

» Antisoziales Verhalten, Antisoziale Persönlichkeitsstörung und Alkoholismus

Michael Klein

Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen, Köln

Zusammenfassung: Der Missbrauch psychotroper Substanzen ist in hohem Maße mit antisozialem Verhalten verquickt. Von allen Substanzen hat dabei Alkohol sowohl in quantitativer als auch in qualitativer Hinsicht die größte Bedeutung. Gerade bei männlichen Alkoholabhängigen sind immer wieder hohe Komorbiditätsraten mit antisozialen Störungen gefunden worden. Repräsentative epidemiologische Studien zeigen eine Komorbidität zwischen Alkoholabhängigkeit und Antisozialer Persönlichkeitsstörung ASP von 38%. Katamnestic erweist sich diese Gruppe als besonders schwer zu behandeln. Deshalb werden verbesserte Präventions- und Behandlungsformen für diese Personengruppe als dringend notwendig erachtet. Exemplarische Behandlungsansätze werden vorgeschlagen.

Schlüsselwörter: Antisoziales Verhalten – Antisoziale Persönlichkeitsstörung – Alkoholabhängigkeit

Antisocial Behaviour, Antisocial Personality Disorder and Alcohol Independence: The abuse of psychotropic substances is highly confounded with the risk of violent behaviour. This especially is true for alcohol. Male alcohol dependents frequently show elevated rates for alcoholism and antisocial personality disorder (APD) comorbidity. Representative epidemiological studies have shown comorbidity rates of 38%. Follow-up studies of treated alcohol dependent subjects have repeatedly yielded decreased success rates for those individuals suffering also from APD. Thus, increased efforts for the prevention and treatment of comorbid patients (alcoholism and APD) are of primary necessity. Some clinical examples of such approaches finally are given.

Key words: Antisocial Behaviour – Antisocial Personality Disorder APD – Alcohol Dependence – Etiology

„Der Mordtrieb...“, in welchem eine unwiderstehliche Begierde zu morden den Säufer dergestalt ergreift, dass er gegen das bessere Wissen die Handlung begeht, nach Vollbringung derselben aber die größte Betrübnis über die Tat an den Tag legt. Mitunter ist es ihm ganz gleichgültig, wen er angreift, mitunter ist es aber eine gewisse Person, welche er zu morden beabsichtigt. Man hat Beispiele von Säufern, welche auf diese

Weise ihre Frauen, Kinder, Eltern usw. mordeten; oft behaupten sie, wenn sie wieder zur Besinnung gekommen sind, dass eine Halluzination, eine Vision, gewöhnlich ein böser Geist sie zu der Tat gezwungen oder dass eine Stimme ihnen befohlen habe so oder so zu handeln“ [1].

Einführung

Übermäßiger Alkoholkonsum gilt schon seit langem als ein gewichtiger Risikofaktor für antisoziales Verhalten [1,2]. Der enge räumliche und zeitliche Zusammenhang zwischen Alkoholtrinken, insbesondere Alkoholintoxikation, und aggressivem Verhalten im Sinne einer *Risikoerhöhung und -verdichtung* hat sich in einer Vielzahl von experimentellen Studien und Felduntersuchungen bestätigen lassen [siehe zusammenfassend: 3, 4]. Bestimmte Substanzen sind besonders häufig mit Gewaltverhalten assoziiert. Dies sind in erster Linie Psychostimulanzien und Alkohol. Jedoch erst die massenhafte industrielle Produktion und der flächendeckende Vertrieb, vor allem hochprozentiger Alkoholika, hat Gewaltverhalten unter Alkoholeinfluss zu einem ernst zu nehmenden Problem im Alltag der modernen Gesellschaft werden lassen.

Von allen psychoaktiven Drogen ist Alkohol wegen der hohen Konsumraten am häufigsten mit Gewalt assoziiert [5]. Von den volkswirtschaftlichen Folgekosten durch Alkoholprobleme entfallen mindestens 11,3% auf Gewalthandlungen unter Alkoholeinfluss und deren Folgen [6]. Sowohl für Körperverletzungs- als auch für Tötungsdelikte lässt sich aus den jahrhundertealten schwedischen Kriminalarchiven ein langfristiger paralleler Verlauf zwischen der Deliktfrequenz und dem Pro-Kopf-Alkoholkonsum der Gesamtbevölkerung [7] aufzeigen. In der deutschen polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) standen 1998, bezogen auf alle Delikte der Gewaltkriminalität, 25,3% der Tatverdächtigen zum Tatzeitpunkt unter Alkoholeinfluss. Für gefährliche und schwere Körperverletzung lag die Quote bei 27,4%, für Raubmord bei 30,2%, für Körperverletzung mit Todesfolge bei 34,5% und für Totschlag bei 40,8% [8]. Es ergibt sich also eine mit der Schwere des Gewaltdelikts steigende Alkoholisierungsquote [vgl. 9]. Ob dieser Zusammenhang kausaler oder rein korrelativer Natur ist, ist bis heute Gegenstand intensiver Forschung, konnte jedoch bislang nicht endgültig geklärt werden. Es ist jedoch wahrscheinlich, dass diese Bedingungen – je nach Subgruppe und betrachteter Situation – zutreffend sein können, wobei häufiger die korrelative Betrachtungsweise, d.h. Alkohol als ein Faktor unter mehreren, adäquat sein dürfte.

