

EX POST BEITRAG

Multi-Problem-Zielgruppe: der Einfluss von psychischen Störungen und Drogenmissbrauch auf die Ausstiegsarbeit

Zusammenfassung

Wenn man mit Personen konfrontiert wird, die gefährdet, radikalierungsgefährdet oder bereits radikalisiert wurden, stehen Praktizierende vor großen Herausforderungen. Die Ausstiegsarbeit ist komplex, da sie zahlreiche Bereiche des persönlichen Lebens umfasst und die Zusammenarbeit und Koordination von Praktizierenden aus verschiedenen Bereichen erfordert. Wenn jedoch auch Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch im Spiel sind, eine Person an schweren psychischen Problemen leidet oder beide Probleme vorliegen, wird die Arbeit noch komplizierter. Was können Praktizierende tun?

In diesem Beitrag werden Ansätze zum Umgang mit so genannten Multi-Problem-Zielgruppen erörtert. Wo setzt man in diesen Fällen an und wie entwickelt man die Arbeit?

Die Rolle von psychischen Störungen und Drogenmissbrauch während des Radikalisierungsprozesses

Seelische Gesundheitsstörungen und Drogenmissbrauch sind eng miteinander verbunden, da die Komorbidität dieses Phänomens (d.h. das Zusammenfallen beider Erkrankungen) sehr verbreitet ist.¹ Die Beziehung zwischen diesen Zuständen ist sehr komplex, da sie sich je nach spezifischer psychischer Störung auf der einen Seite und je nach Substanz und Art des (Miss-)Brauchs auf der anderen Seite unterscheidet. Offensichtlich gibt es keinen einzigen klaren Ansatz, der für alle Fälle gilt. Verschiedene Hypothesen könnten die häufige Komorbidität erklären, wie beispielsweise:

- Die Existenz von **gemeinsamen Risikofaktoren**, die zur Entwicklung beider Erkrankungen führen: So kann beispielsweise ein Trauma über Generationen weitergegeben werden und zur Entwicklung von psychischen Erkrankungen und Drogenmissbrauch (transgenerationelles Trauma) beitragen;
- **Psychische Störungen** sind ein Risikofaktor für Drogenkonsum und Drogenkonsumstörungen;
- **Drogenmissbrauch** könnte die Entwicklung einer psychischen Erkrankung auslösen, entweder vorübergehend (z.B. Vergiftung oder Entzug) oder dauerhaft (z.B. kann er die Entwicklung des kindlichen Gehirns verändern).

In Anbetracht der hohen Prävalenz der Komorbidität von Drogenmissbrauch und psychischen Störungen sollte der Zusammenhang zwischen ihnen berücksichtigt werden. Es ist zu unterscheiden zwischen Drogenkonsum, Missbrauch und Sucht.

Drogenkonsum bedeutet absichtliche und kontrollierte Verwendung, aber wenn diese Verwendung zu unmittelbaren Problemen führt, wird sie als **Missbrauch** betrachtet. **Drogenabhängigkeit** bedeutet, dass das Individuum eine Toleranz gegenüber der Substanz aufgebaut hat. In diesen Fällen führt die Verwendung der Substanz zu spezifischen Problemen wie Hirnveränderungen, Entzugserscheinungen und Rückfällen.

Mehrere Studien bewerteten die **Komorbidität von Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum sowie Psychosen** in der breiten Bevölkerung². Eine Studie von Conway et al (2016)³ fand einen Zusammenhang zwischen früheren psychischen Störungen im Leben und Drogenmissbrauch bei Jugendlichen. Insbesondere Jugendliche mit psychischen Störungen hatten einen hohen Anteil an Alkohol- (10,3%) und illegalem Drogenmissbrauch (14,9%). Die Studie kam zu dem Schluss, dass frühere Erkrankungen die Möglichkeit erhöhen, beim Drogenkonsum auf die „nächste Stufe“ zu springen, d.h. vom Nicht-Nutzen zum Konsum oder vom Konsum zum problematischen Konsum. Im Allgemeinen hat die Alkohol- und Drogenabhängigkeit bei Erwachsenen eine doppelte Wahrscheinlichkeit, sich bei Personen mit Angstzuständen, affektiven Störungen

¹ EBDD, Perspektiven für Drogen- und Drogenmissbrauch, Komorbidität bei Drogenmissbrauch und psychischen Störungen in Europa (2016)

² Siehe

Kessler RC, Birnbaum H, Demler O, et al. The prevalence and correlates of nonaffective psychosis in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) (Die Prävalenz und Korrelationen der nicht affektiven Psychose in der National Comorbidity Survey Replication - Wiederholung der nationalen Komorbiditätsstudie - NCS-R). Biol Psychiatry. 2005;58(8):668-676; Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (Prävalenz, Schweregrad und Komorbidität von 12-monatigen DSM-IV-Störungen in der National Comorbidity Survey Replication) [veröffentlichte Korrektur erscheint in der Arch Gen Psychiatry. 2005;62(7):709]. Arch Gen Psychiatry. 2005;62(6):617-627; Lasser K, Boyd JW,

Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Rauchen und psychische Erkrankungen: eine bevölkerungsbezogene Prävalenzstudie. JAMA. 2000;284(20):2606-2610; Regier DA, Farmer ME, Rae DS, et al. Komorbidität von psychischen Erkrankungen mit Alkohol und anderem Drogenmissbrauch: Ergebnisse der Epidemiologischen Einzugsgebietsstudie (ECA). JAMA. 1990;264(19):2511-2518.

