliche Unversehrtheit (Tötungs- und Körperverletzungsdelikte) sowie an Raubdelikten zu verzeichnen ist, während bei Abhängigen illegaler Drogen eher Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz dominieren sowie Delikte, die mit der Beschaffung von Suchtmitteln in Zusammenhang stehen (Raubdelikte).** Wertet man Raubdelikte entsprechend ihrer gesetzlichen Definition (§249 StGB: „Wer mit Gewalt gegen eine Person oder unter Anwendung von Drohungen mit gegenwärtiger Gefahr für Leib oder Leben eine fremde bewegliche Sache einem anderen in der Absicht wegnimmt, die Sache sich oder einem Dritten rechtswidrig zuzueignen, wird mit Freiheitsstrafe nicht unter einem Jahr bestraft.“) ebenfalls als Gewaltdelikte, so findet sich insgesamt auch bei den Unterbringungsdelikten der Gruppe der Drogenabhängigen eine deutliche Häufung von Straftaten mit gewalttätigem Hintergrund. So standen laut einer bundesweiten **Erhebung im Jahr 2010 bei den Tätern**

² § 64

Unterbringung in einer Entziehungsanstalt

Hat eine Person den Hang, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen, und wird sie wegen einer rechtswidrigen Tat, die sie im Rausch begangen hat oder die auf ihren Hang zurückgeht, verurteilt oder nur deshalb nicht verurteilt, weil ihre Schuldunfähigkeit erwiesen oder nicht auszuschließen ist, so soll das Gericht die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt anordnen, wenn die Gefahr besteht, dass sie infolge ihres Hanges erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird. Die Anordnung ergeht nur, wenn eine hinreichend konkrete Aussicht besteht, die Person durch die Behandlung in einer Entziehungsanstalt zu heilen oder über eine erhebliche Zeit vor dem Rückfall in den Hang zu bewahren und von der Begehung erheblicher rechtswidriger Taten abzuhalten, die auf ihren Hang zurückgehen.

mit Alkoholmissbrauch/-Abhängigkeit 80% Einweisungsdelikte im Zusammenhang mit Gewalt, bei den Konsumenten illegaler Drogen gut 50% (von der Haar, 2010). Bezieht man die früheren Straftaten mit ein, zeigt sich eine noch augenfälligere Ausprägung von Gewalttaten auch bei Abhängigen illegaler Drogen: In einer Studie aus dem Jahr 2010 mit 134 Patienten im Maßregelvollzug nach §64 StGB haben laut Vorstrafenregister 63,0 % der Alkoholabhängigen und 49,1 % der Drogenabhängigen bereits unabhängig von ihrem jeweiligen Unterbringungsdelikt ein Gewaltdelikt begangen (Dimmek u.a., 2010). Tötungs- und Sexualdelikte spielen bei der Unterbringung von Konsumenten illegaler Drogen nur eine untergeordnete Rolle, im Jahr 2010 unter 5% (von der Haar, 2010).

(BECKER)

Die Behandlung im Maßregelvollzug nach §64 fokussiert naturgemäß neben der Sucht immer auch die Kriminalität und die kriminelle Entwicklung der Patienten, insofern sind Gewalttaten als Straftatbestände kontinuierlich Thema im therapeutischen Setting.

Auch der hohe Anteil an Patienten mit spezifischen **komorbiden Störungen** legt eine intensive Auseinandersetzung mit dem Thema Gewalttätigkeit nahe. Im Maßregelvollzug nach §64 StGB ist eine **Persönlichkeitsstörung mit dem Schwerpunkt der Cluster-B-Störungen die häufigste Zweitdiagnose** (LBMRV NRW 2010) - bei den häufig vertretenen dissozialen und emotional instabilen Störungen ist gemäß der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 gewalttätiges Verhalten ein diagnostisches Kriterium: bei der dissozialen Persönlichkeitsstörung eine „sehr geringe Frustrationstoleranz und niedrige Schwelle für aggressives, einschließlich gewalttätiges Verhalten“, bei der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typus eine „Neigung zu Ausbrüchen von Wut und Gewalt mit Unfähigkeit zur Kontrolle explosiven Verhaltens“ (Dilling u.a. 2006).

