

Suchthilfe im Zwangskontext am Beispiel der Bewährungshilfe

**Leitlinien für eine zielgruppenorientierte
Bewährungsbetreuung
von suchtbetroffenen Straffälligen**

Masterthesis im Masterstudiengang Suchthilfe und Suchttherapie
an der Katholischen Stiftungsfachhochschule München

Vorgelegt von: Ilonka Grill

Matrikelnummer: 501748

Erstprüfer: Herr Prof. Dr. Jox

Zweitprüferin: Katjenka Wild, M.Sc.

Ellwangen, im Mai 2016

Inhalt

Einleitung ... 1

1 Kriminalität ... 7

1.1 Einleitung ... 7

1.2 Erklärungsmodelle zu allgemeinen Ursachen von Kriminalität: Kriminalitätstheorien ... 7

1.2.1 *Gesellschaftliche Ursachen von Kriminalität ... 8*

1.2.2 *Ursachen in der Interaktion zwischen Individuum und unmittelbarer Umwelt ... 9*

1.2.3 *Individuelle Ursachen ... 10*

1.2.4 *Resümee ... 11*

1.3 Ein Erklärungsmodell zur Entstehung von kriminellem Verhalten im Lebenslauf: Die entwicklungspsychologische Klassifikation antisozialen Verhaltens nach Moffitt ... 11

1.3.1 *Lebenslang andauerndes antisoziales Verhalten ... 11*

1.3.2 *Jugendtypisches antisoziales Verhalten ... 14*

1.3.3 *Resümee ... 15*

1.4 Kriminalität und Persönlichkeitsstörungen ... 16

1.4.1 *Die dissoziale Störung im ICD-10 ... 17*

1.4.2 *Die antisoziale Störung im DSM-5 ... 19*

1.5 Erklärungsmodelle zum Ausstieg aus einer kriminellen Entwicklung: Desistance-Theorien ... 21

1.5.1 *Die Bedeutung informeller sozialer Kontrolle und von „Lebenswenden“ ... 22*

1.5.2 *Die Bedeutung kognitiver Veränderungsprozesse ... 24*

1.5.3 *Die Bedeutung struktureller Rahmenbedingungen ... 27*

1.5.4 *Resümee ... 28*

1.6 Resozialisierung von StraftäterInnen: Rehabilitationstheorien ... 29

1.6.1 *Die Psychologie kriminellen Verhaltens: PCC ... 30*

1.6.1.1 *Kriminelles Verhalten in konkreten Situationen: PIC-R ... 31*

1.6.1.2 *Risiko, Bedarf und Ansprechbarkeit für Interventionen: Die RNR-Prinzipien ... 33*

1.6.1.3 *Substanzmissbrauch als Risikofaktor für kriminelles Verhalten ... 34*

1.6.2 *Das Good Lives Model – GLM ... 38*

1.6.2.1	<i>Entstehung kriminellen Verhaltens und Risiko ...</i>	39
1.6.2.2	<i>Behandlung und Interventionen im GLM ...</i>	40
1.7	Zusammenfassung ...	42
2	Sucht ...	44
2.1	Einleitung ...	44
2.2	Medizinische Diagnosekriterien ...	44
2.2.1	<i>Sucht im ICD-10 ...</i>	45
2.2.2	<i>Sucht im DSM-5 ...</i>	48
2.3	Typologien Abhängiger am Beispiel der Alkoholabhängigkeit ...	52
2.3.1	<i>Typologien, die zwei Gruppen bilden: Beispiel Typ I und Typ II- Alkoholismus ...</i>	53
2.3.1.1	<i>Typ I-Alkoholismus ...</i>	54
2.3.1.2	<i>Typ II-Alkoholismus ...</i>	55
2.3.2	<i>Typologien, die vier Gruppen bilden: Beispiel vier Subtypen der Al- koholabhängigkeit ...</i>	56
2.3.2.1	<i>Cluster 1: Geringes Risiko, leichte Ausprägung ...</i>	56
2.3.2.2	<i>Cluster 2: „Internalizer“ ...</i>	56
2.3.2.3	<i>Cluster 3: „Externalizer“ ...</i>	57
2.3.2.4	<i>Cluster 4: Hohes Risiko, schwere Ausprägung ...</i>	57
2.3.3	<i>Resümee ...</i>	58
2.4	Psychologische Erklärungsmodelle für Sucht- und Rückfallverhalten ... 58	
2.4.1	<i>Die funktionale Bedingungsanalyse ...</i>	59
2.4.2	<i>Das sozial-kognitive Rückfallmodell ...</i>	62
2.5	Vernetzte Suchtbehandlung: Der Community Reinforcement Ap- proach (CRA) ...	66
2.5.1	<i>Grundlagen des CRA ...</i>	66
2.5.2	<i>Bestandteile des CRA ...</i>	67
2.5.3	<i>Wirksamkeit ...</i>	69
2.6	Suchtmittelkonsum, Kriminalität und Strafverfolgung ...	70
2.6.1	<i>Suchtmittelbedingte Straftaten und suchtbetroffene Straffällige ...</i>	70
2.6.2	<i>Zusammenhänge von Substanzkonsum und Straffälligkeit ...</i>	71
2.6.3	<i>Alkoholkonsum und Gewaltstraftaten ...</i>	73
2.6.4	<i>Strafrechtliche Regelungen für suchtbetroffene Straffällige im Kon- text der Bewährungshilfe ...</i>	74
2.7	Zusammenfassung ...	79

3 Soziale Arbeit im Zwangskontext ... 81

3.1 Einleitung ... 81

3.2 Unterschiedliche Arten von Zwang und Freiwilligkeit im Umfeld der Bewährungshilfe ... 81

3.2.1 *Hilfeersuchen aus eigener Initiative ... 82*

3.2.2 *Hilfeersuchen nach Druck oder Anreizen aus dem privaten oder professionellen Umfeld ... 83*

3.2.3 *Formale Anordnung einer Hilfeleistung ... 84*

3.3 Die Bewährungshilfe ... 85

3.3.1 *rechtlicher Rahmen und mögliche Unterstellungsgründe ... 85*

3.3.2 *Aufgaben und Handlungsmöglichkeiten in der Praxis ... 90*

3.4 Veränderungsmotivation in Zwangskontexten ... 91

3.4.1 *Motivation und Motivationsförderung in Zwangskontexten ... 92*

3.4.2 *Die Wirkung von Druck und Anreizen ... 93*

3.4.3 *Widerstand und Reaktanz ... 93*

3.5 Handlungsvorschläge für die Betreuung von KlientInnen in Zwangskontexten ... 95

3.5.1 *Prinzipien der Beziehungsgestaltung ... 95*

3.5.2 *Ein Betreuungsmodell auf der Grundlage der Wirksamkeitsforschung ... 97*

3.5.3 *Die praktische Unterstützung von Desistance-Prozessen ... 99*

3.5.4 *Ein Vorschlag zur Arbeit mit ZwangsklientInnen in regulären Suchthilfeangeboten ... 101*

3.5.5 *Handlungsvorschläge auf der Grundlage bisheriger methodischer Entwicklungen in Zwangskontexten ... 102*

3.5.6 *Resümee ... 103*

3.6 Zusammenfassung ... 103

4 Fazit ... 105

4.1 Beantwortung der ersten Fragestellung und Zusammenfassung der Hypothesenprüfung ... 105

4.2 Beantwortung der zweiten Fragestellung: Mögliche Leitlinien für die Betreuung suchtbetroffener KlientInnen in der Bewährungshilfe ... 108

Zusammenfassung ... 110

Literatur 112

Einleitung

Ich arbeite seit 2008 als Bewährungshelferin bei der Neustart gGmbH, dem noch bis 31.12.2016 freien Träger der Bewährungshilfe in Baden-Württemberg, und habe durchgehend jeweils 40-80 KlientInnen mit einer Bewährungsstrafe direkt betreut. Im Kontext vieler Straftaten und damit auch in der Tatbearbeitung im Rahmen der Bewährungshilfe hat Suchtmittelkonsum oder die Suchterkrankung der TäterInnen eine entscheidende Rolle gespielt. Mich interessiert daher der Zusammenhang zwischen Kriminalität und Suchtverhalten und besonders meine Möglichkeiten als Bewährungshelferin, vor diesem Hintergrund mit den betroffenen KlientInnen nachhaltig Straffreiheit zu erreichen.

Im Zeitraum meiner Berufstätigkeit als Bewährungshelferin wiesen durchgehend etwas mehr als die Hälfte meiner KlientInnen neben ihrer Straffälligkeit auch einen Suchtmittelbezug auf, das heißt: Etwa die Hälfte bis zwei Drittel von ihnen war abhängig von Alkohol und/oder illegalen Drogen, ein etwas kleinerer Teil konsumierte Substanzen missbräuchlich, um entweder mithilfe der jeweiligen Wirkung z.B. die Hemmschwelle für Gewalt- oder Sexualstraftaten gezielt zu senken oder wurde aufgrund der Wirkung oder der Illegalität der Substanz quasi „noch nebenbei“ straffällig. Kleine Gruppen von jeweils wenigen Betroffenen waren ausschließlich oder überwiegend im Zusammenhang mit dem Handel illegaler Drogen verurteilt, ohne selbst abhängig zu sein oder die jeweilige Substanz zu konsumieren bzw. wurden im Zusammenhang mit sog. „Verhaltenssüchten“ wie pathologischem Glücksspiel oder exzessivem Kaufen und der daraus entstehenden Überschuldung straffällig.

Ein deutlicher Anteil meiner suchtmittelabhängigen KlientInnen wies eine diagnostizierte psychiatrische Störung auf (hier meist schizophrene Psychosen, depressive Erkrankungen und in einigen Fällen zusätzliche Persönlichkeitsstörungen und ADHS) bzw. ließen aufgrund ihrer Vorgeschichte und ihres Verhaltens und Erlebens vermu-

ten, daß eine psychiatrische Diagnose gestellt werden könnte (hier häufig dissoziale oder Borderline-Persönlichkeitszüge und Traumafolgen bei Männern, ebenfalls ADHS sowie Ängste).

Verurteilt waren die von mir betreuten KlientInnen mit Suchtmittelbezug ebenso häufig für direkte Beschaffungsdelikte in unterschiedlicher Schwere (von der Einfuhr illegaler Drogen in größerem Umfang oder der Weitergabe von Cannabis im Freundeskreis bis zum Diebstahl von Alkohol oder Parfum im Supermarkt oder Raubtaten zur Finanzierung des Konsums) wie für Straftaten unter dem Einfluss des Suchtmittels (z.B. Gewalt- oder Sexualdelikte nach Alkohol- bzw. Stimulanzienkonsum oder Fahren unter Alkoholeinfluss).

Eine zahlenmäßig größerer Teil an Einzeltaten, die sich allerdings auf eine kleine Gruppe von „DrehtürklientInnen“ verteilen, hat mit deren langjähriger Suchterkrankung und der daraus resultierenden zunehmenden Verwahrlosung und sozialen Desintegration bei nicht ausreichender professioneller Betreuung zu tun und umfasst z.B. geringfügige Ladendiebstähle oder Schwarzfahrten mit der Bahn, die nur aufgrund des langen Vorstrafenregisters der Verurteilten überhaupt mit einer Bewährungsstrafe geahndet wurden.

Insgesamt war erkennbar, daß ein Suchtbezug bei KlientInnen unter Bewährung, wie andere Merkmale auch, mit höherer Betreuungsinintensität und einem höheren Risiko für erneute Straftaten in Zusammenhang stand, in vielen Fällen aber auch entscheidende Wendungen erreicht werden konnten, überwiegend dann, wenn es gelungen ist, KlientInnen ihrem Bedarf entsprechend effektiv ins reguläre Suchthilfesystem einzubinden und damit Maßnahmen der Strafjustiz abbauen zu können.

Dieser sehr subjektiven Zählung steht die Schwierigkeit gegenüber, innerhalb des baden-württembergischen Gesamtbetriebs oder meiner Einrichtung vor Ort aussagekräftige und verallgemeinerbare Zahlen und Daten über suchtbetroffene KlientInnen in der Bewährungshilfe zu erhalten: Weil die erfassten Straftatsbestände nicht zwingend

Auskunft über einen Suchtmittelbezug geben, Tathintergründe unterschiedlich ausführlich in Urteilstexten genannt werden, BewährungshelferInnen mit unterschiedlichen Schwerpunkten Informationen erheben und dokumentieren und die verwendeten Methoden in der Betreuung sich ebenfalls spürbar unterscheiden. Allgemein gültige oder kontrollierte einheitliche Standards zur Anamnese, Methodik und Dokumentation sowie zum notwendigen Hintergrundwissen der betreuenden BewährungshelferInnen in diesem Themenbereich gibt es im Betrieb bisher nicht.

Das Ziel der Bewährungshilfe – die möglichst dauerhaft straffreie Lebensführung ehemals Verurteilter – könnte dagegen für suchtbetroffene KlientInnen besser und nachhaltiger erreichbar sein, wenn ihre BewährungshelferInnen über einen definierten Stand an aktuellem Fachwissen über diesen Personenkreis und das Thema Sucht und Straffälligkeit verfügen und nachweislich auf das Ziel Straffreiheit hin wirksame Betreuungsmethoden entwickeln.

Aufgrund der Uneinheitlichkeit des unter den MitarbeiterInnen in der Bewährungshilfe genutzten Fachwissens zu den Themen Kriminalität und Sucht und des unterschiedlichen Umgangs mit KlientInnen, bei denen ein Suchtbezug besteht, halte ich es für sinnvoll, zunächst Ergebnisse aus der Literatur zu beschreiben und daraus dann praktische Vorschläge abzuleiten, die an der Basis umsetzbar sind und z.B. auch neuen MitarbeiterInnen Unterstützung bieten. Die Umsetzung dieser Vorschläge könnte dann in weiterer Forschung überprüft und mit der jeweils aktuellen Literatur abgeglichen werden.

Diese Arbeit bezieht sich auf einen Teil der betreuten KlientInnen in einem speziellen Arbeitsfeld und ist damit besonders für dieses Feld interessant – kann aber auch hilfreich für die Arbeit mit StraftäterInnen außerhalb der Bewährungshilfe und im regulären Suchthilfesystem sein und hier die erfahrungsgemäß eher unbekanntenen Anforderungen in der Bewährungshilfe transparent machen, was einer Zusammenarbeit verschiedener Bereiche nutzt.

Die vorliegende Arbeit liefert eine Zusammenstellung von Fachwissen mit Praxisbezug speziell für die Bewährungshilfe (was in der kriminologischen und der suchtfachlichen Literatur selten ist) und eignet sich daher als Grundlage für die Einarbeitung neuer KollegInnen im Arbeitsfeld Bewährungshilfe, für den Aufbau von Spezialisierungsfunktionen von BewährungshelferInnen für die Betreuung von SuchtklientInnen sowie als Informationsmöglichkeit sowohl für interessierte berufserfahrene BewährungshelferInnen als auch für Kooperationspartner im Suchthilfenetz und in der Strafjustiz. Sie ist damit innerhalb der Bewährungshilfe und in angrenzenden Arbeitsfeldern als Anregung und Ausgangspunkt für eigene Entwicklungen sowie zum Aufbau von Kooperationen von Leistungsanbietern zum Nutzen suchtbetroffener Straffälliger gut brauchbar.

Sowohl Sucht als auch Kriminalität sind dabei Themen, die größere Teile der Bevölkerung und damit auch der sozialen Hilfesysteme betreffen. Speziell die auf Straffreiheit orientierte, theoretisch gut fundierte Betreuung suchtbetroffener StraftäterInnen hat – auch aus der Perspektive des Opferschutzes - eine große gesellschaftliche Bedeutung.

Eine reine Datenerhebung z.B. von Zahlen über suchtbetroffene KlientInnen oder über die Betreuungsarbeit der BewährungshelferInnen halte ich in dem kleinen Umfang, der mir persönlich möglich ist, nicht für sinnvoll, weil die Daten, wie oben beschrieben, voraussichtlich sehr ungenau sein und in der Praxis keinen Mehrwert, z.B. gerade in Form von Leitlinien, haben werden. Von diesen Daten ausgehende weiterführende Forschung müsste sich außerdem schnell anschließen, damit sie in der Zwischenzeit nicht veralten.

Darüber hinaus betrifft mein persönliches Interesse ebenfalls den Literaturüberblick und daraus ableitbare Betreuungsleitlinien, da dieser Ansatz innerhalb der Alltagsarbeit meist aus Zeitgründen nicht leistbar ist.

Die vorliegende Arbeit ist aus diesen Gründen also eine Literaturarbeit zu folgenden Fragestellungen:

- 1. Welche Erklärungsmodelle werden in der Literatur zur Entstehung und Bewältigung von Suchtverhalten und von kriminellem Verhalten sowie zur sozialpädagogischen Arbeit in Zwangskontexten beschrieben?**

- 2. Welche Leitlinien können daraus für die praktische Bewährungshilfe mit KlientInnen, deren Suchtmittelkonsum bzw. deren Suchterkrankung im Zusammenhang mit ihrer Straffälligkeit steht, abgeleitet werden?**

Aus dieser Fragestellung können folgende Hypothesen abgeleitet werden:

- Sowohl Suchtmittelkonsum als auch delinquentes Verhalten weisen bei Entstehung und Verlauf Gemeinsamkeiten und Unterschiede auf, die sich gegenseitig beeinflussen.

- Suchtmittelkonsumierende Straffällige können durch die Bewährungshilfe besser betreut werden (d.h.: erreichen nachhaltiger Straffreiheit), wenn sowohl der Suchtmittelkonsum als auch die Straffälligkeit bearbeitet werden.

- Der Zwangskontext in der Bewährungshilfe kann, wenn er entsprechend gestaltet wird, eine positive Funktion beim Aufbau von Straffreiheit bei suchtmittelkonsumierenden Straffälligen erfüllen.

Zur Beantwortung dieser Fragen und Prüfung der abgeleiteten Hypothesen stelle ich die in Bezug auf die Bewährungshilfe relevante Lite-

ratur in den Themenbereichen Kriminalität (Kapitel 1), Sucht (Kapitel 2) und soziale Arbeit in Zwangskontexten (Kapitel 3) getrennt dar und benenne Verweise in die jeweils anderen Themenbereiche, wenn sie in der vorgestellten Literatur zu finden sind oder naheliegen. Verwendet habe ich dabei internationale „Standardliteratur“, also derzeit diskutierte und genutzte Theorien zu Diagnostik, Verlauf und Beeinflussungsmöglichkeiten (z.B. Moffitt, Andrews und Bonta, Ward et al., Kanfer et al., Rooney, Trotter), deutschsprachige Überblicksliteratur (z.B. Mayer, Kähler und Zobrist), Diagnosemanuale und Gesetzestexte einige der in der verwendeten Literatur genannten Hintergrundtexte. Angeschlossen hat sich eine Google-Stichwortsuche zu den meisten Unterkapiteln zur Begriffsklärung und zur Recherche nach weiteren, evt. übersehenen Beiträgen zu den jeweiligen Themen. Aufgrund des Umfangs der Arbeit habe ich mich auf den sozialpädagogischen Blickwinkel beschränkt. In Kapitel 4 beantworte ich die oben genannten Fragen, prüfe die daraus abgeleiteten Hypothesen und schlage davon ausgehend Leitlinien für die Bewährungsbetreuung von suchtbetroffenen Straffälligen vor, eine Zusammenfassung der Gesamtarbeit schließt sich an.

1 Kriminalität

1.1 Einleitung

Zum Thema Kriminalität gibt es unterschiedliche Zugangswege und Erklärungsmodelle, die unterschiedliche Blickwinkel und Schwerpunkte zur Frage abbilden, warum Menschen anderen Menschen oder dem Gemeinwesen Schaden zufügen und wie künftige Schäden verhindert und die Gemeinschaftsfähigkeit und Re-Integration Krimineller erreicht werden kann.

Ich stelle in diesem Kapitel unter Punkt 1.2 zunächst einen Überblick über die sog. Kriminalitätstheorien als Hintergrund dieser unterschiedlichen Sichtweisen dar. Punkt 1.3 beschreibt ein entwicklungsorientiertes Modell zur Entstehung (und Vorhersagbarkeit) kriminellen Verhaltens in individuellen Lebensläufen, Punkt 1.4 befasst sich mit psychiatrischen Störungsbildern, die für einige Formen individuellen kriminellen Verhaltens verantwortlich sein können. Unter Punkt 1.5 dagegen wird Vorhersagbarkeit und Determinierung kriminellen Verhaltens infrage gestellt und mehrere Modelle beschrieben, die auf der Mikro-, Meso- und Makroebene entscheidende Faktoren für einen Ausstieg aus einer kriminellen Entwicklung erkennbar machen. Punkt 1.6 schließt sich an mit zwei gegensätzlichen und sich doch ergänzenden Theorien der Resozialisierung von Straffälligen. Unter allen Punkten habe ich Verbindungen zum Thema Sucht oder Substanzkonsum dargestellt, wenn sie in den jeweiligen Erklärungsmodellen zu finden sind. Eine kurze Zusammenfassung unter dem Blickwinkel der Bewährungshilfe-Praxis findet sich unter Punkt 1.7.

1.2 Erklärungsmodelle zu allgemeinen Ursachen von Kriminalität: Kriminalitätstheorien

Kriminalitätstheorien versuchen die Ursachen kriminellen Verhaltens zu erklären: Auf individueller Ebene, in Wechselwirkung zwischen der Person und ihrem unmittelbaren Umfeld und auf gesellschaftli-

cher Ebene. Sie lassen weder eine konkrete Risikoabschätzung oder Schlüsse für Kriminalitätsentwicklung und Rückfallprävention im Einzelfall zu noch können sie als Anleitung für Behandlung und Betreuung von StraftäterInnen dienen, sie beschreiben aber je nach Blickwinkel (und Zeitraum ihrer Entstehung) unterschiedliche Annahmen über den Zusammenhang von kriminalitätsfördernden Faktoren auf der Mikro-, Meso- oder Makroebene im Allgemeinen. Mayer (Mayer 2009a) zeigt in einem Überblick eine Zusammenstellung der seit dem 18. Jahrhundert entstandenen Kriminalitätstheorien, den ich deshalb hier verkürzt und einleitend darstelle, weil er neben den weiter unten beschriebenen individuellen Erklärungsmodellen kriminellen Verhaltens eine Vorstellung von der Vielzahl der möglichen Einflüsse auf die Entstehungsbedingungen von Kriminalität gibt.

1.2.1 Gesellschaftliche Ursachen von Kriminalität

Auf dieser Ebene nehmen sozialstrukturelle wie die Anomietheorie das Auseinanderklaffen von kulturellen Erwartungen und der sozialen Realität und unterschiedliche, auch kriminelle Formen des Umgangs mit dem daraus entstehenden Anomiedruck als Ursache von Kriminalität an. Als Anomie wird Normlosigkeit durch soziale Desintegration bezeichnet, die durch die Ungleichverteilung der Mittel zur Erreichung gesellschaftlich vorgegebener Ziele entstehen soll.

Subkulturelle Theorien beschreiben die Zugehörigkeit zu einer delinquenten Subkultur, bspw. der Drogenszene, als Möglichkeit ihrer Mitglieder, durch die Etablierung abweichender Maßstäbe Status und Anerkennung in einer Subgruppe zu gewinnen, die für sie aufgrund bestimmter Eigenschaften in der Mehrheitsgesellschaft nicht erreichbar sind. Subkulturelle kriminogene Einflüsse können auch durch Migration entstehen, entweder, weil heimatliche Normen in der neuen Kultur strafbar sind (das kann z.B. Cannabiskonsum betreffen) oder weil hoher Anpassungsdruck und Migrationsstress u.a. auch Straftaten bedingen können. Neutralisierungstechniken werden als

kognitive Strategien bei Verstößen gegen eigentlich allgemeingültige Werte, z.B. als Teil einer Subgruppe, und Versuch der „Entschuldung“ bei Straftaten verstanden.

Ökologische Theorien sehen die soziale Desintegration aus dem jeweiligen lokalen Umfeld durch gelockerte soziale Bindungen und geringe soziale Kontrolle sowie geringe soziale Teilhabe, z.B. in städtischen Unterschichten, als kriminalitätsfördernd an.

Etikettierungsansätze wie der Labeling Approach verstehen Kriminalität als Ergebnis einer Wechselwirkung zwischen normverletzendem Verhalten, der Etikettierung der Person als kriminell und der Übernahme dieses Stempels ins eigene Selbstbild, was wiederum die Hemmschwelle vor weiteren Straftaten senkt.

1.2.2 Ursachen in der Interaktion zwischen Individuum und unmittelbarer Umwelt

Auf der Mesoebene beschreiben Theorien zu Sozialem Lernen und Sozialisation ganz allgemein das Lernen am Modell und, spezieller, kriminogene Lernvorgänge im direkten Kontakt mit kriminellen Personen sowie die Übernahme von Verhalten durch die Identifikation mit kriminellen Vorbildern als Grundlage einer kriminellen Entwicklung.

Die Wechselwirkung zwischen sozialer Bindung und sozialer Kontrolle kann sowohl Risiko- als auch Schutzfaktoren gegenüber Kriminalität schaffen, wobei innerem Halt, z.B. durch die emotionale Bindung an andere und deren Erwartungen oder durch ein stabiles Selbstkonzept ein stärkerer Effekt zugeschrieben wird als äußerem. Daneben steht eine unausgewogene Kontrollbalance in Gruppen, die einzelnen ein sehr hohes, anderen ein nur geringes Maß an Macht und Einfluss ermöglicht, für einen weiteren Auslöser kriminellen Verhaltens.

Situative Theorien benennen die Nutzung von Tatgelegenheiten, die durch den Zugang zu illegalen Kontakten, Kenntnissen und Fertigkeiten einerseits und veränderte Alltagsroutinen in der Allgemeinbevölkerung andererseits entstehen, als kriminalitätsfördernd.

1.2.3 Individuelle Ursachen

Auf der individuellen Ebene geben neben einigen heute überholten noch biologisch-anthropologische Theorien, wie die der neurophysiologischen Veränderungen mit Einfluss auf die Steuerung von Verhalten oder eine genetische Disposition einen eher schwachen und unspezifischen Zusammenhang mit kriminellem Verhalten an.

Psychologisch-psychiatrische Theorien beschreiben Kriminalität auf einer tiefenpsychologischen oder lerntheoretischen Grundlage oder in medizinischen Kategorien als Teil einer dissozialen bzw. antisozialen Persönlichkeitsstörung oder dem Psychopathy-Konzept nach Hare.

Ebenfalls auf der Mikroebene angesiedelt sind entscheidungsbasierte Theorien, die Kriminalität als Ergebnis rationalen Wahlhandelns nach subjektiver Kosten-Nutzen-Abwägung oder als geplantes Verhalten, bei dem Einstellungen, die zu erwartende Anerkennung und bestimmte Fähigkeiten die Handlungsabsicht fördern, sehen.

Unter das Schlagwort Selbstkontrolle fällt die allgemeine Kriminalitätstheorie, deren Bezeichnung mehr auf die Möglichkeit hinweist, daß Kriminalität weit verbreitet ist, als daß sie Kriminalität in allen Einzelfällen erklärt: Demnach bewirken Anlage und Sozialisation eine verringerte Fähigkeit zur Selbstkontrolle, während fehlende äußere Kontrolle Tatgelegenheiten schafft, die in hedonistischer Handlungswahl zu kriminellem Verhalten führen.

1.2.4 Resümee

Zwar kann keine der Theorien der drei Ebenen eine umfassende und allgemeingültige Erklärung zur Entstehung von Kriminalität bieten und in der Praxis der Bewährungshilfe scheint in vielen Einzelfällen jeweils ein anderer Blickwinkel richtig – einige Inhalte der hier nur kurz gestreiften Theorien finden sich aber in den nachfolgend beschriebenen Erklärungsmodellen zu individuellem kriminellem Verhalten und dessen Überwindung wieder.

1.3 Ein Erklärungsmodell zur Entstehung von kriminellem Verhalten im Lebenslauf: Die entwicklungspsychologische Klassifikation antisozialen Verhaltens nach Moffitt

Moffitt stellt in ihrer Klassifikation (Moffitt 1993, bezüglich des Substanzkonsums im Jugendalter auch Weichold 2003, Esser et.al. 2008) zwei Gruppen von Personen dar, deren antisoziales Verhalten auf unterschiedliche Weise entsteht, aufrechterhalten und abgelegt wird, sowie deren gegenseitige Einflussnahme. Beschrieben wird eine große Gruppe, die antisoziales Verhalten im Jugendalter, mit einer Spitze um etwa 17 Jahre, zeigt, sowie eine Minderheit mit unterschiedlichen Formen antisozialer Verhaltensweisen im gesamten Lebenslauf, die bereits in der Kindheit beginnen. Antisoziales Verhalten wird dabei nicht klar definiert, ganz überwiegend aber als Delinquenz, teils in Verbindung mit weiteren Problemlagen, u.a. einer Suchtentwicklung, beschrieben. Das von Moffitt entwickelte Modell beruht u.a. auf einer sehr umfassenden Literaturrecherche ausgehend von der Beobachtung eines starken Zusammenhangs zwischen Kriminalität und Lebensalter.

1.3.1 *Lebenslang andauerndes antisoziales Verhalten*

Lebenslang andauerndes antisoziales Verhalten zeigt sich nach Moffitt in wechselnden Ausprägungen mit hoher Frequenz und Intensität auch vor und nach einer Phase offen erkennbarer und strafverfolgter Kriminalität: Als Verhaltensstörungen schon in der Kindheit vor Beginn der Strafmündigkeit oder in höherem Lebensalter in Form von zunehmender häuslicher Gewalt oder sexuellem Missbrauch innerhalb der Familie, beides Tatbestände mit einem sehr hohen Dunkelfeld.

Lebenslang andauerndes antisoziales Verhalten ist geprägt durch eine situationsübergreifende Konsistenz, der das Konzept der Verhaltenskohärenz oder „heterotypischen Kontinuität“ zugrunde liegt: Eine antisoziale Disposition bleibt bei diesem Personenkreis von früher Kindheit bis ins hohe Alter stabil und zeigt sich in wechselnden Ausprägungen, je nachdem, welche Gelegenheiten die eigene Entwicklung und soziale Situationen bieten – auch antisoziales Verhalten ist letztlich soziales Verhalten, da es erst im Kontakt mit anderen erkennbar werden kann. Nach Moffitt wandert so eine kleine Gruppe konstant antisozialer Männer (auch die Klientel in der Bewährungshilfe ist zu etwa 90% männlich) im Lauf ihres Lebens durch verschiedene Systeme von der Schule über Maßnahmen für Jugendstraftäter, psychiatrische Kliniken und Gefängnisse – und oft auch durch Angebote der Suchthilfe.

Der Ausgangspunkt lebenslang anhaltenden antisozialen Verhaltens liegt nach Moffitt in subtilen neurologischen Defiziten, die auf genetischer Grundlage oder während Schwangerschaft (bspw. durch Suchtmittelkonsum der Mütter) und Geburt entstehen und kognitive Funktionen wie verbales Verstehen und Ausdrücken, Problemlösen, Gedächtnis sowie Aufmerksamkeit und Impulsivität betreffen. Leichte Einschränkungen auf subklinischem Niveau beeinflussen Temperament und Verhalten und im weiteren Verlauf die Persönlichkeitsentwicklung dieser „schwierigen“ Kinder, die im Gegensatz zu Kindern

mit einer leicht erkennbaren sichtbaren Behinderung kaum spezielle Behandlung und Förderung erhalten. Nach dem Konzept der hervorgerufenen Person-Umwelt-Interaktion können in dieser Art vulnerable Kinder durch ihr Verhalten weitere schädigende Reaktionen ihrer Bezugspersonen bewirken und tragen ein höheres Risiko, Opfer von Vernachlässigung und Misshandlung zu werden.