Antisoziales Verhalten und Antisoziale Persönlichkeitsstörung

Antisoziales Verhalten und die Antisoziale Persönlichkeitsstörung (ASP) als Extremform antisozialen Verhaltens sind sehr eng mit dem Konsum psychotroper Substanzen, insbesondere Alkohol, assoziiert. Sie können als *Vorläufer, Begleitumstände und Konsequenzen* von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit auftreten. Unter antisozialen Verhaltensweisen werden solche verstanden, die – beabsichtigt oder in Kauf nehmend – die Beschädigung von Objekten oder die Schädigung anderer Menschen und Lebewesen zur Folge haben. Wenn die Schädigung physischer Art ist, wird dies als Gewaltverhalten definiert.

Die Antisoziale Persönlichkeitsstörung ist nach dem DSM-IV dadurch definiert [10], dass ein tief greifendes Muster von Missachtung und Verletzung der Rechte anderer besteht, das seit dem Alter von 15 Jahren auftritt. Mindestens drei der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

Tab. 1 Merkmale der Antisozialen Persönlichkeitsstörung (ASP) nach dem DSM-IV

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.

Falschheit, die sich in wiederholtem Lügen, dem Gebrauch von Decknamen oder dem Betrügen anderer zum persönlichen Vorteil oder Vergnügen äußert.

Impulsivität oder Versagen, vorausschauend zu planen.

Reizbarkeit und Aggressivität, die sich in wiederholten Schlägereien oder Überfällen äußert.

Rücksichtslose Missachtung der eigenen Sicherheit bzw. der Sicherheit anderer.

Durchgängige Verantwortungslosigkeit, die sich im wiederholten Versagen zeigt, eine dauerhafte Tätigkeit auszuüben oder finanziellen Verpflichtungen nachzukommen.

Fehlende Reue, die sich in Gleichgültigkeit oder Rationalisierung äußert, wenn die Person andere Menschen gekränkt, misshandelt oder bestohlen hat.

Die Diagnose kann nur gestellt werden, wenn die Person mindestens 18 Jahre alt ist, eine Störung des Sozialverhaltens bereits vor der Vollendung des 15. Lebensjahres erkennbar war und das antisoziale Verhalten nicht ausschließlich im Verlaufe einer Schizophrenie oder einer manischen Episode auftritt. Die Lebenszeitprävalenz für ASP in der Allgemeinbevölkerung liegt bei 2,6% [11]. Die Störung ist bei Männern dreimal häufiger als bei Frauen.

Aggressionsprobleme bei Alkoholabhängigen

Korrelative Studien zeigen einen deutlichen Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Gewaltverhalten [12]. Alkohol und Gewaltverbrechen sind mit einer signifikant erhöhten Wahrscheinlichkeit verbunden. Typologische Untersuchungen an Alkoholikern in stationärer Behandlung haben immer wieder verdeutlicht, dass eine Subgruppe dieser Personen erhebliche Aggressionsprobleme aufweist. Dementsprechend wurde mehrfach der Typus des antisozialen Alkoholabhängigen beschrieben [13, 14]. Von 231 zu Beginn der Therapie untersuchten Patienten imponierten 36 Personen (15,6%) durch

ein markant antisoziales Persönlichkeitsprofil [15]. Mittels Clusteranalysen waren 5 stabile Subgruppen eruiert worden. Das Cluster mit den antisozialen Personen war durch folgende Persönlichkeitszüge charakterisiert: Impulsivität, Unbeherrschtheit, Minderwertigkeitsgefühle, Reizbarkeit, geringe Frustrationstoleranz, egozentrisches Durchsetzen eigener Interessen, Dominanzstreben, Misstrauen, Rigidität, Nichtbeachtung sozialer Normen. Das Cluster besteht fast ausschließlich aus Männern (97,2%), weist außerordentlich viele Personen aus einer suchtbelasteten Herkunftsfamilie (33,3%) und Arbeitslose (52,8%) auf. Der Einstieg in die Suchtkarriere erfolgte von allen Clustern zum frühesten Zeitpunkt [16]. Katamnestisch weist dieses Cluster die schlechteste Prognose auf: Nach fünf Jahren wird eine Abstinenzquote von nur 30,6% (Gesamtgruppe: 39,4%), nach zehn Jahren von 22,2% (Gesamtgruppe: 27,3%) erreicht.

