

# SUCHT



## Aggression und Gewalt

## Wir danken unseren SpenderInnen

Mag.<sup>a</sup> Claudia Amsz, Siegersdorf  
Dr. Michael Arie, Wien  
Dkfm. Günter Baumgartner, Wien  
Beate Cerny, Wien  
Eva Denk  
René Ferrari, Leonding  
Mag. Wolfgang Hebenstreit, Wien  
Mag.a Brigitta Kandl, Wien  
Robert Kopera, Reisenber  
Brigitte Mayer  
Dr. Günter Mittendorfer, Linz  
Dr. Gerold Obergruber, Graz  
Dr. Franz Pfnaisl, Lichtenegg  
Christiane Popp-Westphal, Neulengbach  
Caroline Sturm  
Mag. Veit Vlach, Wien  
Eva Wiedermann, Wien  
Dr. Alfons William, Wien

und viele anonyme SpenderInnen



Partner des **Grünen Kreises**

Die **Niederösterreichische Versicherung** unterstützt die Arbeit des **Grünen Kreises**.

»Menschen, die wieder ein selbstbestimmtes Leben ohne Abhängigkeit führen wollen, brauchen vielfältige Unterstützung, um ihre Krankheit zu besiegen. Als Partner des **Grünen Kreises** nehmen wir unsere soziale Verantwortung in der Gesellschaft wahr und leisten damit unseren Beitrag, den Betroffenen auf dem Weg aus der Sucht zu helfen.«

Niederösterreichische Versicherung AG

[www.noever.at](http://www.noever.at)

Herzlichen Dank im Namen aller KlientInnen des **Grünen Kreises**!

## Unterstützen & Spenden

Helfen Sie uns helfen!

Mit Ihrer Unterstützung können wir gemeinsam dazu beitragen, suchtkranken Menschen einen Weg aus der Sucht zu ermöglichen. Ihre Spende wird zur Weiterentwicklung von Projekten & Programmen im **Grünen Kreis** verwendet.

Bitte verwenden Sie für Ihre Spende die  
HYPO NOE  
Landesbank für Niederösterreich und Wien AG  
IBAN AT81 5300 0038 5501 3222  
BIC HYPNATWW  
oder fordern Sie bei  
[spenden@gruenerkreis.at](mailto:spenden@gruenerkreis.at)  
einen Zahlschein an.

Weitere Informationen finden Sie auch auf

[www.gruenerkreis.at](http://www.gruenerkreis.at)

im Bereich »Spenden & Sponsoring«.

## Impressum

### Erklärung über die grundlegende Richtung gem. § 25 Mediengesetz vom 12.6.1981:

Das Aufgabengebiet des **Grüner Kreis**-Magazins bildet die Berichterstattung zur Prävention suchtdizierter Probleme im Allgemeinen, die wissenschaftliche Aufarbeitung der Abhängigkeitsthematik sowie Informationen über die Tätigkeit des Vereins **Grüner Kreis**.

Das **Grüner Kreis**-Magazin erscheint viermal jährlich in einer Auflage von je 30.000 Exemplaren

**Medieninhaber:** **Grüner Kreis**, Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Menschen

**Herausgeber:** Verein **Grüner Kreis**

**Geschäftsführer:** Dir. Alfred Rohrhofer

**Redaktion:** Dir. Alfred Rohrhofer, Peter Lamatsch [oewf]

**Eigenverlag:** **Grüner Kreis**, Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Menschen

**Alle:** 1110 Wien, Simmeringer Hauptstraße 101-103

**Tel.:** +43 (0)1 5269489 | **Fax:** +43 (0)1 5269489-40

[redaktion@gruenerkreis.at](mailto:redaktion@gruenerkreis.at) | [www.gruenerkreis.at](http://www.gruenerkreis.at)

**Layout:** Österreichisches Wirtschaftsforum

**Anzeigen:** Sirius Werbeagentur GmbH

**Druck:** Print Alliance HAV Produktions GmbH

### Diese Ausgabe entstand unter Mitwirkung von:

Alfred Rohrhofer, Marc Walter, Barbara Gegenhuber, Hanna Weichselbaum, Thomas Bronisch, Claudia de Boer, Günther Bitzer-Gavornik, Dirk Baier, Alexander Bernhard, Bernhard Bogerts, Regina Agostini, Human-Friedrich Unterrainer; Pauline Burgkart, Xenia Vuzic und KlientInnen im **Grünen Kreis**

### Bildquellennachweis:

Cover: iStock.com/TommL und Chainarong Prasertthai  
Seite 4: iStock.com/KatarzynaBialasiewicz (links)  
AutorInnenportraits: privat

**Gender-Hinweis:** Die Redaktion greift grundsätzlich nicht in die Texte der Gastautor\*innen ein. Sofern sich ein Autor oder eine Autorin für die Verwendung des generischen Maskulinums entscheidet, soll damit keine Bevorzugung des Männlichen und insbesondere keine Diskriminierung des Weiblichen zum Ausdruck kommen. Die gewählte Form dient allein der besseren Lesbarkeit des Textes resp. einer leichteren Verständlichkeit seines Inhalts.

Der **Grüne Kreis** dankt seinen Förderern



# editorial



*Liebe Leserin, lieber Leser!*

*Aggression ist ein biologisch in Mensch und Tier angelegtes feindselig destruktives Verhalten, dem wir in den verschiedensten Lebenssituationen regelmäßig begegnen. Im Allgemeinen verfügen die meisten Menschen über genügend Selbstkontrolle, um ihre aggressiven Impulse zu beherrschen. In bestimmten sozialen Kontexten eskalieren jedoch die impulsiv-aggressiven Verhaltensweisen und münden in Gewalttaten verschiedenster Ausprägung.*

*Unsere Gastautor\*innen beleuchten verschiedene Aspekte aggressionsdeterminierter Konfliktsituationen und berichten aus der therapeutischen Praxis. Behandelt werden u. a. aggressives Verhalten bei Substanzmittelkonsum, Gewalterfahrungen substanzabhängiger Frauen, die Korrelation von Aggressivität und suizidalem Verhalten, pandemiebedingte Ärgerreaktionen, Täterarbeit bei Gewalt gegen Intimpartnerinnen sowie Gewaltkonflikte in der Therapeutischen Gemeinschaft.*

*Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre.*

*Bleiben Sie gesund!*

*Alfred Rohrhofer*

## Helfen Sie uns helfen!

»Ich heiße Hannah und ich weiß wie es ist, mit Eltern aufzuwachsen, die zu Alkohol und Drogen greifen. Selten denken die Erwachsenen daran, wie sehr Kinder darunter leiden. Ein Glück, dass ich Hilfe vom Grünen Kreis« bekomme. Hier arbeiten Menschen, die sich auskennen und sich um mich kümmern.«

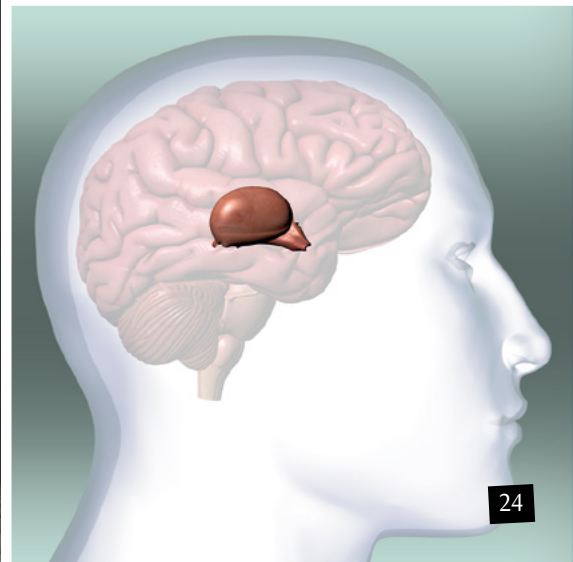
Sucht ist eine Krankheit, unter der alle Familienmitglieder leiden. Die Suchtgefährdung der Kinder, die in ihrer eigenen Familie schon mit diesem Problem konfrontiert sind, ist um ein Vielfaches erhöht. Rechtzeitige Hilfe verhindert langfristige Probleme. Unsere Präventionsarbeit verhindert, dass die Kinder von heute die Suchtkranken von morgen werden.

**Geben Sie Sucht keine Chance -  
unterstützen Sie unsere Ziele durch Ihre Spende!**

Verein Grüner Kreis | NÖ Landesbank-Hypothekenbank AG  
IBAN AT81 5300 0038 5501 3222 | BIC HYPNATWW









# Inhalt

- 3** Editorial  
Alfred Rohrhofer
- 6** Aggression und Sucht  
Marc Walter
- 8** Gewalterfahrungen von Alkohol- und Drogenkonsumentinnen  
Barbara Gegenhuber und Hanna Weichselbaum
- 10** Aggression und Suizidalität  
Thomas Bronisch
- 12** Pandemiebedingte Ärgerreaktionen und aggressives Verhalten  
Claudia de Boer
- 14** Aggression und Lebenskraft  
Günther Bitzer-Gavornik
- 16** Unser Betreuungsangebot
- 18** Substanzmittelkonsum und Gewalt  
Dirk Baier
- 20** Opferschutzorientierte Täterarbeit bei Gewalt gegen die Intimpartnerin  
Alexander Bernhard
- 22** Spurensuche  
Betroffene berichten über ihr Leben mit der Sucht
- 24** Sucht und Gewalt: Zusammentreffen von hirnbioologischen und psychosozialen Ursachen  
Bernhard Bogerts
- 26** Interaktion und »Gewalt« in der Therapeutischen Gemeinschaft  
Regina Agostini
- 28** »Bist du wütend, zähl bis vier ...«  
Human-Friedrich Unterrainer
- 30** Psychiatrische Symptombelastung und Suchtverhalten in Zeiten des Lockdowns  
Pauline Burgkart und Xenia Vuzic

# Aggression und Sucht



von Marc Walter

Aggressives und gewalttätiges Verhalten ist in der menschlichen Entwicklung auch als ein Versuch zu verstehen, mit der schädigenden Umwelt fertig zu werden und stellt als solches ein Zeichen dafür dar, unter unerträglichen Bedingungen zu überleben.

**A**ggression ist allgemein ein Verhalten zur Verteidigung und Gewinnung von Ressourcen und Bewältigung gefährlicher Situationen. Bei Menschen wird Aggression auch hervorgerufen als Reaktion auf Frustration, Hitze, Kälte, Schmerz, Furcht oder Hunger. Aggression bzw. aggressives Verhalten umschließt weiter jede Form von Verhalten, das sich gegen eine andere Person richtet und dazu intendiert, dieser unmittelbar zu schaden.

Gewalt kann als eine extreme Form von Aggression verstanden werden und ist im Unterschied zu Aggression enger definiert. Gewalt bezieht sich meist auf die physische Gewalt. Alle Aktivitäten, die darauf abzielen, vorsätzlich die

körperliche Unversehrtheit eines Menschen zu beschädigen, werden als Gewalt definiert.

Aggressives und gewalttätiges Verhalten ist aber gerade in der menschlichen Entwicklung auch als ein Versuch zu verstehen, mit der schädigenden Umwelt fertig zu werden und stellt als solches zunächst ein Zeichen dafür dar, unter unerträglichen Bedingungen zu überleben. Balint (1970) etwa bezeichnete mit dem Begriff »Grundstörung« eine misslungene Passung zwischen den Bedürfnissen des Kindes und den jeweiligen Reaktionen der Beziehungsumwelt in den frühen Entwicklungsstadien des Kindes. Das Entstehen von Aggression und Gewalt wird deshalb auch unabhängig von der psychiatrischen Diagnose auch als ein Misslingen normaler Entwicklungsprozesse verstanden.

## Sucht und Substanzstörungen

Substanzstörungen zählen weltweit zu den häufigsten psychischen Störungen. Sie sind durch den anhaltenden und zwanghaften Konsum psychotroper Substanzen charakterisiert. Diese Störungen durch psychotrope Substanzen reichen in der Klassifikation psychischer Störungen der WHO (ICD-10), von einer unkomplizierten akuten Intoxikation über einen schädlichen Gebrauch und ein Abhängigkeitssyndrom bis hin zu psychotischen Störungen und Demenzen. Häufig kommen andere, sog. komorbide psychische Störungen hinzu, insbesondere affektive Störungen und Persönlichkeitsstörungen, die dann als Doppeldiagnose bezeichnet werden und das jeweilige klinische Bild prägen können (Walter und Gouzoulis-Mayfrank 2019).

## Sucht und Aggression

Aggressives und gewalttätiges Verhalten sind bei Menschen mit Substanzstörungen häufig zu beobachten. Vier wesentliche Faktoren können dabei das

aggressive Verhalten erklären.

Ein erster Faktor für Aggression liegt in der Suchterkrankung selbst begründet. Vor allem Entzugssymptome sind je nach Substanz mit innerer Unruhe und Anspannung verbunden, während Intoxikationen von psychotropen Substanzen mit Euphorie, aber auch mit Aggressivität und psychotischen Symptomen verbunden sein können. Gerade bei Menschen mit schweren Suchtproblemen können Entzugssymptome und Intoxikationen häufig wechseln. Deshalb ist es aus klinischer Sicht wichtig, die Situation genau zu klären, ob eine Intoxikation oder ein Entzug vorliegt, weil die Behandlung danach auszurichten ist. Unabhängig von einer wirkungsvollen pharmakologischen Behandlung ist eine beruhigende und deeskalierende Umgebung essenziell für das therapeutische Vorgehen in beiden Situationen.

Ein zweiter Faktor ist die Impulsivität bei Menschen mit Substanzstörungen. Es ist bekannt, dass erhöhte Impulsivität als Persönlichkeitsmerkmal zu einem gewissen Teil genetisch veranlagt ist und in Familien mit Suchtkranken auch gehäuft auftritt (Soyka et al. 2019). Impulsivität bedeutet allgemein, dass die Kontrolle für Verhalten weniger stark ausgeprägt ist, und dass eine Verhaltensweise oder eine Reaktion schneller und mit weniger Überlegungen ausgeführt wird. Bei erhöhter Impulsivität werden auch aggressive Impulse weniger unterdrückt und gehemmt, so dass impulsive Menschen in der Regel auch eine erhöhte Aggressivität zeigen. Explosionsartige Wutausbrüche und aggressives Verhalten können die Folge sein.

Ein dritter Faktor ist das Problem mit dem Selbstbild und einem geringen und/ oder instabilen Selbstwert. In der Entwicklung von suchtkranken Menschen werden nicht selten emotionale Vernachlässigungen und Traumatisierungen berichtet. Dies führt auch dazu, dass sich die Person nicht stabil entwickeln kann und ihr Selbstwertgefühl

teilweise fragil bleibt. Erhöhte Impulsivität und negative Affekte können in der Entwicklung nicht integriert werden. Die Folgen sind Beeinträchtigungen im Selbstbild und Beziehungsschwierigkeiten mit Ängsten und/ oder Aggressionen. Teilweise werden diese Probleme maskiert und erst in Krisensituationen wirklich sichtbar. Gefühle von Ohnmacht und Hilflosigkeit werden vermieden und Aggressivität dient als Schutz in subjektiv bedrohlich wahrgenommenen Situationen. Die Schutzmechanismen gegen Bedrohung und Angst führen aber dazu, dass das Individuum letztlich unfrei bleibt und wenig vertrauensvolle Beziehungen eingehen und leben kann. Diese Selbstwertprobleme können auch als pathologischer Narzissmus konzeptualisiert werden (Walter und Bilke-Hentsch 2020).

Ein vierter Faktor für Aggressionen bei Suchtpatientinnen und -patienten liegt in der nicht selten auftretenden psychiatrischen Komorbidität. Eine Häu-

fung von substanzinduzierten Störungen bei Patientinnen und Patienten mit bipolaren Erkrankungen ist gesichert und klinisch relevant, insbesondere im Hinblick auf die Prognose. Depressive Störungen dagegen sind bei Patienten mit Suchterkrankungen, speziell Alkoholismus, nur mässig häufiger als in der Gesamtbevölkerung. Die Komorbidität mit psychotischen Störungen ist ebenfalls ein Problem von grosser Dimension und klinisch-praktischer Bedeutung (etwa der Cannabiskonsum bei schizophrenen Patientinnen und Patienten). Eine Vielzahl von Studien zeigt die Überlegenheit des integrierten Therapieansatzes (Gouzoulis-Mayfrank 2007).

Eine Besonderheit stellt in diesem Zusammenhang die komorbiden Persönlichkeitsstörung dar. Die beschriebenen Schwierigkeiten in der Selbststeuerung und im Selbstwertgefühl können besonders stark ausgeprägt sein und damit die Kriterien für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung erfüllen.

Durch den Zusammenhang mit Sucht, Suizidalität, Impulsivität und Kriminalität nehmen die Borderline-Persönlichkeitsstörung und die antisoziale Persönlichkeitsstörung eine Sonderstellung ein. Die antisoziale Persönlichkeitsstörung ist durch ein Muster von Missachtung und Verletzung der Rechte anderer, die Borderline-Persönlichkeitsstörung durch ein Muster von interpersoneller und affektiver Instabilität und Impulsivität gekennzeichnet.

Kritisch bleibt anzumerken, dass die Diagnose einer antisozialen Persönlichkeitsstörung, ein delinquentes Verhalten erfasst, das bei der Abhängigkeit von illegalen Drogen fast regelhaft zu finden und als sog. »Beschaffungskriminalität« im Rahmen der Suchterkrankung zu werten ist und kein psychopathisches Verhalten im engeren Sinn darstellt.

In der untenstehenden Tabelle 1 sind diese vier Faktoren der Aggressivität bei Suchterkrankungen zusammenfassend aufgeführt.

Tabelle 1: Faktoren der Aggressivität bei Suchterkrankungen

Faktoren	Entstehung	Aggressivität	Diagnosen
Intoxikation / Entzugssymptome	Konsum / fehlender Konsum von psychotropen Substanzen bei Abhängigkeitserkrankung	Innere Unruhe, Anspannung, Dysphorie je nach Substanz und Dosierung	Substanzabhängigkeit
Impulsivität	Genetische Veranlagung	Impulsives Verhalten, geringe Reaktionszeit	u.a. ADHS
Selbstbild	Negative Beziehungserfahrungen, emotionale Vernachlässigung	Widerstand in Beziehungen, Neidgefühle, fehlende Empathie	Pathologischer Narzissmus, Depression
Psychische Beeinträchtigungen	Genetische Veranlagung und Umwelteinflüsse als Ursachen einer psychischen Störung	Aggressives Verhalten im Rahmen der zugrundeliegenden Psychopathologie	Bipolare Störung, Psychotische Störung, Persönlichkeitsstörung

## Ausblick

Aggression und Sucht können sich unterschiedlich zeigen und verschiedene Gründe haben. Meistens sind Aggressionen als Schutzmassnahmen gegen Angst und Bedrohung entstanden und sagen viel über die misslungenen individuellen Entwicklungen und traumatisierenden Erfahrungen in der Vergangenheit aus. Sie können ihre Ursache aber auch in einer zugrundeliegenden aktuellen komorbiden psychischen Störung haben. Ausser bei der antisozialen Persönlichkeitsstörung im engeren Sinne, bei der es zu schwerwiegenden Störungen in der Selbststeuerung und Empathie kommt, und die insgesamt nur schwer zu behandeln ist, sind alle anderen Ursachen und Faktoren aggressiven Verhaltens bei suchtkranken Menschen mit angemessenem Vorgehen und

Therapien gut zu begegnen. Die Prognose, die Aggressivität auf Dauer einzugrenzen zu können ist besser als allgemein angenommen. Suchterkrankungen und Selbstwertprobleme sind dabei insgesamt mit recht guten Ergebnissen zu behandeln.