³ Conway, K. P., et al. (2016) Assoziation von lebenslangen psychischen Erkrankungen und anschließendem Konsum von Alkohol und illegalen Drogen: Ergebnisse der National Comorbidity Survey Adolescent Supplement, Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (Nationale Komorbiditätsstudie Jugendergänzung der Amerikanischen Akademie für Kinder- und Jugendpsychiatrie), Bd. 55, Ausg 4, S. 280-288.

und Psychosen zu entwickeln⁴. Eine weitere Studie von Hartz et al (2014)⁵ verglich den Konsum von Drogen bei Personen mit schwerer Psychose mit dem Drogenkonsum in der Bevölkerung. Es wurde festgestellt, dass bei Personen mit schweren Psychosen die Häufigkeit des Drogenmissbrauchs signifikant höher war als der Drogenkonsum bei Personen mit leichten psychischen Erkrankungen. Zu den betreffenden Stoffen gehörten Tabak, Alkohol, Marihuana und Freizeitdrogen.

In den folgenden Abschnitten wird erläutert, ob und wie jede dieser Störungen während des Radikalisierungsprozesses eine Rolle spielt.

Psychische Störungen

Die Frage der Identifizierung und Behandlung von psychischen Gesundheitsproblemen wurde zuvor im Rahmen des Radikalisierungs-Bewusstseinsnetzes (RAN) diskutiert. Das **Konzept der psychischen Störungen** ist sehr breit gefächert, da es ein breites Spektrum von Problemen umfasst, die leichte bis schwere Störungen der Stimmung, des Denkens und des Verhaltens eines Menschen verursachen: im Sinne dieses Beitrags betrachten wir psychische Störungen als psychische, verhaltensbedingte und kognitive Erkrankungen. Beispiele dafür sind Depressionen, bipolare Störungen, Schizophrenie, posttraumatische Belastungsstörungen (PTSD) und Autismus-Spektrumstörungen (ASD). Es ist jedoch zu beachten, dass ASD als neurologische Entwicklungsstörung gilt, da die Symptome in der Regel in einem sehr frühen Alter auftreten.

⁴ Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, et al. Lebenslange und 12-monatige Prävalenz der bipolaren Spektrumstörung bei der Wiederholung der Nationalen Komorbiditätsstudie. Arch Gen Psychiatry. 2007;64(5):543-552.

⁵ Hartz SM, Pato CN, Medeiros H, et al. Comorbidity of Severe Psychotic Disorders With Measures of Substance Use (Komorbidität schwerer Psychosen im Zusammenhang mit Drogenkonsum). JAMA Psychiatry. 2014;71(3):248-254. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.3726

⁶ Heath-Kelly, C, Terrorism, Autism and Mental Illness im Bereich der britischen Präventionsstrategie (2018). Verfügbar unter: <https://discoversociety.org/2018/06/05/terrorism-autism-and-mental-illness-in-the-uk-prevent-strategy/>

In den vergangenen Jahren haben die Antiradikalisierungspraktizierenden auf einen möglichen Zusammenhang zwischen psychischen Erkrankungen auf der einen Seite und Radikalisierung auf der anderen Seite hingewiesen. Die akademische Forschung über die Prävalenz von psychischen Erkrankungen unter Terroristen hat es jedoch versäumt, klare Beweise für diese Hypothese zu liefern. Tatsächlich scheinen Studien, die seit 2012 durchgeführt wurden, immer wieder zu dem Schluss zu kommen, dass es keinen eindeutigen Zusammenhang zwischen psychischen Erkrankungen und Terrorismus gibt.⁶ Auch wenn Gill et al (2012) vorschlugen, dass es möglich ist, „Unterscheidungsmerkmale zwischen den Untergruppen „⁷ zu identifizieren, wie z.B. die erhöhte Wahrscheinlichkeit, dass einzelne Straftäter eine Vorgeschichte psychischer Erkrankungen haben, konnten Studien keinen kausalen Zusammenhang zu bestimmten Pathologien erkennen. In letzter Zeit haben Corner et al (2016) auch auf jüngste Erkenntnisse über die hohe Prävalenz von psychischen Erkrankungen bei terroristischen Einzelakteuren verwiesen und argumentiert, dass „psychische Störungen als Variable zur Erklärung terroristischen Verhaltens dichotom bleiben“, was die Terrorismusforschung betrifft.⁸

Trauma

Unter dem breiten Spektrum der psychischen Erkrankungen verdient das **Trauma im Bereich der Kriminalforschung besondere Aufmerksamkeit**. Es wurde ein Zusammenhang zwischen PTBS und Kriminalität sowie Wiederholungsprozentsätzen gefunden, obwohl dies nicht unbedingt Kausalität bedeutet⁹. Ebenso, Traumata - einschließlich Traumata, die über Generationen weitergegeben wurden - und andere

⁷ Gill P, Horgan J., Deckert P., 2013, Bombing Alone: Tracing the Motivations and Antecedent Behaviors of Lone-Actor Terrorists (2013, Bomben alleine legen: Auf der Spur der Motivationen und des vorhergehenden Verhaltens von Einzelakteuren im Terrorismus), Journal of Forensic Sciences, Band 59, Ausgabe 2.

⁸ Corner, E., Gill, P., Mason, O., 2016, Mental Health Disorders and the Terrorist: A Research Note Probing Selection Effects and Disorder Prevalence, Studies in Conflict & Terrorism (Psychische Erkrankungen und der Terrorist: Ein Forschungsbericht über Sondierungsauswahleffekte und Prävalenz von Störungen, Studien zu Konflikten und Terrorismus), Taylor & Francis Group.

