Evangelisches KRANKENHAUS Bielefeld

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel

Sucht und Dissozialität

-

Krisendienstfortbildung

Freitag, den 9. November 2012

Gewaltverhalten bei Alkoholabhängigen:

- Unter Alkoholeinfluss nimmt innerhalb einer bestimmten Bandbreite die Gewaltbereitschaft zu.
- Bei ansteigendem Alkoholspiegel ist das Risiko größer als bei fallendem.
- Die höchste Gefahr für gewalttätige Eskalationen liegt zwischen 1.5 o/oo und 2.5 o/oo.
- Bei 65 % aller Gewalttäter findet sich zum Tatzeitpunkt eine Alkoholisierung.
- 26 % aller Gewalttäter waren alkoholabhängig (Pillmann et al. 2000)

Alkohol ist weder eine notwendige noch eine hinreichende Bedingung für Gewalttätigkeit, sondern nur eine mögliche.

Was charakterisiert alkoholabhängige Menschen mit antisozialem Persönlichkeitsprofil ?

- Impulsivität
- Unbeherrschtheit
- Minderwertigkeitsgefühle
- Reizbarkeit
- Geringe Frustrationstoleranz
- Egoistische Durchsetzung eigener Bedürfnisse
- Dominanzstreben
- Misstrauen
- Rigidität
- Nichtbeachtung sozialer Normen

Weitere Merkmale alkoholabhängiger Menschen mit antisozialer Persönlichkeitsstörung:

- Viele kommen aus suchtbelasteten Familien (33 %)
- Viele sind arbeitslos (52 %)
- Der Einstieg in die Suchtkarriere erfolgte zu einem besonders frühen Zeitpunkt
- Die Prognose im Hinblick auf Abstinenz ist besonders ungünstig (nach 5 Jahren etwa 31 %).

„Psychopathy“ nach PCL-R	Dissoziale Persönlichkeitsstörung ICD-10	Antisoziale Persönlichkeitsstörung DSM-IV (301.7)
Forschungskriterium: *mindestens 30 von maximal 40 Punkten* *(Punktwerte von 0 – 2)*	*Diagnose erst ab dem 18. Lebensjahr möglich.* *Mindestens 3 der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:*	*Tiefgreifendes Muster von Missachtung und Verletzung der Rechte anderer seit dem 15. Lebensjahr.* *Mindestens 3 der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:*
1. **Glatter, oberflächlicher Charme** 2. **Übermäßiges Selbstwertgefühl** 3. Reizhunger / Neigung zur Langeweile 4. **Pathologisches Lügen** 5. **Lenkend / manipulativ** 6. **Mangel an Reue und Schuldgefühlen** 7. **Oberflächlicher Affekt** 8. **Gefühllos / fehlende Empathie** 9. **Parasitärer Lebensstil** 10. **Geringe Verhaltenskontrolle** 11. Promiskuitives Sexualverhalten 12. **Frühkindliche Verhaltensprobleme** 13. **Fehlen realistischer, langfristiger Pläne** 14. **Impulsivität** 15. **Sorglos-unverantwortliches Handeln** 16. **Verweigerung der Verantwortung für eigenes Handeln** 17. Viele kurze eheliche Beziehungen 18. **Jugendkriminalität** 19. **Verletzung von Bewährungsauflagen** 20. **Kriminelle Flexibilität**	1. Herzloses Unbeteiligtsein gegenüber den Gefühlen anderer 2. Deutliche und andauernde Verantwortungslosigkeit und Missachtung sozialer Normen, Regeln und Verpflichtungen 3. Unvermögen zur Beibehaltung längerfristiger Beziehungen, aber keine Schwierigkeiten, Beziehungen einzugehen 4. Sehr geringe Frustrationstoleranz und niedrige Schwelle für aggressives, auch gewalttätiges Verhalten 5. Unfähigkeit zum Erleben von Schuldbewusstsein oder zum Lernen besonders aus Bestrafung 6. Neigung, andere zu beschuldigen oder vordergründige Rationalisierungen für das eigene Verhalten anzubieten, durch welches die Person in einen Konflikt mit der Gesellschaft geraten ist	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 bzw. 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
Faktoren: 1. **emotional-interpersonell** 2. **antisozial**	*Anhaltende Reizbarkeit kann zusätzliches Merkmal sein*	*Störung des Sozialverhaltens („conduct disorder“) muss vor dem 15. Lebensjahr erkennbar sein*

Antisoziale Persönlichkeitsstörung	Borderline Persönlichkeitsstörung
aggressives, gewalttätiges Verhalten	selbstschädigendes Verhalten
Impulsivität	
mangelnde Problemlösestrategien	
Unstetigkeit	Identitätsstörung
andauernde Reizbarkeit	Ärger- und Gewaltausbrüche
Gefühlsarmut, geringe Empathie	erhöhte emotionale Reagibilität
pathologische Angstfreiheit	verminderte Angsttoleranz
erniedrigtes Arousal	wechselndes Arousal

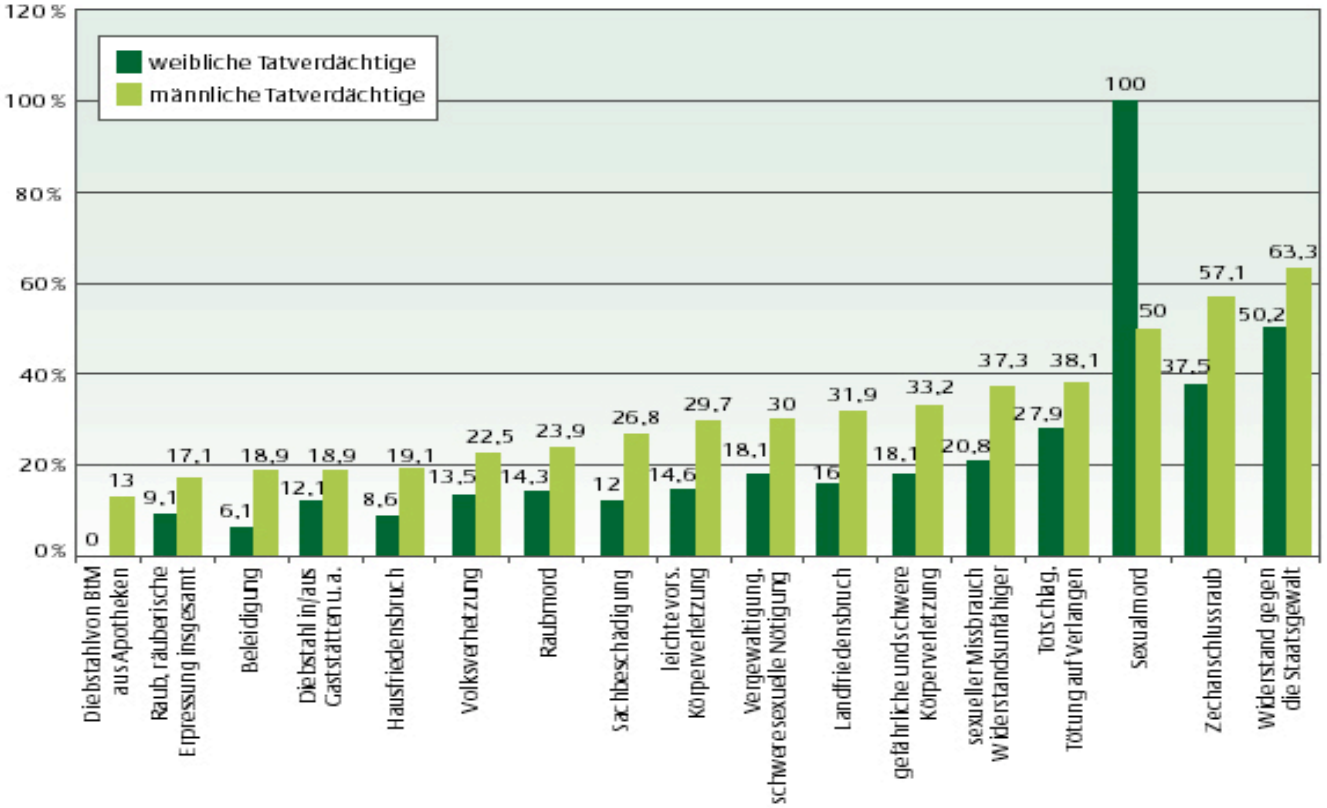
Antisoziale PS und Alkoholabhängigkeit:

- Probleme, differenzialdiagnostisch zwischen Alkoholabhängigkeit mit frühem Beginn und Antisozialer Persönlichkeitsstörung zu unterscheiden
  - Alkoholabhängige: Vielzahl antisozialer Verhaltensweisen
  - APS: zumindest Alkoholmissbrauch
- Bedeutung der Diagnosestellung für die Therapie
  - **Soziale Interaktionsdefizite**
  - **Frontale kognitive Funktionsminderungen**
  - **Wechselwirkungen**
- Prävalenzraten einer APS bei Alkoholabhängigen
  - 34% - 52% (Verheul et al., 1995)
  - 1% bei APS nach DSM, aber 40% haben unterschiedliche Symptome einer APS (Hasin et al., 1988)
  - Problem kategoriale vs. dimensionale Untersuchungsansätze
- Borderline-Persönlichkeitsstörung
  - Prävalenzraten zwischen 17% und 28%
- Problem aller Studien
  - Heterogene Untersuchungskollektive
  - Kategoriale vs. Dimensionale Untersuchungsansätze

Fazit:

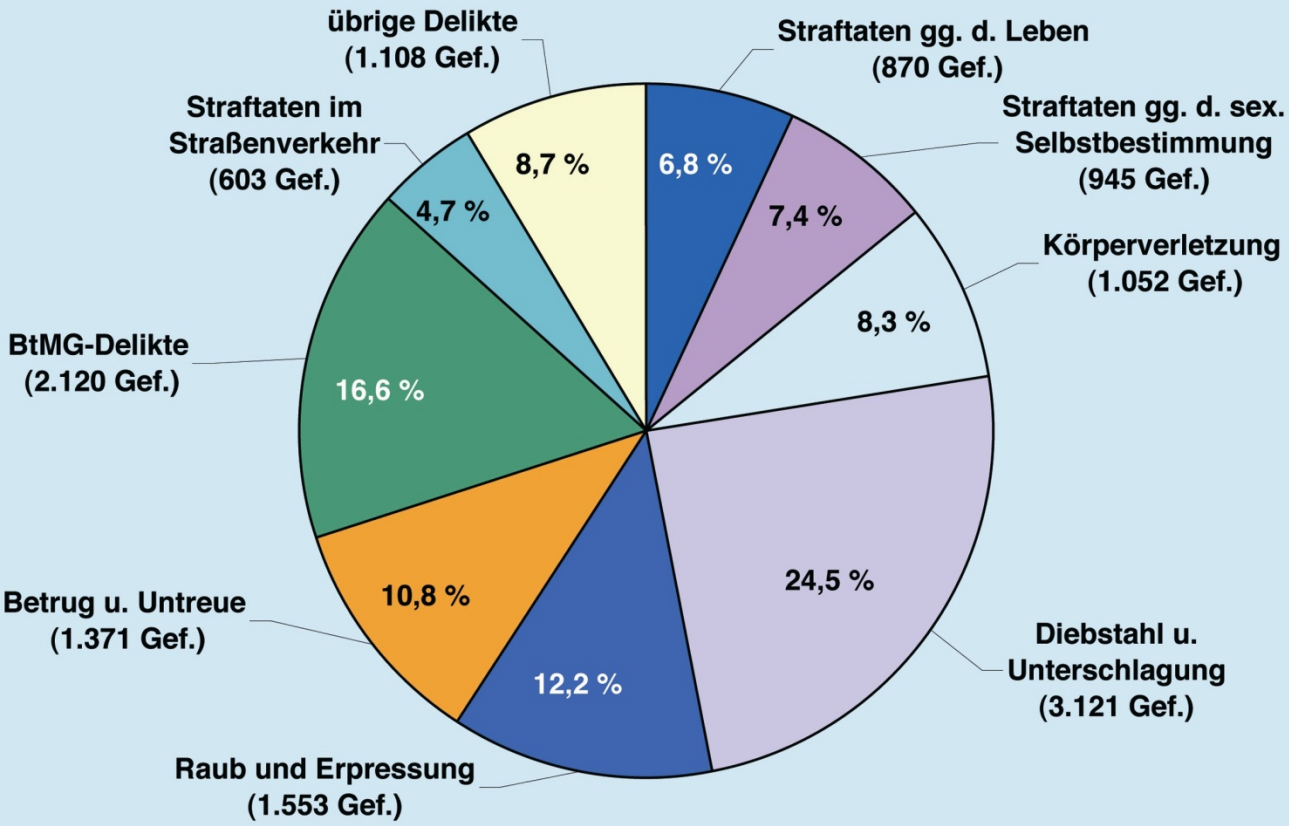
- Studienergebnisse können nur einen orientierenden Rahmen geben
- Hohe Komorbiditäten und Binnenvarianz bei Alkoholmissbrauch, Aggressivität/Gewalt und Dissozialität
- Hohe Bedeutung struktureller und funktioneller Defizite des Frontalhirns für die Verhaltensregulation
- Wechselwirkungen unterschiedlicher Einflussfaktoren müssen individuell berücksichtigt werden
- Mehr-Ebenen-Diagnostik ist erforderlich!
- Entwicklung integrativer Behandlungsprogramme ist erforderlich

Alkoholeinfluss zur Tatzeit bei männlichen und weiblichen Tatverdächtigen, ausgewählte Delikte im Jahr 2005



Datenquelle: Polizeiliche Kriminalstatistik.
Vermerk: Der 100%-Wert bei weiblichen Tatverdächtigen im Falle von Sexualmord kann in der Sache vernachlässigt werden, da es sich nur um eine einzige Person handelt. Im Jahr 2004 gab es überhaupt keine weiblichen Tatverdächtigen.

Männliche Strafgefangene im Erwachsenenvollzug NRW nach Hauptdeliktsgruppen
- Stichtagsdaten vom 31. März 2006 -