Für die Aufrechterhaltung antisozialen Verhaltens im Lebenslauf und in unterschiedlichen Lebensbereichen beschreibt Moffitt zwei weitere Formen der Person-Umwelt-Interaktion: Menschen erfahren, interpretieren und beantworten Umwelterfahrungen, besonders eigentlich neutrale Schlüsselreize, ihrem persönlichen Stil entsprechend (reaktive Interaktion) und wählen oder schaffen sich Umwelten, die diesem Stil entsprechen, z.B. durch die Wahl von PartnerInnen und dem Freundeskreis (proaktive Interaktion).

Zu negativen Folgen im Lebenslauf können zwei Ausprägungen der Kontinuität von Problemlagen führen: Merkmalskonstellationen, die Menschen schon in der Kindheit schwierig machen, wie hohes Aktivitätsniveau, leichte Irritierbarkeit, geringe Selbstkontrolle und geringe kognitive Fähigkeiten, bleiben im Erwachsenenalter erhalten und üben weiter schädigende Einflüsse aus (fortdauernde Kontinuität) - und diese individuelle Unterschiedlichkeit bewirkt zusätzlich schneeballartig weitere Unterschiede, die mit den im Erwachsenenalter weiterbestehenden frühkindlichen Schwierigkeiten jugendliches und erwachsenes Verhalten in jeweils altersentsprechender Weise beeinflussen (kumulative Kontinuität). Im Zusammenspiel beider Formen dieser negativen Kontinuität kann bspw. kindliche Aggression und die folgende Ablehnung durch Bezugspersonen zur Erwartung weiterer Ablehnung bei den betroffenen Kindern führen, die sie Chancen auf prosoziale Kontakte ausschlagen und dadurch ungeübt in sozialen Fähigkeiten werden lässt, was wiederum schlechtere schulische und berufliche Chancen zur Folge haben kann usw. So eingeengte prosoziale Möglichkeiten und deren typische Konsequenzen wie Schulausschluss, Inhaftierung u.ä. führen zu Etikettierungen, z.B. als ver-

haltensgestört oder kriminell, die weitere Chancen nehmen. In Wechselwirkung mit diesen Folgen wandeln solcherart Betroffene aufgrund ihres eingeschränkten Verhaltensrepertoires auch prosoziale Chancen aktiv in Gelegenheiten für antisoziales Verhalten um.

Moffitt definiert lebenslang andauerndes antisoziales Verhalten in der hier beschriebenen Ausprägung und im Gegensatz zu jugendtypischem als psychische Störung aufgrund der statistischen Seltenheit seines Vorkommens, das es als „abnorm“ erkennbar macht, der Stabilität dieses maladaptiven Verhaltens über die Zeit und unter unterschiedlichen Umständen, aufgrund der vermuteten biologischen Ursachen und der häufig gefundenen psychiatrischen Komorbidität, u.a. Drogen- und Alkoholabhängigkeit, Depression und Angststörungen.

1.3.2 Jugendtypisches antisoziales Verhalten

Jugendtypisches antisoziales Verhalten ist nach Moffitt gekennzeichnet durch das Fehlen einer nennenswerten Vorgeschichte kindlicher Verhaltensprobleme und fehlender künftiger antisozialer Verhaltensweisen, wobei deren punktuelleres Vorkommen auch im Erwachsenenalter häufig ist. Weitere Kennzeichen sind die zeitliche Inkonsistenz (straffreie Zeiträume auch während einer Phase jugendlicher Kriminalität sowie abrupte Wechsel zwischen pro- und antisozialem Verhalten, besonders zu Beginn und Ende dieser Periode) und fehlende situative Konsistenz antisozialen Verhaltens – was Verhaltensflexibilität und Beeinflussbarkeit zeigt und dazu führt, daß die Beschreibung des Verhaltens und der Person durch verschiedene BeobachterInnen (z.B. im Elternhaus, in Schule oder Sportverein) unterschiedlich ausfällt. Jugendtypisches antisoziales Verhalten wird dabei als eigentlich adaptives Verhalten in einer begrenzten und auch durch äußere Umstände bestimmten Entwicklungsphase verstanden.

Nach Moffitt entsteht durch die zeitbedingt zunehmend vergrößerte Lücke zwischen biologischer und sozialer Reife in der Adoleszenz (überwiegend durch den durchschnittlich früheren Beginn der Pubertät und verlängerte Schul- und Ausbildungszeiten) ein altersabhängiger Motivationsstatus für regelverletzendes Verhalten und verbotene Erfahrungen, „Reife und Autonomie beweisen“ wird demgemäß zu einem starken persönlichen Tatmotiv. Jugendliche aus der oben beschriebenen Gruppe mit lebenslang andauerndem antisozialen Verhalten werden in dieser Phase zu Rollenmodellen, deren deviantes Verhalten imitiert wird, ohne daß tatsächliche Freundschaften entstehen oder kriminogene Einstellungen geteilt werden, was Moffitt als soziales Mimikry beschreibt. Jugendliche mit antisozialen Persönlichkeitsstil meistern die von den meisten Jugendlichen wahrgenommene „Reifelücke“ scheinbar erfolgreicher und demonstrieren dabei einen vermeintlich „erwachseneren“ Lebensstil.

Negative Konsequenzen antisozialen Verhaltens können von Jugendlichen als soziale Verstärker (z.B. durch Statuserhöhung innerhalb der Peergroup) wahrgenommen werden; nach Moffitt besteht dafür jedoch nur eine geringe Evidenz – anders als für den Zusammenhang zwischen Suchtmittelkonsum und der Verlängerung der delinquenten Phase im Jugendalter. Die Wahrnehmung und Bewertung von Konsequenzen, besonders der informellen, für antisoziales Verhalten verändert sich mit zunehmendem Alter vor dem Hintergrund tatsächlich wachsender Eigenverantwortung und Autonomie, z.B. durch den Wechsel in Ausbildung und Beruf oder den Beginn einer festen Partnerschaft zum Negativen, so daß bspw. Delinquenz oder „verbotener“ Suchtmittelkonsum für die Mehrheit der jungen Erwachsenen zunehmend unattraktiv wird.

1.3.3 Resümee

Gemäß diesem Modell im Vergleich beider Gruppen und bezogen auf die Bewährungshilfe kann gesagt werden, daß jugendtypische

Delinquenz von den Betroffenen mit der Übernahme von Erwachsenenrollen überwiegend auch ohne ein intensives professionelles Eingreifen abgelegt wird, Suchtmittelkonsum in diesem Zusammenhang aber eine besondere Beachtung verdient, da er die Übernahme einer tatsächlich erwachsenen, straffreien Identität erschwert. KlientInnen, die dagegen lebenslang andauerndes antisoziales Verhalten zeigen, sollten bereits während der Anamnese in der Bewährungshilfe sicher erkannt und dann entsprechend intensiv betreut werden, um Anzahl und Schwere von Rückfalltaten möglichst zu minimieren.

1.4 Kriminalität und Persönlichkeitsstörungen

Einen weiteren Zugang zur möglichen Entstehung kriminellen Verhaltens bieten medizinische und psychiatrische Diagnosesysteme. Psychisch Kranke im Allgemeinen sind dabei durchschnittlich nicht häufiger straffällig oder gar gefährlicher als psychisch Gesunde, in einigen Fällen besteht jedoch ein spezifischer Zusammenhang zwischen der Erkrankung, ihrer Behandlung oder Behandelbarkeit und der Straffälligkeit der Betroffenen.

Psychisch kranke Menschen können straffällig werden, wenn sie z.B. aufgrund einer akuten Psychose oder als Symptom einer Persönlichkeitsstörung oder bei einem Suizidversuch fremdgefährdendes Verhalten zeigen (Gewaltanwendung, Brandstiftung, Stalking, Beleidigung u.ä.) oder „verrückte“ Dinge tun (Diebstähle, Sachbeschädigungen) - die Erkrankung kann in diesen Fällen als Ursache der Straffälligkeit bezeichnet werden. Ebenso können sie aus denselben Gründen wie psychisch Gesunde auch kriminelles Verhalten zeigen: Durch eine kriminalitätsfördernde Einstellung oder Umgebung, als Ausdruck jugendtypischer Regelverletzungen, in einer finanziellen Notlage o.ä. - die Erkrankung, aber auch deren soziale Auswirkungen wie Arbeitslosigkeit, sind ein Aspekt unter mehreren, der Auswirkungen auf die Straffälligkeit und das Erreichen von künftiger Straffreiheit hat. Ein weiterer Grund kann in einer komorbiden Suchter-

krankung liegen und Drogenhandel, Beschaffungskriminalität, Straftaten unter Alkohol- oder Drogeneinfluss usw. betreffen - sowohl die psychische als auch die Suchterkrankung beeinflussen in diesen Fällen Straffälligkeit und Straffreiheit einerseits und die Behandelbarkeit der Sucht- und der psychischen Erkrankung andererseits.

Persönlichkeitsstörungen beschreiben im Gegensatz bspw. zu Psychosen psychiatrische Krankheitsbilder, die Muster extremer, unflexibler Ausprägungen von bis zu einem gewissen Grad „eigentlich normalen“ Verhaltensweisen darstellen, die in meist leichter Form und v.a. situativ nicht überdauernd auch in der Allgemeinbevölkerung häufig vorkommen.

Die Störungsmodelle der dissozialen (ICD-10) bzw. antisozialen (DSM-5) Persönlichkeitsstörung beschreiben nahezu identische Krankheitsbilder. Sie beinhalten andere schädigendes Verhalten und weisen damit ein gemeinsames Kriterium mit Straffälligkeit auf, sehen deren Ursprung bei den davon Betroffenen allerdings in einem krankheitswertigen Zustand.

1.4.1 Die dissoziale Störung im ICD-10

Die „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD)“ ist das weltweit anerkannte Klassifikationssystem medizinischer Diagnosen der WHO, das in einem seiner Kapitel psychische Erkrankungen erfasst; deren Codierung beginnt mit dem Buchstaben F. Alle im ICD erfassten Diagnosen werden in einer Buchstaben- und Zahlenfolge codiert, eine Codierung nach ICD-10 ist für Abrechnung ihrer Behandlung im deutschen Gesundheitswesen Voraussetzung. Der ICD-Katalog wird anhand aktueller Forschungsergebnisse regelmäßig revidiert, aktuell gültig ist die Version ICD-10, die Version ICD-11 ist im Entstehen begriffen.

Der Abschnitt F60-F69 des ICD-10 „enthält eine Reihe von klinisch wichtigen, meist länger anhaltenden Zustandsbildern und Verhaltensmustern. Sie sind Ausdruck des charakteristischen, individuellen Lebensstils, des Verhältnisses zur eigenen Person und zu anderen Menschen. Einige dieser Zustandsbilder und Verhaltensmuster entstehen als Folge konstitutioneller Faktoren und sozialer Erfahrungen schon früh im Verlauf der individuellen Entwicklung, während andere erst später im Leben erworben werden. Die spezifischen Persönlichkeitsstörungen (F60.-), die kombinierten und anderen Persönlichkeitsstörungen (F61) und die Persönlichkeitsänderungen (F62.-) sind tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen. Sie verkörpern gegenüber der Mehrheit der betreffenden Bevölkerung deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in den Beziehungen zu anderen. Solche Verhaltensmuster sind meistens stabil und beziehen sich auf vielfältige Bereiche des Verhaltens und der psychologischen Funktionen. Häufig gehen sie mit einem unterschiedlichen Ausmaß persönlichen Leidens und gestörter sozialer Funktionsfähigkeit einher“ (ICD Code 2016; DIMDI).

Bei den spezifischen Persönlichkeitsstörungen (F.60.-) „handelt [es] sich um schwere Störungen der Persönlichkeit und des Verhaltens der betroffenen Person, die nicht direkt auf eine Hirnschädigung oder -krankheit oder auf eine andere psychiatrische Störung zurückzuführen sind. Sie erfassen verschiedene Persönlichkeitsbereiche und gehen beinahe immer mit persönlichen und sozialen Beeinträchtigungen einher. Persönlichkeitsstörungen treten meist in der Kindheit oder in der Adoleszenz in Erscheinung und bestehen während des Erwachsenenalters weiter“ (ICD Code 2016; DIMDI).

Die dissoziale Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.2) ist „eine Persönlichkeitsstörung, die durch eine Missachtung sozialer Verpflichtungen und herzloses Unbeteiligtsein an Gefühlen für andere gekennzeichnet ist. Zwischen dem Verhalten und den herrschenden sozialen Normen besteht eine erhebliche Diskrepanz. Das Verhalten erscheint durch nachteilige Erlebnisse, einschließlich Bestrafung, nicht änderungsfähig. Es besteht eine geringe Frustrationstoleranz und eine niedrige Schwelle für aggressives, auch gewalttätiges Verhalten, eine Neigung, andere zu beschuldigen oder vor-

dergründige Rationalisierungen für das Verhalten anzubieten, durch das der betreffende Patient in einen Konflikt mit der Gesellschaft geraten ist“ (ICD Code 2016; DIMDI). Eine spezifische Behandlungsleitlinie für die dissoziale Störung gibt es, im Gegensatz zu anderen psychischen und Suchterkrankungen, nicht.

1.4.2 Die antisoziale Störung im DSM-5

Ein weiteres international gebräuchliches diagnostisches Klassifikationssystem ist das „Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen (DSM)“ der American Psychiatric Association, das ausschließlich psychische Erkrankungen katalogisiert und ebenfalls in dem aktuellen Forschungsstand entsprechenden Versionen fortgeschrieben wird, derzeit ist der DSM-5 aktuell.

Die Diagnosekriterien der antisozialen Persönlichkeitsstörung im DSM-5 (Falkai und Wittchen 2015) sind präziser gefasst als die der dissozialen Störung im ICD-10 und enthalten im Gegensatz zu diesem auch konkrete Beschreibungen krimineller Handlungen.

Hauptmerkmal der Störung ist „ein tiefgreifendes Muster von Missachtung und Verletzung der Rechte anderer, das seit dem 15. Lebensjahr auftritt. Mindestens drei der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

1. Versagen, sich in Bezug auf gesetzmäßiges Verhalten gesellschaftlichen Normen anzupassen, was sich in wiederholtem Begehen von Handlungen äußert, die einen Grund für eine Festnahme darstellen.
2. Falschheit, die sich in wiederholtem Lügen, dem Gebrauch von Decknamen oder dem Betrügen anderer zum persönlichen Vorteil oder Vergnügen äußert.
3. Impulsivität oder Versagen, vorausschauend zu planen.
4. Reizbarkeit und Aggressivität, die sich in wiederholten Schlägereien oder Überfällen äußert.
5. Rücksichtslose Missachtung der eigenen Sicherheit oder der Sicherheit anderer.

6. Durchgängige Verantwortungslosigkeit, die sich im wiederholten Versagen zeigt, eine dauerhafte Tätigkeit auszuüben oder finanziellen Verpflichtungen nachzukommen.
7. Fehlende Reue, die sich in Gleichgültigkeit oder Rationalisierung äußert, wenn die Person andere Menschen gekränkt, misshandelt oder bestohlen hat“ (Falkai und Wittchen 2015, S. 903).

Die Diagnose nach diesen Hauptmerkmalen kann erst ab dem 18. Lebensjahr gestellt werden, und nur, wenn gleichzeitig schon vor dem 15. Lebensjahr eine Störung des Sozialverhaltens erkennbar war und das antisoziale Verhalten nicht ausschließlich im Verlauf einer Schizophrenie oder bipolaren Störung auftritt – diese Einschränkungen schließen u.a. aus, daß Straffällige lediglich aufgrund der Merkmale ihrer Straftaten mit dieser Persönlichkeitsstörung diagnostiziert werden und legen Ähnlichkeiten mit der weiter oben beschriebenen Klassifikation lebenslang andauernden antisozialen Verhaltens nach Moffitt (s. Punkt 1.3.1 in dieser Arbeit) nahe, das diese ebenfalls als psychische Störung definiert. Auch gemäß DSM-5 müssen antisoziale Persönlichkeitszüge starr, unangepasst und zeitlich überdauernd sein sowie die Funktionsfähigkeit eines Menschen beeinträchtigen oder Leidensdruck verursachen, um im Sinn dieser Diagnose krankheitswertig zu sein. Dem DSM zufolge liegt die 12-Monats-Prävalenz der antisozialen Persönlichkeitsstörung zwischen 0,2 und 3,3% in der Allgemeinbevölkerung und bei über 70% bei Männern mit einer Alkoholkonsumstörung, in Suchtbehandlungseinrichtungen, Haftanstalten und forensischen Kliniken. Männer sind deutlich häufiger betroffen als Frauen, Armut und Migrationsfolgen scheinen ebenfalls Risikofaktoren darzustellen. Persönlichkeitsstörungen, auch die antisoziale, sind oft komorbid untereinander und mit anderen psychischen Erkrankungen, die antisoziale auch in besonderem Maß mit Substanzmissbrauch (Falkai und Wittchen 2015, Davison und Neale 2002).

Betroffene mit einer antisozialen bzw. dissozialen Störung befinden sich i.d.R. nicht wegen dieser Störung in allgemeinspsychiatrischer

(im Gegensatz zu forensisch-psychiatrischer) Behandlung, sondern z.B. wegen einer depressiven Episode oder aufgrund einer begleitenden Suchterkrankung. Die frühzeitige Diagnose einer vorhandenen antisozialen oder dissozialen Störung kann dagegen eine Erklärung dafür liefern, warum Betroffene gerichtlich angewiesene Suchtbehandlungen trotz mehrfacher Anläufe nicht regulär abschließen (und im Fall von suchtbedingter Kriminalität zunehmend schärfere Sanktionen wie Inhaftierungen riskieren) und Hinweise für eine auf die Besonderheiten dieser Störung abgestimmte Bewährungsbetreuung (und evt. Suchtbehandlung) geben.

1.5 Erklärungsmodelle zum Ausstieg aus einer kriminellen Entwicklung: Desistance-Theorien

Desistance-Forschung beschäftigt sich nicht mit der Klassifikation oder den Ursachen der Entstehung kriminellen Verhaltens, sondern mit dessen Beibehaltung oder dem Ausstieg daraus im Lebenslauf und den Unterschieden, die fortlaufend Straffällige und AussteigerInnen charakterisieren.

Mit dem Begriff Desistance wird das Abrücken von kriminellen Verhaltensweisen und dem Begehen von Straftaten bezeichnet, wobei zwischen straffreien Zeiträumen innerhalb einer kriminellen Karriere (primäre Desistance) und dem nachhaltigen, dauerhaften Ausstieg (sekundäre Desistance) unterschieden werden kann. Ebenso wird von einigen AutorInnen eine geringere Frequenz, Bandbreite oder Schwere krimineller Aktivitäten oder das Erreichen einer persönlichen „Obergrenze“ im Sinn eines Ceiling-Effekts als Desistance gewertet – eine klare und einheitliche Definition existiert also bisher nicht. Desistance beschreibt dabei den Prozess eines solchen Ausstiegs und seine unterstützenden Begleitumstände sowie die Bedingungen und Umstände der Aufrechterhaltung eines straffreien Lebens. Ähnlich einer Suchtmittelabstinenz erfordern Aufbau und Erhalt von Straffreiheit fortdauerndes Bemühen, umso mehr, je länger

eine kriminelle Lebensphase zuvor angedauert hat; der Erfolg kann erst im Rückblick erfasst werden. Verschiedene AutorInnen beschreiben unterschiedliche innere und äußere Prozesse und Bedingungen als entscheidend dafür, wobei betont wird, daß eine kriminelle Entwicklung oder der Ausstieg daraus im Einzelfall nicht anhand von Typologien oder Klassifikationen vorhersagbar ist und auch nach einer langen Phase schwerer Kriminalität gelingen kann (Laub und Sampson 2001, Institut für Rechts- und Kriminalsoziologie 2012, Suhling 2016). Ich stelle nachfolgend vier Modelle dar, die sich aus unterschiedlichen Perspektiven auf der Mikro-, Meso- und Makroebene mit für Ausstieg aus oder Verbleib in einem kriminellen Lebensstil relevanten Faktoren befassen.

1.5.1 Die Bedeutung informeller sozialer Kontrolle und von „Lebenswenden“

Laub und Sampson (Laub und Sampson 2001, Stelly und Thomas 2005, Institut für Rechts- und Kriminalsoziologie 2012) beschreiben in ihrer „altersabhängigen Theorie informeller sozialer Kontrolle“ Veränderungen der Entwicklung von Delinquenz im Lebenslauf und individuell unterschiedliche Verläufe von Kriminalität und Straffreiheit. Die Ergebnisse von Laub und Sampson basieren auf ihrer Reanalyse und Ergänzung einer umfangreichen Längsschnittuntersuchung von Glueck und Glueck aus dem Jahr 1951 zur Entwicklung einer großen Gruppe delinquenten Jungen und männlicher Jugendlicher und einer Vergleichsgruppe bis ins Erwachsenenalter, die durch Laub und Sampson bis ins Seniorenalter fortgeführt werden konnte.

Die Delinquenzentwicklung ist demgemäß im Einzelfall, etwa aus der kindlichen Entwicklung, nicht vorhersagbar, sondern abhängig von Veränderungen der „informellen sozialen Kontrolle“ als zentralem Baustein der Theorie. Im Gegensatz zu formaler sozialer Kontrolle wie der Bewährungsaufsicht entsteht informelle aus der Bindung einer Person an im jeweiligen Lebensalter prägende soziale Zusam-

menhänge: In den Analysen von Laub und Sampson Herkunftsfamilie, Schule, Ehe, Arbeit, Militärdienst. Informelle Kontrolle wandelt sich von direkter Kontrolle und Überwachung Kindern gegenüber in zunehmende wechselseitige Verpflichtungen und Rollenerwartungen im Erwachsenenalter. Dabei sind die Qualität der Beziehungen und die Stärke der Bindung entscheidend für die Wahrscheinlichkeit regelkonformen Verhaltens. Der Übergang vom Jugend- zum Erwachsenenalter ist durch die Übernahme vieler neuer Rollen in kurzer Zeit auch in der Theorie von Laub und Sampson eine wichtige Phase bezüglich der Kriminalitätsentwicklung, wogegen strukturelle Faktoren wie Herkunft, Familiengröße oder Wohnverhältnisse lediglich indirekt durch die Beeinflussung der sozialen Kontrolle in Familie und Schule wirken.

Aufbau und Stärkung von Bindungen wird demnach als Aufbau sozialen Kapitals verstanden, das Straffälligkeit mindert, indem es Kosten durch seinen Verlust verursacht („etwas zu verlieren haben“), die Internalisierung der mit den jeweiligen Beziehungen verbundenen sozialen Normen fördert und Unterstützung in schwierigen Lebenssituationen und bei Rollenübergängen sicherstellt. „Wendepunkte“, bedeutsame positive oder negative Lebensereignisse wie eine Trennung oder der Beginn einer festen Berufstätigkeit können diese sozialen Bindungen langfristig verändern und dadurch eine kriminelle Entwicklung beenden bzw. zum erstmaligen Auftreten krimineller Verhaltensweisen im Erwachsenenalter führen, und zwar auch ohne vorausgehende innere Veränderungen.

Eine Erklärung für fortgesetztes kriminelles Verhalten in mehreren aufeinanderfolgenden Lebensphasen liefert nach Laub und Sampson das Konzept der „kumulativen Kontinuität von Benachteiligung“, das sich aus der „interaktionalen Kontinuität“ (sozial auffälliges oder delinquentes Verhalten verfestigt sich in Interaktion mit ablehnenden und feindseligen Reaktionen von Bezugspersonen, der Aufbau stabiler Bindungen wird dadurch auch in folgenden Lebensphasen erschwert) und „kumulativer Kontinuität“ (strukturelle Benachteiligung

und Stigmatisierung besonders durch die Sanktionierung von kriminellem Verhalten grenzen die Möglichkeiten zu konventioneller Lebensgestaltung für Straffällige zunehmend ein) zusammensetzt.

Dauerhafte Ausstiegsprozesse aus kriminellem und Suchtverhalten ähneln sich Laub und Sampson gemäß erstaunlich. Entscheidende Elemente beider Desistance-Prozesse sind demnach die individuelle Entscheidung zur Veränderung, die oft durch negative formale oder informelle Konsequenzen angestoßen wird, kognitive Umstrukturierung, Coping-Strategien, fortdauernde Überwachung, aber auch soziale Unterstützung, eine umfassende Änderung der Lebensweise und entsprechend der Alltagsroutinen sowie die Einbindung in neue soziale Netzwerke und damit Aufbau und Akzeptanz einer neuen Identität.

1.5.2 Die Bedeutung kognitiver Veränderungsprozesse

Auf der Ebene der kognitiven Veränderungen werden von Maruna veränderte Selbst-Narrative und Attribuierungsstile, von Giordano et al. Veränderungen der individuellen Haltung und Einstellung als entscheidend für Desistance-Prozesse gesehen.

Giordano und andere haben, ebenfalls auf der Grundlage der sozialen Kontrolltheorie (Menschen verhalten sich umso weniger kriminell, je stärker sie in soziale Zusammenhänge eingebunden sind und sich diesen verpflichtet fühlen), jedoch in Gegenposition zu Sampson und Laub ihre „Theorie der kognitiven Transformation“ entwickelt, in der sie den individuellen kognitiven Wandel in Interaktion mit äußeren Gegebenheiten als entscheidend für Desistance-Prozesse beschreiben (Giordano et al. 2002, Institut für Rechts- und Kriminalsoziologie 2012). Die Theorie gründet auf narrativen Interviews mit einer Gruppe delinquenter Mädchen und einer weiteren dieser Gruppe angeglichener delinquenter Jungen in Einrichtungen für straffällige Jugendliche 1982 und einem weiteren narrativen Interview mit denselben

Gruppen 1995. Der Fokus der Forschungsarbeit lag dabei auf der Erfassung speziell weiblicher Entwicklungsverläufe sowie der Beachtung von Minderheiten (überwiegend AfroamerikanerInnen) und historischen gesellschaftlichen Veränderungen gegenüber der Arbeit von Sampson und Laub mit der Stichprobe von Glueck und Glueck. Die TeilnehmerInnen dieser Studie wiesen teils schwere Suchtbelastungen auf, deren Einfluss auf den Ausstieg aus einer kriminellen Entwicklung jedoch nicht gesondert beschrieben wurde.

Von Giordano et al. wurden vier zusammenhängende Formen kognitiven Wandels in Wechselwirkung mit Gegebenheiten im Umfeld als eigentliche Motoren eines Desistance-Prozesses beschrieben, die Verhaltensänderungen ermöglichen und steuern, während bestimmte Lebensereignisse wie Heirat oder eine feste Arbeit nicht verallgemeinerbar positiv wirkten. Ähnlich der Wendepunkte bei Laub und Sampson beschreiben Giordano et al. „Veränderungsanker (hooks for change)“, Lebensereignisse oder Menschen mit positivem Einfluss, als Ausgangspunkte für einen Wandel, diese jedoch als individuell unterschiedlich bedeutsam und abhängig von der individuellen kognitiven Bewertung.

Erste Form der kognitiven Transformation ist der Theorie gemäß zunächst die Entstehung einer grundlegenden Veränderungsbereitschaft. Vor diesem Hintergrund muss sich – die zweite Form - ein Veränderungsanker bzw. ein Bündel mehrerer Anker im Umfeld bieten, die aber nur wirksam werden können, wenn Menschen diese Verfügbarkeit wahrnehmen und ihnen Bedeutsamkeit beimessen. Dritte Form kognitiven Wandels ist die Fähigkeit, ein das bisherige ersetzende, reizvolle und konventionelle Selbstbild ins Auge zu fassen und zu gestalten – diese neue Identität wiederum führt zu neuen Entscheidungen über das eigene Verhalten. Darüber hinaus führen Veränderungen der Sichtweise auf früheres kriminelles Verhalten dazu, daß solche nicht mehr als positiv, durchführbar oder persönlich wichtig eingeschätzt werden. Veränderungsanker können während

des gesamten Desistance-Prozesses als psychologische Verstärker der Verhaltensänderung wirken.

Marunas Ergebnisse (Maruna 2004, Institut für Rechts- und Kriminalsoziologie 2012) basieren auf der Liverpool Desistance Study 2001, qualitativen Interviews mit ehemals inhaftierten MehrfachtäterInnen, die überwiegend Drogen- und Eigentumsdelikte begangen hatten. Dabei werden Ausstiegsprozesse aus kriminellern und Suchtverhalten nicht explizit unterschieden, jedoch die unterschiedliche Schwere eines Drogenmissbrauchs berücksichtigt.

Marunas Theorie des „Making Good“ liegt das psychologische Konstrukt unterschiedlicher Attribuierungsstile (Bierhoff 2000) zugrunde: Demzufolge bilden Menschen spontane Erklärungen für unerwartete, bedeutsame Ereignisse mit der Tendenz, ähnliche Erklärungsmuster für verschiedene Ereignisse zu finden. Diese Interpretationen sind im Sinn reaktiver Person-Umwelt-Interaktionen für die Fortsetzung von Verhalten verantwortlich. Zuschreibungen, aus denen auch kognitive Fehlschlüsse entstehen können, bewegen sich zwischen den Polen internalisierend/externalisierend, stabil/instabil und global/spezifisch (Seligman et al. 1995 nach Bierhoff 2000); Denkmuster und Erklärungsstile, die zu den jeweiligen Extrempolen neigen, sollen mit spezifischen Verhaltensmustern verbunden sein. Ehemals und fortlaufend Straffällige unterscheiden sich Maruna zufolge in ihren Erklärungsmustern über positive und negative Ereignisse in ähnlicher Weise, wie das bspw. bei Depressiven gegenüber psychisch Gesunden gefunden wurde. Den Ergebnissen von Maruna zufolge beschreiben „Desisters“ negative Lebensereignisse wie eine kriminelle Vergangenheit als Ergebnis externaler, instabiler und spezifischer Faktoren, positive Ereignisse dagegen als Effekt internaler, stabiler und globaler Einflüsse – sich selbst also bezüglich ihrer Straffälligkeit oft als „Opfer der Gesellschaft oder bestimmter Umstände“ und die Überwindung des kriminellen Lebensstils als aktives, selbstinitiiertes Finden ihres „eigentlichen Ichs“ in einem inneren Prozess, obwohl sich die Befragten hinsichtlich des sozialen Hintergrunds, der Krimi-

nalitätsentwicklung und der Persönlichkeitsfaktoren nicht unterschieden. „Desisters“ erlebten sich als eher nicht verantwortlich für die negative Vergangenheit, beschrieben aber Gefühle der Verantwortung und Kontrolle für die positive Gestaltung der Gegenwart.

Unabhängig davon, ob positive Erklärungsmuster einer Entwicklung zur Straffreiheit objektiv richtig sind, sind sie als „positive Illusionen“ in diesem Prozess doch stark unterstützend; eine entsprechende Haltung fördert zugehörige Handlungen und diese den Erfolg eines Ausstiegs aus fortgesetzter Kriminalität. Dem Erhalt einer kohärenten Identität trotz umfassender Verhaltensänderungen dienen plausible Selbst-Narrationen zur Begründung dieser Veränderung und nachträgliche Sinnzuschreibungen einer negativen Vergangenheit, die eine positive Gegenwart mit erklären.

1.5.3 Die Bedeutung struktureller Rahmenbedingungen

Farrall und andere (Farrall et al. 2010, Institut für Rechts- und Kriminalsoziologie 2012) beschreiben Desistance-Prozesse von erwachsenen MehrfachtäterInnen schwererer Straftaten, die häufig Haft Erfahrung haben, als Weg aus sozialer Ausgrenzung hin zur Teilhabe an der Mehrheitsgesellschaft in Wechselwirkung von persönlicher Handlungsfähigkeit, Überzeugungen und Identität und den strukturellen Möglichkeiten eines sozialen Systems. Strukturelle Gegebenheiten können dabei Handlungsmöglichkeiten sowohl schaffen als auch beschränken. Zugrunde liegt hier der Überblick auch über soziologische und ökonomische Theorien sowie eine Studie über die Bewährungshilfe in Großbritannien 2002.