Ebenfalls eine nicht unerhebliche Rolle im Rahmen der Behandlung komorbider Störungen spielt die **Aufmerksamkeits-Defizit-und Hyperaktivitätsstörung ADHS**, welche sowohl einen erheblichen Risikofaktor für Kriminalität als auch für die Entwicklung von Suchtmittelabhängigkeit darstellt. **So kann die Entwicklung einer dissozialen Persönlichkeit im Rahmen einer ADHS in Kombination mit einer Suchterkrankung zu einer sehr impulsiven und rücksichtslosen Beschaffungskriminalität führen** (Schildbach, 2007). Die untergebrachten Patienten berichten darüber hinaus häufig über Störungen des Sozialverhaltens bereits in Kindheit und Jugend.

Insgesamt lassen sich im therapeutischen Alltag bei einer großen Anzahl von Patienten Erlebens- und Verhaltensmuster erkennen, welche **zentrale Risikomerkmale für Straffälligkeit und insbesondere auch für Gewalttätigkeit darstellen: neben mangelhafter Affektregulation und Störungen der Impulskontrolle zeigen sich Defizite in den sozialen Fertigkeiten, inadäquate Copingstrategien, antisoziale Kognitionen und fehlende Opferempathie.**

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass neben den tatsächlich vor Gericht verhandelten Gewaltdelikten, die sich schließlich im Einweisungsurteil oder im Bundeszentralregister der Patienten im Maßregelvollzug finden, **eine nicht unerhebliche Dunkelziffer weiterer Gewalttaten im Vorfeld der Behandlung existiert.**

Neben der Täter- spielt aber immer auch **die Opferperspektive** bei den Patienten in der Therapie eine nicht unerhebliche Rolle – so berichten in der o.g. **Studie 43% der drogenabhängigen Patienten von biographischen Vorbelastungen in Form von körperlichen Gewalterfahrungen in der Familie, 4% von sexuellem Missbrauch in Kindheit und Jugend** (Dimmek u.a. 2010).

(BECKER)

BILD: Umgang mit dem Thema Gewalt im Arbeitsfeld der Suchthilfe

Nächste Folie!! (stationäre, niedrigschwellige Hilfen)

(Stationäre Hilfe; ambulant; niedrigschwellige Hilfe, Selbsthilfe)

Unter dem Fokus der 4 Säulen der Suchthilfe

Prävention, Beratung und Behandlung, Schadensminimierung

Die Besonderheit der Mitarbeiterprävention und Themensensibilisierung im Arbeitsfeld der niedrigschwelliger Hilfen

BILD: Stationäre Hilfe

augeNblick:

„Ich habe mal irgendwann probiert mit meinem Therapeuten darüber zu reden. Ich habe versucht ihm das zu erklären, dass ich zurzeit niemand Gewalt antun könnte. Der fand das toll und ist dann so darüber weg gegangen, leider. Ich hatte damals mal das Bedürfnis darüber zu reden, aber das hat nix gebracht. Es ist in der Therapieeinrichtung leider nicht drauf eingegangen worden, weder in der stationären Suchthilfe, noch später im betreuten Wohnen.“

Die Leute in der stationären Therapie mussten halt funktionieren. Die wussten schon genau, wenn die Gewalt an den Tag legen, dass die dann rausfliegen und ich denke das hat die Einrichtung halt gemacht, um überhaupt eine Möglichkeit zu haben mit so einer großen Gruppe zu arbeiten. Halt dieses Gewaltverbot.

Ich kenne ein paar Leute, später, aus dem Betreuten Wohnen, die ein Gewaltproblem hatten und sich dann auch damit auseinander gesetzt haben. Aber ich denke, dass wird in der Einzeltherapie stattgefunden haben. Ich kann mich nicht an Gruppentherapiesitzungen erinnern, wo das Thema Gewalt stattgefunden hat.“

Gewalttätigkeit – ein Tabu in der Suchtbehandlung

Obwohl damit jedermann klar sein müsste, dass ein nicht unerheblicher Anteil aller Suchtpatienten Gewalttaten innerhalb ihrer Familien oder gegenüber Fremden begangen hat, stellen Aggression und Gewalttätigkeit ein Tabuthema in der Behandlung (von Alkoholabhängigen) dar.