## Literatur

1. **Balint M.** Therapeutische Aspekte der Regression. Die Theorie der Grundstörung. Stuttgart, Klett-Cotta 1970.
2. **Gouzoulis-Mayfrank E.** Komorbidität Psychose und Sucht. 2. Auflage. Stuttgart, Kohlhammer 2007.
3. **Soyka M, Batra A, Heinz A, Moggi F, Walter M** (Hrsg.). Suchtmedizin. München, Urban & Fischer Verlag/Elsevier 2019.
4. **Walter M, Gouzoulis-Mayfrank E** (Hrsg.). Psychische Störungen und Suchterkrankungen. 2. Auflage. Stuttgart, Kohlhammer 2019.

5. **Walter M, Bilke-Hentsch O.** Narzissmus. Stuttgart, Kohlhammer 2020.

### Prof. Dr. med. Marc Walter

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Chefarzt und stv. Direktor der Klinik für Erwachsene an den Universitären Psychiatrischen Kliniken (UPK) Basel und Professor für Psychiatrie und Psychotherapie an der Universität Basel. Medizinstudium in Göttingen und Berlin. Von 2000 bis 2006 Assistenzarzt an der Medizinischen Klinik der Charité in Berlin und an den UPK in Basel. Nach einem Forschungsaufenthalt an der Harvard Medical School in Boston, Oberarzt an den UPK. Seit 2014 Chefarzt. Forschungsschwerpunkte sind Suchtmedizin, Persönlichkeitsstörungen und Psychotherapie.

# Gewalterfahrungen von Alkohol- und Drogenkonsumentinnen – ein Beitrag zur Viktimologie substanzabhängiger Frauen



von Barbara Gegenhuber



und Hanna Weichselbaum

Gewaltopfer haben ein überdurchschnittlich hohes Risiko, neuerlich zum Opfer zu werden, mit jeder zusätzlichen Gewalterfahrung steigt wiederum die Gefahr, eine posttraumatische Belastungsstörung oder andere psychische Folgestörungen zu entwickeln.

Spricht man von drogen- oder alkoholabhängigen Personen, sind meist Männer im Fokus, da Männer deutlich häufiger von substanzbezogenen Störungen betroffen sind als Frauen (Anzenberger et al., 2019; Stöver, 2016). Nichtsdestotrotz – oder gerade deswegen – ist es notwendig, die Bedürfnisse substanzabhängiger Frauen nicht zu übersehen. Es ist fachlich unumstritten, dass es bei der Entstehung und dem Verlauf von Abhängigkeitserkrankungen wesentliche geschlechtsspezifische Unterschiede gibt, die durch unterschiedliche biografische und gesellschaftliche Hintergründe entstehen. Gewalterfahrungen und erlittene Traumatisierungen spielen in diesem Zusammenhang eine wesentliche Rolle.

## Gewalterfahrungen substanzabhängiger Frauen

Drogenkonsum und Gewalt sind eng miteinander verknüpft, alle Formen von Gewalterfahrungen begünstigen eine spätere Suchtentwicklung. Man kann davon ausgehen, dass ein erheblicher Teil der Süchtigen derartige Erfahrungen in der Kindheit und Jugend gemacht hat (Schäfer et al., 2016). Obwohl Gewalterfahrungen beide Geschlechter betreffen, werden Frauen häufiger Opfer von Gewalt als Männer. Das Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung (United Nations Office on Drugs and Crime, 2019) gibt auf Basis der Daten von 17 Staaten an, dass 37% der Tötungsdelikte unter Einfluss von Substanzen, davon 90% unter dem Einfluss von Alkohol, verübt wurden. Bei Tötungsdelikten durch den oder die Partner\_in sind die Opfer in 82% der Fälle Frauen, 58% der Tötungen von Frauen werden von dem oder der Partner\_in verübt (United Nations Office on Drugs and Crime, 2019). Substanzmissbrauch des Täters, aber auch des Opfers gelten als Risikofaktoren für die Tötung der

Frau (Spencer & Stith, 2018), das Risiko für Gewalt durch den Partner erhöht sich durch den Substanzgebrauch der Frau (Spencer et al., 2019). Chelsea Spencer und ihr Team (2019) fanden außerdem heraus, dass Alkoholgebrauch bei Frauen das Risiko, Opfer zu werden, erhöht, nicht jedoch bei Männern.

Dies ist unter anderem auf die besonderen Lebenssituationen abhängiger Frauen zurückzuführen, so leben Frauen viel häufiger in Suchtpartnerschaften als Männer, in denen sie (neuerliche) Gewalterfahrungen machen. Auch Prostitution ist ein Risikofaktor für Opfererfahrungen abhängiger Frauen, in einer groß angelegten europäischen Untersuchung berichten in dieser Untergruppe zwei Drittel der Frauen, Opfer von Gewaltdelikten geworden zu sein (Stevens et al., 2007). Die illegale Drogenszene übt darüber hinaus eine weitere Form der Unterdrückung auf abhängige Frauen aus. Die Szene ist oft das einzige soziale Umfeld der Betroffenen, doch auch hier berichten sie von Hierarchien, in denen Männer »das Sagen haben« und Solidarität zwischen den Frauen selten vorkommt (Bernard, 2019). Frauen sind häufig Opfer von Gewalt aus der Szene, hingegen üben deutlich weniger Frauen selbst Gewalt aus, um sich zu behaupten.

Gewaltopfer haben ein überdurchschnittlich hohes Risiko, neuerlich zum Opfer zu werden, mit jeder zusätzlichen Gewalterfahrung steigt wiederum die Gefahr, eine posttraumatische Belastungsstörung oder andere psychische Folgestörungen zu entwickeln. Der Konsum von Alkohol oder Drogen wird in diesem Zusammenhang häufig zur Selbstmedikation und zur Verarbeitung der traumatischen Ereignisse eingesetzt. Das Erleben von Gewalt führt zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit von Substanzmissbrauch (Coker et al., 2002). Weibliche Drogensucht wird aus dieser Perspektive als Selbstheilungsversuch



fürerlittene Gewalt und Traumatisierungen betrachtet (Gahleitner, 2000; Tödt & Bernard, 2016). Dabei entsteht oft ein gefährlicher Kreislauf aus Konsum, Gewalt und Traumafolgestörungen.

Zusätzlich problematisch ist, dass weibliche Gewaltopfer typischerweise auch dazu neigen, diese Erfahrungen zu internalisieren und die Opferrolle einzunehmen, die Schuld bei sich selbst suchen statt bei dem oder der Täter\_in. Erlebte Gewalt kann zu Scham- oder Schuldgefühlen führen (Beck et al., 2011), die häufig nicht zu einer Veränderung der Gegebenheiten motivieren (Leach & Cidam, 2015). Durch die Lebensgeschichte und Erfahrungen von drogenabhängigen Frauen haben diese oft mangelhaft ausgeprägte Fähigkeiten, die Lebensbedingungen aktiv und eigenverantwortlich gestalten zu können (Bundesamt für Gesundheit, 2012), wie auch eine geringe Selbstwirksamkeitserwartung und geringer ausgeprägte Kontrollüberzeugungen. Die schwierigen Lebenssituationen scheinen vielen drogenabhängigen Frauen in gewalttätigen Partnerschaften nicht veränderbar zu sein.

Zwischen Abhängigkeit, Geschlecht und Gewalt gibt es demnach vielfältige Zusammenhänge, die vor allem in der Behandlung besonders berücksichtigt werden sollten.

### Behandlung abhängiger Frauen am Beispiel der »Gesundheitsgreisslerei«<sup>1</sup>

Abhängige Frauen sind als eigene soziale »Problemgruppe« viel zu wenig sichtbar. Dabei geht es bei der Therapie süchtiger Frauen immer auch um gesellschaftliche Faktoren, die die Unterdrückung und Ausbeutung von Frauen erleichtern und in die Sucht führen können. Diese müssen in der therapeutischen Behandlung, im Kreieren von Ausstiegsmöglichkeiten und in der weiteren Lebensplanung Beachtung finden. Eine zielgruppengerechte Behandlung erfordert umfangreiches Wissen über Geschlechtsunterschiede bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Abhängigkeitserkrankungen, um die Akzeptanz und Wirksamkeit der angebotenen gendersensiblen Behandlungen zu erhöhen (Bernard, 2016).

Um diesen Anforderungen in der Behandlung optimal gerecht zu werden, wurde im Jahr 2021 eine eigene frauenspezifische Behandlungseinrichtung für süchtige Frauen eröffnet, die

»Gesundheitsgreisslerei« in 1100 Wien. Das Behandlungsprogramm besteht aus ambulanten sowie tagesstrukturierten Angeboten, die frauenspezifische Themen aufgreifen und zur Auseinandersetzung mit Thematiken abseits der tradierten Rollenzuschreibungen einladen. Ein Fokus liegt in der Entwicklung und dem Ausbau von Entfaltungsmöglichkeiten und der Förderung vorhandener Ressourcen. Die Stärkung der Selbstwirksamkeit und der Kontrollüberzeugungen soll dabei helfen, die eigene Lebensumwelt als selbst gestaltbar und veränderbar zu erleben. Der Förderung von Autonomie und Selbstständigkeit kommt im Sinne des Empowerment-Konzeptes eine hohe Bedeutung zu. Durch die Gestaltung als rein frauenspezifisches Angebot (alle Angebote werden ausschließlich durch weibliches Personal durchgeführt, es gibt weder beim Personal noch bei den Patientinnen eine Durchmischung der Geschlechter) gibt es einen geschützten Rahmen, in dem auf die Bedürfnisse süchtiger Frauen optimal eingegangen werden kann. Für Frauen, die sich in gewalttätigen Partnerschaften befinden oder andere traumatisierende Erfahrungen mit Männern haben, erleichtert dies den Zugang zur Behandlung. Ein rein weibliches Behandlungssetting soll helfen, die Angst abzubauen, sich in einem sehr männlich dominierten Bereich wie der Suchterkrankung in eine Hilfeeinrichtung zu begeben, sich dort mit den eigenen Themen auseinanderzusetzen und dabei auf sich selbst zu konzentrieren.

### Literaturverzeichnis

**Anzenberger, J., Busch, M., Gaiswinkler, S., Grabenhofer-Eggerth, A., Klein, C., Schmutterer, I. et al.** (2020). Epidemiologiebericht Sucht 2020. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak. Wien: Gesundheit Österreich GmbH. Zugriff am 15.5.2021 <https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:52c0bcd6-91d2-4ba8-8f37-2c37332c2a77/Epidemiologiebericht%20Sucht%202020.pdf>.

Beck, J. G., McNiff, J., Clapp, J. D., Olsen, S. A., Avery, M. L. & Hagewood, J. H. (2011). Exploring negative emotion in women experiencing intimate partner violence: Shame, guilt, and PTSD. *Behavior Therapy*, 42, 740–750.

**Bernard, C.** (2016). Gender und illegale Drogen: Ein Überblick. In M. Tödt & C. Bernard (Hrsg.), *Frauensuchtarbeit in Deutschland* (S. 15–44). Bielefeld: transcript Verlag.

**Bernard, C.** (2019). Frauen in Drogenszenen.

Spezifika ihrer Lebenssituation. In R. Feustel, H. Schmidt-Semisch & U. Bröckling (Hrsg.), *Handbuch Drogen in sozial- und kulturwissenschaftlicher Perspektive* (S. 611–626). Wiesbaden: Springer VS.

**Bundesamt für Gesundheit** (2012). *Frauengerechte Beratung, männergerechte Beratung*. Bern: BAG.

**Coker, A. L., Davis, K. E., Arias, I., Desai, S., Sanderson, M., Brandt, H. M. & Smith, P. H.** (2002). Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *American Journal of Preventive Medicine*, 23, 260–268.

**Gahleitner, S.** (2000). *Sexueller Mißbrauch und seine geschlechtsspezifischen Auswirkungen*. Marburg: Tectum.

**Leach, C. W. & Cidam, A.** (2015). When is shame linked to constructive approach orientation? A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 109, 983–1002.

**Schäfer, I., Barnow, S., Pawils, S. et al.** (2016). Substanzbezogene Störungen als Ursache und als Folge früher Gewalt. *Bundesgesundheitsblatt*, 59, 35–43.

**Spencer, C. M. & Stith, S. M.** (2018). Risk factors for male perpetration and female victimization of intimate partner homicide: A meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 21, 527–540.

**Spencer, C. M., Stith, S. M. & Cafferky, B.** (2019). Risk markers for physical intimate partner violence victimization: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 44, 8–17.

**Stevens, A., Berto, D., Frick, U., Kersch, V., McSweeney, T., Schaaf, S. et al.** (2007). The victimization of dependent drug users: Findings from a European study. *European Journal of Criminology*, 4, 385–408.

**Stöver, H.** (2016). Gender und psychoaktive Substanzen. In M. von Heyden, H. Jungaberle & T. Majič (Hrsg.), *Handbuch Psychoaktive Substanzen* (S. 41–49). Berlin: Springer.

**Tödt, M. & Bernard, C.** (2016). *Frauensuchtarbeit in Deutschland*. Bielefeld: transcript Verlag.

**United Nations Office on Drugs and Crime** (2019). *Global study on homicide: Executive summary*. Zugriff am 15.5.2021 <https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/gsh/Booklet1.pdf>.

<sup>1</sup> Die Gesundheitsgreisslerei. Eine Außenstelle der SHH GmbH.

#### Dr.<sup>in</sup> Barbara Gegenhuber, MA

Klinische- und Gesundheitspsychologin, Geschäftsführerin des Schweizer Haus Hadersdorf, Psychologische Leiterin der Gesundheitsgreisslerei.

#### Mag.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Hanna Weichselbaum

Klinische Psychologin in Ausbildung unter Supervision im Schweizer Haus Hadersdorf. Davor wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Fakultät für Psychologie der Universität Wien.

# Aggression und Suizidalität



von Thomas Bronisch

Aggressivität und Impulsivität, Reizbarkeit und Feindseligkeit, die der Aggressivität nahestehen, sind eine wichtige Determinante suizidalen Verhaltens und damit auch des Erkennens von suizidalem Verhalten.

Wie schon in Freuds Theorie festgehalten, scheint eine enge Verbindung zwischen Suizidalität und Aggressivität zu bestehen. Aggression ist die beabsichtigte oder tatsächliche Zufügung von Reizen, die einem anderen Subjekt oder einem Objekt Schaden oder Schmerzen zufügen. In der neueren Psychologie wird der Aspekt der Beabsichtigung, also die Intention, als entscheidendes Merkmal für die Definition von Aggression gesehen. Aggression kann in einem vektorialen Schema mit den drei Komponenten Affekt (anger), Verhalten (injurious) und Absicht (intent) charakterisiert werden. Eng verknüpft mit Aggressivität sind Impulsivität, Reizbarkeit und natürlich Feindseligkeit – Begriffe, die in der wissenschaftlichen Literatur immer wieder aufgeführt werden.

Aggressivität und Impulsivität, Reizbarkeit und Feindseligkeit, die der Aggressivität nahestehen, sind eine wichtige Determinante suizidalen Verhaltens und damit auch des Erkennens von suizidalem Verhalten. Im Gegensatz jedoch zu Freuds Theorie ist es nicht nur die nach innen, gegen das eigene Ich gerichtete Aggressivität, sondern vor allem auch die nach außen gerichtete Aggressivität: In prospektiven Studien, z.B. bei der Untersuchung von Probanden einer repräsentativen schweizerischen Normalbevölkerungsstichprobe, wurde nach 20 Jahren festgestellt, dass diejenigen, die in der Zwischenzeit einen Suizidversuch begangen hatten, hohe Werte auf einer Aggressivitätsskala aufwiesen gegenüber den Gesundgebliebenen und den Probanden, die trotz Entwicklung einer Depression keinen Suizidversuch unternommen hatten.

Bis zum Zweiten Weltkrieg war Suizidalität eng verknüpft mit Depressivität, depressiver Erkrankung und in den einschlägigen diagnostischen Klassifikationssystemen als ein Symptom einer depressiven Störung oder Erkrankung geführt worden. Mit der nach dem

Zweiten Weltkrieg sich entwickelnden neurobiologischen und neuropsychologischen Forschung in der Psychiatrie generell und in der Suizidforschung speziell zeigte sich, dass suizidales Verhalten eng verbunden ist mit einem Mangel an Impulskontrolle und Aggressivität. Es lag daher nahe, direkt die neurobiologischen Korrelate von aggressivem und impulsivem Verhalten bei Patienten generell und gesunden Kontrollen anzuschauen und mit den Ergebnissen aus der neurobiologischen Suizidforschung zu vergleichen. Hierbei erwies sich auch die Betrachtung einer spezifischen Gruppe von Patienten als besonders hilfreich, nämlich der Gruppe der Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Diese Patienten vereinen in sich suizidales und selbstschädigendes sowie impulsives und aggressives Verhalten.

Die »Serotonin-Hypothese der Suizidalität« postuliert ein präsynaptisches serotonerges Defizit im präfrontalen Cortex und subkortikalen Strukturen, das zu impulsiven und auto- und heteroaggressiven Verhaltensweisen disponiert. Sofern positive Ergebnisse hinsichtlich neurobiologischer Veränderungen bei Suizidalität bestehen, so handelt es sich entweder um Suizide oder um Suizidversuche mit violenten – harten – aggressiven Methoden. Die Frage bleibt allerdings offen, ob diese violenten Suizidmethoden Ausdruck sind für eine verminderte Aggressionskontrolle oder für eine ausgeprägte Intention zu sterben. Aus den referierten sehr ähnlichen Ergebnissen der Neurobiologie von aggressivem und suizidalem Verhalten könnte eine neurobiologisch determinierte Vulnerabilität im serotonergen System für Suizidalität und Aggressivität resultieren. Zahlreiche Befunde deuten weiterhin auf eine Dysregulation des Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Systems (Hypothalamus-Pituitary-Adrenal- bzw. HPA-System) mit Cortico-Releasing-Hormone (CRH)-Hypersekretion bei





Suizidales Verhalten ist eng verbunden mit einem Mangel an Impulskontrolle und Aggressivität.

suizidalen und aggressiven Patienten hin. Aufgrund präklinischer Daten ist es denkbar, dass die chronische Aktivierung des HPA-Systems das serotonerge Defizit verstärkt.

