

Journal für

# Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/  
JNeurolNeurochirPsychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

## Substanzabhängigkeit und Aggressivität

Schläfke D, Kupke F, Dette C

*Journal für Neurologie*

*Neurochirurgie und Psychiatrie*

2010; 11 (3), 70-76

Homepage:

**www.kup.at/**

**JNeurolNeurochirPsychiatr**

Online-Datenbank  
mit Autoren-  
und Stichwortsuche

Indexed in  
EMBASE/Excerpta Medica/BIOBASE/SCOPUS

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031117M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-

# 77. Jahrestagung

Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie



2026  
7.–10. Juni  
AACHEN

Personalisierte Neurochirurgie – digital, kompetent, vernetzt

Joint Meeting with the Belgian Society and the Dutch  
Society of Neurosurgery and Neurosurgeons of Luxembourg

[dgnc-kongress.de](http://dgnc-kongress.de)

*Werfen Sie einen  
Blick ins Programm!*



*Registrieren  
Sie sich jetzt!*



© engel.ac-book.ac.be

# Substanzabhängigkeit und Aggressivität

D. Schläfke, F. Kupke, C. Dette

**Kurzfassung:** Hintergrund: Der Konsum von Alkohol und psychotropen Substanzen zeigt in Deutschland eine hohe Ausprägung und führte zur Entwicklung einer speziellen Entziehungsmaßregel (§ 64 StGB) für Menschen, die eine Straftat im Zusammenhang mit ihrer Sucht begangen haben. Es gibt nur wenige Untersuchungen zum Zusammenhang von süchtigem Verhalten und Aggressivität bzw. Delinquenz, die mit diesen Studienergebnissen erweitert werden sollen.

**Methode:** Für die Untersuchung wurden die Informationen aus der Basisdokumentation (BADO mit delinquenter und psychiatrischer Vorgeschichte) und die Daten der Aufnahmediagnostik (SCL-90-R, STAXI) aus der Klinik für Forensische Psychiatrie Rostock ausgewertet. Es lagen von 268 Probanden die Daten aus der BADO (Gruppe 1) und von 116 Probanden die Daten von SCL-90-R und STAXI (Gruppe 2) vor.

**Ergebnisse:** Deutlich wurden Zusammenhänge zwischen einem frühen Suchtmittelkonsum und dem kindlichen bzw. jugendlichen Alter bei Delinquenzbeginn und zu gleichzeitig vorliegenden, vielfältigen psychosozialen Problemen und psychischen Auffälligkeiten bei diesen Patienten. In der Psychodiagnostik gab die Patientengruppe mit Suchtbeginn vor dem 16. Lebensjahr eine signifikant höhere Bereitschaft an, sich aggressiv durchzusetzen. Gleichzeitig sind diese Patienten auch signifikant weniger gut in der Lage, ihren Ärger zu kontrollieren. Sie weisen ein höheres Ausmaß an Aggressivität/Feindseligkeit sowie eine höhere Belastung mit komorbiden psychischen Störungen auf.

**Schlussfolgerung:** Insbesondere für junge Menschen scheint eine enge Beziehung zwischen früh einsetzendem Suchtmittelgebrauch und vielfältigen sozialen Problemen zu bestehen, die dann auch aggressives und delinquentes Handeln einschließen. Eine klare Beziehung zwischen einzelnen aggressionsauslösenden Faktoren und dem spezifischen Verhalten in einer Gewalthandlung konnte nicht hergestellt werden. Jedoch weisen die Ergebnisse auf eine prinzipielle Unterscheidungsfähigkeit zwischen den Altersstufen des Suchtmittelkonsumbeginns auch in psychologischen Variablen zur Aggressivität.

**Schlüsselwörter:** Alkohol, psychotrope Substanzen, Entziehungsmaßregel, Deutschland, Aggression, Delinquenz

**Abstract: Addiction and Aggressiveness.**

**Aim:** The consumption of alcohol and illicit drugs shows a high incidence rate in Germany and has led to the development of a special regulation regarding the placement of offenders who have committed a crime in connection with their addiction and if there is a danger that they will commit serious unlawful acts as a consequence of their proclivity in an institution for withdrawal treatment (Criminal Code Section 64 [StGB]). Nevertheless, there are only a few studies indicating an association between addictive behaviour and aggressiveness or crime. Our recent results amend these previous studies.

**Methods:** Data was used from the diagnostic investigation of patients at the beginning of their accommodation at the forensic psychiatric clinic in Rostock, Germany. Basic documentation (BADO) was available for 268 inpatients (group 1), psychological data (SCL-90-R, STAXI) was available from 116 inpatients (group 2).

**Results:** There was a strong correlation between early use of addictive drugs and early onset of delinquency on the one hand and the existence of manifold psychosocial problems and mental disorders on the other. For the group of offenders with substance abuse before the age of 16 the psychological test data shows that they have a higher inclination to resort to aggressive behaviour. They are also less able to control their anger and show a higher extent of aggression/hostility as well as co-morbid psychological disorders.

**Conclusion:** Especially for young offenders there seems to be a close relationship between early substance use and various social problems, including aggressive and delinquent behaviour. There is no clear link between aggression-causing factors and specific behaviour during the act of violence. However, the results indicate an in-principle differentiation in the onset age of substance use with regard to psychological variables such as aggressiveness. **J Neurol Neurochir Psychiatr 2010; 11 (3): 70–6.**

**Key words:** Alcohol, illicit drugs, withdrawal treatment, Germany, aggression, delinquency

## ■ Einleitung

In der forensischen Psychiatrie ist die Beurteilung des Zusammenhanges zwischen Suchtmittelkonsum und Straftat oft schwierig, da eine einfache Beziehung meist nicht besteht, sondern aggressives Verhalten zum Teil schon als eingeschliffenes Muster (z. B. im Rahmen einer Dissozialität) vorliegt. Aggressivität wird als Persönlichkeitsmuster oder Bereitschaft, aggressiv zu reagieren, beschrieben. Aggression selbst ist ein komplexes Geschehen, dessen Entstehung in der Regel multifaktoriell beschrieben wird [1]. Substanzmittelmissbrauch oder -gebrauch ist dabei ein wichtiger pharmakogener aggressionsfördernder Faktor. Gleichwohl wird in kriminologischen Abhandlungen häufig auf den Zusammenhang zwischen Alkohol- und Drogengebrauch und einer hohen Kriminalitätsrate hingewiesen [2].