⁹ RAN HSC, 2018, PTSD, trauma, stress and the risk of (re)turning to violence (PTBS, Trauma, Stress und das Risiko der (neuerlichen) Hinwendung zu Gewalt), Ex-Post-Beitrag verfügbar unter https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/what-we-do/networks/radicalisation_awareness_network/ran-papers/docs/ran_h-sc_ptsd_trauma_stress_risk_re-turning_violence_lisbon_10-11_04_2018_en.pdf

komplexe psychische Probleme stellen einen von vielen Faktoren dar, die zusammengenommen zu gewalttätigem Extremismus führen können.¹⁰

Um die Rolle des Traumas im Radikalisierungsprozess zu verstehen, ist es wichtig zu beachten, dass Trauma kein statisches Phänomen ist. Traumata sollten nicht als ein Ereignis aus der Vergangenheit verstanden werden, sondern als ein **dynamischer Prozess, bei dem die Reaktion auf das traumatische Ereignis verzögert oder zeitlich aufrechterhalten wird.**¹¹ Tatsächlich kann eine Person, die an PTBS leidet, „wieder leben“ und auf die traumatische Erfahrung reagieren, als ob es wiederholt passiert wäre, was oft zu chronischer Angst und Hilflosigkeit führt.

Ein weiterer Aspekt, der bei einem Trauma zu berücksichtigen ist, ist das **Toleranzfenster**. Das über einem längeren Zeitraum einem Trauma ausgesetzt sein kann, kann das Toleranzfenster reduzieren, was dazu führen kann, dass die an PTBS erkrankte Person ein riskantes Verhalten an den Tag legt, um emotionale Auslöser zu aktivieren. Diese so genannte „Appetit-Aggression“ tritt oft bei ehemaligen Kämpfern auf, die sich so sehr an Gewalt gewöhnt haben, dass sie diese zu genießen beginnen. Beispiele dafür finden sich in Fällen, in denen ausländische Kämpfer aus dem Krieg zurückkehren, da sie mit größerer Wahrscheinlichkeit als der Durchschnitt an psychischen Problemen leiden. Ebenso zeigen die Erkenntnisse, dass in Nordirland 14% der erwachsenen Bevölkerung infolge der Probleme¹² unter psychischen Gesundheitsproblemen leiden und dass in Kroatien der Krieg im ehemaligen Jugoslawien dazu geführt hat, dass eine halbe Million Veteranen (11% der Bevölkerung) an PTBS leiden. Dies spiegelt sich auch in der Zahl der Selbstmorde unter den ehemaligen Kämpfern wider, da die Selbstmordraten in beiden Ländern so hoch sind, dass sie die Zahl der Todesfälle während der Konflikte übertroffen haben.

Wie vorstehend erwähnt, werden die Auswirkungen des Traumas nicht auf denjenigen beschränkt, der das traumatische Ereignis direkt erlebt hat, da es von den Eltern auf Kinder übertragen werden kann (z.B. transgenerationelles Trauma). Dieses Phänomen ist seit seiner ersten Entdeckung bei Enkeln von Holocaust-Überlebenden weitgehend erforscht. In Europa zeigen Untersuchungen bei Kindern kroatischer Veteranen, die in den Jugoslawienkriegen gekämpft haben, dass 30% der Kinder von Veteranen mit PTBS an einem sekundären Trauma leiden, 10% derjenigen, die ein traumatisches Ereignis überleben, später Symptome von PTBS entwickeln werden und 10% Verhaltensstörungen oder psychische Zustände entwickeln, die ihre normale Funktion stören.¹³

Während ein kausaler Zusammenhang zwischen Trauma und Radikalisierung nicht festgestellt werden kann, deuten Einzelnachweise von radikalisierten Personen darauf hin, dass **extremistische Gruppen (sowohl religiöse als auch nicht-religiöse) dazu neigen, die mentalen Probleme, die sich aus dem Trauma ergeben, auszunutzen.** So weisen beispielsweise einige Fälle von radikalisierten Personen in Bosnien auf einige gemeinsame Merkmale hin, wie zerbrochene dysfunktionale Familien, misshandelnde Eltern, traumatisierte Personen, häufige Fälle der Übertragung von Traumata, Fragen der psychischen Gesundheit usw. Diese Themen wurden von den Fachleuten nicht rechtzeitig angemessen behandelt, was es extremistischen Gruppen ermöglichte, die Unsicherheiten der Personen zu nutzen und ihnen Komfort und einen sicheren Hafen zu bieten.

Vor diesem Hintergrund könnte es verlockend sein anzunehmen, dass die Traumata, die Migranten und Flüchtlinge auf einer schwierigen Reise nach Europa erleiden, zu möglichen Problemen führen könnten.

¹⁰ 2016, The Root Causes of Violent Extremism (Die Hauptursachen von gewalttätigem Extremismus), RAN Themenbeitrag.

¹¹ 2016, A Dynamic Model of Post-Traumatic Stress Disorder for Military Personnel and Veterans (Ein dynamisches Modell der posttraumatischen Belastungsstörung bei Militärpersonal und Veteranen), PLOS ONE (Open Access journal).