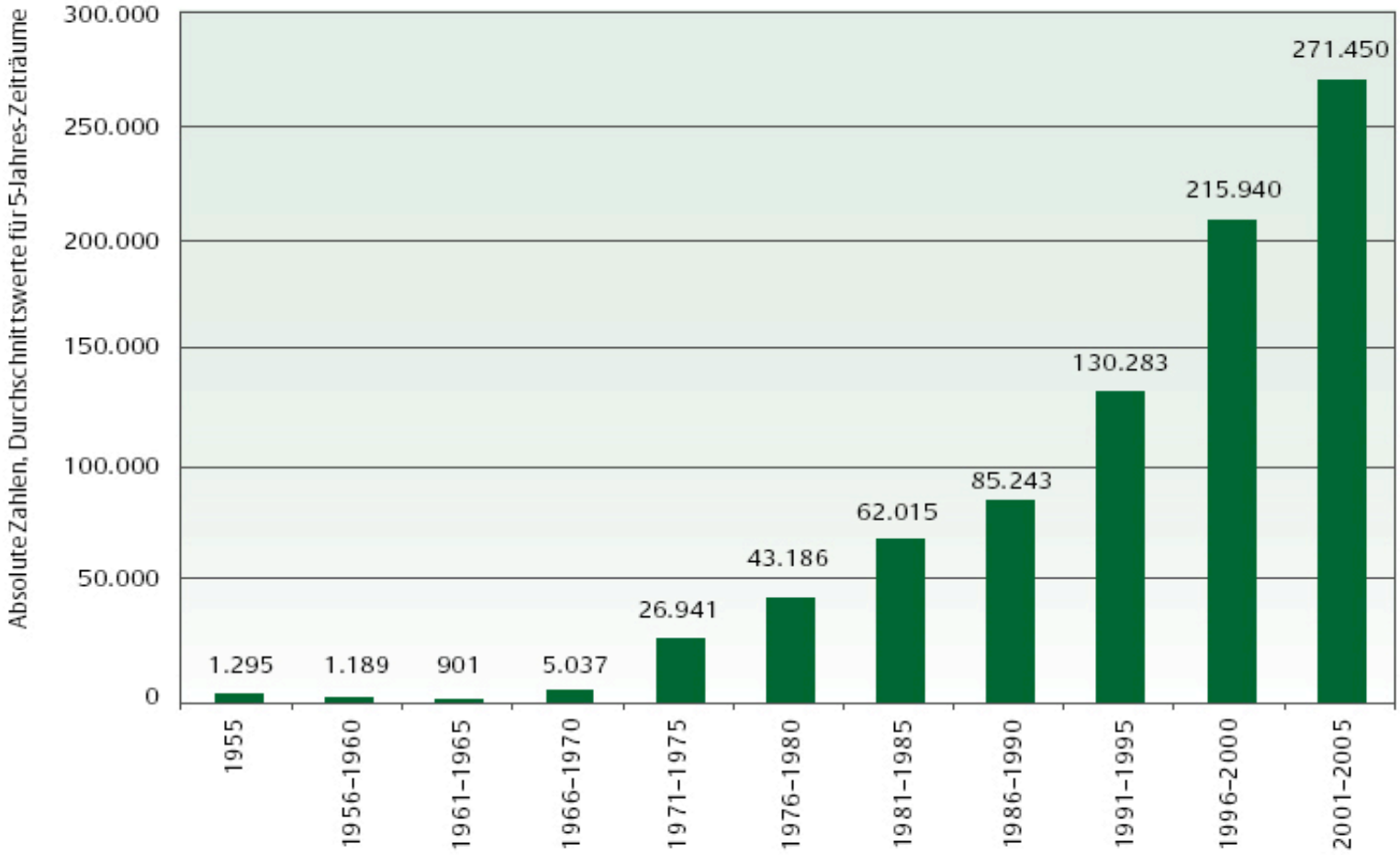
Quelle: Strafvollzugsstatistik NRW und eigene Berechnungen

KrimD NRW 2006

Die Behandlung gewalttätiger Suchtpatienten ist in der Suchthilfe immer noch der Ausnahmefall.

Gewalttaten bei Drogenabhängigen

Polizeilich registrierte Drogendelikte in den Jahren 1955–2005



Datenquelle: Polizeiliche Kriminalstatistik; 1955 bis 1992 alte Länder, davon 1991 und 1992 einschließlich Gesamtberlin, seit 1993 Deutschland.

Gewalttaten unter Einfluss von Amphetaminen und Kokain:

- Untersuchungen zeigen, dass Amphetamine sowohl anregend als auch beruhigend wirken können, letzteres vor allem bei ADHS Patienten.
- Die Annahme, dass es unter Amphetamin- und Kokaineinfluss gehäuft zu Gewalttaten käme, orientiert sich an einzelnen Kasuistiken.
- Gewalttaten unter Kokaineinfluss sind meist Milieutaten

- **Gewalttaten unter Einfluss von Opiaten und Benzodiazepinen:**

  Die Annahme, dass es unter primär sedierenden Substanzen wie Heroin oder Benzodiazepinen weniger zu Gewalttaten käme, ist falsch. Für beide Substanzgruppen ist eine erhöhte Aggresivität unter Substanzeinfluss nachgewiesen.

Cannabis hat keine gewaltfördernde Wirkung.

Gewaltanwendung in Familien und Partnerschaften

Gewalterleben und Alkoholabhängigkeit:

- US-amerikanische Studie (Miller/Downs 1993):
- **Frauen**, die in der **Kindheit Gewalt** erleiden oder Zeuginnen von Gewalt werden, haben ein **erhöhtes Risiko, auch im Erwachsenenleben Opfer von Gewalt durch einen Partner zu werden**
- Sie haben auch ein **erhöhtes Risiko**, **suchtmittelabhängig** zu werden
- **Frauen mit Suchtproblemen**, haben **häufiger einen gewalttätigen Partner** als Frauen ohne Suchtproblem
- Sie **wehren sich häufiger gegen Gewalt** und **riskieren damit, noch mehr Gewalt zu erleiden**

- Studie von Downs (2001): Befragung von 447 Frauen (225 in einem Suchtprogramm, 222 in einem Frauenhaus); Ergebnisse:
- Die **Mehrheit der Frauen im Suchprogramm** hatten in der **Kindheit Gewalt erfahren oder Gewalt zwischen den Eltern miterlebt**
- Die **Mehrheit der Frauen in Suchtprogrammen** hatten **kürzlich Gewalt durch einen Partner erlebt**
- **Frauen in Suchtprogrammen**, die **auch Gewalt** erfahren hatten, hatten ein **schwerwiegenderes Suchtproblem** als Frauen ohne Gewalterfahrungen
- Eine **signifikante Zahl** von **Frauen in Frauenhäusern** hatte **auch ein Suchproblem**
- **Frauen in Frauenhäusern**, die **auch ein Suchtproblem** hatten, hatten gleichzeitig **massivere Gewalterfahrungen**
- **Fazit: häufige Überlappung der beiden Probleme; sowohl das Gewalt- als auch das Suchproblem sind schwerwiegender wenn beides auftritt**

- **Alkoholmißbrauch** ist **bei Gewalttätern bis zu 7 Mal häufiger** als in der Durchschnittsbevölkerung (National Alcohol Harm Reduction Strategy 2004, UK)
- **44% der Täter** die familiäre Gewalt verübten, waren während der Tat unter Einfluss von Alkohol, **12% unter Einfluss anderer Suchtmittel/Drogen** (British Crime Survey; Budd 2003)
- eine Reihe von Studien zeigen, dass **Gewaltausübung unter Alkoholeinfluss**, speziell wenn viel Alkohol konsumiert wurde, **schwerere Verletzungen zur Folge hat** als Gewalt ohne Alkoholeinfluss (Brecklin (2002), Journal of Family Violence 17(3))
- **Gewalttäter** greifen überwiegend **vor oder während der Tat zum Suchtmittel;** die Mehrheit unter ihnen hatte schon ein Suchproblem vor der ersten Gewaltausübung
- **Opfer familiärer Gewalt** beginnen in 2/3 der Fälle erst im Zuge der Gewalterfahrung zu trinken und trinken eher nach der erlebten Gewalt (Humphreys/Reagan 2005)

Good practice in Suchthilfeeinrichtungen:

- **Entwicklung und Festlegung klarer Richtlinien in der Einrichtung** wie mit dem Problem Gewalt gegen Frauen und Kinder umgegangen wird (Managementaufgabe) - keine Individualsierung
- Regelmäßige Durchführung von **Fortbildungen**
- Identifizierung von **Einrichtungen für Frauen und Kinder die Gewalt erleiden in der Umgebung der eigenen Einrichtung** (auch MigrantInneneinrichtungen), **Kontaktaufnahme** und regelmäßige Zusammenarbeit
- **Auflegen von Informationsmaterial in der Einrichtung**, **Sichtbar-machen des Problems**, Ermutigung Hilfe in Anspruch zu nehmen