Dieses Phänomen wurde bereits im 19. Jahrhundert untersucht. Platz [3] nennt den königlichen Sanitätsrat und Oberarzt am Strafgefängnis Plötzensee, Baer, der in 120 Gefäng-

nissen recherchiert hatte und zur Häufigkeit von Rauschzuständen bei verschiedenen Straftatbeständen veröffentlichte. Für das Strafgefängnis Plötzensee beschrieb er 1890 (bei n = 3227) folgende Anteile (zitiert nach [3]):

• Körperverletzungen	51,5 %
• Widerstand gegen die Staatsgewalt	70,1 %
• Hausfriedensbruch	55,2 %
• Sachbeschädigung	55,1 %
• Vergehen gegen die Sittlichkeit	66,0 %
• Unterschlagung	18,8 %
• Diebstahl	16,5 %

Der deutsche Gesetzgeber hat im § 64 Strafgesetzbuch einen Zusammenhang zwischen Suchtmittelkonsum und „Aggressivität“ hergestellt, in dem er als Eingangsvoraussetzung formulierte, dass ein „Hang“ bestehen müsse, psychotrope Stoffe oder Alkohol im „Übermaß“ zu konsumieren (psychiatrische Diagnose: Abhängigkeitssyndrom bzw. fortgeschrittener schädlicher Gebrauch). Die stattgehabten Taten müssen dann symptomatisch für diesen vorliegenden „Hang“ sein, also eine Beziehung von Auslösetat und „Hang“ forensisch-psychiatrisch hergestellt werden. Letztlich wird gefordert, dass auch weitere schwere Taten aufgrund dieser bestehenden Beziehung (Symptomazität) zum „Hang“ (wie bei der Auslösetat) mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit zu erwarten seien.

Eingelangt am 16. Jänner 2008; angenommen nach Revision am 11. Jänner 2010; Pre-Publishing Online am 10. März 2010

Aus der Klinik für Forensische Psychiatrie, Klinikum der Universität Rostock, Deutschland  
**Korrespondenzadresse:** Prof. Dr. med. Detlef Schläfke, Klinik für Forensische Psychiatrie, Klinikum der Universität Rostock, D-18055 Rostock, Gehlsheimer Straße 20; E-Mail: detlef.schlaefke@med.uni-rostock.de

**Abbildung 1:** Wirkfaktoren bei Aggression im Alkoholrausch. Übersetzt nach [9], © John Wiley and Sons.

Abbildung  
siehe  
Printversion

Schwind [4] nennt aus kriminologischer Sicht 5 grundlegende Zusammenhänge zwischen dem Alkoholgebrauch und einer möglichen Kriminalität:

1. Alkoholmissbrauch bzw. -konsum stellt eine strafbare Handlung dar (dies betrifft einige Länder z. B. im arabischen Raum, z. T. wird aber auch nur das Trinken in der Öffentlichkeit geahndet).
2. Das straffällige Verhalten von chronischen Alkoholikern.
3. Alkoholmissbrauch der Klienten mit krimineller Karriere.
4. Schuldunfähige Rechtsbrecher gemäß § 20 StGB (z. B. Hirngeschädigte mit Alkoholintoleranz und andere Intoxikationszustände).
5. Alkoholgebrauch als konstellativer Faktor in vielen Deliktbereichen.

Scharfetter [1] sowie Nedopil [5] sehen allerdings eine bestehende Alkoholisierung nur als „Zusatzfaktor“ bzw. als „gelegentliches Problem“ bei einer Aggressionsauslösung an.

Für den Rauschgiftbereich unterscheidet Kreuzer [6]:

- Versorgungsdelinquenz
  - Verschaffungsdelikte: Handel/Schmuggel, Verleiten anderer
  - Beschaffungsdelikte:
    - + Unmittelbares Beschaffungsdelikt
      - Verstöße gegen das BtMG wie Erwerb, Besitz illegaler Drogen
      - Formen herkömmlicher Delikte wie Apotheken-einbrüche, Rezeptdelikte
    - + Mittelbare Beschaffungsdelikte
      - Diebstahl, Raub, Betrug
      - Drogenverkauf für Geld zur Drogenbeschaffung
- Folgedelinquenz
  - Unmittelbare Folgedelikte: Straßenverkehrsdelikte unter Drogeneinfluss, Gewalttaten, Sexualdelikte

- Mittelbare Folgedelikte: Betteln, Prostitution, Schwarzfahren

Die Rauschgiftdelikte in Deutschland haben deutlich zugenommen: Von ca. 100.000 im Jahr 1990 auf 244.336 im Jahr 2000 und 262.458 im Jahr 2005 [7]. Es dominieren [7] die Drogen Cannabis (62,4 %), Heroin (12,3 %), Amphetamin/Methamphetamin und deren Derivate (11,6 %) sowie Kokain (8,5 %). Gleichwohl kann man festhalten, dass die Delikte eher aus dem Beschaffungsbereich herrühren und psychopharmakologisch bedingte Gewaltdelikte und allgemein aggressives Verhalten deutlich geringer beschrieben werden als unter Alkoholeinfluss [8].

Zum sehr komplexen Thema Aggressivität bzw. auch Delinquenz und Suchtmittelgebrauch sei beispielhaft die Studie von Graham et al. [9] angeführt (Abb. 1). Allerdings sei noch einmal betont, dass Alkohol und Drogen nicht zwangsläufig Aggressivität verursachen. Swahn und Donovan [10] berichteten, dass nur 50 % der von ihnen befragten Heranwachsenden angaben, dass sie im Alkoholrausch aggressiv reagieren würden. In unserer Gesellschaft wird daneben das aggressive und kriminelle Verhalten im Rausch gern als eine Art Schutzbehauptung genutzt, es ist also weniger verwerflich als die allgemeine Delinquenz.

