

PSYCHIATRIE

Erstellt von:
Mag. Juliane Honsel
Mag. Claudia Urban

Ausgabe 2004
L 19
Nur für den Amtsgebrauch

BEVOR ES LOS GEHT ...

Dieses Skriptum wurde einerseits als Lehrbehelf für den Unterricht an der Justizwachschule erstellt, andererseits aber auch als Nachschlagewerk konzipiert. Einige Bereiche, wie z.B. das Kapitel über die Psychopharmaka-Therapie, wurden aus dem Grund so ausführlich behandelt, damit Justizwachebeamte mit diesem Lehrbehelf auch ein Nachschlagewerk in die Hand bekommen.

Aus Gründen der Einfachheit und leichteren Lesbarkeit wurde von einer geschlechtsneutralen Formulierung Abstand genommen. Die "männlichen" Bezeichnungen gelten sinngemäß für beide Geschlechter.

Wien, Juni 2004



INHALTSVERZEICHNIS

1.	WOZU BENÖTIGT EIN JUSTIZWACHEBEAMTER WISSEN ÜBER PSYCHIATRIE?	4
2.	BEGRIFFSDEFINITION	6
2.1	WAS IST DER UNTERSCHIED ZWISCHEN PSYCHIATER, PSYCHOLOGE UND PSYCHOTHERAPEUT?	6
2.2.	WOMIT BESCHÄFTIGT SICH DIE PSYCHIATRIE IM JUSTIZBEREICH?	8
3.	THERAPIEVERFAHREN	9
3.1	SOMATISCHE VERFAHREN	9
3.2	PSYCHOTHERAPEUTISCHE BEHANDLUNGSFORMEN	12
3.3	SOZIO THERAPEUTISCHE BEHANDLUNGSFORMEN	13
4.	PSYCHISCHE STÖRUNGEN UND IHRE FORENSISCHE BEDEUTUNG	14
4.1	AFFEKTIVE STÖRUNGEN	14
4.2	SCHIZOPHRENIE UND WAHNHAFTHE STÖRUNGEN	20
4.3	PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN	27
4.4	NEUROTISCHE UND BELASTUNGS-STÖRUNGEN	33
4.5	STÖRUNGEN DER IMPULSKONTROLLE	40
4.6	ABWEICHENDES SEXUALVERHALTEN (DEVIATIONEN)	43
4.7	ORGANISCH BEGRÜNDBARE SEELISCHE STÖRUNGEN	46
4.8	INTELLIGENZMINDERUNG	49
5.	SUIZIDALITÄT	51
5.1	WIE KANN MAN DIE BEGRIFFE "SUIZIDALE VERHALTENSWEISEN", "SUIZIDVERSUCH" UND "SUIZID" DEFINIEREN?	52
5.2	FAKTEN ZUM SUIZID	52
5.3	MERKMALE DES SUIZID NACH SHNEIDMAN (1987)	53
5.4	WIE KANN MAN MIT SELBSTMORDGEFÄHRDETEN UMGEHEN?	53
5.5	KLISCHEE UND WIRKLICHKEIT	55
5.6	SUIZID UND SUIZIDVERSUCH IM STRAFVOLLZUG	56
6.	PSYCHISCHE UND VERHALTENSSTÖRUNGEN DURCH PSYCHOTROPE SUBSTANZEN	59
6.1	WAS IST SUCHT?	59
6.2	ALKOHOLISMUS	64
6.3	ABHÄNGIGKEIT ILLEGALER SUBSTANZEN	66
6.4	THERAPIEANSÄTZE	69
6.5	KRIMINOLOGIE	70
7.	FRAGENKATALOG	71
8.	ANHANG	74

1. WOZU BENÖTIGT EIN JUSTIZWACHEBEAMTER WISSEN ÜBER PSYCHIATRIE?

Der vorliegende Lehrbehelf soll die wesentlichen fachlichen Begriffe des Gegenstandes "PSYCHIATRIE" vermitteln, die häufigsten Krankheitsbilder beschreiben und somit das Verständnis für jene Strafgefangene, welche unter psychischen Störungen leiden, erleichtern.

Die Fachbegriffe, ohne die hochspezialisierte Fächer wie Psychiatrie oder Psychologie nicht auskommen, sollen bei der gemeinsamen Arbeit kein Hindernis sein; daher ist es wichtig, dass Vollzugsbedienstete diese Fachbegriffe kennen lernen und richtig anwenden können.

Nachdem es in diesem Skriptum vorwiegend um "abweichendes" Verhalten gehen wird, sollten wir uns einmal der Frage widmen, was denn als "normal" gilt.

Das lateinische Wort "Norm" kann mit "Richtschnur, Regel, Maßstab" übersetzt werden. Ein erstes Verständnis dessen, was normal bedeutet, wird durch den statistischen Normbegriff nahegelegt. Bei diesem Normbegriff wird Normalität mit durchschnittlicher Häufigkeit gleichgesetzt: Normal ist, was häufig vorkommt, also im Durchschnitt zu erwarten ist.

"Normalität" ist definierbar als "Angepasstheit an die sozialen Forderungen, welche von Kultur zu Kultur verschieden sind und wechseln können".

"Abnorm" bedeutet das Überschreiten eines bestimmten Abweichungsbereiches, was in der Regel auch sanktioniert wird - entweder durch Erziehungsmaßnahmen (Ausschluss aus Gruppen, Ermahnungen,...) im Bezugssystem oder aber in schwerwiegenden Fällen durch gerichtliche Entscheidungen (Freiheitsstrafen, Geldstrafen, Weisungen, etc.).

Im medizinischen Bereich ist die Kenntnis des "Normalen", das heißt des Gesunden, Grundlage für die Beurteilung von "Abnormitäten".

"Abnormes" kann beobachtet werden (Verhaltensauffälligkeiten: kann nicht ruhig sitzen bleiben, spricht unzusammenhängend und unverständlich, wirkt benommen ...) oder nur durch Befragung festgestellt werden (z.B.: ob jemand ein Druckgefühl in der Brust verspürt, Kopfweh hat, innerlich angespannt und nervös ist, ...).

Laut WHO wird Gesundheit als Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens definiert. Als gesund wird jemand bezeichnet, dem sein Leben gelingt, der seinen eigenen Anforderungen und jenen seiner Umwelt entsprechen kann, und auch in der Lage ist, sich Änderungen anzupassen.

Informationen über das Verhalten bzw. Verhaltensauffälligkeiten von Insassen sind für die Fachdienste (Psychiater / Psychologen) besonders wichtig für die Diagnose, das heißt das Feststellen bzw. Erkennen einer Krankheit.

Die Betreuung und Behandlung psychisch kranker oder auffälliger Insassen, zu der wir alle verpflichtet sind, kann also nur gewährleistet werden, wenn die Kommunikation zwischen dem Justizwachepersonal und den Fachdiensten aufrecht ist. Ein sachliches Gespräch kann aber nur geführt werden, wenn die fachlichen Begriffe von beiden Seiten auch verstanden werden.

Dieses Skriptum dient auch dazu, diese fachlichen Begriffe zu vermitteln; weiters benötigt der Justizwachebeamte auch die Kenntnis über die im folgenden beschriebenen Krankheitsbilder, deren Verläufe und Behandlungsformen, um in bestimmten Situationen auch richtig handeln zu können bzw. sich richtig verhalten zu können.

Das Wissen über Psychiatrie ist für einen Justizwachebeamten deshalb von Bedeutung, da er Fachbegriffe und Krankheitsbilder kennen lernt, psychische Auffälligkeiten erkennen kann und damit geeignete Maßnahmen setzen kann. Das führt insgesamt zu einer Arbeitserleichterung und effizienten Zusammenarbeit mit den Fachdiensten.

2. BEGRIFFSDEFINITION

2.1 WAS IST DER UNTERSCHIED ZWISCHEN PSYCHIATER, PSYCHOLOGE UND PSYCHOTHERAPEUT?

PSYCHIATRIE / PSYCHIATER

Die Psychiatrie beschäftigt sich mit der Vorbeugung, Diagnose und Behandlung des krankhaft veränderten oder abnormen Seelenlebens. Dabei werden im Sinne einer ganzheitlichen Betrachtung körperliche, psychologische und soziale Elemente in der Behandlung berücksichtigt.

Ein Psychiater hat das Medizinstudium absolviert und hat nach dem Studium eine fachärztliche Ausbildung abgeschlossen. Als Arzt darf ein Psychiater Medikamente verschreiben und medizinische Tätigkeiten vornehmen. Inhaltlich beschäftigen sich Psychiater mit krankheitswertigen psychischen Störungen. Die WHO bezeichnet jede Störung des geistigen, körperlichen und seelischen Wohlbefindens als Krankheit.

PSYCHOLOGIE / PSYCHOLOGE

Gegenstand der Psychologie sind Verhalten, Erleben und Bewusstsein des Menschen, deren Entwicklung über die Lebensspanne und deren innere (im Individuum angesiedelte) und äußere (in der Umwelt lokalisierte) Bedingungen und Ursachen.

Die klinische und Gesundheitspsychologie beschäftigt sich mit der

- Diagnostik hinsichtlich Leistungsfähigkeit, Persönlichkeitsmerkmalen, Verhaltensstörungen, psychischen Veränderungen und Leidenszuständen sowie sich darauf gründenden Beratungen, Prognosen und Gutachten
- Anwendung psychologischer Behandlungsmethoden zur Prävention, Behandlung und Rehabilitation von Einzelpersonen und Gruppen
- Entwicklung gesundheitsfördernder Maßnahmen (z.B. Ernährungsberatung, Raucherentwöhnung, Wellness).

Ein Psychologe hat an der Universität Psychologie studiert. Ein Psychologe kann eine Zusatzausbildung zum Klinischen und Gesundheitspsychologen absolvieren und ist damit zur selbstständigen Ausübung seines Berufes berechtigt. Ein Psychologe darf keine Medikamente verordnen oder andere ärztliche Tätigkeiten vornehmen. Die rechtlichen Grundlagen des Berufes sind in einem eigenen „Psychologengesetz“ geregelt.

PSYCHOTHERAPIE / PSYCHOTHERAPEUT

Definition nach Strotzka:

Psychotherapie ist eine Interaktion zwischen einem oder mehreren Patienten und einem oder mehreren Therapeuten, zum Zwecke der Behandlung von Verhaltensstörungen oder Leidenszuständen (vorwiegend psychosozialer Verursachung) mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation, vorwiegend verbal oder auch nonverbal), mit einer lehrbaren Technik, einem definierten Ziel und auf der Basis einer Theorie des normalen und abnormen Verhaltens.

Ein Psychotherapeut hat nach Absolvierung eines allgemeinen und eines besonderen Ausbildungsteils die Berechtigung zur Behandlung von seelischen Störungen und psychisch begründbaren körperlichen Erkrankungen erworben. Die Ausbildung ist nicht an ein Universitätsstudium gebunden. Die rechtlichen Grundlagen des Berufes sind im „Psychotherapeutengesetz“ geregelt.