Die Anamneseerhebung ist oftmals unzureichend:

Routinemäßige Abfragung aller einschlägigen Verurteilungen der Patienten werden dokumentiert.

Die Patienten werden aber nur selten systematisch nach Gewaltigkeit gegenüber Angehörigen oder anderen Personen gefragt. Ebenso wenig gehören evaluierte Skalen zu Aggressivität (FAF, Hampel & Selg, 1975), Feindseligkeit (Buss & Durkee, 1957) oder zum Umgang mit Ärger und Konflikten (Schwenkmezger et al., 1992) zur Standarddiagnostik in der Suchtbehandlung.

Aber selbst wenn einem **Suchttherapeuten Gewalttaten ihrer Patienten bekannt werden**, werden diese oftmals nicht zum expliziten Gegenstand weiterer therapeutischer Maßnahmen:

- Viele Therapeuten lassen sich von der Behauptung der Patienten überzeugen, dass ihre Neigung zu Gewalttätigkeit und Aggression nur unter Rauschmittel aufgetreten sei und sich das Thema somit mit Beginn der Abstinenz von selbst erledigt habe;
- Viele Betroffene verhalten sich im Rahmen der Therapiesitzungen gegenüber ihren Therapeuten zurückhalten und angepasst, so dass diese das unverändert bestehende Gewaltpotential ihrer Patienten erheblich unterschätzen.
- Und schließlich wirken die verbalen Verharmlosungs- („*ich habe ja nur...*“) und Entschuldungsstrategien („*ich wurde provoziert*“) von gewalttätigen Patienten auf viele Therapeuten mangels eigener Gewalterfahrung so überzeugend, dass sie die Sichtweise der Täter unkritisch übernehmen.

Entsprechend richtet sich der therapeutische Fokus (wenn überhaupt) einseitig auf die persönlichen Hintergründe und psychischen Probleme von gewalttätigen Patienten, ohne dass das tatsächliche Ausmaß der Gewalt oder aggressiven Entgleisung, die einschüchternde Wirkung auf das Opfer und die unmittelbare Bestätigung für den Täter ausreichend zum Inhalt der Behandlung werden. Insbesondere wird sehr häufig versäumt, gewaltfreie Bewältigungsalternativen in ausreichendem Maße im Rahmen einer Suchtbehandlung einzuüben.

Hierbei gilt zu berücksichtigen, dass **Aggression und Gewalttätigkeit multidimensionale Konstrukte** sind. Zu unterscheiden ist eine **kognitive Komponente**: Negative bzw. feindselige Annahmen und Einstellungen gegenüber anderen Personen, eine **affektive Komponente**: Ärger oder Wutgefühle, und eine **Verhaltenskomponente**: die absichtliche verbale oder körperliche Verletzung von anderen Personen.

Nächste Folie!! (Programme Salus Klinik und Dolt)

Ein Programm welches sich im Klinikkontext, Salus Klinik Lindow, in der Arbeit mit gewaltaffinen Alkoholkranken bewährt hat ist Lindenmeyers Gruppenangebot **Umgang mit Ärger und Aggression**

BILD: Erklärungsmodell Klein/Lindenmeyer

Grundlage des Programms ist daher das Erklärungsmodell von Klein et al. (2010), das die Wechselwirkung zwischen Alkohol und allen Ebenen von Aggression betont (vgl. Abbildung 1).