Die Definition sozialer Ausgrenzung ist ebenfalls ökonomischen Ursprungs: Fehlende Beteiligung an Schlüsselaktivitäten der Gesellschaft, in der eine Person lebt, obwohl diese Beteiligung gewünscht wird (was viele StraftäterInnen Farrall gemäß tun) und die Nichtbeteiligung Gründe hat, die nicht der Kontrolle der Betroffenen unterlie-

gen. Schlüsselaktivitäten betreffen Konsum, ökonomische oder soziale Wertschöpfung, soziale Interaktionen und politische Beteiligung.

Farrall et al. beschreiben die ökonomische „Theorie der Verteilungsgerechtigkeit“ (Sen 2009 nach Farrall et al. 2010) als mögliche Grundlage sozialpolitischer Unterstützung von AussteigerInnen aus einer kriminellen Entwicklung. Diese Theorie beinhaltet das Konzept des „Capability Approach“. Dieser setzt sich aus der Vorstellung von „functionings“, menschlich wertvollen Zielen wie adäquate Ernährung, Gesundheit, Glück, Selbstachtung, Teilhabe am Gemeinschaftsleben u.ä., und „capabilities“, der individuellen Wahlfreiheit bezüglich dieser Ziele durch das Vorhandensein tatsächlicher Chancen, zusammen. Diese Wahlfreiheit kann durch die Beseitigung sozialstruktureller Blockaden erweitert werden.

Desistance-Prozesse sind nach den Erkenntnissen von Farrall et al. nur selten der Effekt spezieller Interventionen durch die Bewährungshilfe und die verstärkte Anwendung kognitiver Verhaltenstherapien oder des Risikomanagements (s. auch Punkt 1.6.1.2 in diesem Kapitel) in Großbritannien zeige teils auch negative Auswirkungen. Stattdessen werden aus der sozialstrukturellen Perspektive praktische Hilfeleistungen zur Überwindung struktureller Einschränkungen wie Arbeitsvermittlung oder Arbeitstraining und die Ausrichtung der Betreuung an den Wünschen und Zielen der KlientInnen für ein „normales Leben“ empfohlen.

1.5.4 Resümee

Obwohl alle der hier vorgestellten Desistance-Theorien den Prozess des Aufbaus eines straffreien Lebens aus unterschiedlichen und teils konträren Perspektiven betrachten, nehmen sie doch Bezug aufeinander, so daß sich zusammenfassend sagen läßt, daß Straffreiheit abhängig von Entwicklungschancen innerhalb der vorhandenen strukturellen Rahmenbedingungen, angestoßen durch individuell be-

deutsame Erfahrungen und begleitet durch veränderte soziale Verpflichtungen und Routinen auf der Basis oder zumindest mit der Folge kognitiver innerer Veränderungen entstehen kann und jeder Teilbereich bei allen Betroffenen unterschiedlich zu gewichten ist. Daraus kann die Notwendigkeit einer flexiblen, stärkenorientierten Bewährungsbetreuung abgeleitet werden, die realistische Ziele erarbeitet, flexibel auf „Möglichkeitsfenster“ reagiert und praktische Alltagshilfen anbietet. Selbstwert und eine veränderte Identität können gestärkt und mit plausiblen Erklärungen unterstützt werden, ohne die kriminelle Vergangenheit zu verfälschen, ebenso können Familie und Umfeld in ein Unterstützungssystem einbezogen und, wo möglich, Netzwerkressourcen erschlossen werden (Institut für Rechts- und Kriminalsoziologie 2012).

1.6 Resozialisierung von StraftäterInnen: Rehabilitationstheorien

Resozialisierung, oder im englischen Sprachraum Rehabilitation, beschreibt den komplexen und aktiv zu gestaltenden Prozess, in dem Straffällige nach der Sanktionierung ihrer Tat in die Gesellschaft und damit in soziale Netzwerke (wieder-)eingegliedert werden sollen. Dieser Prozess bezieht sich auf die Veränderung von Verhalten, Einstellungen und Fähigkeiten der StraftäterInnen, die Einschätzung und Minderung des Rückfallrisikos und die Erschließung von persönlichen und Umfeldressourcen für eine straffreie und zufriedene Lebensführung (v. Franqué und Briken 2013) – ähnlich dem Fernziel der „zufriedenen Abstinenz“ in der Suchthilfe. Im Zusammenhang mit Kriminalität muss aber, anders als häufig in der Suchtrehabilitation, neben dem Recht auf Teilhabe von (ehemals) Straffälligen auch das Sicherheitsinteresse der Gesellschaft, konkret also von möglichen Opfern, beachtet und häufig beides gegeneinander abgewogen werden.

Rehabilitationstheorien beschreiben Modelle zur Entstehung von kriminellem Verhalten und zum Rückfallrisiko in Straffälligkeit und definieren Interventionsziele sowie geeignete Maßnahmen, mit denen diese Ziele erreicht werden sollen (Göbbels et al. 2013). Derzeit bedeutsame Beispiele, die auch innerhalb der Bewährungshilfe teils kontrovers diskutiert werden, sind die von Andrews und Bonta beschriebene „Psychology of Criminal Conduct (PCC)“ und das - alternativ und ergänzend - von Ward und anderen erarbeitete „Good Lives Model (GLM)“, die ich deshalb hier darstelle.

1.6.1 *Die Psychologie kriminellen Verhaltens: PCC*

Andrews und Bonta haben mit der Psychologie kriminellen Verhaltens (Andrews und Bonta 2010, Mayer und Zobrist 2009, Mayer 2014a und 2014b) eine theoretisch und empirisch gestützte Erklärung kriminellen Verhaltens auf der individuellen Ebene, seiner Vorhersage, der Risikoeinschätzung und seiner Beeinflussbarkeit vorgelegt und bis heute weiterentwickelt.

Die PCC definieren sie als wissenschaftlichen Zugang zur Erklärung individuellen kriminellen Verhaltens durch die ethische und humane Anwendung systematischer, empirischer Forschungsmethoden und der Entwicklung rationaler Erklärungsmodelle. Die professionelle Anwendung in der Praxis beinhaltet nach dieser Definition die ethisch vertretbare Nutzung psychologischer Erkenntnisse und Methoden bei Vorhersage und Beeinflussung der Wahrscheinlichkeit kriminellen Verhaltens von Individuen einerseits und bei der Minderung individueller und sozialer Kosten, die mit Kriminalität und ihrer Sanktionierung durch die Strafjustiz einhergehen, andererseits. Betont wird sowohl der individuelle Zugang zur Erklärung kriminellen Verhaltens im Gegensatz zu kriminologischer Forschung als auch die ethisch vertretbare und humane Anwendung der Erkenntnisse in der Praxis. Die AutorInnen des oft als Gegenkonzept wahrgenommenen Good Lives Model (Ward et al. 2006 und 2007) kritisieren an der PCC und dem

darin enthaltenen Risiko-Bedarfs-Prinzip eine fehlende Beachtung von Kontextfaktoren, die Konzentration auf Vermeidungsziele und daraus entstehende Probleme mit der Veränderungsmotivation sowie die aus ihrer Sicht nicht ausreichende Handlungsanleitung für die rehabilitative Praxis.

1.6.1.1 *Kriminelles Verhalten in konkreten Situationen: PIC-R*

Zentrales Konzept der PCC ist der „Personal, Interpersonal and Community-Reinforcement Approach (PIC-R)“, der individuelles kriminelles Verhalten in konkreten, „psychologischen“, also von der jeweiligen Person individuell wahrgenommenen und bewerteten, Situationen aus soziologischer und sozialpsychologischer, kognitions- und persönlichkeitspsychologischer Perspektive als Zusammenwirken von personalen, interpersonalen und sozialen Einflüssen auf die handelnde Person und von situativen Merkmalen erklärt.

Kriminelle Handlungen entstehen demgemäß nach einem individuellen Bewertungs- und Entscheidungsprozess, in dem die Situation und die eigenen Handlungsmöglichkeiten sowie die mögliche Kosten-Nutzen-Bilanz eingeschätzt werden. Beeinflusst wird dieser Prozess durch die eigene Wahrnehmung der Situation, kriminalitätsfördernde Kognitionen, die Wahrnehmung sozialer Unterstützung für kriminelles oder nicht-kriminelles Verhalten, die eigenen Verhaltens-tendenzen und -gewohnheiten sowie persönliche Eigenschaften (z.B. Impulsivität) und Fertigkeiten (z.B. auch für alternatives Verhalten).

Kriminelles Verhalten ist nach Andrews und Bonta gelernt: Ähnlich lerntheoretischer Erklärungsmodelle für Suchtverhalten klassisch und operant konditioniert und am Modell. Kriminelles Verhalten wird wie jedes andere, auch Suchtverhalten, gesteuert durch vorhergehende Bedingungen und nachfolgende Konsequenzen, die die Bereitschaft für entsprechendes Verhalten schaffen und seine Wiederholung durch als positiv oder negativ erlebte Folgen fördern oder hemmen.

Erwartete Kosten und erwarteter Nutzen eines bestimmten Verhaltens resultieren aus der Handlung selbst, aus den Reaktionen anderer darauf und aus der persönlichen Bewertung des eigenen Verhaltens, die Kosten-Nutzen-Abwägung erhöht oder vermindert ebenfalls das Auftreten einer kriminellen Handlung. Strukturelle Gegebenheiten wie Herkunft oder Wohnumfeld beeinflussen das Auftreten krimineller Handlungen dagegen eher indirekt, indem sie Risikosituationen bedingen können und konkrete vorhergehende Bedingungen und Konsequenzen krimineller Handlungen schaffen. Je mehr und je stärker ausgeprägt die Einflussfaktoren Lerngeschichte, verhaltenssteuernde Bedingungen, erwartete Kosten-Nutzen-Relation und strukturelle Bedingungen im Einzelfall vorhanden sind, desto höher ist der Theorie gemäß die Wahrscheinlichkeit kriminellen Verhaltens.

Andrews und Bonta identifizieren mit den „central eight“ acht empirisch nachgewiesene statistische Risikofaktoren für kriminelle Handlungen und Rückfallkriminalität, die sie in die „big four“ mit dem stärksten statistischen Zusammenhang (bisheriges antisoziales Verhalten im Lebenslauf, antisoziale Persönlichkeitsmerkmale, antisoziale Kognitionen sowie antisoziale Kontakte) und die „moderate four“ mit mittlerem Zusammenhang (Probleme in Familie und Partnerschaft, in Arbeit und Ausbildung, bei der Freizeitgestaltung und Probleme mit Suchtmittelkonsum) unterteilen. Je mehr dieser Risikofaktoren vorhanden sind und je stärker ausgeprägt sie auftreten, desto höher ist statistisch gesehen das Rückfallrisiko in kriminelles Verhalten; mit Bezug auf diese statistische Wahrscheinlichkeit sind v.a. Risikofaktoren mit mittlerem Zusammenhang im Einzelfall in unterschiedlichem Ausmaß risikorelevant.

Risikofaktoren benennen nach Andrews und Bonta jeweils einen Interventionsbedarf in der Praxis, sind jedoch unterschiedlich beeinflussbar: Statische Risikofaktoren wie die Vorgeschichte antisozialen Verhaltens sind für die Einschätzung des Rückfallrisikos bedeutsam, aber nicht mehr veränderbar, sie können jedoch das Maß an notwendiger Kontrolle anzeigen. Dynamische Risikofaktoren sind ver-

änderbar und daher Bedarfsfaktoren für die rückfallpräventive Arbeit mit StraftäterInnen. Dabei sind stabil-dynamische Risikofaktoren, z.B. eine Suchterkrankung, strukturell vorhanden (und schaffen die inneren und äußeren Vorbedingungen kriminellen Verhaltens), akut-dynamische wie Alkoholkonsum oder bestimmte antisoziale Kognitionen dagegen situativ wirksam (und beeinflussen die Wahrnehmung einer konkreten Situation sowie die Entscheidung zugunsten einer kriminellen Handlung).

1.6.1.2 Risiko, Bedarf und Ansprechbarkeit für Interventionen: Die RNR-Prinzipien

Die Rehabilitation von StraftäterInnen in der Praxis muss sich nach Andrews und Bonta an den aus dem oben beschriebenen theoretischen und empirischen Hintergrund abgeleiteten „Risk-Need-Responsivity (RNR)“-Prinzipien orientieren. Diese beschreiben die Anforderungen an die rückfallpräventive Behandlung auf der Grundlage von Risiko- und Bedarfsfaktoren sowie der generellen und spezifischen Ansprechbarkeit.

Das Risikoprinzip bestimmt dabei die Intensität der notwendigen Behandlung und Betreuung ausgehend vom individuellen Rückfallrisiko der Betroffenen, was die individuelle Erfassung des Rückfallrisikos anhand statistisch relevanter Merkmalsgruppen voraussetzt. Straffällige mit einem hohen Risiko benötigen intensive engmaschige Behandlung und Betreuung und können damit ihr individuelles Rückfallrisiko senken. Straffällige mit einem geringen Risiko benötigen weniger intensive Betreuung, um diesen Effekt zu erreichen; eine intensive Behandlung kann bei diesen KlientInnen auch einen negativen Effekt haben und kriminelles Verhalten verstärken.

Das Bedarfsprinzip (teils, meiner Einschätzung nach irreführend, als Bedürfnisprinzip übersetzt) bestimmt die Ziele und Inhalte von Behandlung und Betreuung: Damit das Rückfallrisiko in Straftaten sinkt,

müssen die individuellen Risikobereiche positiv beeinflusst werden und die bearbeiteten Problembereiche müssen risikorelevant sein. Die Bearbeitung nicht-risikorelevanter Problembereiche senkt das Rückfallrisiko nicht, kann aber die allgemeine soziale Integration fördern und die Gesamtbelastung senken, so daß sich im Sinne des im Anschluss beschriebenen Ansprechbarkeitsprinzips die Bereitschaft zur Bearbeitung der Risikofaktoren erhöhen kann.

Das Ansprechbarkeitsprinzip legt die Methoden der Behandlung und Betreuung fest: Als generelles Ansprechbarkeitsprinzip solche Interventionsmethoden, deren Wirksamkeit in der Behandlung von StraftäterInnen empirisch belegt ist, nämlich kognitiv-verhaltensorientierte Verfahren wie positive Verstärkung, Modellernen, Rollenspiele, Fertigkeitstraining, kognitive Umstrukturierung und Emotionsregulation – die Interventionsmethoden unterscheiden sich also nicht grundlegend von denen in der verhaltenstherapeutisch-kognitiv orientierten Behandlung von Suchtkranken, das Ziel ist in beiden Fällen die Rückfallprävention durch die Etablierung alternativen Verhaltens. Nach Lipsey und anderen (Lipsey et al. 2007) haben in kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlungsprogrammen für StraftäterInnen die Beachtung des Rückfallrisikos der TeilnehmerInnen sowie eine gute Implementierung des Programms und die Behandlungselemente Ärgerkontrolle und zwischenmenschliche Problemlösefähigkeiten jeweils einen starken eigenständigen Effekt auf die Reduktion von Rückfallraten, wogegen die Elemente Opferempathie und Verhaltensmodifikation darauf nur einen geringen Effekt haben.

Das spezifische Ansprechbarkeitsprinzip ist auf alle für das Arbeitsbündnis relevanten individuellen Merkmale einer Person gerichtet, also z.B. auf Persönlichkeitseigenschaften, Beziehungs-, Kommunikations- und Lernstil sowie die Veränderungsmotivation.

1.6.1.3 *Substanzmissbrauch als Risikofaktor für kriminelles Verhalten*

Andrews und Bonta unterscheiden bei der Darstellung dieses moderaten Risikofaktors zwischen Alkoholmissbrauch und dem Konsum illegaler Drogen und beschreiben für den Alkoholmissbrauch einen schwächeren Zusammenhang mit Kriminalität, wogegen der Konsum illegaler Drogen durch deren Illegalisierung zwangsläufig schneller und härtere justizielle Konsequenzen hat.

Alkoholmissbrauch ist den Erkenntnissen von Andrews und Bonta zufolge (die sich auf Nordamerika beziehen) unter StraftäterInnen deutlich weiter verbreitet als in der Allgemeinbevölkerung, meist in Verbindung mit dem Konsum illegaler Drogen, und Alkoholkonsum während der Tatbegehung wird sowohl von Opfern wie TäterInnen häufig berichtet. Bezüglich der Behandlung von Alkoholmissbrauch wurden medikamentöse Ansätze mit Aversiva und Anti-Craving-Medikamenten, die Einbindung in Selbsthilfegruppen am Beispiel der Anonymen Alkoholiker (AA) und der Community Reinforcement Approach (CRA; s. Punkt 2.5 im Kapitel Sucht in dieser Arbeit) als komplexes Behandlungsprogramm verglichen: Die medikamentöse Behandlung zeigte nur eine geringe Effektivität, die mit begleitender verhaltenstherapeutischer Behandlung erhöht werden konnte; aktive Einbindung in eine AA-Gruppe scheint wirksam zu sein, einerseits, weil die Gruppen einige Anteile kognitiv-verhaltenstherapeutischer Therapieansätze berücksichtigen, z.B. die Anleitung durch ein erfahrenes Gruppenmitglied, dessen Modellfunktion und die Verstärkung der Abstinenzabsicht. Andererseits wirkt die Dynamik der Gruppe selbst durch Motivation und Bestärkung, belohnende Konsumalternativen und die Vermittlung von Strategien im Umgang mit Suchtdruck. Der CRA-Ansatz bewirkt, daß Alkoholabhängige weniger trinken, häufiger Arbeit haben und ihre Partnerschaft erhalten können, schwächt also weitere der oben beschriebenen moderaten Risikofaktoren ab.

Den Ergebnissen von Andrews und Bonta zufolge liegt auch die Prävalenz des Konsums illegaler Drogen bei Inhaftierten um ein Vielfaches höher als in der Allgemeinbevölkerung, wobei die meistkonsumierte Droge Marihuana ist, gefolgt von Kokain. Es wurde ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Konsum illegaler Drogen und (Rückfall-)Kriminalität besonders bei Frauen gefunden. Die Abhängigkeit von illegalen Drogen fördert Kontakte zu Kriminellen und kriminelle Beschaffungstaten, ebenso Zustände (bspw. paranoide Gedanken nach Kokainkonsum), die zu kriminellen Handlungen führen können; Suchtdruck mindert die Hemmung vor kriminellen Handlungen. Suchtbehandlung bei Drogenmissbrauch dagegen reduziert Rückfallkriminalität stärker als Bestrafung und auch stärker als unspezifische Interventionen; kognitiv-behaviorale Behandlungsprogramme, die auf die oben beschriebenen kriminogenen Bedarfe abzielen, reduzieren Problemverhalten auch bei suchtbetroffenen StraftäterInnen effektiv.

Bezüglich der Rückfallprävention - und damit der Aufrechterhaltung von Verhaltensänderungen - sowohl bezüglich Sucht- als auch kriminellen Verhaltens scheinen Interventionen auf der Grundlage des sozial-kognitiven Rückfallmodells nach Marlatt und Gordon (s. Punkt 2.4.2 im Kapitel Sucht in dieser Arbeit) wirksam zu sein.

Insgesamt ist erkennbar, daß effektive Suchtbehandlung einige Gemeinsamkeiten mit effektiver Straftäterbehandlung hat: Eine positive Behandlungsbeziehung und ein strukturiertes Vorgehen sowie die kognitiv-verhaltenstherapeutische Ausrichtung und eine intensivere Betreuung für suchtbetroffene StraftäterInnen mit ausgeprägteren Risikofaktoren. Unterstützung der Verhaltensänderungen im Umfeld und Rückfallprävention können den langfristigen Behandlungserfolg absichern und die „Belohnungsbalance“ für süchtiges/kriminelles und prosoziales/abstinentes Verhalten verändern. Automatisiertes, habituelles Verhalten bei Substanzmissbrauch stellt in diesem Zusammenhang jedoch eine besondere Herausforderung dar.

Zum Umgang mit Reaktanz und Widerstand gegen eine Behandlung wurden das Modell des Motivational Interviewing (MI) nach Miller und Rollnick (Miller und Rollnick 2015), bei dem in einer partnerschaftlichen, nicht bedrohlichen Beratungsbeziehung die Veränderungsbereitschaft von KlientInnen nach dem Konzept der Veränderungsstufen nach Prochaska und DiClemente verstärkt werden soll, den „Drug Courts“ (Drogengerichtshöfen) gegenübergestellt, einer US-amerikanischen Einrichtung, bei der suchtbetroffene StraftäterInnen vorrangig vor einer Verurteilung regulären Suchthilfeangeboten zugewiesen werden. Die Drug Courts überwachen den Behandlungsfortschritt in engen Abständen und im persönlichen Kontakt der RichterInnen mit den Betroffenen und belohnen den erfolgreichen Behandlungsabschluss mit dem Absehen von einer Haftstrafe. Dabei hat sich gezeigt, daß MI StraftäterInnen in Behandlung bringt und dort hält und damit dem oben beschriebenen Responsivitätsprinzip entspricht, Rückfallkriminalität aber nicht beeinflusst, sondern als Basismethode der Betreuung zu einer an kriminogenen Bedarfen orientierten Behandlung führen muss. Bezüglich der Drug Courts ist die Studienlage nach Andrews und Bonta schwächer, der Trend zeigt aber bessere Ergebnisse, je mehr die Risiko- und Bedarfsprinzipien beachtet werden. RisikoklientInnen (die eine komorbide Sucht- und antisoziale Persönlichkeitsstörung aufweisen), die intensiver betreut werden, nehmen häufiger an Therapiesitzungen teil und haben weniger positive Drogenscreenings.

Abschließend wird deutlich, daß kein genereller Zusammenhang zwischen Substanzmissbrauch und Kriminalität besteht, überdurchschnittlich viele Straffällige aber Alkohol und illegale Drogen missbräuchlich konsumieren. Substanzmissbrauch von StraftäterInnen steht in Wechselwirkung mit weiteren kriminogenen Bedarfen: Besonders illegaler Substanzkonsum führt zum Kontakt mit einem antisozialen Umfeld und dessen antisozialen Einstellungen. Chronischer Substanzmissbrauch stört familiäre und partnerschaftliche Beziehungen, behindert Arbeit und Schulbildung und zieht finanzielle Schwie-

rigkeiten nach sich. Und: Die harte Bestrafung Drogenkrimineller führt nicht zu nachlassender Drogenkriminalität, sondern belastet die Strafjustiz und führt zu weiterer Verelendung der Abhängigen.

1.6.2 *Das Good Lives Model - GLM*

Das GLM wurde als „Good Lives Model-Original (GLM-O)“ von Ward et al. für die Behandlung von Sexualstraftätern entwickelt und unter Hinzufügung einer bio-psycho-sozialen Theorie zur Entstehung von Sexualstraftaten als „Good Lives Model-Comprehensive (GLM-C)“ weitergeführt (Ward et al. 2006 und 2007, v. Franqué und Briken 2013, Göbbels et al. 2013). Beschrieben wird das GLM, oft im Gegensatz zur PCC, als umfeldorientiert und stärkenbasiert, Behandlungs- und Veränderungsmotivation kann mit dem Fokus auf Veränderungsziele einfacher erreicht werden. In der Diskussion auch in der baden-württembergischen Bewährungshilfe wird das GLM auch auf die Behandlung und Betreuung anderer als Sexualstraftäter übertragen. Andrews und andere (Andrews et al. 2011) kritisieren an diesem Modell die im Vergleich mit der PCC kaum vorhandene empirische Grundlage sowie die Zielsetzung, daß StraftäterInnen sich in ihrem Leben wohlfühlen müssen, um nicht erneut straffällig zu werden – was keine zwingende Folge sein muss und ebenso zu kriminogenen Effekten führen könne.

Das GLM postuliert auf der Grundlage psychologischer, soziologischer, biologischer und anthropologische Theorien universelle menschliche Ziele oder Grundbedürfnisse („primäre Güter“), deren Zahl nach heutigem Stand evt. nicht vollständig, aber doch begrenzt sein soll. Diese Grundbedürfnisse sollen, individuell unterschiedlich gewichtet, für ein zufriedenstellendes Leben alle erfüllt werden und stellen intrinsisch motivierende Zustände, Erfahrungen und persönliche Eigenschaften dar. Als primäre Güter benannt werden Leben und Gesundheit, Wissen und Einsicht, Kompetenz und Weiterentwicklung in Arbeit und Spiel, Autonomie und Selbstbestimmung,

emotionale Ausgeglichenheit und Sorgenfreiheit, Sinnerfüllung und Spiritualität, Glück und Vergnügen, Kreativität und Ausdrucksmöglichkeiten, Zugehörigkeit und Gemeinschaft sowie Verbundenheit und Beziehung. Jeweils eines dieser Grundbedürfnisse hat für jeden Menschen eine besondere Bedeutung und wird gemäß dieser Theorie zu dessen „zentralen primären Gut“.

Eng mit diesem zentralen primären Gut verbunden ist das Selbstverständnis eines Menschen über sich selbst und die eigenen Prioritäten, die „praktische Identität“, die sich durch dessen Alltagshandeln und gestützt durch das individuelle Umfeld bildet. Persönliche Fähigkeiten und Umfeldressourcen sind gleichermaßen notwendig, um mit dieser Identität (z.B. als Elternteil) verbundene Aufgaben und Ziele umsetzen zu können.

Als „instrumentelle“ oder „sekundäre Güter“ werden Mittel und Teilziele zur Befriedigung primärer Güter bezeichnet, ausgewählt werden sie vor dem Hintergrund der eigenen Sozialisation.

1.6.2.1 *Entstehung kriminellen Verhaltens und Risiko*

Kriminelles Verhalten entsteht aus GLM-Sicht, wenn primäre Güter nicht adäquat befriedigt werden, entweder, weil persönliche Fähigkeiten und Voraussetzungen oder/und weil die Umweltbedingungen fehlerhaft oder nicht ausreichend sind: Prosoziales Verhalten ist dadurch einer Person in ihrer jeweiligen Umwelt nicht möglich. Vier typische Schwierigkeiten werden dabei, oft kombiniert oder in Wechselwirkung, beschrieben: Es werden die falschen Mittel (sekundären Güter) zur Befriedigung eigentlich akzeptabler menschlicher Grundbedürfnisse (primärer Güter) gewählt, die Ressourcen im Umfeld sind begrenzt oder Betroffene vernachlässigen zulasten der Ausgewogenheit bestimmte primäre Güter, Zielkonflikte bedingen mangelnde Zielstrebigkeit und Stress oder die planerischen Fähigkeiten

bzw. die Flexibilität angesichts veränderter Anforderungen sind nicht ausreichend.

Gemäß der Theorie führt ein direkter Weg zu kriminellen Verhalten, indem primäre Güter mit kriminellen Mitteln gesichert werden. Bei diesen TäterInnen werden mehr Annäherungsziele und mehr psychosoziale Problemlagen sowie ein höheres Risiko für Rückfallkriminalität gesehen.

Als indirekter Weg in die Kriminalität wird bezeichnet, wenn das starke Streben nach einem der primären Güter das Gleichgewicht unter diesen und die persönlichen Lebensumstände verändert, wodurch kriminelles Verhalten begünstigt werden kann: Beispielsweise kann ein ausgeprägtes Autonomiebedürfnis zu einer Trennung führen, die Einsamkeit bewirkt, die mit Alkoholkonsum bewältigt wird, der wiederum zu alkoholbedingten Straftaten führen kann. Bei diesen TäterInnen werden mehr Vermeidungsziele und begrenzte psychosoziale Probleme und damit ein mittleres bis geringes Rückfallrisiko vermutet.

Auch die oben beschriebene praktische Identität kann sich durch die Sozialisation in bestimmten (auch selbstgewählten) Gruppen durch kriminelles Alltagshandeln bilden, das in Wechselwirkung zwischen eigener Motivation und Stabilisierung durch das Umfeld entsteht und aufrechterhalten wird (v. Franqué und Briken 2013, Göbbels et al. 2013).

1.6.2.2 *Behandlung und Interventionen im GLM*

Im GLM soll versucht werden, StraftäterInnen die ausgewogene Befriedigung allgemeiner menschlicher Grundbedürfnisse in sozialverträglicher Weise und damit ein zufriedenstellendes Leben zu ermöglichen, indem persönliche Fähigkeiten aufgebaut und erweitert, psychosoziale Problemlagen behoben oder kompensiert sowie Umfeldressourcen erschlossen werden. Gelingt dies, sinkt der Theorie ge-

mäß das Rückfallrisiko und die oben beschriebene praktische Identität kann sich auf der Grundlage straffreien Alltagshandelns verändern. Das GLM betont, daß Menschen selbstbestimmt Entscheidungen, auch zum Ausstieg aus kriminellem Verhalten, treffen und universelle menschliche Grundbedürfnisse dabei positive Anreize, also Annäherungsziele im Gegensatz zu den risikorelevanten Vermeidungszielen im unter Punkt 1.6.1.2 beschriebenen RNR, schaffen.

Die Behandlungsgrundsätze des GLM sollen eine positive Arbeitsbeziehung schaffen und damit die Chancen auf eine Veränderung erhöhen: Im Umgang mit KlientInnen wird auf Transparenz und die gleichberechtigte, partnerschaftliche Stellung zwischen BehandlerIn und KlientIn Wert gelegt. Die Beziehung soll empathisch, respekt- und humorvoll gestaltet werden, die Wahl adäquater sekundärer Güter soll positiv verstärkt und negative Etikettierungen (als straffällig, süchtig, ...) vermieden werden. Ähnlich des im RNR-Ansatz wichtigen Responsivitätsprinzips sollen die Wünsche, der kulturelle Hintergrund und andere die Mitarbeit beeinflussende Merkmale berücksichtigt werden.

Im Rahmen einer umfassenden, auch mit standardisierten Instrumenten durchführbaren, Diagnostik werden anhand von Indextat und Biografie bio-psycho-soziale und materielle Probleme im Entwicklungsverlauf erhoben und das individuelle Risiko abgeschätzt sowie die Ansprechbarkeit erfasst. Deliktverhalten und Biografie werden im Hinblick auf primäre und sekundäre Güter, evt. nicht ausreichend berücksichtigte Güter und den genauen Zusammenhang zwischen Straftat und dem zentralen primären Gut der Betroffenen analysiert, im Ergebnis soll eine klare Vorstellung von der praktischen Identität, den damit verbundenen Aufgaben, Zielen und Strategien und den Verbindungen zur bisherigen Lebensführung und der Straftat entstehen.

Die Behandlungsplanung umfasst die Identifizierung der für die KlientInnen entscheidenden primären Güter und die Überlegung, welche,

evt. neue, praktische Identität notwendig ist, um sie in adäquater Weise zu erreichen. In Form eines Störungsmodells wird vermittelt, welche Probleme vermutlich zur Straftat geführt haben und gemeinsam mit den KlientInnen sekundäre Güter zur Zielerreichung ausgewählt sowie evt. Einschränkungen, Ressourcen, Risikofaktoren und aufzubauende Kompetenzen besprochen.

In der eigentlichen Behandlungsphase werden therapeutische Interventionen auftragsbezogen zum Aufbau notwendiger Kompetenzen für eine straffreie Lebensgestaltung in strukturierter, vorzugsweise kognitiv-behavioraler Form durchgeführt und mit kontextbezogenen Interventionen verbunden, in dem andere Professionelle oder Laien mit einbezogen werden, z.B. eine Suchtberatungsstelle oder eine Selbsthilfegruppe. Wichtig aus Sicht des GLM sind die Verknüpfung mit Annäherungszielen und die Vermittlung der Wichtigkeit von Mitarbeit bei der Zielerreichung, möglich sind auch Gruppenangebote; auf Suchtmittelkonsum wird kein spezieller Fokus gelegt.