Andere Autoren liefern ähnliche Resultate: Von 59 Alkoholabhängigen in stationärer Behandlung berichteten 57,6% wenigstens einen Akt physischer Gewalt gegen einen Familienangehörigen in den letzten zwölf Monaten vor Therapiebeginn [9]. Dieser Wert liegt um das 2,5fache höher als der für nicht alkoholabhängige Vergleichspersonen.

In Orientierung an der bekannten Cloninger-Typologie, nach der einer von zwei Typen durch fast ausschließlich männliche Personen mit einem frühen Einstieg (<25 Jahre) in die Alkoholabhängigkeit vor dem Hintergrund häufiger familiärer Suchtbelastung charakterisiert ist, fanden Koeter u. Mitarb. [17] folgende Ergebnisse: Die Patienten, die vor dem 25. Lebensjahr eine Alkoholabhängigkeit entwickelt hatten, wiesen zu 87% alkoholbezogene Delikte auf. Die Gruppe der Patienten, die erst mit höherem Lebensalter eine Alkoholabhängigkeit entwickelt hatte, wies einen Vergleichswert von 42% auf.

In einer Untersuchung zu häuslicher Gewalt zeigte sich, dass die 107 alkoholabhängigen Patienten in Behandlungseinrichtungen im Vergleich mit 2143 Kontrollprobanden deutlich gewalttätiger waren: 83% der Alkoholiker hatten sich in vergangenen Partnerbeziehungen gewalttätig verhalten im Vergleich zu 28% der Kontrollprobanden. 55% der Alkoholiker waren in ihrer Partnerbeziehung im letzten Jahr gewalttätig im Vergleich zu 16% der Kontrollprobanden [18].

Das Vorhandensein einer Antisozialen Persönlichkeitsstörung als komorbide Diagnose bei Alkoholabhängigen erhöht sich noch, wenn die Probanden in ihrer Kindheit selbst Missbrauchserfahrungen erlitten haben (siehe Tab. 2). Wie Windle u. Mitarb. [19] anhand einer großen Patientengruppe (n=802) zeigen konnten, liegt die Komorbidität aus Alkoholabhängigkeit und ASP bei Männern um über 20 Prozentpunkte und bei Frauen um über 15 Prozentpunkte niedriger, wenn die Patienten in ihrer Kindheit und Jugend keine Missbrauchserfahrungen gemacht haben. Die Autoren betrachten folgerichtig frühe Gewalterfahrungen als einen wesentlichen ätiologischen Faktor bei der Entstehung komorbider Alkoholismus-/ASP-Störungen.

Eine Studie zur Familiengeschichte alkoholabhängiger Patienten erbrachte das Ergebnis, dass Personen mit elterlicher Abhängigkeit signifikant häufiger von körperlicher und seelischer Gewalt im Elternhaus berichten als Personen ohne suchtkranke Eltern [20]. Fast ein Drittel (32,5%) der Personen

n=802 Patienten in Therapie	kein Missbrauch	physischer Missbrauch	sexueller Missbrauch	beide Missbrauchsformen
Frauen	11%	26%	29%	38%
Männer	29%	49%	48%	60%

Tab. 2 Das Vorhandensein einer ASP-Diagnose bei alkoholabhängigen Patienten in Therapie in Abhängigkeit von Missbrauchserfahrungen in der Kindheit [19]

mit einem alkoholabhängigen Elternteil erlebte körperliche Gewalt täglich oder oft im Vergleich zu 9,1% bei Personen ohne einen alkoholabhängigen Elternteil.

Komorbiditätsraten

Von allen komorbiden Störungen ist die Antisoziale Persönlichkeitsstörung am häufigsten mit Substanzmissbrauch kombiniert [12]. Zahlreiche Studien deuten darüber hinaus darauf hin, dass stark aggressives Verhalten oder Betrugsstörungen in der Kindheit Risikofaktoren für Alkoholmissbrauch und gewalttätiges Verhalten im jungen Erwachsenenalter sind [5].