Abbildung 1 verdeutlicht am Beispiel der interpersonellen Aggressivität die Komplexität der Wirkfaktoren in Bezug auf einen Alkoholrausch. Oft werden Alkohol oder illegale Drogen aber von Opfer und Täter konsumiert, die gewaltauslösende Interaktion ist vielfältig [8].

Graham et al. [9] begründen ihr Wirkschema (Abb. 1) mit Befunden aus der Literatur, welche hier nicht im Einzelnen aufgeführt werden können. Es folgen beispielhaft einige Erläuterungen.

Mögliche gesellschaftliche Grundeinstellungen und Normen im Umgang mit Alkohol oder Drogen sind wesentliche Voraussetzungen der Gewaltbereitschaft und -entstehung. So wird in vielen Gesellschaften Alkohol mit Aggressivität in Zusammenhang gebracht.

Männliche Gewalt hat viel mit subkulturellem Verhalten, aber auch mit grundsätzlichen Normen bezogen auf den Umgang miteinander zu tun. Wobei gerade dem so genannten öffentlichen Trinken große Bedeutung zukommt („vergnügli- che“ Aktivitäten in Bars und Restaurants oder in Gesellschaft und Corps etc.). Dabei gibt es viele „Gründe“, Alkohol zu konsumieren. Zu nennen sind der Zusammenhang von Alkoholtrinken und sozialem Druck, lokale Trinksitten, Trinksitten in bestimmten Gruppen und der Peer-group-Einfluss. Im Streit oder bei Konflikten wird Aggressivität auch durch Begriffe wie „die Ehre“ oder „das Gesicht wahren“ begründet. Dabei kommt dem Verhalten von Dritten, die sich weder als gewaltbereit noch als Gewaltopfer erleben, eine besondere, meist negative Bedeutung bei der Gewaltauslösung zu.

Die körperliche Aggressivität von Männern ist dabei sowohl in experimentellen Untersuchungen als auch in Persönlichkeits- tests als deutlich höher anzusehen als die von Frauen. Das gilt jedoch nicht für den Bereich der häuslichen, nicht- körperlichen und indirekten Gewalt sowie Gewalt gegen Partner (Stichwort: Eifersucht!). Nichtsdestoweniger weisen auch hier Männer höhere Deliktzahlen für schwerere Taten und Mord auf.

Es gibt offensichtlich einen Zusammenhang (aber keinen zwingenden Beweis dafür) zwischen der Erwartung des Trinkenden bezogen auf die Alkoholwirkung und dem späteren aggressiven Verhalten. Tatsächlich bewirkt Alkohol eine geringere Hemmung und bessere Kontaktfreudigkeit. Gereizt- aggressive, impulsive und weniger verträgliche Menschen erwarten demzufolge von Alkohol eine Verstärkung der Gewaltbereitschaft. Zumindest sind sie häufiger in alkohol- bezogene aggressive Handlungen einbezogen.

Männer konsumieren deutlich mehr Alkohol als Frauen. In vielen Studien ließ sich auch eine Beziehung der Gewalt zur Trinkmenge bzw. zum Intoxikationsgrad erkennen, wobei dies nach Graham et al. [11] insbesondere im Bereich des „heavy drinking“ deutlich wurde.

In Befragungen zur Gewalterfahrung fiel außerdem auf, dass Frauen davon eher emotional erschüttert sind. Da Männer Gewalt anscheinend oft in ihr Lebenskonzept integriert hatten, führte auch eigene Gewalterfahrung nicht zur emotionalen Beeindruckung und könnte so für die höhere Wahr- scheinlichkeit von eigener Gewaltausübung mitverantwort- lich sein.

Chronischer Alkohol- und Substanzmissbrauch führt zur Persönlichkeitsdepravation, zu hirnanorganischen Veränderungen sowie zu psychotischen Zuständen. Dies bedingt folgende Besonderheiten [8]:

- Neigung, andere zu beschuldigen,
- Neigung zu verbal-aggressiven Konfliktgestaltungen – bis hin zu körperlichen Auseinandersetzungen,

- Alkoholintoleranz (auch nach zusätzlichen Schädel-Hirn- Traumata) sowie
- Verlangsamung der Psychomotorik und des Denkvermö- gens, Konzentrationsschwäche, Nachlassen der motori- schen und sensorischen Funktionen, Initiative- und Aktivi- tätsmangel, Unzuverlässigkeit, mangelnde Sorgfalt, Gleich- gültigkeit, Depressivität.

Eine pharmakologisch bedingte Aggressivität und Gewalt wird insbesondere für Psychostimulanzien (wie Ampheta- mine und Methamphetamine sowie Kokain) beschrieben. Es müssen wie beim Alkohol weitere psychosoziale und Persön- lichkeitsfaktoren oder psychoähnliche Zustände hinzutret- en, um gewalttätiges Verhalten auszulösen. Cannabis, Ben- zodiazepine und zum Teil Opioide mindern Aggressivität, durch eine Substitutionstherapie verringert sich die Zahl der Gewaltdelikte deutlich [8, 12].

Sehr oft wird bei Untersuchungen zur Gewalt die Problematik antisozialen Verhaltens nicht ausreichend erfasst. Viele ge- waltbereite und suchtmittelmissbrauchende Menschen stam- men aus Familien, in denen selbst Alkoholismus und Gewalt vorlagen. Dabei wiesen die Eltern psychopathische und/oder soziopathische Kennzeichen bzw. Verhaltensstörungen auf und imponierten durch Erziehungsunfähigkeit. Aggressivität wurde so als eine Möglichkeit für Problemlösungsverhalten erlernt. Häufig zeichnete sich dann bei diesen jungen Men- schen früh eine dissoziale Entwicklung ab [13].