Zur Veranschaulichung folgendes – nicht ganz ernst zu nehmendes – Beispiel:

Ein Mensch fragt: „WO GEHT ES DENN HIER ZUM BAHNHOF?“

Es antworten:

Ein **GESPRÄCHSTHERAPEUT**:

„Sie möchten wissen, wo der Bahnhof ist?“

Ein **TIEFENPSYCHOLOGE**:

„Sie wollen verreisen?“

Ein **PSYCHOANALYTIKER**:

„Sie meinen dieses lange, dunkle Gebäude, wo die Züge rein und raus, rein und raus ... fahren?“

Ein **VERHALTENSTHERAPEUT**:

„Heben Sie den rechten Fuß, schieben Sie ihn vor, setzen Sie ihn jetzt auf. Sehr gut! Hier haben Sie ein Zuckerl.“

Ein **GESTALTTERAPEUT**:

„Du, lass das voll zu, dass du zum Bahnhof willst.“

Ein **BIOENERGETIKER**:

„Machen Sie mal sch... sch.... sch...“

Ein **human. PSYCHOTHERAPEUT**:

„Wenn du da wirklich hinwillst, wirst du den Weg finden.“

Ein **PSYCHIATER**:

„Bahnhof? Zug fahren? Welche Klasse?“

Ein **PSYCHODRAMATIKER**:

„Das spielen wir jetzt mal. Such dir mal jemanden aus, der der Bahnhof sein kann.“

Ein **integrativer THERAPEUT**:

„Was empfindest du dabei, wenn du mir gerade diese Frage stellst? Spür mal genau hin! Was macht das mit dir? Woran erinnert dich das?“

Ein **SYSTEMIKER**:

„Was glauben Sie würde Ihr Freund antworten, wenn Sie ihn fragen würden: Wo geht es denn hier zum Bahnhof?“

2.2. WOMIT BESCHÄFTIGT SICH DIE PSYCHIATRIE IM JUSTIZBEREICH?

Die so genannte „Forensische Psychiatrie“ befasst sich als Teilgebiet der Psychiatrie mit den gerichtlichen Aspekten psychischer Krankheiten. Wer beim Begehen einer kriminellen Handlung nicht um das Unrecht seiner Tat weiß und nicht nach dieser Einsicht handeln kann, gilt als schuldunfähig und kann daher nicht bestraft werden. Damit daraus keine weitere Gefährdung der Öffentlichkeit besteht, ist vom Gericht zu prüfen, ob vom Täter weitere Delikte mit schweren Folgen zu erwarten sind. Ist dies der Fall, kann bei psychisch Kranken die Unterbringung in einer Anstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher veranlasst werden.

Im Justizbereich sind Forensische Psychiater mit unterschiedlichen Aufgaben betraut, die nicht miteinander verwechselt werden sollten:

- gerichtlich beeideter Sachverständiger (psychiatrischer Gutachter)
- Psychiater in einer Justizanstalt

Der Psychiater, der als gerichtlich beeideter Sachverständiger bestellt wird, hat andere Aufgaben zu erfüllen, als der Psychiater, der in den Justizanstalten zur Betreuung der Insassen angestellt ist. Aus berufsethischen Gründen sollte ein Justizpsychiater nicht die Tätigkeit eines Sachverständigen ausüben und umgekehrt. Die wichtigsten Schwerpunkte dieser unterschiedlichen Tätigkeiten sollen hier aufgezählt werden:

Der psychiatrische Gutachter

- Vom Gericht bestellt, aber unabhängig
- Beurteilung der Zurechnungsfähigkeit, Erstellung von Gefährlichkeitsprognosen
- Hilfestellungen über Entscheidungen betreffend Einweisungen in den Maßnahmenvollzug
- Hilfestellungen bei Fragen der bedingten Entlassung

Der Psychiater in der JA

- Bediensteter der JA
- Diagnostik
- Betreuung und Therapie (medikamentöse Behandlung)

Einen Spezialfall stellen Begutachtungen durch die „Zentrale Dokumentations- und Koordinationsstelle für Sexualstraftäter (Begutachtungsstation)“ dar. Hier werden im Rahmen einer mehrtägigen psychiatrischen und psychologischen Untersuchung Prognosen über die Gefährlichkeit und/oder Rückfallwahrscheinlichkeit erstellt sowie Therapieempfehlungen abgegeben.

3. THERAPIEVERFAHREN

Die psychiatrische Behandlung zeichnet sich durch einen multifaktoriellen Ansatz aus, welcher verschiedenste Methoden umfasst und welche immer kombiniert angewendet werden sollten:

1. somatische Verfahren
2. psychotherapeutische Verfahren
3. soziotherapeutische Verfahren

Üblicherweise wird ein Gesamtbehandlungsplan angestrebt, der neben der spezifischen Störung auch die individuellen und sozialen Besonderheiten des Patienten berücksichtigt.

3.1 SOMATISCHE VERFAHREN

3.1.1 PSYCHOPHARMAKA-THERAPIE

Mit der Psychopharmaka-Therapie soll eine Symptomreduktion erreicht werden, welche die Durchführung psycho- und soziotherapeutischer Interventionen überhaupt erst möglich macht.

Psychopharmaka sind Arzneimittel, die in die Regulation des Gehirnstoffwechsels eingreifen und Verhaltens- und Erlebensänderungen bewirken.

Psychopharmaka umfassen folgende Gruppen von Arzneimitteln: Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika und die Gruppe der Hypnotika, Sedativa und Tranquilizer.

Neuroleptika:

Anwendungsbereiche	Erwünschte Wirkungen	Unerwünschte Wirkungen	Präparate (Handelsname)
starke psychomotorische Erregtheit akute psychotische Zustandsbilder chronisch-schizophrene Psychosen	Dämpfung von Psychomotorik, affektiver Spannung, Aggression, Verringerung von Schlaflosigkeit und Erregung; Verringerung psychotischer Symptome: Denkstörungen, Halluzinationen, Ich-Störungen, Derealisationserlebnisse, Wahnvorstellungen.	Siehe genaue Beschreibung unten	Cisordinol, Dapotum, Dogmatil, Dominal, Fluanxol, Haldol, Leponex, Melleril, Nozinan, Orap, Risperdal, Truxal, Zyprexa

Unerwünschte Wirkungen ("Nebenwirkungen"):

1. Störungen der Bewegungsabläufe v.a. im Zungen- und Schlundbereich, Schluckstörungen, Verziehung der Körpermuskulatur ("Frühdyskinesien").
2. Bewegungsarmut, Zittern, Erstarrung der Mimik und vermehrter Speichelabsonderung (ähneln den Symptomen der Parkinson-Krankheit: "Parkinsonoid").
3. Bewegungsunruhe in den Beinen, die Betroffenen können nicht ruhig sitzen oder stehen, müssen ständig kleine Schritte machen. Die Bewegungsunruhe verschwindet beim Hinlegen ("Akathisie").
4. Spezifische Bewegungsstörungen nach jahrelanger Einnahme von Neuroleptika: stereotype Bewegungen v.a. im Gesichtsbereich: Lippenschlecken, Drehbewegungen der Zunge ("Spätdyskinesien").
5. Störungen der Blutdruckregulation, der Ausscheidung.

Antidepressiva:

Anwendungsbereiche	erwünschte Wirkungen	unerwünschte Wirkungen	Präparate
Depressionen Angsterkrankungen und Panikattacken Zwangskrankheiten Schlafstörungen Chronische Schmerzzustände	psychomotorische Aktivierung oder Dämpfung Stimmungsaufhellung Angstlösung	Störungen der Blutdruckregulation, Mundtrockenheit oder vermehrter Speichelfluss, Verstopfung oder Durchfall ("vegetative Störungen"), Allergische Reaktionen, Krampfanfälle, Blutbildveränderungen	Anafranil, Aurorix, Fluctine, Ludiomil, Noveril, Remeron, Saroten, Seropram, Seroxat, Sinequan, Tofranil, Tolvon, Trittico



Phasenprophylaktika:

Als Phasenprophylaktika werden Medikamente bezeichnet, die das Auftreten von manischen oder depressiven Verstimmungszuständen im Rahmen von affektiven oder schizoaffektiven Störungen verhindern, in ihrer Stärke mildern oder in der Häufigkeit ihres Auftretens reduzieren können.

Es gibt zwei Substanzen, die verabreicht werden können: Lithium und Carbamazepin.

	<i>Lithium</i>	<i>Carbamazepin</i>
erwünschte Wirkungen	Vorbeugung bei manisch-depressiven und schizoaffektiven Störungen	Antimanisch, emotional stabilisierend, Verhinderung epileptischer Anfälle, impulsreduzierend, schmerzstillend
unerwünschte Wirkungen	Durchfälle, Übelkeit, feines Fingerzittern, Durst, Mundtrockenheit, Gewichtszunahme, Müdigkeit, Verwirrtheit u.a.	Durchfälle, Magenbeschwerden, Störungen der Blutdruckregulation, Schwindel, Kopfschmerzen, Hautveränderungen
einige Präparate	Neurolepsin, Quilonorm retard	Neurotop, Tegretol

Hypnotika - Sedativa – Tranquilizer (Benzodiazepine):

Beschränkt auf eine kurzfristige Anwendung in Belastungssituationen, schweren Lebenskrisen, im Alkohol- bzw. Drogenentzug und zur Unterstützung bei akuten Psychosen sind Hypnotika, Sedativa und Tranquilizer wirksame Medikamente.

erwünschte Wirkungen	unerwünschte Wirkungen	Präparate
angstlösend, beruhigend, schlafanstoßend, krampflösend	Müdigkeit, Schläppheit, Schläfrigkeit, verwaschene Sprache ("Artikulationsstörungen"), Gleichgewichtsstörungen; bei längerer Anwendung kann es zur Abhängigkeit kommen	Anxiolit, Frisium, Gewacalm, Lexotanil, Miltaun, Mogadon, Noctamid, Praxiten, Psychopax, Rohypnol, Somnubene, Temesta, Tranxilium, Valium, Xanor

Grundsätzlich können alle Benzodiazepine bei zu raschem Absetzen zum Wiederauftreten der Krankheitssymptome und, vor allem nach längerer Einnahme, zu körperlichen Entzugssymptomen führen. Deshalb sollten Benzodiazepine immer ausschleichend abgesetzt werden.

3.1.2 CHRONOBIOLOGISCHE BEHANDLMÖGLICHKEITEN

Diese Methoden werden hauptsächlich zur Behandlung von Depressionen eingesetzt.

Die chronobiologische Theorie geht davon aus, dass der Depression eine Störung des zircadianen Rhythmus (= biologische und psychologische Rhythmen innerhalb eines 24-Stunden-Tages) zugrunde liegt.

Schlafentzugsbehandlung:

Es ist wissenschaftlich erwiesen, dass Wachbleiben über eine Nacht bei depressiven Menschen die Stimmung aufhellen kann.

Am besten bewährt hat sich der totale Schlafentzug über eine Nacht, d.h., der Patient bleibt einen Tag, eine ganze Nacht und den darauffolgenden Tag wach. Dies erfolgt am Besten in einer Kleingruppe und unter intensiver Betreuung durch das Pflegepersonal, welches den Patienten mit Hilfe von verschiedensten Aktivitäten das Wachbleiben erleichtert.

Lichttherapie:

Die Beobachtung, dass viele Menschen besonders im Herbst und Winter depressiv werden, haben zur Entwicklung der Lichttherapie geführt, da helles Licht den zircadianen Rhythmus positiv beeinflussen kann.

Die Lichttherapie wird mit Geräten, die im Abstand von ca. 80 cm zum Auge stehen, durchgeführt und in einer täglichen Dauer von 1 bis 2 Stunden zur Anwendung gebracht.

3.2 PSYCHOTHERAPEUTISCHE BEHANDLUNGSFORMEN

Allen psychotherapeutischen Verfahren gemeinsam sind Faktoren wie

- vertrauensvolle therapeutische Beziehung
- tragfähiges Arbeitsbündnis, in welchem Konflikte und Probleme bearbeitet werden können
- strukturbildende Maßnahmen durch das therapeutische Setting
- Förderung von Kommunikationsfähigkeit, Fähigkeit zur Selbstreflexion, Beziehungsfähigkeit, Selbstvertrauen
- Möglichkeit, Gefühle wahrzunehmen und zu verbalisieren
- Verständnis und Akzeptanz durch den Therapeuten

Je nach Art und Schwere der Störung bieten sich Kurzzeit- oder Langzeittherapien, ambulantes oder stationäres Setting sowie Einzel- oder Gruppensetting an. Die Wahl der psychotherapeutischen Technik ist auf das Störungsbild abzustimmen.

In der Praxis kommen vor allem psychoanalytische, verhaltenstherapeutische und systemische Verfahren zur Anwendung:

Tiefenpsychologische Verfahren gehen von der Annahme aus, dass bei der Entstehung und dem Verlauf von psychischen Störungen das Unbewusste, Einflüsse aus der frühen Kindheit, daraus resultierende Beziehungsmuster sowie Verdrängungs- bzw. Abwehrmechanismen eine entscheidende Rolle spielen.