Die meisten Untersuchungen mit klinischen Samples zeigen eine Gesamtkomorbiditätsquote um 60% [21], bei der dann wiederum die ASP die höchste Einzelquote erreicht. Suchtkranke gelten als besonders gefährdet hinsichtlich des Vorhandenseins einer impulsiven Persönlichkeitsstörung (Antisoziale, Borderline, Histrionische und Narzisstische Persönlichkeitsstörung). Die antisoziale Persönlichkeitsstörung (ASP) ist am häufigsten von allen Persönlichkeitsstörungen mit Substanzmissbrauch assoziiert. Der Zusammenhang zwischen einer Substanzabhängigkeit als Achse-I-Störung und ASP als Achse-II-Störung wurde in 40 Studien mit insgesamt 9828 Probanden untersucht [22]. Es ergab sich ein Range für die Komorbiditätsraten zwischen Alkoholabhängigkeit und ASP von 1 bis 52% bei einem Median von 18%. Die gewaltigen Unterschiede resultieren aus der Verwendung unterschiedlicher Diagnosemethoden, Diagnoseinstrumente und Stichproben.

Bei einer Gruppe von 148 konsekutiv aufgenommenen Patienten einer stationären Therapieeinrichtung zeigt sich von allen komorbiden Diagnosen die ASP mit 49% als die häufigste [24]. Morgenstern u. Mitarb. [23] fanden bei 366 Suchtmittelmissbrauchern in Therapie 22,7% mit der Diagnose Antisoziale Persönlichkeitsstörung (nach DSM-III-R). Dabei gab es mit 25,7% signifikant mehr Männer als Frauen, deren Rate 9,1% betrug. In einer methodenkritischen Studie wurden 370 Alkoholabhängige zu Beginn einer stationären Behandlung ausführlich diagnostisch untersucht [25]. Dabei wurden diejenigen Symptome der ASP, die nur im Zustand der Alkoholintoxikation zutreffend waren, ausgeschlossen, um den unabhängigen Einfluss der ASP auf die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit zu identifizieren. Unter den strengeren Diagnosekriterien erreichten 27% (alkoholismusunabhängige Symptome), unter den erweiterten zusätzliche 18,4% (substanzbezogene Symptome) eine komorbide ASP- und Alkoholabhängigkeitsdiagnose. Zu den ASP-Symptomen, die am häufigsten unter Alkoholintoxikation auftraten, gehörten: Verstöße gegen das Gesetz, die Unwahrheit sagen, häufiges Wechseln der Arbeitsstelle und unverantwortlicher Umgang mit Geld. Die kombinierte Verwendung der unabhängigen und substanzbezogenen Symptome erbrachte eine deutliche

Verbesserung der Reliabilitäten (Kappa erhöhte sich von 0,32 auf 0,65).

In repräsentativen epidemiologischen Studien zur Auftrittshäufigkeit und den Komorbiditätsraten der ASP zeigten sich folgende Resultate [13]:

Die große repräsentative Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der US-Bevölkerung, die Epidemiologic Catchment Area Study ECA [11], erbrachte bei einer Ausgangsstichprobe von 20291 interviewten Personen eine Lebenszeitprävalenz für alkoholbezogene Diagnosen von 13,5% und für ASP von 2,6%. Von allen Personen mit einer alkoholbezogenen Diagnose weisen 14,3% auch eine ASP-Diagnose auf. Dies entspricht einer stark signifikanten Erhöhung der Wahrscheinlichkeit im Verhältnis zur Basisrate nicht Suchtkranker (Odds Ratio) von 21,0. Ähnlich hoch ist die Komorbiditätsrate mit 11,7% auch im National Comorbidity Survey NCS [26].

Bei den insgesamt 800 Probanden des St. Louis Health Surveys (SLHS) ergab sich eine Lebenszeitprävalenz für ASP bei Männern von 6,4%, bei Frauen von 0,9%. In der jüngsten Altersgruppe der 18- bis 29-Jährigen ist mit 8,4% am häufigsten eine ASP-Diagnose festzustellen. Bezüglich der Komorbiditätsquoten sind 38% der Probanden alkoholabhängig bei gleichzeitigem Vorliegen einer ASP-Diagnose. Bei weiteren 12% der antisozial Gestörten liegt wenigstens eine Verdachtsdiagnose auf Alkoholabhängigkeit vor.

Funktionalität des Alkoholkonsums

Der Einfluss psychoaktiver Substanzen auf das Gewaltverhalten kann als *risikohaft auslösender und erleichternder (damit auf jeden Fall begünstigender), aber nicht zwingend ursächlicher Faktor* angesehen werden. Alkoholkonsum als solcher hat wahrscheinlich nur in einer geringen Zahl von Fällen direkten kausalen Einfluss auf das Auftreten von Gewaltverhalten. Viel häufiger wird über die Vermittlung mit genetischen und sozialen Faktoren sowie mit biochemischen, neuropsychologischen und kognitiven Verarbeitungsmechanismen im Gehirn des Menschen Alkoholkonsum zu einem potenten Risikofaktor im Sinne eines Auslösers („trigger“) für Gewaltverhaltensweisen. Der Alkohol weist dabei über verschiedene Wirkkonsequenzen entscheidende Funktionalitäten zur Auslösung antisozialen Verhaltens auf. Dazu gehören die Hemmung von Ängsten, die Einschränkung der Wahrnehmung und die Stimulation psychomotorischer Funktionen [27].