## ■ Methodik

### Erhebungsinstrumente

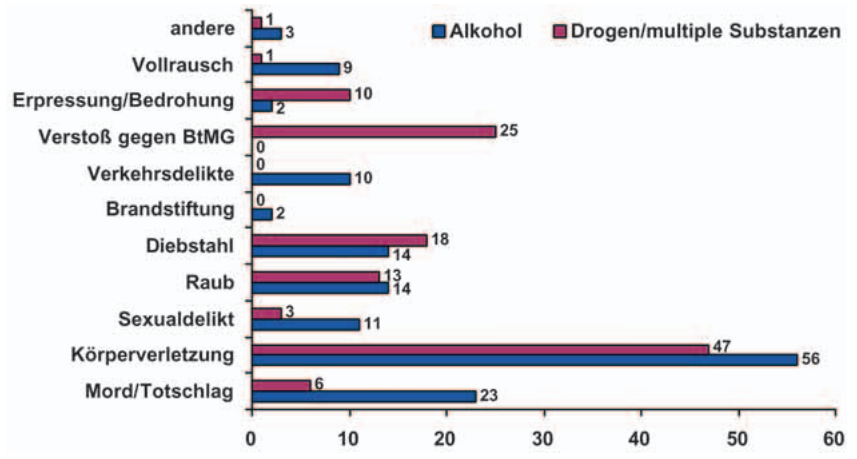
In der Klinik für Forensische Psychiatrie wird im Rahmen der Eingangsdiagnostik der Patienten neben der forensischen Basisdokumentation (Forensik-BADO [14]) eine ausführli- che Psychodiagnostik durchgeführt.

Für diese Untersuchung wurden 2 Verfahren aus der Aufnah- mediagnostik unserer Klinik verwendet.

#### Symptom-Check-Liste von Derogatis „SCL-90-R“ [15]

Sie misst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung einer Person durch 90 vorgegebene körperliche und psychische Symptome in einem Zeitfenster von 7 Tagen. Die SCL-90-R bietet einen Überblick über die psychische Symptombela- stung der Person in Bezug auf 9 Skalen und 3 globale Kenn- werte. Dabei beschreiben die 9 Skalen die Bereiche Soma- tisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, phobische Angst, paranoides Denken und Psychotizismus. Die 3 globalen Kennwerte geben Auskunft über das Antwort- verhalten über alle Items. Dabei wird das Ausmaß des subjek- tiv empfundenen Leidensdrucks rechnerisch ermittelt. T- Werte zwischen 60 und 70 zeigen dabei eine deutlich mess- bare, T-Werte zwischen 70 und 80 eine hohe bis sehr hohe psychische Belastung an. Die Adaptation der SCL-90-R für den deutschsprachigen Raum ist ein Ergebnis vielfältiger psychodiagnostischer Untersuchungen von Franke [15], die auch für die deutsche Version gute psychometrische Kenn- werte belegen konnten.

**Abbildung 2:** Anzahl der Delikte, verteilt nach Art des Deliktes und Substanzklasse



**State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar „STAXI“ [16]**

Das STAXI ist ein kurzes und daher ökonomisches Verfahren zur Erfassung von Ärger und Ärgerausdruck. Es umfasst 44 Items, die 5 Skalen und 2 Zusatzskalen bilden.

Die Ärger-Zustandsskala (S-A) erfasst die Intensität des subjektiven Ärgerzustands zum Untersuchungszeitpunkt, die Ärger-Dispositionsskala (T-A) dagegen die Bereitschaft, in einer ärgerprovozierenden Situation mit einer Erhöhung von Zustandsärger zu reagieren.

Die Skala zur Erfassung von nach innen gerichtetem Ärger (AI) misst die Häufigkeit, mit der ärgerliche Gefühle unterdrückt bzw. nicht nach außen abregiert werden. Die Skala zur Erfassung von nach außen gerichtetem Ärger (AO) erfasst die Häufigkeit, mit der ein Individuum Ärger gegen andere Personen oder Objekte in der Umgebung richtet. Die Ärger-Kontroll-Skala (AC) ist ein Indikator für die Häufigkeit von Versuchen, Ärger zu kontrollieren bzw. ihn nicht aufkommen zu lassen. Prozentrangwerte zwischen 25 und 75 bzw. Stanine zwischen 4 und 6 gelten als unauffällig.

**Rekrutierung/Teilnehmer**

Die Teilnehmer waren stationäre Patienten der Klinik für Forensische Psychiatrie Rostock, Mecklenburg-Vorpommern. Die Daten beruhen auf 2 Patientengruppen. Daten zur Forensik-BADO lagen für insgesamt 268 Patienten vor. Dies entspricht im Folgenden der Gesamtstichprobe und wird als Gruppe 1 bezeichnet. Eine Teilpopulation der Patienten, bei denen Daten der Psychodiagnostik existierten, beinhaltete 116 Patienten. Im Folgenden wird diese als Gruppe 2 bezeichnet.

Da nicht alle Patienten Fragebögen ausgefüllt haben, beträgt die Größe der Stichprobe für die statistische Berechnung der SCL-90-R insgesamt 81 und die des STAXI 76 Patienten. Somit konnten also ca. 65–70 % der Gesamtstichprobe erfasst werden.

**Statistische Auswertung**

Die statistischen Berechnungen wurden mit dem Computerprogramm „Statistical Package for the Social Sciences“ (SPSS, Version 12) durchgeführt. Gruppenunterschiede zwischen Patienten mit Suchtbeginn vor dem 16. Lebensjahr und jenen mit späterem Suchtbeginn wurden mit dem t-Test für unab-

hängige Stichproben auf statistische Signifikanz geprüft. Anschließend wurden die Effektstärken berechnet (d = 0,2: kleiner Effekt; d = 0,5: mittlerer Effekt; d = 0,8: großer Effekt).

**Ergebnisse**

**Deskriptive Statistik**

Gruppe 1 setzte sich aus 144 Patienten mit der Diagnose Alkoholabhängigkeit und 124 Patienten, die wegen einer Drogensucht bzw. eines multiplen Substanzgebrauches untergebracht wurden, zusammen.