Die auf Lerntheorien basierende *Verhaltenstherapie* geht davon aus, dass jedes menschliche Verhalten erlernt ist und auch wieder verlernt werden kann. Sie bedient sich dabei unter anderem folgender Methoden: systematische Desensibilisierung, Reizüberflutung, Aversionstherapie, Selbstsicherheitstraining, soziales Kompetenztraining, Entspannungstechniken, Biofeedback.

Systemische Verfahren verstehen den Menschen als Teil von sozialen Systemen (Familie, Firmen, Freunde, Vereine, etc.) und sie beschäftigen sich mit Beziehungsstrukturen und Kommunikationsmuster. Das jeweilige Verhalten des Individuums erfüllt dabei eine wichtige Funktion innerhalb eines Systems, z.B. Sündenbockfunktion.

3.3 SOZIOTHERAPEUTISCHE BEHANDLUNGSFORMEN

Beschwerden von Patienten werden nicht nur als Symptome gesehen, sondern auch als Behinderung im Alltagsleben und im Kontakt mit anderen. Durch soziale Aktivitäten sollen die Fähigkeiten zu Kontakten mit der Umwelt und zum eigenverantwortlichen Handeln gefördert werden, störende Verhaltensweisen abgebaut und die Kommunikationsfähigkeit verbessert werden.

In der Soziotherapie wird die Krankheitsproblematik des einzelnen Patienten weniger beachtet als die sachbezogene Arbeit, durch die gesunde Persönlichkeitsanteile trainiert werden. Im Gegensatz zur körperlichen Therapie wird der Patient viel stärker mit seiner Rollenverpflichtung und den normalen Rollenerwartungen konfrontiert.

Im Mittelpunkt der therapeutischen Programme stehen Ergotherapie, Sporttherapie, Entspannungsgruppe, Musiktherapie, Freizeitgestaltung, Computerlernprogramme.

4. PSYCHISCHE STÖRUNGEN UND IHRE FORENSISCHE BEDEUTUNG

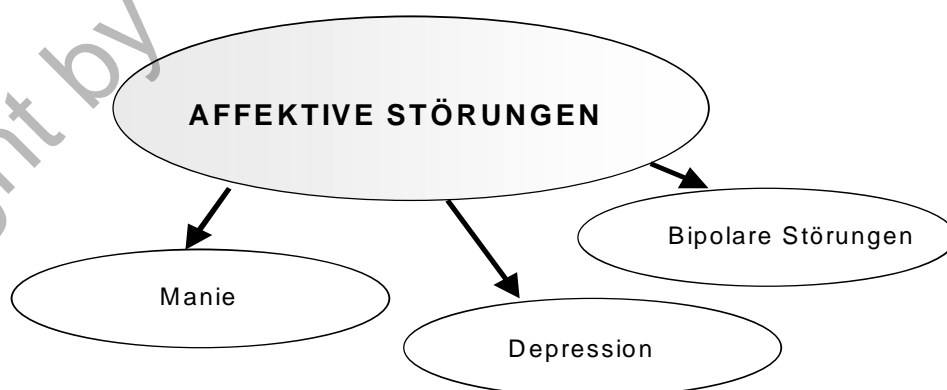
Psychische Störungen werden in den klinisch-diagnostischen Leitlinien der WHO (World Health Organisation) beschrieben, welche weltweit Gültigkeit haben (ICD-10, DSM-IV). Auch vorliegendes Skriptum orientiert sich an diesen Leitlinien.

Folgende psychische Störungen werden in diesem Skriptum beschrieben:

1. Affektive Störungen
2. Schizophrenie und wahnhafte Störungen
3. Persönlichkeitsstörungen
4. Neurotische und Belastungsstörungen und Störungen der Impulskontrolle
5. Abweichendes Sexualverhalten
6. Organisch begründbare seelische Störungen
7. Intelligenzminderung

4.1 AFFEKTIVE STÖRUNGEN

Bei diesen Störungen bestehen die Hauptsymptome in einer Veränderung der Stimmung oder der Affektivität. Man unterscheidet dabei zwischen Depression (mit oder ohne begleitender Angst), Manie (extrem gehobene Stimmung) oder Formen, bei welchen sowohl depressive als auch manische Episoden vorkommen (bipolare Störungen).



4.1.1 ALLGEMEINE MERKMALE VON DEPRESSIONEN UND BIPOLAREN STÖRUNGEN

Depression

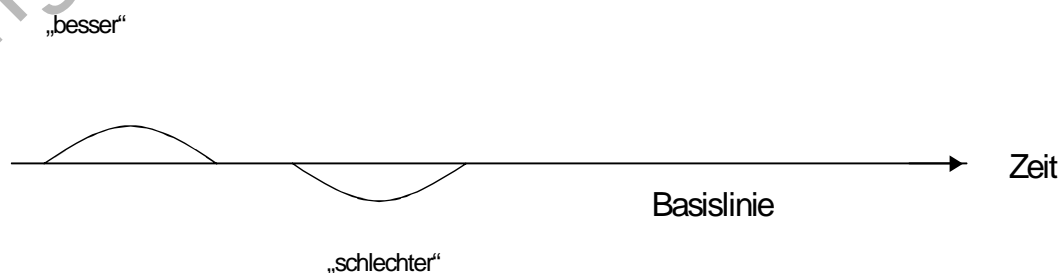
Eine sogenannte Major Depression ist gekennzeichnet durch eine tiefraurige Stimmung und Veränderungen von Appetit, Gewicht, Schlaf und Aktivitätsniveau (entweder lethargisch oder agitiert). Man unterscheidet zwischen leichten, mittelgradigen und schweren depressiven Episoden, welche mit oder ohne psychotische Symptome auftreten können.

Für eine eindeutige Diagnose müssen fünf Symptome mindestens zwei Wochen lang vorhanden sein; dabei muss entweder die *depressive Stimmung* oder der *Verlust an Freude oder Interesse* eines der fünf Symptome sein:

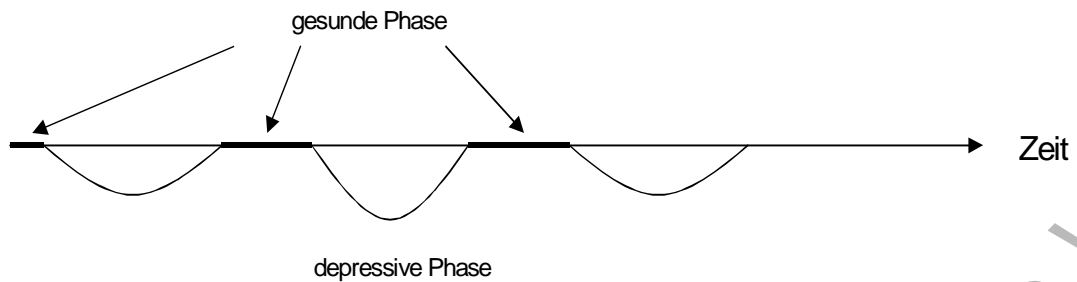
1. Traurige, niedergeschlagene Stimmung
2. Appetit- und Gewichtsverlust oder gesteigerter Appetit und Gewichtszunahme
3. Schlaflosigkeit; Einschlafschwierigkeiten; nächtliches Aufwachen und anschließende Schlaflosigkeit; frühes morgendliches Erwachen; erhöhtes Bedürfnis, den ganzen Tag zu verschlafen
4. Veränderung des Aktivitätsniveaus in Richtung auf Lethargie (psychomotorische Hemmung) oder Agitiertheit
5. Verlust von Interesse und Vergnügen an gewohnten Aktivitäten
6. Verlust von sexuellem Verlangen
7. Antriebsverlust, große Müdigkeit
8. negatives Selbstkonzept; Selbstvorwürfe und Selbsttadel; Gefühle der Wertlosigkeit und Schuld
9. Konzentrationsschwierigkeiten, wie verlangsamtes Denken und Unentschlossenheit
10. Wiederkehrende Todes- oder Suizidgedanken

Normale Stimmungsschwankungen:

Es ist nicht immer einfach zwischen normalen Stimmungsreaktionen und krankhaften Verstimmungszuständen zu unterscheiden, da zwischen gesundem Erleben und Depressionen bzw. Manien ein fließender Übergang besteht:



b) Depression:



BIPOLARE STÖRUNGEN UND MANIE

Die manisch-depressive Krankheit (affektive Psychose, bipolare Störung) ist eine seelische Erkrankung, die sich durch Störungen von Antrieb, Stimmung, Gefühl und vegetativen Funktionen äußert. Sie kann als entgegengesetzte Form, nämlich als Depression oder Manie auftreten.

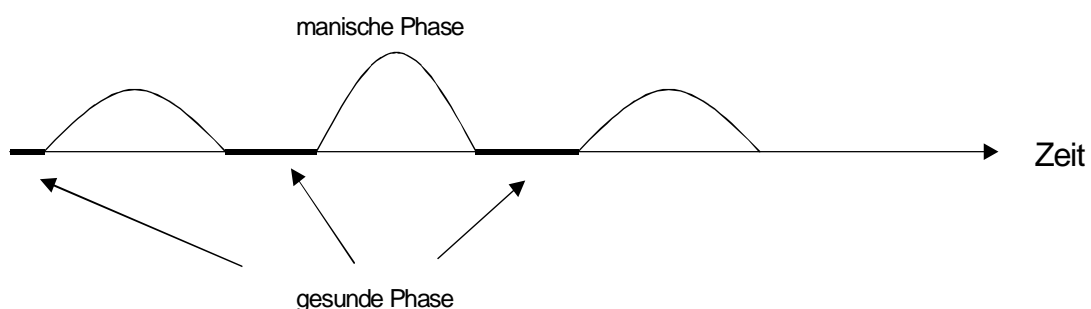
Die wichtigsten Symptome der Manie sind gehobene oder gereizte Stimmung, Geschwätzigkeit und Hyperaktivität. Die Symptome müssen ausreichend schwer sein, um eine Beeinträchtigung der sozialen Funktionen oder des Berufslebens zu verursachen.

Für eine eindeutige Diagnose einer *manischen Episode* ist das Vorliegen von *gehobener oder gereizter Stimmung* und drei weiterer Symptome erforderlich:

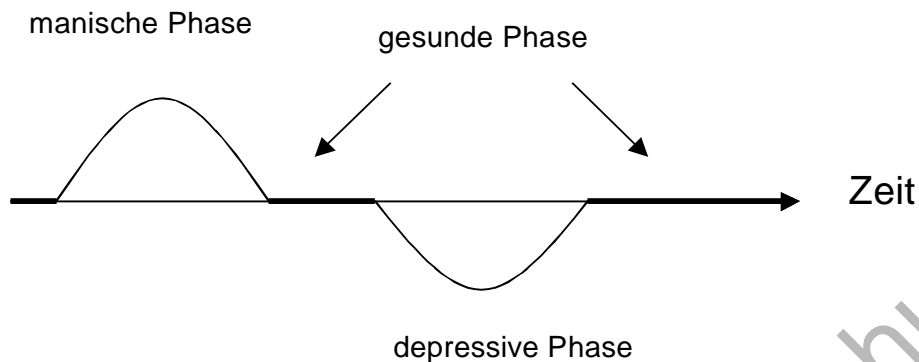
1. Erhöhung des Aktivitätsniveaus
2. Ungewöhnliche Geschwätzigkeit, schnelle Rede
3. Ideenflucht oder der subjektive Eindruck, dass die Gedanken rasen
4. Schlafbedürfnis stark verringert
5. übertriebenes Selbstwertgefühl
6. Ablenkbarkeit
7. übermäßige Beteiligung an Aktivitäten, die mit hoher Wahrscheinlichkeit negative Auswirkungen haben, wie z.B. unbedachte Investitionen oder Einkäufe

Manische Episoden beginnen üblicherweise abrupt und dauern zwischen zwei Wochen und vier Monaten. Depressive Phasen dauern etwas länger - ca. sechs Monate, selten länger als ein Jahr.