Die Analyse von Gewaltakten bei Vorliegen einer Alkoholintoxikation zeigt, dass meist ein verbaler Streit, bestehend aus Drohungen und Einschüchterungen, vorausgeht. Dem folgt eine mehr oder weniger schnelle Eskalation, die dann schließlich zu physischer Gewalt führen kann. Entscheidend ist oft, dass die alkoholisierte Person sich provoziert fühlt, was gerade als ein Resultat der veränderten kognitiven Funktionen

anzusehen ist. Höhere Alkoholdosen gehen mit einem aggressiveren Reagieren auf Provokationen einher [4]. Das Opfer beginnt die Auseinandersetzung genauso oft wie der alkoholintoxizierte Täter. Allerdings ist es die alkoholintoxizierte Person, die häufiger eine Eskalation der Auseinandersetzung beschleunigt [12].

Zu den psychologischen Risiken, die eine vermittelnde Rolle zwischen Alkoholtrinken und Gewaltverhalten spielen können, zählen vor allem die Erwartung an die aggressionsfördernde Wirkung und angstvermindernde Wirkung des Alkohols sowie eine Zunahme der Euphorie und des unrealistischen Denkens. So fanden Lang u. Mitarb. [28], dass bei starken sozialen Trinkern allein die Erwartung in die Wirkung von Alkohol aggressives Verhalten verstärkte.

Einzelresultate zum Zusammenhang zwischen Alkoholintoxikation und Gewaltverhalten

Aggressive Handlungen sind bei ansteigender Blutalkoholkonzentration wahrscheinlicher als bei absteigender [3,5]. Die Ursache hierfür wird darin gesehen, dass in dieser Phase die stimulierenden und euphorisierenden Effekte des Alkohols am stärksten sind. Im Alkoholentzug sind derartige Verhaltensweisen seltener, auch wenn es im Entzugsdelirium zu unberechenbaren, gewalttätigen Handlungen kommen kann. Die konsumierte Alkoholmenge scheint nur innerhalb eines bestimmten „Korridors“ von Blutalkoholkonzentrationen (BAK) im Sinne einer kurvilinearen Funktion die Gewaltbereitschaft zu steigern. Sehr niedrige und sehr hohe BAK-Werte legen eine niedrige, teilweise sogar erniedrigte Gewaltbereitschaft nahe, während mittlere Werte von 0,15 bis ca. 0,25% BAK [29] das Risiko für Gewaltverhalten steigern können. Innerhalb des Wirkungskorridors erzeugen höhere Dosen Alkohol aggressiveres Verhalten als niedrigere Dosen [3].

Sogar üblicherweise wenig betrachtete situative Variablen wie die Temperatur der Umgebung haben einen Einfluss auf die alkoholassoziierte Gewalt; entsprechende Verhaltensweisen steigen in ihrer Frequenz ab einer Temperatur von knapp über 30 °C sprunghaft an [30]. Bis zum 40. Lebensjahr überwiegen bei Gewaltverbrechen die alkoholisierten Täter, während sich danach ein umgekehrtes Verhältnis zeigt [29]. Die Geschlechtsvariable scheint neben der Altersvariablen von fundamentaler Bedeutung für die Bahnung bzw. Verhinderung von gewalttätigem Verhalten unter Alkoholeinfluss zu sein. Viele Studien unterstreichen, dass Männer eher zu exzessivem sozialen Trinken („binge drinking“) tendieren als Frauen, unter dem sie dann auch häufiger aggressives Verhalten zeigen. Auch die Untersuchungen zur familiären Gewalt unterstreichen die wichtige Bedeutung des Alkoholtrinkens durch die Väter und Ehemänner. Leonard u. Jacob [31] fassen diesbezügliche Studien zusammen und kommen zu dem Ergebnis, dass Alkoholisierungsquoten von 60% bis 80% bei Männern aufzufinden sind, die ihre Frauen schlagen.