- **Opfer:**
- Routinemäßige Fragen nach Gewalterfahrungen im Assessment-Prozess/Erstgespräch (Schulung erforderlich)
- Wichtig: Gespräch alleine mit der Klientin!
- Emutigung der Klientin, die Hilfe einer Fraueneinrichtung in Anspruch zu nehmen; umfassende Information
- Für Sicherheit der Klientin sorgen, regelmäßige Sicherheitsplanung
- Spezielle Angebote für Frauen die Sucht- und Gewaltprobleme haben; Gruppen für Frauen; speziell geschulte weibliche Beraterinnen; Priorität für Opfer
- Bereitstellung von Kinderbetreuung während Beratung
- Respekt für die Entscheidung der Frau

- **Täter:**
- Routinemäßige Fragen nach Gewaltausübung
- Gewaltproblem nicht ignorieren sondern mit bearbeiten
- Klare Haltung: Gewalt ist durch nichts zu rechtfertigen, Täter trägt Verantwortung
- Alkoholge(miss)brauch ist keine Rechtfertigung für Gewalt und nicht die Ursache von Gewalt
- Gewalt und Sucht als zwei Probleme behandeln
- Keine Paartherapie oder Mediation bei Gewaltausübung
- Zusammenarbeit mit Projekten der Täterarbeit, die den Standard Opferschutz erfüllen

Modelle der Zusammenarbeit von Gewalt- und Suchtprävention:

- Ziel: bestmögliches Service für die KlientInnen, vor allem die Opfer von Gewalt
- Überwindung von Grenzen und Problemen wie z.B. Informationsweitergabe (Schutz von Personen ist höheres Gut als Schutz von Daten)
- Entwicklung von Modellen der Zusammenarbeit:
- Beispiele: Co-Beratung, cross-Beratung (gemeinsame Unterstützung), pro-aktive Unterstützung, mobile Hilfen
- Organisation und Durchführung von regelmäßigen Fortbildungen für beide Bereiche (getrennt und gemeinsam)

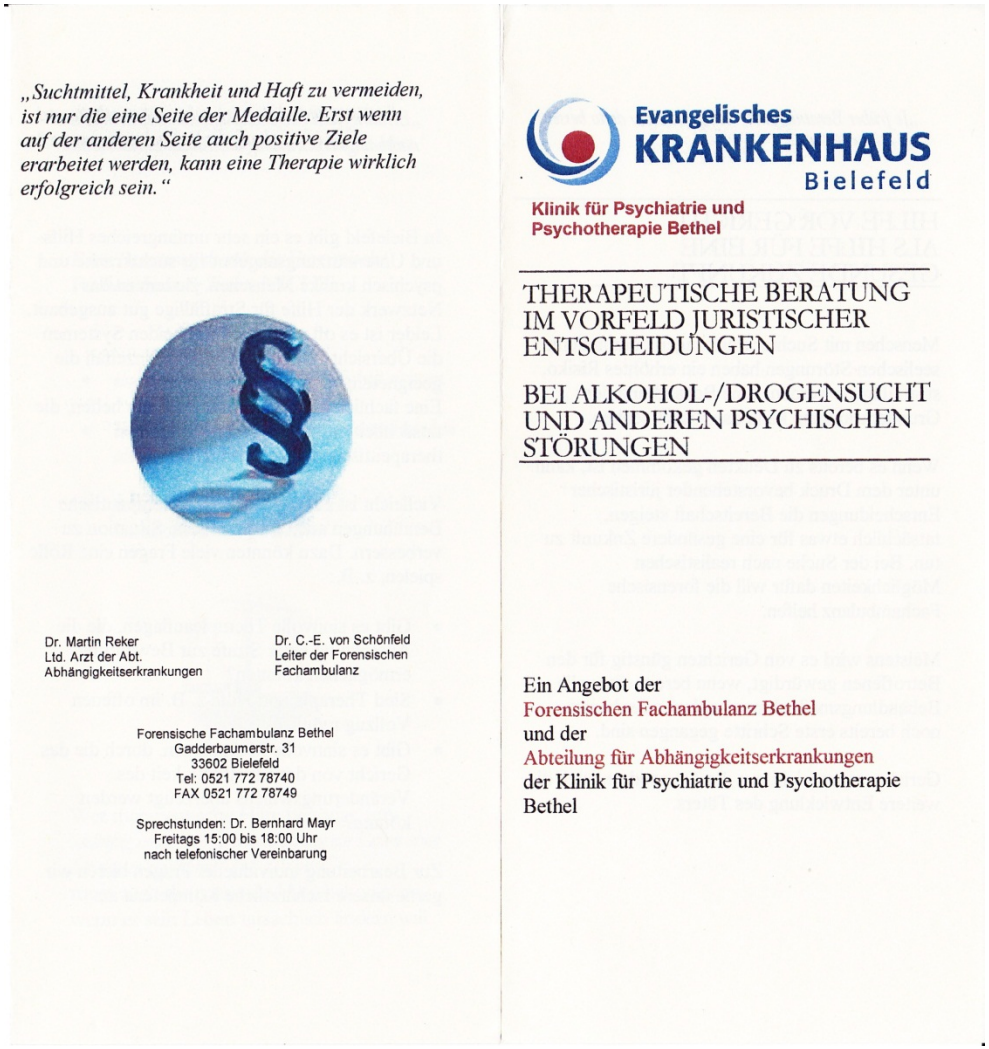
Wie lassen sich Klienten mit dissozialen Verhaltensmustern beeinflussen ?

Sind dissoziale Klienten therapieresistent ?

Anpassungsleistung versus Einsicht

Grundannahmen für ein „therapeutisches" Arbeiten mit dissozialen Klienten:

- Das erwünschte Verhalten muss dem Klienten mehr Vorteile erbringen als das unerwünschte Verhalten
- Die therapeutische Struktur muss eine hohe Verlässlichkeit und Verbindlichkeit bieten
- Suchtpsychiatrie und Justiz müssen eng abgestimmt miteinander arbeiten
- Wechselseitiger Respekt ist das oberste Prinzip
- Therapeutische Einflussnahme gelingt nur aus einer wehrhaften Position der Stärke



„Suchtmittel, Krankheit und Haft zu vermeiden, ist nur die eine Seite der Medaille. Erst wenn auf der anderen Seite auch positive Ziele erarbeitet werden, kann eine Therapie wirklich erfolgreich sein."

Dr. Martin Reker
Ltd. Arzt der Abt.
Abhängigkeitserkrankungen

Dr. C.-E. von Schönfeld
Leiter der Forensischen
Fachambulanz

Forensische Fachambulanz Bethel
Gadderbaumerstr. 31
33602 Bielefeld
Tel: 0521 772 78740
FAX 0521 772 78749

Sprechstunden: Dr. Bernhard Mayr
Freitags 15:00 bis 18:00 Uhr
nach telefonischer Vereinbarung