In Abbildung 2 ist die Anzahl der Delikte, verteilt nach Art des Deliktes und nach Substanzklasse dargestellt. Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit wiesen deutlich mehr Gewaltdelikte auf, insbesondere dominierte der Bereich der schweren Straftaten oder Kapitalverbrechen.

Gruppe 2 beinhaltete folgende Deliktgruppen: 22 Patienten verursachten Delikte wie Mord, Totschlag oder Körperverletzung mit Todesfolge, 67 Patienten dagegen Körperverletzung und 27 Patienten galten als Räubtäter.

Das Ausmaß der Verletzungen der Opfer war in 20 Fällen „tot“, in 5 Fällen „lebensgefährlich verletzt“, in 19 Fällen „schwer verletzt“, in 21 Fällen „leicht verletzt“ und in 12 Fällen „unverletzt“.

Die Hauptopfer standen in folgender Beziehung zum Täter:

- Verwandte 5
- Bekannter/Freund 24
- Beziehung unbekannt 5
- Rollenspezifische Bezugsperson 4
- Unbekannte 39

Für Gruppe 2 ergab die Aufteilung der Deliktarten nach Altersbereichen, wie sie zur Unterbringung geführt hatten, keine entscheidenden Abweichungen zur Gesamtgruppe.

**Zusammenhangsanalysen**

Patienten, die bereits sehr früh mit ihrem Suchtmittelkonsum begonnen hatten und dann auch früh delinquent in Erscheinung traten, wiesen eine hohe Vorstrafenbelastung auf. Diese Korrelation war statistisch signifikant (p < 0,05) (Tab. 1).

**Tabelle 1:** Anzahl der Vorstrafen

	Keine Delikte	1 Delikt	2-5 Delikte	6-10 Delikte	> 10 Delikte
Alkohol	5	2	44	54	34
Multiple Substanzen	2	1	54	46	20
Erstdelinquenz als					
– Kind	0	0	8	10	2
– Jugendlicher	2	0	59	55	33
– Heranwachsender	0	0	9	17	8
– Junger Erwachsener	1	1	9	10	6
– Erwachsener	3	1	10	6	5
Suchtbeginn als					
– Kind	0	0	21	14	2
– Jugendlicher	3	0	48	53	26
– Heranwachsender	3	1	11	17	9
– Junger Erwachsener	0	0	6	3	6
– Erwachsener	0	1	3	2	4

Kind: bis einschließlich 13 a; Jugendlicher: 14–17 a; Heranwachsender: 18–20 a; Erwachsener: ab 21 a.

**Tabelle 2:** Kreuztabelle Alter zum Suchtbeginn vs. Alter zur Erstdelinquenz

Erstdelinquenz als	Alter zum Suchtbeginn				
	Kind	Jugendlicher	Heranwachsender	Junger Erwachsener	Erwachsener
Kind	10	9	1	0	0
Jugendlicher	28	88	14	8	1
Heranwachsender	0	18	10	2	0
Junger Erwachsener	0	9	9	3	1
Erwachsener	0	6	7	2	8

Kind: bis einschließlich 13 a; Jugendlicher: 14–17 a; Heranwachsender: 18–20 a; Erwachsener: ab 21 a.

Interessanter erscheint aber, dass sich auch eine hochsignifikante Beziehung zwischen dem frühen Suchtmittelkonsum und dem Delinquenzbeginn abzeichnete (Tab. 2).

Aus klinischer Erfahrung wissen wir, dass unsere Patienten z. T. schon mit 11–12 Jahren die Schule abbrechen und mit einem Substanzkonsum und delinquenten Handlungen beginnen.

Weiterhin wurde deutlich, dass gerade die Patienten mit dem frühen Delinquenzeinstieg sehr viele biographische und soziale Probleme in ihrer Entwicklung aufweisen (Tab. 3). Dabei spielten Alkohol und Gewalt in der Primärfamilie (also auch eine mögliche genetische Belastung) durchaus eine wichtige Rolle.

Insgesamt wurde bei 43 Patienten zusätzlich eine dissoziale Persönlichkeitsstörung diagnostiziert, 22 Patienten wiesen eine Störung des Sozialverhaltens auf. Dazu kamen weiter zahlreiche dissoziale Entwicklungen in der Biographie ohne diagnostische Zuordnung in eine der Kategorien der ICD-10.

**Unterschiedsanalysen**

Für Gruppe 2 lassen sich folgende Daten darstellen, wobei hier statistisch 2 Gruppen getrennt wurden, nämlich Patienten mit einem frühen und Patienten mit einem späten Suchtbeginn.

**Tabelle 3:** Biographische und soziale Auffälligkeiten in Bezug zum Erstdelinquenzalter

Biographische und soziale Auffälligkeiten	Erstdelinquenz als				
	Kind (n = 20)	Jugendlicher (n = 150)	Heranwachsender (n = 35)	Junger Erwachsener (n = 27)	Erwachsener (n = 26)
Schulprobleme	2	18	4	2	–
Aggressivität	2	14	–	3	–
Kriminelle Handlungen	3	11	–	–	–
Körperliche/psychische Auffälligkeiten	–	5	1	1	–
Allgemeine Verhaltensauffälligkeiten	8	28	3	1	2
Alkohol in Familie	13	76	20	12	9
Gewalt in Familie	10	61	14	7	5
Heim und Jugendwerkhof	6	65	6	8	3

Kind: bis einschließlich 13 a; Jugendlicher: 14–17 a; Heranwachsender: 18–20 a; Erwachsener: ab 21 a.

Die Ergebnisse der SCL-90-R zeigt Tabelle 4, die des STAXI Tabelle 5.

Patienten mit Suchtbeginn vor dem 16. Lebensjahr zeigten eine deutlich höhere Ausprägung von Aggressivität mit feindseligen Aspekten und Reizbarkeit (Skala Aggressivität/Feindseligkeit). Gleichzeitig gaben sie auch in anderen Bereichen eine deutlich höhere psychische Belastung als Patienten mit Suchtbeginn nach dem 16. Lebensjahr an. So schilderten sie mehr körperliche Belastungen bis hin zu funktionellen Störungen (Skala Somatisierung), Konzentrations- und Arbeitsstörungen (Skala Zwanghaftigkeit) und körperliche Nervosität bis hin zu tiefer Angst (Skala Ängstlichkeit). Darüber hinaus war die grundsätzliche psychische Belastung in dieser Patientengruppe ebenfalls stärker ausgeprägt (Skala GSI).