Theoretische Erklärungsmodelle

Unter den theoretischen Modellen zur Erklärung des Zusammenhangs zwischen Alkohol und Gewalt dominierte lange Zeit die Disinhibitionstheorie, derzufolge die Wirkung des Alkohols auf das Gehirn eine Hemmung vieler Funktionen, so

z.B. auch der Angst und der Unsicherheit, erzeuge. Über den Weg der „Hemmung der Hemmung“ werde auch aggressives (oft zunächst nur verbales) und gewalttätiges Verhalten gebahnt. Es bleibt dabei jedoch offen, warum in manchen Situationen Personen Gewaltverhalten zeigen, während in anderen genau dies nicht geschieht oder sogar mit Rückzug reagiert wird. Ganz offensichtlich gibt es jedoch keinen Automatismus etwa in dem Sinne, dass erhöhter Alkoholkonsum zu erhöhter Gewaltbereitschaft führen muss. Daher betonen neuere Theorien die Wichtigkeit der zusätzlichen Berücksichtigung differenzieller Faktoren und deren Interaktionen, wie z.B. der konsumierten Alkoholmenge und -art, der neuropsychologischen Effekte des Alkohols, der sozial-kognitiven Erwartungen an die Alkoholwirkungen, zugrunde liegender oder koinzidenzieller Persönlichkeitsfaktoren und Dispositionen sowie der jeweiligen Situations- und Kontextbedingungen. Die neueren theoretischen Ansätze mit kognitivem Hintergrund können in drei Hauptgruppen unterteilt werden [32]:

1. *Anxiolyse*: Diese Theoriengruppe greift die traditionellen Überlegungen der Enthemmungstheorien wieder auf, dass die Alkoholwirkung aufkommende Angstgefühle dämpft, was wiederum die Auslösung aggressiver Impulse erleichtert.
2. *Hemmungskonflikt*: Hierbei kann ein Verhalten von einer ganzen Reihe von Reizen („Cues“) ausgelöst und von einer anderen Reihe von Reizen gehemmt werden, wobei die beiden Reizgruppen vom Individuum konflikthaft erlebt und verarbeitet werden. Die Alkoholwirkung engt nun die kognitiven Wahrnehmungs- und Informationsverarbeitungskapazitäten ein, so dass die intoxizierte Person mit geringerer Aufmerksamkeit Reize verarbeitet. Dadurch reagiert sie in einer potenziellen Konfliktsituation nur noch auf die besonders herausragenden Cues. Dies kann wegen der dann geringeren Differenziertheit der Wahrnehmung eine Begünstigung der verhaltensbahnenden statt der hemmenden Cues und damit eine aggressive Reaktion zur Folge haben.

Beiden Theorien gemein ist die Vorstellung, dass sich die Reaktion auf hemmende Reize unter Alkohol- und Drogenintoxikation verändert, und zwar meist verringert, was eine erhöhte Gewaltbereitschaft zur Folge haben kann.

3. *Selbstaufmerksamkeit*: Diese dritte Theorie betrachtet Situationen verstärkter Aufmerksamkeit für hemmende Reize. Selbstbezogenheit wird als ein Zustand verstanden, in dem ein selbstregulatorischer Prozess beginnt, der auf Selbstanahmen, Selbstbild und Selbstkonzept beruht und diese konsistent zu erhalten bestrebt ist. Im intoxizierten Zustand speichern Personen nach dieser Theorie jedoch weniger selbstrelevante Informationen ab, so dass sie eher von äußeren Reizen und deren Bewertung gesteuert werden. So wird erklärt, dass Personen, die sich im nüchternen Zustand eher wenig aggressiv verhalten, unter Alkoholeinfluss leichter aggressives Verhalten zeigen, da sie dann weniger ihren inneren Standards folgen müssen.

Therapieansätze bei komorbiden Alkoholabhängigen

Um die Effektivität von Suchttherapien weiter zu verbessern, scheint die Integration des Themas der Komorbidität mit aggressiven antisozialen Störungen in entsprechende Therapiekonzepte unerlässlich. Während schon seit Jahren die Rolle der Opfer von Gewalttaten (z.B. im Bereich des sexuellen

Missbrauchs bzw. der sexuellen Misshandlung) zu Recht thematisiert wird, stellt die Behandlung des Gewalttäters ein anscheinend viel größeres Tabu dar. Bislang sind erst einzelne Ansätze bekannt, die auf den Zusammenhang zwischen Alkoholabhängigkeit und ASP fokussieren [33,34]. Bisweilen geschieht diese Arbeit auch im Rahmen des Straf- und Maßregelvollzugs.

Manche Praxisansätze gehen davon aus, dass Alkoholabhängige je nach Ätiologie aggressiv über- bzw. unterkontrolliert sind [33] und dementsprechend unterschiedliche Hilfeangebote brauchen. Die Überkontrollierten sollen die Fähigkeit erlernen, sich ohne Alkoholeinfluss angemessen aggressiv zu behaupten, während sich die Unterkontrollierten mehr Impuls- und Verhaltenskontrolle in frustrierenden Situationen aneignen sollen. Nolting [35] listet folgende Methoden der effektiven Aggressionskontrolle auf:

1. die Veränderung der Anreger bzw. Auslöser für Aggressionen,
2. eine alternative Bewertung der Anreger für aggressives Verhalten (z.B. durch kognitive Umstrukturierung),
3. die Förderung der Aggressionshemmungen,
4. die Förderung der Alternativen zu aggressivem Verhalten.