Die Kombination von psychopathologischen Befunden, neuropsychologischen und neurobiologischen Parametern ermöglicht in der genetischen Forschung die Erfassung von sogenannten Endophänotypen, die zwischen dem psychopathologischen Phänotyp und dem Genotyp eine Brücke schlagen (sogenannter intermediärer Phänotyp). Diese Endophänotypen sollen die Forschung näher an die biologischen Ursprünge von physiologischem und pathologischem Verhalten bringen. Die Befunde der Dysfunktion im serotonergen System geben Hinweise dafür, dass genetische oder durch frühe Traumatisierung bedingte Auffälligkeiten im serotonergen System über den Endophänotyp der mangelnden Impuls- und Aggressionskontrolle vermittelt werden.

Mithilfe der in der Neuropsychologie und Neurobiologie erhobenen Befunde könnten somit die biologischen,

aber auch psychologischen Wurzeln von Suizidalität, Aggressivität und Impulsivität besser verstanden werden. Hierbei ist die Verknüpfung von Impulsivität und Aggressivität aber nicht unproblematisch, da Korrelationsberechnungen zwischen Impulsivitäts- und reinen Aggressivitätsmaßen nur eine Höhe von 0,5 oder 0,6 erreichen, d. h., die gemeinsame Varianz lediglich bei ca. 30 % liegt.

Schließlich könnten mithilfe neuerer Erkenntnisse aus der neurobiologischen Forschung bessere Therapiestrategien entwickelt werden. Eines der größten Probleme in der Behandlung von Patienten ist die mangelnde Vorhersehbarkeit und Kontrolle von – weiterem – suizidalem und aggressivem Verhalten. Dies mag einerseits an der fehlenden Einsicht der Patienten liegen, sich vor allem nach einem Suizidversuch einer längerfristigen Therapie zu unterziehen. Dadurch gerät der Suizident in eine erneute suizidale Krise, auf deren Bewältigung er nicht ausreichend vorbereitet ist. Auf der anderen Seite mag es bei einer Neigung zu überschießender Auto- und Heteroaggressivität auch an der biologischen

mitbegründeten fehlenden Impulskontrolle liegen. Impulsivität, Auto- und Heteroaggressivität sind aber psychotherapeutisch wie pharmakotherapeutisch bisher schlecht zu behandeln.

#### Literatur

**Bronisch, T.** (2009): Neurobiologie von suizidalem Verhalten und Aggression. *Psychotherapie* 14: 58–79.

**Bronisch, T.** (2014): *Der Suizid. Ursachen, Warnsignale, Prävention*. 6., bearbeitete Auflage. München: Beck (Übersetzung ins Bulgarische, Koreanische und Chinesische).

**Bronisch, T.** (2020): Die klinische Sicht – Ursachen und Behandlung von Suizidalität. In: Gerngroß, J. (Hrsg.): *Suizidalität und Suizidprävention bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Schattauer, S. 99–134.

#### Prof. Dr.med. Thomas Bronisch

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, war als Oberarzt an der Klinik des Max-Planck-Instituts München tätig und führt jetzt eine ambulante Privatpraxis in München.

# Pandemiebedingte Ärgerreaktionen und aggressives Verhalten



von Claudia de Boer

Es ist erforderlich, dass Menschen bei pandemiebedingtem Erleben von Ärger über ein flexibles, situationsangemessenes und sozial verträgliches Ärgerverhalten verfügen

Eine Pandemie stellt für die meisten Menschen eine starke Belastung dar. Akute und dauerhafte Stressreaktionen wie Angst, Ärger, Depressionen, posttraumatische Belastungsreaktionen bis hin zu aggressivem sowie suizidalem Verhalten sind häufig während und nach einer Pandemie festzustellen. Insbesondere Menschen, die sich (dauerhaft) isoliert und als ausgeschlossen erleben, weisen gravierende soziale und gesundheitliche Folgereaktionen auf (Steffgen & de Boer, 2020).

## Auswirkungen einer Pandemie auf Ärger und aggressives Verhalten

Nachweislich kommt es bei pandemiebedingter sozialer Isolation zu verstärktem Ärger und aggressiven Verhaltensweisen. Je länger dabei die soziale Isolation anhält, desto stärker treten bei einem größeren Personenkreis Ärger und aggressive Verhaltensweisen mit kurz- sowie langfristigen negativen Folgen auf. Gravierende körperliche, psychische und soziale Einschränkungen und Schädigungen sind hierzu nennen (Steffgen & de Boer, 2020).

Dabei wirkt sich häufiger und intensiver Ärger nicht nur schädlich auf die Person selbst aus, sondern auch auf die Beziehung zu anderen, insbesondere wenn die Person nicht alleine, sondern mit dem Partner oder der Familie isoliert wurde. Dabei ist nicht so entscheidend, dass Ärger empfunden wird, sondern vielmehr, wie dieser von der Person ausgedrückt wird. Insbesondere häufige Ärgerausbrüche einhergehend mit impulsiv-aggressiven Reaktionen oder wiederholtes Unterdrücken einhergehend mit Unterwerfung sowie das ständige Brüten und Grübeln über das Ärgerereignis erweisen sich als problematisch. Belegt ist, dass der stetig wiederkehrende Einsatz nur einer Form des Ärgerausdrucks wenig effektiv und kaum funktional ist. Vielmehr ist es erforderlich, dass Menschen auch bei pandemiebedingtem Erleben von Ärger über ein flexibles, situationsangemessenes und sozial verträgliches Ärgerverhalten

verfügen (Steffgen & de Boer, 2020).

Während einer Pandemie leben Menschen in einer Situation, in der durch Quarantänemaßnahmen eine Nähe erzwungen wird, die im Normalfall so nicht auftritt. Hinzu kommt, dass wichtige Bedürfnisse, wie sozialer Kontakt zu Personen außerhalb des eigenen Haushaltes sowie die Ausübung von Hobbys und anderen Aktivitäten, weitestgehend bis komplett entfallen. Menschen reagieren auf diesen Verlust mit erhöhten Stressreaktionen und emotionaler Destabilisierung. Ein erhöhter Stresslevel führt dann zu häufigerem Ärger und erhöht damit die Wahrscheinlichkeit von ungünstigen Ärgerreaktionen besonders bei Personen, die schon vor einer Pandemie Ärgerprobleme hatten.

Empirische Studien belegen, dass sich die erzwungene Nähe bei sozialer Isolation auch als ein Risikofaktor von Aggressionen erweist. Die Gefahr von eskalierenden familiären Konfliktsituationen steigt in dieser Situation, insbesondere in Familien, die aus ökonomischen Gründen auf engem Raum leben müssen oder in denen familiäre Gewalt schon vor der Pandemie ein Problem darstellte. Das Auftreten dieser Form der Aggression wird während einer Pandemie insbesondere dadurch begünstigt, dass die Familien häufig gegen Beobachtung von außen abgeschirmt sind und dass oft nur eine geringe Bereitschaft der Opfer besteht, die Gewalttat offenzulegen. Zudem birgt die soziale Isolation das vermehrte Risiko, dass Täter erleichtert Zugang zu potenziell verletzlichen Opfern erhalten, bei gleichzeitigem Wissen, dass eine Tat kaum auf Widerstand stößt und kaum Konsequenzen bzw. Sanktionen durch Institutionen nach sich ziehen wird. Insbesondere sind bereits belastete Familien und Beziehungen, bei denen erschöpfte Ressourcen, ein hohes Maß an Familien- oder Beziehungskonflikten und ein geringer Grad an familiärem Zusammenhalt sowie innerfamiliär bedingter Eskalationsdynamik vorliegen, für das Auftreten familiärer Gewalt prädestiniert.



## Umgang mit Ärger und Aggressionen während und nach einer Pandemie

Wie sollte mit intensivem Ärger und unkontrolliertem Ärgerausdruck umgegangen werden? Welche Maßnahmen helfen bei unangemessenem Ärgerausdruck? Und wie ist auf Aggressionen und Vorfälle familiärer Gewalt zu reagieren? Ein wesentlicher Schritt besteht hier sicherlich darin, dass eine Person, die sich häufig intensiv ärgert, für sich erkennt, dass ihr Ärger ihr selbst und auch den anderen nicht guttut, und sie bereit ist, ihren Ärger zu ändern. Unterschiedliche Wege können begangen werden, um – während einer Pandemie – Ärger(konflikte) zu minimieren oder neues Ärgerverhalten zu erlernen:

1. Indem die Person selbst Einfluss auf ihren Ärger nimmt: Hier besteht zum Beispiel bei akuten starken Ärgerreaktionen die Möglichkeit, dass die Person kurzfristige Abreaktionsstrategien einsetzt. Solche kurzfristig hilfreichen Strategien sind sehr individuell und können einfache, die Sinne einbeziehende Tätigkeiten wie Musik hören, kalt duschen, eine Chilischote in den Mund nehmen o. Ä. beinhalten. Langfristig müsste die Person lernen und einüben, ihre Ärgerreaktionen besser zu verstehen und deeskalierende Konfliktbewältigungsstrategien zu entwickeln und einzusetzen.

Hilfreiche Mittel, um Spannung zu reduzieren, sind Sport, Bewegung und Entspannungstechniken. Aus diesem Grunde sind Sport und Bewegung auch in Lockdown-Situationen meist mit Einschränkungen außerhalb von Wohnungen erlaubt.

Selbsthilfebücher können genutzt werden, um an dem eigenen Ärgererleben und -verhalten zu arbeiten. Hier finden sich Informationen über alternative Umgangsweisen, um den Ärger angemessen zu bewältigen (Steffgen, de Boer & Vögele, 2016). So lernen die Personen, Ärgersituationen zu analysieren und neue Bewältigungsstrategien – wie zum Beispiel gedankliche Strategien – einzusetzen. Sie lernen auch, wie sie Ärger deeskalierend ansprechen können und wie sie Konflikten vorbeugen oder diese klein halten können.

Ärgerreduzierend wirken auch sehr einfache Handlungen. Dazu gehört, dass feste Tagesstrukturen auch in einer Homeoffice-Situation sowohl für die Erwachsenen wie auch für die Kinder eingehalten werden sowie feste Rituale festgelegt werden, die auch in der

Pandemiesituation eingehalten werden (z. B. gemeinsame Mahlzeiten, Gesellschaftsspiele am Abend u. a.).

Eltern können sich gegenseitig entlasten, indem jeder Elternteil abwechselnd einmal «Familienauszeit» erhält und sich in einen anderen Raum zurückziehen kann, um etwas für sich zu machen (telefonieren, lesen, fernsehen, ausruhen ...).

Regelmäßige Familienkonferenzen, in denen Fragen geklärt, Aktivitäten geplant und Konflikte offen angesprochen werden, helfen, die familiären Konfliktfelder zu reduzieren und rechtzeitig deeskalierend zu wirken.

2. Indem die Person Fachberatung aufsucht: Eine professionelle Beratung kann genutzt werden, wenn die Ärgerbewältigung anhält und sich die eigenen Möglichkeiten, den Ärger zu bewältigen bzw. den Ärgerkonflikt zu lösen, als nicht ausreichend erweisen. Der Vorteil einer derartigen Beratung ist, dass das Erlebte aus unterschiedlichen Blickwinkeln beleuchtet wird und alternative Wege, mit dem Ärger(konflikt) umzugehen, erarbeitet werden.

Während einer Pandemie kann das persönliche Aufsuchen einer Fachberatung ein Problem darstellen. Digitale Beratungsdienste und Telefonberatung auf Bundes- oder Landesebene sind hier eine gute Alternative.

Zum Umgang mit eigenem Ärger gehört die Übernahme von Verantwortung für das eigene Handeln. Aggressives Verhalten gegenüber anderen ist eine inadäquate Konfliktbewältigung und muss beendet werden. Täter sollten sich daher infrage stellen: Weshalb werde ich gewalttätig? Welche Not/welches Bedürfnis steht hinter meinem Verhalten? Wie kann ich mich beruhigen? Wo kann ich Hilfe bekommen, wenn es mir nicht gelingt, die Gewalt einzustellen?

3. Opfer- und Täter-Fachberatung: Tritt aggressives Verhalten in Form familiärer Gewalt auf, gibt es mittlerweile viele Opfer- und Täter-Hilfsdienste, die online oder telefonisch sowohl die Opfer wie die Täter unterstützen können (z. B.: Hilfefon Gewalt gegen Frauen, Hilfefon für Täter: Bundesarbeitsgemeinschaft Täterarbeit häusliche Gewalt e. V. und andere).

Opfer sollten umgehend handeln und den direkten Kontakt nach außen herstellen. Neben der Polizei sind entsprechende Fachberatungsangebote mithilfe moderner Kommunikationsmöglichkeiten zu nutzen, d. h.: Polizeischutz anfordern.

Die Polizei hat den gesellschaftlichen Auftrag, die Mitbürger vor aggressiven Übergriffen zu schützen. Insbesondere in konkreten Not- und Krisensituationen, z. B. wenn für Opfer keine Möglichkeiten bestehen, sich vor dem Täter zu schützen, ist sie ein primärer Ansprechpartner.

4. Nachbarschaftshilfe und Unterstützung

Opfer von häuslicher Gewalt gelingt es oft nicht, sich die Hilfe zu holen, die sie brauchen. Sie sind daher darauf angewiesen, dass Nachbarn aufmerksam sind und von sich aus Hilfe rufen, wenn sie den Verdacht haben, dass in einer Familie häusliche Gewalt auftritt.

## Schlussbemerkung

Um das Auftreten von häufigem intensivem Ärger und unangemessenem Ärgerausdruck sowie aggressivem Verhalten während und nach einer Pandemie zu verringern bzw. zu verhindern, sind gezielte Maßnahmen erforderlich. Bei Ärgererleben sollte eine Person lernen, selber Einfluss auf ihren Ärger zu nehmen und/oder eine ausgewiesene Fachberatung online zu nutzen. Insbesondere die Problematik der familiären Gewalt während und nach einer Pandemie erfordert gezielte Aufmerksamkeit und eine angemessene Reaktion. Neben dem Anfordern von Polizeischutz ist hier auch eine professionelle Opfer-Täter-Fachberatung erforderlich. Diese kann mittlerweile auch oft schon online oder über Hilfefonnummern erfolgen.

## Literatur

**Steffgen, G. & de Boer, C.** (2020). Umgang mit Ärger und Aggressionen bei sozialer Isolation in Pandemiezeiten. In C. Benoy (Hrsg.), COVID-19 – Ein Virus nimmt Einfluss auf unsere Psyche (S. 93–92). Stuttgart: Kohlhammer.

**Steffgen, G., de Boer, C. & Vögele, C.** (2016). Mit Ärger konstruktiv umgehen. Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige. Göttingen: Hogrefe.

### Claudia de Boer

Psychologische Psychotherapeutin / lizenzierte Psychotherapeutin in Luxemburg, Supervisorin. Ausbildung in Verhaltenstherapie (IVV), in Gesprächspsychotherapie, in Gestalttherapie, in systemischer Therapie. Seit 1997 in eigener Praxis für Psychotherapie mit Jugendlichen und Erwachsenen tätig. Dozentin im Studiengang »Master in Psychotherapie« an der Universität Luxemburg für die Themen »Eating and Feeding disorders« und »Anger related disorders«.

# Aggression und Lebenskraft



von Günther Bitzer-Gavornik

»Aggression ist wie Feuer:  
Sie wärmt, durchblutet, verletzt,  
zerstört und ist lebensnotwendig.«  
(Auguste und Rene Reichel: Mit  
Angst, Lust und Aggression leben)

**W**as ist eigentlich Aggression? Darauf gibt es unterschiedliche Antworten:

■ In psychologischen Lehr- und Wörterbüchern wird Aggression durchgängig als verletzendes und destruktives, zerstörendes Handeln bezeichnet, sowohl körperlich als auch verbal.

■ Der bekannte Aggressionsforscher F. Hacker schreibt, dass nicht alle Aggression Gewalt ist, aber alle Gewalt ist Aggression.

■ Der bekannte Neurowissenschaftler J. Bauer meint, dass Aggression auch konstruktives Verhalten sein kann, wenn es eine kommunikative Funktion des Aufmerksammachens beinhaltet.

■ Auch in den verschiedenen Psychotherapie-Schulen gibt es unterschiedliche Ansätze:

- Einerseits kommt es zur klaren Ablehnung des Begriffs »konstruktive oder positive Aggression«. H. Petzold schlägt deshalb vor, den Begriff »Assertivität« zu verwenden. Damit ist die Fähigkeit zur Selbstbehauptung gemeint, also die Fähigkeit, seine Meinung, seine Gefühle etc. respektvoll, ohne die Verletzung der Rechte seiner Mitmenschen auszudrücken.

- Andererseits gibt es die Meinung, dass zwischen konstruktiver oder positiver Aggression, die dem Leben, seinem Erhalt und Schutz dient, und destruktiver Aggression, die auf Schädigung und Zerstörung hinzielt, zu unterscheiden ist.

■ In dem empfehlenswerten Buch »Mit Angst, Lust und Aggression leben« findet sich eine interessante Beschreibung: »Aggression ist wie Feuer: Sie wärmt, durchblutet, verletzt, zerstört und ist lebensnotwendig. Der Umgang mit Feuer und Aggression erfordert Wissen und Übung; ungehemmte Aggression kann wie ein Großbrand sein, wenn sie zur Gewalt wird, und unterdrückte Aggression kann zu einem Schmelbrand werden: irgendwann sind die Leitungen durch ... Aggression wird erst durch den Gebrauch, durch das Maß und das Ziel destruktiv oder konstruktiv.«

■ Noch eine andere interessante Fachmeinung gibt es, in der vertreten wird, dass das aggressive Unterlassen von Hilfe heute das häufigste aggressive Verhalten darstellt.

Die Wurzel des Wortes Aggression liegt im Lateinischen und hat mehrere Bedeutungen, z. B. jemanden angreifen, überfallen, aber auch an jemanden herantreten, etwas angehen, in Angriff nehmen ...

Von der ursprünglichen Wortbedeutung her wird Aggression also im Ausdruck, in der Handlung destruktiv oder konstruktiv.