Beide Gruppen zeigten eine erhöhtes Misstrauen und Minderwertigkeitsgefühle (Skala Paranoides Denken).

Der Faktor Trait-Anger (Ärgerdisposition) dient der Erfassung der individuellen Eigenschaft, in einer provozierenden Situation mit Ärger zu reagieren. Bei den Patienten mit Suchtbeginn vor dem 16. Lebensjahr zeigte sich diese Bereitschaft deutlich höher als bei solchen mit späterem Suchtbeginn. Ähnliches verdeutlichte sich auch bei der Variable Anger-Out. Hier wird das Ausmaß erfasst, mit dem die Testperson ihren Ärger gegen andere Personen oder Objekte in der Umgebung richtet. Patienten mit Suchtbeginn vor dem 16. Lebensjahr richteten ihren Ärger häufiger gegen ihre Außenwelt. Die Skala Anger-Control wies bei dieser Patientengruppe einen signifikant niedrigeren Wert auf. Patienten aus unserer Stichprobe mit Suchtbeginn nach dem 16. Lebensjahr versuchten demnach häufiger, Ärger zu kontrollieren bzw. nicht aufkommen zu lassen als Patienten mit früherem Suchtbeginn.

Zusammenfassend zeigte die Stichprobe mit dem früheren Beginn des Suchtmittelkonsums eine höhere Vorstrafenbelastung, einen früheren Delinquenzbeginn sowie vermehrt biographische und soziale Probleme (Schulabbruch, Alkoholmissbrauch

und Gewalt in der Primärfamilie). In der Psychodiagnostik wurden höhere Ausprägungen von Aggressivität sowie körperlichen und psychischen Belastungen beschrieben. Deutlich wurde zudem, dass diese Patientengruppe eher mit Ärger und aggressivem Verhalten reagiert und weniger gut in der Lage ist, Ärgerimpulse zu kontrollieren, was eine Problemlösung in den meisten sozialen Situationen erheblich behindern kann.

**■ Diskussion**

Wir konnten mit unseren Daten aufzeigen, dass anscheinend gerade für junge Menschen eine enge Beziehung zwischen früh einsetzendem Suchtmittelgebrauch und vielfältigen sozialen Problemen besteht, die dann auch aggressives und delinquentes Handeln einschließen. Wir können aber keine klare Beziehung zwischen einzelnen aggressionsauslösenden Faktoren und dem spezifischen Verhalten in einer Gewalthandlung herstellen. Auffällig ist lediglich die prinzipielle Unterscheidungsfähigkeit zwischen den Altersstufen des Suchtmittelkonsumbeginns auch in psychologischen Variablen zur Aggressivität.

In einer Literaturübersicht über den delinquenten Verlauf Jugendlicher referierte Bailey [17] folgende bedeutsame Faktoren: Geringes Leistungsbild, schlechtes elterliches Erziehungsverhalten, Impulsivität und Armut. Es ließen sich 2 Gruppen von jungen Delinquenten herausfiltern, die lebenslang persistierenden Täter (ihr antisoziales Verhalten beginnt schon in der Kindheit und verschlechtert sich zusehends) und die auf die Adoleszenz begrenzten Täter, die als junge Erwachsene nicht mehr auffallen. Die erste Gruppe zeigt psychopathische Persönlichkeitsauffälligkeiten, Suchtmittelmissbrauch, finanzielle und berufliche Probleme, eine hohe Kinderzahl und Gewalt auch gegen die eigene Familie. Unsere Stichprobe zeigte ebenfalls insgesamt eine hohe Belastung an psychosozialen Risikofaktoren, wobei die Anzahl der Beeinträchtigungen nachweislich mit einem früheren Delinquenzbeginn einherging.

Bailey [17] sieht eine multidimensionale Beziehung zwischen dem Alkoholgebrauch und dem Auftreten von Kriminalität, welche durch unsere Daten untermauert werden konnte.

Tägliches „heavy drinking“ erhöht nach Brewer und Swahn [18] dagegen das Risiko von Gewalthandlungen unter Alkohol, was sicher auch für spät beginnende Trinker gilt, wie wir sie in unserer Klinik ebenfalls behandeln. Ihre Aggression erwächst aus der Intoxikationssituation (Rausch).

Suchtentwicklungen führen nicht kausal zu aggressivem Verhalten, wenngleich solche Verhaltenweisen häufig im Umfeld Abhängiger erlebt werden [19]. Auch Schallast [20] stellte fest: „Im Laufe einer Suchtentwicklung werden Anpassungsprobleme und Defizite noch verstärkt, Leistungsfähigkeit und -bereitschaft nehmen weiter ab und es kommt zu gesundheitlichen Einbußen. Soziale Verbindungen gehen verloren oder werden in randständigen Peergruppen gesucht, eine soziale Außenseiterposition wird generell verfestigt [...]. So sind die Behandelnden selbst bei relativ jungen Klienten meist schon mit einer bedrückend komplexen Problemlage konfrontiert.“ Bezüglich unserer Daten zeigte sich dies anhand der erhöhten Ärger- und Aggressionswerte sowie den höheren psychischen Beeinträchtigungen in der Gruppe der Patienten mit Suchtbeginn vor dem 16. Lebensjahr.