¹² Siehe: <https://www.cvsni.org/media/1171/towards-a-better-future-march-2015.pdf>

¹³ Boričević-Maršanić et al. (2014). Sekundarna traumatizacija djece veterana oboljelih od posttraumatskog stresnog poremećaja (Sekundärtrauma von Veteranenkindern, die an einer posttraumatischen Belastungsstörung leiden), Verfügbar unter <https://hrcak.srce.hr/file/198789>

terroristische Rekrutierer könnten diese nutzen¹⁴. Es ist in der Tat unerlässlich, die Folgen der durch diese Erfahrungen ausgelösten Probleme angemessen anzugehen; auf der anderen Seite ist es gefährlich, eine solche Annahme automatisch zu akzeptieren, da sie zur Stigmatisierung dieser Gruppen führen könnte.

Autism Spectrum Disorder (Autismus-Spektrumstörung - ASD)

Die Rolle von ASD (d.h. Autismus) als Risikofaktor, der zu Radikalisierung führt, wurde nicht so umfassend untersucht wie andere psychische Erkrankungen, und die Vorstellungen über seine Rolle sind nach wie vor nicht einheitlich. Während jüngste Untersuchungen darauf hindeuten, dass Personen mit ASD-Merkmalen stärker von Radikalisierung bedroht sein könnten, wird kein wesentlicher Zusammenhang zwischen ASD und Terrorismus hergestellt.¹⁵ Trotz der von den Behörden geäußerten Bedenken bleibt **die Inzidenz unter radikalisierten Personen mit etwa 1% im Vereinigten Königreich sehr gering**, eine Zahl, die derjenigen in der Allgemeinbevölkerung entspricht.

Autismus kann jedoch als Kontext für Radikalisierung dienen. Wenn eine radikalisierte Person eine Autismusdiagnose hat, ist es notwendig zu beurteilen, inwieweit die verschiedenen Aspekte des autistischen Funktionierens ihre Straftatstrajektorie und ihren Modus operandi bestimmen. In diesem Zusammenhang sind sieben Aspekte des Autismus besonders relevant:

- **Umschriebene Interessen:** Menschen mit Autismus entwickeln in der Regel ein hohes Interesse an bestimmten Themen (z.B. Geschichte, Politik, technische Interessen), die sie unermüdlich verfolgen. Dabei können sie auf extremistische Propaganda stoßen. Darüber hinaus ein umschriebenes Interesse an z.B. Sprengstoffen oder terroristischen

Organisationen, können den Weg zur Radikalisierung gestalten.

- **Reiche/lebhaft Fantasi** in Verbindung mit begrenzter sozialer Vorstellungskraft: Dies kann dazu führen, dass ein Bild oder eine Geschichte, die sie in einem Buch oder im Internet gesehen haben, ohne sich seiner Folgen bewusst zu sein, ausgelebt wird. Die begrenzte soziale Vorstellungskraft und das Bewusstsein für die Folgen erleichterten den Prozess der Entmenschlichung des Feindes, der typischerweise von Terroristen genutzt wird, um die Anwendung von Gewalt gegen den Feind zu legitimieren;
- **Bedürfnis nach Ordnung, Regeln, Routine** und Vorhersehbarkeit: extremistische Erklärungen können die geordnete Lösung für das Chaos der Welt sein, da sie absolutistische Lösungen versprechen;
- Tendenz zu **zwanghaftem Verhalten und Wiederholung:** sobald die autistische Person eine extremistische Theorie der Welt akzeptiert hat, kann dies zu einer Obsession werden;
- **Soziale und Kommunikationschwierigkeiten:** Das Internet kann als sicherer Hafen für autistische Menschen dienen, für die soziale Interaktion schwierig ist. Darüber hinaus können sie nicht zwischen extremistischer Propaganda und Fakten unterscheiden, was sie zu einem guten Ziel macht, was die Ausbeutung durch radikale Gruppen betrifft;
- **Kognitive Denkweisen:** Angesichts ihrer sogenannten kognitiven „Kurzsichtigkeit“ (d.h. sie neigen dazu, sich auf etwas zu konzentrieren und den Rest zu ignorieren) können extremistische Ansichten für sie Sinn machen, weil sie eine klare und duale Erklärung der Welt liefern. Andererseits kann die Bedeutung der visuellen Verarbeitung sie dazu bringen, zu schreiben, Bilder zu zeichnen oder zu behalten, die sich auf eine Gruppe oder Ideologie beziehen; und
- **Sinnesentwicklung:** sie mögen nach lebendigen extremistischen Bildern suchen und Waffen finden

¹⁴ Siehe Ranstorp, M., 2016, RAN Themenbeitrag The Root Causes of Violent Extremism (Die Grundursachen von gewalttätigem Extremismus), verfügbar unter [https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/what-we-do/networks/radicalisation_awareness_network/ran-](https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/what-we-do/networks/radicalisation_awareness_network/ran-papers/docs/issue_paper_root-causes_jan2016_en.pdf)

[papers/docs/issue_paper_root-causes_jan2016_en.pdf](https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/what-we-do/networks/radicalisation_awareness_network/ran-papers/docs/issue_paper_root-causes_jan2016_en.pdf)

¹⁵ Faccini L., Allely, C.S., 2017, Rare instances of individuals with autism supporting or engaging in terrorism (Seltene Fälle von Personen mit Autismus, die den Terrorismus unterstützen oder sich daran beteiligen), Journal of Intellectual Disabilities and Offending Behaviour, Bd. 8 Ausgabe: 2, S. 70-82

um ästhetisch ansprechend zu sein (d.h. sie erzeugen helles Licht und laute Geräusche). Alternativ kann sensorische Vermeidung zu einer Hausgebundenheit führen, was bedeutet, dass das einzige Mittel zur Sozialisierung in der virtuellen Welt liegt, wo sie leicht auf radikale Ideen stoßen können.