So werden auch im Gesetz Notwehr und Nothilfe nicht als Gewalthandlungen bestraft, obwohl es dabei notwendigerweise oft zu aggressiven Handlungen kommt. Diese Handlungen müssen aber angemessen sein, dies wird von einem Gericht geprüft.

Wie auch immer wir Aggression definieren, im zwischenmenschlichen Bereich werden Aggressionen häufig durch starke Gefühle hervorgerufen, besonders durch Ärger und Wut. Die meisten von uns haben wohl als Kinder schon gelernt, Ärger und Wut nicht auszudrücken. »Sei nett, sei brav, sei lieb ...« wurde von vielen als unterdrückende Fremdbotschaft internalisiert, sodass wir uns auch noch als Erwachsene daran halten, um sozial angenommen zu werden. Dies kann natürlich oft auch sinnvoll und weiterführend sein, aber es entwickeln sich dadurch auch oft selbstunterdrückende Verhaltensmuster, die konstruktiven Lösungen im Wege stehen. Wir würden uns gerne irgendwie wehren, unsere Wünsche ausdrücken, ein klares Nein aussprechen, aber wir können es aufgrund unserer erlernten Muster einfach nicht. Viele müssen mit dem Unwohlsein und dem Nichtzufriedensein mit dem eigenen Verhalten leben und entwickeln Autoaggressionen. Diese Unterdrückung von Lebensimpulsen kann bis hin zu psychischen Störungen und psychosomatischen Erkrankungen führen.

Damit wir zu mehr Lebenskraft kommen, vital und in angemessener Selbstbehauptung leben können, ist es notwendig, dass wir uns aus den Fesseln verinnerlichter Verbote und der Angst vor Strafe befreien.

Das Zeigen und Kundtun der Gefühle, so sind sich die meisten ExpertInnen wohl einig, ist in jedem Fall





Fernöstliche Kampfkünste, die einerseits die Selbstbehauptungsfähigkeit, andererseits die Fähigkeiten zur Selbstbeherrschung und Gelassenheit fördern.

gesünder, als seine Gefühle ständig zu unterdrücken. Dies gilt nicht nur für Ärger oder Wut, auch für alle anderen Gefühle wie Freude oder Lust.

Die Gerichtspsychiaterin H. Kastner meint, dass sich die Energie von Wut und Ärger sogar positiv nutzen lässt, sie kann als Anstoß für Veränderungen wirken. Allerdings nur, wenn die Person ein gutes Verhältnis zu sich selbst hat, ihre Emotionen erkennen und zulassen kann.

Psychopathische Gewalttäter wirken meist emotional völlig neutral, ihnen ist der Zugang zu ihren Gefühlen längst abhandengekommen.

Abschließend einige Tipps für einen möglichen konstruktiven Umgang mit der eigenen Aggression:

1. Erlaube dir, aggressive Gefühle wie Ärger oder Wut zu haben, Aggression gehört grundsätzlich zum menschlichen Dasein.
2. Beobachte dich dabei, was in dir passiert, wenn du aggressive Gefühle hast.
3. Beantworte folgende Fragen:
  - Wodurch sind die aggressiven Gefühle bei mir ausgelöst worden?
  - Woher kenne ich solche Gefühle (auch aus meiner Kindheit)?
  - Wie möchte ich mich in einer solchen Situation verhalten?
  - Welche Ressourcen habe ich, mich meinen Wünschen gemäß zu verhalten?

- Was hindert mich daran, mich meinen Wünschen gemäß zu verhalten?
- Was brauche ich an Unterstützung, um mit meinen Aggressionen besser umzugehen?

4. Suche den Austausch über deine Gefühle mit Menschen, zu denen du Vertrauen hast.

Oft ist es hilfreich und notwendig, professionelle Unterstützung (von PsychotherapeutInnen, LebensberaterInnen oder PsychologInnen) für die Aufarbeitung dieses Themas in Anspruch zu nehmen. Dies ist in Einzelberatungen möglich, oft ist es noch besser, das Thema in einer Selbsterfahrungsgruppe zu bearbeiten, da dort auch andere TeilnehmerInnen mit ähnlichen Problemen sein werden.

Oft werden wir durch jahre- oder jahrzehntelange Unterdrückung unserer aggressiven Impulse an einem konstruktiven Umgang mit unserer Aggression gehindert. Für diese Aufarbeitung ist professionelle Begleitung unumgänglich.

Daher biete ich seit vielen Jahren Selbsterfahrungsseminare unter dem Titel »Aggression und Lebenskraft« an. Die Rückmeldungen der vielen TeilnehmerInnen waren durchgängig sehr positiv, durch die psychotherapeutische Bearbeitung kamen die TeilnehmerInnen zu mehr Ausdrucksfähigkeit und Lebenskraft.

Diese Gruppen wurden auch von TeilnehmerInnen mit überschießenden Gefühlen als hilfreich erlebt. Aggressive Menschen können sich zwar meist besser durchsetzen, zerstören aber oft Kontakte und Beziehungen. Für diese (verbal) oft rücksichtslosen und übergriffigen Menschen empfiehlt sich auch Aggressionsbewältigungstraining oder Anti-Aggressionstraining, in dem ein kontrollierter Umgang mit der eigenen Aggression erlernt werden kann.

Auch Sport kann hilfreich sein, insbesondere fernöstliche Kampfkünste, die einerseits die Selbstbehauptungsfähigkeit, andererseits die Fähigkeiten zur Selbstbeherrschung und Gelassenheit fördern.

Zur Vertiefung empfehle ich folgende Bücher:

- Auguste und Rene Reichel: »Mit Angst, Lust und Aggression leben«
- Heidi Kastner: »Wut – Plädoyer für ein verpöntes Gefühl«
- Joachim Bauer: »Schmerzgrenze«

#### **Dr. Günther Bitzer-Gavornik, Graz**

Psychotherapeut für Integrative Gestalttherapie und Integrative Therapie  
Leiter der SteiGLS-Akademie für Lebens- und Sozialberatung/Psychosoziale Beratung  
Psychologe/Pädagoge, Universitätslehrbeauftragter

# Unser Betreu

## Prävention

Suchtprävention ist dem *Grünen Kreis* ein besonderes Anliegen. Die Abteilung für Suchtprävention entwickelt individuell zugeschnittene, präventive Konzepte für öffentliche und private Unternehmen sowie Schulen, um dort zu helfen, wo im Vorfeld der Weg in die Sucht verhindert werden kann. Wir konzipieren suchtpreventive Maßnahmen zur Sensibilisierung der Mitarbeiter\*innen und zeigen Strategien für einen konstruktiven Umgang mit Suchtproblemen. Das Repertoire in diesem Bereich ist vielfältig und individuell zugleich, abgestimmt auf die Nöte und Anforderungen des jeweiligen Unternehmens und seiner Mitarbeiter\*innen.

### In Betrieben

Unsere betriebliche Suchtprävention hilft, Lernprozesse in Gang zu bringen. Sie will den Blick schärfen, um Krankheitsrisiken frühzeitig zu erkennen, und mithelfen, sinnvolle innerbetriebliche Lösungsansätze zu erarbeiten. Der Erwerb von Wissen und Handlungskompetenz, die Schulung von Lehrlingen, Mitarbeiter\*innen und Führungskräften sind vor diesem Hintergrund entscheidende Maßnahmen.

### In Schulen

Während der Schulzeit durchlaufen Kinder und Jugendliche häufig krisenhafte Entwicklungsphasen. Schulische Suchtprävention kann dazu beitragen, Jugendliche zu stützen, Entlastung zu schaffen, sie in die Lage zu versetzen, auf Krisensituationen kompetent zu reagieren und ein suchtförderndes Verhalten zu vermeiden.

## Stationäre Kurzzeittherapie

Die stationäre Kurzzeittherapie ist gedacht für erwachsene Suchtkranke die einer kurzfristigen stationären Intervention bedürfen, die rasch stabilisiert werden können und in einer weiterführenden ambulanten Therapie behandelt werden können. Idealerweise sind diese Klient\*innen in ihrem persönlichen Umfeld noch sozial integriert. Eine abgeschlossene Ausbildung oder eine Arbeitsstelle ist vorhanden bzw. es kann wieder rasch ein Arbeitsplatz gefunden werden.

Aufnahme finden auch Klient\*innen mit einer Weisung zu einer gesundheitsbezogenen Maßnahme (»Therapie statt Strafe« nach §35 und § 39 SMG, § 50/51 StGB, § 173 StPO, § 179 StVG), da der Bund die stationären Behandlungskosten nur bis zu einem Ausmaß von 6 Monaten übernimmt.

Im Rahmen der stationären Kurzzeittherapie findet auch die Alkoholentwöhnung/-rehabilitation für Wiener Klient\*innen statt. Sie haben die Möglichkeit, sich nach einem körperlichen Teil- oder Vollentzug, einer stationären Reha-Entwöhnung in der Dauer von 1 bis 3 Monaten im Sonderkrankenhaus Marienhof zu unterziehen. Mit »Alkohol. Leben können.« gibt es neue Möglichkeiten für die Betreuung, welche ganz auf die individuelle Situation der/des Betroffenen zugeschnitten ist.

## Beratung

Im Rahmen der ambulanten Abklärung erhalten Betroffene individuelle Unterstützung und Begleitung durch Mitarbeiter\*innen des Beratungs- & Betreuungsteams. Unsere Berater\*innen sind in ganz Österreich für Betroffene unterwegs. Gespräche können in Krankenhäusern, Justizanstalten, Einrichtungen der Sozialen Arbeit, in den Beratungszentren des Vereins *Grüner Kreis* und überall dort stattfinden, wo sich Hilfesuchende aufhalten.

### Unser Angebot richtet sich an

- Menschen mit substanzgebundenen Suchterkrankungen (legal und illegal)
- Menschen mit nicht substanzgebundenen Suchterkrankungen (z.B. pathologisches Glücksspiel)
- suchtkranke Erwachsene und Jugendliche
- ältere Suchtkranke
- suchtkranke Eltern und Mütter mit ihren Kindern
- Menschen mit komorbiden Erkrankungen
- Klient\*innen aus Wien, die einen körperlichen Teil- oder Vollentzug absolvieren möchten
- Klient\*innen aus Wien, die eine Alkoholrehabilitation absolvieren möchten
- Menschen mit einer richterlichen Weisung (§35 und § 39 SMG, § 50/51 StGB, § 173 StPO, § 179 StVG)
- Angehörige

## Stationäre Langzeittherapie

Die stationäre Langzeittherapie ist gedacht für jugendliche und erwachsene Suchtkranke, Paare oder Mütter mit Kindern, Multimorbiditätsklient\*innen und Menschen die ihr Leben und sich selbst neu organisieren und neu orientieren müssen. Sie ist für Menschen geeignet, die über einen sehr langen Zeitraum eine Vielzahl von Suchtmitteln missbrauchten (Polytoxikomanie), bei Abhängigen mit psychiatrischen Diagnosen, Persönlichkeits- und/oder Sozialisationsstörungen, psychischen oder physischen Folgeerkrankungen sowie psychosozialen Auffälligkeiten.

Therapieziel ist das Erleben von stützenden, zwischenmenschlichen Beziehungen und das Erkennen und Verstehen von Zusammenhängen zwischen Suchterkrankung und eigener Lebensgeschichte.

Ziel ist die nachhaltige Rehabilitation und Integration der Klient\*innen. Gewöhnung an ein abstinent oder substituiertes, ohne Beikonsum, zu führendes, geregeltes Arbeitsleben, gesicherte Wohnsituation, finanzielle Absicherung, Finden und Förderung von Ressourcen, Berufsfindung und -ausbildung stehen im Vordergrund.





# Leistungsangebot

## Ambulante Behandlung/Rehabilitation

Ambulante Betreuung und Behandlung/Rehabilitation bedeutet die Begleitung von Betroffenen unter Beibehaltung ihrer aktuellen Lebensumstände. Das heißt, die Behandlung wird in den persönlichen Alltag der\*des Betroffenen integriert. In unseren sechs ambulanten Beratungs- und Betreuungszentren in Wien, Graz, Linz, Klagenfurt und Wr. Neustadt, bieten wir ein breites Beratungs- und Behandlungsspektrum an.

Für **Wiener Klient\*innen** wird die Ambulante Therapie/Rehabilitation in vier Intensitätsmodulen zwischen 3 und 24 Monaten angeboten. Sie ist sowohl für nicht substituierte Klient\*innen (Drogen, Alkohol etc.) als auch für substituierte Klient\*innen und für Klient\*innen mit einer substanzgebundenen (Drogen, Alkohol etc.) sowie für Klient\*innen mit einer nicht substanzgebundenen Suchterkrankung (z. B. Spielsucht) sowohl für Jugendliche als auch Erwachsene geeignet.

Für **KlientInnen aller übrigen Bundesländer** beträgt die ambulante Behandlung/Rehabilitation 6 bis 18 Monate. Am Ende dieser Behandlung/Rehabilitation sollten Klient\*innen in der Lage sein, ihr Leben selbstbestimmt führen zu können, die nötigen Hilfskontakte und -ressourcen zur Hand zu haben, sozial integriert und finanziell abgesichert zu sein, sich in einer zufriedenstellenden Wohnsituation und im Idealfall in einem Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis zu befinden.

## Stationäre Dauerbetreuung

Die stationäre Dauerbetreuung mit und ohne dislozierter Wohnform bietet Betroffenen nach Abschluss der stationären Behandlungsphase ein Folgebetreuungs- und Folgebehandlungsmodell. Auf diese Weise können Schritte zur größtmöglichen Selbständigkeit erprobt und umgesetzt werden. Zudem können die Strukturen der *Therapeutischen Gemeinschaft* weiterhin genutzt werden.

Die langjährigen Erfahrungen des Vereins *Grüner Kreis* mit Menschen mit vorliegender Komorbidität zeigen die dringende Notwendigkeit einer möglichen Weiterbetreuung und -behandlung/Rehabilitation nach abgeschlossener stationärer Therapie (über 18 Monate hinaus).

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, entweder in einer integrierten Wohneinheit der *Therapeutischen Gemeinschaft* oder in einer nahe gelegenen, vom Verein *Grüner Kreis* angemieteten, Wohnung autonom zu leben. Die entsprechende dazugehörige Betreuung erfolgt nach einem gemeinsam und individuell entwickelten Behandlungs/Rehabilitations- und Betreuungsplan.

## Stationärer Vollentzug & Teilentzug

Klient\*innen mit Hauptwohnsitz in Wien haben die Möglichkeit eines stationären körperlichen Teil- oder Vollentzugs im Sonderkrankenhaus Marienhof. Die Dauer der Behandlung beträgt bei Alkohol und illegalen Substanzen 4 Wochen.

Eine weitere notwendige Behandlung/Rehabilitation muss im Anschluss an den Voll- bzw. Teilentzug erfolgen, da an den Entzug immer zumindest ein kurzes stationäres Modul (1 Monat) oder ein längeres (min. 3 Monate) stationäres und danach ein ambulantes Modul (3 bis 24 Monate) anschließen muss.

Beim Vollentzug ist das Ziel naturgemäß der vollständige körperliche Entzug von legalen oder/und illegalen Substanzen.

Beim Teilentzug werden alle legalen/illegalen Substanzen unter Beibehaltung eines Substitutionsmittels entzogen. Der Teil- oder Vollentzug wird immer mit besonderem Augenmerk auf die Bedürfnisse der einzelnen Klient\*innen durchgeführt. Basis dafür ist eine allgemeinmedizinische und psychiatrische Anamnese, aus der sich die Behandlungsnotwendigkeiten ergeben.

## AMS-NÖ Beschäftigungsprojekt

Im Rahmen des Gemeinnützigen Beschäftigungsprojektes wird Klient\*innen, die das stationäre Langzeittherapieprogramm erfolgreich abgeschlossen haben, die Möglichkeit geboten, einen vom AMS Niederösterreich geförderten Arbeitsplatz auf Zeit (1 Jahr, Möglichkeit der Verlängerung auf 1 1/2 Jahre) zu erhalten. Die Transitmitarbeiter\*innen sind in den verschiedensten Arbeitsbereichen (Landwirtschaft, Bau und Renovierung, Tischlerei, Fuhrpark, Seminarhotel, Kreativwerkstätten, Schlosserei, Büro, Catering, Lager etc.) eingesetzt und werden von qualifiziertem Fachpersonal angeleitet. Zusätzlich zu den geförderten Arbeitsplätzen auf Zeit werden Klient\*innen und Exklient\*innen bei Umschulungen, Lehrlingsausbildungen und spezifischen Facharbeiter\*innenausbildungen entsprechend ihrer individuellen Interessen unterstützt. Durch dieses Programm konnte die Therapieerfolgsquote deutlich gesteigert und die anschließende Reintegration in den freien Arbeitsmarkt entscheidend verbessert werden. Bei entsprechender Weiterentwicklung und Berufsausbildung der Klient\*innen ist nach Beendigung der Transitmitarbeiter\*innenphase auch eine Übernahme in ein reguläres Beschäftigungsverhältnis beim Verein *Grüner Kreis* möglich.

# Substanzmittelkonsum und Gewalt



von Dirk Baier

Der Konsum von Substanzmitteln im Jugendalter sorgt die Gesellschaft in mindestens doppelter Weise: Zum einen sind negative gesundheitliche Folgen des frühzeitigen und übermäßigen Substanzmittelkonsums festzustellen. Zum anderen wird immer wieder vermutet, dass der Konsum mit aggressivem und gewalttätigem Verhalten in Verbindung steht.

Die zentrale Entwicklungsaufgabe im Jugendalter ist das Finden einer Identität. Diese Aufgabe wird dabei vor allem über das Ausprobieren verschiedener Identitäten in der Gruppe der Gleichaltrigen bearbeitet. Charakteristisch ist, dass Jugendliche in dieser Phase verschiedene gesellschaftliche Normen austesten und übertreten. Die Neugier auf alkoholische Getränke und illegale Drogen ist, insofern der Konsum z. T. nicht erlaubt ist, entsprechend groß. Aktuelle Zahlen zu Jugendlichen aus Deutschland belegen dies: Zwei von drei Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren haben schon einmal Alkohol getrunken, etwa jeder Zehnte trinkt regelmäßig. Ebenfalls jeder zehnte Jugendliche dieser Altersgruppe hat im bisherigen Leben mindestens einmal illegale Drogen konsumiert – meist Cannabis, dessen Konsum seit 2011 einen deutlich zunehmenden Trend aufweist (Orth/Merkel 2020). Der Konsum von Substanzmitteln im Jugendalter sorgt die Gesellschaft in mindestens doppelter Weise: Zum einen sind negative gesundheitliche Folgen des frühzeitigen und übermäßigen Substanzmittelkonsums festzustellen. Zum anderen wird immer wieder vermutet, dass der Konsum mit aggressivem und gewalttätigem Verhalten in Verbindung steht. Nachfolgend wird erläutert, inwieweit diese zweite Sorge begründet ist und sich mit Befunden der wissenschaftlichen Forschung deckt.