1.7 Zusammenfassung

In diesem Kapitel hat sich gezeigt, daß Bündel von Auslösern auf der individuellen, der zwischenmenschlichen und der gesellschaftlichen Ebene, die in jedem Einzelfall unterschiedlich gewichtet sind, zu kriminellen Handlungen führen, eine kriminelle Entwicklung aber auch beenden können. Dabei gibt es Personengruppen, für die Kriminalität ein „Durchgangssyndrom“ darstellt, das ohne oder mit einem geringen Maß an Interventionen zurückgeht, und andere, die schwerer betroffen sind. Sucht und Substanzkonsum sind bei Straffälligen häufig zu finden und weisen bezüglich lerntheoretischer Erklärungen zur Entstehung und bezüglich der Ausstiegsprozesse Gemeinsamkeiten mit Kriminalität auf, sind aber kein genereller Risikofaktor; die Kriminalisierung von Suchtverhalten verschärft die Problemlagen von Betroffenen. Straffreiheit kann ohne professionelle Behandlung entstehen, ist aber auch gezielt beeinflussbar, wobei, wieder in individuell

unterschiedlicher Gewichtung, Risiko und zufriedenstellende Lebensgestaltung als positive Verstärkung der Straffreiheit gleichermaßen beachtet werden müssen.

Für die Bewährungshilfe kann an dieser Stelle abgeleitet werden, daß diese individuellen Unterschiede in einer umfassenden Anamnese erfasst werden und zu einer individuellen, lebensweltorientierten Planung der Betreuung führen sollten, deren Intensität sich an Ausmaß und Schwere möglicher krimineller Aktivitäten orientieren sollte. Die individuelle Bedeutung von Suchtverhalten und Substanzkonsum für die Straffälligkeit sollte bei suchtbetroffenen KlientInnen mit erfasst und bei der weiteren Betreuung und Interventionsplanung beachtet werden.

2 Sucht

2.1 Einleitung

Schädigender Substanzkonsum, suchtähnliche Verhaltensweisen und Suchterkrankungen sind, ebenso wie kriminelles Verhalten, in jeder Gesellschaft zu jeder Zeit verbreitet und betreffen direkt und indirekt größere Bevölkerungsteile; in Abgrenzung zu kriminellem Verhalten können Suchtstörungen heute uneingeschränkt als Erkrankungen gelten. Ich stelle daher in diesem Kapitel unter Punkt 2.2 zunächst die aktuellen medizinischen Diagnosekriterien der Suchterkrankungen dar, unter Punkt 2.3 dann beispielhaft zwei Typologien, die unterschiedliche Ausprägungen der Alkoholabhängigkeit ordnen und dabei ähnlich der unter Punkt 1.3 im Kapitel Kriminalität in dieser Arbeit beschriebenen Klassifikation die enge Verschränkung von Sucht und Straffälligkeit bei einigen Untergruppen zeigen. Unter Punkt 2.4 folgen Erklärungsmodelle der psychologischen Abläufe von Sucht- und Rückfallverhalten aus lerntheoretischer und kognitiver Perspektive, die sich in der Behandlung von Suchtstörungen ebenso wie in der Behandlung von Straffälligen als erfolgreich erwiesen hat. Unter Punkt 2.5 beschreibe ich ein sehr praxisnahes Rehabilitationsmodell, das u.a. die zuvor genannten Erklärungsmodelle nutzt. Die Verbindung von Sucht- und Kriminalitätsentwicklungen und die für suchtbetroffene Straffällige möglichen Behandlungsmöglichkeiten folgen unter Punkt 2.6, eine Zusammenfassung dieses Kapitels unter Punkt 2.7. Analog zum ersten Kapitel habe ich in diesem die Verbindungen zum Thema Kriminalität in den einzelnen Konzepten hervorgehoben.

2.2 Medizinische Diagnosekriterien

Sucht und Suchtverhalten werden seit Langem als krankheitswertige Entwicklung verstanden und in beiden gängigen Diagnosemanualen (genauerer zu ICD-10 und DSM 5 s. unter Punkt 1.4 im Kapitel Kriminalität in dieser Arbeit) erfasst – umfangreich bezüglich Substanz-

konsum, in geringem Umfang und mit weiterbestehendem Forschungsbedarf bezüglich sog. „Verhaltenssüchte“.

Eine Suchtentwicklung verläuft in Stadien von gelegentlichem über riskantem zu chronischem, unkontrollierbarem Konsum im Zusammenwirken von individuell vorhandenen Schutz- und Risikofaktoren. Sie wird beeinflusst durch Merkmale der Droge oder des süchtigen Verhaltens an sich (spezifische Wirkung, Verfügbarkeit, Suchtpotential), der betroffenen Person (Einstellungen, Erwartungen, persönliches Risiko z.B. durch Impulsivität, Ängste, Depression) und des Umfelds (gesellschaftliche Akzeptanz, Illegalisierung, bestimmte Berufe mit höherem Risiko usw.) (Batra und Bilke-Hentsch 2012, Tretter 2012). Suchtbetroffene schaden sich in erster Linie selbst und Nahestehenden, während das Kennzeichen krimineller Handlungen ein Schaden ist, der anderen zugefügt wird. Überschneidungen entstehen durch den Kontrollverlust, der durch die Wirkung eines Suchtmittels oder das nicht kontrollierbare Bedürfnis danach ausgelöst wird.

2.2.1 Sucht im ICD-10

Der ICD-10 (Constantinescu-Fomino et al. 2012; DIMDI) erfasst alle substanzbezogenen psychischen und Verhaltensstörungen im Kapitel psychischer Störungen mit dem Code F1 und einer Nummerierung für die Art der Störung und die Art der Substanz. Die zweite Stelle der Nummerierung bezeichnet dabei die Substanz (F10 für Alkohol, F11 für Opioide, F12 für Cannabinoide, F13 für Schlaf- und Beruhigungsmittel, F14 für Kokain, F15 für andere Stimulantien, F16 für Halluzinogene, F17 für Tabak, F18 für Lösungsmittel und F19 für den Konsum mehrerer oder anderer, nicht aufgeführter psychotroper Substanzen). Die dritte Stelle bezeichnet dann die jeweilige Störung, die durch den Konsum entsteht (F1_.0 akute Intoxikation, F1_.1 schädlicher Gebrauch, F1_.2 Abhängigkeitssyndrom, F1_.3 Entzugssyndrom, F1_.4 Entzugssyndrom mit Delir, F1_.5 psychotische Störung, F1_.6 amnestisches Syndrom, F1_.7 Restzustand oder ver-

zögert auftretende psychotische Störung, F1_.8 sonstige, F1_.9 nicht näher bezeichnete). Die gesellschaftliche Bewertung des Konsums oder des Suchtmittels ist nicht relevant für die medizinische Diagnose.

Die Diagnose „schädlicher Gebrauch“ nach ICD-10 kann gestellt werden, wenn die Kriterien für eine Abhängigkeit (noch) nicht erfüllt sind und der wiederholte Konsum der Substanz zu nachweisbaren Gesundheitsschäden oder einer psychischen Störung führt, wobei eines der folgenden vier Merkmale innerhalb der letzten 12 Monate zugetroffen haben muss:

- Eine schwerwiegende Beeinträchtigung bei der Arbeit, im Haushalt oder in der Schule.
- Konsum in Situationen, die dadurch mit besonderen Gefahren verbunden sind, z.B. im Straßenverkehr.
- Probleme mit Polizei und Justiz aufgrund von durch den Konsum verursachten Vergehen.
- Trotz wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme durch den Konsum.

Ein Abhängigkeitssyndrom (F1_.2), also eine eigentliche Suchterkrankung, liegt vor, wenn in den letzten 12 Monaten mindestens drei der nachfolgenden Diagnosekriterien aufgetreten sind:

- Ein starker Wunsch oder innerer Zwang zum Konsum.
- Kontrollverlust bezüglich Beginn, Ende und Menge des Konsums.
- Körperliche Entzugssymptome oder Konsum, um Entzugssymptome zu lindern.
- Toleranzentwicklung und Dosissteigerung.
- Vernachlässigung anderer Interessen und Pflichten; ein erhöhter Zeitaufwand für die Beschaffung, den Konsum oder die Erholung davon; ein eingeeignetes Verhaltensmuster in Bezug auf die Substanz.

- Anhaltender Konsum trotz eindeutig schädlicher physischer, psychischer oder sozialer Folgen.

Nicht-substanzgebundene Störungen sind im ICD-10 weniger genau und nicht gemeinsam mit den substanzgebundenen Suchtstörungen erfasst, was das Angebot an Therapiemöglichkeiten beeinflusst (Tretter 2012, Dilling und Reimer 1995, ICD Code 2016, DIMDI).

Diese sog. „Verhaltenssüchte“ werden nach im ICD-10 wie die im Kapitel Kriminalität unter Punkt 1.4.1 dargestellte dissoziale Persönlichkeitsstörung unter den Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6) und dort unter den Impulskontrollstörungen (F63) beschrieben, wo sich auch Pyromanie und Kleptomanie finden (F63.0 pathologisches Spielen, F63.8 sonstige und F63.9 nicht näher bezeichnete).

Pathologisches Spielen umfasst gemäß ICD-10 folgende, im Vergleich mit dem nachfolgenden DSM 5 ungenaue, diagnostische Merkmale (DIMDI):

„Häufiges, wiederholtes, episodenhaftes Glücksspiel, das die Lebensführung beherrscht und zum Verfall der sozialen, beruflichen, materiellen und familiären Werte und Verpflichtungen führt.“

In diese Diagnose eingeschlossen ist zwanghaftes Spielen, nicht aber exzessives Spielen von manischen PatientInnen, Spielen im Rahmen einer dissozialen Persönlichkeitsstörung oder Spielen und Wetten ohne einen Krankheitsbezug.

In den Kategorien F63.8, sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle, beschrieben als

„andere Arten dauernd wiederholten unangepassten Verhaltens, nicht Folge eines erkennbaren psychiatrischen Syndroms, bei denen Betroffene den Impulsen, das pathologische Verhalten auszuführen, nicht widerstehen können. Einer Periode mit Anspannung folgt ein Gefühl der Erleichterung“ (DIMDI),

und F63.9, Abnorme Gewohnheit und Störung der Impulskontrolle, nicht näher bezeichnet, könnten, wenn überhaupt, Internet-, Kauf-, Arbeits“sucht“ usw. erfasst werden.

Für die kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik, auch von Suchtstörungen, wurde der ICD-10 zu einem multiaxialen Klassifikationsschema (MAS) weiterentwickelt (Batra und Bilke-Hentsch 2012), das die aktuellen Schwierigkeiten auf sechs Achsen beschreibt, aber keine Prognose über den weiteren Verlauf abgibt: Achse 1 gibt das klinisch-psychiatrische Syndrom gemäß ICD-10 an, z.B. „schädlicher Gebrauch“ eines Suchtmittels, Achse 2 benennt umschriebene Entwicklungsrückstände, z.B. eine Teilleistungsschwäche, Achse 3 gibt das Intelligenzniveau an, Achse 4 die körperliche Symptomatik, wiederum gemäß ICD-10. Achse 5 beschreibt abnorme assoziierte psychosoziale Umstände, etwa problematisches Erziehungsverhalten der Eltern, und Achse 6 das Niveau der sozialen Anpassung.

2.2.2 Sucht im DSM-5

Suchtprobleme werden im DSM-5 im Kapitel „Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen und abhängigen Verhaltensweisen“ dargestellt (Falkai und Wittchen 2015). Aufgeführt werden Störungen durch Alkohol, Cannabis, Opioide, Amphetamine, Kokain und andere Stimulanzien, Suchtmittel, die bei KlientInnen in der Bewährungshilfe häufig im Zusammenhang mit ihrer Straffälligkeit Bedeutung haben, sowie Inhalanzien, Halluzinogene, Schlaf- und Beruhigungsmittel, die hier eine eher untergeordnete Rolle spielen und meist bei polytoxem Konsum in Erscheinung treten; Tabak, dessen Konsum durch seinen Preis und die bei vielen KlientInnen vorhandene Überschuldung eine indirekte Bedeutung im Zusammenhang mit Suchtstörungen bei Bewährungshilfe-KlientInnen hat, und Koffein (ohne Bedeutung) sowie andere oder unbekanntere Substanzen, die hier z.B. sog. „Räuchermischungen“, „Badesalze“ usw. betreffen können und oft Ausweichdrogen nach Verurteilungen im

Zusammenhang mit illegalen Substanzen sind. Unter den abhängigen Verhaltensweisen wird lediglich das Glücksspiel beschrieben, da für andere sog. „Verhaltensüchte“ bisher keine ausreichende Evidenz besteht. Glücksspiel aktiviert, ähnlich der aufgeführten Substanzen, neuronale Belohnungssysteme und löst ähnliches Verhalten aus. Betrug, Diebstahl, Unterschlagung und andere Straftaten zur Geldbeschaffung für das Spielen oder durch eine daraus entstandene Überschuldung können zu einer Bewährungsstrafe führen.

Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen werden in Substanzkonsumstörungen (im ICD-10 als schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit bezeichnet und unterschieden) und substanzinduzierte Störungen (Intoxikation, Entzug, substanzinduzierte psychische Erkrankungen wie Psychosen, Depression, Delir u.ä.) unterteilt.

Substanzkonsumstörungen sind

„durch ein charakteristisches Muster kognitiver, verhaltensbezogener und körperlicher Symptome sowie den fortgesetzten Gebrauch der Substanz trotz klinisch bedeutsamer substanzbezogener Probleme“ (Falkai und Wittchen 2015, S. 662)

gekennzeichnet.

Dieses Muster wird mit Kriterien, die die beeinträchtigte Kontrolle, soziale Beeinträchtigungen, riskanten Konsum und pharmakologische Kriterien betreffen, beschrieben. Für Alkohol, Cannabis, Opioide, Kokain, Amphetamine und andere Stimulanzien gelten folgende diagnostische Kriterien:

„Ein problematisches Muster von [Substanz]konsum führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden, wobei mindestens zwei der folgenden Kriterien innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten vorliegen:

1. [Die Substanz] wird häufig in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt konsumiert.

2. Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den [Substanz]konsum zu verringern oder zu kontrollieren.
3. Hoher Zeitaufwand, um [die Substanz] zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von [ihrer] Wirkung zu erholen.
4. Craving oder ein starkes Verlangen, [die Substanz] zu konsumieren.
5. Wiederholter [Substanz]konsum, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt.
6. Fortgesetzter [Substanz]konsum trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme, die durch die Auswirkungen [der Substanz] verursacht oder verstärkt werden.
7. Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des [Substanz]konsums aufgegeben oder eingeschränkt.
8. Wiederholter [Substanz]konsum in Situationen, in denen der Konsum zu einer körperlichen Gefährdung führt.
9. Fortgesetzter [Substanz]konsum trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch [die Substanz] verursacht wurde oder verstärkt wird.
10. Toleranzentwicklung, definiert durch eines der folgenden Kriterien:
 - a. Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung, um einen Intoxikationszustand oder einen erwünschten Effekt herbeizuführen.
 - b. Deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetztem Konsum derselben Menge [der Substanz].
11. Entzugssymptome, die sich durch eines der folgenden Kriterien äußern:
 - a. Charakteristisches Entzugssyndrom in Bezug auf [die Substanz] [...].
 - b. [Die Substanz oder eine sehr ähnliche] wird konsumiert, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden“ (Falkai und Wittchen 2015, S. 675ff.).

Der Schweregrad der Störung wird durch die Anzahl der aktuell erfüllten Diagnosekriterien bestimmt: zwei bis drei bei leichter, vier bis fünf bei mittlerer und sechs oder mehr bei einer schweren Substanzkonsumstörung. Menschen mit einer antisozialen Persönlichkeitsstö-

rung haben zu einem großen Teil auch eine oder mehrere Substanzkonsumstörungen, die bei diesem Personenkreis früher beginnen und eine schlechtere Prognose haben, weshalb gemäß DSM-5 die Diagnose beider Störungen wichtig ist. Suchtmittelkonsum hat, ähnlich wie kriminelles Verhalten, die höchsten Prävalenzraten im Jugend- und jungen Erwachsenenalter, eine Substanzkonsumstörung entwickelt sich i.d.R. später im Verlauf bis zum 40. Lebensjahr, seltener danach.

Eine Störung durch Glücksspiel weist folgende diagnostische Kriterien auf (Falkai und Wittchen 2015, S. 803f.):

„A. Dauerhaftes und häufig auftretendes problematisches Glücksspielen führt nach Angaben der Person in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden, wobei mindestens vier der folgenden Kriterien innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten vorliegen:

1. Notwendigkeit des Glückspiels mit immer höheren Einsätzen, um eine gewünschte Erregung zu erreichen.
2. Unruhe und Reizbarkeit bei dem Versuch, das Glücksspielen einzuschränken oder aufzugeben.
3. Wiederholte erfolglose Versuche, das Glücksspielen zu kontrollieren, einzuschränken oder aufzugeben.
4. Starke gedankliche Eingenommenheit durch Glücksspielen (z.B. starke Beschäftigung mit gedanklichem Nacherleben vergangener Spielerfahrungen, mit Verhindern oder Planen der nächsten Spielunternehmung, Nachdenken über Wege, Geld zum Glücksspielen zu beschaffen).
5. Häufiges Glücksspielen in belastenden Gefühlszuständen (z.B. bei Hilfslosigkeit, Schuldgefühlen, Angst, depressiver Stimmung).
6. Rückkehr zum Glücksspielen am nächsten Tag, um Verluste auszugleichen (dem Verlust „hinterherjagen“ [„Chasing“]).
7. Belügen anderer, um das Ausmaß der Verstrickung in das Glücksspielen zu vertuschen.
8. Gefährdung oder Verlust einer wichtigen Beziehung, eines Arbeitsplatzes, von Ausbildungs- oder Aufstiegschancen aufgrund des Glücksspielens.

9. Verlassen auf finanzielle Unterstützung durch andere, um die durch das Glücksspielen verursachte finanzielle Notlage zu überwinden.

B. Das Glücksspielen kann nicht besser durch eine manische Episode erklärt werden.“

Eine Störung durch Glücksspiel ist leicht ausgeprägt, wenn vier bis fünf dieser Kriterien erfüllt sind, mittel bei sechs bis sieben und schwer bei acht bis neun erfüllten Kriterien. Sie tritt häufig gemeinsam mit einer antisozialen Persönlichkeitsstörung und Substanzkonsumstörungen, Angst oder Depression auf und kann einem regelmäßigen oder episodischen Muster folgen; eine krankheitswertige Störung unterscheidet sich von sozialem (in einer Gruppe zur Unterhaltung) oder professionellem Spielen.

Andere nicht stoffgebundene Suchtstörungen sind im DSM-5 aufgrund der fehlenden Evidenz nicht aufgeführt; der Teil III, der noch in Entwicklung befindliche Erhebungsinstrumente und Krankheitsmodelle mit weiterem Forschungsbedarf enthält, schlägt eine Störung durch Spielen von Internetspielen vor.

2.3 Typologien Abhängiger am Beispiel der Alkoholabhängigkeit

Typologien bilden ähnliche Gruppen, zum Thema Sucht in Entstehung, Ausprägung, Verlauf und Behandlungsbedarf einer Suchterkrankung. Mehrere Typologien wurden in den vergangenen Jahrzehnten bezüglich der Alkoholabhängigkeit als der am weitesten verbreiteten Suchterkrankung, ausgehend von der großen Unterschiedlichkeit der Betroffenen neben den Gemeinsamkeiten, die durch Konsumfolgen entstehen, sowie der Beobachtung familiärer Häufung der Alkoholabhängigkeit und ihres oft gemeinsamen Auftretens mit anderen psychischen Erkrankungen, ausgearbeitet und überprüft. Bekanntes Beispiel einer Typologie sind die „Trinkertypen“ nach Jellinek aus den 1960er-Jahren, die teils bis heute verwendet werden, empirisch aber nicht belegbar sind. Heute gibt es mehrere empirisch

belegte Typologien mit unterschiedlichen Zielsetzungen, die zwei oder vier Gruppen bilden, wobei viergruppige eine genauere Zuordnung der Betroffenen ermöglichen (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2013). Diese Typologien kommen zu überwiegend ähnlichen Ergebnissen (und weisen Verbindungen zu kriminellen Verhalten auf), daher stelle ich hier zwei Beispiele vor: Die zweigruppige Typologie nach Cloninger und anderen und die viergruppige nach Del Boca und Hesselbrock.

Bezüglich der Abhängigkeit von illegalen Drogen wurden bisher Typologien der Behandlungsverläufe substituierter opiatabhängiger PatientInnen (Brameier 2012), die untereinander ebenfalls große Unterschiede aufweisen, und Konsumtypen von AmphetaminkonsumentInnen (Milin et al. 2014), die ebenfalls ausgeprägt heterogen sind und dadurch unterschiedliche Ansätze in Prävention und Behandlung benötigen, vorgeschlagen. Etablierte und verbreitet genutzte Einteilungen gibt es dabei wie auch bezogen auf nicht-substanzgebundene Abhängigkeiten bisher nicht.

2.3.1 Typologien, die zwei Gruppen bilden: Beispiel Typ I und Typ II-Alkoholismus

Cloninger und andere (Cloninger et al. 1996, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2013) haben 1981 mit zwei Längsschnittuntersuchungen an männlichen und weiblichen in den ersten Lebensmonaten Adoptierten sowie ihren biologischen und Adoptiveltern in Schweden den Einfluss von genetischen und Umfeldfaktoren auf die Entstehung und den Verlauf einer Alkoholabhängigkeit untersucht. Dabei wurden umfangreiche Daten von verschiedenen staatlichen und Wohlfahrtseinrichtungen verwendet. Diese Untersuchung wurde bis heute mehrfach mit gleichen oder ähnlichen Ergebnissen wiederholt. Gefunden wurde ein Typ I-Alkoholismus bei einer großen Gruppe der von Alkoholabhängigkeit Betroffenen und ein weniger verbreiteter Typ II, die sich durch den Grad der Beeinflussung durch geneti-

sche und Umfeldfaktoren und spezifische psychiatrische Komorbiditäten unterscheiden.

2.3.1.1 *Typ I-Alkoholismus*

Typ I- Alkoholismus („milieu-limited type“) hat demgemäß zu einem geringeren Teil genetische und zu einem größeren umfeldabhängige Entstehungsgründe, d.h., Auftreten und Schwere einer Alkoholabhängigkeit werden vor einem spezifischen genetischen Hintergrund durch bestimmte Umfeldfaktoren beeinflusst. Von diesem umfeldabhängigen Typ sind Frauen und Männer gleichermaßen betroffen, wobei das genetische Risiko hauptsächlich von den Vätern an die Söhne und den Müttern an die Töchter weitergegeben zu werden scheint. Bei beiden Elternteilen tritt im Erwachsenenalter häufig ein leichter Alkoholmissbrauch mit geringem Behandlungsbedarf auf. In der Untersuchung von Cloninger et al. verstärkte ein niedriger sozioökonomischer Status der Adoptivfamilie, also ein Umfeldfaktor, Frequenz und Schwere des Alkoholmissbrauchs der Typ I-Betroffenen.

Typ I-Alkoholismus entwickelt sich im Erwachsenenalter ab dem 25. Lebensjahr. Charakteristisch ist zunächst eine leichte Ausprägung innerhalb gesellschaftlicher Konventionen, Alkoholexzesse im Wechsel mit abstinenten Phasen, Kontrollverlust und Schuldgefühle und eine im Verlauf schnelle Entwicklung von leichter zu schwerer Ausprägung des Alkoholmissbrauchs.

Cloninger et al. beschreiben vor dem Hintergrund neurobiologischer Besonderheiten drei stabile, Typ I- und Typ II-Abhängige kennzeichnende, Persönlichkeitsmerkmale. Den Typ I-Alkoholismus charakterisieren ausgeprägtes Vermeidungsverhalten und Beeinflussbarkeit durch das (soziale) Umfeld sowie geringe Risikobereitschaft. Alkohol wird hauptsächlich zu Minderung von Angstgefühlen genutzt und bei Typ I-Abhängigen bestehen charakteristische psychiatrische Komorbiditäten zu depressiven und Angsterkrankungen. Soziale und straf-

rechtliche Folgen des Alkoholmissbrauchs sind bei diesen Betroffenen geringer ausgeprägt.

2.3.1.2 *Typ II-Alkoholismus*

Beim im Gegensatz zu Typ I seltener vorkommenden Typ II-Alkoholismus („male-limited type“) stehen genetische Ursachen, die durch Umfeldfaktoren nur in geringem Ausmaß beeinflusst werden, im Vordergrund. Betroffen sind hauptsächlich Männer, bei deren biologischen Vätern schwere Alkoholabhängigkeit mit hohem Behandlungsbedarf, oft in Verbindung mit schwerer Kriminalität mit beider Beginn in der Adoleszenz auftritt, während die biologischen Mütter keinen Alkoholmissbrauch zeigen. Die Schwere, nicht aber die Häufigkeit des Alkoholmissbrauchs wurde in den Studien von Cloninger et al. durch die Bedingungen in den Adoptivfamilien mitbeeinflusst. Betroffene mit einer genetischen Prädisposition für Typ II-Alkoholismus tragen ein signifikant höheres Risiko einer Alkoholabhängigkeit als Typ I-Betroffene und profitieren von einer stärkeren Wirksamkeit von Anti-Craving-Medikamenten.

Die Ausprägung des Alkoholmissbrauchs ist bei Typ II-Betroffenen im Verlauf gleichbleibend moderat mit Beginn in der Jugend oder Adoleszenz vor dem 25. Lebensjahr, Alkoholkonsum ist aber oft begleitet von Gewalttätigkeit und Verhaftungen; zu Abstinenzphasen sind Typ II-Betroffene kaum in der Lage. Charakteristische Persönlichkeitsmerkmale dieses Typs sind eine hohe Risikobereitschaft in Verbindung mit kaum vorhandenem Vermeidungsverhalten und geringer sozialer Beeinflussbarkeit. Alkohol wird häufig neben anderen Drogen konsumiert und zur Herstellung euphorischer Gefühlszustände genutzt. Die Komorbidität mit einer antisozialen Persönlichkeitsstörung ist charakteristisch für psychiatrische Begleiterkrankungen bei Typ II-Betroffenen.

2.3.2 *Typologien, die vier Gruppen bilden: Beispiel vier Subtypen der Alkoholabhängigkeit*

Del Boca und Hesselbrock (Del Boca und Hesselbrock 1996, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2013) haben Daten einer Untersuchung von Babor und anderen aus dem Jahr 1992, die zu einer ähnlichen zweigruppigen Typologie Alkoholabhängiger wie Cloninger und andere gekommen waren, unter dem Gesichtspunkt geschlechtsspezifischer Unterschiede erneut analysiert und sind dabei zu einer viergruppigen Einteilung gekommen, die sowohl geschlechtsunabhängig Unterschiede bei Risikofaktoren wie Umfeldeinflüssen in der Kindheit und einer familiären Vorbelastung sowie die Schwere der Erkrankung als auch den Einfluss geschlechtsspezifischer Sozialisation auf die Ausprägung der Alkoholabhängigkeit abbildet.

2.3.2.1 *Cluster 1: Geringes Risiko, leichte Ausprägung*

Diese größte Untergruppe umfasste 39% der weiblichen und 28% der männlichen ProbandInnen in mittlerem Lebensalter. Sie wiesen eine geringe Ausprägung an Risikofaktoren und an alkoholbedingten Folgeschäden auf, Alkohol- und polytoxischer Drogenkonsum sowie psychiatrische Symptome waren ebenfalls gering ausgeprägt, Alkoholkonsum wurde zur Erleichterung negativer Gefühle in mäßigem Umfang eingesetzt.

2.3.2.2 *Cluster 2: „Internalizer“*

Diese Gruppe umfasste mehrheitlich Frauen und einen deutlich geringeren Teil Männer mit schwerer Ausprägung der Abhängigkeit, das Risiko durch eine Vorgeschichte familiärer Alkoholabhängigkeit war jedoch mäßig. Die konsumierten Alkoholmengen waren hoch mit entsprechend schweren gesundheitlichen Folgen, die Konsummen-

gen anderer Suchtmittel dagegen mäßig. Am höchsten ausgeprägt war im Vergleich mit den anderen in dieser Gruppe die psychiatrische Komorbidität bei Depressionen und Angsterkrankungen, Alkohol wurde teils zur Erleichterung dieser Symptomatiken konsumiert. Diese Gruppe wies ähnlich wie die zuvor beschriebene gute Therapieerfolge, kurze ambulante oder stationäre Behandlungszeiträume bei guter Compliance sowie die längsten Abstinenzzeiträume bzw. nur leichtere Rückfälle auf.

2.3.2.3 Cluster 3: „Externalizer“

Diese Gruppe bildeten die Mehrheit der männlichen Probanden (38%) und ein geringer Anteil der weiblichen Probandinnen, sie wies wie die Gruppe der „Internalizer“ ebenfalls ein mäßiges familiäres Risiko, einen hohen Alkoholkonsum mit in diesen Fällen schwerwiegenden sozialen Folgen und einen mäßigen Konsum anderer Drogen auf. In einer großen Zahl der Fälle wurde die Alkoholabhängigkeit von einer antisozialen Persönlichkeitsstörung begleitet und Alkohol häufig zur Gefühlsregulation eingesetzt.

2.3.2.4 Cluster 4: Hohes Risiko, schwere Ausprägung

Diese vierte Gruppe wurde von je 22% der männlichen und der weiblichen ProbandInnen gebildet, die jeweils am häufigsten eine familiäre Vorgeschichte der Alkoholabhängigkeit und das jüngste Erstkonsumalter berichteten und durch Verhaltensprobleme und eine antisoziale Persönlichkeit sowie einen ausgeprägten Mischkonsum von Alkohol und illegalen Drogen gekennzeichnet waren. Ebenso traten in dieser Gruppe häufig komorbide Depressionen und Angststörungen auf, Alkohol wurde aber nur in mäßigem Ausmaß zur Gefühlsregulation eingesetzt. Das Durchschnittsalter dieser Gruppe war im Vergleich mit den drei anderen jünger, gemeinsam mit der Gruppe

der „Externalizer“ befand sich diese am längsten, aber mit geringem Erfolg in stationärer Behandlung.

2.3.3 *Resümee*

Beide der hier beispielhaft vorgestellten Typologien der Alkoholabhängigkeit beschreiben Gruppen mit unterschiedlicher Schwere und Ausprägung und unterschiedlichen Entwicklungen im Langzeitverlauf sowie Verbindungen zu kriminellem und antisozialem Verhalten und ähneln damit der unter Punkt 1.3 im Kapitel Kriminalität in dieser Arbeit dargestellten Klassifikation antisozialen Verhaltens nach Moffitt. So, wie die unter Punkt 1.4 in dieser Arbeit beschriebenen Persönlichkeitsstörungen häufig komorbid mit Suchterkrankungen sind, beschreiben die vorgestellten Typologien, welche Ausprägungen einer Abhängigkeit darauf zutreffen. Für die Bewährungshilfe läßt sich daraus wiederum ableiten, daß die familiäre Häufung von Suchterkrankungen und familiäre Belastungen in der Kindheit, Persönlichkeitsmerkmale und persönlicher Umgang mit negativen Gefühlen, Beginn, Dauer, Menge und Art des Suchtmittelkonsums und die psychiatrische Komorbidität in der Anamnese und im Verlauf der Betreuung erfasst werden sollten, weil sich daraus Bedarf an und Erfolg von Behandlung und Betreuung ergeben.

2.4 Psychologische Erklärungsmodelle für Sucht- und Rückfallverhalten

Nach Stevens und Rist (Stevens und Rist 2012) beginnt problematischer Suchtmittelkonsum häufig während der Adoleszenz als ein Versuch, typische Entwicklungsziele während des Erwachsenwerdens zu bewältigen (s. auch Weichold 2003), und läßt sich mit lerntheoretischen Modellen erklären: Suchtverhalten ist demgemäß wie jedes Verhalten, bspw. auch kriminelles, erlernt, und wird anderen Verhaltensmöglichkeiten vorgezogen, wenn es positivere Folgen hat.

Verhaltenssteuernd und konsumfördernd wirken dabei kurzfristige positive Folgen und die intermittierende Verstärkung des Suchtverhaltens, wogegen langfristige negative Konsequenzen auch erst langfristig Leidensdruck auslösen und Veränderungsmotivation trotz der kurzfristig erlebten oder erwarteten positiven Effekte aufbauen können. Für eine Verhaltensänderung sind demnach Anzahl und Qualität der zur Verfügung stehenden alternativen Verstärker wichtig (s. auch die Grundlagen des Community Reinforcement Approach unter Punkt 2.5 in diesem Kapitel).