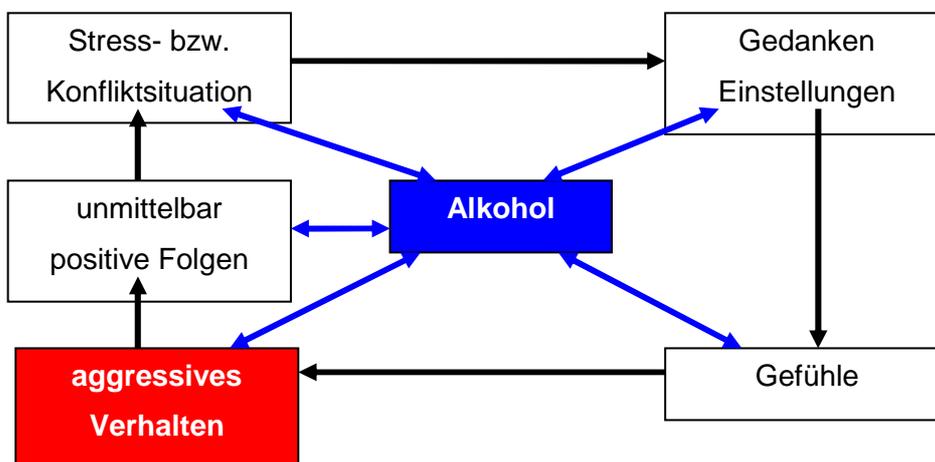


Abb. 1: Erklärungsmodell für alkoholbezogene Aggression und Gewalt (in Anlehnung an Klein et al., 2010)

Vor diesem Hintergrund wird verständlich, warum die Überwindung von Gewalttätigkeit keine Frage von Einsicht oder Reue (Gedankenebene) allein ist, sondern nur dadurch möglich wird, dass die Betroffenen angemessene Verhaltensalternativen für Stress- und

Konfliktsituationen erarbeiten und diese in Alltagssituationen unter Anspannung (Gefühlsebene) immer wieder erproben.
(LINDENMEYER)

Ressourcenorientiertes Anti Gewalt Training für Drogenabhängige der Rehabilitationsklinik Dolt (Travermünde) (geschlossenes Programm über 6 – 8 Trainingseinheiten/wöchentlich á 90 Minuten)

Ein Anti-Gewalt-Training basierend auf einer therapeutischen Grundhaltung, die vorwiegend den Patienten stützt und ein positives Beziehungsangebot beinhaltet. Es kommen sowohl harmonische als auch kontrapunktische „Antworten“ zum Tragen. Im Training werden psychoedukative Aspekte, Methoden des Psychodramas und Interventionen aus der psychoanalytisch-interaktionellen Therapie angewandt

AAT als Deliktsspezifisches- und konfrontatives Verfahren

BILD: Niedrigschwellige Hilfe

augeNblick:

„Ich wurde ungefähr 10 Jahren von der Drogenberatungsstelle (...) betreut. Dann habe ich meinen dritten Ehemann kennengelernt und hab den sehr schnell geheiratet. Es war ein Fehler. Es hat sich rausgestellt, dass der zwar therapeutisch sehr erfahren war, aber sein wesentliches Problem nämlich Gewalt gegen Frauen überhaupt nicht bearbeitet hatte. Der ist dann mir gegenüber sehr schnell gewalttätig geworden und wir waren beide Klienten der Drogenberatungsstelle. Ich habe mich damals hilfeschend an diese gewandt, als ich meine Wohnung verlassen musste, sehr überstürzt mit Unterstützung der Polizei. Und ich habe da auch sehr schnell Hilfe erfahren. Ich wurde in ein Frauenhaus vermittelt, obwohl die angeblich keine Substituierten aufnehmen wollten. Da hat sich einer der Drogenberater sehr für mich eingesetzt. Und bis dahin ist die Zusammenarbeit eigentlich immer gut gelaufen. Das hat sich schlagartig geändert, als ich wenige Tage später bei der Drogenhilfe eingetroffen bin und erfahren habe, dass ich zu den regulären Öffnungszeiten gar nicht mehr erwünscht bin. Ich musste also ein Termin außerhalb der Öffnungszeiten vereinbaren und als Begründung wurde mir genannt, das mein Mann ja auch Klient dort sei und wenn wir beide dort zusammen wären, es halt zu Gewalt gegenüber mir, den Mitarbeitern und anderen Klienten kommen würde. Mich hat das sehr irritiert, weil die Gewalt von meinem Mann aus ging und nicht von mir. Ich habe mich im Stich gelassen gefühlt. Ich hab das so empfunden, dass er in seinem Handeln bestätigt wird. Gewalt setzt sich durch! Er hatte weiter Zutritt zu den Räumlichkeiten, während der normalen Öffnungszeiten zu den Mitarbeitern und ich musste mir quasi Schleichwege suchen, um dem zu entgehen und das ist von den Mitarbeitern so etabliert worden. Das hat mich sehr irritiert und enttäuscht.“

In den Einrichtungen der niedrigschwelligen Hilfe

(Kontakt- und Notschlafstellen, Wohnheime für obdachlose Suchtmittelabhängige, Substitutionsambulanzen etc.)