Außerdem können radikale Gruppen die Verwirrung, die Menschen mit Autismus normalerweise empfinden, verstärken und ausnutzen, indem sie eine Alternative zu den Schwierigkeiten, die sie haben, anbieten.

Drogenmissbrauch

Der Zusammenhang zwischen Drogenmissbrauch und Radikalisierung wurde im Vergleich zu psychischen Störungen in begrenztem Umfang untersucht. Zunächst wurde ein Zusammenhang deutlich, als sich herausstellte, dass immer mehr radikalisierte, von der Polizei festgenommene Personen ihnen bekannt waren, da sie zuvor an Kleinkriminalität beteiligt waren, die oft mit Drogen zu tun hatte. Die Narrative, die von terroristischen Rekrutierern durchgeführt wird, verweist auf diese Abhängigkeiten, indem sie ihnen Vergebung für ihre Sünden verspricht, einschließlich des Konsums von Drogen und Alkohol. Insbesondere fanden De Poot und Sonnenschein et al (2011)¹⁶, dass innerhalb der niederländischen dschihadistischen Netzwerke viele Personen, die Gegenstand strafrechtlicher Ermittlungen waren, Drogenabhängige waren.

Obwohl es keinen festen Zusammenhang zwischen Drogenkonsum und Radikalisierung gibt, muss **die Rolle von Drogen und anderen Suchtmitteln (z.B. Alkohol) im Radikalisierungsprozess berücksichtigt werden**, da sie mit mehrschichtiger Gewalt verbunden sind. Gewalt ist eine der Nebenwirkungen von Drogen und Alkohol. So sind beispielsweise psychoaktive Substanzen dafür bekannt, dass sie gewalttätiges Verhalten auslösen. Aus diesem Grund sind einige Substanzen

bewusst von extremistischen Gruppen während der Gehirnwäsche eingesetzt werden oder um Gewalt in ihren Mitgliedern anzuregen. Zum Beispiel wurde Fenethylin - ein kognitiver Enhancer, der Gewalt auslöst - Berichten zufolge von ISIS verwendet, um Aggressionen zu verstärken.

Das Ausmaß, in dem Drogenkonsum und -missbrauch bei radikalisierten Individuen vorherrschen, geht über ihre Fähigkeit hinaus, gewalttätiges Verhalten auszulösen. Es wurde beobachtet, dass der Drogenkonsum (meist Cannabis) bei radikalisierten Personen sehr verbreitet ist und dass starker Alkoholkonsum mit Rechtsextremen in Verbindung gebracht wird. Es gibt auch **klare Beweise dafür, dass FTFs auch andere Medikamente verwenden**, wie Tramadol (ein legales Opioid-Schmerzmittel)¹⁷ und Captagon (die so genannte „Jihadi-Pille“, eine dem Amphetamin ähnliche Substanz mit mildereren Wirkungen). Einzelne Beweise von radikalisierten Individuen in Bosnien zeigen auch, **dass im ehemaligen Jugoslawien der Drogenmissbrauch in einigen Fällen mit einem Trauma zusammenfällt**. Die Nutzung des Internets durch radikale Gruppen ist wichtig, da sie thematische Seiten nutzen, um die Verwendung einiger Substanzen anzuregen, eine Praxis, die aufgrund der bedeutenden Rolle des Gruppenzwangs innerhalb dieser Gruppen sehr effektiv sein kann.

Drogenmissbrauchsstörungen gelten als psychische Erkrankungen und sind auch mit anderen psychischen Erkrankungen verbunden, wie z.B. einer geringeren Selbstständigkeit. Sie verändern auch die Funktionsweise des Gehirns, insbesondere bei der Anwendung in der Teenagerzeit (d.h. wenn sich das Gehirn noch in der Entwicklung befindet). Es ist zu beachten, dass nur Substanzen, die als Stimmungsaufheller (z.B. Amphetamine, Kokain, Ecstasy, Koffein) und Beruhigungsmittel (z.B. Opioide, Cannabis, Alkohol) wirken, zu Suchterkrankungen führen können. Psychedelische Substanzen (z.B. LSD, Ketamin, Peyote) sind nicht süchtig machend, obwohl sie gewalttätiges Verhalten auslösen können.

¹⁶ C.J. De Poot, & A. Sonnenschein et.al. (2011) Jihadi terrorism in the Netherlands. A description based on closed criminal investigations. (Dschihad-Terrorismus in den Niederlanden. Eine Beschreibung, die auf geschlossenen Strafverfahren basiert.) Den Haag: WODC & Meppel: Boom Juridische

¹⁷Im November 2017 beschlagnahmten die italienischen Behörden 24 Millionen Pillen Tramadol, die angeblich dazu bestimmt waren, ISIS-Kämpfer in Syrien zu erreichen.

Auswirkungen von psychischen Störungen und Drogenmissbrauch auf die Ausstiegsarbeit

In den meisten Ländern wird die Suchterkrankung traditionell von Psychiatern behandelt, da sie als psychische Erkrankung gilt. Die Radikalisierung hingegen wird in der Regel von Sozialarbeitern durchgeführt, obwohl die Psychotherapeuten in einigen Ländern (z.B. UK) verpflichtet sind, Anzeichen einer Radikalisierung zu erkennen und diese Fälle im Rahmen der Prävention zu melden.¹⁸

Herausforderungen

Im Umgang mit Menschen mit mehreren Problemen stehen **Praktizierende im Bereich Ausstiegsarbeit vor vielen Herausforderungen**. Aus Sicht der psychischen Gesundheit fehlt es ihnen in der Regel an einer angemessenen **psychiatrischen Versorgung**, da die Wartelisten in einigen Ländern lang sind oder die spezialisierte Versorgung sehr teuer ist und das Niveau der Zusammenarbeit zwischen Fachleuten und Spezialisten eher begrenzt oder nicht vorhanden ist. Möglicherweise fehlt es ihnen auch an Ausbildung und Fachwissen, wie man mit diesen Fällen umgeht. In einigen Fällen sind ihnen die auf lokaler Ebene vorhandenen Instrumente zur Gewährleistung eines strukturierten Ansatzes möglicherweise nicht bekannt.