Evangelisches KRANKENHAUS Bielefeld

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel

THERAPEUTISCHE BERATUNG IM VORFELD JURISTISCHER ENTSCHEIDUNGEN

BEI ALKOHOL-/DROGENSUCHT UND ANDEREN PSYCHISCHEN STÖRUNGEN

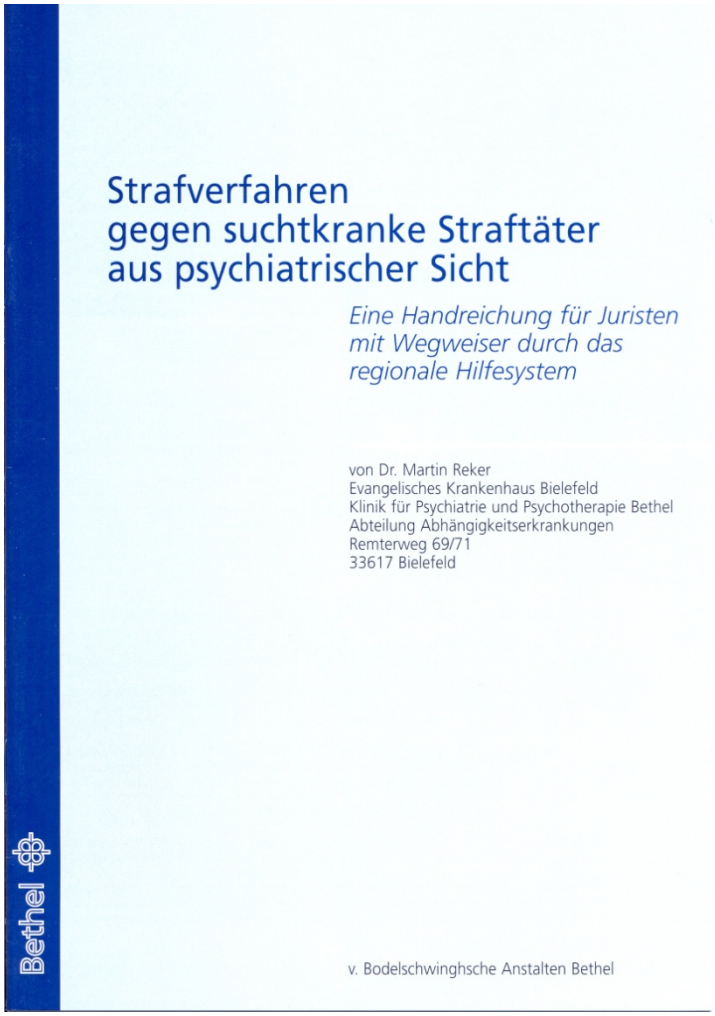
Ein Angebot der
Forensischen Fachambulanz Bethel
und der
Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen
der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Bethel

Haftvermeidung als Veränderungsmotivation für suchtkranke Straftäter

Kooperation von
Forensischer Fachambulanz
Bewährungshilfe
Justiz
Eingliederungshilfe
Suchtberatung

Ein erster Versuch zur Verständigung:

Eine Handreichung für Juristen als Wegweiser durch das kommunale Suchthilfesystem



Strafverfahren
gegen suchtkranke Straftäter
aus psychiatrischer Sicht

Eine Handreichung für Juristen mit Wegweiser durch das regionale Hilfesystem

von Dr. Martin Reker
Evangelisches Krankenhaus Bielefeld
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel
Abteilung Abhängigkeitserkrankungen
Remterweg 69/71
33617 Bielefeld

Bethel

v. Bodelschwinghsche Anstalten Bethel

Was macht es lohnend, nach der Haftentlassung nicht sofort abzufeiern und zu konsumieren ?

Rahmenvereinbarung
zwischen
dem Land Nordrhein-Westfalen,
und dem Städtetag NRW,
dem Landkreistag NRW,
dem Städte- und Gemeindeverbund NRW
sowie der
Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege Nordrhein-Westfalen

über

Grundsätze für das Übergangsmanagement
im Rahmen der Suchtberatung suchtkranker Gefangener

vom April 2011

NW 26/4/06

Begleitung in ein straffreies Leben

Netzwerk Soziale Strafrechtspflege Bielefeld gegründet / Gelungene Wiedereingliederung bedeutet gleichzeitig Schutz potenzieller Opfer

■ **Bielefeld** (big). Der Mann wollte nichts sehen oder hören und ändern schon mal gar nicht. Er vergrub sich in seiner Zelle, mied den Kontakt zu anderen Strafgefangenen. Ein Jahr vor Ende der Haftzeit kam er in eine besondere Abteilung – zur Vorbereitung auf die Entlassung. Ohne sichtbaren Erfolg, die Verweigerungshaltung behielt er bei. Dann bemühten sich mehrere Partner aus den Bereichen Vollzug, Integrationshilfen und Straffälligenhilfe gemeinsam um den Mann und sein Leben nach dem Knast. Mit Erfolg. Das Beispiel soll Schule machen, die Zusammenarbeit der Partner Standard werden. „Netzwerk Soziale Strafrechtspflege" heißt der neue Zusammenschluss.

Das Ziel ist eine effektivere Wiedereingliederung von Menschen, die ihre Strafe verbüßt haben. Denn das bedeute auch immer Schutz potenzieller Opfer. Für sich genommen arbeiten die verschiedenen Abteilungen bereits seit Jahren an diesem Ziel, zusammengenommen wollen sie noch stärker werden.

In Einzelfällen habe die Zusammenarbeit ja bereits funktioniert, „das zeigt bereits die Praxis", erklärte Klaus Loevenich vom Verein zur Förderung der Straffälligenhilfe in Bielefeld. Und nicht jeder benötige die besondere Betreuung, nicht alles sei „perspektivlos", so JVA-Leiter Uwe Nelle-Cornelsen. Oft aber erschwerten verschiedene Faktoren einen reibungslosen Wiedereinstieg – besonders bei den Problemfällen. Die Männer und Frauen haben oft kein intaktes soziales Umfeld, verfügten nur über geringe Bildung. Armut, Arbeitslosigkeit, Ausbildungsmangel, Suchterkrankungen und psychische Beeinträchtigungen – all das könne einen Rückfall in die Straffälligkeit begünstigen. Und: „Die Probleme sind komplexer geworden", sagt Magdalena Falk, Koordinatorin der Bewährungshilfe Bielefeld.

Weil die Bielefelder die ersten Schritte in Richtung Zusammenarbeit bereits vor einigen Jahren machten, sind sie beinahe zwangsläufig zur Modellregion des Landes für so genannte „örtliche Koordinierungskreise" geworden – neben Kleve und Köln. Diese Landesförderung sei bislang zwar lediglich „ideell", sagt der Abteilungsleiter Integrative Hilfen des Ev. Gemeindedienstes und Sprecher des Netzwerks, Christian Bakemeier. Aber er sei zuversichtlich, dass es in Zukunft auch zusätzliche Mittel für das Netzwerk geben kann.

Bielefeld hat mit seinen drei Haftanstalten und insgesamt 2.500 Plätzen eine sehr hohe „Haftplatz-Dichte". Der Durchschnitt beträgt bundesweit 96 Plätze auf 100.000 Einwohner (landesweit ist das Verhältnis 97:100.000). In Bielefeld lautet das Verhältnis 800:100.000. Dass sich die hohe Zahl der Haftplätze statistisch auf die Zahl der Straftaten auswirke, werde durch Statistiken widerlegt. Noch immer sei Bielefeld die landesweit sicherste Großstadt ab 100.000 Einwohnern.

Netzwerk Soziale Strafrechtspflege

■ In dem Netzwerk Soziale Strafrechtspflege haben sich 12 verschiedene Einrichtungen und Organisatoren zusammengeschlossen aus den Bereichen Justiz, Integrationshilfen und Straffälligenhilfe:

- Verein Aktion Straffälligenhilfe
- Bewährungshilfe am Landgericht Bielefeld
- Evangelischer Gemeindedienst
- Haus Nordpark im Evangelischen Johanneswerk
- die Justizvollzugsanstalten Bielefeld-Brackwede I und II sowie die JVA Bielefeld-Senne
- der Kreis 74, Verein für Straffälligenhilfe Bielefeld
- Stiftungsbereich Integrationshilfe der von Bodelschwinghschen Anstalten
- Sozialdienst katholischer Frauen Bielefeld (SKF)
- katholischer Verein für soziale Dienste in Bielefeld (SKM)
- Verein zur Förderung der Straffälligenhilfe.