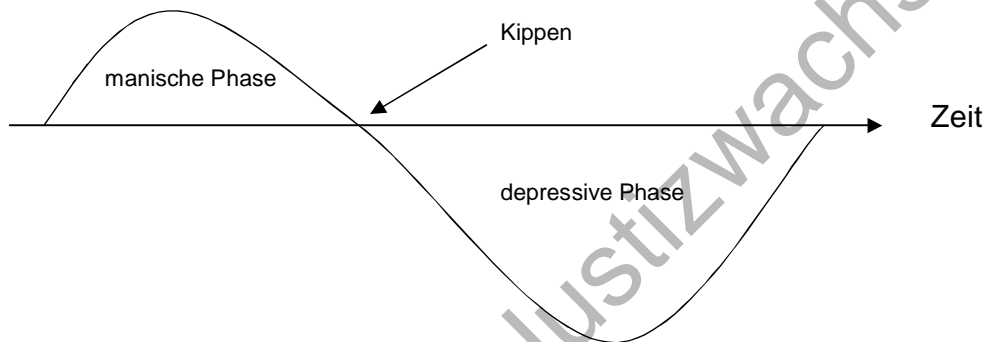
Manie:



Bipolare Störung:
Klassischer Verlauf:



„Kippen“:



Zusammenfassend nochmals die Unterscheidung zwischen Depression und Manie:

Depression	Manie
1. Traurige Verstimmung	1. Euphorische Verstimmung
2. Denkhemmung	2. Angeregtheit des Denkens
3. Antriebshemmung	3. Psychomotorische Erregung
4. Vitalstörungen (Schlafstörungen, Müdigkeit, Druckgefühl auf Brust)	4. gehobenes Vitalgefühl
5. Vorwiegend negative Denkinhalte	5. vorwiegend positive Denkinhalte

4.1.2 ENTSTEHUNGSTHEORIEN DER AFFEKTIVEN STÖRUNGEN

Die Ursachen affektiver Störungen sind bis heute nicht eindeutig geklärt. Man geht davon aus, dass mehrere Faktoren eine Rolle bei der Entstehung dieser Erkrankungen spielen.

Allgemein unterscheidet man zwischen *psychologischen* und *biologischen* Entstehungstheorien.

Psychologische Theorien:

Innerhalb der psychologischen Theorien lässt sich folgende Grobeinteilung vornehmen:

- Psychoanalytische Theorien: diese betonen die unbewussten Konflikte, die mit Trauer und Verlust in Beziehung stehen. Freud (1917) nahm an, dass die Grundlagen für eine spätere Depression in frühester Kindheit gelegt werden.
- Kognitive Theorien: kognitive Prozesse beeinflussen das emotionale Verhalten. Gedanken und Überzeugungen werden als Ursache des emotionalen Zustandes gesehen.
- Interpersonale Theorie: diese betreffen die Beziehung zwischen dem Depressiven und anderen. Depressive verfügen nur über dünne soziale Netzwerke und sehen diese als wenig unterstützend an. Diese verminderte Unterstützung vermindert die Fähigkeit des Individuums negative Ereignisse zu bewältigen.

Biologische Theorien:

Biologische Theorien vermuten insbesondere für Depressionen eine ererbte Prädisposition und bringen Depression und Manie mit abnorm geringen bzw. zu reichlichen Mengen an Neurotransmittern in Verbindung, welche für die Erregungsübertragung im Gehirn verantwortlich sind bzw. mit hormonellen Störungen.

4.1.3 THERAPIE DER AFFEKTIVEN STÖRUNGEN

Für die affektiven Störungen und speziell für die Depression gibt es eine ganze Anzahl psychologischer und somatischer Therapien.

Die Psychoanalyse beispielsweise versucht, dem Patienten Einsicht in den Zusammenhang zwischen einem in der Kindheit erlittenen Verlust oder anderen Defiziten und späteren Selbstvorwürfen zu vermitteln. Ziel der kognitiven Therapie ist es, negative und unlogische Denkmuster aufzudecken und dem Patienten beizubringen, sich selbst und das, was er erlebt, realistischer zu betrachten.

Die verschiedenen somatischen Behandlungsformen können sehr wirkungsvoll sein. Vor allem Antidepressiva haben sich als Unterstützung bei der psychotherapeutischen Behandlung von Depressionen bewährt.

4.1.4 KRIMINOLOGIE

Kriminologie / Depression:

Die Tatsache, dass Depressive im Rahmen der landläufigen Kriminalität nicht in Erscheinung treten, hängt mit den Besonderheiten der depressiven Symptomatik, die durch Gehemmtheit und Selbstwertzweifel gewissermaßen einen Schutzwall gegenüber dem Straffälligwerden darstellt, zusammen. Die mit Depressionen verbundenen Störungen wie Antriebs- und Entschlusslosigkeit lassen es gar nicht zu, dass eine Straftat geplant und durchgeführt wird.

Trotzdem ergeben sich aus der depressiven Symptomatik gewisse Gefährdungsmomente, unter denen strafbare Handlungen im Rahmen der Suizidalität herausragen. Als besonderer Gefährdungsfaktor erweist sich neben gelegentlichen Halluzinationen und depressiver Verworrenheit das paranoide (wahnhaft) Denken in der psychotischen Depression. Im Rahmen solcher psychotischer Depressionen kann es auch zu Fremdtötungen kommen.

Problematisch stellen sich Delikte Depressiver im Straßenverkehr dar. Gemeint sind hier vor allem Suizide und Suizidversuche, die mit der Motivation, den Suizid als Unfall zu tarnen, mit dem Kraftfahrzeug ausgeführt werden.

Das größte Problem im Kriminalverhalten Depressiver stellt aber der **erweiterte Suizid** dar. Von einem erweiterten Selbstmord wird dann gesprochen, wenn ohne deren Bereitschaft oder Einverständnis eine zweite Person oder mehrere Personen in einen Suizid einbezogen werden. Dabei muss der Wille zur Aufgabe des eigenen Lebens primär zu erkennen sein und nicht etwa nur die von vornherein bestehende Bereitschaft, nach vollzogener Tötung die eigenen Konsequenzen zu ziehen. Ferner muss der Nachweis selbstloser, uneigennütziger (altruistischer) Motive für die Tötungshandlung, welche meist Kinder, Ehepartner oder Geliebte betrifft, gelingen oder wenigstens ein unreflektiertes "Mitnehmen in den Tod" erfolgt sein.

Um von einem erweiterten Suizid zu sprechen, darf keine Feindschaft gegen das Opfer vorliegen und ein kriminelles Motiv nicht erkennbar sein. Die Patienten fürchten sich nahezu wahnhaft vor unabwendbarem Unheil, schwerer Krankheit oder hilflosem Ausgeliefertsein und kommen zur Gewissheit, dass nur der Tod Befreiung von diesem Elend bringe und die getötete Person (Kind!) vor einer schlimmen Zukunft bewahre.

Für den Laien sind die im Kontrast zu der schweren depressiven Störung stehende planvolle Vorbereitung des erweiterten Suizids, das verbergende (dissimulierende) Verhalten im Vorfeld der Tat und die oftmals kaltblütig und grausam anmutende Tatausführung sehr bestürzend. Ein Teil der Täter überlebt die Handlung deshalb, weil mitunter nach der Tötung einer oder mehrerer Personen die aggressiven Energien so erlahmt sind, dass zur Selbsttötung keine Antriebskräfte mehr zu Verfügung stehen oder aber, weil sie selbst die Vergiftung mit Tablettendosen, die bei Kindern z.B. absolut tödlich wirken, überleben.

In nicht wenigen Fällen kommt die Tat durch ein Versagen von Sozialkontrollen zustande, weil die Schwere der depressiven Erkrankung in der Familie durch Unkenntnis, Fehleinschätzung der psychopathologischen Symptome, durch

laienhaftes Psychologisieren oder aber eine Scheu vor dem Makel einer psychiatrischen Behandlung verkannt wird.

Kriminologie / Manie:

Strafrechtliche Verstöße resultieren aus unkritischen Verhaltensweisen im Straßenverkehr, aus Betrügereien, sexueller Enthemmung und Gewaltanwendung.

4.2 SCHIZOPHRENIE UND WAHNHAFTHE STÖRUNGEN

Bei der Schizophrenie handelt es sich um eine Erkrankung aus dem Formenkreis der „endogenen“ Psychosen, d.h., dass ihre Ursache letztlich noch nicht bewiesen ist. Genetische, biochemische, neuropsychologische, psychologische und soziologische Faktoren können Ursache für die Entstehung sein.

Unter einer Psychose versteht man generell eine schwere psychische Störung, die gekennzeichnet ist durch:

- (meist) fehlende Krankheitseinsicht
- Unfähigkeit, den üblichen Lebensanforderungen zu entsprechen (z.B. Körperpflege, Pflege der alltäglichen Sozialkontakte, regelmäßiges Nachgehen einer beruflichen Beschäftigung usw.)
- erheblich gestörtem Realitätsbezug

Störungsbilder in diesem Bereich können sein:

- Organische Psychose
- Manisch-Depressives Kranksein
- Demenz
- Schizophrenien
- Organische Persönlichkeitsveränderungen
- Schizoaffektive Psychosen
- Wahnhafte Störungen

Man unterscheidet zwischen körperlich begründbaren und "endogenen" Psychosen:

Körperlich begründbare Psychosen

Ursache: Verletzungen des Gehirns, Tumore, Entzündungen, Vergiftungen etc.

endogene Psychosen

Ursache: (wahrscheinlich) Stoffwechselerkrankung des Gehirns

Strafrechtlich relevant ist in diesem Zusammenhang, dass es sich bei diesen Erkrankungen um "Geisteskrankheiten" handelt. Begeht jemand eine strafrechtliche Handlung und leidet er zu diesem Zeitpunkt an einer Geisteskrankheit wegen der er das Unrecht seiner Tat nicht einsehen kann, so handelt er nicht schuldhaft (siehe Anhang §11 StGB).

4.2.1 SYMPTOME DER SCHIZOPHRENIE

Die Bezeichnung "Schizophrenie" wird oft falsch oder gar nicht verstanden: der griechische Ursprung des Wortes Schizophrenie ("gespaltener Geist") hat zu Missverständnissen geführt. Menschen, die an dieser Krankheit leiden, haben:

keinen gespaltenen Geist,
auch **kein Gehirn, das gespalten arbeitet**
und **keine gespaltene Persönlichkeit!**

Die Symptome schizophrener Patienten betreffen folgende **Hauptbereiche**:

- Denken
- Wahrnehmung und Aufmerksamkeit
- motorisches Verhalten
- Affekt (Emotion)
- Lebensbewältigung

Die möglichen Störungen sind dabei sehr vielfältig und es müssen auch nicht alle Symptome vorhanden sein, damit die Diagnose Schizophrenie gestellt werden kann.

Grundsätzlich kann man zwischen Positiv- und Negativsymptomen unterscheiden:

Positivsymptome äußern sich vor allem in übermäßiger Produktion von Phänomenen wie Halluzinationen, Wahnideen, bizarrem Verhalten und sogenannten formalen Denkstörungen.

Desorganisierte Sprache (Inkohärenz)

Die desorganisierte Sprache wird auch als formale Denkstörung bezeichnet. Gemeint sind damit Probleme, die mit der Organisation der Vorstellungen in der Sprache - damit ein Zuhörer den Sinn versteht – zusammenhängen.

Beispiel:

Interviewer: Haben Sie sich in letzter Zeit angespannt gefühlt?

Schizophrener: Nein, ich bekam einen Kopf Salat.

Interviewer: Sie bekamen einen Kopf Salat? Das verstehe ich nicht.

Schizophrener: Nun, es war nur ein Kopf Salat.

Interviewer: Erzählen Sie mir von dem Salat. Was meinen Sie?