Darüber hinaus kann die **Koexistenz von Drogenmissbrauch oder Fragen der psychischen Gesundheit** den Entradikalisierungsprozess verlangsamen oder sogar behindern. Erfahrungen aus angrenzenden Bereichen, wie z.B. Kulturen, zeigen, dass einige radikale Gruppen dazu neigen, traditionelle Medikamente auf der Grundlage nicht-wissenschaftlicher Theorien und Ideen abzulehnen. Dies erhöht die Herausforderung, mit einer radikalisierten Person, die gleichzeitig medikamentenbedürftig ist, an Ausstiegsstrategien zu arbeiten, um eine Ebene, was die Komplexität betrifft. Darüber hinaus müssen Praktizierende, wenn sie mit der Notwendigkeit konfrontiert werden, sich zu entscheiden, was sie als nächstes tun wollen, in der Regel folgendes tun müssen:

¹⁸ Zu diesem Zweck hat die britische Regierung Leitlinien entwickelt, um sie bei der Erfüllung dieser Verpflichtung zu unterstützen. Siehe:

Urteilsfindung auf der Grundlage sehr begrenzter Informationen.

Abschließend kommt eine Herausforderung auch aus dem **spezifischen Kontext**: Einige Praktizierende im Bereich Ausstiegsarbeit arbeiten in Gefängnissen oder im Bereich der Bewährungshilfe oder an irgendeinem anderen Punkt im Verlauf des Gerichtsverfahrens. Dies kann das Verhalten der Klienten negativ beeinflussen. Beispielsweise könnten sie weniger ehrlich sein oder Informationen zurückhalten.

Herangehensweise an Radikalisierte mit mehreren Problemen

Jeder Ansatz für die Arbeit radikalisierten Personen mit mehreren Problemen muss **umfassend** sein. Einige Praktizierende glauben, dass die Ausstiegsarbeit alle relevanten Bereiche abdecken muss (z.B. medizinische, soziale, rechtliche, etc.) und zwar parallel, um erfolgreich zu sein. Die Behandlung nur eines Problems kann sich als kontraproduktiv erweisen, da sich diese Probleme gegenseitig verstärken können. Wenn eine Person zum Beispiel versucht, aus einer radikalisierten Umgebung auszusteigen, kann sie Angst und Hoffnungslosigkeit erfahren, was sie dazu bringen kann, Drogen zu nehmen. Daher ist es im Umgang mit Menschen mit mehreren Problemen nicht ausreichend zu wissen, wie man ein Problem oder eine Störung angeht. In diesem Punkt sind sich die Praktizierenden jedoch nicht einig: Einige ziehen es vor, ein Thema auf einmal anzusprechen, ohne dabei die „nicht prioritären“ Fragen aus den Augen zu verlieren.

Ein umfassender Ansatz erfordert einen **Multi-Agency-Ansatz** und eine regelmäßige Kommunikation zwischen den verschiedenen beteiligten Fachleuten. Eine klare Definition der Rollen und der Kommunikationskanäle hilft, eine Reihe von Hindernissen zu überwinden. Ein Problem, das alle Praktizierenden bei der Verhinderung von Radikalisierung erleben, ist der Austausch von Daten und Informationen über Klienten mit anderen Praktizierenden, mit denen sie in einem Multi-Agency-Ansatz arbeiten. Ähnliche Fragen müssen zu Beginn der Zusammenarbeit

<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/11/prevent-mental-health-guidance.pdf>

zwischen Praktizierenden geklärt werden, um künftige Missverständnisse zu vermeiden.

Aus Sicht des Ausstiegs würde eine **regelmäßige Kommunikation** zwischen den Praktizierenden es sowohl den Sozialarbeitern als auch den Psychiatriefachkräften ermöglichen, eine breitere Sichtweise zu erlangen und die eigentlichen Ursachen des Problems/der Probleme zu identifizieren. Die Unfähigkeit, die Ursachen zu identifizieren, hat traditionell die Bemühungen der Sozialarbeiter behindert, positive Ergebnisse bei Menschen zu erzielen, die ein Trauma erlebt haben, da sie das Gesamtbild nicht sehen und sich eher auf das schlechte Verhalten konzentrieren.

Dies sollte Hand in Hand gehen mit **Bewusstseinsbildung und Training** bei allen am Prozess beteiligten Akteuren, einschließlich psychiatrischer Fachkräfte, Sozialarbeiter, Fachkräfte in der Strafverfolgung und sogar der Umwelt. So besteht beispielsweise Bedarf an einer traumaorientierten Pflegepolitik. Daher sollte das Traumabewusstsein eine Schlüsselqualifikation sein, die allen Personen vermittelt wird, die mit Rückkehrerkindern arbeiten, aber auch allen, die mit Flüchtlingen, Veteranen, FTFs usw. zu tun haben.