Der Sprecher dieses Zusammenschlusses ist Christian Bakemeier vom Evangelischen Gemeindedienst, ☎ (05 21) 8 01-27 40. *(big)*

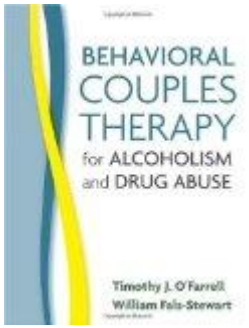
Wollen Menschen in ein straffreies Leben begleiten: *Christian Bakemeier, Abteilungsleiter Integrative Hilfen des Evangelischen Gemeindedienstes, Magdalena Falk, Koordinatorin der Bewährungshilfe Bielefeld, Ulrich Weber, Leitung der Einrichtung Wohnen und Beraten im Stiftungsbereich Integrationshilfen der von Bodelschwinghschen Anstalten, Klaus Loevenich, Vorstand des Vereins zur Förderung der Straffälligenhilfe Bielefeld, und Uwe Nelle-Cornelsen, Leiter der Justizvollzugsanstalt Bielefeld-Brackwede II (von links), gehören zum Netzwerk Soziale Strafrechtspflege.* FOTO: THOMAS F. STARKE

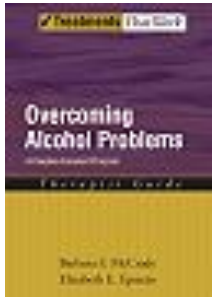
Therapie bei Paaren mit Sucht- und Gewaltproblematik

Was tun, wenn beide Partner (suchtkrank und nicht suchtkrank) an der Partnerschaft festhalten wollen:

Paartherapie i.R. von CRA bzw. nach Timothy O`Farrell und Barbara Mc Crady

Wissenschaftliche Evidenz, dass Behandlungen verbindlicher und erfolgreicher sind, wenn Partner einbezogen werden s. Mc Crady und O`Farrell





Was tun, wenn suchtkranke Elternteile keine suchtspezifische Behandlung nutzen wollen:

Nutzung der Ressourcen der gesunden Familienmitglieder
z.B. CRAFT Konzept

Gewaltprävention

Robert J. Meyers

Gallus Bischoff

Julia Iven

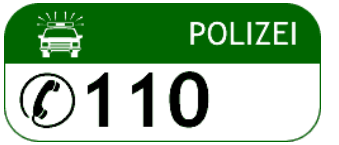
Community Reinforcement Approach Family Training:

- Der Angehörige soll lernen, die Verstärkung von konsumierendem Verhalten zu unterlassen.

- Der Angehörige soll lernen, abstinentes Verhalten zu unterstützen

  Also: Konsumverhalten soll möglichst unattraktiv, abstinentes Verhalten möglichst attraktiv werden

- Meckern soll ganz eingestellt werden (s. Kommunikationstraining).



Community Reinforcement Approach Family Training:

Gewaltpräventive Strategien

- Gewaltgefährdung muss immer thematisiert werden
- Bester Prädiktor für Gewalt ist frühere Gewalt
- Klare Positionierung: Gewalt ist inakzeptabel und in der Verantwortung des Abhängigen
- Frühwarnsignale beachten und gewaltauslösende Trigger indentifizieren
  gewalttätiges Verhalten wird vorhersagbarer
- Notfallplan erarbeiten
- Erreichbarkeit von Hilfemöglichkeiten vor Ort
- Nutzung legaler Sanktionsmöglichkeiten (Polizei) besprechen

Studien zum Thema:

Untersucht wurden 303 männliche Alkoholabhängige und ihre nicht abhängige Partnerin:

60 % der Männer und 64 % der Frauen waren in den letzten 12 Monaten gegenüber dem Partner/Partnerin Gewalttätig. Demgegenüber 12 % bei Paaren ohne Alkoholproblemen

103 alkoholabhängige Frauen und nichtabhängige Partner:

64 % der Männer, 68 % der Frauen gewalttätig.

(O'Farrell 2004).

Unterscheidungskriterien von Gewalt innerhalb von Paarbeziehungen:

- Art und Schwere des Gewalttätigen Verhaltens (Schubs vs. massiver Schläge)
- Häufigkeit (einzelnes Vorkommnis vs. regelmäßiger Gewalt)
- Emotionale bzw. körperliche Auswirkungen (Angst, körperliche Verletzungen)
- Intention des Gewalttäters (geplante Gewalt zur Unterdrückung vs. Kontrollverlust im Rahmen eines Streites)

Patriarchale Gewalt

- Gewalt als Mittel der Kontrolle und Dominanz
- Schwere Form der Gewalt (Männer -> Frauen)
- Häufig mit Verletzungen der Frau einhergehend, stets mit Angst vor dem Mann
- Paartherapie hier nicht indiziert, eher Antigewaltprogramme (über Justiz) bzw. Hilfe angebote/ Schutz für die Frauen notwendig (Frauenhaus, etc.)

Common couple violence

- Gewalt in der Schwere meist weniger gravierend (Schubsen, Schlagen – ohne ernstere Verletzungen)
- Beide Partner kommen als Aggressoren in Frage.
- Geringer Wahrscheinlichkeit den Partner zu verletzen oder zu verängstigen
- Statt Kontrollinstrument, eher Folge von Frustration im Streit
- Geeignete Intervention hier Paartherapie

Ziele der BCT:

- Reduktion des Konsums (Alkohol/Drogen)
- Befähigung des Paares/der Familie die Motivation des Abhängigen zur Abstinenz zu unterstützen
- Veränderung der Interaktion des Paares/ der Familie untereinander

Überblick über BCT:

- Hochstrukturiert
- 12-20 Therapiestunden, anfangs möglichst wöchentlich
- Dauer der Sitzungen 50-60 min.

Module des BCT:

1. Gewinnen des Paares und Vorbereitung
2. Abstinenzunterstützung
3. Stärkung der Paarbeziehung
4. Rückfallprophylaxe

Gewinnen des Paares und Vorbereitung:

Voraussetzung für BCT:

Beide Partner müssen bereit sein selbstverantwortlich ihr Verhalten innerhalb der Beziehung zu verändern

Vorbereitung:

- Motivation zur Therapie schaffen
- Erfassen von Zielen/Wünschen des Paares
- Erste Problembeschreibung
- Risiken erfassen
- Überblick über BCT vermitteln

Ausschlusskriterien für Paartherapie:

- Einer oder bd. Partner berichten von Angst vor Verletzungen, Tod oder erheblichen Repressalien durch den Partner
- Schwere Verletzung infolge gewalttätigen Verhaltens in den letzte 2 Jahren
- Bedrohung oder Verletzung durch den anderen mit Waffen
- Einer oder bd. Partner befürchten negative Folgen einer Paartherapie
- Einer oder bd. Partner planen die Beziehung zu beenden aufgrund der Gewalterfahrungen.

TABLE 1.7. Sequence of Therapeutic Tasks and Sessions in BCT for Alcoholism and Drug Abuse

Therapeutic tasks	Before core BCT sessions	Core BCT sessions												After core BCT sessions
		Early sessions				Middle sessions				Later sessions				
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Initial couple sessions														
1. Engagement	X													
2. Initial interview	X													
3. Assessment for BCT	X	(X)	(X)											
4. Gaining commitment and starting BCT	X	(X)												
Supporting abstinence														
• Recovery Contract														
1. Daily Trust Discussion		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	C
2. Self-help involvement		(X)1	(X)1	(X)1	(X)1	(X)1	(X)1	(X)1	(X)1	(X)1	(X)1	(X)1	(X) 1	C
3. Urine drug screens		(X)1	(X)1	(X)1	(X)1	(X)1	(X)1	(X)1	(X)1	(X)1	(X)1	(X)1	(X)1	C
4. Medication to aid recovery		(X)1	(X)1	(X)1	(X)1	(X)1	(X)1	(X)1	(X)1	(X)1	(X)1	(X)1	(X)1	C
• Other Support for Abstinence														
1. Review substance use or urges to use		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	C
2. Decrease exposure to alcohol and drugs				X	X	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)	C
3. Address stressful life problems			X	X	X	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)	C
4. Decrease behaviors that reward use					(X)	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)	C
Improving the relationship														
• Increasing Positive Activities														
1. "Catch Your Partner Doing Something Nice" (and tell him or her)		X	X	X	X	(X)2	(X)2	(X)2	(X)2	(X)2	(X)2	(X)2	(X)2	C
2. Shared Rewarding Activities				X	X	(X)2	(X)2	(X)2	(X)2	(X)2	(X)2	(X)2	(X)2	C
3. Caring Days				X	X	(X)2	(X)2	(X)2	(X)2	(X)2	(X)2	(X)2	(X)2	C