Schließlich sind in jüngerer Zeit integrative Ansätze unter dem Stichwort „Anti-Aggressivitäts-Training“ für Gewalttäter [36] entwickelt worden. Diese behandeln Gewalttäter im Strafvollzug, die häufig unter Alkoholeinfluss straffällig wurden. Im Zentrum des multimethodalen Trainings stehen konfrontative, erlebnisaktivierende und kognitive Verfahren.

Schlussbetrachtung

Alkoholmissbrauch und antisoziales Verhalten gehören zu den schwerwiegendsten Problemen moderner Gesellschaften, einzeln betrachtet und noch mehr in ihrer häufig auftretenden Kombination und Koinzidenz. Dies gilt für öffentliche Räume (z.B. Volksfeste, Diskotheken, Fußballspiele) als auch für den sozialen Nahraum (Partnerschaften, Familien). Die präventiven und therapeutischen Bemühungen, der kombinierten Problematik Alkoholmissbrauch und antisozialer Störungen gerecht zu werden, sind noch allzu rudimentär ausgeprägt. Katamnesen im Bereich der stationären Einrichtungen haben wiederholt deutlich schlechtere Effizienzquoten für die komorbiden Patienten erbracht [15,37]. Therapeutische Einrichtungen im Suchtbereich sollten ihre Ergebnisqualität durch routinemäßige Screeningdiagnostik auf antisoziale Tendenzen und anschließende differenzielle Therapiemaßnahmen (in Form von Einzel- und Gruppenbehandlung) verbessern.

Literatur

- 1 Huss M. Alkoholismus chronicus. Stockholm: CE Fritze, 1852
- 2 Baer A. Ueber die Trunksucht, ihre Folgen und ihre Bekämpfung. In: v. Leyden E, Klemperer F (Hrsg). Die Deutsche Klinik am Eingange des zwanzigsten Jahrhunderts in akademischen Vorlesungen. VI. Band, 2. Abtheilung: Geisteskrankheiten, Berlin: Urban & Schwarzenberg, 1906: 225–296
- 3 Bushman BJ, Cooper HM. Effects of alcohol on human aggression: An integrative research review. *Psychological Bulletin* 1990; 107: 341–354
- 4 Moss HB, Tarter RE. Substance abuse, aggression, and violence. What are the connections. *The American Journal on Addictions* 1993; 2: 149–160
- 5 Reiss AJ, Roth JA (Hrsg). *Understanding and preventing violence*. Washington D. C.: National Academy Press: 1993
- 6 Rice RD. The economic cost of alcohol abuse and alcohol dependence: 1990. *Alcohol Health and Research World* 1993; 17: 10–18
- 7 von Hofer H, Lenke L. Alkohol und traditionelle Gewaltkriminalität. *Theorie und Ideologie im Licht schwedischer Empirie. Kriminalsoziologische Bibliografie* 1986; 13: 108–117
- 8 Bundeskriminalamt. *Polizeiliche Kriminalstatistik Bundesrepublik Deutschland. Berichtsjahr 1998*. Bundeskriminalamt, Kriminalistisches Institut (Fachbereich KI 12) des BKA 1999
- 9 Brown TG, Werk A, Caplan T et al. The incidence and characteristics of violent men in substance abuse treatment. *Addictive Behaviors* 1998; 23: 573–586
- 10 Sass H, Wittchen HU, Zaudig M et al. Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM-IV. *Deutsche Bearbeitung*. Göttingen: Hogrefe, 1998
- 11 Regier DA, Farmer ME, Rae DS et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *Journal of the American Medical Association* 1990; 261: 2511–2518
- 12 Murdoch D, Pihl RO, Ross D. Alcohol and crimes of violence: Present issues. *The International Journal of the Addictions* 1990; 25: 1065–1081
- 13 Cloninger CR, Bayon C, Przybeck TR. Epidemiology and axis I comorbidity of antisocial personality. In: Stoff DM, Breiling J, Maser JD (Hrsg). *Handbook of antisocial behavior*, New York: Wiley, 1997: 12–21
- 14 Zucker RA. The four alcoholisms: A developmental account of the etiologic process. In: Rivers PC (Hrsg). *Alcohol and addictive behavior*. Lincoln: University of Nebraska Press, 1987: 27–83
- 15 Klein M. Klassifikation von Alkoholikern durch Persönlichkeits- und Suchtmerkmale. *Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V.* Bonn: Nagel, 1992: 9
- 16 Alterman AI, Cacciola JS. The antisocial personality disorder diagnosis in substance abusers: Problems and issues. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1991; 179: 401–409
- 17 Koeter MJW, van den Brink W, Hartgens C. Cloninger's type I and II alcoholics amongst treated alcoholics: Prevalence and validity of the construct. *European Addiction Research* 1995; 1: 187–193
- 18 Livingston LR. Measuring domestic violence in an alcoholic population. *Journal of Sociology & Social Welfare* 1986; 13: 934–953
- 19 Windle M, Windle RC, Scheidt DM et al. Physical and sexual abuse and associated mental disorders among alcoholic inpatients. *American Journal of Psychiatry* 1995; 152: 1322–1328
- 20 Klein M, Zobel M. Kinder in suchtbelasteten Familien – Psychologische Suchtforschung unter transgenerationaler und ätiologischer Perspektive. In: *Fachverband Sucht (Hrsg). Suchtbehandlung. Entscheidungen und Notwendigkeiten*, Geesthacht: Neuland. *Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V.* 1999; 22: 244–257
- 21 Yates WR, Petty F, Brown K. Alcoholism in males with antisocial personality disorder. *The International Journal of the Addictions* 1998; 23: 999–1010
- 22 Verheul R, van den Brink W, Hartgens C. Prevalence of personality disorders among alcoholics and drug addicts: An overview. *European Addiction Research* 1995; 1: 166–177
- 23 Stasiewicz PR, Bradizza CM, Connors GJ. Subject-collateral reports of drinking in inpatient alcoholics with comorbid mental disorders. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 1997; 21: 530–536
- 24 Morgenstern J, Langenbucher J, Labouvie E et al. The comorbidity of alcoholism and personality disorders in a clinical population: Prevalence rates and relation to alcohol typology variables. *Journal of Abnormal Psychology* 1997; 106: 74–84

