

# Forensische Psychologie

## Begriffsbestimmung

- Forensische Psychologie befasst sich mit der Begutachtung und Behandlung psychisch Kranker, die infolge ihrer Erkrankung zu Straftätern geworden sind
  - zivil- & sozialrechtliche Fragen im Zusammenhang mit psych. Erkrankungen
- Psychiatrische Begutachtung: Beratung des Gerichts; Einschätzung der Schuldfähigkeit

## Unterschied forensische Psychiatrie und allgemeine Psychiatrie

- Dauer §63 (bislang noch) unbefristet
- Über Entlassung entscheidet Gericht, NICHT Patient und Behandler
- Unterbringung endet:

Wenn erwartet werden kann, dass der Untergebrachte keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird (vgl. §67d Abs 2 StGB)

- Nach Entlassung tritt Führungsaufsicht ein
- **Auftrag:** "Besserung und Sicherung", auch: "Sicherung durch Besserung"
- kriminalprognostisch relevante Entscheidungen müssen ein inner- und außerklinisches Kontrollverfahren durchlaufen
- legalprognostisch günstiges Umfeld bei Entlassungsplanung

## Allgemeine Vorbemerkungen

- keine Maßregel bei Schuldunfähigkeit infolge Notwehr
- bei strafbefreienden Rücktritt vom Versuch wird MR als unverhältnismäßig angesehen
- **Prognosen** als wichtige Voraussetzung der Anordnung und Vollstreckung
  - ungünstige Gefährlichkeitsprognose
- Verhältnissatz

## Rechtliche Grundlagen

- Maßregeln der Besserung und Sicherung: §§ 61 ff StGB
  - Zweispuriges Strafrecht:
    - i. Strafe für Tatschuld
    - ii. Sicherung und Besserung entlang der zukünftigen Gefährlichkeit (unabhängig vom Schuldbegriff) **Sonderopfer**
  - insgesamt sechs Maßregeln:
    - i. drei mit Freiheitsentzug verbunden (§§ 63, 64, 66-66b f StGB)
    - ii. Führungsaufsicht (§§ 68-68 f StGB)
    - iii. Entziehung der Fahrerlaubnis (§§ 69-69 b StGB)
    - iv. Berufsverbot (§§ 70-70 b StGB)
- Jugendliche und Heranwachsende: gem. §§ 105 Abs 1 JGG kann gem. 37 JGG die Unterbringung in einer psych. Klinik, Suchtklinik, Führungsaufsicht oder Entzug der Fahrerlaubnis angeordnet werden
- **§ 20: Schuldunfähigkeit wegen seelischer Störung**
  - Eingangsmerkmale:
    - i. tiefgreifende Bewusstseinsstörung
    - ii. Schwachsinn
    - iii. schwere andere seelische Abartigkeit
    - iv. krankhafte seelische Störung
- **§ 21 Verminderte Schuldfähigkeit (Dekulpation)**
  - Fähigkeit, das Unrecht der Tat einzusehen, oder nach dieser Einsicht zu handeln
- **§ 63: Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus**
  - Voraussetzung: § 20 oder § 21
  - Gesamturteilung: *infolge des Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten*
  - **neu/wichtig**
  - keine zeitliche Begrenzung, sondern abhängig von Gefahrenreduktion
  - alle 3 Jahre externe Begutachtung
  - rote Linien: nach 6 und 10 Jahren erneute Gefahreinschätzung
  - keine Bagatelldelikte
- **§ 64: Unterbringung in einer Entziehungsanstalt**
  - Delinquenz muss nicht direkt mit Sucht zusammenhängen
  - allgemein: §64 + 2/3 der Gefängnisstrafe
  - begrenzt auf 2 Jahre
  - kann abgebrochen werden
- **Einstweilige Maßnahmen**
  - allg.: MR erst nach rechtskräftigem Urteil vollstreckbar
  - Vorübergehende Zwangsmaßnahmen/ Einstweilige Maßnahmen:
    - i. § 111 a StPO: vorläuf. Entziehung Fahrerlaubnis
    - ii. § 132 a StPO: vorläuf. Berufsverbot

- iii. § 112 a StPO: Untersuchungshaft wegen Wiederholungsgefahr
- iv. **§126 a StPO: Erstweilige Unterbringung (Unterbringungsbefehl des Haftrichters)**

- **§ 67 Reihenfolge der Vollstreckung**
  - MR vor Freiheitsstrafe
  - Gericht kann bestimmen: (Teil der) Strafe vor MR, wenn Zweck der MR dadurch besser erreichbar
  - Bei erwarteter Ausreise: Strafe vor MR
  - Wenn MR vor Strafe: Zeit des Vollzugs der MR wird auf Strafe angerechnet, *bis 2/3 der Strafe erledigt sind*
  - **§ 67 a: Überweisung in den Vollzug einer anderen Maßregel**
  - **§ 67 b: Aussetzung zugleich mit der Anordnung**
  - MR auf Bewährung ausgesetzt (falls hilfreich und keine Haftstrafe)
  - **§ 67 d: Dauer der Unterbringung**
  - Verhältnisentlassung nach Ländern unterschiedlich geregelt

## Statistisches

- Steigende Anzahl der behandelten Patienten in forensischen Psychiatrien
  - Fall Dutroux (Belgien): gestiegenes Sicherheitsbedürfnis
  - Trend zur Einweisung suchtkranker Straftäter in den MRV gem. §64 StGB
  - wenig (geschlossene) Dauerwohnheime für chronisch schwer psychisch kranke oder verhaltensauffällige Menschen mit geistiger Behinderung
- Verweildauer schizophrener Patienten in Allgemeiner Psychiatrie sehr verkürzt (ca. ~ 22 Tage)
  - Shift in die forensische Psychiatrie
- Reformforderungen im Zusammenhang mit Fall Mollath + DGPPN Forderungen

## Eingangsmerkmale nach § 20 StGB

1. **Krankhaft seelische Störung**
  - Organische Psychosen
  - Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis
  - Psychosen aus dem affektiven Formenkreis
  - Abhängigkeiten
  - genetische Erkrankungen (Trisomie 21, Klinefelter)
2. **Tiefgreifende Bewusstseinsstörung**
  - psychisch gesund, aber Bewusstseinsveränderungen (z.B. Affektat, Taten aus existentieller Angst und Zorn heraus, Gefühlsabstumpfung)
3. **Schwachsinn**
  - ideopathische Minderbegabung (nicht nur IQ, sondern auch sonstige soziale Reife)
4. **Schwere andere seelische Abartigkeit**
  - Persönlichkeitsstörungen
  - Abnorme Gewohnheiten oder Störungen der Impulskontrolle
  - Neurotische Störungen
  - Sexuelle Präferenzstörungen
  - chronische Abhängigkeitserkrankungen
  - paranoide Entwicklungen

Psychose als Urmeter (Kröber)

## Delinquenz & Behandlung schizophrener Patienten

### Schizophrenie

- Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis:
  - Störung Wahrnehmung, Denken, Ichfunktionen, Affektivität, Antrieb, Psychomotorik
  - Keine Beeinträchtigung Bewusstsein und Orientierung
- Prävalenzen:
  - Punktprevalenz USA: 0,7%
  - Lebenszeitprävalenz weltweit: im Mittel 1%
  - Behandlungsprävalenz: 40-42% in forensischen Psychiatrien
- Erkrankungsalter:
  - 2/3 vor dem 30. LJ
  - Frauen 4 Jahre später (und häufiger Frühschizophrenie) als Männer
  - Männer: 1. Erkrankungsgipfel zw. 16 und 24 Jahren
- Genetik:
  - Besonders erhöhte OR: 2 erkrankte Eltern, Geschwister
- Neurobiologische Befunde:
  - Störung mesolimbischer-frontaler Strukturen
- Biochemische Grundlagen
  - mögl.: Überfunktion/Unterfunktion dopaminerger Systeme
  - Serotonin und Noradrenalin System gestört
- **Diagnostik von Psychosen**
  - Psychiatrische Vorgeschichte & Komorbide Störungen
  - Aktuelle Psychopathologie
  - Risikofaktoren
  - Soziale Anamnese
  - Medizinische Untersuchung
- **Besonderes Akte**
  - Unterbringungsbefehl & Urteil
  - Schuldfähigkeitsgutachten
  - Behandlungspläne (24 Std, 6 Wo, alle 6 Monate)
  - Schriftwechsel mit Anwälten

## Deliktmuster

1. Impulsive Taten mit starker affektiver Beteiligung aus akutem paranoiden Erleben heraus
    - Threat- Control- Override Symptoms (TCO)
  2. geplante Taten bei chronifiziertem Wahn
  3. Straftaten aus Negativsymptomatik heraus mit Verwahrlosung und Entdifferenzierung der Persönlichkeit (oft Bagatelldelikte)
- Opfer:
    - vor allem aus unmittelbarem sozialen Umfeld
    - Autoritätspersonen (Therapierelevant)
    - seltener: fremde Opfer
  - häufige Straftatmuster:
    - Tötungsdelikte, Gewaltdelinquenz (v.a. bei Comorbidität)
  - **Wahnthemen**
    - vor allem: Vergiftungs- und Verfolgungswahn
    - bei nihilistischem Wahn: erworbener Suizid

## Allgemeine Grundsätze der Behandlung

- neben klassisch psychiatrischen/psychologischen Zielen: **deliktrelevante Störungsmuster beseitigen**
- Erlangen von Sicherheit (Beziehung, Informationsaustausch, technische & bauliche Maßnahmen, organisatorische Maßnahmen, Kooperation mit Polizei)
- **Intramurale Risikoerkennung/ Signal-Erkennungsplan** nach Flutert (2006)
  - Frühwarnsysteme für Patienten (als Experte, Skills) und Betreuer
  - *Frühwarnzeichen* als Veränderung des subjektiven oder wahrnehmbaren Verhaltens
  - Ich-Form und 3 Grade
  - v.a. sozialer Rückzug, Gereiztheit, etc.
  - Übergriffe vor allem nach "Nein-Botschaften" und Medikamentenvergabe (relevant: Kommunikation)
  - *Risikoverhalten* als Bedrohung der Umwelt oder des Patienten selbst
  - Ziele der Therapie müssen auch für Patienten motivierend wirken (kein Altruismus Argument)

## Therapie bei Psychosen

- Psychodynamische Behandlung kann neuen Krankheitsschub fördern
  - keine "Deliktbearbeitung" im vergleichbaren Sinne mit Sozialtherapie
  - Fokus auf kognitiv-verhaltenstherapeutischen Verfahren
- IPT = Integriertes psychologisches Therapieprogramm
- DUP = Dauer der unbehandelten Psychose
  - bei Jugendlichen länger als bei Erwachsenen
  - > 2 Monate: reduzierte Remissionswahrscheinlichkeit
  - bei Erstbehandlung oft schon chronisch
- **Pharmakotherapie**
  - Antipsychotika (AP)
  - PLUS: DA Hyperaktivität meso-limbisch
  - MINUS: DA Hypoaktivität meso-cortical
  - keine Medikationswechsel ohne Grund
  - non-response: Wechsel nach 4 bis 6 Wochen
    - dosisabhängiger Effekt der Bedeutung von Risikofaktoren
  - Response: Symptomschwächung nach 14 Tagen
  - Nebenwirkungen: v.a. verminderte Libido, Gewichtszunahme
  - Gefahr: Absetzen des Medikaments durch Patienten selbst
- **Überprüfung Behandlungsverlauf**
  - regelmäßige Aktualisierung des Behandlungsplans
  - Stellungnahme an Staatsanwaltschaft/StVK (externes Gutachten alle 5 Jahre an StVK)
- **Forensifizierung Schizophrener (Straftäter)**
  - Problematik der Unterschätzung des Deliktpotentials (z.B. nach mehrfacher Einstellung der Verfahren §20 StGB, Bagatelldelikte) *Fallbeispiel Frau B.*
  - Asymmetrie d. Risikowahrnehmung durch Früherkennung zwischen Männern und Frauen
  - Bettenabbau in Allgemeiner Psychiatrie und Kostendruck (Verweildauer)
  - zunehmender Anteil Suchtmittel missbrauchender junger Schizophrener

## Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT)

- Balance zwischen Akzeptanz (Persönlichkeit) und Veränderung (Delinquenz und relevante Themen)
- **Bio-soziale Theorie der Störung der Emotionsregulation**
- Grundannahmen nach Bohus:
  - Teufelskreis
  - Regeln auf Team bezogen
  - Änderungsmotivation, Schuldfrage nicht zentral und kein Versagen möglich
- *eklektischer Therapeutischer Ansatz*
  - Lerntheorie und Verhaltenstherapie (KVT)
- *strukturierte und integrative Therapie*
  - Basisgruppe
  - skill-Gruppen
  - Einzeltherapie
- hierarchische Gliederung der Therapieziele
  - Überlebensstrategien (Suizid)
  - Therapie Compliance
  - ambulante Therapie
- **DBT in der Forensik**
  - Patienten oft mit desorganisiertem Bindungsstil
  - Antisoziale und aggressive Einstellungen
  - keine Freiwilligkeit (relevant: Veränderungsmotivation)
  - Andere Hierarchie: Reduktion fremdschädigendes Verhalten auf #1
  - Verhaltensanalysen und Time-out

# Delinquenz und Behandlung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen und Sexualstraftätern

---

## Grundannahmen in der Arbeit mit Menschen mit Persönlichkeitsstörungen

- Interaktions- und Beziehungsstörungen
- Persönlichkeit als dimensionales Konstrukt (Persönlichkeitsstil - Persönlichkeitsakzentuierung - P-Störung)
- Berücksichtigung Defizite und Ressourcen

Der Mensch ist mehr als seine Taten

- Trennung Delinquenz und Persönlichkeit (dialektisch)

## Sexualstraftäter aus forensisch-psychiatrischer Sicht

---

- **Grundannahmen**
  - Sexualerleben nicht von Persönlichkeit zu trennen
  - Sexuelle Gewalthandlungen können Inszenierungen sein (Bezug auf Vielfältigkeit der Funktionen von Sexualität)
- Berliner Schule (Kröber): Paraphilien können rückgebildet werden
  - Straftaten primär sexuell motiviert und nicht Ergebnis der individuellen Lebensgeschichte
- Hamburger Lehrmeinung: Muster bleibt immer bestehen
- DSM-V:
  - Trennung Störung der Sexualpräferenz und Paraphilie
- Beurteilung Schweregrad einer Paraphilie
  - Kriterien **Progre dienz** und **Sadismus**
  - Kontrollfähigkeit zentral
  - Beier: Trennung Haupt- und Nebenströmung
  - Regelmäßigkeit der sexuellen Impulse
- **Sexueller Sadismus**
  - v.a. Fantasien aggressivem sexuellen Inhalt, Schmerz, Furcht, Verstümmelung, Gewalt, etc.
  - Funktion:
  - Machtmotiv
  - sexuelle Befriedigung
- Besonderheit: *Sexualanamnese* (Achtung: falsch Informationen)
- Häufung bei Psychopathie: Vergewaltigung (+Tötung)
  - Kindesmissbrauch nur ca. 5% psychopathisch
- **Tätertypologien**
  - dissozial
  - *Dissexualität*: Ein im Sexuellen ausgedrücktes Sozialversagen
  - dissexuelles Handeln verletzt die Integrität und Individualität eines Gegenübers
  - aggressiv
  - deviant
  - **Vergewaltiger**:
  - jugendliche, sexuell unerfahrene Täter
  - dissoziale Täter
  - symbolisch-agitierte Täter
  - sadistische Täter

## Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS)

---

1. deliktenspezifischer Teil
  - Gruppenarbeit
  - Sozialverhalten
  - Aufklärungsunterricht
2. deliktenspezifischer Teil
  - in der Gruppe: Stufen bis zum Delikt, Risikosituationen
  - persönliche Vita nicht zu ausführlich, da kein Bild des "Opfers seiner Umstände"
  - Idee: Expertenwissen = Täterwissen, Konfrontation kann authentisch erfolgen
  - sadistisches Spektrum nicht in der Gruppe (oder nur mit Medis)

### Ziele:

- *Selbstwirksamkeit in Bezug auf sexuelles Verhalten*
- allgemeine Empathie
- prosoziale Einstellung
- Coping Strategien
- Angemessener Umgang mit Intimität
- positives Selbstwertgefühl
- Selbstregulation
- etc.

### Antihormonelle Behandlung von Sexualstraftätern

- Indikation:
  - Sexuelle Deviation
  - hoher subjektiver Leidensdruck
  - drohende oder reale soziale Desintegration
  - Beeinträchtigung der Partnerschaft
  - Das Fünf-Pfade-Modell (W. Berner, P. Briken; 2010)
  - Medikamente:
    - SSRI
    - Naltrexon
    - Cyproteronacetat (CPA)
    - Gonadotropin-Releasing-Hormon-Analoga (GnRH Analoga)

## psychiatrische/ psychologische Begutachtung

Schuld ist die subjektive Zurechnung normabweichenden Verhaltens, wenn von Anderen in vergleichbarer inner und äußerer Situation normgerechtes Verhalten erwartet werden kann

- BGH: pragmatischer Schuldbegriff (freie Willensentscheidung ist möglich)
- generelle Schuldunfähigkeit gibt es nicht
- Stellung und Aufnahme des Sachverständigen
  - besondere Sachkenntnis
  - "Gehilfe des Gerichts" (bleibt in seinem Kompetenzbereich selbstständig und unabhängig)
  - Jeder Psychiater grundsätzlich verpflichtet, aber nach §76 StPO Gutachtenverweigerungsrecht
  - Gutachten hat keine Bindungswirkung
  - Richter hat Sachverständigen zu leiten (§78 StPO)
  - **hier:** Aufgabe der Beurteilung der Schuldfähigkeit
    - Anamnestisch
    - Querschnittsbefund
    - akute exogene Einflüsse
    - andere körperliche Einflüsse
    - Tatvorgeschichte
    - Tatverhalten
- juristischer Krankheitsbegriff:
  - Fokus auf Schweregrad, nicht auf Ursache, Symptomatik, Verlauf
  - kausale Zusammenhang zu in Rede stehender Tat
  - normativ: Frage nach Einsichts- und Steuerungsfähigkeit
    - **Einsichtsunfähigkeit:** nicht ausreichende kognitive Funktionen für Einsicht in das Unrecht
    - falls vorhanden, **Steuerungsfähigkeit:** Einbußen der voluntativen Fähigkeiten, die zu einem Handlungsentwurf beitragen
- Schritte der Beantwortung der vorgelegten Fragen:
  - i. Diagnose stellen und Störung beschreiben
  - ii. Innerpsychische Zusammenhänge aufdecken
  - iii. Subsumtion unter einem juristischen Krankheitsbegriff
  - iv. Entwicklung einer Hypothese über die störungsbedingte Funktionsbeeinträchtigung
  - v. Benennung der Wahrscheinlichkeit, mit der die klinische Hypothese zutrifft
- **Schweigepflicht**
  - §203 StGB: Arzt unterliegt Schweigepflicht
  - Gutachter hat NUR gegenüber Auftraggeber kein Zeugnisverweigerungsrecht
  - *Fairness* in der Begutachtung (Aufklärung, etc.)
- **Fehlerquellen**
  - Fehlerumgang mit besonderen Problemen verbunden (z.B. bei falscher Delikthypothese) *Fall Dell*

Taten sagen mehr über einen Menschen aus, als seine Aussagen

## Prognosen in der forensischen Klinik

- **Einweisungsprognose:** Vorhersage der generellen Wahrscheinlichkeit eines kriminellen Rückfalls
  - unklare Situation: statische Risikofaktoren und Basisraten
  - Frage der Prognose *unabhängig von möglichen Interventionen*
- **Behandlungsprognose:** Vorhersage, ob die Rückfallwahrscheinlichkeit durch die Therapie verringert werden kann
  - Beurteilung dynamischer Risikofaktoren (Stärkung protektiver, und Abbau belastender Risiko-Faktoren)
  - *Wo keine Risikofaktoren, da auch keine Therapie notwendig*
- **Lockerungsprognose:** Vorhersage, ob es während Lockerungen zu (deliktischem) Zwischenfall kommt
  - Lockerungen als Teil der Therapie
  - §18: Maß des Freiheitsentzugs (NRW: Status 0 bis 3)
  - anderer Zeitraum und kontrolliertere Bedingungen als bei Entlassungsprognose
- **Entlassungsprognose:** Vorhersage über die Legalbewährung in Freiheit
  - Persönlichkeit und Biographie
  - Bisherige Delinquenz
  - Postdeliktische Entwicklung und Verlauf der Therapie in der Klinik
  - Sozialer Empfangsraum
  - Strukturierung der Fallbesprechung **Dittmannliste**
- **Rückfallprognose:** Gefährlichkeit und Rückfallwahrscheinlichkeit sind NICHT DASSELBE