(continued)

TABLE 1.7. *(continued)*

Therapeutic tasks	Before core BCT sessions	Core BCT sessions												After core BCT sessions
		Early sessions				Middle sessions				Later sessions				
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
• Improving Communication														
1. Communication sessions					X	X	X	X	X	X	X	X	X	C
2. Listening skills						X	X	X	X	X	X	X	X	C
3. Expressing feelings directly							X	X	X	X	X	X	X	C
4. Negotiating for requests								X	X	(X)	(X)	(X)	(X)	C
5. Conflict resolution									X	X	(X)	(X)	(X)	C
6. Problem solving										X	X	(X)	(X)	C
Continuing Recovery														
1. Continuing Recovery Plan											X	X	X	C
2. Action Plan to prevent or minimize relapse												X	X	C
3. Checkup visits for continuing contact														(X)
4. Relapse prevention sessions														(X)
5. Couple and family issues in long-term recovery														(X)

Note. X = This task is part of this session for all or nearly all couples; (X) = this task *may be* part of this session, depending on the couple's needs and choices and the counselor's recommendation; 1 = if part of couple's treatment, this task is part of all BCT sessions; 2 = couple picks at least one of the three positive activities to do for this session; C = partners may choose to continue this procedure after weekly core BCT sessions end, as part of their own self-directed Continuing Recovery Plan or as part of additional checkup visits or relapse prevention sessions conducted by the counselor.

Behandlungsvertrag:

- Tgl. Vertrauensritual
- Selbsthilfegruppen miteinbeziehen
- Monitoring (BE, Drugscreen)
- Medikation zur Abstinenzunterstützung (Antabus, Naltrexon, Acamprosat)
- Notfalltelefonnummern
- Dauer des Vertrages (jeweils bis zur nächsten Stunde
- Kalendereinträge

Vier Versprechen

- Keine Drohungen mit Trennung
- Keine Gewalt, keine Androhung von Gewalt
- Fokus auf die Gegenwart und Zukunft (nicht auf die Vergangenheit)
- Aktive Teilnahme in allen Therapiestunden und Umsetzen der „Hausaufgaben“

Tägliches Vertrauensgespräch

Indexpatient

„ Ich habe in den letzten 24 Stunden keinen Alkohol getrunken und habe vor auch in den nächste 24 Std. keinen Alkohol zu trinken"

„Danke, dass Du mich unterstützt abstinent zu bleiben"

Partner

„Danke. Dass Du in den letzten 24 Stunden keinen Alkohol getunken hast. Ich weiß Deine Anstrengung, abstinent zu bleiben, zu würdigen"

„Typische Struktur" einer BCT-Stunde:

- Begrüßung- Fragen nach Konsum (ggf. Drugscreen); Craving; Einhaltung der Versprechen; Probleme (nur zuhören, Diskussion hierüber verschieben)
- Rückblick auf Einhaltung des „Behandlungvertrages" (Tgl. Vertrauensritual; ggf. üben dessen; erfassen anderer Teile des Vertrages)
- Rückblick auf die letzte Stunde und Hausaufgabe
- Umgang mit aktuellen Problemen (Lösungsansätze finden)
- Vermittlung neuer Materialien (Erklärung, Modelllernen, Rollenspiele)
- Hausaufgaben

RECOVERY CONTRACT CALENDAR

☒ ✓ = Trust Discussion Done

☐ ⊘ = Trust Discussion with Medication (_____)

☒ A = AA or NA Meeting

☒ N = Al-Anon or Nar-Anon

☒ D = Drug Urine + or –

☐ O = Other (_____)

Mo & Yr: September, 20XX

S	M	T	W	T	F	S
						1
2	3	4	✓D+ 5	✓ 6	✓ 7	8
✓ 9	✓A 10	✓ 11	✓D+ 12	✓ 13	✓A 14	✓ 15
✓ 16	✓ 17	✓A 18	✓D+ 19	✓ 20	✓A 21	✓A 22
✓ 23	✓AN 24	✓ 25	✓D– 26	✓ 27	✓A 28	✓A 29
✓ 30						

Mo & Yr: October, 20XX

S	M	T	W	T	F	S
	✓ 1	✓AN 2	✓D– 3	✓ 4	✓ 5	✓A 6
✓ 7	✓AN 8	✓ 9	✓D– 10	✓ 11	✓A 12	✓A 13
✓ 14	✓ 15	✓ 16	✓D– 17	✓ 18	✓A 19	✓A 20
✓ 21	✓ 22	✓AN 23	✓D– 24	✓ 25	✓A 26	✓A 27
✓ 28	✓ 29	✓AN 30	✓D– 31			

Mo & Yr: November, 20XX

S	M	T	W	T	F	S
				✓ 1	✓ 2	✓A 3
✓ 4	✓ 5	✓AN 6	✓D– 7	✓ 8	✓ 9	A 10
✓ 11	✓ 12	✓AN 13	✓D– 14	✓ 15	✓ 16	✓A 17
✓ 18	✓ 19	✓AN 20	✓D– 21	✓ 22	✓ 23	24
✓ 25	✓ 26	✓AN 27	✓D– 28	✓ 29	✓ 30	

Mo & Yr: December, 20XX

S	M	T	W	T	F	S
						✓A 1
✓ 2	✓ 3	✓A 4	✓D– 5	✓ 6	✓ 7	✓A 8
✓ 9	✓ 10	✓AN 11	✓D– 12	✓ 13	✓ 14	✓A 15
✓ 16	✓ 17	✓AN 18	✓D– 19	✓ 20	✓ 21	✓A 22
✓ 23	✓ 24	✓ 25	✓ 26	✓ 27	✓ 28	✓A 29
✓ 30	✓ 31					

RECOVERY CONTRACT

In order to help (patient) Mary with his/her recovery and to bring peace of mind to (partner) Jack, we commit to the following.

Patient's Responsibilities	Partner's Responsibilities
☒ DAILY TRUST DISCUSSION (with medication N.A. if taking it)	
• States his or her intention to stay substance free that day (and takes medication, if applicable).	• Records that the intention was shared (and medication taken, if applicable) on calendar.
• Thanks partner for supporting his or her recovery.	• Thanks patient for his or her recovery efforts.
☒ FOCUS ON PRESENT AND FUTURE, NOT PAST	
• If necessary, requests that partner not mention past or possible future substance abuse outside of counseling sessions.	• Agrees not to mention past substance abuse or fears of future substance abuse outside of counseling sessions.
☒ WEEKLY SELF-HELP MEETINGS	
• Commitment to 12-step meetings: AA mtgs 7pm Tues at church 10am Sat at hospital	• Commitment to 12-step meetings: Al-Anon mtg 7pm Tues at church
☒ URINE DRUG SCREENS	
• Urine Drug Screens: Weekly at counseling sessions	
☐ OTHER RECOVERY SUPPORT	
• _____	• _____

EARLY WARNING SYSTEM

If, at any time, the trust discussion (with medication, if taking it) does not take place for 2 days in a row, we will contact (therapist/phone #: Dr. Tim O'Farrell 123-456-7899) immediately.