- ²⁵ Rounsaville BJ, Kranzler HR, Ball S et al. Personality disorders in substance abusers: Relation to substance abuse. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1998; 186: 87–95
- ²⁶ Kessler RC, Nelson CB, McGongale KA et al. The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders in the National Comorbidity Survey: Implications for prevention and service utilization. *American Journal of Orthopsychiatry* 1996; 66: 17–31
- ²⁷ Pihl RO, Peterson JB, Lau MA. A biosocial model of the alcohol-aggression relationship. *Journal of Studies on Alcohol* 1993; 54 (Supply, No. 11); 128–139
- ²⁸ Lang AR, Goeckner DJ, Adesso VJ et al. Effects of alcohol on aggression in male social drinkers. *Journal of Abnormal Psychology* 1975; 84: 508–518
- ²⁹ Berghaus G, Lingscheidt T, Dotzauer G. Alkoholaffine Merkmalskonstellationen bei Aggressionstätern. *Archiv für Kriminologie* 1981; 167: 70–82
- ³⁰ Bradford JMW, Greenberg DM, Motayne GG. Substance Abuse and criminal behavior. *Clinical Forensic Psychiatry* 1992; 15: 605–622
- ³¹ Leonhard KE, Jacob T. Alcohol, alcoholism and family violence. In: Van Hasselt VB, Morrison RL, Bellack AS, Hersen M (Hrsg). *Handbook of family violence*, New York: Plenum Press, 1988: 383–406
- ³² Ito TA, Miller N, Pollock VE. Alcohol and aggression: A meta-analysis on the moderating effects of inhibitory cues, triggering events, and self-focused attention. *Psychological Bulletin* 1996; 120: 60–82
- ³³ Vogelgesang M, Martin J, Staufer H et al. Gruppeninterventionsprogramm für Patienten mit aggressiven Störungen. *Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin* 1995; 16: 149–169
- ³⁴ Wanberg KW, Milkman HB. *Criminal conduct and substance abuse treatment. Strategies for self-improvement and change. The provider's guide*. Thousand Oaks: Sage, 1998
- ³⁵ Nolting HP. *Lernfall Aggression. Wie sie entsteht – wie sie zu vermindern ist*. Reinbek: Rowohlt, 1997
- ³⁶ Weidner J. *Anti-Aggressivitätstraining für Gewalttäter. Ein delikt-spezifisches Behandlungsangebot im Jugendstrafvollzug*. Bonn: Forum Verlag. 3. erw. Aufl., 1995
- ³⁷ Hesselbrock MN. Gender comparison of antisocial personality disorder and depression in alcoholism. *Journal of Substance Abuse* 1991; 3: 205–219

Prof. Dr. Michael Klein

Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen
Fachbereich Sozialwesen
Forschungsschwerpunkt Sucht
Wörthstraße 10
50668 Köln