Positive Folgen wie soziale Anerkennung und die Hervorhebung positiver und Abschwächung negativer direkter Konsumfolgen in der Peergroup dienen daher der Überwindung der meist aversiven ersten Konsumerfahrungen. Sowohl der Umgang mit dem Suchtmittel selbst als auch die Einstellungen diesem gegenüber können am Modell Gleichaltriger, in der Familie oder anderen Bezugsgruppen wie Vereinen oder indirekt, z.B. aus Filmen, gelernt werden.

Operant konditionierte Verstärkerwirkungen entstehen bei fortgesetztem Suchtmittelkonsum aus der direkten Substanzwirkung und begünstigen bei einem Teil der „ProbierkonsumentInnen“ ebenso wie kognitive Veränderungen (z.B. positive Wirkungserwartungen an den Konsum) und die physiologische Anpassung an die Substanzwirkung die Entwicklung von Suchtverhalten.

Auch Craving kann nicht nur durch physiologische Effekte, sondern ebenso allein durch die klassisch konditionierte, bewusst nicht mehr wahrnehmbare Verbindung von inneren (Erinnerungen, Gefühle) und äußeren (Orte, Gegenstände) Hinweisreizen mit dem Suchtmittelkonsum ausgelöst werden (Beck und Heinz 2010).

2.4.1 Die funktionale Bedingungsanalyse

Ausgehend von den oben anhand der Entwicklung von Suchtverhalten beschriebenen lerntheoretischen Grundlagen haben Kanfer und

andere (Kanfer et al. 2012) mit der Selbstmanagement-Therapie und Bartling und andere (Bartling et al. 2008) mit der psychotherapeutischen Problemanalyse verhaltenstherapeutische Modelle zur Veränderung problematischen Verhaltens entwickelt, die in der verhaltenstherapeutisch orientierten Suchtbehandlung eingesetzt werden, darauf aber nicht beschränkt sind, sondern sich, das Einverständnis und die Mitarbeit der KlientInnen vorausgesetzt, auch zur Bearbeitung krimineller Verhaltensweisen eignen. Die Selbstmanagement-Therapie ist nach Ansicht ihrer Autoren auch in Zwangskontexten wie dem Strafvollzug einsetzbar, wenn es gelingt, eine gemeinsame Problemdefinition von BehandlerIn und KlientIn zu erarbeiten.

Beide Modelle definieren den therapeutischen Prozess als Anleitung auf Augenhöhe zur Selbsthilfe bei aktuellen und künftigen Problemlagen, das strukturierte Vorgehen zur Lösung von Problemen durch Analyse, Kontrolle und Steuerung des eigenen Verhaltens wird als zusätzliche Ressource aufgebaut, die dann auch selbständig angewendet werden kann; KlientInnen ist daher eine aktive Rolle im gesamten Prozess zugeordnet. Während die Selbstmanagement-Therapie einen starken Fokus auf die Herstellung günstiger Anfangsbedingungen des therapeutischen Prozesses und den Aufbau von Veränderungsmotivation legt, führt das Modell von Bartling und anderen die Analyse von im Lebenslauf erworbenen Plänen und Regeln (s. auch die Punkte 3.4.1 und 3.5.1 im Kapitel Soziale Arbeit in Zwangskontexten) zur Erfüllung von Grundbedürfnissen und der Systemregeln der sozialen Umwelt der Betroffenen ein.

Ein zentraler Bestandteil beider Konzepte ist die funktionale Bedingungsanalyse der Verhaltenssequenzen, die verändert werden sollen. Die Erarbeitung dieser Analyse gemeinsam mit KlientInnen ermöglicht diesen ein Verständnis für die Entstehung, die Folgen und v.a. die mögliche Beeinflussbarkeit von problematischem Verhalten.

Kanfer und andere verwenden dazu das S-O-R-K-C-Schema: Die S-(Stimulus)-Variable beschreibt dabei die verhaltensauslösende Situa-

tion und die darin enthaltenen Schlüsselreize, die O-(Organismus)-Variable die in der Person bereits vorhandenen körperlichen Zustände, Eigenschaften, Denkmuster und Grundannahmen und emotionalen Reaktionsbereitschaften, also die verhaltensvorbereitenden inneren Zustände auf motorischer, physiologischer, kognitiver und emotionaler Ebene. Die R-(Reaktions)-Variable bezieht sich auf das beobachtbare Verhalten und automatische/automatisierte Reaktionen, wiederum auf motorischer, physiologischer, emotionaler und kognitiver Ebene. Die C-(Konsequenz)-Variable bezeichnet kurz- und langfristige Folgen dieser Reaktionen als Hinzufügung oder Wegfall positiver oder negativer Konsequenzen, die K-(Kontingenz)-Variable den zeitlichen Zusammenhang zwischen der Reaktion und ihren Folgen: Je schneller und direkter eine Konsequenz erfolgt, desto verhaltenswirksamer ist sie. Jede Konsequenz kann ihrerseits wieder zu einem weiteren Auslösereiz für ein bestimmtes Verhalten werden oder zu einem solchen führen. So kann Termindruck am Arbeitsplatz durch fehlende persönliche Möglichkeiten zum Ausgleich zu Alkoholkonsum führen, der kurzfristig Erleichterung verschafft. Die Alkoholwirkung kann die Schwelle der Aggressionsbereitschaft senken und in Verbindung mit zuvor neutralen Umgebungsreizen und bereits vorhandenem Ärger zu Gewalttätigkeit führen, die ein kurzfristiges Siegesgefühl verschaffen kann.

Ein ähnliches Modell der konkreten Verhaltensanalyse mit etwas anderer Struktur schlagen Bartling und andere mit der Ebene des „Verhaltens in Situationen“ vor. Hierbei wird mit den akuten und überdauernden Bedingungen der inneren und der äußeren Auslösesituation klar zwischen den inneren und äußeren Vorbedingungen des Verhaltens unterschieden und zugleich an dieser Stelle einige Inhalte der O-Variable des S-O-R-K-C-Schemas beschrieben. Äußere Vorbedingungen sind z.B. das Verhalten anderer, das Setting und eine konkrete Anforderung, innere das vorhergehende eigene Verhalten, Stimmungen, körperliches Befinden und Gedanken oder Ziele. Im Wahrnehmungsprozess, der inneren Verarbeitung dieser Auslöserei-

ze, finden Orientierung (Informationsaufnahme und Kodierung), innere Verarbeitung (durch Interpretation von Ursachen, Bedeutung, Erwartungen und Schlüssen sowie die Bewertung der Situation im Vergleich mit den eigenen Bedürfnissen, Zielen und Ansprüchen) und Handlungsvorbereitung (durch Wünsche, Ziele/Zielkonflikte, Strategien, der Einschätzung eigener Fähigkeiten und der Konsequenzen sowie Entscheidung und Selbstmotivation) statt. Darauf folgend wird das Handeln und Erleben einer Person auf motorischer, emotionaler, kognitiver und physiologischer Ebene beschrieben, was dann zu kurz- und langfristigen äußeren und inneren Konsequenzen führt, die wiederum ebenfalls zu Auslösereizen bestimmten Verhaltens und Erlebens werden können.

Sowohl konkreter Suchtmittelkonsum als auch umgrenztes kriminelles Verhalten können mit beiden Modellen der Verhaltensanalyse beschrieben werden. Haben KlientInnen das jeweilige Vorgehen verstanden und praktisch eingeübt, können sie es auf weitere Verhaltensweisen übertragen oder konkrete Veränderungen überlegen. In der Baden-Württembergischen Bewährungshilfe ist das S-O-R-K-C-Schema eine der Grundlagen der vor einigen Jahren eingeführten verhaltenstherapeutisch orientierten deliktorientierten Arbeit mit Straffälligen und strukturiert hier die Deliktreakonstruktion.

2.4.2 Das sozial-kognitive Rückfallmodell

Marlatt und Gordon (Larimer et al. 1999, Marlatt et al. 2002, Bowen et al. 2012) haben 1985 u.a. auf der Grundlage vorhergehender Forschungsergebnisse, nach denen Alkoholwirkung nicht nur ein physiologischer, sondern auch ein durch sozial-kognitiv erlernte Wirkungserwartung bestimmter Effekt ist, ein Rückfallmodell entwickelt, das sowohl Faktoren der Rückfallentstehung selbst als auch kognitiv-behaviorale Strategien zur Vorbeugung und Eingrenzung von Suchtrückfällen beschreibt. Betroffene können mithilfe dieses Modells ein umfassendes Verständnis ihrer persönlichen Rückfalldynamik entwi-

ckeln und zunehmend selbstverantwortlich Lebensbedingungen gestalten, die ihre Rückfallwahrscheinlichkeit senken sowie Notfallmaßnahmen zur Eingrenzung von Rückfällen erarbeiten. In verschiedenen Studien wurde gezeigt, daß das sozial-kognitive Rückfallmodell bezüglich der Abstinenzraten zwar nicht effektiver ist als andere Verfahren der Rückfallprävention, Frequenz, Dauer und Intensität von Rückfällen aber stärker mindert. Die beste Wirksamkeit wurde neben der Alkoholabhängigkeit für polytoxischen Drogengebrauch gefunden.

Das Modell unterscheidet einmalige („slip“) oder begrenzte Rückfallereignisse („lapse“) und Rückfälle in dauerhaften, unkontrollierten Konsum („relapse“). Die Strategien Abhängiger im Umgang mit Hochrisikosituationen bestimmen darüber, ob die Wahrscheinlichkeit, rückfällig zu werden, sinkt oder steigt: Sind diese Strategien individuell wirkungsvoll und ausreichend, schützt die dadurch steigende Erfahrung von Selbstwirksamkeit und die gestärkte Abstinenzzuversicht besser vor tatsächlichen Rückfällen; sind sie das nicht, kann neben der verminderten Selbstwirksamkeitserfahrung eine positive Wirkungserwartung an den Konsum zu einem ersten Rückfallereignis führen. Dieser Ausrutscher kann zum Abstinenz-Verletzungs-Effekt führen, je nachdem, wie Betroffene emotional darauf reagieren und welche Ursachen sie ihm zuschreiben. Wie die auch von Maruna für Desistance-Prozesse beschriebenen spezifischen Attribuierungsstile (s. Punkt 1.5.2 im Kapitel Kriminalität in dieser Arbeit) erhöhen stabile, globale und internale Zuschreibungen von Ursachen, die außerhalb der Kontrolle der Betroffenen liegen, die Wahrscheinlichkeit eines fortgesetzten, unkontrollierten Konsums nach einem ersten Ausrutscher, um Gefühle von Schuld und Versagen zu dämpfen; zum fortgesetzten Konsum tragen auch die weiterbestehende positive Wirkungserwartung sowie die als positiv erlebten ersten Substanzwirkungen bei.

Marlatt hat in späteren Untersuchungen zudem typische Hochrisikosituationen identifiziert, die häufig zu Rückfällen führen: Die höchsten

Rückfallraten stehen in Verbindung mit negativen Gefühlen wie Ärger, Angst, Niedergeschlagenheit, Frust oder Langeweile, die aus inneren Wahrnehmungen oder als Reaktion auf äußere Ereignisse entstehen können. Zusammen mit zwischenmenschlichen Konflikten als spezifische Auslöser unangenehmer Gefühle stellen sie über die Hälfte der Rückfallgründe dar. Sozialer Druck, Aufforderungen oder Gelegenheiten zum Konsum gemeinsam mit anderen stellen bei weiteren 20% der Rückfälle die Gründe dar, in geringerem Ausmaß werden Rückfälle auch durch angenehme Gefühle, klassisch konditionierte Schlüsselreize für den Konsum oder unspezifisches Suchtverlangen sowie den Versuch, das Suchtmittel kontrolliert zu konsumieren, ausgelöst.

Rückfälle entstehen nach Marlatt und Gordon nicht aus heiterem Himmel, sondern als Ergebnis einer Reihe zunehmend spezifischer Faktoren von globalen, verdeckten Vorläufern bis zu unmittelbaren Auslösern. Alle diese Faktoren sind durch darauf abgestimmte Techniken positiv, also rückfallvermeidend bzw. –beendend, beeinflussbar.

Rückfälle nehmen häufig in einem unausgewogenen Lebensstil, der zu Erleichterungswünschen führt, ihren Anfang; hier kann die Ausgewogenheit im Alltag durch „positive Abhängigkeiten“ wie Sport oder Meditation und „Ersatzerleichterungen“ wie entspannende Aktivitäten gefördert werden. Gelingt das nicht, können spontanes Suchtverlangen („urge“) und die subjektive Sehnsucht nach der Substanzwirkung („craving“) wirksam werden, die nicht nur als rein physiologische Drogeneffekte gesehen werden, sondern auch auf psychologischer Ebene durch klassisch konditionierte innere und äußere Hinweisreize beschleunigt werden können. Stimuluskontrolltechniken, z.B. das Entfernen aller mit dem Konsum assoziierten Gegenstände aus dem Umfeld, und Techniken zur Bewältigung von Suchtdruck können die daraus entstehenden Rückfallgefahren mindern.

Ein nächster Schritt in Richtung eines Rückfalls sind kognitive Strategien wie rationalisieren, leugnen oder scheinbar unbedeutende Entscheidungen, die kognitiv verzerrt dargestellt werden, z.B. der Kauf von Alkohol, „falls Besuch mal kommt“. Die Bearbeitung einer Entscheidungsmatrix zu den (meist kurzfristigen) positiven und den (überwiegend langfristigen) negativen Folgen des Substanzkonsums sowie Psychoedukation über Rückfallfaktoren kann an dieser Stelle eine positive Wendung bewirken. Werden diese verdeckten Vorläufer nicht bewältigt und verändert, entstehen Hochrisikosituationen wie weiter oben beschrieben, die durch die Analyse von fantasierten und vergangenen Rückfallsituationen und der Wahlmöglichkeit zwischen verschiedenen Handlungsalternativen bewusst gemacht werden können.

Fehlen in solchen Hochrisikosituationen wie oben beschrieben ausreichende Bewältigungsstrategien, können diese gezielt trainiert werden. Schwindende Selbstwirksamkeitserwartungen und erhöhte positive Konsumerwartungen können z.B. durch die Erarbeitung und Bewältigung von Teilzielen und Psychoedukation über Substanzwirkungen verändert werden, während ein initialer Substanzkonsum mit Hilfe zuvor erarbeiteter Notfallkarten mit konkreten Maßnahmen beendet werden kann. Ein eintretender Abstinenz-Verletzung-Effekt benötigt Techniken zur kognitiven Umstrukturierung verzerrter Gedanken.

Für Betroffene ist die Abwärtsspirale in Richtung eines Rückfalls gut nachvollziehbar, weil alle Schritte auf der Ebene von Verhalten und Erleben beschrieben werden, die Techniken zur Bewältigung der jeweiligen Gefahrenpunkte können erlernt und dann auch selbständig ohne besondere Hilfsmittel angewendet oder deren Ergebnisse wieder ins Gedächtnis gerufen werden.

2.5 Vernetzte Suchtbehandlung: Der Community Reinforcement Approach (CRA)

Der Community Reinforcement Approach (Miller et al. 1999, Lange et al. 2008, Reker 2012), s. auch Punkt 1.6.1.3 im Kapitel Kriminalität in dieser Arbeit, wurde seit den 1970er Jahren in den USA begonnen und fortentwickelt. Er stellt ein gut evaluiertes, verhaltenstherapeutisches Behandlungsmodell der Alkoholabhängigkeit, das auch bei anderen substanzgebundenen Abhängigkeiten eingesetzt wird, dar. Durch seine starke Gemeinwesenorientierung mit ambulanten, lebensweltorientierten Angeboten, sowohl psychotherapeutisch wie motivational und psychosozial orientierten Interventionen und der Möglichkeit einer medikamentösen Unterstützung der Abstinenz weist dieser Ansatz u.a. eine besondere Eignung für soziale Randgruppen, z.B. Straffällige, auf.

2.5.1 Grundlagen des CRA

Der Grundgedanke des CRA ist, daß sich Suchtmittelabstinenz für Abhängige lohnen muss – daher werden in einem ersten Schritt kurzfristige positive Verstärker des Konsums und spezifische Konsumanreize (Trigger) abgebaut sowie in einem zweiten Schritt positive Verstärker für die Abstinenz unter Einbeziehung des jeweiligen Lebensumfelds aus den Bereichen Paar- und Familienbeziehungen, Arbeit, Freizeit, Wohnen und finanzielle Möglichkeiten aufgebaut. Vermittelt werden soll damit die konkrete Erfahrung, daß Abstinenz attraktiver als der Konsum ist.

Verhaltenstherapeutisch orientiert, nutzt dieser Ansatz vorrangig operantes Konditionieren, also das Lernen durch Konsequenzen, aber auch Lernen am Modell und Rollenspiele, wichtig ist aktives, direktes und engagiertes Therapeutenverhalten. KlientInnen werden in die Planung ihrer Behandlung einbezogen, das Vorgehen soll transparent sein sowie Anleitung und Hilfe zur Selbsthilfe bieten.

2.5.2 Bestandteile des CRA

Grundlage der Behandlung ist die Verhaltensanalyse von Konsum- und Abstinenzprozessen (s. auch Punkt 2.4.1 im Kapitel Sucht in dieser Arbeit), die Veränderungsmotivation soll u.a. mit der Gegenüberstellung der kurzfristig positiven und der langfristig negativen Konsequenzen aufgebaut, Auslösereize für den Konsum und Ansatzpunkte für eine Förderung und Ausweitung der Abstinenz gefunden werden. Der Therapieeinstieg erfolgt mit einem ersten Einstieg in die Abstinenz, z.B. durch eine zeitlich befristete konsumfreie Phase, eine Konsumreduktion oder auch nur ein nüchternes Erscheinen zu Therapieterminen. Dadurch wird eine erstes positives Abstinenzenerlebnis, ein erster Erfolg und die Erfahrung, ein gesetztes Ziel tatsächlich erreichen zu können, vermittelt. Möglich ist die unterstützende Gabe eines aversiven Medikaments, das im Rahmen eines täglichen Rituals durch einen emotional nahestehenden Menschen verabreicht werden soll, um die Einnahmetreue trotz unangenehmer Nebenwirkungen abzusichern.

Übergeordnetes Ziel der Behandlungsplanung ist eine erhöhte Zufriedenheit in nicht-konsumorientierten Lebensbereichen und der Aufbau von Verhaltensverstärkern für Abstinenz. Begonnen wird mit Zufriedenheitsskalen in zehn Lebensbereichen (Konsum/Abstinenz, Arbeit/Ausbildung, Umgang mit Geld, soziale Einbindung, persönliche Gewohnheiten, familiäre Beziehungen, juristische Angelegenheiten, Gefühle, Kommunikation und allgemeine Zufriedenheit). Davon ausgehend werden gemeinsam mit den KlientInnen die Behandlungsziele und Interventionen ausgewählt.

Die Interventionen umfassen Fertigkeitentrainings, z.B. zu den Themen Kommunikation, Problemlösen, Konsumaufforderungen ablehnen, die die zur Zielerreichung notwendigen Fertigkeiten ausgehend von den persönlichen Ressourcen der Betroffenen bspw. in Rollenspielen vermitteln und gut in Gruppen angeboten werden können.

Wichtige Interventionen betreffen den Bereich Arbeit, da Arbeit an sich viele positive Verstärker für Abstinenz bietet und die dadurch verbesserte finanzielle Lage noch weitere ermöglicht, vermittelt werden sollen Fähigkeiten, Arbeit zu finden, zu halten und zufriedener damit zu sein. Durch Sozial- und Freizeitberatung soll Ersatz für durch die Abstinenz verlorene Subgruppen gefunden und Freizeitbeschäftigungen und Kontakte, die mit dem Suchtmittelkonsum konkurrieren, aufgebaut werden.

Ein weiterer wichtiger Interventionsbestandteil ist die Paartherapie, bei der Paare ebenfalls anhand einer Zufriedenheitsskala Veränderungswünsche für die Partnerschaft identifizieren und eine verbesserte Kommunikation und einen liebevollen Umgang üben können. So können aktuelle Partnerschaftsprobleme bearbeitet und gemeinsame Verstärkerprozesse für die Abstinenz gefunden werden. PartnerInnen und Familie kommt eine entscheidende Rolle für den Behandlungserfolg zu, sie erhalten Unterstützung dabei, den Konsum nicht unbeabsichtigt zu verstärken und positive Verstärker für die Abstinenz bewusst einzusetzen. Aus dem Community Reinforcement Approach ist in Verbindung mit familientherapeutischen Ansätzen der Community Reinforcement and Family Training Approach (CRAFT) entstanden, der PartnerInnen und Angehörige von Abhängigen, die selbst (noch) eine Behandlung ablehnen, dabei anleitet, die Balance von Konsum- und Abstinenzverstärkern zu verändern und sich phasenweisende öffnende Chancen zu nutzen, Abhängige zu einem Therapieversuch zu motivieren.

Früh im Behandlungsverlauf und ebenfalls unter Beteiligung von PartnerInnen soll mit der Rückfallprävention begonnen werden. Vermittelt werden Handlungsstrategien bei Frühwarnzeichen und das verbesserte Verständnis eines evt. Rückfallgeschehens durch Verhaltensanalysen. Alle Interventionen werden auch außerhalb des CRA-Ansatzes angewendet, bilden innerhalb dieses Rahmens jedoch ein zusammenhängendes Konzept. Für den tatsächlich alltagsorientierten Aufbau von Abstinenzverstärkern ist die Zusammenarbeit

verschiedener Akteure des sozialen Netzes der KlientInnen wichtig, das für nicht wenige Betroffene auch die Bewährungshilfe umfasst, die dazu beitragen kann, strafrechtliche Sanktionen zugunsten oder als Erfolg einer Suchtbehandlung zu reduzieren; andere Hilfen in Lebensbereichen, die Abstinenzverstärker enthalten können, werden von Jobcentern, Arbeitsprojekten, Schuldenberatungsstellen, Jugendämtern usw. angeboten, die ebenfalls an einer integrierten Behandlung beteiligt sein sollten.

Neben anderen Faktoren sind für den Behandlungserfolg ein optimistischer, unterstützender und bereits kleine Erfolge lobender therapeutischer Stil sowie eine zu Beginn sehr hohe Kontaktfrequenz entscheidend, die im Rahmen einer vernetzten Behandlung im Einzelfall auch von mehreren Beteiligten sichergestellt werden könnte.

2.5.3 *Wirksamkeit*

Die Evidenz der Wirksamkeit des Community Reinforcement Approach wurde seit den 1970er Jahren bezüglich der Alkoholabhängigkeit und seit den 1990er Jahren auch bezüglich der Kokain- und der Opioidabhängigkeit in vielen Studien belegt (Lange et al. 2008).

Im Vergleich mit anderen Behandlungsformen konnte mit dem CRA bei Alkoholabhängigen Trinktage und –mengen deutlich stärker reduziert werden, Arbeitslosigkeit und institutionelle Unterbringung reduziert und der Kontakt zur Familie häufiger erhalten werden.

Kokainabhängige erreichten häufiger reguläre Therapieabschlüsse und höhere Abstinenzraten, Opioidabhängige ebenso, jedoch mit etwas schlechteren Werten.

Der CRA-Ansatz kann mit entsprechenden Anpassungen flexibel in unterschiedlichen kulturellen und sozialen Gruppen sowie schwer erreichbaren Randgruppen, z.B. bei Wohnungslosen, angewendet werden (Miller et al. 1999).

2.6 Suchtmittelkonsum, Kriminalität und Strafverfolgung

2.6.1 *Suchtmittelbedingte Straftaten und suchtbetroffene Straffällige*

In der Zusammenfassung verschiedener nationaler und internationaler Untersuchungen (Gaertner et al. 2015, Heimerdinger 2006, Hoffmann 2015, Lehner und Kepp 2015, Orth et al. 2015, Pfeiffer-Gerschel et al. 2014) zeigt sich eine im internationalen Vergleich hohe Alkoholkonsumprävalenz und eine niedrige des Konsums illegaler Drogen in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland. In beiden KonsumentInnengruppen sind Männer und Jüngere deutlich stärker vertreten, problematischer Alkoholkonsum ist national deutlich häufiger als der Konsum illegaler Drogen, von denen Cannabis mit Abstand am häufigsten konsumiert wird. Zugenommen haben 2013 die Ermittlungszahlen bezüglich synthetischer Drogen wie „Ecstasy“ und „Crystal Meth“ sowie bei den sog. „Legal Highs“, wobei der Anteil aller Drogendelikte, einschließlich der Handelsdelikte (häufig Straftaten organisierter Kriminalität), an der polizeilich erfassten Gesamtkriminalität in den vergangenen Jahren bei etwa vier Prozent liegt. Etwa drei Viertel der sogenannten konsumnahen Drogenstraftaten betreffen den Konsum von Cannabis, wogegen im Zusammenhang mit dem Konsum synthetischer Drogen die derzeit höchsten Steigerungsraten der damit verbundenen Straftaten zu verzeichnen sind. Taten im Zusammenhang mit Heroin- oder Kokainkonsum spielen eine im Vergleich mit den vorgenannten statistisch gesehen eine untergeordnete Rolle.

Während 2012 und 2013 etwa 13% aller Tatverdächtigen in polizeilichen Ermittlungen (unabhängig von einer späteren tatsächlichen Verurteilung) unter Alkoholeinfluss standen, war das bei knapp über 30% der Tatverdächtigen bei Gewalt- und Sexualdelikten der Fall, bei den aufgeklärten Gewaltstraftaten findet sich allerdings ein sehr ähnlicher Wert.

Unter den DrogenkonsumentInnen weisen Männer im Vergleich zu Frauen und Opiatabhängige gegenüber CannabiskonsumentInnen

die höchste bzw. geringste justizielle Gesamtbelastung und die höchsten bzw. geringsten Inhaftierungsraten im Lebenslauf auf; kriminelles Verhalten Opiatabhängiger sinkt jedoch signifikant, wenn sie sich in Langzeitsubstitution befinden. Auch mit zunehmender Dauer einer Alkoholabhängigkeit nimmt die justizielle Belastung zu und mit zunehmender Vorstrafenbelastung steigt der Anteil alkoholabhängiger oder während der Tat alkoholisierter TäterInnen.

Von Schönfeld und andere (v. Schönfeld et al. 2006) haben mit Stichtagserhebungen 2002 und 2003 unter einer Gruppe weiblicher und einer dieser Gruppe angeglichenen männlicher Gefangener in Bielefeld überwiegend übereinstimmend mit internationalen Ergebnissen gezeigt, daß bei fast 90% der weiblichen und männlichen Inhaftierten eine psychische Störung vorlag und diese häufig komorbid mit weiteren psychischen Erkrankungen war. Die Untersuchten wiesen dabei eine hohe psychopathologische Belastung und einen hohen Behandlungsbedarf auf, der in Haft noch weniger gedeckt wird als in der Allgemeinbevölkerung üblich. Bei den Frauen überwogen Suchtstörungen bezüglich Opiat- und polytoxem Konsum sowie affektive und posttraumatische Belastungsstörungen, bei den Männern Alkoholstörungen – nach diesen Ergebnissen erwartbar waren fast ein Drittel der weiblichen Gefangenen aufgrund von Verstößen gegen das BtMG inhaftiert, jedoch nur knapp acht Prozent der Männer. Eine Substanzabhängigkeit lag gleichermaßen bei etwa 70% der untersuchten Männer und Frauen vor, diese Gruppe war darüber hinaus schwerer von psychiatrischer Komorbidität betroffen.

2.6.2 Zusammenhänge von Substanzkonsum und Straffälligkeit

Kriminelles Verhalten im Zusammenhang mit dem Konsum illegaler Drogen kann durch die Illegalität der Substanzen, ihre spezifische Wirkung, den Beschaffungsdruck und als Effekt zunehmender sozialer Verwahrlosung Abhängiger entstehenden. Haller (Haller 2009) beschreibt in Anlehnung an Kreuzer den Missbrauch illegaler Drogen

als Teil einer schon vor dem Substanzkonsum beginnenden allgemeinen dissozialen Entwicklung eines Menschen, die auch von dessen Persönlichkeit und Sozialisation, der delinquenten Vorerfahrung und dem Alter sowie dem sozialen Umfeld bei Beginn des Konsums, dem entsprechenden Milieu und der herrschenden Drogenpolitik, der Kontrolle und strafrechtlichen Folgen mitbeeinflusst wird.

Die Entstehung kriminellen Verhaltens im Zusammenhang mit Alkohol als legalem und weitverbreitetem Suchtmittel beschreibt Egg (Egg 2015) aus ebenfalls vier, in der kriminologischen Literatur verbreiteten, Blickwinkeln, die sich überschneiden können und in jedem Einzelfall in unterschiedlicher Gewichtung zutreffen:

- 1) Zwischen Straftaten und der Alkoholisierung der TäterInnen besteht nur ein scheinbarer Zusammenhang - Alkoholisierte verhalten sich oft auffälliger als andere, auch bei Straftaten, und können daher leichter gefasst werden; Suchtprobleme oder eine starke Alkoholisierung zur Tatzeit können spätere Schutzbehauptungen vor Gericht sein; Alkohol als legale Droge ist so weit verbreitet, daß auch Straftaten zu einem bestimmten Teil von Betrunkenen begangen werden.
- 2) Enthemmende Wirkung von Alkohol - Alkohol reduziert Angst und Selbstkontrolle und steigert die Aggressionsbereitschaft, schafft also die inneren Voraussetzungen v.a. für die Begehung von Gewaltstraftaten; diese Wirkung kann auch absichtlich genutzt werden („Mut antrinken“).
- 3) Alkoholkonsum und Kriminalität bedingen sich wechselseitig - chronischer Alkoholmissbrauch führt zu sozialen Konflikten und finanziellen Problemen, die Straftaten begünstigen; Suchtmittelkonsum kann Folge der durch Kriminalität und Bestrafung verschlechterten Lebensbedingungen sein.
- 4) Alkoholmissbrauch und Kriminalität haben gemeinsame Ursachen - z.B. in der sozialen Entwicklung oder aufgrund von aktuellen Konflikten in wichtigen Lebensbereichen.

Nedopil (Nedopil 2009) weist darauf hin, daß neben dem kurzfristigen Einfluss von Substanzmissbrauch und Substanzwirkung auf Gewaltstraftaten auch die Sozialisationsbedingungen von Kindern in Suchtfamilien langfristig ein hohes Risiko für deren Entwicklung sowohl einer Suchtproblematik als auch von Dissozialität und kriminellem Verhalten im Lebenslauf darstellen.

2.6.3 Alkoholkonsum und Gewaltstraftaten

Alkoholkonsum begünstigt eine Vielzahl unterschiedlicher Delikte und mehrheitlich vorkommender alltäglicher Kriminalität auch ohne das Vorliegen einer Suchterkrankung (Egg 2015); wie unter Punkt 2.6.1 zusammengefasst, besteht jedoch ein besonders deutlicher Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Gewaltdelikten.

Pillmann und andere (Pillmann et al. 2000) haben diesen spezifischen Zusammenhang näher beleuchtet und mit einer Auswertung von 261 forensisch-psychiatrischen Begutachtungen zwischen 1993 und 1996 in Halle die Auswirkungen von Alkoholkonsum auf Gewaltstraftaten und dabei besonders die unterschiedlichen Folgen von akuter Alkoholwirkung und Alkoholabhängigkeit auf die Straffälligkeit der Angeklagten untersucht. Aus der Gesamtgruppe der ganz überwiegend männlichen Begutachteten wurden drei Untergruppen gebildet, die sich bezüglich der Alkoholisierung zum Tatzeitpunkt und dem Vorliegen einer Alkoholabhängigkeit unterschieden (alkoholisiert und abhängig, alkoholisiert, aber nicht abhängig, und weder alkoholisiert noch abhängig; geschlechtsspezifische Unterschiede waren in keiner der Gruppen signifikant, ebenso war keine/r der Begutachteten abhängig, aber zur Tatzeit nicht alkoholisiert). In der Auswertung hat sich gezeigt, daß die Alkoholisierung während der Tat die Schwere der Gewaltanwendung erhöht, während mit einer Chronifizierung des Suchtverhaltens und der Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit auch die Chronifizierung der Delinquenz einhergeht. Die Alkoholisierung während der Tat verstärkte in der Stichprobe Wut, aggressive Ein-

stellungen und Brutalität unabhängig davon, ob eine Abhängigkeit vorlag, wohingegen alkoholabhängige TäterInnen eher Gewaltdelikte, nicht-abhängige, alkoholisierte eher Sexualstraftaten verübten. Auffallend häufig fanden sich Alkoholprobleme bei Eltern und Geschwistern der Täterinnen in der Gruppe der Abhängigen, von „Broken Home“-Erfahrungen in Kindheit und Jugend waren dagegen alle Gruppen gleichermaßen betroffen.