Um tatsächlich beweisen zu können, dass Substanzmittelkonsum im Jugendalter Gewaltverhalten verstärkt, bräuchte es eines experimentellen Vorgehens: Eine zufällig ausgewählte Gruppe Jugendlicher müsste Substanzen konsumieren, eine andere Gruppe nicht. Im Anschluss daran würde die Gewaltbereitschaft erfasst. Solche Experimente verbieten sich aber aus ethischen Gründen. Der zweitbeste Weg, kausale Zusammenhänge zu identifizieren, ist die

Untersuchung jugendlichen Verhaltens über einen längeren Zeitraum hinweg; diesbezüglich wird in der Forschung von Längsschnittstudien gesprochen, die sich von Querschnittstudien unterscheiden, bei denen Jugendliche nur zu einem einzigen Zeitpunkt in ihrem Leben zum Substanzmittelkonsum und zum Gewaltverhalten befragt werden. Das Problem der Forschung bislang ist, dass solche Querschnittstudien dominieren, die nicht klären können, ob der Konsum zu Gewalt führt oder umgekehrt (oder beides wiederum durch andere Merkmale wie Persönlichkeitsfaktoren beeinflusst ist).

Mit Blick auf den Alkoholkonsum finden sich allerdings verschiedene Längsschnittstudien, die eine gewaltverstärkende Wirkung belegen (vgl. Baier et al. 2016). Solche Studien liegen aus unterschiedlichen Ländern (u. a. USA, Norwegen), für längere Zeiträume (d. h. über das Jugendalter hinaus) und auch für repräsentative Stichproben vor. Eine Längsschnittstudie aus Deutschland unter fast 1.300 Jugendlichen, die im Abstand von zwei Jahren (siebte und neunte Jahrgangsstufe) durchgeführt wurde, zeigt ebenfalls klar auf, dass früher Alkoholkonsum die spätere Ausübung von Gewalt verstärkt; zudem wird ein risikoerhöhender Einfluss des Alkoholkonsums auf Sachbeschädigungen und sogar Ladendiebstähle festgestellt. Mindestens drei Erklärungen lassen sich für solch eine Wirkung von Alkohol finden: So ist bekannt, dass Alkohol kurzfristig enthemmt, die eigene Selbstkontrolle herabsetzt und zu impulsivem Verhalten motiviert. Zudem führt Alkoholkonsum langfristig zu Hirnschäden, u. a. in jenen Arealen, die die Selbstregulation steuern. Nicht zuletzt beeinflusst Alkoholkonsum die Informationsverarbeitung, mit der Folge, dass das Verhalten eines Gegenübers häufiger als provokativ eingestuft wird, gegen das sich dann zur Wehr gesetzt wird.





Zwei von drei Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren haben schon Alkohol getrunken, jeder zehnte Jugendliche hat mindestens einmal illegale Drogen konsumiert.

Neben der Frage der Wirkungen des Alkohols wird zunehmend auch der Zusammenhang von Cannabiskonsum und Gewaltverhalten untersucht. Die These ist hier aber eine andere: Es wird vermutet, dass der Cannabiskonsum eine dem Alkoholkonsum entgegengesetzte Wirkung hat, den Konsumenten also friedlich stimmt. Die vorhandenen Studien, bei denen es sich aber fast immer um Querschnittstudien handelt, können eine solch befriedende Wirkung nicht stützen (vgl. Baier et al. 2016). So kann gezeigt werden, dass der Konsum von Cannabis ebenfalls eine erhöhte Impulsivität und Feindseligkeit mit sich bringt. Die Konsumenten zeigen an Tagen, an denen sie Cannabis zu sich nehmen, ein höheres feindseliges Verhalten und nehmen Feindseligkeiten anderer häufiger wahr als an Tagen, an denen sie kein Cannabis konsumieren. Es lässt sich daher resümieren, dass der Konsum von Marihuana das Gewaltverhalten eher verstärkt. Allerdings ist bzgl. dieser Folgerung Vorsicht geboten, insofern bspw. bekannt ist, dass Cannabiskonsumanten

auch häufiger Alkohol konsumieren, die festgestellten Zusammenhänge also dadurch beeinflusst sein könnten.

Bevor dem Cannabiskonsum eine gewaltsteigernde Wirkung attestiert wird, sollten daher unbedingt weitere längsschnittliche Untersuchungen durchgeführt werden. Diese gibt es zwar in geringer Zahl bereits, sie kommen aber zu widersprüchlichen Befunden – im Gegensatz zur Befundlage beim Alkoholkonsum. In der erwähnten Längsschnittstudie aus Deutschland wurde bspw. auch der Cannabiskonsum berücksichtigt. Für diesen ergibt sich über den untersuchten Zwei-Jahres-Zeitraum hinweg kein signifikanter Einfluss auf delinquentes Verhalten. Dies bedeutet zugleich, dass auch die These der befriedenden Wirkung nicht bestätigt werden kann, da keine signifikant negativen Beziehungen gefunden wurden. Cannabiskonsum und Delinquenz stehen in keinerlei Kausalbeziehung. Für den Cannabiskonsum lässt sich daher mit der notwendigen Zurückhaltung schließen, dass eine Erhöhung der

Gewaltbereitschaft nicht das zentrale Thema ist, womit über andere Folgen bspw. im gesundheitlichen Bereich keine Aussage getroffen wird.

#### Literatur

**Baier, D., Schepker, K., Bergmann, M. C. (2016).** Macht Kiffen friedlich und Saufen aggressiv? Zum kausalen Zusammenhang von Cannabis- und Alkoholkonsum und delinquentem Verhalten. *Zeitschrift für Jugendkriminalrecht und Jugendhilfe*, 27, 324–332.

**Orth, B., Merkel, C. (2020).** Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2019. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. BZgA-Forschungsbericht.

#### Prof. Dr. Dirk Baier

ist Soziologe; er leitet das Institut für Delinquenz und Kriminalprävention an der ZHAW in Zürich. Er arbeitet primär zu den Themen Jugendgewalt und Extremismus.



# Opferschutzorientierte Täterarbeit bei Gewalt gegen die Intimpartnerin



von Alexander Bernhard

In den letzten Monaten gab es in Österreich vermehrt Femizide. Diese Morde stellen die grausame Spitze des Eisberges der Gewalt von Männern gegen die (Ex-)Intimpartnerin dar, d. h., die meisten Gewalttaten gegen Frauen werden von der Öffentlichkeit nicht wahrgenommen. Die Opferschutzorientierte Täterarbeit (OTA) ist hier ein wichtiger Interventionsansatz, um bestehende Gewalt zu beenden und um präventiv zu wirken. In diesem Artikel wird versucht, den Leser\*innen die OTA am Beispiel des Programms für Gefährder des Vereins für Männer- und Geschlechterthemen Steiermark (VMG) näherzubringen.

## Was ist eigentlich Opferschutzorientierte Täterarbeit?

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Opferschutzorientierte Täterarbeit (BAG-OTA) definiert OTA in ihren Standards zur OTA folgendermaßen: »Mit Opferschutzorientierter Täterarbeit ist in diesem Dokument Arbeit mit Tätern gemeint, die Gewalt gegen die Partnerin oder Ex-Partnerin – und damit mittelbar gegen die Kinder (wenn vorhanden) – ausüben, um die Gewalttätigkeit nachhaltig zu beenden.« Grundlage für diese Standards ist der Artikel 16 der Istanbul-Konvention (Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt vom 11. Mai 2011). Damit soll dieser Ansatz sicherstellen, dass die Sicherheit, die Unterstützung und die Menschenrechte

der Opfer ein vorrangiges Anliegen sind und dass diese Programme in enger Zusammenarbeit mit spezialisierten Opferschutzeinrichtungen ausgearbeitet und umgesetzt werden. OTA ist also aktiver Opferschutz und kann nur im System wirksam werden, wenn Täterarbeitseinrichtungen nicht isoliert, sondern vernetzt mit den Institutionen des Opferschutzes zusammenarbeiten (Engelmann & Palme in Steinger, 2020).

## Zuweisungskontext und Abklärung

Die zukünftigen Teilnehmer finden ihren Zugang zum OTA-Programm über Zuweisung durch Gerichte – wenn es keine Bewährungsauflagen gibt, ansonsten ist in der Steiermark Neustart zuständig – und Jugendämter oder melden sich selbst in der Erstberatung des VMG. Hinter einer Selbstmeldung steht meistens eine von der Polizei veranlasste Wegweisung eines Mannes wegen gewalttätigen Verhaltens. Danach wird diese Meldung an eine/n Casemanager\*in (Sozialarbeiter\*in) übertragen, die/der den Mann kontaktiert und zu einem Erstgespräch einlädt. In diesem ersten Abklärungsgespräch werden die Gewalthandlungen und das Therapie- und Trainingsangebot der Einrichtung besprochen, außerdem wird in diesem Gespräch auf die entsprechende Therapie- und Änderungsmotivation geachtet. Im günstigen Fall dockt der Mann nach dem Erstgespräch am OTA-Programm des VMG an und in weiterer Folge gibt es eine klinisch-psychologische Abklärung und ein Erstgespräch mit der/dem Gruppenleiter\*in.

Ein wichtiger Teil in dieser Phase ist die teilweise Entbindung von der Verschwiegenheit durch die Unterschrift des Mannes. Dadurch wird zum einen gewährleistet, dass es zu der sehr wichtigen Risikoeinschätzung kommt, an der auch die Opferschutzeinrichtung teilnimmt, und zum anderen dient die teilweise Entbindung von der Verschwiegenheit der Sicherheit, der Unterstützung und damit der Menschenrechte der Gewaltopfer. So kann von Seiten des VMG der wichtige Kontakt zum Opfer (Partnerin bzw. Expartnerin) hergestellt werden mit dem Ziel, dass

die Frau die Information bekommt, dass der Mann am Programm angedockt hat und was die Inhalte des Programms sind. Außerdem wird ihr empfohlen, Kontakt mit einer Opferschutzeinrichtung aufzunehmen, sollte das nicht schon geschehen sein.

Im Team wird entschieden, in welcher Form der Gefährder am Programm teilnimmt. Vorzugsweise soll das OTA-Gruppentraining absolviert werden – geht das z. B. aufgrund von Schichtarbeit oder mangelnden Deutschkenntnissen nicht, ist auch eine Teilnahme an einem OTA-Einzeltraining möglich.

## Praxis der OTA in der Gruppe

Sowohl das Gruppentraining als auch das Einzeltraining umfassen 30 Einheiten und sind in Module mit Themenschwerpunkten unterteilt, wobei die einzelnen Module nicht abgeschlossen, sondern miteinander verzahnt sind. Das Gruppentraining findet einmal pro Woche statt, jede Einheit dauert zwei Mal 45 Minuten und ist beim VMG Steiermark, aufgrund der regionalen Gegebenheiten, halboffen, d. h., neue Teilnehmer können nach zwei Vorbereitungseinheiten und bei Beginn eines neuen Moduls in das Gruppentraining einsteigen. Die Gruppengröße beträgt maximal acht Teilnehmer und wird von einer Trainerin und einem Trainer (Sozialarbeiter\*innen, Psycholog\*innen, Psychotherapeut\*innen) geleitet.

Grundlage der OTA-Trainings unserer Einrichtung ist das Manual »Men who are violent to Woman – A Groupwork Practice Manual« von Monica Wilson und David Moran. Der Einsatz dieses Manuals hat den großen Vorteil, dass es bereits evaluiert wurde und dass es in vielen Ländern Europas in der OTA-Arbeit eingesetzt wird. Dieses Programm ist kognitiv-verhaltenstherapeutisch ausgerichtet und geht vom Ansatz aus, dass die Gewalttätigkeit von Männern ein beabsichtigtes und erlerntes Verhalten ist, zu dem sich Männer entscheiden, um der Partnerin gegenüber Dominanz und Kontrolle auszuüben (Moran & Wilson, 1997).

Jede Gruppeneinheit besteht aus zwei Teilen, wobei sich der erste Teil

der Schulung der Selbstwahrnehmung und der Selbstreflexion der Teilnehmer widmet, der zweite Teil dient der Wissensvermittlung und ist psychoedukativ ausgerichtet. Beide Teile dienen der Einstellungs- und Verhaltensänderung.

Um die Ziele – keine weitere Gewaltausübung sowie Reintegration in die Gesellschaft (Thomas in Steingen, 2020) – zu erreichen, umfassen die Module folgende Themen:

- **Definition von Gewalt:** Es soll ein klares Verständnis von Gewalt entwickelt werden (d. h., Gewalt ist nicht nur körperliche Gewalt, sondern dazu gehören auch Drohungen, Kontrollverhalten, Beschimpfungen, sexualisierte Gewalt etc.), damit den Teilnehmern bewusst wird, dass sie jede Form von Gewalt zu unterlassen haben, um vom gewalttätigen Verhalten loszukommen.

- **Emotionsschulung:** Die Teilnehmer sollen einen besseren Zugang zu ihren Emotionen bekommen, d. h., sie sollen eigene Emotionen besser wahrnehmen, benennen und regulieren können. Hier stehen Ärger, Wut, Eifersucht und deren Handlungsimpulse im Zentrum.

- **Deliktbearbeitung, Auswirkung der Gewalt auf die Opfer:** Durch diesen sehr wichtigen Teil des Programms sollen die Teilnehmer ihre Verantwortung und Motive für das gewalttätige Verhalten erkennen und so erfahren, dass sie in diesen Situationen viele Handlungsmöglichkeiten gehabt hätten. Im Sinne der Empathiebildung sollen außerdem die Auswirkungen der Gewalt – auf die

Partnerin, die Kinder, den eigenen Selbstwert etc. – erörtert werden.

- **Erkennen von Frühwarnsignalen und Aufstellen von individuellen Plänen für den Notfall:** Die Teilnehmer sollen ihre persönlichen Frühwarnsignale für gewalttätiges Verhalten kennenlernen und mit entsprechenden Notfallplänen darauf reagieren können.

- **Männerbilder und Frauenbilder und Hinterfragen von Regeln und Einstellungen:** Männer- und Frauenbilder werden besprochen und die Teilnehmer sollen die eigenen Regeln und Einstellungen in Bezug darauf, wie Frauen sein sollen, hinterfragen und modifizieren.

- **Verantwortung als Vater:** Die Teilnehmer sollen erkennen, welche Auswirkungen die Gewalt gegen die Partnerin auf die Kinder hat.

- **Eigene Opfererfahrungen** können reflektiert werden, um den Zugang zu den eigenen Gefühlen und die Empathiefähigkeit zu verbessern. Dabei ist darauf zu achten, dass die eigenen Opfererfahrungen keine Rechtfertigung für die Anwendung von Gewalt sind.

#### Fazit

Das OTA-Gruppentraining ist – aufgrund des vernetzten Arbeitens und des dediziert auf Gefährder ausgelegten und evaluierten Trainingsprogramms – ein wichtiges Interventionsmittel bei häuslicher Gewalt. Mit diesem kann bereits frühzeitig interveniert und so die Gewaltspirale unterbrochen werden.

#### Links

Die **Istanbul-Konvention** ist unter folgender Website zu finden: <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/agenda/frauen-und-gleichstellung/gewalt-gegen-frauen/istanbul-konvention-gewalt-gegen-frauen.html>

Die **OTA-Standards** finden Sie unter [https://www.interventionsstelle-wien.at/download/?id=BAG-OTA\\_Standards.pdf](https://www.interventionsstelle-wien.at/download/?id=BAG-OTA_Standards.pdf)

Rück- und Ausblick auf die OTA-Arbeit in Österreich können in den Artikeln von **Christian Scambor und Alexander Haydn** unter [https://www.gewaltinfo.at/themen/2021\\_02/opferschutzorientierte-taeterarbeit-rueckblick.php](https://www.gewaltinfo.at/themen/2021_02/opferschutzorientierte-taeterarbeit-rueckblick.php) und unter [https://www.gewaltinfo.at/themen/2021\\_02/opferschutzorientierte-taeterarbeit-ausblick.php](https://www.gewaltinfo.at/themen/2021_02/opferschutzorientierte-taeterarbeit-ausblick.php) nachgelesen werden.

#### Literatur

**Morran, Davis & Wilson, Monica (1997):** Men who are violent to Women. A Groupwork Practice Manual. Dorset. (Dieses Manual wurde vom österreichischen Bundesministerium für Inneres unter dem Titel »Männer machen Schluss mit der Gewalt – Handbuch für die Gruppenarbeit« auf Deutsch übersetzt.)

**Steingen, Anja (Hrsg.) (2020):** Häusliche Gewalt. Handbuch der Täterarbeit. Göttingen.

#### Mag. Alexander Bernhard

ist beim Verein für Männer- und Geschlechterthemen Steiermark & Süd-Burgenland (vormals Männerberatung Steiermark) als Psychotherapeut (Verhaltenstherapie) mit Schwerpunkt forensische Psychotherapie angestellt.



Die meisten Gewalttaten gegen Frauen werden von der Öffentlichkeit nicht wahrgenommen.

# Spurensuche

Meine Erfahrung mit Aggressionen im Alltag

Um gewisse Dinge oder Sachen nicht näher an mich ranzulassen, ist eine Reaktion bei mir sichtbar, die auf Aggression hinführt. Sichtbar ist dies, wenn etwas nicht so läuft, wie ich mir es vorstelle. Oder etwas anders läuft als geplant. Auch bei einer Enttäuschung oder wenn ich nicht das bekomme, was ich mir vorstelle, merke ich, dass ich aggressives Verhalten zeige. Ich werde laut, provoziere oder falle in ein manipulatives Verhalten, um andere von meiner Meinung bzw. von der momentanen Situation zu überzeugen. Das hängt auch mit meiner Heroinsucht zusammen. Früher habe ich konsumiert, wenn es nicht so lief, wie ich es mir vorgestellt habe, wenn ich dadurch wütend wurde oder mich hilflos fühlte. Meine Exfreundin hatte selber keine Abhängigkeit oder ist/war nicht suchtkrank bzw. konsumierte nie. Ich wurde ihr gegenüber nie gewalttätig, aber es war oft Streit da, wenn ich entzündigt war. Sie hat meine Aggressionen und meine schlechte Laune abbekommen, was mir jetzt erst so richtig bewusst wird, seit ich abstinent bin.

Wenn ich mich ärgere oder wütend werde, versuche ich, tief durchzuatmen, meine Augen zu schließen und bis zehn zu zählen. Ich versuche, die Situation zu verlassen und den Ort zu wechseln, was mir nicht immer leichtfällt. Andere Strategien, die ich immer wieder versuche anzuwenden, sind einen Stressball kneten, kalt duschen oder meine Gedanken zu stoppen. Auf jeden Fall sollte man sich immer vor Augen halten und bewusst machen, welche Folgen das eigene aggressive Verhalten für einen selbst und für andere haben kann.