**Tabelle 4:** SCL-90-R für Gruppe 2

	Mittelwert ± SD		Signifikanz (p)	Effektstärke (d)
	Suchtbeginn vor dem 16. LJ (n = 40)	Suchtbeginn nach dem 16. LJ (n = 41)		
Somatisierung	57,88 ± 11,67	50,78 ± 10,14	0,00	0.64
Zwanghaftigkeit	59,58 ± 12,28	53,61 ± 12,80	0,00	0.47
Unsicherheit im Sozialkontakt	60,95 ± 10,39	56,37 ± 11,11	n. s.	0.42
Depressivität	63,73 ± 12,77	58,02 ± 14,11	n. s.	0.42
Ängstlichkeit	63,10 ± 11,60	55,17 ± 12,14	0,00	0.66
Aggressivität/ Feindseligkeit	60,80 ± 12,21	53,29 ± 10,69	0,00	0.65
Phobisches Denken	53,60 ± 13,01	51,88 ± 10,64	n. s.	0.14
Paranoides Denken	61,50 ± 10,87	59,83 ± 10,61	n. s.	0.15
Psychotizismus	60,43 ± 13,19	57,61 ± 11,97	n. s.	0.22
Globaler Kennwert GSI	63,30 ± 12,61	56,07 ± 13,36	0,00	0.55
Globaler Kennwert PSDI	61,83 ± 11,71	57,10 ± 10,75	0,00	0.42
Globaler Kennwert PST	61,80 ± 11,17	56,12 ± 13,20	0,00	0.46

unterlegt = mittlere Effekte; LJ: Lebensjahr

**Tabelle 5:** STAXI für Gruppe 2

	Mittelwert ± SD		Signifikanz (p)	Effektstärke (d)
	Suchtbeginn vor dem 16. LJ (n = 35)	Suchtbeginn nach dem 16. LJ (n = 41)		
Ärgerdisposition	65,74 ± 25,64	54,90 ± 28,80	0,09	0.39
Anger-In	65,91 ± 29,57	64,25 ± 30,32	n. s.	0.05
Anger-Out	65,40 ± 23,67	55,24 ± 25,22	0,07	0.41
Anger-Control	40,36 ± 33,89	54,00 ± 20,04	0,03	0.48

unterlegt = mittlere Effekte; LJ: Lebensjahr

McMurran [13] führte 2001 aus, dass biographische Risikofaktoren gleichbedeutend seien sowohl für eine Delinquenz als auch Suchtentwicklung. Die früheste Problematik scheint in einer hyperkinetischen Symptomatik, verbunden mit einem Aufmerksamkeitsdefizit und einer Impulsivität zu bestehen. Hyperkinetische Jungen entwickeln 3x häufiger Alkoholprobleme und 8x mehr kriminelles Verhalten. Dagegen steigt das Risiko von krimineller Gewalt bei Tätern mit einem Alkoholabusus um das 10-Fache. Sie nannte letztlich folgende gemeinsame Risikofaktoren:

- Hyperaktivität, Unaufmerksamkeit, Impulsivität
- Mangelhafte Familienführung (in Primärfamilie)
- Substanzmissbrauch in der Primärfamilie
- Feindselige Vorstellungen
- Mangelhafte Schulleistungen
- Schulschwänzen
- Verbindung zu kriminellen Peers
- Drogenbedingte Störung der Informationsverarbeitung
- Erhöhte Erwartung krimineller Handlungen unter Substanzgebrauch
- Krimineller Lebensstil
- Antisoziale Einstellungen

Unsere Ergebnisse bestätigten den engen Zusammenhang zwischen einer frühen persönlichen Entwicklungsstörung, dem Suchtmittelgebrauch und der Ausrichtung auf ungünstige Konfliktbewältigungsstrategien.

Dabei stellt laut einigen Studien der Alkoholgebrauch einen größeren Risikofaktor dar als der Konsum von Cannabis oder Heroin (u. a. [21]). Swahn und Donovan [22] fokussieren auf Prädiktoren für delinquentes Verhalten (insbesondere Verursachung von Körperverletzungen) adoleszenter Trinker. Sie nennen das intensive Trinken, den Gebrauch illegaler Drogen, den Schulabbruch sowie einen niedrigen Ausbildungsgrad. In der aktuellen Studie von Gordon et al. [23] wird der frühe Beginn des Drogenkonsums als Risikofaktor von kriminellem Verhalten betont, welcher mit vielfältigen, schon genannten, negativen sozialen Randbedingungen verknüpft ist.

Die Daten der vorliegenden Untersuchung legen nahe, dass es notwendig erscheint, das Augenmerk für eine Prävention und spätere Therapie auf den Suchtbeginn zu richten, da hier viele konstellative Faktoren für die Vielzahl der (psychischen) Probleme der Patienten zu finden sind. Eines der Hauptprobleme bei dieser Patientengruppe scheint eine Störung der Affektregulation zu sein [24]. Unsere Fragebogenergebnisse geben Hinweise auf eine stärkere Störung der Affektregulation bei frühem Suchtbeginn. Inwieweit zu diesem Zeitpunkt bereits ungünstige Umweltbedingungen oder gar psychische Störungen vorliegen, wurde im Rahmen dieser Untersuchung nicht betrachtet.

### Einschränkungen

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie unterliegen außerdem einigen Einschränkungen. Die dargestellten Daten entstammten einer stark selektiven Stichprobe von männlichen forensischen Suchtpatienten, eine parallelisierte nichtforensische Vergleichsstichprobe lag nicht vor. Außerdem existierten für ein Drittel der Patienten keine Fragebögen, was die Aussagekraft der Ergebnisse weiter verringert. Da nur Patienten mit Gewaltdelikten erfasst wurden, stellt sich die Frage, in welchem Ausmaß die dargestellten Zusammenhänge zwischen Suchtmittelabhängigkeit und aggressiven Verhaltensweisen in den Einweisungsdelikten Ausdruck zugrundeliegender Persönlichkeitseigenschaften sind. Hierbei wäre eine Unterteilung der Abhängigen in verschiedene Substanzklassen sowie eine Differenzierung des Schweregrades der Abhängigkeit sinnvoll und notwendig gewesen, was aufgrund der vorliegenden Daten (zu kleine Stichprobe) leider nicht möglich war, aber in zukünftigen Forschungsarbeiten realisiert werden sollte.