Bogerts und Möller-Leimkühler (Bogerts und Möller-Leimkühler 2013) haben in einer Überblicksarbeit dargestellt, daß Suchtmittel wie Alkohol bei einer entsprechenden Disposition die Schwelle zur Gewaltbereitschaft deutlich senken; Gewaltausübung selbst kann ebenso als berauschend wahrgenommen werden, was häufig von jugendlichen Gewaltstraftätern in Gruppen berichtet wurde.

2.6.4 Strafrechtliche Regelungen für suchtbetroffene Straffällige im Kontext der Bewährungshilfe

Das bundesdeutsche Strafrecht (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, Heimerdinger 2006, Reker 2008) trägt mit einigen Regelungen in Strafgesetzbuch (StGB) und Jugendgerichtsgesetz (JGG), Strafvollzugsgesetz (StVollzG) und Betäubungsmittelgesetz (BtMG) für alkohol- und drogenabhängige sowie teilweise für Glücksspielabhängige Straffällige sowie der weiter gefassten Möglichkeit zur Erteilung von u.a. eine Suchtentwicklung berücksichtigenden Weisungen im Rahmen einer Bewährungsaussetzung oder Führungsaufsicht dem Krankheitscharakter der Sucht Rechnung und ermöglicht damit die Beseitigung oder Verbesserung eines im jeweiligen Einzelfall Straffälligkeit bedingenden oder verschärfenden Faktors. Bestehende Unterschiede für Drogen- im Vergleich zu Alkoholabhängigen durch das BtMG resultieren aus den unterschiedlichen Entstehungszeiträumen der Gesetze und wurden bisher nicht angeglichen.

Ein in der Praxis der Bewährungshilfe häufiger erkennbares Hindernis für eine angemessene Interventionsplanung in Zusammenarbeit mit Suchthilfe und Strafjustiz ist die in beiden Systemen stark unterschiedliche Terminologie zur Bezeichnung von Suchtproblemen und Behandlungsangeboten, die einerseits darin begründet ist, daß sich mit der Weiterentwicklung der Suchthilfe im Lauf der Jahrzehnte auch die Fachbegriffe geändert haben, diese aber nicht in vor Jahrzehnten entstandene Gesetzestexte integriert wurden, andererseits aus den Unterschieden und Zielsetzungen der Fachgebiete selbst: So hat z.B. die Feststellung der Einsichts- und Steuerungsfähigkeit zum Tatzeitpunkt Relevanz für die juristische, nicht aber für die suchtmmedizinische oder -therapeutische Beurteilung; demgegenüber ist in der Strafjustiz beispielsweise teils nicht präsent, daß eine Suchttherapie im suchtfachlichen Sinn die Kostenzusage eines Dritten erfordert und einem festgelegten Ablauf folgt, weshalb auch Suchtberatungsgespräche gerichtlicherseits häufig als „Therapie“ bezeichnet werden. Schon diese begrifflichen Unterschiede erfordern daher ebenso wie die unterschiedlichen Zielsetzungen beider Systeme einige Übersetzungsarbeit durch die Bewährungshilfe in beide Richtungen. Die Bandbreite strafrechtlich relevanten Suchtverhaltens im jeweiligen Einzelfall von riskantem Konsum Jugendlicher bis zu bleibenden gesundheitlichen, sozialen und psychischen Schäden einer chronischen Suchterkrankung oder das Vorhandensein einer komorbiden weiteren psychischen Erkrankung erfordert eine genaue Zuordnung zu einer jeweils geeigneten (und auch regional vorhandenen und finanzierten) Maßnahme innerhalb der Suchthilfe oder in angrenzenden Bereichen wie der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (§§ 53/54 SGB XII) oder der Straffälligen- und Wohnungslosenhilfe (§§ 67/68 SGB XII) mit jeweils weiteren Kostenträgern, die nötigenfalls im Rahmen der Bewährungsbetreuung korrigiert oder in einem erneuten Strafverfahren konkret angeregt werden kann.

Die Aussetzung einer Freiheits- oder Jugendstrafe bis zu zwei Jahren oder eines jugendrichterlichen Schuldspruchs zur Bewährung (§

56 StGB, § 21 JGG, § 27 JGG), die Aussetzung eines Strafrests nach Verbüßung eines Teils einer Haftstrafe (§ 57 StGB, § 88 JGG) bzw. die Vorbewährung vor einer aufgeschobenen Entscheidung über die Bewährungsaussetzung einer Jugendstrafe (§ 61 JGG) und das Eintreten einer Führungsaufsicht nach vollständiger Verbüßung einer Haftstrafe (§ 68 StGB) oder nach Ende einer sog. Maßregel der Besserung und Sicherung, also forensischer psychiatrischer oder suchtmmedizinischer Behandlung oder Sicherungsverwahrung (§ 67 StGB) bietet dem zuständigen Gericht die Möglichkeit zur Verhängung von Auflagen und Weisungen im jeweiligen Bewährungs- bzw. Führungsaufsichtsbeschluss.

Eine Bewährungsstrafe setzt eine günstige Sozial- und Legalprognose, also die Erwartung, daß Lebensumstände und persönliche Faktoren künftige Straffreiheit begünstigen, voraus. Eine Bewährungszeit dauert mindestens zwei und höchstens fünf Jahre, es können mehrere Bewährungsstrafen nebeneinander bestehen; eine Bewährungszeit kann verlängert oder (in seltenen Fällen) abgekürzt werden.

Führungsaufsicht tritt ein, wenn nach einer Haftstrafe von mindestens sechs Monaten weiter die Gefahr besteht, daß Straftaten begangen werden. Sie dauert ebenfalls mindestens zwei und höchstens fünf Jahre, kann aber in bestimmten Fällen auch unbefristet angeordnet werden. Nach Entlassung z.B. aus einer forensischen Klinik tritt neben der Aussetzung dieser Maßregel zur Bewährung gleichzeitig Führungsaufsicht ein.

Strafrechtlich wird in Beschlüssen zu Bewährungsaussetzung und Führungsaufsicht zwischen Auflagen und Weisungen unterschieden: Auflagen sind zur Sanktionierung oder Wiedergutmachung gedacht (z.B. Schadenswiedergutmachung, Geldbuße oder Sozialstunden). Weisungen dagegen sollen eine straffreie Lebensführung unterstützen (im Fall eines Suchtproblems z.B. in einer betreuten Einrichtung zu wohnen, eine Suchttherapie zu absolvieren, Suchtberatung oder ein Präventionsangebot in Anspruch zu nehmen). Diese Weisungen

können, weil sie stark in die Persönlichkeitsrechte Verurteilter eingreifen, nur erteilt werden, wenn diese damit einverstanden sind – was sie in der Regel tun, um die Bewährungsaussetzung nicht zu gefährden. Im Fall eines erneuten Strafverfahrens während der Bewährungs- oder Führungsaufsichtszeit kann eine entsprechend geeignete Weisung in der Bewährungsbetreuung mit den KlientInnen besprochen und dem urteilenden Gericht vorgeschlagen werden, was oft zu guter Passgenauigkeit führt und der Tendenz einiger Verurteilter entgegenwirkt, Weisungen, denen sie unter dem Druck der laufenden Gerichtsverhandlung zugestimmt haben, im Nachhinein zu umgehen.

Während der dauerhafte Verstoß gegen Auflagen zum Widerruf einer Bewährungsaussetzung führt, ist das im Fall des dauerhaften Verstoßes gegen Weisungen nur dann der Fall, wenn dadurch die Gefahr neuer Straftaten besteht oder bereits eine neue Straftat begangen wurde. Die ausgesetzte Haftstrafe muss dann verbüßt werden. Die Nichteinhaltung von Auflagen und Weisungen in einer Führungsaufsicht stellt eine Straftat dar und kann eine weitere Verurteilung nach sich ziehen.

Die Vollstreckung einer Freiheits- oder Jugendstrafe oder einer Maßregel der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt bzw. des Rests einer solchen kann für Drogenabhängige, die eine Straftat aufgrund ihrer Drogenabhängigkeit begangen haben, zugunsten einer ambulanten, stationären oder kombinierten Suchttherapie zurückgestellt werden (§ 35 BtMG). Bei regulärem Abschluss dieser Therapie wird wiederum ein Strafreis zur Bewährung ausgesetzt (§ 36 BtMG), für den die oben beschriebenen Möglichkeiten zur Weisungserteilung gelten und in diesen Fällen häufiger Weisungen zu einer ambulanten Nachsorgebehandlung oder der Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe beinhalten. Ein vorzeitiger Therapieabbruch oder die disziplinarische Entlassung aus einer Therapieeinrichtung, ohne daß eine Ersatzmaßnahme wie z.B. eine Auffangtherapie begonnen wird, führt zur Vollstreckung der zurückgestellten Haftstrafe.

Besteht ein Zusammenhang zwischen der Straffälligkeit und einer bestehenden Suchterkrankung und darüber hinaus eine ausreichende Erfolgsaussicht einer entsprechenden Behandlung können Straffällige bei ausreichender Verhältnismäßigkeit einer solchen Maßregel für längstens zwei Jahre in einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB, § 93a JGG), also in einer forensisch-psychiatrischen Klinik für Suchttherapie, untergebracht werden. Durch den engen, stark strukturierten Rahmen und die im Vergleich mit regulären Therapieeinrichtungen sehr langen Verweildauern können einige KlientInnen eine Suchttherapie erfolgreich abschließen, die das außerhalb dieser Maßregel nicht schaffen; in anderen Fällen muss die Maßnahme aufgrund erkennbar werdender Aussichtslosigkeit für beendet erklärt werden, was die Verbüßung einer zugleich verhängten Haftstrafe bzw. den Eintritt der Führungsaufsicht zur Folge hat. Steht eine komorbide weitere psychische Erkrankung im Vordergrund der individuellen Symptomatik und besteht aufgrund dessen eine volle oder teilweise Schuldunfähigkeit bezüglich einer Straftat und ist darüber hinaus zu erwarten, daß Angeklagte aufgrund der psychischen Erkrankung weitere schwere Straftaten begehen, können sie nach Freispruch oder Strafminderung in einem forensisch-psychiatrischen Krankenhaus untergebracht werden (§ 63 StGB); eine solche Maßregel kann, solange die Verhältnismäßigkeit und die Voraussetzungen der Unterbringung, also die Schwere der Erkrankung und der erwartbaren Straftaten, bestehen, unbegrenzt andauern. Die Einschätzung über die jeweilige Erkrankung, die Frage der Schuldfähigkeit oder zur Erfolgsaussicht einer Maßnahme u.ä. treffen durch das zuständige Gericht beauftragte forensisch-psychiatrische GutachterInnen.

Für suchtkranke Straffällige in Haft kommt zudem eine Behandlung gemäß § 58 StVollzG (denkbar z.B. als Besuch einer ambulanten oder tagesklinischen Suchtbehandlung aus dem offenen Strafvollzug) oder eine Verlegung in eine Sozialtherapeutische Anstalt (§ 9 StVollzG), die in einigen Fällen auch suchttherapeutische Behand-

lung anbieten, ein Vollzugs- oder selten ein öffentliches Krankenhaus (§ 65 StVollzG), was meist zur Entgiftung oder zur Behandlung psychiatrischer Komorbidität eingesetzt wird, infrage. In Freiheit begonnene Substitutionsbehandlung wird derzeit in Baden-Württemberg über kürzere Zeiträume, z.B. Ersatzfreiheitsstrafen, fortgeführt (§ 58 StVollzG); in manchen Fällen wird seit einiger Zeit kurz vor Haftentlassung mit einer Substitutionsbehandlung begonnen und in weiterführende Substitution nach Haftentlassung vermittelt. Auf der Grundlage einer Kooperationsvereinbarung zwischen den Justizverwaltungen der Länder und den Rentenversicherungsträgern aus dem Jahr 2015 (DRV 2015) kann inzwischen auch bereits während der Inhaftierung mit einer Therapievorbereitung begonnen und ein Antrag auf Kostenübernahme gestellt werden; eine entsprechende Kostenzusage kann eine Bewährungsaussetzung auch in den Fällen erleichtern, in denen die Voraussetzungen für eine Zurückstellung nach § 35 BtMG nicht vorliegen.

2.7 Zusammenfassung

Auch in diesem Kapitel habe ich, analog zum ersten, gezeigt, daß sich bei einigen Personengruppen Kriminalitäts- und Suchtentwicklung stark verschränken und so zu schwereren Störungen führen, eine solche Verbindung jedoch keinesfalls zwangsläufig ist. Solcherart doppelt belastete KlientInnen benötigen jedoch wiederum intensivere Betreuung und profitieren von einer engen Vernetzung der Fachleute in Suchthilfe und Resozialisierung und einer passgenauen Zuordnung zu vorhandenen und akzeptierten Maßnahmen, die bei diesem Personenkreis die Reduzierung der Straffälligkeit im Auge behalten müssen. BewährungshelferInnen, die suchtbetroffene KlientInnen betreuen, sind gefordert, genau über aktuelle Suchtthemen und deren Verbindungen zum Thema Kriminalität, besonders auch über Behandlungs- und andere Hilfemaßnahmen informiert zu sein und ihre Vermittlungs- und Vorschlagsrolle zwischen den Systemen

der Strafjustiz und der Suchthilfe zum Nutzen dieser KlientInnen i.S.
der Reduzierung von Straffälligkeit klar zu vertreten.

3 Soziale Arbeit im Zwangskontext

3.1 Einleitung

Soziale Arbeit und Sozialpädagogik als Hilfeleistung und Nachteilsausgleich für Benachteiligte und die Anwendung von oder Beteiligung an Zwangsmaßnahmen scheinen sich nach heutigem Verständnis zunächst auszuschließen. Zwang in offener oder verdeckter Form ist dennoch in vielen Bereichen sozialer Arbeit Teil der Auftragslage (Kähler und Zobrist 2013). Und: Konzept- und Methodenbildung innerhalb der Bewährungshilfe als eindeutigen Zwangskontext steckt im Gegensatz zu anderen Arbeitsfeldern wie der Suchthilfe noch in den Anfängen und führt daher selten dazu, daß die Bewährungshilfe als Teil sozialer Arbeit ihr Angebot, ihre Arbeitsweisen und ihre Ergebnisse nach innen und außen theoriegeleitet und evidenzbasiert, aber auch selbstbewusst darstellt.

In diesem Kapitel beleuchte ich daher die Arbeit in Zwangskontexten im Allgemeinen und in der Bewährungshilfe im Besonderen. Unter Punkt 3.2 stelle ich zunehmende Abstufungen zwischen Freiwilligkeit und Zwang dar, unter Punkt 3.3 die Aufgaben der Bewährungshilfe. Punkt 3.4 befasst sich mit Veränderungsmotivation und Widerstand bei ZwangsklientInnen, während ich unter Punkt 3.5 Handlungsvorschläge, die besonders für die Betreuung von ZwangsklientInnen in Bewährungs- und Suchthilfe geeignet scheinen, vorstelle. Punkt 3.6 fasst die Ergebnisse dieses Kapitels kurz zusammen.

3.2 Unterschiedliche Arten von Zwang und Freiwilligkeit im Umfeld der Bewährungshilfe

Menschen suchen sozialpädagogische Unterstützung oder lassen sie zu, wenn sie sich in besonders schwierigen Lebenslagen nicht selbst helfen können und keine ausreichende oder akzeptable informelle Hilfe im Umfeld finden; das alleine stellt jeweils eine persönliche Zwangslage dar, die sozialer Arbeit ganz überwiegend zugrunde

liegt. Zwangskontexte im eigentlichen Sinn entstehen in zunehmend engerem Rahmen weg von der eigeninitiativ gesuchten Hilfe hin zu deren formaler Anordnung, je stärker eine Beeinträchtigung oder Gefährdung der Betroffenen, ihres persönlichen Umfelds oder Dritter durch das Problem besteht und je geringer Einsicht oder Steuerungsfähigkeit der Betroffenen ausgeprägt ist. Auch die Angebote in der Suchthilfe werden von einer Anzahl an KlientInnen nach mehr oder weniger offenem Druck durch unterschiedliche Beteiligte genutzt, die größer ist, als üblicherweise vermutet (Vogt 2012). Die untenstehende Abstufung zwischen Freiwilligkeit und offen erkennbarem Zwang folgt einer von mehreren Möglichkeiten der Darstellung, die aus meiner Sicht das Thema Zwang für die Arbeit im Umfeld von Bewährungs- und Suchthilfe am eindeutigsten darstellt (Kähler und Zobrist 2013, Rooney 2009).

3.2.1 Hilfeersuchen aus eigener Initiative

Um in sozialen und persönlichen Schwierigkeiten nach evt. gescheiterten eigenen Lösungsversuchen aus eigener Initiative sozialpädagogische Hilfe suchen zu können, sind bestimmte Kompetenzen, Einstellungen und Ressourcen notwendig. Ein Problem muss bspw. erkannt und formuliert werden können, die Suche nach professioneller Hilfe und das Eingeständnis eigener Hilflosigkeit müssen zum eigenen Selbstbild passen, Wissen über verfügbare Einrichtungen muss vorhanden sein usw. Diese Voraussetzungen können z.B. auf Angehörige von Abhängigen zutreffen, die eine Suchtberatungsstelle aufsuchen, auf einige TeilnehmerInnen von Selbsthilfegruppen, NutzerInnen von Online-Beratungsangeboten u.ä. Beachtet werden sollte, daß die Freiwilligkeit eines Angebots zwar von Fachkräften so dargestellt werden kann, von den NutzerInnen aber nicht unbedingt so wahrgenommen wird, weil sie unausgesprochene negative Konsequenzen im Fall der Ablehnung der Hilfe befürchten, besonders,

wenn sie von einer Hilfeleistung (z.B. der Betreuung in einer stationären Wohneinrichtung) abhängig sind.

Nichtsdestotrotz sind auch KlientInnen in der Bewährungshilfe oder Menschen, die aufgrund äußeren Drucks Angebote der Suchthilfe nutzen, oft nicht vollständig unfreiwillig (Trotter 2009): Gelingt es, bspw. über die Einhaltung der formalen Anordnung hinaus für die KlientInnen persönlich wichtige Hilfeziele zu vereinbaren und ein persönliches Engagement der KlientInnen dafür zu erreichen, kann dieser Teil der Hilfeleistung freiwillig stattfinden, den Widerstand gegen die formale Anordnung relativieren und evt. dazu führen, daß die formale Anordnung reduziert oder aufgehoben werden kann.

3.2.2 Hilfeersuchen nach Druck oder Anreizen aus dem privaten oder professionellen Umfeld

Sowohl Nahestehende und Angehörige von KlientInnen und andere Beteiligte aus deren Umfeld als auch andere professionell Beteiligte können durch informellen Druck („Push-Faktoren“) oder das In-Aussicht-Stellen von Verbesserungen („Pull-Faktoren“) dafür sorgen, daß KlientInnen bestimmte Hilfen in Anspruch nehmen (s. auch Punkt 3.4.2 in diesem Kapitel), Suchthilfeangebote z.B. aufgrund einer drohenden Trennung oder der möglichen Kündigung des Arbeitsplatzes oder der Hoffnung auf eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation oder einer höheren Überlebenschance. Barber (Barber 2009) schlägt für die Arbeit mit Angehörigen von Suchtkranken, die selbst keine Veränderungsnotwendigkeit sehen, ein Konzept in fünf Schritten („Pressures for Change“) vor, mithilfe dessen Druck und Anreize durch die Angehörigen auf die Abhängigen für Konsumreduktion und Abstinenz geschaffen werden können und geht davon aus, daß dadurch etwa zwei Drittel der abhängigen Angehörigen zumindest zu einem Erstgespräch in einer Suchthilfeeinrichtung motiviert werden können.

Ein Anteil der KlientInnen in der Bewährungshilfe ist u.a. von Arbeitslosengeld I oder II und damit den Arbeitsagenturen und Jobcentern abhängig und erlebt dort durch mögliche Leistungskürzungen bei fehlender Mitarbeit sowie durch die Gewährung attraktiver Unterstützung wie einer gewünschten Umschulung den geplanten Einsatz von Druck und Anreizen, um bestimmte Ergebnisse zu erreichen. Auch Jugendämter können durch den Druck einer möglichen familienrichterlichen Anordnung und Hilfeangeboten, um eine solche zu vermeiden, planvoll Druck ausüben und eine Annahme der Hilfe als das geringere Übel erreichen, was ebenfalls einige KlientInnen der Bewährungshilfe erleben.

3.2.3 Formale Anordnung einer Hilfeleistung

Die formale Anordnung einer Hilfeleistung findet jeweils durch ein Gericht (im Fall rechtlicher Betreuungen in Baden-Württemberg durch ein Notariat) statt und wird durch den jeweiligen rechtlichen Hintergrund und entsprechend mögliche Rechtsmittel legitimiert. Möglich ist eine formale Anordnung dann, wenn Gefahr oder Nachteile für die Betroffenen selbst, ihre Schutzbefohlenen oder Dritte besteht, die Maßnahme verhältnismäßig ist und die Gefährdung nicht durch eine weniger schwerwiegende Maßnahme abgewendet werden kann. Solche formal erzwungenen Hilfen werden üblicherweise eingesetzt, wenn es um Straffälligkeit, Kinderschutz, Suizidalität u.ä. geht, sind neben dem Hilfe- auch mit einem Kontroll- oder Rückmeldeauftrag und der Erwartung einer bestimmten Veränderung verbunden.

Wie unter Punkt 3.2.1 schon dargestellt, sind KlientInnen in formal angeordneten Hilfen nicht immer ausschließlich ZwangsklientInnen, sie können Teile der angeordneten oder darüber hinausgehende Hilfe auch freiwillig annehmen; genauso können ursprünglich freiwillig oder auf informellen Druck hin in Anspruch genommene Hilfen zu Zwangsmaßnahmen führen, in der Suchtberatung z.B., wenn Kinder

der Hilfesuchenden gefährdet sind und das Jugendamt eingeschaltet werden muss.

Insgesamt kann gesagt werden, daß Menschen, die über wenige Ressourcen verfügen, in der Regel mehr und komplexere Problemlagen angehäuft haben und seltener freiwillig Hilfe suchen. Dadurch tragen sie ein höheres Risiko, im Fall einer Eskalation der Problemlagen in Zwangskontexten betreut zu werden. Auch bei KlientInnen in der Bewährungshilfe ist erkennbar, daß sie sich neben diesem Zwangskontext oft noch in weiteren befinden, wie oben schon dargestellt meist im Rahmen der Arbeitsförderung, durch das Jugendamt oder aufgrund einer psychischen Erkrankung.

Schaub und andere (Schaub et al. 2010) haben in einer vergleichenden Untersuchung von freiwilliger und strafrechtlich (nach und entsprechend dem deutschen § 35 BtMG) angeordneter Suchtbehandlung in jeweils denselben Einrichtungen in fünf europäischen Ländern, darunter Deutschland und Österreich, gefunden, daß beide Behandlungsformen annähernd gleich effektiv sind; Substanzmissbrauch und Kriminalität gingen in beiden Gruppen durch die Behandlung in sehr ähnlichem Umfang zurück, Gesundheitszustand und Integration in Arbeit verbesserte sich ebenfalls in sehr ähnlichem Umfang, wobei für diese Effekte unerheblich war, daß die Gruppe der ZwangsklientInnen den Zwang über den gesamten Untersuchungszeitraum negativ bewertet hatten, in deren Wahrnehmung also keine Zunahme an Freiwilligkeit entstanden ist. Die Ergebnisse wurden bis zum Zeitpunkt von 18 Monaten nach Beginn der Behandlung erhoben, jedoch nicht nach Staaten unterschieden.

3.3 Die Bewährungshilfe

3.3.1 rechtlicher Rahmen und mögliche Unterstellungsgründe

Die Bewährungshilfe für Erwachsene ist im § 56d StGB geregelt (Dejure 2016):

„(1) Das Gericht unterstellt die verurteilte Person für die Dauer oder einen Teil der Bewährungszeit der Aufsicht und Leitung einer Bewährungshelferin oder eines Bewährungshelfers, wenn dies angezeigt ist, um sie von Straftaten abzuhalten.

(2) Eine Weisung nach Absatz 1 erteilt das Gericht in der Regel, wenn es eine Freiheitsstrafe von mehr als neun Monaten aussetzt und die verurteilte Person noch nicht 27 Jahre alt ist.

(3) Die Bewährungshelferin oder der Bewährungshelfer steht der verurteilten Person helfend und betreuend zur Seite. Sie oder er überwacht im Einvernehmen mit dem Gericht die Erfüllung der Auflagen und Weisungen sowie der Anerbieten und Zusagen und berichtet über die Lebensführung der verurteilten Person in Zeitabständen, die das Gericht bestimmt. Gröbliche oder beharrliche Verstöße gegen Auflagen, Weisungen, Anerbieten oder Zusagen teilt die Bewährungshelferin oder der Bewährungshelfer dem Gericht mit.

(4) Die Bewährungshelferin oder der Bewährungshelfer wird vom Gericht bestellt. Es kann der Bewährungshelferin oder dem Bewährungshelfer für die Tätigkeit nach Absatz 3 Anweisungen erteilen.

(5) Die Tätigkeit der Bewährungshelferin oder des Bewährungshelfers wird haupt- oder ehrenamtlich ausgeübt.“

Die Bewährungshilfe für Jugendliche von zum Tatzeitpunkt 14 bis 17 Jahren und für Heranwachsende von zum Tatzeitpunkt 18 bis 21 Jahren und mit nicht einem oder einer Erwachsenen entsprechenden Reife regeln die §§ 24 und 25 JGG (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz 2016):

§ 24 JGG:

„(1) Der Richter unterstellt den Jugendlichen in der Bewährungszeit für höchstens zwei Jahre der Aufsicht und Leitung eines hauptamtlichen Bewährungshelfers. Er kann ihn auch einem ehrenamtlichen Bewährungshelfer unterstellen, wenn dies aus Gründen der Erziehung zweckmäßig erscheint. § 22 Abs. 2 Satz 1 gilt entsprechend.

(2) Der Richter kann eine nach Absatz 1 getroffene Entscheidung vor Ablauf der Unterstellungszeit ändern oder aufheben; er kann auch die Unterstellung des Jugendlichen in der Bewährungszeit erneut anordnen. Dabei kann das in Absatz 1 Satz 1 bestimmte Höchstmaß überschritten werden.

(3) Der Bewährungshelfer steht dem Jugendlichen helfend und betreuend zur Seite. Er überwacht im Einvernehmen mit dem Richter die Erfüllung der Weisungen, Auflagen, Zusagen und Anerbieten. Der Bewährungshelfer soll die Erziehung des Jugendlichen fördern und möglichst mit dem Erziehungsberechtigten und dem gesetzlichen Vertreter vertrauensvoll zusammenwirken. Er hat bei der Ausübung seines Amtes das Recht auf Zutritt zu dem Jugendlichen. Er kann von dem Erziehungsberechtigten, dem gesetzlichen Vertreter, der Schule, dem Ausbildenden Auskunft über die Lebensführung des Jugendlichen verlangen.“

§ 25 JGG:

„Der Bewährungshelfer wird vom Richter bestellt. Der Richter kann ihm für seine Tätigkeit nach § 24 Abs. 3 Anweisungen erteilen. Der Bewährungshelfer berichtet über die Lebensführung des Jugendlichen in Zeitabständen, die der Richter bestimmt. Gröbliche oder beharrliche Verstöße gegen Weisungen, Auflagen, Zusagen oder Anerbieten teilt er dem Richter mit.“

Diese rechtlichen Regelungen zur Ausübung der Bewährungshilfe erwähnen zwar den helfenden und betreuenden bzw. den erziehungsfördernden Charakter der Bewährungshilfe, treffen jedoch keine Feststellungen zur fachlichen Ausgestaltung dieser Hilfen oder zu den Berufsgruppen, die dafür geeignet sind. Konkreter sind die Beschreibungen der Überwachungsfunktion der BewährungshelferInnen und ihrer Berichterstattungspflicht dem Gericht als Auftraggeber der Tätigkeit gegenüber. Fachlich-inhaltliche, der sozialpädagogischen oder verwandter Professionen entsprechende Gründe für die Unterstellung unter die Bewährungshilfe fehlen in den Gesetztestexten und lassen sich nur indirekt aus der Altersgruppe, die regelhaft unterstellt werden soll oder aus dem längeren als nur kurzstrafigen zugrundeliegenden Strafmaß sowie dem Zweck, von weiteren Straftaten abzuhalten, ableiten. Eine solche Auftragsgestaltung ist sonst

im sozialen Bereich (bundesweit sind SozialpädagogInnen und SozialarbeiterInnen sowie verwandte Berufsgruppen in den sozialen Diensten der Justiz der einzelnen Bundesländer - bzw. in Baden-Württemberg noch bis Jahresende 2016 bei einem freien Träger - AuftragnehmerInnen der Bewährungshilfe) unüblich. Sie kann sowohl zu nicht ausreichender Bewährungsbetreuung als auch zu einem großen Freiraum für einzelne BewährungshelferInnen zur individuellen Hilfeleistung für ihre KlientInnen führen, solange die sozialen Dienste selbst keine verpflichtenden Inhalte für ihre MitarbeiterInnen erarbeiten; die Qualität der Betreuungsarbeit ist dadurch für die auftraggebenden Gerichte und erst recht für die betreuten KlientInnen nur schwer nachprüfbar.

In Baden-Württemberg hat die Neustart gGmbH (Neustart gGmbH 2012) eine Auflistung von Unterstellungsgründen und der möglichen Interventionen der Bewährungshilfe als Handreichung für StrafrichterInnen erstellt, die auf den im Kapitel Kriminalität unter Punkt 1.6 vorgestellten und weiteren aktuellen fachlichen Grundlagen beruhen.

Demnach sollten problematische Lebensverhältnisse in den Bereichen familiäre und soziale Kontakte, wirtschaftliche und Wohnsituation sowie bei Schulbildung und Arbeit, problematisches Nachtatverhalten wie mangelhafte Offenlegungsbereitschaft und Verarbeitung des Delikts, mangelhafte Opferempathie und Deliktfolgeneinsicht, Problemstellungen in der Persönlichkeit und bei persönliche Faktoren der Verurteilten wie eine antisoziale Haltung, prokriminelle soziale Einflüsse, mangelhafte Risikobewältigungskompetenz, problematische Einstellungen und Werthaltungen, Defizite in der Lebensbewältigung, Aggressionsverhalten und Substanzmissbrauch sowie eine problematische strafrechtliche Vorgeschichte zu einer Unterstellung unter die Bewährungshilfe führen. Die Häufung solcher Problemlagen und die Schwere oder Häufung der Straftat(en) in der Vorgeschichte zeigt demgemäß eine umso größere Notwendigkeit der Bewährungsbetreuung an, die nur solange bestehen bleiben soll, wie sie notwendig, zweckmäßig und erfolgversprechend erscheint.

Das Thema Sucht taucht in dieser Handreichung lediglich als Substanzmissbrauch auf und betrifft akute Alkohol- oder Drogenabhängigkeit, Therapieabbrüche in jüngerer Zeit und nicht ausreichende Krankheitseinsicht, Interventionen sollen sich auf Krankheitseinsicht und Information über Behandlungsmöglichkeiten richten; zum Stichtag 31.12.2014 (Neustart gGmbH 2014) waren dagegen alleine wegen Verstößen gegen das BtMG 3.738 der 19.628 Bewährungshilfe-KlientInnen in Baden-Württemberg unterstellt (ein Suchthintergrund bei anderen Deliktarten wurde nicht erfasst).