Manuel



## Aggression

Im Alter von zwölf Jahren wurde bei mir die psychische Krankheit ADHS diagnostiziert. Menschen mit dieser Krankheit sind nicht nur unaufmerksam und können sich schwer konzentrieren. Sie können auch ihre Gefühle sehr schwer kontrollieren und sind meist sehr impulsive Menschen. Seit meiner Schulzeit habe ich ein Problem mit Aggressionen. Sobald mir alles zu viel wird, handle ich meist sehr impulsiv. Ich komme dann in einen fünfminütigen Rausch, wo ich unüberlegt handle und keine Konsequenzen sehe. Leider kündigt sich dieser Rausch nicht an, sondern kommt von einer Sekunde auf die andere. Es ist dann für mich so gut wie unmöglich, die Situation einfach zu verlassen. In so einem Moment vergesse ich dann alle Skills, die ich gelernt habe. In so einem Zustand dauert es auch nicht lange, bis ich bereit bin, zuzuschlagen und bereit bin, mein Gegenüber zu verletzen. Sobald ich dann explodierte bin, wieder runterkomme und meine Wut draußen ist, fange ich an, mein Verhalten zu bereuen. Ich bekomme dann einen starken Selbsthass und frage mich, warum ich es wieder mal nicht geschafft habe, die Situation zu verlassen, und ich ärgere mich über mein unangebrachtes Verhalten. Zurzeit befinde ich mich auf einer Suchttherapie, da ich früher meine Aggressionen mit Drogen betäubt habe. Derzeit arbeite ich daran, meine Wut und meinen Zorn nüchtern auszuhalten und andere Strategien zu entwickeln, als mich in den Konsum zu flüchten. Sobald ich mit meiner Therapie fertig bin, möchte ich in Form eines Anti-Aggressionstrainings weiterhin daran arbeiten, mit meinen Aggressionen umzugehen, um gewisse Situationen in Zukunft erfolgreich und gewaltfrei bewältigen zu können. Zudem ist mir bewusst, dass mir dieses Verhalten in meinem weiteren Leben viele Probleme einbringen kann und dass Zuschlagen und Beleidigen keine Lösung ist, sondern alles nur schlimmer macht.

Anonym

# Sucht und Gewalt: Zusammentreffen von hirnbioologischen und psychosozialen Ursachen



von Bernhard Bogerts

Die Neigung zu Aggressivität und daraus mitunter resultierender Gewalt gehört ebenso wie andere elementare Emotionen zur psychischen Grundausstattung eines jeden Menschen, die das Resultat einer über Hunderttausende von Jahren gehenden Entwicklung der Menschheit ist.

**G**ewalt hat viele Gesichter und viele Ursachen. Sie kann sich als individuelle Gewalthandlung einer Einzelperson oder als kollektive Gewalt von Gruppen äußern. Sie tritt reaktiv auf, ausgelöst durch Provokation oder Bedrohung, oder proaktiv (d. h. geplant und vorsätzlich) zur Erlangung eines Vorteils. Manchmal ist sie auch hedonistischer Natur, weil sie einigen Tätern Spaß macht und deshalb um ihrer selbst willen verübt wird. Außerdem können Gewalthandlungen als Symptome von krankhaften seelischen Störungen auftreten, so auch von Suchterkrankungen.

Warum gibt es überhaupt Gewalt? Die Neigung zu Aggressivität und daraus mitunter resultierender Gewalt gehört ebenso wie andere elementare Emotionen zur psychischen Grundausstattung eines jeden Menschen, die das Resultat einer über Hunderttausende von Jahren gehenden Entwicklung der Menschheit ist. Die Evolutionstheorie der Entstehung elementarer psychischer Eigenschaften – hierzu gehören sowohl Aggressivität wie auch deren prosoziale Gegenspieler, das sind Empathie und Mitmenschlichkeit – besagt, dass sich die Anlage hierzu über Zehntausende von Generationen hinweg durch natürliche Selektion schrittweise herausbildete, weil die erfolgreich Aggressiven ihre zur Gewalt disponierenden Gene eher weitervererbten als die unterlegenen Gewaltopfer. Andererseits hatten prosoziale Eigenschaften gegenüber der eigenen Gruppe während der Menschheitsentwicklung einen ähnlich wichtigen Überlebensvorteil. Diese aus der Urzeit stammende Mentalität ist bis heute als eine Art von ererbtem kollektivem Unbewussten in uns erhalten geblieben. Sie kommt mit ihrer aggressiven und gewalttätigen Seite dann wieder zum Vorschein, wenn durch Erziehung und Sozialisierung Mitgefühl, Empathie und Wertschätzung anderer Wesensarten, Denkweisen und Kulturen nur unzureichend vermittelt wurden – oder aber auch, wenn durch Hirnerkrankungen, psychische Störungen oder Suchtstoffe wie Alkohol diejenigen Hirnfunktionen gestört werden, die

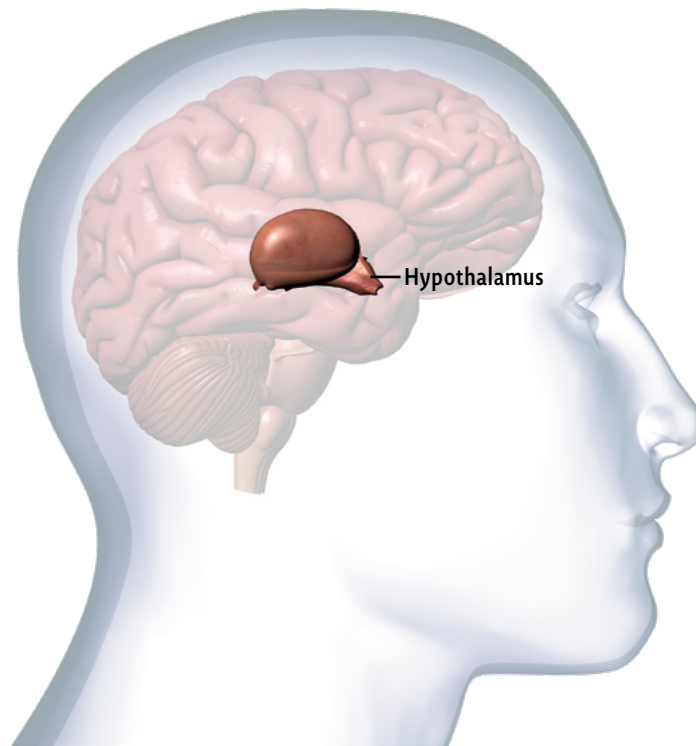
prosoziales Verhalten ermöglichen und Gewalt hemmen.

Eine neuere Studie an mehreren Hunderttausend Personen (publiziert in JAMA Psychiatry 2020, 77/4, 359–367) kam zum Ergebnis, dass über einen 10-Jahres-Zeitraum hinweg und alle Diagnosen zusammengenommen 6–7% psychisch kranker Patienten gewalttätig wurden im Vergleich zu 0,6–0,9% psychisch Gesunder. Das größte Risiko bestand für Drogensüchtige (ca. 25 von 1000 Süchtigen wurden pro Jahr gewalttätig), gefolgt von Alkoholsucht (ca. 13 von 1000 Alkoholikern pro Jahr), Persönlichkeitsstörungen (ca. 12 von 1000/Jahr), Schizophrenie (ca. 12 von 1000/Jahr), bipolaren Erkrankungen (ca. 5 von 1000/Jahr), Angsterkrankungen (ca. 5 von 1000/Jahr), Depression (ca. 4 von 1000/Jahr), keine psychiatrische Erkrankung (ca. 0,8 von 1000/Jahr). In Deutschland wurde 2018 laut polizeilicher Kriminalstatistik mehr als ein Viertel der Gewaltkriminalität in Form von Totschlag, Mord, Körperverletzung und Vergewaltigung unter Alkoholeinfluss verübt. Das Gewaltisiko durch Drogen ist bei psychisch stimulierenden Substanzen wie Kokain und Crystal Meth (Methamphetamin) besonders hoch. Häufiger auftretende Folgen sind Psychosen mit Verfolgungs- und Bedrohungswahn und aggressive Erregungszustände mit selbst- sowie fremdgefährdenden Durchbrüchen bis hin zu schweren Gewaltdelikten. Insbesondere bei psychotischen Patienten, die zugleich Suchtmittel konsumieren, liegt ein erhöhtes Risiko für Gewalthandlungen einschließlich Tötungsdelikten vor.

## Hirnbioologische Grundlagen

Es gibt im Gehirn zwei von der Phylogenese geformte »Aggressionszentren«, die in tiefen Hirnschichten (im Hypothalamus) in enger Nachbarschaft liegen und bei allen Säugetieren, wozu biologisch gesehen auch der Mensch gehört, vergleichbare Eigenschaften haben. Im Tierversuch wird bei Stimulation des einen Zentrums wütende, reaktive Aggression wie bei der Abwehr einer Bedrohung, bei Aktivierung des anderen proaktive Aggression wie bei





Es gibt im Gehirn zwei von der Phylogenese geformte »Aggressionszentren«, die in tiefen Hirnschichten (im Hypothalamus) in enger Nachbarschaft liegen.

einem Angriff auf ein Beutetier hervorgehen. Die Aktivität dieser Aggressionszentren wird durch übergeordnete Hirnteile, insbesondere durch den beim Menschen besonders gut ausgebildeten Neokortex unter Vermittlung des emotionsrelevanten limbischen Systems, hemmend oder stimulierend an die jeweiligen aktuellen Umweltverhältnisse angepasst. Der Neokortex ist auch als wichtigstes Speicherorgan für ethische und moralische Normen anzusehen, die in Kindheit und Jugendzeit vermittelt werden. Bei vielen inhaftierten Gewalttätern konnten mittels hirnbildgebender Verfahren (Computertomografie, Kernspintomografie) strukturelle und funktionelle Defizite im Neokortex, vor allem im Stirnhirn und Schläfenhirn nachgewiesen werden.

Sucht und Gewalt haben auch genetische Teilursachen. Das wird durch Zwillings- und Adoptionsstudien belegt. Diese können dahingehend zusammengefasst werden, dass die genetische Veranlagung etwa die Hälfte des Ursachenspektrums sowohl für Suchtverhalten als auch für Gewalttaten erklärt. Die Streitfrage, ob Gene oder Umwelt mehr zur Entwicklung einer bestimmten psychischen Disposition beitragen, kann als überholt angesehen werden. Ein Gen kann seinen Einfluss auf die Mentalität einer Person nur dann entfalten, wenn ein dafür geeignetes Umfeld vorliegt. Dabei sind die prägenden frühen kindlichen Entwicklungsphasen die bedeutsamsten Lebensabschnitte. Gene sind somit keine starren Akteure,

die in eigener Regie den Ablauf der Gehirnfunktion und der davon abhängigen psychischen Aktivitäten bestimmen, sondern sie ändern ihre Aktivität in Abhängigkeit von dem jeweils vorliegenden psychosozialen Umfeld.

Gewalt kann selbst suchtförmigen Charakter annehmen, weil sie bei dazu disponierten Individuen das Belohnungszentrum des Gehirns aktiviert. Vor allem Gruppengewalt wird durch jugendliche Täter wie Hooligans innerhalb und außerhalb von Stadien und sogenannten Krawalltouristen als be rauschend dargestellt. Von afrikanischen Kämpfern, darunter Kindersoldaten, die an Massentötungen während des Genozids in Ruanda beteiligt waren, wurde eine Leidenschaft für das Töten bis hin zu rauschähnlichen Zuständen geschildert. Bedeutung und Ausmaß hedonistischer Gewalt wird auch durch das immense Ausmaß der Benutzung von Killerspielen durch männliche Jugendliche deutlich.

Bei weitem nicht alle Menschen, die Alkohol konsumieren oder alkohollabhängig sind, neigen zu Gewalttaten. Eine genetisch und/oder biografisch herleitbare Disposition zur Gewaltneigung liegt bei solchen Personen vor, die unter Einfluss von Alkohol aggressiv werden. Bei diesen erhöht Alkohol durch Einwirkung auf bestimmte Botenstoffe des Gehirns die Aggressivität und baut Hemmmechanismen ab. Handlungsalternativen werden für betrunkene Gewalttäter nicht mehr ersichtlich.

Je mehr Alkohol eine Person konsumiert, desto höher ist das Risiko, dass sie Täter oder selbst Opfer von Gewalt wird. Häusliche Gewalt und Beziehungsgewalt spielen sich oft auf dem Boden einer Suchtproblematik ab, wobei Opfer- und Täterstatus häufig wechseln.

#### Konsequenzen für die Prävention

Suchtmittelabstinenz bei allen Risikopersonen wäre zwar ein Idealziel, wird aber kaum je erreichbar sein. Wichtiger ist eine schon in Kindheit und Jugendzeit ansetzende Aufklärung über die Suchtrisiken und eine frühe authentische Vermittlung von Fremdwerten und prosozialen Einstellungen. Die wichtigsten gewalt- und suchtpreventiven Aufgaben liegen somit bei Eltern, Erziehern und Lehrern. Wenn hier Defizite bestehen, bleibt die Wirksamkeit später einsetzender Präventionsprojekte oder Therapiemaßnahmen begrenzt.

#### Literatur

**Bogerts, B.** (2021): Woher kommt Gewalt? Von Neurowissenschaft bis Soziologie – eine mehrdimensionale Betrachtung. Springer-Verlag, erscheint im August 2021

#### Prof. Dr. med. Bernhard Bogerts

war von 1994 bis 2015 Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Magdeburg und leitet seit seiner Emeritierung das Salus-Institut der Salus-Altmark-Holding in Magdeburg. E-Mail: b.bogerts@salus-isa.d

# Interaktion und »Gewalt« in der Therapeutischen Gemeinschaft



von Regina Agostini

In jeder Handlung – in jedem Konflikt – bilden sich in der Therapeutischen Gemeinschaft, einer Lebensgemeinschaft auf Zeit, die Lebensgeschichte und die erworbenen Haltungen jedes/r Einzelnen ab.

## Einleitung – oder Gewalt aus unterschiedlichen Perspektiven

In den vielfältigen Definitionen von Gewalt stehen unterschiedliche Perspektiven im Vordergrund. Der Bogen spannt sich von physischer Gewalt und deren psychosozialen Folgen (vgl. Hurrelmann und Palentin, 1995) über Gewalt als eine spezifische Form der Aggression, »welche die Schädigung eines Objekts oder einer Person zum Ziel hat« (vgl. Rauchfleisch, 1992) bis hin zum Zusammenhang zwischen Gewaltakten und Ohnmachtsgefühlen sowie Risikoverhalten (vgl. Engel und Hurrelmann, 1993). Die letztgenannten Autoren betrachten Gewalt als »interaktives Produkt, das in sozialen Prozessen entsteht und am Ende von Kommunikationsschwierigkeiten und Konflikten stehen kann«.

In sozialpsychologischer Hinsicht sind auch Randgruppen und Subkulturen zu nennen, die sich häufig in

vulnerablen Lebenslagen befinden. Sie können zusätzlich zur personalen auch mit struktureller Gewalt als eine systematische Benachteiligung, Ausgrenzung und Ungerechtigkeit in Institutionen und Gesellschaften konfrontiert sein (vgl. Klein, 1996).

## Gewalt, Trauma und Sucht – der Mensch als verletzliches, verletztes und verletzendes Wesen

Sowohl das familiäre Herkunftssystem als auch das Umfeld spielen eine bedeutsame Rolle im Hinblick auf die Entstehung und Aufrechterhaltung der Suchterkrankung. Dabei nimmt Gewalt in all ihren Formen im Rahmen des Interaktionsgeschehens einen beträchtlichen Platz ein (vgl. dazu Klein, 2008). Substanzmissbrauch und -abhängigkeit gehören nämlich zu den häufigsten Folgen früher Gewalt und Vernachlässigung (vgl. dazu Schäfer, 2016).

Traumatisch verarbeitete biografische Erfahrungen und Geschehnisse beeinflussen das weitere Erleben und Verhalten der Menschen. Die Erfahrungen »konstituieren den soziokulturell vermittelten und zugleich individuellen Erlebensgrund einer Person« (Straub, 2014; 76). Diese erworbenen Haltungen greifen ein in die psychologische Gedankenwelt »einer in Struktur geronnenen Lebenszeit, die als personalisiertes Zeitverhältnis lebensgeschichtlich Früheres mit dem späteren Handeln eines Subjektes verknüpft« (Straub, 2014, 77).

Die Menschen gestalten demnach ihre innere Welt derart, wie es in ihrem Herkunftssystem – sei es die Familie, ein Heim oder andere Bezüge – erforderlich war, was sie erfahren und gelernt haben – immer mit dem Ziel, dazugehören und mit den entwickelten Strategien auch in komplizierten, verletzenden und gewalttätigen Systemen groß werden und (psychisch) überleben zu können.

Sie entwickeln entsprechende Strategien, Rollen und Kommunikationsmuster in der Annahme, dass beispielsweise Gefühlskontrolle, Rigidität, Schweigen oder aggressives Verhalten geeignete und taugliche Handlungsmodelle darstellen, um »gut über die Runden zu kommen« (vgl. dazu Wegscheider, 1988, in: Klein, 2000).

Aggressives Verhalten schafft in unübersichtlichen Situationen Eindeutigkeit und dient dem Überwinden erlebter Angst und Ohnmacht. Daneben garantiert Aggression Fremdwahrnehmung und Aufmerksamkeit. Gewalt innerhalb der Gruppe schafft zumindest kurzfristig Solidarität und Gruppenzusammenhalt.

Erlebte Geschehnisse sind oft dem Bewusstsein nicht zugänglich und die daraus folgenden multiplen psychosozialen Belastungen werden häufig in diesen Zusammenhängen nicht wahrgenommen. Damit sind sie den Akteuren und ihren Interaktionspartner\*innen unklar. Diese Folgen und Nebenfolgen können vielfach mit Angst, Symptomen geringen Selbstwertgefühls, Aggression, verminderter Selbstwirksamkeitserwartung und häufig auch Selbsthass und Schuldgefühlen (Sher, 1991; Nastasi und DeZolt, 1994, in: Klein, 2000) einhergehen – sprich mit einer höheren Vulnerabilität gegenüber Verhaltens- und Erlebensstörungen, die wiederum eine Suchtentwicklung begünstigen können. Der Einsatz von Substanzen oder andere stimulierende Handlungen wie beispielsweise Glücksspiel, Delinquenz oder ein erhöhtes Risikoverhalten werden demnach lebensgestaltend und lebenserhaltend eingesetzt (vgl. dazu Rossi, 2001).