Die anzuwendende spezifische Behandlung hängt von den spezifischen Umständen des jeweiligen Falles ab und muss daher von Fall zu Fall beurteilt werden. Obwohl zum Beispiel die Angemessenheit der Kognitiven Verhaltenstherapie (Cognitive Behaviour Therapy, CBT) zur Bekämpfung der Radikalisierung von einigen angefochten wurde,¹⁹ hat sich herausgestellt, dass sie sowohl für Kinder als auch für ihre Familien wirksam ist, um traumabedingte Schwierigkeiten zu überwinden.²⁰ Im Bereich der Suchten können verschiedene Behandlungsmöglichkeiten genutzt werden, um die bestmögliche Behandlung zu gewährleisten, die an die spezifischen Umstände angepasst ist (z.B. Einstellung, psychischer oder somatischer Zustand, Art der Sucht, Motivation oder Mangel an ihr und andere Probleme, mit denen der Patient konfrontiert sein kann). Übernahme einiger der vorhandenen Elemente

die sich in der Suchttherapie bei der Prävention von Radikalisierung und Ausstiegsarbeit bewährt haben, wie z.B.:

- **Motivationsinterview:** Ein wichtiger Eckpfeiler der Suchtbehandlung, konzentriert sich diese Technik auf den Aufbau einer Vertrauensbasis mit dem Patienten und die Aktivierung seiner Veränderungsfähigkeit. Motivierende Interviews erfordern einfühlsame Einstellung, offene Fragen, reflektierendes Zuhören, Akzeptanz von Ambivalenz, Veränderungsgespräche und die Anleitung des Patienten, Lösungen zu finden, die die Eigenverantwortung für die Behandlung erleichtern (siehe Abbildung 1).
- **Gemeinschaftsverstärkungsansatz (CRA),** der sich bei der Behandlung von Alkoholismus und anderen Abhängigkeiten als wirksam erwiesen hat. Dieser Ansatz erfordert die Einbeziehung der Umgebung des Patienten, wie beispielsweise der Familie. Die Einbeziehung von Familien und dem sozialen Umfeld des Patienten ist eine Methode, die bei der Ausstiegsarbeit in einer Reihe von Fällen angewandt wird, und zwar nicht nur im Zusammenhang mit Drogenmissbrauch und Sucht.

¹⁹ Weillböck, H., 2016, Konfrontation mit der Ideologie der Gegennarrative. Eingebettete Face-to-Face-Prävention - und Jugendarbeit (Medien).

²⁰ Steel, M., Malchiodi, C.A., 2010, Trauma Informed Practice with Children and Adolescence (Traumabewusste Übungen mit Kindern und Jugendlichen), Routledge, New York.

Abbildung 1: Das Modell der Stufen des Wandels, das an das Motivationsinterview angepasst ist



Quelle: Erarbeitet von Jellinek Amsterdam von Prochaska und Di Clemente (2002)

Die Frage, was zuerst behandelt werden muss, muss von **Fall zu Fall beurteilt werden**. So wurde beispielsweise beobachtet, dass sich die nach Europa zurückkehrenden FTFs schämen könnten, Amphetamine oder andere Freizeitdrogen konsumiert zu haben. In diesen Fällen - in denen das Gehirn nach einem Drogenmissbrauch beeinträchtigt sein kann - kann es sinnvoller sein, das Risiko einer Psychose von einem Psychiater analysieren zu lassen und dann alle anderen Fragen zu klären. Die Priorisierung der Bedürfnisse wird jedoch von einigen Praktizierenden angefochten, die der Ansicht sind, dass die Identifizierung des dringendsten Problems kontraproduktiv sein kann und dass sie alle parallel angegangen werden sollten.

Quelle der Fallstudie: von einem Teilnehmer des Meetings geteilt.

Fallstudie: ein Multi-Problempatient

Basierend auf den Erfahrungen von Praktizierenden aus dem Ausstiegs- und Gesundheitssektor wird ein Beispiel für einen Multi-Problempatienten durch den nachstehenden anonymisierten Fall gegeben.

Ein 25 Jahre alter, also junger Mann steht kurz vor der Diagnose Schizophrenie, als der Vater dem Psychiater gegenüber seinen Bedenken äußert, dass sein Sohn für extreme islamische Verhältnisse anfällig ist. Der 25-Jährige zeigt tatsächlich einige Anzeichen, die ihn anfällig für Radikalisierung machen könnten: während er zum Islam konvertierte, löste er die Beziehungen zu seinen früheren Freunden und stoppte alle Freizeitaktivitäten, die er früher betrieb.

Der mit diesem Klienten verfolgte Ansatz umfasst sowohl motivierende Interviewtechniken als auch CRA (siehe oben). Zunächst kontaktierte die Psychiaterin, die ihm Schizophrenie diagnostizierte, die örtliche Gemeinde wegen der vom Vater geäußerten Bedenken. Die Gemeinde weist dem 25-jährigen Mann einen Mentor zu, sowie Beratungsgespräche mit einem Psychologen mit Kenntnissen über Schizophrenie.

Die Rolle des Mentors besteht darin, dem Kunden zu helfen, seinen Alltag, um einen Job und andere zielgerichtete Aktivitäten herum zu organisieren. Darüber hinaus hilft der Mentor dem Klienten auch, Bedenken, Schwierigkeiten und Überzeugungen, einschließlich religiöser, die er besprechen möchte, zu besprechen.

Mentoren in einer ähnlichen Situation stehen vor einer Reihe von Herausforderungen. Der Mentor muss entscheiden, wie er den Klienten im Hinblick auf seine Diagnose einer psychischen Erkrankung anspricht und auf der einen Seite eine Beziehung herstellt und auf der anderen Seite, wie er sich im Hinblick auf die Auswirkungen der Herausforderungen der Situation auf die Arbeit vorbereitet. Darüber hinaus muss der Mentor herausfinden, wer und was seine Arbeit mit dem Klienten unterstützen kann, da eine solche Aufgabe für die Praktizierenden psychologisch belastend sein kann. Zu den Herausforderungen gehören: die nur begrenzt verfügbaren Informationen über den Klienten und seine Vergangenheit; die Auswirkungen, die Schizophrenie auf den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung haben könnte; Umgang mit dem Datenschutz gegenüber dem Klienten; die Auswirkungen, die die Diagnose sowie die Medikamente auf den Kunden und die Beziehung zu seinem Mentor haben; die Arbeit mit der Familie, da es in der Vergangenheit einige Spannungen zwischen dem Vater und dem Sohn gab.

Schließlich stellt die Ausstiegsarbeit mit Probanden im autistischen Spektrum eine zusätzliche Herausforderung dar, da die sieben oben genannten Facetten Auswirkungen auf den zu verfolgenden Ansatz haben:

- Umschriebene Interessen: Praktizierende müssen diese Interessen managen und es dem Einzelnen ermöglichen, über sie nachzudenken oder zu sprechen, während sie ihm helfen, zwischen der sicheren und der unsicheren Variante zu unterscheiden. Sie können auch als Anreiz und Belohnung verwendet werden.
- Reiche und lebendige Fantasie zusammen mit begrenzter sozialer Vorstellungskraft: Die innere Welt kann ein Bewältigungsmechanismus sein und sollte daher als Hilfe genutzt werden, z.B. durch die Nutzung von Büchern und Fantasien in der Rehabilitation.
- Bedürfnis nach Ordnung, Regeln, Routine und Vorhersehbarkeit: Praktizierende sollten dies in ihre Behandlung einbeziehen (d.h. vorhersehbare Zeitpläne, Erklärung von Regeln, usw.).
- Tendenz zu zwanghaftem Verhalten und Wiederholung: Gesunde Obsessionen sollten erlaubt sein, während Fixierungen durch die Suche nach gesunden Ablassmöglichkeiten oder die Entwicklung von Strategien zur Vermeidung von Schäden gesteuert werden sollten.
- Soziale und Kommunikationsschwierigkeiten: Die Praktizierenden müssen das Bewusstsein für andere Menschen schärfen und Möglichkeiten finden, soziale Beziehungen innerhalb der Komfortzone des Einzelnen zu entwickeln.
- Kognitive Denkweisen: Interventionen müssen an die kognitiven Schwierigkeiten und Stärken angepasst werden, um der betroffenen Person zu helfen, eine breitere Sichtweise zu erlangen.
- Sinnesentwicklung: Verwenden Sie Sinnesbelohnungen, um neue Interessen zu entwickeln. Wenn extremistische Bilder einen Sinneswert haben, ist es außerdem wichtig zu beurteilen, ob es einen sicheren Weg gibt, sie zu genießen. Wenn dies nicht möglich ist, muss man nach ebenso lohnenden Alternativen suchen.

Schlussfolgerungen

Komorbidität von Drogenmissbrauch und psychischen Erkrankungen ist eine Herausforderung für Praktizierende und nationale Gesundheitssysteme. Für beide Themenbereiche ist spezialisiertes Fachwissen erforderlich, das selten bei einem einzigen Praktizierenden zu finden ist. Um Patienten mit psychischen Erkrankungen und Drogenabhängigkeiten zu unterstützen, sind Maßnahmen und Vorgehensweisen für eine effektive Zusammenarbeit zwischen relevanten Fachleuten erforderlich.

Dies wird noch komplizierter, wenn der Patient zusätzlich **radikalisiert ist und sich ebenfalls in einem Ausstiegsprogramm** befindet. Die Ausstiegsarbeit erfordert von Natur aus eine Multi-Agency-Kooperation zwischen mehreren Praktizierenden. Bei Drogenmissbrauch und psychischen Erkrankungen, insbesondere bei schweren psychotischen Störungen, muss die Multi-Agency-Arbeit hochfunktional sein, um erfolgreich zu sein. Eine der größten Herausforderungen für Praktizierende im Ausstiegsbereich ist die Schwierigkeit, eine spezialisierte Betreuung für ihre Patienten zu finden, die parallel zur Ausstiegsarbeit erfolgen kann. Auf der anderen Seite kann die Fortführung der Ausstiegsarbeit ohne parallele Spezialbetreuung nutzlos, wenn nicht sogar kontraproduktiv sein. Gleichzeitig kann der Patient jedoch nicht allein gelassen werden und ohne entsprechende Betreuung. Praktizierende im Bereich Ausstiegsarbeit sind daher in dieser schwierigen Situation, in der sie versuchen, ihr Bestes zu geben und darüber hinauszugehen, und zwar in Bereichen, für die sie nicht unbedingt ausgebildet sind.

Während sich die Praktizierenden offenbar nicht darüber einig sind, wie ähnliche Situationen angegangen werden können, besteht im Allgemeinen Einigkeit darüber, dass unabhängig von der für jeden Einzelnen vorgesehenen spezifischen Behandlung **alle Patienten (psychisch Kranke, Drogenabhängige und/oder Radikalisierte) Geduld und ein humanistischer Ansatz benötigen.**