Gerade die niedrigschwelligen Hilfeeinrichtungen, sind besonders und permanent mit den Themen „**Gewalt**“ und „**Kriminalität**“ konfrontiert

Drogenabhängige, die ihr Leben überwiegend in der Szene, „auf der Straße“ und in der Haft verbringen, sind zusätzlich täglich mit einer Fülle von Gewalt und Kriminalität konfrontiert.

Diese Menschen sind diagnostisch als „**polytraumatisiert**“ einzustufen (Petzold, 2006, S.48).

Je mehr sich die Betroffenen von den „Gesetzen der Straße“ und des Haftalltages leiten lassen, desto schwerer fällt die Integration in weiterführende Einrichtungen. Sei es hinsichtlich ihres Selbstbildes als Teil oder Nicht-Teil der Gesellschaft oder ganz profan beim Einhalten von Regeln oder von kulturellen Normen (vgl. Hecht, 2002).

Zur Gewaltbelastung (siehe Untersuchung Fais)

Alltägliche Aggression

Bei der Betrachtung der von den Mitarbeitenden erlebten **Aggression** lässt sich festhalten, dass Aggression **auch auf der Basis der Durchschnittswerte alltäglich** ist. So ist die verbale Aggression, wie auch die Weigerung, Anweisungen der MitarbeiterInnen auszuführen, im Durchschnitt mehr als täglich. Über alle Einrichtungen hinweg tritt auch das Phänomen «Randale im Haus» im Durchschnitt häufiger als alle drei Tage auf. Im Durchschnitt werden MitarbeiterInnen der Einrichtungen fast täglich Ziel verbaler und sexueller Aggressionen.

Fast **dreimal pro Jahr** müssen sich die MitarbeiterInnen durchschnittlich mit Suizid der Klientel während oder nach dem Besuch der Einrichtung auseinandersetzen. Annähernd **wöchentlich** liegt der Durchschnitt **der körperlichen Angriffe unter den BesucherInnen**. Fast zweimal im Jahr sind Mitarbeitende der Einrichtungen selbst von physischer Aggression betroffen. Zu beachten ist, dass die Maxima häufig auf zehnfach höherem Niveau liegen.

Die Relevanz des Themenfeldes «Aggression gegen Mitarbeitende in den Kontakt- und Notschlafstellen» wird deutlich durch die Tatsache, dass **fast ein Drittel aller Befragten eigene gesundheitliche Folgen angab**. Im Durchschnitt lagen die notwendigen Ausfall- bzw. Behandlungstage bei fünf Tagen pro Jahr.

Umgang:

Identifizierung und Veränderung von, baulich und organisationsbedingten aggressionsbegünstigten Risikofaktoren; Installierung von technischen Hilfsmitteln (Videoüberwachung, Alarmierungssysteme etc.)