LENGTH OF CONTRACT

This agreement covers the time from today until the end of weekly therapy sessions, when it can be renewed. It cannot be changed unless all of those signing below discuss the changes together.

Mary Smith
Patient

Jack Smith
Partner

Tim O'Farrell Ph.D.
Therapist

9 / 12 / xx
Date

Umgang mit Craving und Rückfall:

- Verhaltensanalyse: Identifizieren von Auslösern, Funktion und Folgen
- Vertrauen bilden in Fähigkeiten Craving zu widerstehen (Psychoedukation, Medikation)

Bei aktuellem Konsum:

- Sofortige Unterbrechung der Trinkphase (klären wie…)
- Rückfall als „Lernexperiment" nutzen
- Wiederholte Trinkepisoden benötigen besondere Beachtung
- Auf Paardynamik besonders achten (Schuldgefühle/ Schuldzuweisungen, Co-abhängiges Verhalten, etc.)

Motivation des Paares/Familie zu positiven Verhalten/Aktivitäten

Was ist ein liebevoller, fürsorglicher Umgang in der Beziehung?

Beispiele:

- Essen kochen
- Rechnungen bezahlen
- Hilfe beim Einkaufen
- Tisch decken
- Aufräumen
- Zur Arbeit gehen
- Mit dem Kindern spielen
- Komplimente
- Zärtlichkeiten
- Blumen
- Tee oder Kaffee kochen
- Sich Zeit nehmen
- Kl. Aufmerksamkeiten
- Etc.

Arbeitsblatt:

Wahrnehmen von positiven, liebevollem Verhalten des Partners:

Tag	Datum	Beschreibung des Verhaltens
Mo	05.11.	Hat mit dem Essen auf mich gewartet, obwohl ich so spät von der Arbeit gekommen bin
Di	06.11.	Sagte mir das er mich liebt
Mi	07.11.	Hat italienisch gekocht, anschl. romantischer Abend.
Do	08.11.	War geduldig mit mir, obwohl ich schlecht drauf war
Fr	09.11.	Schöner Spaziergang durch den Wald
Sa	10.11.	Hat mit zugehört (Probleme mit Kollegen)
So	11.11.	Hat mir Kaffe ans Bett gebracht

Nächster Schritt:

Direkte Rückmeldungen geben, über wahrgenommenes positives Verhalten:

Was sagen:

- ✓ „… Ich mag es, wenn Du…"
- ✓ „… Ich fühle mich…, wenn Du…"

Wie sagen:

- ✓ Den anderen ansehen
- ✓ Mit ruhiger, freundlicher Stimme sprechen
- ✓ Aufrichtig, ehrlich, „echt" sein

- Planung pos. gemeinsamer Aktivitäten
- Caring Day! (Den anderen mit etwas Besonderem überraschen)
- Regelmäßige gemeinsame Aktivitäten des Paares/Familie initiieren

Verbesserung der Paarkommunikation

- Basisfähigkeiten vermitteln:
  - ✓ Basiswissen Kommunikation
  - ✓ Kommunikationsübungen
  - ✓ Aktives Zuhören
  - ✓ Direkter Ausdruck von Gefühlen
- Fortgeschrittene Fähigkeiten
  - ✓ Aushandeln von Kompromissen
  - ✓ Konfliktlösetraining
  - ✓ Problemlösetraining

Hindernisse:

- „ALL-TALK-AND-NO-LISTEN“ Syndrom
- Anklagen und Beschämen
- Unterschiedliche Kommunikationsstile

Direkte und Indirekte Kommunikation

Direkt:

- ✓ Verantwortung übernehmen für meine Gefühle
- ✓ Nicht abwarten um Gefühle mitzuteilen
- ✓ Im Gespräch aktiv sein

Indirekt:

- ✓ Anklagen und beschämen des anderen
- ✓ Verzögern/verschieben
- ✓ Passiv abwartend bleiben
- ✓ Trotzig-aggressiv
- ✓ „Gedankenlesen“

Dos and Don‘ts

Do:

- ✓ Benutze „Ich“-Aussagen
- ✓ Übernehme Verantwortung für die Gefühle
- ✓ Teile dem anderen deine emotionale Reaktion auf dessen Handlung mit.
- ✓ Drücke neg. Gefühle mit Worten aus, nicht mit Taten
- ✓ Diskutiere nur eins zur Zeit
- ✓ Zeige Respekt (dem anderen gegenüber und dessen Gefühlen)
- ✓ Zusammenarbeit ist eine Vor-raussetzung zur Problemlösung

Don‘t:

- ✓ Anklagen: „Du…!“
- ✓ Den Partner bzgl. dessen Emo-tionen beschämen
- ✓ Sagen: „immer…“, „nie…“
- ✓ Den anderen verhöhen, belei-digen oder verfluchen
- ✓ Aggressiver Ton, Gesten oder Stimme
- ✓ Gewalt in jeglicher Form
- ✓ Vergangenes „aufwärmen“
- ✓ Versuch die Diskussion zu „gewinnen“ oder den anderen zu verletzen
- ✓ Passives abwarten

Fünf typische Reaktionsmuster bei Konflikten:

- Verbale Aggression
- Körperliche Aggression
- Überschwemmung mit Gefühlen
- Vermeidung und passives Abwarten
- Verbale Konfliktlösung

Einführung Konfliktlösung:

- Vorstellen der 5 Reaktionsmuster
- Erläuterung das Streit in Beziehungen etwas normales ist, der Umgang damit zählt
- Diskutieren der Reaktionsmuster in Bezug auf Konsequenzen für den Streit und das Paar.
- Betrachten, welche Reaktionsmuster das Paar selbst kennt (Beispiele sammeln)
- Einschätzen des Gewaltrisikos (falls notwendig)

Besonderes Augenmerk liegt während der gesamten Therapie auf dem Faktor Sicherheit:

- Klare Verantwortungsübernahme des Täters für sein gewalttätiges Verhalten (ebenso wie für sein Suchtverhalten) gefordert
- Anti-Gewaltabsprache
- Wöchentliches Monitoring
- Rasches Einführen der „Auszeit"
- Gewaltvermeidungsstrategien im Falle eines Rückfalles mit Alkohol – Notfallplan

Richtlinien zum Konfliktmanagement:

- ✓ Sei respektvoll
- ✓ Nutze positive Kommunikationsregeln
- ✓ Emotionale Kontrolle wichtig (Wahrnehmung schärfen)
- ✓ Zeige Bereitschaft den anderen zu verstehen
- ✓ Rede offen, ehrlich und klar (eindeutig)
- ✓ Bleibe möglichst objektiv, vermeide Spekulation („Gedankenlesen")
- ✓ Äußere Wünsche - nicht Forderungen
- ✓ Fokus auf dem gegenwärtigen Konflikt (nicht auf vergangene)
- ✓ Zeige dich kompromissbereit
- ✓ Nutze aktives Zuhören

„Auszeit“:

Hilfreiches Werkzeug, um sich zu beruhigen und Gedanken und Gefühle zu sortieren. Wichtig um Eskalation zu verhindern. Problematisch, wenn eine Partner den Streit schnell klären will, oder die „Auszeit“ als Mittel zu Konfliktvermeidung miss-versteht bzw. missbraucht.

Regeln für „Auszeit“:

- ✓ Wenn ein Partner eine Auszeit verlangt, sollten sich beide auf eine konkrete Zeit einigen wann die Diskussion fortgesetzt werden kann.
- ✓ Der Partner, welcher die „Auszeit“ genommen hat, trägt die Verantwortung die Diskussion fortzusetzen, sobald er bereit und in der Lage ist.

Rückfallprophylaxe:

- Identifizieren von Hochrisikosituationen
- Entwickeln von Strategien mit diesen umzugehen
- Für den Rückfall: Entwurf eines möglichst konkreten „Notfallplans" mit beiden Partnern.

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !