

Workshop «Umgang mit Renitenz und Gewaltsituationen»

(Mario Straub, PERSPEKTIVE Region Solothurn-Grenchen / Manfred Rhyn, Polizei Kanton Solothurn / Peter Forster, Casa Fidelio Niederbuchsiten)

Input von Peter Forster:

Casa fidelio (Beschreibung in Stichworten):

- Stationäre, männerspezifische Suchttherapie,
- Vorwiegend Drogen, je nachdem auch Alkohol.
- Klienten: Freiwillig (Drogenberatung/Entzug/Sozialamt), Massnahme oder FU
- Nur Männer, sowohl im Team wie in der Klientengruppe
- Klienten zwischen Mitte zwanzig bis Ende fünfzig Jahre alt
- Aufenthaltsdauer zwischen einem und drei Jahren
- Bewohner leben in Hausgemeinschaften: Drei 5er- und eine 10er-Wohngruppe
- Dreimal die Woche Gruppe: 1 Wochenend-Vorbesprechung und 1 Nachbesprechung, Supervision Hausgemeinschaft und einmal pro Woche Themenzentrierte Gruppe
- Mindestens ein Einzelgespräch pro Woche
- Tagesstruktur: agogisches Arbeiten in den Bereichen Bau, Geländeunterhalt, Abwart und Küche.

Gewalt

These:

Jeder Mensch ist zur Gewalt fähig und wird diese auch einsetzen, sofern er/sie die Situation als unbedingt bedrohlich für Leib und Leben wahrnimmt.

Impulsive Gewalt (nicht geplante) ist der letzte, meist verzweifelte Versuch sich zu schützen.

Der Punkt, an dem es zur Gewaltanwendung kommt, ist dabei von Mensch zu Mensch sehr unterschiedlich. Ob es zur Gewalt kommt, hängt von den gegebenen kulturellen, persönlichen und äusseren Faktoren ab.

Jeder Mensch hat seine eigenen Bedingungen, in denen Gewalt aus seiner Sicht gerechtfertigt oder gar notwendig ist. Entscheidend für eine Eskalation einer aggressionsgeladenen Situation ist die Perspektive der Beteiligten. Gewalt findet statt, wenn alles andere aus welchem Grund auch immer versagt und der/die Gewaltausübende keinen anderen Weg mehr sieht.

Gewaltfördernde Bedingungen und Umgang:

- Wenn das Umfeld, in dem jemand lebt oder aufgewachsen ist, Gewalt toleriert oder Gewalt als Mittel der Konfliktlösung propagiert und erwartet, ist er eher bereit Gewalt einzusetzen.
- Wenn jemand die Erfahrung gemacht hat, seine Interessen am besten mit Gewalt durchsetzen zu können, ist er eher bereit, Gewalt einzusetzen.
- Wenn das Bewusstsein durch Alkohol getrübt ist und die Hemmschwelle/Angst weggetrunken wurde, ist die Gewaltbereitschaft erhöht.

Für viele unserer Klienten gehörte Gewalt lange Zeit zum Alltag. Dies hat einerseits mit dem Umfeld zu tun, in dem sie aufwuchsen, andererseits aber auch mit dem Leben auf der Gasse.

Drogenkonsumenten sind häufig unter Stress: Sie versuchen, Stoff und Geld zu besorgen, bevor die Entzugssymptome beginnen, oder sie sind bereits auf Entzug. Gleichzeitig versuchen sie sich vor der Polizei zu verstecken. Alles muss schnell gehen, jeder versucht jeden übers Ohr zu hauen, man muss sich Respekt verschaffen. Auf Kokain werden viele paranoid oder grössenwahnsinnig. Auf Alkohol sind viele latent aggressiv.

Die Hemmschwelle zur Anwendung von Gewalt ist deshalb oft gering.

Dabei ist Gewaltanwendung noch immer hauptsächlich ein männliches Problem: Im Bereich „Häusliche Gewalt“ gibt es fünfmal so viele männliche wie weibliche Straftäter.

Dennoch sind wir in der casa fidelio selten mit Gewalt konfrontiert.

Wie kommt das?

- Klare Haltung: Gewalt wird nicht toleriert und führt bei beiden/allen Beteiligten zum Ausschluss. Verbale Drohung wird schriftlich verwarnt.
- Einzelarbeit: Entstehung von Ärger/Wut, Konflikt und Gewalt verstehen. Lernen, die eigenen Gefühle wahrzunehmen und damit umzugehen. Erlernen von Gewaltvermeidung und Deeskalation.
- Achtsamkeit auf Sprache, auf den Umgang miteinander, auf das Anstauen von Ärger.
- Erlernen alternativer Konfliktlösungen

Hauptproblem Alkohol:

Betrunkene erleben wir als kaum führbar und grundsätzlich gewaltbereit. Da wir über keinen abschliessbaren Überwachungsraum und auch nicht über das entsprechende Personal zur Überwachung und die entsprechenden Genehmigungen verfügen, müssen betrunkene Klienten zur Ausnüchterung in die Psychiatrie oder ab einem Wert von 3.0 Promille ins Spital.

In solchen Fällen avisieren wir die Ambulanz und entsprechende polizeiliche Unterstützung.

Ich erlebe es als essentiell, sich in solchen Situationen auf keinerlei Konfliktgespräche einzulassen, klare Grenzen zu setzen und den Klienten auf keinen Fall, weder psychisch noch körperlich in die Enge zu treiben.

Die Zusammenarbeit mit der Polizei erlebe ich in solchen Fällen als ordnend und deeskalierend. Die Schulung der Polizisten war in diesen Situationen stets spürbar. Die Zusammenarbeit wird dadurch erleichtert, dass die Polizisten der zuständigen Polizeiwache uns kennen, wissen was wir machen, wer unsere Klienten sind und was wir brauchen.

Fallbeispiel:

Ein Klient, Hr. S. aus Sri Lanka, kommt zu uns aus dem Straf- und Massnahmenvollzug. Es gab immer wieder Zwischenfälle mit Alkohol und Gewalt (Messerangriffe), deswegen wurde er zu einer längeren Haftstrafe verurteilt.

Hr. S. spricht nur sehr schlecht Deutsch, versucht sich aber auf die Therapie einzulassen. Er zieht sich in der Freizeit häufig zurück, arbeitet aber in der Küche gut mit und ist ein hervorragender Koch. Von den Klienten wird er wegen seiner stets freundlichen, aufgestellten Art geschätzt. Es gelingt ihm sogar, eine Freundschaft aufzubauen.

Im Einzelgespräch wird irgendwann klar, dass er vermutlich ein Kriegs- und Foltertrauma erlitten hat.

Er wiegelt jedoch ab und will keine Behandlung: „Alles gut, lange her!“

Wir bleiben dran, bauen weiter Vertrauen auf, kommen später darauf zurück.

Lange läuft alles gut, Suchtdruck habe er keinen.

Eines Abends, nach etwa 3- 4 Monaten Therapie wirkt er angetrunken. Als wir ihn zur Rede stellen wird er während des Gesprächs immer betrunkenener. Es stellt sich heraus, dass er draussen war, eine Flasche Whisky auf Ex getrunken hat und die Wirkung nun massiv einsetzt.

Eine halbe Stunde später torkelt der Klient massiv und lässt sich kaum noch führen. Ein Aufenthalt im Ausnüchterungszimmer kommt so nicht in Frage. Nach und nach wird Hr. S. immer aggressiver. Unser Hausarzt ist in den Ferien und kann nicht erreicht werden. Eine Einweisung in die Klinik läuft aber nur über einen Arzt.

Wir rufen einen Notfallpsychiater an, der in einer halben Stunde da sein will. Gleichzeitig bestellen wir auf diesen Zeitpunkt eine Ambulanz und die Polizei, da wir wissen, dass die Ambulanz keine aggressiven Klienten ohne Polizeischutz einlädt.

In dieser Zeit versuchen wir, den Klienten im Bürohaus zu behalten, damit er nicht in die Wohnerräumlichkeiten geht, einen Streit anfängt und sich einer Stichwaffe bemächtigt. Dies gelingt zu Glück. Es wird klar, dass er auf einen der Teamkollegen besser zu sprechen ist als auf andere, wir geben dem nach, indem dieser Kollege ihn im Kontakt hält und die anderen sich im Hintergrund zur Hilfe bereithalten.

Als die Polizei eintrifft, sorgt das kurz für Widerstand und Unruhe, da er die Polizei kennt und Probleme erwartet. Die Beamten klären die Situation jedoch recht schnell, indem sie direkt mit ihm in Beziehung treten, einerseits klare Anweisungen geben, Präsenz zeigen und einer von ihnen ein Gespräch mit Herrn S. beginnt. Dies lenkt ihn ab, gleichzeitig bemerkt er, dass er Schwierigkeiten bekommen wird, wenn er fliehen will. Bald beruhigt er sich und schickt sich in die Situation.

Als der Psychiater eintrifft, gibt es noch mal kurz Probleme, da er diesen nicht zu mögen scheint. Wieder gelingt es durch die klare Haltung der Polizei und gleichzeitigem Beziehungsangebot zu deeskalieren.

Als die Ambulanz eintrifft, ist klar, dass der Klient dort mitfahren wird und wir nach der Ausnüchterung wieder Kontakt aufnehmen. Wir machen kurze klare Aussagen: Es geht um seine Sicherheit, wir dürfen ihn so nicht hierbehalten, er muss zuerst nüchtern werden, dann sehen wir weiter. Keine Vorwürfe, keine Schuldzuweisung, keine Gespräche über das Wieso und Warum und mögliche Konsequenzen.