Qualitätsstandards in der Bewährungshilfe existieren bundesweit in mehreren Bundesländern und regeln die formalen Abläufe der Betreuung, z.B. bezüglich der Kontaktfrequenzen oder der Dokumentation und der Berichte; der Europarat empfiehlt darüber hinaus seinen Mitgliedsstaaten mit den Probation Rules (Ministerkomitee des Europarats 2010) u.a. die inhaltliche Gestaltung des Hilfe- und Kontrollauftrags mit Blick auf die Minderung von Rückfallkriminalität und dadurch einem Beitrag zur Sicherheit in den Gemeinwesen. Demnach sollen Straffällige durch eine individuelle Betreuung gesellschaftlich wiedereingegliedert werden, KlientInnen sollen an Assessment, Betreuungsplanung und Interventionen beteiligt werden und BewährungshelferInnen sich um Kooperation und informierte Zustimmung zu den angewandten Maßnahmen durch ihre KlientInnen bemühen. Die Zusammenarbeit mit anderen Hilfeanbietern, wenn das zur Unterstützung der Hilfen für Straffällige sinnvoll ist und das Schaffen von Zugängen für Straffällige in nicht-justizielle Hilfeangebote, was z.B. die Suchthilfe betreffen kann, wird als weiterer Teil inhaltlicher Arbeit betrachtet. Spezielle Empfehlungen für die Betreuung suchtbetroffener Straffälliger finden sich in den Qualitätsstandards der Bundesländer und in den Probation Rules nicht.

3.3.2 Aufgaben und Handlungsmöglichkeiten in der Praxis

Hauptziel der Betreuung durch die Bewährungshilfe ist, daß die betreuten KlientInnen lernen, aus eigenem Willen und eigener Anstrengung straffrei zu leben. Dafür sollten sie sich in Baden-Württemberg im Rahmen eines strukturierten Programms zur Deliktaufarbeitung auf verhaltenstherapeutischer Grundlage mit der Straftat, deren Vorgeschichte, Rahmenbedingungen, eigenen Zielen und Interessen, der eigenen Verantwortung und dem eigenen Verhalten, den Folgen für sich selbst, ihre Opfer und andere Beteiligte und alternativen Handlungsmöglichkeiten auseinandersetzen. Daraus werden mögliche Risikosituationen für neue Straftaten, ihre Erkennungszeichen und konkrete Handlungsalternativen erarbeitet, damit KlientInnen möglichst frühzeitig aus Verhaltensspiralen, an deren Ende sie Straftaten begehen, aussteigen können und lernen, das auch tatsächlich zu tun.

Zusätzlich werden Schwierigkeiten im Alltag, wie Schulden, Arbeitslosigkeit, Suchtprobleme, fehlende stützende Beziehungen u.ä. so bearbeitet, daß sich die Lebenssituation der KlientInnen möglichst stabilisiert und verbessert – das senkt in der Regel die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Risikosituationen und motiviert zum Erhalt der erreichten Verbesserungen, z.B. durch die Vermeidung von Straftaten.

Da Bewährungshilfe im strafrichterlichen Auftrag stattfindet und das Ziel hat, die Gesellschaft und mögliche Opfer vor künftigen Straftaten zu schützen, beinhaltet die praktische Arbeit auch die Kontrolle der Lebensumstände und der Einhaltung von Auflagen und Weisungen durch die KlientInnen und entsprechende Berichte an die zuständigen Gerichte, die für KlientInnen sowohl positive wie negative Konsequenzen durch das Gericht haben können. Die Zusammenarbeit mit der Bewährungshilfe ist für KlientInnen nicht freiwillig und ihre Verweigerung kann ebenfalls negative Folgen haben; im Umkehrschluss bedeutet das auch, daß Ratsuchende, die sich von sich aus

z.B. im Vorfeld einer Gerichtsverhandlung an die Bewährungshilfe wenden (was selten, aber immerhin vorkommt), aufgrund des fehlenden Auftrags überwiegend abgewiesen werden und dadurch ein erster tragfähiger Anknüpfungspunkt für eine erfolgreiche Betreuung verloren geht.

Die „Aufhebung der Unterstellung unter die Bewährungshilfe“ können KlientInnen jedoch erreichen, indem sie zeigen, daß sie ihre Lebensumstände (z.B. auch eine Suchterkrankung oder einen problematischen Suchtmittelkonsum) stabilisiert haben und aus eigener Kraft straffrei bleiben können.

In der Praxis umfasst die Arbeit in der Bewährungshilfe neben Anamnese und Zielklärung, Vernetzung mit anderen Hilfeleistern wie Suchtberatungsstellen oder anderen geeigneten Angeboten und der Vermittlung zwischen StrafrichterInnen und KlientInnen bei schwierigen Betreuungsverläufen zu einem großen Teil die Motivation der KlientInnen zur Auseinandersetzung mit der Straffälligkeit und zum Aufbau eines tatsächlich straffreien Lebens sowie zur Bewältigung von Problemen, die damit im Zusammenhang stehen.

3.4 Veränderungsmotivation in Zwangskontexten

Erscheinen KlientInnen zu zwangsweise angeordneten Kontakten in Bewährungs- und Suchthilfe, zeigen sie damit zumindest die Motivation zur formalen Einhaltung der auferlegten Intervention. Die Motivation zu einer tatsächlichen Veränderung von Einstellung oder Verhalten kann dagegen nicht erzwungen oder auferlegt werden, sie so gut als möglich aufzubauen und zu sinnvollen Veränderungen anzuregen ist daher die besondere Arbeit der Fachkräfte in diesen Bereichen.

3.4.1 *Motivation und Motivationsförderung in Zwangskontexten*

Was im sozialpädagogischen Kontext üblicherweise im Gesamten als Motivation bezeichnet wird, setzt sich aus psychologischer Sicht (www.Psychologie.Uni-Heidelberg.de 2016) aus mehreren Aspekten zusammen: Zum ersten aus Motiven als für Außenstehende nicht direkt beobachtbaren überdauernden Handlungsbereitschaften oder Wertvorstellungen, z.B. Leistung, Macht oder Anschluss, deren Klärung, beispielsweise im Motivational Interviewing, eine sinnvolle Veränderung anstoßen kann (Miller und Rollnick 2015). Motivation als aktueller Prozess entsteht dann, wenn diese Motive in einer konkreten Situation aktiviert werden und dadurch die Ausrichtung auf eine Handlung, d.h. die Entscheidung für ein bestimmtes Ziel (und damit meist gegen ein anderes) entsteht, und zwar aus dem diesem Ziel beigemessenen Wert und der erwarteten Wahrscheinlichkeit der Umsetzung, also der Selbstwirksamkeitserwartung (Kähler und Zobrist 2013). Motivation kann extrinsisch, von außen oder durch inneren Druck erzeugt wie die Motivation zur Kontakthaltung, oder intrinsisch, selbstgewählt, wie beispielsweise bei der Auseinandersetzung mit der Entstehung des eigenen Suchtverhaltens oder der eigenen Straffälligkeit aus innerem Interesse, sein. Eine tatsächliche Handlung folgt aus dem Prozess der Volition, also der konkreten Planung und Umsetzung der Handlung, der durch bewusste „wenn-dann-Pläne“ unterstützt werden kann (Oertig 2012).

Grawe (Grawe 2004) geht von vier neurophysiologisch determinierten universellen menschlichen Grundbedürfnissen (nach Orientierung und Kontrolle, Selbstwertschutz und -erhöhung, Bindung sowie Lustgewinn und Unlustvermeidung) aus, die für das Erleben psychischen Wohlbefindens kontinuierlich befriedigt werden müssen. Menschen streben nach innerpsychischem Ausgleich, wenn einzelne Grundbedürfnisse verletzt werden, in Zwangskontexten z.B. häufig die Bedürfnisse nach Kontrolle, Selbstwertschutz und Unlustvermeidung (Mayer 2009b). Zum Ausgleich dieser Bedürfnisverletzungen werden individuell unterschiedliche, lern- und sozialisationsge-

schichtlich erworbene, motivationale Schemata und psychische Pläne (etwa „erlange Kontrolle“, „zeige, daß du respektabel bist“) aktiviert, die zu bestimmtem Verhalten führen, wie aggressivem Auftreten, „Vergessen“ von Terminen oder der Forderung nach „Schuldensanierung“ durch die Bewährungshilfe auf Kosten heiklerer Themen. Die Identifizierung und angemessene Befriedigung der jeweiligen Grundbedürfnisse, die hinter problematischem Verhalten im Zwangskontakt stehen, kann die Motivation von KlientInnen zur Mitarbeit erhöhen sowie die für Vermeidungsverhalten aufgewendete Energie in Richtung von sinnvollen Annäherungszielen und konstruktiver Problembewältigung (Kähler und Zobrist 2013) lenken.

3.4.2 Die Wirkung von Druck und Anreizen

Sowohl eine Handlung selbst, deren Ergebnisse oder längerfristigen Folgen können Druck- oder Anreizfunktionen entfalten (Kähler und Zobrist 2013; s. auch Punkt 3.2.3 in diesem Kapitel). Die Wirkung dieser „Push“- und „Pull“-Faktoren ist abhängig von ihrer subjektiven Bewertung, einer Kosten-und-Nutzen-Rechnung aufgrund von Lernerfahrungen im Zusammenwirken von persönlichem Erleben und Reaktionen im sozialen Umfeld, können also meist nicht direkt gesteuert werden. Druck und Anreize aus dem sozialen Umfeld können zu einem „verdeckten“ Zwangskontakt führen, dadurch die Betreuung stark beeinflussen und sollten daher erfragt werden.

3.4.3 Widerstand und Reaktanz

Sowohl die Konfrontation mit Zwang als auch mit der damit verbundenen Forderung nach fremdbestimmter Veränderung löst üblicherweise mehr oder weniger offene, passive oder aktive Gegenwehr aus; dabei handelt es sich nicht um eine Besonderheit bei KlientInnen in Zwangskontexten sozialer oder therapeutischer Arbeit, sondern um allgemein menschliches Erleben und Verhalten (auch der

Professionellen in der sozialen Arbeit) bei Einschränkungen der persönlichen Handlungs- oder Entscheidungsfreiheit sowie als Ausdruck der Ambivalenz in wichtigen Veränderungsprozessen (Kähler und Zobrist 2013, Rooney 2009).

Miller und Rollnick (Miller und Rollnick 2015) gehen davon aus, daß bei KlientInnen, die von vornherein Ärger und starke Abwehr zeigen, Motivational Interviewing (MI, s. aber auch Punkt 1.6.1.3 im Kapitel Kriminalität) als kooperative Gesprächsmethode zur Stärkung von Veränderungsbereitschaft einen besonders effektiven Ansatz darstellt. Sie bieten mit der Weiterentwicklung ihres ursprünglichen Widerstandsbegriffs eine zielorientierte Umdeutung solchen KlientInnenverhaltens und damit hilfreicher, das heißt veränderungsfördernder Reaktionen darauf an. Dabei wird davon ausgegangen, daß sich Widerstandsverhalten aus zwei Komponenten zusammensetzt, nämlich der verbalen Verteidigung des Status Quo durch KlientInnen als einer der beiden Pole von natürlicher Ambivalenz im Veränderungsprozess und der Wahrnehmung von Dissonanz als Hinweis auf einen den Veränderungsprozess gefährdende Disharmonie im Arbeitsbündnis, die in jeder Phase der Betreuung auftreten kann und für deren Auflösung die betreuenden MitarbeiterInnen verantwortlich sind, wobei solche Spannungen als normales Phänomen in professionell begleiteten Veränderungsprozessen aufgefasst werden.

Das Konzept der Reaktanz (Dickenberger 2016, Kähler und Zobrist 2013, Rooney 2009) beschreibt die Motivation, von außen bedrohte Handlungs- und Entscheidungsfreiheit wiederherzustellen, umso stärker, je wichtiger die bedrohte Freiheit bewertet und je größer das Ausmaß und das Gewicht der Einschränkung wahrgenommen wird. Reaktanz kann sich in direktem Widersetzen zeigen, aber auch in der Suche nach Schlupflöchern bei vordergründigem „Mitspielen“, im Aufstacheln anderer zu oder Beobachten anderer bei Widerstandshandlungen, in Feindseligkeit oder Aggression gegenüber denjenigen, die als Ursache der Einschränkungen gesehen werden sowie in der Zuschreibung von stärkerer Attraktivität des Verbotenen und her-

abgesetzter Attraktivität der gebotenen Alternative, umso mehr, je weniger Wahlmöglichkeiten insgesamt noch bestehen.

Reaktanz mindernde Strategien von Fachkräften demgegenüber bestehen in der direkten Hilfe zur Wiederherstellung von Wahlfreiheit, z.B. durch Verträge zur Zusammenarbeit oder das Aufzeigen der verbliebenen Wahlmöglichkeiten, in der Betonung der weiterbestehenden allgemeinen Freiheit mit einer Einschränkung in einem umschriebenen Bereich oder darin, die Lebensumstände, nicht aber die Person für das Verhalten, das zur Zwangsbetreuung geführt hat, verantwortlich zu machen. Ebenso können mehrere angemessene Alternativen zur Auswahl gestellt oder die Beschränkung auf ein zu veränderndes Verhalten ohne globale Anforderungen bezogen werden, indem z.B. konkrete Verhaltensziele formuliert werden.

3.5 Handlungsvorschläge für die Betreuung von KlientInnen in Zwangskontexten

Handlungsvorschläge für die Betreuung von Zwangsklientel lassen sich im Umfeld von Bewährungs- und Suchthilfe auf der Grundlage verschiedener, auf den Zwangskontext übertragener, Wirkfaktoren in Psychotherapie und Beratung und von speziellen Forschungsergebnissen in diesen Bereichen finden. Für Bewährungs- und Suchthilfe spezifische Vorschläge mit praktischer Relevanz stelle ich in diesem Kapitel zusammen.

3.5.1 Prinzipien der Beziehungsgestaltung

Mayer (Mayer 2009b) hat aus der vorhandenen Literatur zur Gestaltung von Beziehungen überwiegend in freiwillig aufgesuchter Beratung und Betreuung und der therapeutischen Allianz in freiwilligen therapeutischen Kontakten im Vergleich der Voraussetzungen in freiwilligen und Zwangskontexten acht umfassende Prinzipien der

Beziehungsgestaltung für die Arbeit mit ZwangsklientInnen abgeleitet, mit deren Hilfe trotz des verpflichtenden Kontakts und der Kontrollaufgaben der MitarbeiterInnen in vielen Fällen eine funktionierende Arbeitsbeziehung herzustellen sein sollte.

Das Prinzip der Transparenz umfasst dabei die umfassende und fortlaufende Information der KlientInnen über Aufgaben, Rollen, Methoden, Ziele, Rahmenbedingungen und Regeln sowie die Eindeutigkeit und Klarheit bezüglich der Motive und Ziele der jeweiligen Intervention. Das Prinzip der Überprüfbarkeit beinhaltet die exakte Einhaltung aller Ankündigungen durch die Fachkräfte bzw. eine sofortige Information und Begründung bei Abweichungen; die KlientInnen werden jeweils zur Überprüfung dieser Regel aufgefordert.

Die ausdrückliche Akzeptanz von Widerstandsverhalten zeigt sich in einem gelassenen Umgang damit, der Äußerung von Verständnis und der Erklärung über die Normalität solcher Reaktionen. Die Grenzen der eigenen Sanktionsmacht werden klar abgesteckt und KlientInnen haben das Recht, sich gerade so eben „nach Vorschrift“, aber ebenso auch tiefgehend auf die Betreuung einzulassen und davon zu profitieren. Das Prinzip der freundlichen Hartnäckigkeit besagt, daß der Auftrag zur Betreuung dennoch zugewandt und unbeirrt weitergeführt und ein Beziehungs- und Kooperationsangebot aufrechterhalten wird.

Ein weiteres, in der Betreuung von Straffälligen wichtiges Prinzip (s. auch Punkt 1.6.1 im Kapitel Kriminalität in dieser Arbeit) ist die Verwendung von strukturierten Interventionen sowie die ausdrückliche Zuweisung von nicht zu verweigernder Verantwortung (z.B. für Tatfolgen der Opfer) an die KlientInnen. Problemeinsicht soll mit durch gezielte Fragen geleitetem Entdecken gefördert werden, um eine stärkere Bindung an Veränderungsziele zu ermöglichen.

Wichtiges letztes Prinzip ist die komplementär zu den sich im konkreten Verhalten äußernden übergeordneten Grundbedürfnissen (Grawe 2004) der KlientInnen (s. auch die Punkte 2.4.1 im Kapitel Sucht

und 3.4.1 in diesem Kapitel) gestaltete Betreuungsbeziehung, die die durch angemessene Befriedigung der allgemeinen menschlichen Bedürfnisse nach Kontrolle, Selbstwert, Unlustvermeidung und Bindung Problemverhalten im Kontakt, mit dem die jeweils aktuellen Bedürfnisse auf inadäquate Weise erreicht werden sollen, unnötig macht.

3.5.2 Ein Betreuungsmodell auf der Grundlage der Wirksamkeitsforschung

Ein ebenfalls theorieintegrierendes Modell der zielorientierten Arbeit mit ZwangsklientInnen schlägt Trotter (Trotter 2001, 2009 und 2010) auf der Grundlage eigener Forschung in Bewährungshilfe und Kinderschutz in Australien sowie einem Literaturüberblick über die Wirksamkeitsforschung mit Augenmerk auf die Einzelbetreuung in der Bewährungshilfe vor, das in einigen Teilen den zuvor beschriebenen Prinzipien der Beziehungsgestaltung in Zwangskontexten ähnelt, jedoch stärker auf die praktische sozialpädagogische Betreuung in diesem Arbeitsfeld bezogen ist. Gemäß den Forschungsergebnissen von Trotter hat sich dessen Anwendung am effektivsten bezüglich der Wiederinhaftierungsraten bei jungen, gewalttätigen und drogenkonsumierenden Straffälligen mit hohem Rückfallrisiko in erneute Straffälligkeit erwiesen. Chadwick und andere (Chadwick et al. 2015) haben in einer Metanalyse angloamerikanischer Studien zur Effektivität von Trainingsprogrammen für BewährungshelferInnen eine um etwa 13% geringere Wiederinhaftierungsrate gegenüber nicht speziell geschulten Kontrollgruppen gefunden, wenn diese in der Anwendung des Modells von Trotter geschult waren.

Trotters Vorschlag beschreibt vier Aspekte der Betreuungsarbeit im Zwangskontext. Unter der Rollenklärung wird über die gesamte Betreuungszeit hinweg die regelmäßige Besprechung mit den KlientInnen der Maßnahme, des doppelten Mandats aus Hilfe und Kontrolle, des Einsatzes von Sanktionen, der gesetzten und der verhandelba-

ren Betreuungsinhalte und der Bedingungen der Weitergabe von Informationen an Dritte verstanden, wobei den KlientInnen konkrete Verhaltenserwartungen an sie, z.B. bei der Termineinhaltung, und mögliche Konsequenzen bei Versäumnissen genau erklärt und deren Verständnis abgefragt werden soll. Eine solch umfassende Besprechung soll nicht nur den Arbeitsauftrag der Fachkräfte transparent machen, sondern auch KlientInnen die praktische Umsetzung ihrer eigenen Rolle erleichtern.

Der nächste Aspekt beruht auf in der Arbeit mit Straffälligen effektiven Grundsätzen des Modell- und Verstärkungslernens, das nach Trotters Ergebnissen Verhaltensänderungen auch nach dem Ende einer Bewährungszeit aufrechterhält. Dabei stellen sich Fachkräfte als Modelle für prosoziales Verhalten bezüglich der konkreten Schwierigkeiten ihrer KlientInnen (z.B. beim Umgang mit Ärger) zur Verfügung und beschreiben mögliches alternatives Verhalten. Angemessenes, prosoziales Verhalten, z.B. pünktliches Erscheinen zu Terminen oder Äußerungen zur Verantwortungsübernahme für eine Straftat sollen erkannt, bestärkt und (meist verbal) belohnt werden, antisoziale, prokriminelle Äußerungen und Verhaltensweisen oder Abwehrstrategien dagegen sofort und deutlich missbilligt, wobei gegenüber einer konfrontierenden Reaktion möglichst vier lobende für anderes, positives Verhalten gefunden werden sollten. Belohnungen für prosoziale Verhaltensänderungen können neben verbalem Lob auch eine im Lauf der Zeit verringerte Kontaktfrequenz oder weitere praktische Hilfeleistungen sein, diese müssen jedoch deutlich als Belohnungen benannt werden, wenn sie als solche wirken sollen.

Weiterer wichtiger Aspekt der Betreuungsarbeit im vorgestellten Modell ist die Lösung konkreter Probleme ähnlich der unter Punkt 2.4.1 im Kapitel Sucht in dieser Arbeit angedeuteten psychotherapeutischen Problemlösemodelle, bei der gemeinsam mit den betreuten KlientInnen in mehreren Schritten (Probleme erfassen, ordnen, auswählen und untersuchen, Ziele setzen, Vereinbarungen treffen und Lösungsstrategien erarbeiten sowie den Erfolg fortlaufend überprü-

fen) umgesetzt wird. In Zwangskontexten hat dabei eine evt. notwendige Krisenintervention mit entsprechenden Zwangsmaßnahmen Vorrang, sollte aber von der Lösung eines von den KlientInnen benannten praktischen Problems mit guter Erfolgsaussicht gefolgt werden. Nach einem ersten Erfolg sollte auch zur Bearbeitung z.B. bewährungsrelevanter Probleme ermutigt werden.

Vierter Aspekt Trotter gemäß ist das eine positive Arbeitsbeziehung stärke Verhalten der Fachkräfte wie offene und ehrliche Rückmeldungen, Empathie und die Fähigkeit, Gefühle der KlientInnen angemessen zu verbalisieren, Veränderungsoptimismus, das Vermeiden von Vorwürfen, aber auch von Rationalisierungen oder Verharmlosen von Problemen, angemessener Humor sowie die Bereitschaft zur dosierten Preisgabe persönlicher Informationen.

Weitere positive Wirkfaktoren sind nach Trotter die Verwendung strukturierter Lernprogramme und multimodaler Zugänge, im Rahmen der Bewährungsbetreuung auch die Beachtung die unter Punkt 1.6.1.2 im Kapitel Kriminalität beschriebenen Risiko- und Bedarfsfaktoren, also die Konzentration der Hilfen auf KlientInnen mit mittlerem bis hohem Risiko und entsprechenden kriminogenen Bedarfen.

3.5.3 Die praktische Unterstützung von Desistance-Prozessen

Aus einer umfangreichen Literaturanalyse zur Qualität der Bewährungshilfe im europäischen und internationalen Vergleich aus dem Blickwinkel von Desistance-Prozessen unter besonderer Berücksichtigung der Bedeutung struktureller Rahmenbedingungen (s. die Punkte 1.5 und 1.5.3 im Kapitel Kriminalität) haben Shapland und andere (Shapland et al. 2012) ebenfalls praktische Vorschläge zur Betreuung speziell von KlientInnen in der Bewährungshilfe abgeleitet. Als besonders kritisch wurde die Übergangsphase aus Haft in Freiheit berücksichtigt.

Qualitätsmerkmale der Bewährungsbetreuung, die sowohl von KlientInnen als auch von BewährungshelferInnen benannt wurden, waren der Aufbau von Betreuungsbeziehungen, die die Sorge um die Person der KlientInnen, ihre Straffreiheit und ihre Zukunft im Gegensatz zu ausschließlicher Kontrolle verdeutlichen. KlientInnen sollten zur Straffreiheit durch die aufmerksame Suche nach Bedarfen und Zielen sowie die Besprechung und Lösung von Problemen ermutigt werden. BewährungshelferInnen sollten Kenntnisse über das Auftreten von Desistance-Prozessen und über den Umgang mit Rückfällen haben und wichtige praktische Hindernisse auf dem Weg zur Straffreiheit beachten, zu deren Überwindung KlientInnen in andere regional vorhandene Hilfeangebote vermittelt werden sollten, was ebenfalls entsprechende Kenntnisse der BewährungshelferInnen voraussetzt. Im Gemeinwesen benötigen KlientInnen auch auf ihre Fähigkeiten und Bedürfnisse zugeschnittene Fürsprache von BewährungshelferInnen.

Typische Schwierigkeiten, auf die Straffällige und besonders auch Haftentlassene stoßen und die Desistance-Prozesse stark behindern können sind demgemäß Probleme bei Wohnungssuche und durch ein kriminogenes Wohnumfeld, Probleme im Bereich Arbeitssuche und -erhalt, Ausbildung und Qualifizierung und beim (Wieder-)Aufbau von sozialer Unterstützung und prosozialer Bindungen in Familie und Gemeinwesen. Alle drei dieser typischen Problembereiche erfordern von den betreuenden BewährungshelferInnen sowohl umfassende Kenntnisse verfügbarer Ressourcen und Hilfen im lokalen Umfeld sowie eine gute Vernetzung mit anderen Hilfeanbietern als auch die Kompetenz, mit KlientInnen fehlende Fähigkeiten zur Problemlösung im jeweiligen Bereich aufzubauen, kleine Ziele zu planen und sie beständig zu ermutigen.

3.5.4 *Ein Vorschlag zur Arbeit mit ZwangsklientInnen in regulären Suchthilfeangeboten*

In Suchtberatungsstellen, Therapieeinrichtungen oder Substitutionspraxen werden regelmäßig KlientInnen aufgenommen, die aufgrund einer formalen Anordnung, z.B. durch Jugendämter, Jobcenter oder eben StrafrichterInnen, dort erscheinen. Barber (Barber 2009) schlägt zur Betreuung dieser Klientel die gemeinsame Vereinbarung der Fallarbeit in sechs Schritten vor, die diesem Zwangskontext Rechnung tragen und eine konstruktive Zusammenarbeit mit Abhängigen, die nach Barber häufig eine hohe Kriminalitätsbelastung haben und häufig sinnvolle Behandlung verweigern, ermöglichen soll.

Im ersten Schritt geht es dabei darum, durch eine offene Besprechung der Zwangsmaßnahme im Hintergrund und des formalen Beschlusses den „Nebel“ aus Druck und Misstrauen zu „lichten“ und als SuchtberaterIn eine mediatorische Position zwischen KlientIn und AuftraggeberIn einzunehmen, was etwa auch systemischen und lösungsorientierten Ansätzen außerhalb von Zwangskontexten entspricht. Daraufhin sollen berechnete Interessen der KlientInnen, z.B. nicht als Junkie abgestempelt zu werden, gefunden und in den Behandlungsplan aufgenommen werden. Verhandelbare Aspekte im Behandlungsplan und potentiell verhandelbare Aspekte der jeweiligen verordneten Intervention sollen ebenfalls definiert und eine Fallplanung ausgearbeitet werden. In einem letzten Schritt sollte ein Einverständnis mit den KlientInnen über die Methoden des auftragsgemäßen Überwachungsprozesses erzielt und festgehalten werden, z.B. wann genau die verordnete Intervention erfolgreich war, welches Ausmaß an und welche Veränderungen überhaupt mindestens notwendig sind und was bei Terminversäumnissen geschieht.

3.5.5 *Handlungsvorschläge auf der Grundlage bisheriger methodischer Entwicklungen in Zwangskontexten*

Zobrist (Zobrist 2012) hat bisherige methodische Entwicklungen für die Arbeit mit unfreiwilligen KlientInnen zusammengefasst und aus der dazu vorhandenen Literatur zehn Basisstrategien entwickelt, deren Wirksamkeit in dieser Zusammenstellung jedoch ausdrücklich noch weitere Forschung bedarf. Unter anderem die Ergebnisse und Schlüsse von Mayer (s. Punkt 3.5.1) und Trotter (Punkt 3.5.2) sind in diese Strategien mit eingeflossen, ebenso allgemeine Grundlagen wie die Lerntheorien und Selbstmanagement-Grundlagen nach Kanfer (Kanfer et al. 2012, s. Punkt 2.4.1 im Kapitel Sucht), das Konzept der Stadien der Veränderung nach Prochaska und DiClemente (Kähler und Zobrist 2013) und das der Grundbedürfnisse und der psychotherapeutischen Wirkfaktoren nach Grawe (Grawe 2004).

Erste der Basisstrategien ist folgerichtig daher die Beachtung einer den Veränderungsstadien gerechten Intervention, zweite die Orientierung der Intervention an den aktivierten Grundbedürfnissen und die motivorientierte Beziehungsgestaltung. Ein strukturiertes, transparentes, partizipierendes und befähigendes Vorgehen, die Auftrags- und Rollen- sowie die Beziehungsklarheit und die Ressourcenaktivierung sind weitere erfolgversprechende, also unfreiwillige KlientInnen zur Mitarbeit befähigende und anregende Strategien. Dazu kommen die Förderung von Problemeinsicht und die Erarbeitung von für die KlientInnen individuell bedeutsamer und realistischer Annäherungsziele und deren konkrete Beschreibung nach der SMART- („spezifisch – messbar – attraktiv – relevant – terminiert“)-Regel. Die Beachtung der Lernprinzipien wird ebenfalls als wichtige Basisstrategie benannt und darauf hingewiesen, daß in Bezug auf komplexe Verhaltensänderungen eine initiale Fremdbestimmung hilfreich sein kann. Der offene Umgang mit dem diesen Veränderungsprozessen immanenten Widerstand, seine Bearbeitung und die Wiederherstellung größtmöglicher Autonomie ist folglich die letzte, aber ebenso wichtige der vorgeschlagenen Strategien.

3.5.6 Resümee

Überblickt man die in diesem Unterkapitel vorgestellten methodischen Vorschläge zur Betreuung von ZwangsklientInnen, finden sich trotz aller Unterschiede in Herangehensweise und Darstellung einige Gemeinsamkeiten, die für deren Betreuung in Bewährungs- und Suchthilfe zentral zu sein scheinen:

- Sehr bedeutsam ist zunächst die Herstellung und Beibehaltung von Transparenz, Rollenklarheit, Überprüfbarkeit und die Feststellung von gegenseitigen Erwartungen, des doppelten Mandats und der Grenzen der eigenen Befugnisse.
- Weiterer zentraler Inhalt sind Akzeptanz von und Umgang mit Widerstand und Reaktanz als normalem Verhalten in einer solchen Situation sowie die Beachtung der vorliegenden Veränderungsmotivation und die Wiederherstellung von Autonomie.
- Wichtig für den Veränderungsprozess sind die Anwendung strukturierter Interventionen auf lerntheoretischer Basis, die Feststellung von (Annäherungs-)Zielen und Bedarfen, die Hilfe zur Problemlösung, praktische Hilfen sowie das Erschließen von praktischen Ressourcen im Alltag.
- Ein die Arbeitsbeziehung stärkendes Verhalten der Fachkräfte, etwa das Verbalisieren von Gefühlen der KlientInnen oder die Bezugnahme auf ihre aktuellen Grundbedürfnisse, bildet den Hintergrund für positiv erlebte Interventionen, multimodale Zugänge und Methodenvielfalt sowie die Risikoorientierung zielen auf bestmögliche Effekte der Zwangsbetreuung.

3.6 Zusammenfassung

In diesem Kapitel habe ich gezeigt, daß Zwangskontakte in Bewährungs- und Suchthilfe einem Kontinuum von freiwilligen und zwangsweisen Anteilen in unterschiedlicher Zusammensetzung zwischen

beiden Polen folgen und der Aufbau von grundsätzlich nicht erzwingbarer Veränderungsmotivation in diesen Zusammenhängen einen hohen fachlichen Anspruch an die MitarbeiterInnen in beiden Fachbereichen stellt. Es existieren mehrere ausgearbeitete Handlungsvorschläge für die Betreuung von ZwangsklientInnen in Bewährungs- und Suchthilfe, die diesen Anforderungen Rechnung tragen und zusammengeführt werden können.