Deeskalationstrainings und Supervision

BILD: Selbsthilfe

augeNblick

„(...) Auch wenn ich nicht unter Drogen stehe und das Gefühl habe, ich kann nicht mehr argumentieren, ich bin am Ende angelangt und der Gegenüber reagiert nicht auf das was ich sage, dann kommt irgendwann der Gewaltausbruch. Halt nicht gegen die Person, sondern gegen eine Tür. Also ich hab auch in meiner Wohnung eine Tür zerschlagen. Es wird einem nur in dem Moment viel deutlicher, wenn man sich dann beruhigt hat. Also ich hab mich erschrocken, weil es mir in dem Moment auch bewusst ist, auch wenn ich diese Gewalt in dem Moment in diese Tür schlage und nicht gegen meine Freundin. Aber mir ist dann schon im Nachhinein bewusst geworden, mein Gott, was löst du in mir in dem Moment aus, wenn ich so viel Gewaltpotential entwickle und Aggressionen gegen eine Tür schlage. Ich schüchtere ein in dem Moment und es hat eine Wirkung. Nach dieser Aktion hat es eigentlich erst in mir selbst eine Auseinandersetzung mit meinem Aggressionspotential, meiner Gewaltbereitschaft stattgefunden. Diese hat nicht in der Selbsthilfe oder in der Therapie stattgefunden. Das habe ich eigentlich zum Teil mit mir diskutiert und zum Teil mit meiner Freundin diskutiert. Auch mit Angehörigen meiner Selbsthilfegruppe.

Im Endeffekt warum ich das nicht in der Selbsthilfegruppe diskutiert habe, ist halt, dass bei mir so ein extremes Schamgefühl vorhanden ist. Darf ich überhaupt nach so langer Cleanzeit noch so ein Problem haben? Das führt dann irgendwo dazu, dass ich das halt nicht in der Selbsthilfegruppe anspreche, sondern nur gezielt bei Personen, wo ich auch ein extremes Vertrauen habe. In der Selbsthilfe an sich, also eine körperliche Gewalt, Bedrohung oder sonstiges ist mir nie unter gekommen; habe ich nie gesehen. Es gibt natürlich Konfrontationen, es gibt auch Arten von Konfrontationen, wo vielleicht mal was auf eine Art gesagt wird, die dem einen oder anderen nicht gefällt, weil man zu direkt ist. Dann steht mal jemand auf und geht weil er es nicht ertragen kann, weil er das so nicht will in der Form. Eigentlich ist da immer ein sehr respektvoller Umgang. Aktuell findet natürlich auch durch das Buch eine Auseinandersetzung mit dem Thema statt. Wie habe ich Gewalt empfunden, wie habe ich Gewalt ausgeübt, wo ist mir Gewalt begegnet, was sind die Ursachen. (...)

Abschließende Worte zur Selbsthilfe; GfK, augeNblick etc..

ENDE.....:))))

Im Folgenden werden die Ergebnisse einer eigenen empirischen Untersuchung zu Umfang und Art aggressiver Handlungen im Arbeitsfeld der akzeptierenden Drogenarbeit aus der Perspektive der Mitarbeitenden vorgestellt. Erfasst wurde auch die Häufigkeit der aggressiven Handlungen, die sich direkt an die Arbeitskräfte richten, und welcher Stellenwert dem Thema Aggression und Gewalt im Arbeitsalltag beigemessen wird. Eine Korrelationsanalyse geht der Frage nach, inwieweit ein Zusammenhang besteht zwischen Geschlecht, Ausbildungshintergrund, Alter, dem aufgabenbedingten Kontakt und der Angabe der Mitarbeitenden selbst, Opfer aggressiver Handlungen zu werden. Dafür wurden die MitarbeiterInnen der Kontakt- und Notschlafstellen für Drogenabhängige in Berlin, Hamburg, Köln, Leipzig und München befragt. Weitere Erkenntnisse wurden aus einem vorweg durchgeführten Leitfadeninterview mit fünf Leitungskräften gewonnen.

Erhebung und Rücklauf

Die standardisierte Fragebogenerhebung bei den Mitarbeitenden wurde in der Zeit von November 2009 bis Januar 2010 durchgeführt. Es wurden 21 Einrichtungen angeschrieben, die nach zwei Kriterien ausgewählt wurden:

- niedrighschwellige Einrichtungen der Kontakt- und Notschlafstellen ausschliesslich für KonsumentInnen illegaler psychotroper Substanzen
- Einrichtungen der vier Städte mit den meisten registrierten Drogentoten 2008, ergänzt durch die Stadt mit den meisten Drogentoten auf dem Gebiet der ehemaligen DDR. (vgl. Bundeskriminalamt, 2009)

Von den 21 angeschriebenen Einrichtungen wurden in 18 Einrichtungen insgesamt 153 Fragebögen ausgefüllt.