### Schlussfolgerung

Abschließend kann man konstatieren, dass der Zusammenhang zwischen Sucht, Aggressivität/Aggression und Delinquenz mehrdimensional ist. Dessen ungeachtet entwickeln nicht alle Menschen unter dem Einfluss von Alkohol oder Drogen ein aggressives Verhalten, selbst dissozial fehlentwickelte Personen nicht zwangsläufig. Abhängig von der Form der alkoholbezogenen Aggression (verbal, körperlich oder bedrohendes Verhalten) kann man unterschiedliche Beziehungen zur Berausung, Trinksituation und Persönlichkeitsstruktur, der bestehenden psychischen Störung und dem affektiven Zustand sowie der persönlichen Entwicklung des

Aggressionsbereiten herstellen und spezifische Auslösesituationen definieren.

Die Autoren verneinen Interessenkonflikte.

### Relevanz für die Praxis

Sucht, Aggressivität und Delinquenz hängen mehrdimensional zusammen. Hierbei gilt es, das Augenmerk auf den Suchtbeginn zu legen, da sich Patienten mit frühem Suchtbeginn sowohl in psychischen Symptomvariablen als auch im Ärgerausdruck deutlich unterscheiden. Dies sollte bei der Erarbeitung von Präventionsmaßnahmen beachtet werden, aber auch bei der biographischen Aufarbeitung während der Psychotherapie.

### Literatur:

1. Scharfetter C. Aggression und Aggressivität im therapeutischen Umgang. TW Neurol Psychiatr 1992; 6: 58–67.
2. Kerner HJ. Alkohol, Strafrecht und Kriminalität. Neue Kriminalistik 2001; 1: 22–7.
3. Platz WE. Alkoholkriminalität. Wilhelm Fink Verlag, München, 1995.
4. Schwind HD. Kriminologie: Eine praxisorientierte Einführung mit Beispielen. 12. Aufl. Kriminalistik-Verlag, Heidelberg, 2002.
5. Nedopil N. Gewaltdelinquenz aus forensisch-psychiatrischer Sicht. MMW Munch Med Wochenschr 1992; 134: 171–4.
6. Kreuzer A (Hrsg). Handbuch des Betäubungsmittelstrafrechts. C. H. Beck'sche Verlagsbuchhandlung, München, 1998.
7. PKS. Polizeiliche Kriminalstatistik 2005. Bundeskriminalamt (BKA), Wiesbaden, 2005. <http://www.bka.de/pks/pks2005/index.html> [gesehen 12.01.2010].
8. Boles SM, Miotto K. Substance abuse and violence. A review of the literature. Aggression Violent Behav 2003; 8: 155–74.
9. Graham K, Leonard KE, Room R, Wild C, Pihl RO, Bois C, Single E. Current directions in research on understanding and preventing intoxicated aggression. Addiction 1998; 93: 659–76.
10. Swahn MH, Donovan JE. Correlates and predictors of violent behavior among adolescent drinkers. J Adolesc Health 2004; 34: 480–92.
11. Graham K, Osgood DW, Wells S, Stockwell T. To what extent is intoxication associated with aggression in bars? A multilevel analysis. J Stud Alcohol 2006; 67: 382–90.
12. Volovka J, Tardiff K. Substance abuse and violence. In: Tardiff K (ed). Medical Management of the Violent Patient. Marcel Dekker, New York-Basel, 1999; 153–71.
13. McMurrin M. Offenders with drink and drug problems. In: Hollin CR (ed). Handbook of Offender Assessment and Treatment. John Wiley & Sons, Chichester, 2001; 481–93.
14. Nedopil N, Graßl P. Das Forensisch-Psychiatrische Dokumentationssystem (FPDS). Forensia 1988; 9: 139–47.
15. Franke G. Die Symptom-Checkliste von Derogatis. Deutsche Version (SCL-90-R). Manual. Beltz, Weinheim, 2002.
16. Schwenkmezger P, Hodapp V, Spielberger CD. State-Trait-Ärger-Ausdrucksinventar (STAXI). Huber, Bern, 1992.
17. Bailey S. Young offenders and mental health. Curr Opin Psychiatry 2003; 16: 581–91.
18. Brewer RD, Swahn MH. Binge drinking and violence. JAMA 2005; 294: 616–8.
19. Brown TG, Werk A, Caplan T, Shields N, Seraganian P. The incidence and characteristics of violent men in substance abuse treatment. Addict Behav 1998; 23: 573–86.
20. Schälast L. Suchtkranke Rechtsbrecher. In: Kröber H-L, Dölling D, Leygraf N (Hrsg). Handbuch der forensischen Psychiatrie. Bd. 3: Psychiatrische Kriminalprognosen und Kriminaltherapie. Steinkopff, Darmstadt, 2006; 326–49.
21. Dawkins MP. Drug use and violent crime among adolescents. Adolescence 1997; 32: 395–405.
22. Swahn MH, Donovan JE. Alcohol and violence: comparison of the psychosocial correlates of adolescent involvement in alcohol-related physical fighting versus other physical fighting. Addictive Behav 2006; 31: 2014–29.
23. Gordon MS, Kinlock TW, Battjes RJ. Correlates of early substance use and crime among adolescents entering outpatient substance abuse treatment. Am J Drug Alcohol Abuse 2004; 30: 39–59.
24. Hayne MB. Zum Problem der Affekte bei Sucht. Forum der Psychoanalyse 1990; 6: 105–15.

### Prof. Dr. med. Detlef Schläfke

Geboren 1951. 1972–1978 Studium der Humanmedizin, 1978–1982 Weiterbildung zum Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, 1982 Promotion zum Dr. med., 1993–2000 Leitender Oberarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Zentrums für Nervenheilkunde der Universität Rostock; 1994 Zusatzbezeichnung Psychotherapie, 1996 Habilitation zum Dr. med. habil. und Erteilung der Lehrbefugnis für Psychiatrie und Psychotherapie (Privatdozent) an der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock; seit 2000 Leitender Arzt der Klinik für Forensische Psychiatrie. 2002 Ernennung zum außerplanmäßigen Professor für Forensische Psychiatrie der Universität Rostock, 2006 Anerkennung der Schwerpunktbezeichnung Forensische Psychiatrie.



# Mitteilungen aus der Redaktion

## Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

## e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

## Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)