Schizophrener: Nun, Salat ist eine Umwandlung eines toten Puma, der einen Rückfall auf der Krallen eines Löwen erlitt. Und er verschluckte den Löwen und etwas geschah. Der ..., sehen Sie, ... Gloria und Tommy waren die beiden Köpfe, aber es waren keine Wale. Aber sie entkamen mit großen Mengen von Erbrochenem und anderen Dingen.

Das Denken kann aber auch durch *geloockerte Assoziationen* oder *Entgleisungen* gestört sein. Dabei fällt es dem Patienten schwer bei einem Thema zu bleiben. Eine Vorstellung aus der Vergangenheit löst immer neue Assoziationen aus, von denen sich der Patient davontragen lässt.

Wahnideen

Abweichungen der Denkinhalte sind ein zentrales Symptom der Schizophrenie.

Wahnideen sind feste Überzeugungen, welche die übrige Gesellschaft allgemein ablehnt oder als Fehlinterpretation der Realität ansieht.

Am häufigsten ist dabei der Verfolgungswahn, aber es können auch andere Formen auftreten:

- Körperliche Passivität
- Gedankeneingebung
- Gedankenausbreitung
- Gedankenentzug
- „Gemachte“ Gefühle
- „Gemachte“ Handlungen
- „Gemachte“ Impulse

Halluzinationen und andere Störungen der Wahrnehmung

- Gedankenlautwerden
- Streitende Stimmen
- Kommentierende Stimmen

Wenn ein Patient halluziniert oder Wahnvorstellungen hat, sollte man weder versuchen, ihm diese direkt auszureden bzw. zu korrigieren, noch sollte man sein Wahnerleben übernehmen und sei es auch nur zum Schein!

Negativsymptome stellen Verhaltensdefizite, wie Willensschwäche, Spracharmut, Lustlosigkeit und flacher Affekt dar.

Willensschwäche:

Willensschwäche oder Apathie bezieht sich auf den Mangel an Energie und das Fehlen von Interesse an Routinetätigkeiten. Körperpflege und persönliche Hygiene werden vernachlässigt, es entstehen Schwierigkeiten, den Pflichten bei der Arbeit, in der Schule oder im Haushalt nachzukommen.

Alogie:

Es handelt sich hierbei um eine negative Denkstörung, welche verschiedene Formen annehmen kann:

- Sprachverarmung (Sprachmenge ist reduziert)
- Verarmung des Sprachinhaltes (Vermittlung weniger Informationen, vager Inhalt oder Wiederholungen)

Anhedonie:

Darunter wird die Unfähigkeit, Freude zu erleben verstanden. Sie äußert sich als Mangel an Interesse für Freizeitbeschäftigungen, Fehlen von engen Beziehungen zu anderen Menschen sowie fehlendes Interesse an Sexualität.

Flacher Affekt:

Bei einem sogenannten flachen Affekt löst praktisch kein Reiz mehr eine emotionale Reaktion aus. Durch diese emotionale Seichtheit oder Abstumpfung wirkt der schizophrene Patient apathisch und ausdruckslos.

Weitere Symptome:

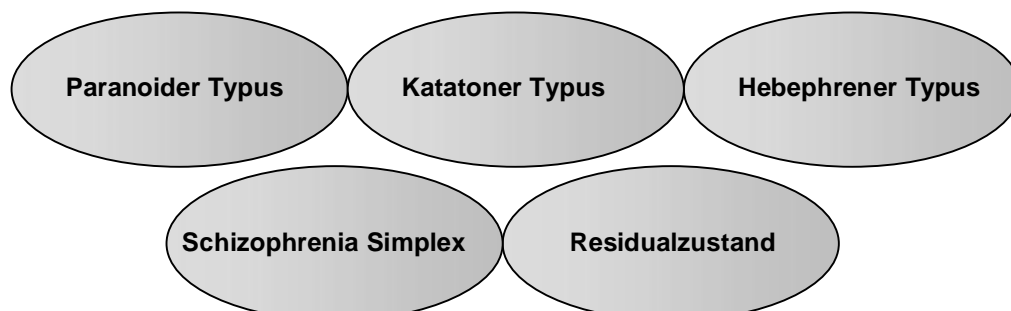
- Katatonie: ungewöhnliche motorische Handlungen bis hin zu absoluter Bewegungslosigkeit
- inadäquater Affekt: die emotionalen Reaktionen sind den Ereignissen unangemessen

Die Schizophrenie kann im Krankheitsverlauf akut mit schwerwiegend gestörtem Verhalten oder schleichend mit allmählicher Entwicklung seltsamer Gedanken und Verhaltensweisen beginnen. Der Verlauf zeigt gleichfalls große Unterschiede und ist keineswegs unvermeidlich chronisch. Bei einem kleinen Teil der Fälle kommt es zu einer (fast) vollständigen Heilung.

Das Lebenszeitrisko, an Schizophrenie zu erkranken, liegt in der Gesamtbevölkerung bei nach neuesten Erkenntnissen bei ca. 0,6%. Hat ein Patient Angehörige, die an endogenen Psychosen leiden, steigt das Erkrankungsrisiko nach Nähe der Verwandtschaft erheblich an. Schizophrenien kommen in allen Ländern und Kulturen erstaunlicherweise mit etwa derselben Häufigkeit vor. Die beiden Geschlechter sind etwa gleich häufig betroffen.

4.2.2 FORMEN DER SCHIZOPHRENIE

Die Schizophrenie wird meist in Subtypen eingeteilt wie paranoide, katatone und desorganisierte. Diese Einteilung in Untergruppen beruht auf der Dominanz bestimmter Symptome und spiegelt die Tatsache wider, dass sich das Verhalten schizophrener Menschen von Fall zu Fall unterscheidet.



Hebephrene Schizophrenie (desorganisierter Typus)

Diese Form ist gekennzeichnet durch diffuse und regressive Symptome:

- sexuelle, hypochondrische, religiöse und paranoide Halluzinationen und Wahnphänomene
- bizarre Vorstellungen (z.B. den körperlichen Verfall betreffend)
- inadäquater Affekt
- läppisches bzw. absurdes Verhalten
- inkohärente Sprache, Neologismen

Diese Schizophrenieform beginnt meist zwischen dem 15. und 25. Lebensjahr und hat wegen der schnellen Entwicklung der Symptomatik eine eher schlechte Prognose. Die Symptome wirken anfangs wie eine Übersteigerung pubertären Verhaltens und werden daher oft über lange Zeit verkannt. Das Leben des desorganisierten Typus scheint ein wirres Durcheinander von Wahnvorstellungen, Manierismen und geschäftigen, unlogischen Ritualen zu sein. Häufig vernachlässigt er sein Äußeres, bis er schließlich überhaupt keine Körperpflege mehr betreibt.

Katatonie

Die auffälligsten Symptome des katatonen Typus sind motorische Störungen:

- extreme motorische Erregung (Bewegungsturm)
- Stupor (Einnehmen bizarrer Haltungen, „wächserne Biegsamkeit“, völlige/s Erstarrung oder Verstummen)

Katatone Symptome können sehr plötzlich einsetzen, obwohl wahrscheinlich schon vorher Apathie und Rückzug aus der Wirklichkeit zu beobachten waren.

Paranoide Schizophrenie

Hauptmerkmal des paranoiden Typus sind ausgeprägte Wahnvorstellungen:

- Verfolgungs- und Größenwahn, wahnhafte Eifersucht, Beziehungswahn
- akustische und visuelle Halluzinationen
- Agitiertheit, Streitsucht, Zorn, zuweilen auch Gewalttätigkeit

Die paranoide Unterform der Schizophrenie beginnt häufig im jungen Erwachsenenalter und ist jene Geisteskrankheit mit dem höchsten Gewalttätigkeits- und Fremdtötungsrisiko.

Schizophrenia simplex

Diese Form beginnt meist im frühen Erwachsenenalter und zeigt einen schleichenden Verlauf. Die Störung bleibt der Umgebung oft verborgen und ist auch für den Fachmann nicht leicht zu diagnostizieren.

Merkmale sind:

- merkwürdiges Verhalten
- Unmöglichkeit, soziale Anforderungen zu erfüllen
- und Verschlechterung der allgemeinen Leistungsfähigkeit.

Menschen, die an einer Schizophrenia simplex leiden, gelten als Sonderlinge und Eigenbrötler, sie wirken selbstversunken, unkonzentriert und ziellos. Nicht selten kommt es zur Isolierung und sozialem Abstieg, häufig folgen Verlust des Arbeitsplatzes und der Unterkunft.

Residualzustand

Auch nach Abklingen der akuten psychotischen Symptome können Störungen im Verhalten und Denken zurückbleiben. Man spricht hier vom "Residualzustand" oder vom "schizophrenen Defekt". Als Faustregel gilt: 1/3 der schizophren Erkrankten entwickelt einen schweren, 1/3 einen leichten und 1/3 gar keinen Defektzustand.

Schilderung des Beginns schizophrener Krankheit:

Im letzten Jahr am Gymnasium begann es mit Persönlichkeitsveränderungen, deren Bedeutung ich anfänglich nicht begriff. Ich glaube auch, dass sie die anderen nicht bemerkten, aber im Rückblick scheinen sie mir die ersten Anzeichen meiner Erkrankung zu sein. Ich wurde zunehmend teilnahmslos und zurückgezogen. Ich fühlte mich entfremdet und einsam und hasste alle Leute. Es schien mir, als wäre zwischen mir und der übrigen Welt eine riesige Kluft. Ich sah ohne innere Anteilnahme, wie meine zwei jüngeren Schwestern erwachsen wurden, einen Freundeskreis hatten, sich unterhielten und sich auf ihr künftiges Leben vorbereiteten, während ich in einer vollkommen anderen Welt lebte. Nur zögernd verließ ich das Elternhaus, um ein College zu besuchen. Ich war für ein Leben unter Fremden ganz ungeeignet. Ich sonderte mich ab und fand keine Freunde. Nach einiger Zeit hatte ich überhaupt keine Gesprächspartner mehr. Während der Vorlesungen beschäftigte ich mich mit Zeichnen im Stil von van Gogh und versuchte Gedichte zu schreiben. Ich vergaß aufs Essen und legte mich in meinen Kleidern zu Bett. Selbst an so normale Dinge wie mich zu duschen, dachte ich nur selten.

Gegen Ende des ersten Semesters hatte ich meine erste psychotische Episode. Ich verstand nicht, was los war und erlebte fürchterliche Angst. Zum ersten Mal begann ich Stimmen zu hören, und dieses Erlebnis stiftete in mir Verwirrung und Verstörung. Die Realität, wie sie die anderen Menschen kennen, wurde von nun ab für mich durch eine Vielzahl von eigenen Realitäten ersetzt".

(DDr. Alfried Längle in "Existenzanalyse" 3/1996: "Der Verlust des Zusammenhalts Psychopathologie und existenzielle Themen in der Schizophrenie")

4.2.3 THERAPIE SCHIZOPHRENER ERKRANKUNGEN

Die Behandlung der Schizophrenie sollte mehrdimensional orientiert sein und aus medizinischen, psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Maßnahmen bestehen.

Ziele der Behandlung mit Neuroleptika sind

- Beruhigung,
- Unterdrückung von Halluzinationen,
- Wahnkorrektur,
- Abbau von Angst und Depressivität sowie
- Verbesserung von Konzentrations- und Kooperationsfähigkeit.

Der Erfolg der medikamentösen Therapie hängt entscheidend von der Bereitschaft der Patienten zur Medikamenteneinnahme ab, welche durch oft unangenehme Nebenwirkungen der Neuroleptika wie Zittern, motorische Unruhe, Mundtrockenheit, Schwindel usw. limitiert wird. Bei mangelnder Compliance besteht die Möglichkeit der Verabreichung sogenannter Depotmedikamente.

Soziotherapeutische Rehabilitationsmaßnahmen umfassen

- Strukturierung des Tagesablaufs,
- Arbeits- und Beschäftigungstherapie,
- kreative Techniken,

- allmähliche Lockerung der Unterbringung und
- Wiedereingliederung über beschützende Arbeitsplätze oder gestufte berufliche Integrierung.

Verhaltenstipps im Umgang mit schizophrenen Patienten:

- Seien Sie ein verständnisvoller, geduldiger Zuhörer!
- Seien Sie flexibel!
- Unterstützen und ermutigen Sie den Schizophrenen – setzen Sie ihn aber nicht unter Druck! Respektieren Sie die Grenzen seiner Belastbarkeit!
- Klare, eindeutige Vorschläge oder Angaben!
- Selbstmordäußerungen ernst nehmen!

4.2.4 KRIMINOLOGIE

Lediglich eine kleine Gruppe von Schizophrenen ist im Falle einer fehlenden Behandlung gefährlich. Typische Delikte von chronisch Schizophreniekranken, die oft über Jahre unauffällig leben oder lediglich als Sonderlinge gelten, sind neben Eigentumsdelikten Verleumdungen, üble Nachrede oder gefährliche Drohungen, die Ausdruck wahnhafter Erlebnisverarbeitung sind. Zu nonverbaler Gewaltanwendung kommt es bei dieser Gruppe nur selten.

Wichtiger als die Kleinkriminalität sind aber Gewaltdelikte von paranoiden Schizophrenen, welche in den Medien oft hochgespielt werden und das Bild vom gefährlichen Geisteskranken festlegen. Tatsächlich kommt es bei Patienten mit meist systematisierten Wahnsymptomen (komplexes, in sich geschlossenes Ideengebäude) immer wieder zu versuchten oder vollendeten Tötungshandlungen, durch welche sich der Erkrankte gegen vermeintliche Bedrohungen zur Wehr setzen oder sich an ihn scheinbar verfolgenden Personen rächen will. Erleben ständiger Verfolgung und anhaltender Ablehnung verdichtet das Gefühl des wehrlosen Ausgeliefertseins, woraus schwere aggressive Durchbrüche resultieren können. Manchmal kommt es zu Aggressionshandlungen, wenn der Kranke gemäß den eingebenden Stimmen handelt oder den eingegebenen Aufträgen folgt.

Fallbeispiel:

Ein 39-jähriger, sozial gut integrierter, in äußerlich geordneten ehelichen Verhältnissen lebender Mann erstach, ohne dass ein aktueller Konflikt vorausgegangen war, seine in der 7. Woche schwangere Ehefrau mit über 20 Messerstichen, rief nach der Tat selbst bei der Gendarmerie an und sagte, dass er seine Gattin umgebracht habe. Er wirkte bei der ersten Einvernahme äußerlich geordnet und beherrscht, gespannt, bedrückt, war aber allseitig orientiert und ob seiner eigenen Tat fassungslos. Die Vorgeschichte war auffallend: Der Mann fühlte sich seit drei Jahren psychisch verändert. Er wurde antriebs-, lust- und freudlos, fühlte sich minderwertig, als Versager und vor allem beruflich überfordert, entwickelte zunehmende Beziehungs-, Beeinträchtigungs- und Schuldideen, zeigte im privaten und beruflichen Bereich Verhaltensauffälligkeiten, sodass er in nervenärztliche Behandlung überwiesen wurde. Der Psychiater stellte typische Denk-, Wahrnehmungs- und Affektstörungen, Wahnideen und Depressionen fest, welche sich in der Folge unter Medikation teilweise besserten, jedoch immer wieder durch neue Krankheitsschübe offenbar wurde, weshalb es zur Frühpensionierung kam.

Forensisch wichtig ist nun die Frage, inwieweit das Tatverhalten psychotisch bestimmt war oder ob sich dieses abseits der Psychose, also aus normalpsychologisch verständlichen Motiven, begründen ließe. Dazu muss zunächst nochmals darauf hingewiesen werden, dass der Mann zur Tatzeit an einer

seit damals drei Jahren bestehenden Geisteskrankheit gelitten hat und wahrscheinlich ohnehin Schuldbefreiung (§ 11 StGB) gegeben wäre, da die Diagnose "Schizophrenie" in aller Regel wegen der krankheitsbedingten Einbrüche in die Motivationsstruktur des Handelns die Annahme einer Schuldunfähigkeit rechtfertigt.

Im gegenständlichen Fall kommen neben diesen generellen Überlegungen allerdings noch einige spezielle Momente hinzu, welche die Unterstellung eines die Zurechnungsfähigkeit aufhebenden Zustandsbildes infolge einer neuerlich akut gewordenen Psychose untermauern: Es existieren eine ganze Reihe von Zeugenaussagen, aus denen - neben den eigenen Angaben über depressive Zustände, die bis zur Suizidalität geführt haben - ganz eindeutig hervorgeht, dass dieser eigentümliche Verhaltensweisen an den Tag gelegt hat und teilweise verwirrt wirkte. Die Tat ist mit normalpsychologischen Motiven nicht zu fassen, d.h., auch wenn nunmehr im nachhinein von ihm selbst und von seinen Bekannten eine Reihe von möglichen Motiven angeführt werden (etwa, dass ihn die neuerliche Schwangerschaft sehr belastet habe), so lässt sich daraus nicht eine verständliche Ursache für eine mit derart elementarer Wucht durchgeführte Tötungshandlung ableiten. Gerade bei unmotivierten und unverständlichen Delikten, die ja auch vom Täter selbst (mit seinen gesunden Ich-Anteilen) als fremd und unverständlich erlebt werden, sucht man - psychologisch durchaus verständlich - nach Erklärungen, die in diesem Fall aber nicht das Ausmaß der Tat verständlich machen. Vielmehr ist in Anbetracht der vorliegenden schizophrenen Erkrankung die psychiatrische Erklärung schlüssig, wonach aus paranoider Wahnstimmung und innerer Unruhe krankhafte Eigenbeziehungen und Beeinträchtigungsvorstellungen erwachsen können, welche in starken Aggressionen gegen die Umwelt umgesetzt werden und zu ganz überraschenden Angriffen gegen Personen und Sachen führen.

Aus paranoider Wahnstimmung und innerer Unruhe erwachsende krankhafte Eigenbeziehungen und Beeinträchtigungsvorstellungen können zu starken Aggressionen, zu überraschenden Angriffen und unvermittelten Attacken gegen die Umwelt führen, wobei in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle Angehörige - betroffen sind. Die Gefährdung der unbeteiligten Öffentlichkeit durch Gewalttaten Schizophrener ist gering, wenngleich Personen, die aufgrund ihrer Stellung für den Erkrankten eine besondere Bedeutung haben (Politiker, Ärzte, Richter), in manchen Fällen in das wahnhafte Erleben einbezogen werden. Hier wäre bei rechtzeitiger nervenärztlicher Behandlung in vielen Fällen die Gefahr abwendbar, zumal schizophrene Symptome oft schon Monate der Jahre vor der Gewalttat zu erkennen sind und sich die Erkrankten nicht selten hilfesuchend an Behörden oder Ärzte gewandt haben.

4.3 PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN

Persönlichkeitszüge sind überdauernde Formen des Wahrnehmens, der Beziehungsmuster und des Denkens, und zwar im Hinblick auf die Umwelt und auf sich selbst. Sie kommen in einem breiten Spektrum von wichtigen sozialen und persönlichen Situationen und Zusammenhängen zum Ausdruck.

Von Persönlichkeitsstörungen spricht man dann, wenn Persönlichkeitszüge unflexibel und wenig angepasst sind und die Leistungsfähigkeit wesentlich beeinträchtigen oder zu subjektiven Beschwerden führen. Der Kontakt zur Realität ist dabei nicht betroffen. Die Persönlichkeitsstörungen stellen eine heterogene Gruppe von Störungen dar. Üblicherweise lassen sich die typischen Verhaltensmuster bereits in der Kindheit und Jugend beobachten.

Persönlichkeitsstörungen wurden früher unter dem Begriff der „Psychopathie“ zusammengefasst. Da dieser ursprünglich wertneutrale Ausdruck zunehmend diskriminierende Bedeutung erlangt hat, wird er heute nicht mehr verwendet. Wenn

heute der Begriff "Psychopath" verwendet wird, so meint man die "dissoziale Persönlichkeitsstörung".

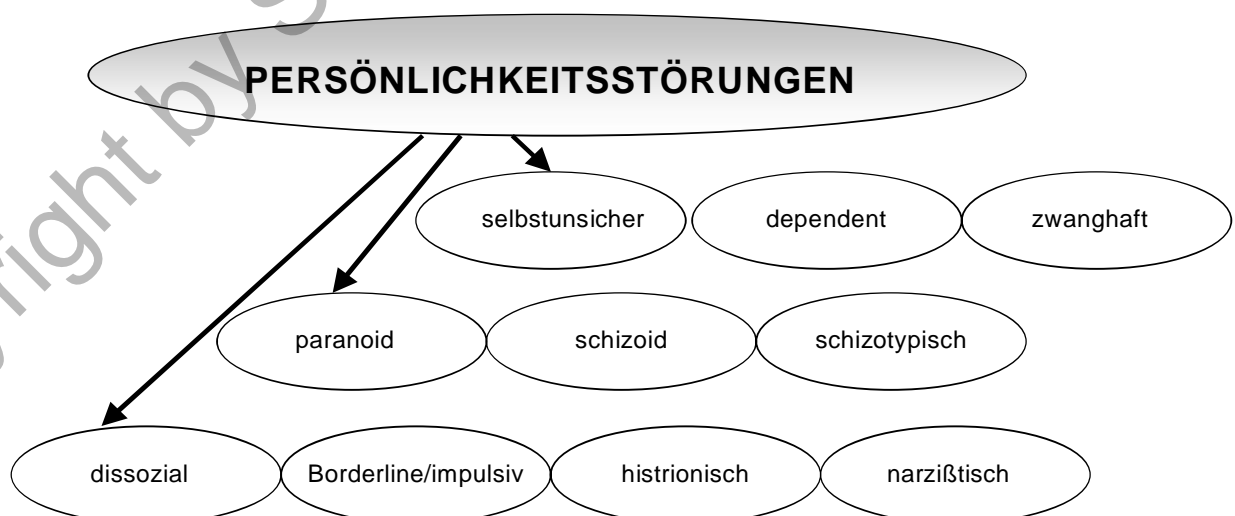
Nach verschiedenen Untersuchungen und je nach Definition leiden 5 - 10 % der Bevölkerung an Persönlichkeitsstörungen, bei psychisch kranken Personen liegt dieser Anteil bei 50 %, bei forensisch-psychiatrischen Gutachtens Klientel zwischen 70 und 90%.

Persönlichkeitsstörungen beruhen im wesentlichen auf genetischen, hirnganischen, psychologischen und sozialen Faktoren.

4.3.1 HAUPTSYMPTOME DER PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN

- deutliche Unausgeglichenheit in mehreren Bereichen wie Affektivität, Antrieb, Impulskontrolle, Wahrnehmen und Denken sowie in den Beziehungen zu anderen
- andauerndes und gleichförmiges auffälliges Verhaltensmuster, welches nicht auf Episoden psychischer Krankheiten begrenzt ist (z.B. nicht nur in manischen Phasen).
- tiefgreifendes auffälliges Verhaltensmuster, welches in vielen persönlichen und sozialen Situationen eindeutig unpassend ist
- Störungsbeginn immer in der Kindheit oder Jugend und Verfestigung im Erwachsenenalter (z.B. können manche Kinder oder Jugendliche mit Verhaltensstörungen, besonders der aggressiven Form etwa Tierquälerei - den Kriterien für die Dissoziale Persönlichkeitsstörung beim Erwachsenen entsprechen).
- deutliche Einschränkungen der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit

4.3.2 EINTEILUNG DER PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN



Hauptgruppe A: „sonderbar und exzentrisch“

Paranoide Persönlichkeitsstörung

Überempfindlich gegenüber Kritik; durchgängiges Misstrauen; Neigung, anderen bössartige Motive gegenüber die eigene Person zu unterstellen

Schizoide Persönlichkeitsstörung

Gleichgültigkeit gegenüber sozialen Situationen und sozialer Rückzug und eine eingeschränkte emotionale Ausdrucksfähigkeit in zwischenmenschlichen Zusammenhängen

Schizotypische Persönlichkeitsstörung

soziale und zwischenmenschliche Defizite, die jeweils von einem akut erlebten Unbehagen und von Mängeln in der Beziehungsfähigkeit begleitet werden, sowie kognitive oder Wahrnehmungsstörungen und ein exzentrisches Verhalten

Hauptgruppe B: „dramatisch, emotional und launisch“

Antisoziale oder dissoziale Persönlichkeitsstörung

kontinuierliche Missachtung und Verletzung der Rechte anderer bei fehlender Scham, fehlendem Verantwortungsgefühl und Mangel an Empathie

Emotional instabile Persönlichkeitsstörung – Borderline-Typus

intensive und zugleich instabile zwischenmenschliche Beziehungen, impulsives und teils selbstdestruktives Verhalten, deutliche Wechsel in der Stimmungslage und im Selbstbild

Emotional instabile Persönlichkeitsstörung – impulsiver Typus

allgemeine Tendenz, Impulse auszuagieren ohne Berücksichtigung von Konsequenzen; wechselnde, launenhafte Stimmung; mangelnde Impulskontrolle und Ausbrüche von gewalttätigem Verhalten

Histrionische Persönlichkeitsstörung

Neigung zur Emotionalisierung und Inszenierung zwischenmenschlicher Beziehungen sowie ein übermäßiges Verlangen nach Aufmerksamkeit

Narzißtische Persönlichkeitsstörung

Neigung zu Selbstwerterhöhung bei gleichzeitiger Überempfindlichkeit gegenüber Kritik

Hauptgruppe C: „ängstlich und furchtsam“

Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung

soziale Gehemmtheit, Gefühle persönlicher Unzulänglichkeit und Überempfindlichkeit vor negativer Beurteilung durch andere

Dependente Persönlichkeitsstörung

abhängiges, unterwürfiges Verhalten; mangelnde Selbständigkeit und Entscheidungsfähigkeit; Angst vor Verlassenwerden und vor Kritik

Zwanghafte Persönlichkeitsstörung

detailorientierter Perfektionismus und übertriebene Sorgfalt auf Kosten persönlicher Flexibilität, Aufgeschlossenheit und Effizienz

Im folgenden sollen nur jene Persönlichkeitsstörungen näher beschrieben werden, die für die forensische Praxis von Relevanz sind:

Schizoide Persönlichkeitsstörung

Der schizoiden Persönlichkeit fällt es schwer, soziale Beziehungen anzuknüpfen. Sie haben gewöhnlich nur sehr wenig enge Freunde. Auf andere wirken sie gelangweilt und unnahbar - ohne warme, zärtliche Empfindungen. Auch berichten Menschen mit einer solchen Persönlichkeitsstörung selten über starke Gefühle und erleben nur wenige erfreuliche Ablenkungen. Gleichgültig gegenüber Lob, Kritik und den Gefühlen anderer sind sie Einzelgänger.

Dissoziale Persönlichkeitsstörung

Die größte kriminalistische Relevanz kommt den dissozialen Persönlichkeitsstörungen, auch als antisoziale, psychopathische oder soziopathische Persönlichkeitsstörung bezeichnet, zu.

Meist finden sich bereits in Kindheit und Jugend Störungen des Sozialverhaltens (wie z.B. Schule schwänzen, Fortlaufen von zu Hause, Diebstahl, Brandstiftung u.v.m).

Im Vordergrund stehen häufige Verstöße gegen gesellschaftliche Regeln und delinquentes Verhalten.

Weitere Charakteristika sind:

- herzloses Unbeteiligtsein gegenüber den Gefühlen anderer
- Deutliche und andauernde Verantwortungslosigkeit und Missachtung sozialer Normen, Regeln und Verpflichtungen
- Unvermögen zur Beibehaltung längerfristiger Beziehungen, aber keine Schwierigkeiten, Beziehungen einzugehen
- sehr geringe Frustrationstoleranz und niedrige Schwelle für aggressives, auch gewalttätiges Verhalten
- Unfähigkeit zum Erleben von Schuldbewusstsein oder zum Lernen aus Erfahrung
- Neigung, andere zu beschuldigen oder vordergründige Rationalisierungen für das eigene Verhalten anzubieten, durch welches die Person in einen Konflikt mit der Gesellschaft geraten ist
- glatter, oberflächlicher Charme

Emotional instabile Persönlichkeitsstörung

Menschen mit emotional instabilen Persönlichkeitsstörungen haben deutliche Tendenzen, impulsiv zu handeln und ohne Berücksichtigung von Konsequenzen, mit wechselnder, instabiler Stimmungslage. Die Fähigkeit vor auszuplanen ist gering und Ausbrüche intensiven Ärgers können zu oft gewalttätigem und explosivem Verhalten führen. Wenn ihre Handlungen von anderen kritisiert oder behindert werden, reagieren sie oft aggressiv.

Es lassen sich zwei Erscheinungsformen unterscheiden:

<i>impulsiver Typus</i>	<i>Borderline-Typus</i>
emotionale Instabilität, mangelnde Impulskontrolle; Ausbrüche von gewalttätigem und bedrohlichem Verhalten, vor allem bei Kritik durch andere	instabile und intensive zwischenmenschliche Beziehungen; chronisches Gefühl der inneren Leere; Instabilität des Selbstbildes; selbstschädigende Aktivitäten; wiederholte Suizidandrohungen oder -versuche

ZU BEACHTEN:

Zu Selbstbeschädigungen kann es aus mehreren Ursachen kommen:

- als Selbstmordversuch
- als Aggressions- oder Spannungsabfuhr
- es soll etwas damit erreicht werden, z.B. Zuwendung (oft bei Persönlichkeitsstörungen)
- bei Beginn einer psychischen Erkrankung (z.B. um sich zu spüren bei drohendem Verlust des Gefühls für sich selbst).
- im Verlauf einer Psychose (z.B. Halluzinationen in der Form von Stimmen, die den Patienten beschimpfen)

Histrionische Persönlichkeitsstörung

Die histrionische Persönlichkeit, früher als hysterische Persönlichkeit bezeichnet, ist übertrieben dramatisch und fortwährend darum bemüht, Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen. Diese Menschen zeigen ihre Gefühle in übertriebener Art und Weise, fallen jedoch doch ihren flachen Affekt auf. Sie sind ich-zentriert, im Übermaß mit ihrer körperlichen Attraktivität beschäftigt und fühlen sich unwohl, wenn sie nicht im Zentrum der Aufmerksamkeit stehen. Auch können sie unangemessen sexuell aufreizend und verführerisch sein und sind leicht durch andere zu beeinflussen. Erhöhte Kränkbarkeit und andauernd manipulatives Verhalten zur Befriedigung eigener Bedürfnisse prägen ihre Lebensführung.

4.3.3 THERAPIE DER PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN

Persönlichkeitsstörungen sind komplexe Störungen des zwischenmenschlichen Verhaltens. Angesichts der fließenden Übergänge von Persönlichkeitseigenarten zu Persönlichkeitsstörungen, ist die Persönlichkeitsstörung selbst nicht unmittelbar Gegenstand einer Behandlung. Vielmehr geht es darum, trotz dieser Störung soziale Anpassung und zufriedenstellende Lebensqualität zu erreichen.

Psychotherapeutische Begleitung ist angezeigt, in manchen Fällen kann durch langfristige Psychotherapie eine günstige Beeinflussung störender Charakterzüge erreicht werden.

Es wird auch versucht, durch den Einsatz von Medikamenten eine anhaltende Änderung verschiedener Persönlichkeitsstörungen zu erreichen. Generell gestaltet sich die Behandlung von bestimmten Persönlichkeitsstörungen schwierig.

4.3.4 KRIMINOLOGIE

Persönlichkeitsstörungen werden bei Straffälligen und Inhaftierten sehr häufig diagnostiziert.

Eine besonders wichtige kriminologische Gruppe stellen die *dissozialen Persönlichkeitsstörungen* dar. Gemeinsam ist dieser Gruppe, dass sie Triebbedürfnisse nicht aufschieben können und diese ohne Rücksicht auf sich und andere ausagieren. Dissoziale Menschen stammen gewöhnlich aus schwierigen Familienverhältnissen, sind durch frühe Verhaltensstörungen auffällig geworden und haben häufig eine Heimkarriere hinter sich. Kennzeichnend sind aus dem Augenblick heraus geborene, kurzschlüssige und impulsiv durchgeführte Straftaten wie Diebstähle, Einbrüche, Sexualdelikte oder Aggressionen. Da sie wegen mangelnder sozialer Anpassungsfähigkeit, fehlender Frustrationstoleranz und bescheidener Fähigkeit zum Lernen aus Erfahrungen meist keinen Berufsabschluss schaffen und an keiner Arbeitsstelle länger durchhalten, andererseits subkulturelle Verhaltensweisen im Strafvollzug rasch übernehmen, kommt es oft zu einer unaufhaltsam fortschreitenden kriminellen Karriere, zum sozialen Ausgliederungsprozess, mit der Gefahr des endgültigen Übergangs in ein kriminelles Leben.

Personen mit *schizoiden* Persönlichkeitsstörungen verhalten sich wegen der fehlenden Bindungs- und Einfühlungsfähigkeit rücksichtslos und kaltherzig. Dem fehlenden Respekt vor den Gefühlen und Bedürfnissen anderer steht eine ausgesprochene Überempfindlichkeit bei Beeinträchtigung der eigenen Sphäre gegenüber. Auffallend sind nicht nur Entschlossenheit und kalte Berechnung, mit der schwere Gewalttaten durchgeführt werden, sondern die uneinfühlbare Gefühlskälte, mit der sie nach Sexual- oder Tötungsdelikten reagieren.

Unter den *emotional instabilen Persönlichkeitsstörungen* spielen vor allem die aggressiv-reizbaren Charaktere eine große Rolle. Zur Straffälligkeit kommt es durch ihr ungezügelt Ausagieren affektiver Erregung, vor allem unter Alkoholeinfluss, durch die leichte Kränkbarkeit und die mangelnde Kontrolle der Affekte. Meinungsverschiedenheiten mit Beschimpfungen, provozierende Beleidigungen, Sachbeschädigungen und Körperverletzungen sind für sie typische Delikte. Oft entlädt sich die Gereiztheit in Misshandlungen gegenüber Ehepartnern und Kindern, die nicht selten zu blindwütigen Exzessen ausarten.

Histrionische bzw. geltungsbedürftige Persönlichkeiten gefährden sich durch ihre Neigung zur Selbstdarstellung und zum Hineinleben in eine Wunschwelt. Sie schmücken ihre Person, ihre Biographie und ihre Leistungen in unglaublicher Weise aus und haben ein ungeheures Talent, Lügengeschichten mit großer Überzeugung und Plausibilität vorzubringen. Die Rolle, in die sie sich hineinspielen, zeichnet sich durch exzentrisches Gehabe, durch Selbstgefälligkeit und Hochstaplerei aus. Sie sind getrieben von einer Tendenz zum "mehr Scheinen als Sein". Dadurch sind sie

häufig in strafbare Handlungen wie Hochstapelei, falsche Titelführung, Heiratsschwindel oder Betrug verwickelt.