Verschiedene Befunde deuten darauf hin, dass Frauen ihre Sucht eher im Sinne einer Selbstmedikation zu entwickeln scheinen, Männern aber auch in Folge der durch Suchtmittel(beschaffung) bestimmten Lebensführung (vgl. Teunissen und Engels 2007; in: Schäfer, 2007).

Hier ist auch die transgenerationale Perspektive in der Behandlung zu berücksichtigen, da dysfunktionale Interaktionsmuster weitergegeben werden. Diese sogenannten transsozialen Transmissionen wirken sich auf das Leben und Erleben aller Betroffenen im jeweiligen System aus (vgl. Straub, 2014; Klein, 2016; in: Schäfer et al. 2016).

## Umgang mit Aggression und Gewalt im Rahmen der Therapeutischen Gemeinschaft

Whitely und Gordon (1979) beschreiben die Therapeutische Gemeinschaft als »ein spezifischer, spezialisierter



Behandlungsprozess, der sich die psychologischen und soziologischen Phänomene zunutze macht, die der großen begrenzten und stationären Gruppe inhärent sind« (vgl. Kernberg, 2015, 209 ff.).

Ziele dieses Konzeptes sind neben der Entwicklung von Interaktionsfertigkeiten die Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen, verbunden mit der Einhaltung sozialer Regeln. Kernpunkt dabei ist, eigenes und fremdes Handeln richtig einschätzen zu lernen (vgl. De Leon, 2000).

Die Hausordnung wendet sich gegen verbale, körperliche und sexuelle Gewalt. Der angewandten oder angedrohten körperlichen oder sexuellen Gewalt wird mit der Entlassung aus der Einrichtung begegnet. Bereits vor der Aufnahme in das stationäre Therapieprogramm werden die Patient\*innen darüber informiert. Gewaltdurchbrüche können nicht gänzlich verhindert, jedoch durch präventive und unterstützende Maßnahmen auf niedrigstem Niveau gehalten werden. Es werden geschlechtsspezifische Aspekte sowohl in Hinblick auf alltagsbezogene Geschlechtergerechtigkeit als auch auf geschlechtsspezifische Therapie – sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting – berücksichtigt. Das Gleiche gilt für geschlechtsspezifische Psychoedukation zu Sucht und Trauma und im Umgang mit Rückfällen.

Die Integration des Themas Gewalt und Aggression in die therapeutische Arbeit mit Suchtkranken ist unerlässlich, zumal Sucht und Gewalt assoziieren (vgl. Schäfer, 2016). In jeder Handlung – in jedem Konflikt – bilden sich in der Therapeutischen Gemeinschaft, einer Lebensgemeinschaft auf Zeit, die Lebensgeschichte und die erworbenen Haltungen jedes/r Einzelnen ab. Dies erfordert einen konstruktiven und geschlechtsspezifischen Umgang mit diesem Thema, um nicht die Exklusivität des Tabus zu stabilisieren, sich mit erlebter oder selbst ausgeübter Gewalt aus Scham nicht auseinandersetzen zu können.

Vor allem sexualisierte Gewalt, die beiderlei Geschlechter betreffen kann, ist neben den heftigen psychischen Verletzungen, die sich durchaus auch in somatischen Symptomen ausdrücken, schambesetzt. Hier ist behutsames traumasensibles Vorgehen und das Bereitstellen geschlechtsspezifischer Therapiesettings erforderlich. Suchtkranke Frauen sind häufiger von sexuellem Missbrauch betroffen, körperliche

Misshandlung scheint bei beiden Geschlechtern gleich häufig anzutreffen sein (vgl. dazu Simons et al., 2003; in: Schäfer, 2006, 134). Hier ist allerdings anzumerken, dass Männer weniger oft über Gewalterfahrungen sprechen und diese (zunächst) unsichtbar bleiben, da Gewalt häufig als integraler Bestandteil von Männlichkeitskonstruktionen betrachtet wird (vgl. Jungnitz und Lenz, 2007; in: Stöver 2015).

Im Folgenden nun ein kurzer Abriss über mögliche Sequenzen aus dem Therapiealltag und den Umgang mit entstandenen Problemfeldern: Kritische Äußerungen unter den Patient\*innen – selbst konstruktiv formuliert – können zu Konflikten führen. Rasch erleben sich die Angesprochenen mit entsprechender Biografie angegriffen, abgewertet, abgelehnt oder gar gedemütigt. Sie reagieren dann oftmals mit aggressiven und abwehrenden – auch abwertenden – Äußerungen, fühlen sie sich doch in ihren negativen Annahmen über sich selbst und ihrem Gegenüber bestätigt. Diese Tatsache wiederum löst beim Gegenüber, das möglicherweise ähnliche Annahmen über sich selbst und das Leben entwickelt hat, heftige Reaktionen mit Wut, Angst, Trauer und destruktivem Verhalten aus. Beide sind dann mit Realitäten konfrontiert, die sie mit ihrer eigenen nicht zu vereinbaren vermögen.

An dieser Stelle ist Beziehungsklä rung aus systemischem Blickwinkel heraus erforderlich, damit die Betroffenen für sich selbst erkennen können, unter welchen Voraussetzungen sie interagieren, mit dem in ihrer Biografie (oft sehr früh) erlernten Ziel, sich vor Verletzung ihrer persönlichen Integrität schützen. Dies kann zunächst in unterschiedlichen Settings vollzogen werden. Letztlich ist es jedenfalls wichtig, die Patient\*innen der jeweiligen Gruppe in integrativem Sinne in diesen Prozess mit einzubeziehen, wobei auf die Vermeidung von Retraumatisierungen geachtet werden muss.

Ist es den Betroffenen möglich, die Hintergründe ihres Handelns zu erkennen und sich selbst verstehen zu lernen, was häufig von heftigen Emotionen begleitet ist, zeigt die Erfahrung, dass meist gegenseitiges Verständnis und auch ein kleiner Schritt in Richtung Vertrauen entwickelt werden kann. Ein gelungener Klärungsprozess kann für die gesamte Gruppe ein wichtiger Beitrag sein, sich auf neue Beziehungserfahrungen einlassen zu können und Mut zu alternativem Handeln zu entwickeln.

Auch Diskriminierung durch beispielsweise unüberlegte Äußerungen, deftige Schmäh- oder beißenden Humor können aggressive Reaktionen auslösen. Ist das fragile Selbst der Beteiligten gefährdet, können problematische Interaktionsmuster und Traumen reinszeniert werden – gepaart mit Spaltungen, Agieren, Impulsdurchbrüchen und Rückzug. Damit wird der Versuch gemacht, wieder Halt zu finden und Situationen überschaubar zu machen.

Menschen mit Gewalterfahrungen zeigen auch häufig ein starkes Kontrollbedürfnis. Zum einen ist beobachtbar, dass Betroffene aus Angst vor eigenen Impulsdurchbrüchen – speziell während einer Entzugs- oder Anfangsphase – Rückzugstendenzen erkennen lassen. Das Kontrollbedürfnis kann sich aber auch auf Mitpatient\*innen oder den/die Partner\*in beziehen. Hier wird der Versuch gemacht, der erlebten Bedrohung, etwa abgewertet, abgelehnt oder verlassen zu werden, mit Kontrolle und aggressiven Konfrontationen zu begegnen. Die Schwierigkeiten, sich selbst, Menschen und Situationen einzuschätzen, äußern sich in Selbstzweifel und Misstrauen: Was kann ich glauben? Was ist richtig und echt? Was ist wahr? Wer hat wann was gesagt? Diese Annahmen stellen im Therapiealltag häufiges Konfliktpotenzial dar (vgl. Rossi, 2001).

Grundlegend für eine konstruktive Auseinandersetzung mit Aggression und Gewalt im Rahmen der Therapeutischen Gemeinschaft ist daher die Bereitschaft für gegenseitiges Verständnis unter den Patient\*innen sowie eine kontinuierliche und vertrauensbildende therapeutische Begleitung und Unterstützung durch die Behandler\*innen und Betreuer\*innen.

Wir Helfer\*innen sind – unabhängig von der Berufsgruppe – in unserer Arbeit immer wieder Projektionsfläche für unangenehme und angstmachende Gefühle der Betroffenen. Abhängig von den erlernten Interaktionsmustern versuchen sie, uns und ihre Mitpatient\*innen als fiktive Mitspieler\*innen in ihrem Lebensdrama einzusetzen und in Rollen zu verstricken. Dabei kann es vorkommen, dass sowohl Kolleg\*innen als auch Mitpatient\*innen gegeneinander ausgespielt, idealisiert und abgewertet werden sowie Instrumentalisierungsversuche unternommen werden (vgl. dazu Berthel, 2007, 101).

Neben einer freundlichen und professionellen Haltung ist ein sorgfältiger Umgang mit Nähe und Distanz hilfreich,

# »Bist du wütend, zähl bis vier ...«



von Human-Friedrich Unterrainer

Aggression ist biologisch in Mensch und Tier verankert und dient in erster Linie der Verteidigung von oder der Gewinnung von Ressourcen und der Bewältigung von potenziell gefährlichen Situationen.

Der Begriff Aggression stammt vom Lateinischen *aggressio* bzw. *aggredi* ab, kann »sich auf etwas zubewegen«, »heranschreiten«, »sich nähern«, aber auch »angreifen« bedeuten und darf im Allgemeinen als eine feindselige Verhaltensweise des Organismus verstanden werden. Aggression ist biologisch in Mensch und Tier verankert und dient in erster Linie der Verteidigung von oder der Gewinnung von Ressourcen und der Bewältigung von potenziell gefährlichen Situationen. Des Weiteren bedarf es zur Auslösung von Aggression spezifischer Situationen und Reize. So wird körperliche wie auch emotionale Aggression oftmals durch negative Gefühle hervorgerufen, als Reaktion auf allgemeine Frustrationen, aber auch auf Hitze, Kälte, Schmerz, Furcht oder Hunger.

Schon 1915 prägte der amerikanische Physiologe Walter Cannon den Begriff des »Fight or flight«-Systems (Angriff oder Flucht), welches ebenfalls nicht nur beim Menschen, sondern auch im Tierreich zu finden ist. Demnach entscheidet der Organismus, welche Reaktion in einer Konfliktsituation die für ihn günstigste ist – der Angriff als Versuch, sich selbst zu behaupten (und dieses waghalsige Unterfangen möglicherweise mit einem verfrühten Ableben oder zumindest schmerzhaften Blessuren zu bezahlen), oder die Flucht, bei welcher dem Gegenüber (nicht immer ganz freiwillig) das Feld überlassen wird, was allerdings auch den Vorteil mit sich bringt, zumindest überlebt zu haben oder mit einem blauen Auge davongekommen zu sein. Diese Entscheidung muss oft in Bruchteilen von Sekunden getroffen werden und ist damit leider auch ziemlich fehleranfällig. Darüber hinaus lassen sich noch weitere mögliche Verhaltensweisen als Reaktion auf eine bedrohliche Situation charakterisieren, die dann je nachdem auch als eher funktional oder

dysfunktional zu bewerten sind. Als Beispiel mag hier das »Erstarren« Erwähnung finden, welches zumindest im Falle der Maus vor der Schlange meist ungünstig für das Nagetier endet. Doch kann auch die Flucht zum Beispiel dem brünftigen (fortpflanzungswilligen) Hirsch zum Nachteil gereichen, als er damit seine Anwartschaft auf die Hirschdame seiner Wahl (laut [www.jagd fakten.at](http://www.jagd fakten.at) korrekterweise: Hirschkuh) einfach fallen und dem Nebenbuhler den Vortritt lässt – und damit auch die Möglichkeit verspielt, seine Gene erfolgreich weiterzugeben. Ob es für den so schmachlich unterlegenen Brautwerber vielleicht Sinn gemacht hätte, den schlussendlich siegreichen Kontrahenten schon im Vorfeld durch »Erstarren« aus dem Konzept zu bringen, kann möglicherweise an anderer Stelle in Weiterführung angeregt diskutiert werden.

Beim Menschen darf nun unter aggressivem Verhalten nach Merz (1965) im Speziellen eine direkte oder indirekte physische und/oder psychische Schädigung eines Lebewesens oder die Beschädigung eines Gegenstandes verstanden werden. Wichtig dabei ist vor allem die Absicht, unabhängig davon betrachtet, ob es zu einer tatsächlichen Schädigung kommt oder nicht. Dementsprechend erfährt Aggression in den meisten Fällen eine negative Bewertung, da sie meist geschieht, um dem anderen Menschen zu schaden oder in seinem Rangordnungsstatus herabzusetzen. Menschliche Aggression kann, aber muss nicht körperlich gelagert sein, sondern mag sich auch in verbaler Diffamierung (zum Beispiel Beleidigung oder Vorwurf) oder psychischer Aggression (zum Beispiel Ausgrenzung) äußern. In welcher Form und in welchem Ausmaß Aggression gezeigt wird bzw. werden darf, ist darüber hinaus sehr stark von sozialen Normen oder auch dem kulturellen Kontext abhängig.



Des Weiteren kann man wie so oft in der Psychologie bei Aggression bzw. Aggressivität von einem Merkmal sprechen, welches in seiner Entwicklung dem Wechselspiel von Anlage und Umwelt unterworfen ist. Aufbauend auf dem Modell der Primäremotionen, im Besonderen prominent vertreten durch den Verhaltensbiologen Jaak Panksepp, darf unter Wut und Ärger eine mögliche Form einer negativen Basisemotion verstanden werden. Dementsprechend kann dann auch auf der Ebene der differenziellen Betrachtung der menschlichen Persönlichkeit im wohl prominentesten Modell, den »Big Five«-Persönlichkeitsfaktoren, zwischen »Neurotizismus«, »Extraversion«, »Offenheit für

Erfahrungen«, »Gewissenhaftigkeit« und »Verträglichkeit« unterschieden werden. Letztere Dimension mag dabei als negatives Korrelat der Aggressivität gelten, wobei ein hohes Ausmaß an »Verträglichkeit« nicht nur positiv zu bewerten ist, da sich hier auch eine mangelnde Konfliktfreudigkeit widerspiegeln kann.

Der deutsche Philosoph und Kulturkritiker Walter Benjamin meinte, dass der destruktive Charakter eigentlich heiter und freundlich sei, dabei aber nur eine Devise kenne: Platz schaffen! – ein Ansatz, der vor allem im Feld der humanistischen Psychotherapie immer wieder gerne betont wird, als zum Beispiel der Begründer der Gestalttherapie Fritz Perls in seinem Frühwerk »Das Ich,

der Hunger und die Aggression« auf das nicht zu unterschätzende positive Potenzial der Aggression verweist. Denn wirklich »friedlich ist nur der Aggressive« (nach Wolfgang Schmidbauer), und dementsprechend habe ich mir auch als quasi »Take home«-Message für meinen Beitrag (nach Wilhelm Busch) notiert: »Bist du wütend, zähl bis vier – hilft das nix, dann explodier!«

#### PD Dr. Human-Friedrich Unterrainer

Privatdozent an der Karl-Franzens-Universität bzw. Medizinischen Universität Graz;  
Lektor an der Universität Wien;  
Leitung des Center for Integrative Addiction Research (CIAR) im Verein Grüner Kreis

→ Seite 27

um unkontrollierbare Verstrickungen zu verhindern und sogenanntem Agieren und Spalten entgegenzuwirken. Zugleich ist ein reflektierter und aufmerksamer Umgang hinsichtlich Varianten der Gewalt, wie sie uns beinahe alltäglich begegnen, erforderlich: Gesten der Abwertung und Missachtung, verächtliche Blicke und despektierliche Mienenspiele sowie deftiger Schmä, subtile Degradierungen – auch beißender Humor oder giftiger Sarkasmus sind hier zu nennen (vgl dazu Straub, 2014; Koch, 2010, 11).

Eine laufende Überprüfung der Gruppendynamik und der Interaktionsmuster ist zwingend, damit Instrumentalisierungsversuchen, destruktiven Konfliktentwicklungen und Ausgrenzungsversuchen vorgebeugt werden kann oder diese aufgedeckt werden können. In die Betrachtung sind die Wechselwirkungen zwischen der Ebene der Patient\*innen und jener der Behandler\*innen miteinzubeziehen.

Nach Lewin tragen die Atmosphäre und Kultur einer Gruppe maßgeblich dazu bei, günstige Entwicklungen zu ermöglichen (vgl. Lewin, 1953, 174 f.). Daher sind im Rahmen der Therapeutischen Gemeinschaft neben verlässlichen Strukturen integrierende und sicherheitsstiftende Vorgehensweisen und Interventionsansätze gefordert, um eine vertrauensbildende Kultur zu ermöglichen. Gemeinsames Erkennen von Lebenszusammenhängen und Handeln lässt alle Beteiligten lernen. Sie lernen, nicht impulshaft zu handeln aus Angst vor Verletzung, sondern ihr Verhalten zunächst zu überprüfen, um neue

Erlebens- und Verhaltensweisen entwickeln zu können. Die Betroffenen fühlen sich mit ihren Ängsten, Befürchtungen und Gedanken wahrgenommen und werden motiviert, sich mit ihren Schwierigkeiten auseinanderzusetzen. In dieser unterstützenden sozialen Atmosphäre, getragen vom Gemeinschaftsgefühl, bekommen sie ehrlich gemeinte Rückmeldungen und werden ernst genommen. Dieser sichernde Rahmen lässt positive Zuwendung zueinander entstehen.

#### Fazit

- Ein breites Angebot im Bereich Angehörigenarbeit sowohl im stationären als auch ambulanten Setting, um in der Therapie erlernte neue Interaktionsmuster zu festigen und zu transformieren
- Ständige Reflexion der Teamkultur und Überprüfen der Struktur innerhalb der Therapeutischen Gemeinschaft hinsichtlich Abbildungen von Gewaltinteraktionen und Unterwerfungsritualen
- Laufende Fortbildungen hinsichtlich genderspezifischer Sucht- und Traumatherapie

#### Literatur

- Berthel, T.** (2007). Agieren und Mitagieren in der Behandlung von Substanzabhängigen. In: Beubler, Haltmayer, Springer (Hrsg.): Opiatabhängigkeit. Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis. Springer-Verlag, Wien.
- De Leon, G.** (2000). The therapeutic community: Theory, model, and method. Springer Publishing Company.
- Jacob, J., Stöver, H.** (Hrsg.) (2015). Männer im Rausch: Konstruktionen und Krisen von

Männlichkeiten im Kontext von Rausch und Sucht (Vol. 2). transcript Verlag.

**Kernberg, O.** (1998). Die Therapeutische Gemeinschaft – eine Neubewertung

**Klein, M.** (2000). Alkohol und Familie: Forschung und Forschungslücken. In: Kruse, G., Körkel, J. & Schmalz, U. Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln. Bonn.