4 Fazit

4.1 Beantwortung der ersten Fragestellung und Zusammenfassung der Hypothesenprüfung

Zur ersten in der Einleitung genannten Forschungsfrage - *Welche Erklärungsmodelle werden in der Literatur zur Entstehung und Bewältigung von Suchtverhalten und von kriminellen Verhalten sowie zur sozialpädagogischen Arbeit in Zwangskontexten beschrieben?* – läßt sich zusammenfassen, daß die in dieser Arbeit vorgestellten und aktuell in Bewährungs- und Suchthilfe verwendeten Erklärungsmodelle von der Entstehung sowohl von kriminellen als auch von Suchtverhalten aus einem bio-psycho-sozialen Blickwinkel mit je nach Modell stark unterschiedlicher Gewichtung ausgehen, so wie auch biologische, psychologische und soziale Ursachen bei allen Betroffenen jeweils unterschiedlich stark ausgeprägt sind. Entstehung und Bewältigung von problematischem Verhalten kann beispielsweise in beiden Bereichen aus medizinisch-psychiatrischer und neurophysiologischer, lern- und kognitionspsychologischer Sicht und aus dem Blickwinkel von Teilhabemöglichkeiten und Chancengleichheit betrachtet werden, was zeigt, daß sich menschliches Verhalten bezüglich einer Sucht- und einer kriminellen Entwicklung nicht grundlegend unterscheidet. Das Erleben und Ausüben von Zwang ist in beiden Fachbereichen gleichermaßen alltäglich, Zwang und Freiwilligkeit sind außerdem in beiden Fachbereichen häufig nebeneinander zu finden – Druck und Zwang also keineswegs auf die Bewährungshilfe und Freiwilligkeit nicht auf die Suchthilfe beschränkt. Es gibt einige Hinweise aus der Forschung, daß nicht die Tatsache der Unfreiwilligkeit über den Erfolg einer Zwangsmaßnahme entscheidet, sondern die Beachtung einiger Prinzipien (wie die Anwendung lerntheoretischer und kognitiv fundierter Programme und die Erfassung von Risiko, Bedarf und Responsivität) sowie die Professionalität der Gestaltung der Betreuungsbeziehung im Zwangskontext, wobei dafür Handlungsvorschläge und bezüglich der Bewährungshilfe auch ein

evaluiertes und bezüglich künftiger Straffreiheit wirkungsvolles (Trotter 2001) Programm vorliegen.

Davon ausgehend scheint es keine Gründe zu geben, Straffällige aus regulären Suchthilfeangeboten auszugrenzen, auch wenn deren Motivation zunächst „nur“ die Vermeidung einer schärferen Sanktion ist – Suchthilfe für Straffällige ist ebenso effektiv wie Suchthilfe für freiwillig Hilfesuchende und senkt darüber hinaus auch deren Straffälligkeit, stärkt also die allgemeine Sicherheit im Gemeinwesen.

Die aus der Fragestellung abgeleiteten Hypothesen lassen sich daher wie folgt beantworten:

Sowohl Suchtmittelkonsum als auch delinquentes Verhalten weisen bei Entstehung und Verlauf Gemeinsamkeiten und Unterschiede auf, die sich gegenseitig beeinflussen. – Wie oben schon benannt, bestehen Gemeinsamkeiten in beiden Verhaltensbereichen darin, dass das jeweilige Verhalten gelernt ist, also auch alternatives Verhalten gelernt und etabliert werden kann und dadurch Problemverhalten nicht determiniert, sondern in Bewährungsbetreuung und Suchthilfe gut beeinflussbar ist. Daß KlientInnen für eine Verhaltensänderung jeweils lohnende Ziele benötigen und damit allgemein menschliche Bedürfnisse zeigen, ist eine weitere Gemeinsamkeit, darüber hinaus auch, daß beide Verhaltensweisen, obwohl weit verbreitet, mit einer negativen Wertung in der Gesellschaft versehen sind, die diese Veränderungschance oft verneint und Betroffene von gesellschaftlicher Teilhabe ausschließt; dadurch wird eine tatsächliche Veränderung zusätzlich erschwert.

Zum gegenseitigen Einfluss von Suchtverhalten und Kriminalität hat sich gezeigt, daß Suchtverhalten in einigen Fällen Kriminalität bedingt und vorhandene Kriminalität verstärkt; kriminelle Subgruppen eröffnen beispielsweise Zugänge zu illegalen Drogen und verstärken durch Zugehörigkeit und soziale Anerkennung neben dem kriminellen auch Suchtverhalten. In der Bewährungsbetreuung ist das jeweilige Rückfallrisiko in Straftaten ausschlaggebend für die Intensität der

Betreuung, eine Suchtproblematik bestimmt in der Regel die Wahl der geeigneten Maßnahmen. Zu beachten ist außerdem, daß bei einer kleinen Gruppe der KlientInnen in der Bewährungshilfe Sucht- und kriminelles Verhalten offensichtlich auf eine gemeinsame, stärker biologisch determinierte, krankheitswertige Ursache zurückgeht, die sich durch negative Umwelteinflüsse weiter verstärkt und zu sehr hohem Risiko bezüglich Sucht- und kriminellem Verhalten führt. Diese Gruppe benötigt eine intensive Betreuung und eine ausreichende psychiatrische und suchtmmedizinische Behandlung, aufgrund der Merkmale dieses Personenkreises benötigen BehandlerInnen häufig Unterstützung im Umgang mit diesen KlientInnen.

Unterschiede in Entstehung und Bewältigung von Sucht- und kriminellem Verhalten können sich aus der physiologischen Wirkung von Suchtmitteln im Gehirn ergeben, die ein höheres Risiko der Chronifizierung von Suchtverhalten bedingen kann, mit der auch eine Chronifizierung der Straffälligkeit einhergeht. Kriminalität kann bei diesem Personenkreis gesenkt werden, wenn eine Zuweisung in adäquate Betreuungs-, oft Wohneinrichtungen gelingt. Zu beachten ist allerdings, daß pathologisches Glücksspielverhalten beispielhaft ähnliche neurophysiologische Veränderungen bewirkt wie substanzgebundene Sucht.

Die Beantwortung der zweiten Hypothese - *suchtmittelkonsumierende Straffällige können durch die Bewährungshilfe besser betreut werden (d.h.: erreichen nachhaltiger Straffreiheit), wenn sowohl der Suchtmittelkonsum als auch die Straffälligkeit bearbeitet werden* – ergibt sich aus dem oben gesagten: Die Behandlung von Suchtproblemen reduziert Straffälligkeit nachweislich und Alternativen in beiden Verhaltensbereichen können neu gelernt werden. Dazu kommt, daß in Verhaltensanalysen der spezifische Einfluss von Suchtmittelkonsum auf Straftaten und umgekehrt analysiert werden und dadurch Verhaltensalternativen, die beide Problembereiche betreffen, entwickelt werden können, sowie die spezifische Rückfallgefährdung untersucht und bearbeitet werden kann. Die Bearbeitung beider Prob-

lembereiche in der Bewährungsbetreuung leistet also einen wirkungsvolleren Beitrag zur Straffreiheit.

Die letzte Hypothese - *der Zwangskontext in der Bewährungshilfe kann, wenn er entsprechend gestaltet wird, eine positive Funktion beim Aufbau von Straffreiheit bei suchtmittelkonsumierenden Straffälligen erfüllen* – hat sich in dieser Arbeit ebenfalls bestätigt. Entscheidend für den positiven Effekt von Zwangskontexten sowohl in Sucht- als auch in Bewährungshilfe ist deren professionelle Handhabung und die Anwendung der unter Punkt 3.5.6 zusammengefassten in einigen Zusammenhängen empirisch geprüften Handlungsvorschläge; in vielen Fällen finden Straffällige erst durch entsprechenden Druck in Suchthilfeangeboten, mit deren Unterstützung sie sich langfristig aus kriminellen Subkulturen lösen und ein regelkonformes, zufriedenstellendes Leben aufbauen können.

4.2 Beantwortung der zweiten Fragestellung: Mögliche Leitlinien für die Betreuung suchtbetroffener KlientInnen in der Bewährungshilfe

Welche Leitlinien können daraus für die praktische Bewährungshilfe mit KlientInnen, deren Suchtmittelkonsum bzw. deren Suchterkrankung im Zusammenhang mit ihrer Straffälligkeit steht, abgeleitet werden?

Leitlinien im psychotherapeutischen und medizinischen Bereich stellen - verkürzt dargestellt - wissenschaftlich begründete und praxisorientierte Empfehlungen für eine gute Behandlung dar und ermöglichen eine Überprüfung und Verbesserung der Versorgungsqualität. In der Bewährungsbetreuung sollte eine gute Behandlung zu dem Ergebnis führen, daß KlientInnen aus eigener Kraft straffrei leben können und wollen und die dafür notwendigen Teilhabechancen erhalten und nutzen.

Leitlinien für die Bewährungsbetreuung suchtbetroffener KlientInnen lassen sich daran ausrichten, daß BewährungshelferInnen in diesen Fällen eine dreiseitige Aufgabenstellung haben, die aus der direkten Betreuung ihrer KlientInnen, aus Vermittlung, Erklärung und Vorschlägen den zuständigen RichterInnen gegenüber und der Vertretung des Hilfe- und Kontrollbedarfs ihrer KlientInnen den beteiligten Suchtfachleuten gegenüber besteht. Eingebettet ist diese dreiseitige Aufgabenstellung in der sozialen Umwelt Straffälliger und den im Gemeinwesen vorhandenen Möglichkeiten (z.B. Wohnungs- und Arbeitsmarkt) sowie weiteren Beteiligten, meist anderen Behörden, die Zugänge oder Ausgrenzung schaffen können.

Erste Leitlinie und ist daher, daß BewährungshelferInnen, die mit suchtbetroffenen KlientInnen arbeiten, über umfangreiches und aktuelles Hintergrundwissen zu den Themen Kriminalität und Sucht verfügen sollten, um eigenständig Zusammenhänge herstellen, Konzepte entwickeln und beide Themenbereiche nach innen und außen klar vertreten zu können; das betrifft auch „Übersetzungsleistungen“ zwischen den Systemen der Strafjustiz und der Suchthilfe. Diese Anforderung spricht für die Einrichtung von Spezialisierungsfunktionen.

Zweite Leitlinie ist die Forderung nach einer umfassenden, Kriminalitäts- und Suchtvorgeschichte erfassenden Anamnese zu Beginn der Betreuung und bei Bedarf im weiteren Verlauf, um Suchtprobleme und deren strafrechtlichen Zusammenhang bei allen KlientInnen sicher zu erkennen und eine sinnvolle Betreuungsplanung darauf aufzubauen. Das oben benannte Hintergrundwissen ist für eine ausreichende Anamnese und Maßnahmenplanung notwendig.

Die dritte Leitlinie betrifft die professionelle Gestaltung des Zwangskontextes und dessen professionelle Vertretung den der Betreuung der einzelnen KlientInnen beteiligten Suchtfachleuten gegenüber. Inhalt der Gestaltung des Zwangskontextes sollten aufgrund der empirischen Überprüfung ihrer Wirksamkeit die Beachtung der unter Punkt 1.6.1.2 dargestellten RNR-Prinzipien und das unter Punkt

3.5.2 beschriebene Betreuungsmodell nach Trotter sein. Dadurch kann sowohl dem individuell unterschiedlichen Ausmaß des Risikos der Begehung erneuter Straftaten entsprochen als auch direkt prosoziales Verhalten aufgebaut werden.

Die vierte Leitlinie besteht in der Forderung, daß BewährungshelferInnen für suchtbetroffene KlientInnen Zugänge in Angebote der Suchthilfe und angrenzenden Bereichen sowie im Gemeinwesen bei Wohnungs- und Arbeitssuche und dem Aufbau prosozialer Kontaktmöglichkeiten offensiv und anhand des Bedarfs der betreuten KlientInnen suchen, um Straf- und Suchtmittelfreiheit attraktiv zu machen und deren Erhalt möglichst dauerhaft abzusichern, und sich zu diesem Zweck einerseits vor Ort gut vernetzen, andererseits Wissen über sozialrechtliche Voraussetzungen und Antragstellung aufbauen. Mit dieser Leitlinie können die ebenfalls empirisch geprüften Ansätze des Community Reinforcement Approach (Punkt 2.5), Teilen der Desistance-Theorien (Punkt 1.5.3 und 3.5.3) und die noch weiter zu überprüfenden Grundlagen des Good-Lives-Model (Punkt 1.6.2) berücksichtigt werden.

Zusammenfassung

Zu den Themenbereichen Kriminalität, Sucht und Soziale Arbeit in Zwangskontexten existiert jeweils umfangreiche und aktuelle Literatur und eine gute Forschungsbasis. Diese kann für die Weiterentwicklung der Arbeit in der Bewährungshilfe und hier speziell mit suchtbetroffenen KlientInnen gut genutzt werden. Ebenso kann auf dieser Grundlage der Arbeitsbereich der Bewährungshilfe der Strafjustiz und der Suchthilfe gegenüber professionell dargestellt werden.

Spezielle Leitlinien für die Bewährungsbetreuung von suchtbetroffenen KlientInnen lassen sich aus der Theorie ableiten, sollten in der Praxis strukturiert umgesetzt und dann konkret beforscht werden, um

den Wissens- und Erfahrungsstand der Bewährungshilfe zu erhalten und auszuweiten.

Durch die gemeinsamen Themen Kriminalität und Zwangskontext kann es jeweils Überschneidungen zu anderen, nicht suchtbetroffenen Gruppen Straffälliger geben, die ich in den hier für einen definierten Personenkreis vorgestellten Leitlinien nicht berücksichtigt habe. Den Ausbau von Fachwissen bezüglich dieser weiteren Gruppen und der Schnittstellen und Gemeinsamkeiten zwischen den Gruppen halte ich aus der Praxisperspektive jedoch für ebenfalls sehr sinnvoll.

Literatur

Andrews, D.A., Bonta, J., Wormith, J.S. (2011), *The Risk-Need-Responsivity (RNR) Model. Does Adding the Good Lives Model Contribute to Effective Crime Prevention?* Criminal Justice and Behavior, Vol. 38 No. 7: 735-755

Andrews, D.A. und Bonta, J. (2010), *The psychology of criminal conduct*. 5th edition, New Providence, NJ: Anderson Publishing

Batra, A. und Bilke-Hentsch, O. (Hg.) (2012), *Praxisbuch Sucht. Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter*. Stuttgart: Thieme

Barber, J. (2009), *Work with Substance Abusers*. In: Rooney, R.H. (Ed.), *Strategies for Work with Involuntary Clients*. 2nd Ed. New York: Columbia University Press: 277-292

Bartling, G., Echelmeyer, L., Engberding, M. (2008), *Problemanalyse im psychotherapeutischen Prozess. Leitfaden für die Praxis*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, 5. Auflage

Beck, A. und Heinz, A. (2010), *Lerntheoretische Erklärungsansätze zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Suchtverhalten*. In: Public Health Forum 18, Heft 67: 6-8

Bierhoff, H.-W. (2000), *Attribution*. In: Lexikon der Psychologie, Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag,
http://www.spektrum.de/lexikon/psychologie/attribution/1584&_druck=1 am 22.4.2016

Bogerts, B. und Möller-Leimkühler, A.M. (2013), *Neurobiologische Ursachen und psychosoziale Bedingungen individueller Gewalt*. Der Nervenarzt 11: 1329-1344

Bowen, S., Chawla, N., Marlatt, G.A. (2012), *Achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention bei Substanzabhängigkeit. Das MBRP-Programm*. Weinheim, Basel: Beltz Verlag

Brameier, K. (2012), *Typologien in den Behandlungsverläufen substituierter Opiatabhängiger*. Masterthesis im Masterstudiengang Suchthilfe an der

KatHo NRW, Abteilung Köln, vorgestellt auf dem 27. Kongress des Fachverbands Sucht e.V. vom 25.-27. Juni 2014 in Heidelberg

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH (2016), *Gesetze im Internet*, <https://www.gesetze-im-internet.de> am 3. und 12.5.2016

Chadwick, N., Dewolf, A., Serin, R. (2015), *Effectively Training Community Supervision Officers. A Meta-Analytic Review of the Impact on Offender Outcome*. Criminal Justice and Behavior, Vol. 42., No. 10, 977-989

Cloninger, R.C., Sigvardson, S., Bohman, M. (1996), *Type I and Type II Alcoholism: An Update*. Alcohol Health & Research World, Vol. 20, No.1: 18-23

Constantinescu-Fomino, J., Rath, M., Werner, P. und Grec, A. (2012), *Diagnosekategorien*. In: Tretter, F. (Hg), Suchtmedizin kompakt. Suchtkrankheiten in Klinik und Praxis. Stuttgart: Schattauer, 2. Auflage, 64-65

Davison, G.C. und Neale, J.M.; Hautzinger, M. (Hg.) (2002), *Klinische Psychologie*. Göttingen: Beltz PVU, 6. Auflage

DeJure (2016), *Gesetze*, <https://dejure.org/gesetze/StGB/56d.html> am 12.5.2016

Del Boca, F.K. und Hesselbrock, M.N. (1996), *Gender and Alcoholic Subtypes*. Alcohol Health & Research World, Vol. 20, No.1: 56-62

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hg.) (2013), *Alkoholabhängigkeit*. Suchtmedizinische Reihe, Band 1, 5. Auflage

Dickenberger, D. (2016), *Reaktanz, Reaktanztheorie*. In: Wirtz, M.A. (Hrsg.), Dorsch – Lexikon der Psychologie. Göttingen: Hogrefe-Verlag <https://portal.hogrefe.com/dorsch/reaktanz-reaktanztheorie/> am 5.5.2016

Dilling, H. und Reimer, C. (1995), *Psychiatrie und Psychotherapie*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, 2. Auflage

DIMDI, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, *ICD-10 German Modification*, www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm am 25.3.2016

DRV (2015), *Kooperationsvereinbarung zwischen den Landesjustizverwaltungen Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen und der Deutschen Rentenversicherung, vertreten durch die Deutsche Rentenversicherung Bund vom 04.03.2015.*

<https://www.deutsche-rentenversicherung.de>

[/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/konzepte_systemfragen/konzepte/Sucht_Reha_Kooperationsvereinbarung_Justiz_DRV.pdf?__blob=publicationFile&v=2](#) am 16.5.2016

Egg, R. (2015), *Delikte unter Alkoholeinfluss*. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hg.), *Jahrbuch Sucht 2015*. Lengerich: Pabst: 171-185

Esser, G., Wyszkon, A., Schmidt, M.H., Blanz, B., Ihle, W. (2008), *Entwicklungspsychopathologie, Ein Entwicklungsmodell des Substanzmissbrauchs im frühen Erwachsenenalter*. *Kindheit und Entwicklung* 17 (1): 31-45

Falkai, P. und Wittchen, H.-U. (Hg. der deutschen Ausgabe) (2015), American Psychiatric Association, *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5®*. Göttingen: Hogrefe Verlag

Farrall, S., Bottoms, A., Shapland, J. (2010), *Social structures and desistance from crime*. *European Journal of Criminology* 7(6): 546-570

Franqué, F.v., Briken, P. (2013), *Das Good Lives Model (GLM). Ein kurzer Überblick*. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 2013 (7): 22-27

Gaertner, B., Freyer-Adam, J., Meyer, C., John, U. (2015), *Alkohol - Zahlen und Fakten zum Konsum*. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hg.), *Jahrbuch Sucht 2015*. Lengerich: Pabst: 39-71

Giordano, P., Cernkovich, S., Rudolph, J. (2002), *Gender, Crime and Desistance: Toward a Theory of Cognitive Transformation*. *American Journal of Sociology*, Vol. 107, No. 4: 990-1064

Göbbels, S., Ward, T., Willis, G. (2013), *Die Rehabilitation von Straftätern: Das „Good-Lives“-Modell*. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 2013 (7): 122-132

- Grawe, K. (2004), *Neuropsychotherapie*. Göttingen, Bern: Hogrefe
- Haller, R. (2009), *Gesundheitsbezogene Maßnahmen zur Bekämpfung der Drogenkriminalität*. In: Haller, R. und Jehle, J.-M. (Hg.), *Drogen – Sucht - Kriminalität*. Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg: 3-22
- Heimerdinger, A. (2006), *Alkoholabhängige Täter: Justizielle Praxis und Strafvollzug. Argumente zur Zurückstellung der Strafvollstreckung bei Therapieteilnahme*. Wiesbaden: Kriminologie und Praxis (KUP), Schriftenreihe der Kriminologischen Zentralstelle e.V. (KrimZ), Band 52
- Hoffmann, M. (2015), *Rauschgiftlage 2013*. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hg.), *Jahrbuch Sucht 2015*. Lengerich: Pabst: 156-170
- ICD Code 2016, *ICD-10*, www.icd-code.de/icd/code/F60.2.html am 25.3.2016
- Institut für Rechts- und Kriminalsoziologie (2012), *1. Teilbericht zur Evaluation der Haftentlassenenhilfe, „Desistance from Crime“ – eine Literaturstudie*. Wien, im Auftrag des Vereins Neustart Österreich
- Kähler, H.D. und Zobrist, P. (2013), *Soziale Arbeit in Zwangskontexten. Wie unerwünschte Hilfe erfolgreich sein kann*. München und Basel: Ernst Reinhardt Verlag, 2. Auflage
- Kanfer, H.F., Reinecker, H., Schmelzer, D. (2012), *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, 5. Auflage
- Lange, W., Reker, M., Driessen, M. (2008), *Community Reinforcement Approach (CRA) – Überblick über ein integratives Konzept zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen*. *Sucht*, 54 (6): 20-30
- Laub, J. H. und Sampson, R. J. (2001), *Understanding Desistance from Crime*. *Crime and Justice. A Review of Research*, Vol. 28: 1-69
- Larimer, M.E., Palmer, R.S., Marlatt, G.A. (1999), *Relapse Prevention. An Overview of Marlatt's Cognitive-Behavioral Model*. *Alcohol Research and Health*, Vol. 23, No. 2: 151-160

- Lehner, B. und Kepp, J. (2015), *Daten, Zahlen und Fakten*. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hg.), Jahrbuch Sucht 2015. Lengerich: Pabst: 11-38
- Lipsey, M.W., Landenberger, N.A., Wilson, S.J. (2007), *Effects of Cognitive-Behavioral Programs for Criminal Offenders*. Campbell Systematic Reviews 2007:6, www.campbell-collaboration.org am 11.1.2016
- Marlatt, G.A., Parks, G.A., Witkiewitz, K. (2002), *Clinical Guidelines for Implementing Relapse Prevention Therapy. A Guideline Developed for the Behavioral Health Recovery Management Project*. www.bhrm.org/guidelines/RPT%20guideline.pdf am 15.4.2016
- Mayer, K. (2009a), *Kriminalitätstheorien – ein Überblick*. In: Mayer, K., Schildknecht, H. (Hg), Dissozialität, Delinquenz, Kriminalität. Ein Handbuch für die interdisziplinäre Arbeit. Zürich: Schultheiss: 3-21
- Mayer, K. (2009b), *Beziehungsgestaltung im Zwangskontext*. In: Mayer, K., Schildknecht, H. (Hg), Dissozialität, Delinquenz, Kriminalität. Ein Handbuch für die interdisziplinäre Arbeit. Zürich: Schultheiss: 209-229
- Mayer, K. (2014a), *Risikoorientierung in Straf- und Massnahmenvollzug und Bewährungshilfe*. *Bewährungshilfe*, Jg. 61 (2), Forum Verlag Godesberg: 132-144
- Mayer, K. (2014b), *Risikoorientierung - der nächste Schritt*. *Bewährungshilfe*, Jg. 61 (2), Forum Verlag Godesberg: 171-181
- Mayer, K. und Zobrist, P. (2009), *Psychologie des kriminellen Verhaltens*. In: Mayer, K., Schildknecht, H. (Hg), Dissozialität, Delinquenz, Kriminalität. Ein Handbuch für die interdisziplinäre Arbeit. Zürich: Schultheiss: 33-48
- Maruna, S. (2004), *Desistance From Crime and Explanatory Style. A New Direction in the Psychology of Reform*. *Journal of Contemporary Criminal Justice*, Vol. 20 No. 2: 184-200
- Milin, S., Lotzin, A., Degkwitz, P., Verthein, U., Schäfer, I. (2014), *Amphetamin und Methamphetamin – Personengruppen mit missbräuchlichem Konsum und Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen. Sachbericht*. Hamburg: Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg

Miller, R.W., Meyers, R.J., Hiller-Sturmhöfel, S. (1999), *The Community-Reinforcement Approach*. Alcohol Research & Health, Vol. 23, No. 2: 116-121

Miller, W.R. und Rollnick, S. (2015), *Motivierende Gesprächsführung. Motivational Interviewing: 3. Auflage des Standardwerks in Deutsch*. Freiburg: Lambertus-Verlag

Ministerkomitee des Europarats (2010), *Empfehlung CM/Rec(2010)1 des Ministerkomitees an die Mitgliedstaaten über die Grundsätze der Bewährungshilfe des Europarats*. <http://cep-probation.org/knowledgebase/council-of-europe-rules-recommendations-on-probation/> am 14.5.2016

Moffitt, T.E. (1993), *Adolescence-Limited and Life-Course-Persistent Antisocial Behavior: A Developmental Taxonomy*. Psychological Review, 1993, Vol. 100, No. 4: 674-701

Nedopil, N. (2009), *Substanzmissbrauch: Störung und Risikofaktor bei der Rückfallprognose*. In: Haller, R. und Jehle, J.-M. (Hg.), *Drogen – Sucht - Kriminalität*. Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg: 91-103

Neustart gGmbH (2012), *Wann ist die Unterstellung unter einen Bewährungshelfer angezeigt? Anhaltspunkte für Strafrichter*.

Neustart gGmbH (2014), *Infomappe*. Zentralbereich Kommunikation.

Oertig, D. (2012), *Motivation zur Verhaltensänderung erwecken und ziel führend umsetzen*. In: Zobrist, P. (Hg.), *Soziale Arbeit mit Pflichtklientenschaft (Tagungsband)*. Werkstatthefte der Hochschule Luzern. Luzern: Interact: 23-26

Orth, B., Piontek, D., Kraus, L. (2015), *Illegale Drogen - Zahlen und Fakten zum Konsum*. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hg.), *Jahrbuch Sucht 2015*. Lengerich: Pabst: 127-139

Pfeiffer-Gerschel, T., Jakob, L. und Stumpf, D. (IFT), Budde, A. (BZgA), Rummel, C. (DHS), unter Mitarbeit von Casati, A. (IFT) (2014), *Bericht 2014 des nationalen Reitox-Knotenpunkts an die EBDD. Neue Entwicklungen und Trends, Deutschland, Drogensituation 2013/2014*. Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht und European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Pillmann, F., Ullrich, S., Draba, S., Sannemüller, U., Marneros, A. (2000), *Akute Alkoholwirkung und chronische Alkoholabhängigkeit als Determinanten von Gewaltdelinquenz*. *Der Nervenarzt* 9: 715-721

Reker, M. (2008), *Strafverfahren gegen suchtkranke Straftäter aus psychiatrischer Sicht. Eine Handreichung für Juristen mit Wegweiser durch das regionale Hilfesystem*. Ev. Krankenhaus Bielefeld, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel, Abteilung Abhängigkeitserkrankungen

Reker, M. (2012), *Fremdmotivation suchtkranker Klienten: Behandlung suchtkranker Straftäter unter Druck und Zwang aus der Perspektive des Community Reinforcement Approaches*. *Bewährungshilfe*, Jg. 59 (4), Forum Verlag Godesberg: 380-392

Rooney, R.H. (2009), *Part I. A Foundation for Work with Involuntary Clients*. In: Rooney, R.H. (Ed.), *Strategies for Work with Involuntary Clients*. 2nd Ed. New York: Columbia University Press: 1-114

Schönfeld, C.-E. v., Schneider, F., Schröder, T., Widmann, B., Botthof, U., Driessen, M. (2006), *Prävalenz psychischer Störungen, Psychopathologie und Behandlungsbedarf bei weiblichen und männlichen Gefangenen*. *Der Nervenarzt* 7: 830-841

Schaub, M., Stevens, A., Berto, D., Hunt, N., Kersch, V., McSweeney, T., Oeuvray, K., Puppo, I., Santa Maria, A., Trinkl, B., Werdenich, W., Uchtenhagen (2010), A., *Comparing Outcomes of „Voluntary“ and „Quasi-Compulsory“ Treatment of Substance Dependence in Europe*. *European Addiction Research* 2010;16: 53-60

Shapland, J., Bottoms, A., Farall, S., McNeill, F., Priede, C., Robinson, G. (2012), *The quality of probation supervision – a literature review*. Centre for Criminological Research, University of Sheffield and University of Glasgow

Stelly, W. und Thomas, J. (2005), *Kriminalität im Lebenslauf. Eine Reanalyse der Tübinger-Jungtäter-Vergleichsuntersuchung (TJVU)*. Tübinger Schriften und Materialien zur Kriminologie, Band 10, Tübingen: Eberhard Karls Universität, Institut für Kriminologie

Stevens, S. und Rist, F. (2012), *Psychologische Konstrukte*. In: Batra, A. und Bilke-Hentsch, O. (Hg.), *Praxisbuch Sucht. Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter*. Stuttgart: Thieme: 21-28

- Suhling, S. (2016), *Desistance*. In: Wirtz, M.A. (Hg), Dorsch – Lexikon der Psychologie. Göttingen: Hogrefe-Verlag
<https://portal.hogrefe.com/dorsch/desistance/> am 17.03.2016
- Tretter, F. (2012), *Kap. I Grundlagen*. In: Tretter, F. (Hg), Suchtmedizin kompakt. Suchtkrankheiten in Klinik und Praxis. Stuttgart: Schattauer, 2. Auflage, 3-49
- Trotter, C. (2001), *Soziale Arbeit mit unfreiwilligen KlientInnen. Ein Handbuch für die Praxis*. In: Gumpinger, M. (Hg.), Soziale Arbeit mit unfreiwilligen KlientInnen. Linz, edition pro mente: 97-293
- Trotter, C. (2009), *Work with Involuntary Clients in Corrections*. In: Rooney, R.H. (Ed.), Strategies for Work with Involuntary Clients. 2nd Ed. New York: Columbia University Press: 387-401
- Trotter, C. (2010), *Effective Supervision of Offenders*. In: United Nations Asia and Far East Institute for the Prevention of Crime and the Treatment of Offenders (UNAFEI), Resource Material Series No. 82,
http://www.unafei.or.jp/english/pdf/RS_No82/No82_06VE_Trotter.pdf am 5.5.2016
- Vogt, I. (2012), *Komplexe Kontexte: Wie kommen Süchtige in Beratung und was folgt daraus für die Suchthilfe? Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis* (1): 37-59
- Weichold, K. (2003), *Entwicklungspsychologische Perspektiven zur Entstehung von Substanzmissbrauch und –abhängigkeit bei Kindern und Jugendlichen*. Psychotherapie im Dialog, 2, 2003, 4. Jg.: 166-169
- Ward, T., Gannon, T.A. (2006), *Rehabilitation, etiology, and self-regulation: The comprehensive good lives model of treatment for sexual offenders*. Aggression and Violent Behavior, 11, 2006: 77-94
- Ward, T., Mann, R.E., Gannon, T.A. (2007), *The good lives model of offender rehabilitation: Clinical implications*. Aggression and Violent Behavior, 12, 2007: 87-107
- www.Psychologie.Uni-Heidelberg.de (ohne AutorIn; 2016), *Motivation*.
<http://www.psychologie.uni-heidelberg.de/ae/allg/lehre/wet/m/M01/M0102beg.htm> am 5.5.2016

Zobrist, P. (2012), *Zehn methodische Basisstrategien – ein Integrationsversuch*. In: Zobrist, P. (Hg.), *Soziale Arbeit mit Pflichtklientenschaft* (Tagungsband). Werkstatthefte der Hochschule Luzern. Luzern: Interact: 68-72