**Klein, M.** (2003). Sucht und Abhängigkeit als Gefährdungspotenzial für Kinder und Jugendliche. Kinder und Jugendliche verstehen – fördern – schützen. Aufgaben und Perspektiven für den Kinder- und Jugendschutz, 55-70.

**Lewin, K.** (1953). Die Lösung sozialer Konflikte. Ausgewählte Abhandlungen über Gruppendynamik, 4. Aufl. 1975. Christian-Verlag, Bad Nauheim.

**Rossi P.** (2001). ADHS – Selbstwertgefühl, Dissoziation und Identität. Einleitung. [www.adhs.ch/adhs-selbstwertgefuehl-dissoziation-und-identitaet/](http://www.adhs.ch/adhs-selbstwertgefuehl-dissoziation-und-identitaet/).

**Schäfer, I., Barnow, S., Pawils, S. & CANSAS Study Group** (2016). Substanzbezogene Störungen als Ursache und als Folge früher Gewalt. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 59(1), 35-43.

**Schäfer, I., Krausz, M.** (Hrsg.) (2006). Trauma und Sucht. Konzepte – Diagnostik – Behandlung, Klett-Cotta, Stuttgart.

**Straub, J.** (2014). Verletzungsverhältnisse. Erlebnisgründe, unbewusste Tradierungen

**Teunissen, S., Engels, M.** (2007). Geschlechtsdifferenzierende integrative Therapie von Sucht und Traumafolgestörungen. In: Beubler, Haltmayer, Springer (Hrsg.): Opiatabhängigkeit. Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis. Springer-Verlag, Wien.

#### Mag.<sup>a</sup> Regina Agostini

Klinische- und Gesundheitspsychologin  
Psychotherapeutin  
Therapeutische Leitung Sonderkrankenhaus  
Marienhof / Verein Grüner Kreis

# Psychiatrische Symptombelastung und Suchtverhalten in Zeiten des Lockdowns



von Pauline Burgkart



und Xenia Vuzic

Psychoaktive Substanzen und andere Suchtmittel stellen gerade in Zeiten der Krise für viele Personen ein potenzielles Mittel dar, um aus der belastenden Realität zu flüchten.

Der Ausbruch der Covid-19-Pandemie versetzte die ganze Welt innerhalb kürzester Zeit in einen kollektiven Ausnahmezustand, der schnell zu einem neuen Alltag wurde. Wie wir dieser neuen Situation und den damit einhergehenden Herausforderungen begegnen, ist von Mensch zu Mensch sehr unterschiedlich und individuell. Die einen verfügen über geeignete Coping-Strategien, während es den anderen an ebensolchen fehlt, weshalb möglicherweise maladaptive Ersatzhandlungen zum Einsatz kommen können, um mit einer Situation umzugehen.

Es lässt sich davon ausgehen, dass die Auswirkungen der Pandemie ungleich verteilt sein werden und bestimmte Bevölkerungsgruppen stärker darunter leiden werden als andere. Hierzu zählen insbesondere Personen, die schon vor der Krise Schwierigkeiten hatten, wie zum Beispiel Menschen, die bedrohlichen Situationen ausgesetzt sind (aufgrund von Existenzängsten, häuslicher Gewalt, Obdachlosigkeit etc.), Alleinerziehende und nicht zuletzt Personen mit psychischen Erkrankungen oder Suchtproblemen. Doch auch für Personen, die vor der dem Ausbruch der Pandemie ein mehr oder weniger beschwerdefreies Leben führten, können deren Auswirkungen einen schwerwiegenden Effekt auf ihr psychisches Wohlbefinden haben. Zukunftsängste, Einsamkeit, soziale Isolation oder schlichtweg Aussetzen von Routinen können die Entstehung psychischer Erkrankungen begünstigen, welche während des letzten Jahres sowohl in Ausmaß als auch Anzahl zunahm. Eine Studie der Donau-Universität Krems, welche die psychische Gesundheit der österreichischen Bevölkerung seit Beginn der Covid-19-Pandemie untersuchte, zeigte einen deutlichen Anstieg von depressiven Symptomen, Ängsten und Schlafproblemen, auch bei Personen ohne psychiatrische Vorerkrankungen. Hierbei fiel insbesondere auf, dass vor allem junge Menschen im Alter von 18 bis 24 Jahren besonders belastet sind. Einhergehend mit depressiver Symptomatik, Ängsten oder Einsamkeitsgefühlen steigt auch die Gefahr für eine Abhängigkeit. So zeigte sich im

letzten Jahr zugleich ein bevölkerungsweiter Anstieg des Suchtmittelkonsums. Psychoaktive Substanzen und andere Suchtmittel stellen gerade in Zeiten der Krise für viele Personen ein potenzielles Mittel dar, um aus der belastenden Realität zu flüchten. So können ständiges Grübeln, wenig Ablenkung, fehlende Verpflichtungen sowie mangelnde soziale Unterstützung Suchtverhalten triggern. Studien zeigen, dass sich im letzten Jahr insbesondere der Konsum von Zigaretten, Alkohol und Cannabis erhöhte. Diese Substanzen erzeugen eine starke Aktivierung des Belohnungssystems und wirken entspannend. In Zeiten des Lockdowns und des Social Distancings fehlt die »soziale Kontrolle«, weshalb sich eine Abhängigkeit leise einschleichen kann, ohne dass dies von Angehörigen oder Freund\*innen bemerkt wird. Expert\*innen warnen davor, dass, je länger die Krise andauert, es für suchgefährdete Personen umso schwieriger wird, zu einem unbedenklichen Konsum zurückzukehren.

Für eine zuverlässige Einschätzung der Langzeiteffekte der Pandemie ist es zum Teil noch zu früh. Die Dauer und das Ausmaß der anhaltenden psychosozialen Belastungen sind noch nicht absehbar. Der Fokus auf mögliche Risiko- und Schutzfaktoren kann jedoch zu einer frühzeitigen Unterstützung von Personen mit einer erhöhten Anfälligkeit für eine Abhängigkeit verhelfen.

Wie bereits beschrieben, hängt das psychische Wohlbefinden meist stark mit der Entwicklung einer Suchterkrankung zusammen. Symptome wie Depressivität oder Ängstlichkeit stehen demnach in einer sehr starken Wechselwirkung mit Suchtverhalten. Psychische Gesundheit kann als Prozess verstanden werden, der zum einen von individuellen Faktoren, aber auch von unserer Umwelt beeinflusst wird. Sie zeigt sich unter anderem darin, dass eine Person in der Lage ist, Anforderungen zu bewältigen und die eigenen Ressourcen adäquat einzusetzen. In einer Situation, in der eine suchgefährdete Person nicht dazu in der Lage ist, dient Substanzmissbrauch als potenzielle (oftmals unbewusste) Ersatzstrategie.

So ist es wichtig, betroffene Personen nicht nur hinsichtlich ihres Suchtverhaltens zu stabilisieren, sondern auch bezüglich vorhandener psychiatrischer Begleitsymptome und damit verbundener Stressoren auf umfassende Art und Weise zu unterstützen. Ein wichtiger Aspekt, der in diesem Zusammenhang wenig berücksichtigt bleibt, ist das spirituelle Wohlbefinden. Spiritualität hat sowohl bei Suchterkrankungen als auch bei anderen psychiatrischen Erkrankungen eine protektive Funktion. Vor allem die Hoffnung auf ein besseres Leben und die Fähigkeit, sich selbst und anderen zu vergeben, weisen negative Korrelationen mit Depressivität und Angst auf. Die Förderung der vielfältigen Facetten von Religiosität/Spiritualität könnte somit in Zeiten wie diesen einen präventiven Einfluss haben. So bauen zum Beispiel viele Programme zur Unterstützung alkoholabhängiger Personen auf der Idee auf, den Substanzmissbrauch durch spirituelles Wachstum zu ersetzen.

Auch auf emotionaler Ebene lassen sich starke Zusammenhänge mit Suchtentstehung finden. Eine dysfunktionale Emotionsregulation ist ein entscheidendes Merkmal der Abhängigkeit. Unterschiede in der Emotionsregulation sind assoziiert mit Drogengebrauch, Rückfall und höherer negativer Affektivität. Die Einnahme von Substanzen geschieht oftmals, um mehr positive Emotionen zu erleben und um negative emotionale Zustände zu regulieren. Was zu Beginn als adaptive Strategie zur Regulation von Emotionen empfunden wird, führt langfristig zur Entwicklung einer Abhängigkeit. In Zeiten der Pandemie, in denen alles stillsteht, stellt sich die Frage, inwieweit Personen vermehrt auf eine externe Regulierung ihrer Emotionen in Form von Substanzen zurückgreifen, um einerseits das Wegfallen protektiver Faktoren (wie ein sozial unterstützendes Netzwerk) zu kompensieren und andererseits neuartige Ängste oder negativen Effekt zu regulieren.

Eine strukturelle Beeinträchtigung der Persönlichkeit und ein unsicherer Bindungsstil sind weitere auffällige Merkmale, die in Zusammenhang mit einer Suchterkrankung gebracht werden können. Jeder und jede macht Erfahrungen in der frühen Kindheit, die in der Folge beeinflussen, wie wir uns mit der Umwelt in Beziehung setzen und auf welche inneren Repräsentationen wir im Umgang mit äußeren Herausforderungen zurückgreifen können. Im Fall

der Bindung kann davon ausgegangen werden, dass sicher gebundene Personen bei stressreichen Erfahrungen auf innere Repräsentationen vorhergegangener sozialer Unterstützung zurückgreifen können, während unsicher gebundene Personen nicht über diese Strategien verfügen. Eine bindungsspezifische Nebenwirkung des Substanzmissbrauchs ist die geringere Exploration der Innenwelt als unterdrückende Strategie, an deren Stelle dem Substanzkonsum eine Ersatzfunktion zukommt. Die Erfahrungen, die wir in früher Kindheit machen, stehen nicht nur im Zusammenhang mit unserer Art, uns im Erwachsenenalter zu binden, sondern auch mit der Persönlichkeitsorganisation. Positive Bindungserfahrungen erlauben einer Person, sich sinnvoll mit der Umwelt in Beziehung zu setzen und auf dieser sicheren Basis Affekte zu regulieren. Sind die Beziehungserfahrungen in der frühen Kindheit negativ, so kommt es zu einer strukturellen Beeinträchtigung der Persönlichkeitsorganisation, die sich oft bei Suchterkrankten wiederfinden lässt. Die momentanen Umstände sind aufgrund der Pandemie für jeden und jede mit viel Stress verbunden. Suchterkrankte oder Personen, die vulnerabel hinsichtlich Substanzmissbrauch sind, verfügen möglicherweise über weniger innere Repräsentationen, um die neuartigen Herausforderungen zu bewältigen. Es ist also von Interesse, inwiefern in Zeiten, in denen es schwierig ist, mit anderen in Kontakt zu treten, Unterschiede in der Bindung und der Persönlichkeitsorganisation Substanzkonsum beeinflussen.

Es ist wichtig, diese Risikofaktoren eingehend zu erforschen und daraus gewonnene Erkenntnisse in etwaige Aufklärungs- und Unterstützungsangebote miteinzubeziehen. Erst durch das Verstehen solcher Faktoren ist ein situationsangepasster und präventiver Umgang mit etlichen Problemen, die in Verbindung mit psychischer Gesundheit und der Pandemie stehen, schaffbar.

#### Literatur

- Dermatis, H. & Galanter, M.** (2016). The Role of Twelve-Step-Related Spirituality in Addiction Recovery. *Journal of Religion and Health*, 55(2), 510-521.
- Fuchshuber, J., Hiebler-Ragger, M., Kresse, A., Kapfhammer, H. P. & Unterrainer, H. F.** (2019). The Influence of Attachment Styles and Personality Organization on Emotional Functioning After

- Childhood Trauma. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 643.
- Hiebler-Ragger, M. & Unterrainer, H.** (2019). The Role of Attachment in Poly-Drug Use Disorder: An Overview of the Literature, Recent Findings and Clinical Implications. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 579.
- McRae, K., Rhee, S., Gatt, J., Godinez, D., Williams, L., & Gross, J.** (2017). Genetic and Environmental Influences on Emotion Regulation: A Twin Study of Cognitive Reappraisal and Expressive Suppression. *Emotion*, 17(5), 772-777.
- Miller, W.** (2013). Addiction and Spirituality. *Substance Use & Misuse*, 48(12), 1258-1259.
- Pieh, C., Budimir, S. & Probst, T.** (2020). The effect of age, gender, income, work, and physical activity on mental health during coronavirus disease (COVID-19) lockdown in Austria. *Journal of psychosomatic research*, 136, 110186.
- Pieh, C., Budimir, S., Humer, E. & Probst, T.** (2020). Comparing Mental Health during COVID-19 Lockdown and Six Months Later in Austria: A Longitudinal Study.
- Schindler, A.** (2013). Bindung und Sucht – theoretische Modelle, empirische Zusammenhänge und therapeutische Implikationen. In K. Brisch (Hrsg.), *Bindung und Sucht* (S. 13-31). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Simon, J., Helter, T. M., White, R. G., van der Boor, C. & Laszewska, A.** (2021). Impacts of the Covid-19 lockdown and relevant vulnerabilities on capability well-being, mental health and social support: an Austrian survey study. *BMC public health*, 21(1), 1-12.
- Stasiewicz, P. R., Bradizza, C. M., Schlauch, R. C., Coffey, S. F., Gulliver, S. B., Gudleski, G. D. & Bole, C. W.** (2013). Affect regulation training (ART) for alcohol use disorders: Development of a novel intervention for negative affect drinkers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 45, 433-443.
- Unterrainer, H. F. & Kapfhammer, H. P.** (2013). Religiös/Spirituelles Befinden bei psychisch Kranken II: Die Entwicklung einer Kurzskaala und Vergleichswerte von klinisch-psychiatrischen Gruppen und gesunden Kontrollpersonen. *Neuropsychiatry: Psychiatrie, Psychotherapie, Public Mental Health und Sozialpsychiatrie*, 27(2).

#### Pauline Burgkart, Bs

Bachelor in Psychologie (2017). Derzeit Durchführung der Masterarbeit zum Thema »The mediating role of attachment and personality organization on the relationship of addictive behaviour and emotion regulation« am Institut für Psychologie der Karl-Franzens-Universität Graz.

#### Xenia Vuzic, B.Sc.

Bachelor in Psychologie (2017). Derzeit Durchführung der Masterarbeit zum Thema »The relationship between religious wellbeing and mental health among young adults during the Covid-19-pandemic« am Institut für Psychologie der Karl-Franzens-Universität Graz.





## Genießen mit Gewissen

Fleisch von Rindern und Schweinen aus den Landwirtschaftsbetrieben des Vereins Grüner Kreis  
Ganzjährige Freilandhaltung [www.nahgenuss.at](http://www.nahgenuss.at) beste Bio-Qualität

## Beratung & Hilfe

### Beratungs- & Betreuungsteam

Leitung: Mag.<sup>a</sup> Mirjam Ohr  
**Wien**

Mag.<sup>a</sup> Mirjam Ohr MA (W)  
Tel.: +43 (0)664 8111021  
mail: mirjam.ohr@gruenerkreis.at  
Walter Clementi (W, WU, NÖ, B)  
Tel.: +43 (0)664 3840827  
mail: walter.clementi@gruenerkreis.at  
Lisa Kläring, BA  
Tel.: +43 (0)664 8111018  
mail: lisa.klaering@gruenerkreis.at  
Reinhard Krainer, BA  
mail: reinhard.krainer@gruenerkreis.at  
Tel.: +43 (0)664 / 180 97 09

### Niederösterreich, Burgenland

Marianne Weigl, DSA (Most-, Wald- und Weinviertel)  
Tel.: +43 (0)664 2305312  
mail: marianne.weigl@gruenerkreis.at  
Gabriele Stumpf (NÖ, B)  
Tel.: +43 (0)664 8111676  
gabrielle.stumpf@gruenerkreis.at  
Harald Berger (Justizanstalten Krems und St. Pölten)  
Tel.: +43 (0)664 8111671  
mail: harald.berger@gruenerkreis.at

### Oberösterreich

Elisabeth Schnitzer, BA  
Tel.: +43 (0) 664 811 1024  
elisabeth.schnitzer@gruenerkreis.at  
Manuela Brandl, BA  
Tel.: +43 (0) 664 811 1007  
mail: manuela.brandl@gruenerkreis.at

### Steiermark

Benedikt Huber  
Tel.: +43 (0)664 8111041  
benedikt.huber@gruenerkreis.at

Anna-Maria Ranftl, BA, MA  
Tel.: +43 (0)664 10130 02  
Mail: anna-maria.ranftl@gruenerkreis.at

### Kärnten, Osttirol

Thomas Liegl, BA  
Tel.: +43 (0)664 384 0280  
mail: thomas.liegl@gruenerkreis.at

### Salzburg

Manuela Brandl, BA  
Tel.: +43 (0) 664 811 1007  
mail: manuela.brandl@gruenerkreis.at

### Tirol, Vorarlberg

Susanne Fessler-Rojkowski, DSA  
Tel.: +43 (0)664 8111675  
mail: susanne.fessler@gruenerkreis.at

### Ambulante Beratungs- & Betreuungszentren Wien

1110 Wien, Simmeringer Hauptstraße 101-103  
Tel.: +43 (0)1 5269489  
Fax: +43 (0)1 5269489-40  
mail.: ambulan.z.wien@gruenerkreis.at

1030 Wien, Radetzkystraße 31/Top 8+11

Tel.: +43 (0)1 710 74 44  
Fax: +43 (0)1 710 74 44-22  
mail.: ambulan.z.wien@gruenerkreis.at

### Wiener Neustadt

2700 Wiener Neustadt, Grazer Straße 53/14  
Tel.: +43 (0)664 8111676 | Fax: +43 (0)2622 61721  
mail: ambulan.z.wienerneustadt@gruenerkreis.at

### Graz

8020 Graz, Sterngasse 12  
Tel.: +43 (0)316 760196 | Fax: +43 (0)316 760196-40  
mail: ambulan.z.graz@gruenerkreis.at

### Klagenfurt

9020 Klagenfurt, Feldmarschall Konrad-Platz 3  
Tel.: +43 (0)463 590126 | Fax: +43 (0)463 590127  
mail: ambulan.z.klagenfurt@gruenerkreis.at

### Linz

4020 Linz, Sandgasse 11  
Tel.: +43 (0)664 8111024 | Fax: +43 (0)732 650275-40  
mail: ambulan.z.linz@gruenerkreis.at

Retouren an Postfach 555, 1008 Wien

Grüner Kreis, Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Menschen | [www.gruenerkreis.at](http://www.gruenerkreis.at)