Fallbeispiel:

Ein 52jähriger arbeitsloser, ehemaliger Angestellter wird anlässlich einer Begutachtung in die Psychiatrische Klinik aufgenommen. Das ein Gutachten anfordernde Gericht fragt nach der Schuldfähigkeit des Angeklagten. Die übersandten Akten sind so umfangreich, dass sie in vier Paketen angeliefert werden. In einzelnen handelt es sich um über 700 Seiten Aktenmaterial. Aktueller Anlass für die Begutachtung war, dass der Patient einen Richter, der ihm nicht Recht zugesprochen hatte, beleidigt und bedroht und an dessen Vorgesetzten einen Brief geschrieben hatte, in dem er den Richter in grober Weise verunglimpft und als "Rechtsverdreher" hingestellt hatte. Bei der Durchsicht der Akten zeigte sich, dass der Patient bereits seit 12 Jahren diverse Gerichte mit Prozessen und Eingaben beschäftigte, bei denen es ihm zunehmend darum ging, seine Rechtsauffassungen in rechthaberischer Weise durchzusetzen. Entscheidungen gegen seine Meinungen wurden als feindselig und gegen ihn persönlich gerichtet interpretiert und zogen weitere Anzeigen und Eingaben nach sich. Nach Verlust des Arbeitsplatzes hatte der Patient sich ganz in seine Prozessaktivitäten gestürzt, seine Ersparnisse weitgehend dafür aufgebraucht und seine Familie so weit vernachlässigt, dass die Ehefrau ihn verlassen hatte, nachdem die Kinder außer Haus waren. Der Patient war von früheren wichtigen Bezugspersonen (Ehefrau, Mutter, Schwester) als primär leicht verunsicherbar und verletzlich beschrieben worden. Die jetzige querulatorische Entwicklung hatte eingesetzt, nachdem der Patient 13 Jahre zuvor eine Kränkung am Arbeitsplatz hatte hinnehmen müssen: Er war bei einer Beförderung, die ihm bereits angekündigt worden war, zugunsten eines jüngeren, aber forscher auftretenden Kollegen übergangen worden. Bei der Begutachtung wurde die Diagnose einer paranoid-querulatorischen Persönlichkeitsstörung gestellt. Die Frage der Schuldfähigkeit wurde im Sinne einer verminderten Schuldfähigkeit beantwortet. Die mit dem Patienten erörterte Möglichkeit, eine Psychotherapie zu versuchen, wurde von ihm vehement abgelehnt und führte zu einer abrupten Verschlechterung der Gutachter-Patient-Beziehung, da der Patient vermutete, dass der Gutachter mit den Gerichten unter einer Decke stecke.

(aus: Dilling, Reimer: "Psychiatrie und Psychotherapie"; Springer)

4.4 NEUROTISCHE UND BELASTUNGS-STÖRUNGEN

Die Störungen, um die es im folgenden gehen wird, galten lange Zeit als Formen der *Neurosen*. Neurosen sind psychische Störungen ohne organische Grundlage. Im Unterschied zu Psychosen bleibt die Persönlichkeit als Ganzes intakt, ebenso der Realitätsbezug (der Patient verwechselt seine krankhaften subjektiven Erfahrungen und Empfindungen nicht mit der Wirklichkeit). Verhalten und Entfaltung der Betroffenen können in einem mehr oder weniger umschriebenen Lebensbereich stark beeinträchtigt sein, aber die Persönlichkeit bleibt erhalten.

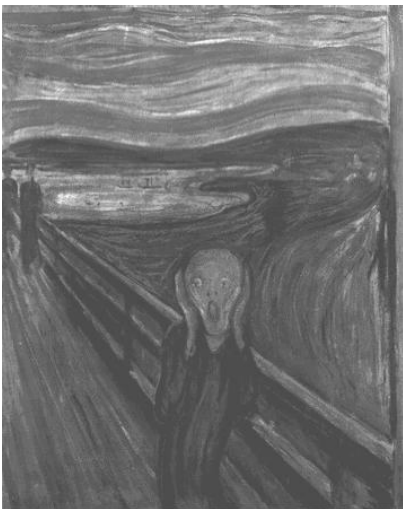
Der Begriff "Neurose" hat durch Sigmund *Freud* seine heutige Bedeutung erlangt. Eine Neurose ist nach psychoanalytischem Verständnis eine psychisch bedingte Gesundheitsstörung, deren Symptome unmittelbare Folge und Ausdruck eines krankmachenden seelischen Konfliktes sind, welcher unbewusst bleibt. Zentrale Annahme von Freuds Theorie ("Tiefenpsychologie") ist, dass es unter der Oberfläche des bewussten Erlebens und Verhaltens noch eine tiefere Ebene unbewusster Prozesse gibt, die das bewusste Erleben und Verhalten in hohem Maße beeinflussen.

Beispiel:

Ein Kleinkind wird von seinen Eltern immer wenn es schreit in ein dunkles Zimmer gebracht und dort alleine gelassen, bis es "sich beruhigt" (vor Erschöpfung einschläft und damit zum Weinen aufhört). Als Erwachsener wird dieser Person immer Angst und Bange, wenn sie in dunkle Räume kommt und Verlassensängste steigen in ihr hoch. Warum dies so ist, weiß diese Person nicht. Allein mit dem Verstand ("Das ist nur ein dunkles Zimmer - dir kann doch nichts passieren") ist die Angst aber nicht unter Kontrolle zu bringen.

In den heutigen Diagnoseschemata werden die alten Neurosekategorien auf mehrere, voneinander getrennte Klassen aufgeteilt. Man unterscheidet zwischen Angststörungen und dissoziativen Störungen.

4.4.1 ANGSTSTÖRUNGEN

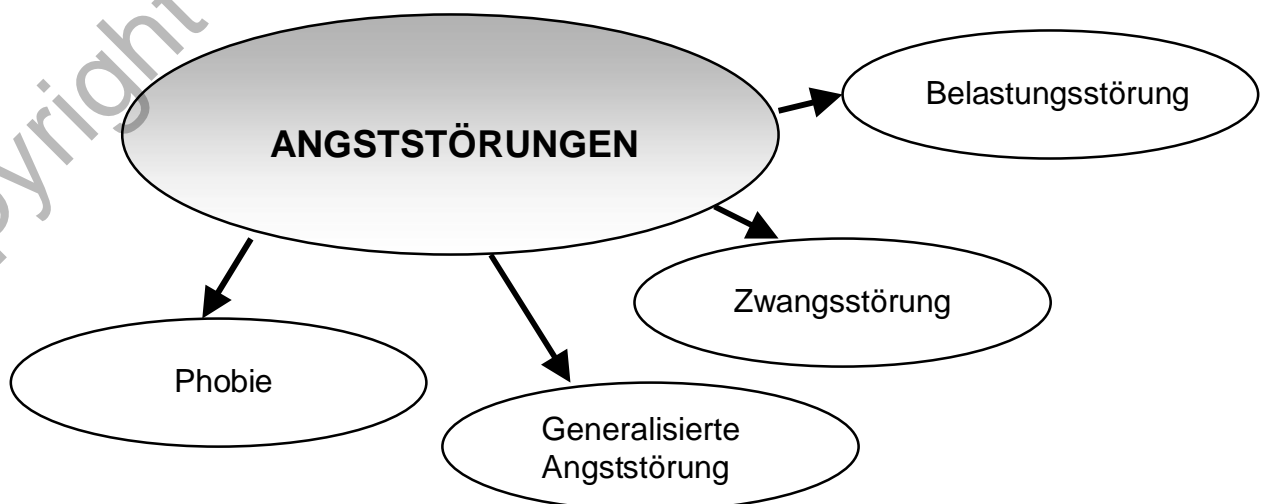


Angst ist ein Gefühl, welches für das Überleben des Individuums und der Art unverzichtbar ist. Es steuert unser Verhalten in Alltagssituationen ebenso wie bei der Konfrontation mit neuen, gefährlichen Bedrohungen, aber auch in unterschiedlichen sozialen Situationen.

Man spricht von pathologischer Angst, wenn

- sie der Situation nicht angemessen ist
- die Angstreaktionen überdauernd sind (chronisch)
- die Person keine Möglichkeit zur Erklärung, Reduktion oder Bewältigung besitzt
- die Angstzustände zu einer massiven Beeinträchtigung des Lebens führen

Angststörungen werden diagnostiziert, wenn die subjektiv erlebten Gefühle der Angst eindeutig vorliegen. Dabei kann man folgende Hauptkategorien unterscheiden:



Panikstörung und Generalisierte Angststörung:

Eine Angststörung ist gekennzeichnet durch diffuse (unklare, verschwommene) Angst, die sich bis zur Panik steigern kann.

Die Angstreaktion reicht vom situationsbedingten Erschrecken bis zur alles beherrschenden Existenzangst. Für die Angststörung im eigentlichen Sinne ist die ungerichtete, nicht auf ein bestimmtes Objekt oder eine bestimmte Situation gerichtete, sich diffus steigernde Angst charakteristisch. Sie zeigt sich in einem akuten Angstanfall oder in einer chronischen Angsterkrankung und ist immer mit erheblichen körperlichen Beschwerden verbunden.

Die Panikstörung zeigt sich im anfallsartigen und unerklärlichen Auftreten einer Vielzahl quälender Symptome: Atemschwierigkeiten, Herzrasen, Schmerzen oder Unwohlsein in der Brust, Erstickungsgefühle, Benommenheit, Zittern usw. Fast immer entsteht auch Furcht zu sterben, die Kontrolle zu verlieren oder Angst, wahnsinnig zu werden. Panikattacken treten in Situationen auf, in denen objektiv keine Gefahr besteht.

Hauptmerkmal der Generalisierten Angststörung ist eine chronische und andauernde Ängstlichkeit in vielen Lebensbereichen. Dieses Gefühl ist so allgegenwärtig, so dass man es auch als „frei-flottierende“ Angst bezeichnet. Personen mit dieser Form der Angststörung sind allgemein besorgt, haben Visionen drohenden Unheils, sind immer „auf dem Sprung“.

Phobie:

Die phobische Angst wird durch Konfrontation mit bestimmten Objekten, Personen, Situationen oder Tätigkeiten ausgelöst.

Die Schwere der Angst ist angesichts der fehlenden oder geringen Gefährdung unangemessen und meist irrational, wobei dem Phobiker die Unverhältnismäßigkeit zwischen Bedrohung und Ausmaß der Angst bewusst ist (Krankheitseinsicht).

Angstauslösende Objekte und Situationen werden hinkünftig mehr und mehr vermieden, was allmählich zu einem sozial hinderlichen, neurotischen Vermeidungsverhalten führt. Allein die Vorstellung, dass die phobische Situation eintreten könnte, erzeugt gewöhnlich schon Erwartungsangst.

Typische phobische Ängste sind:

- Klaustrophobie (Angst, sich in engen Räumen aufzuhalten)
- Agoraphobie (Angst, sich über große Plätze zu bewegen)
- Zoophobie (Angst vor bestimmten Tieren, z.B. Spinnen, Mäusen, Schlangen, Hunden,..)
- Erythrophobie (Angst, in bestimmten Situationen zu erröten)

Zwangsstörung:

Wesentliche Kennzeichen dieser Störung sind wiederkehrende Zwangsgedanken und Zwangshandlungen.

Zwangsgedanken sind Ideen, Vorstellungen oder Impulse, welche die Person immer wieder stereotyp beschäftigen. Sie sind fast immer quälend, weil sie gewalttätigen oder obszönen Inhalts sind, oder weil sie einfach als sinnlos erlebt werden.

Zwangshandlungen oder -rituale sind ständig wiederholte Stereotypen. Sie werden weder als angenehm empfunden, noch dienen sie dazu, nützliche Aufgaben zu erfüllen. Wird diesen Impulsen nicht nachgegeben, so stellt sich unerträgliche Angst ein. Um die aufkeimenden Ängste zu reduzieren, kommt es zu übermäßiger Organisation von Geschehnissen (z.B. des Tagesablaufes) und / oder Handlungen (Bsp.: Kontrollzwang aus Angst, etwas vergessen zu haben; Waschzwang, Putzzwang aus Angst vor Bakterien, etc.).

Klinisch hängt der Zwang eng mit der auf bestimmte Objekte oder Situationen fixierten Angst zusammen: Zwang dient der Angstabwehr, zielt auf Absicherung und soll Schlimmeres verhüten.

Zu Beginn der Störung gelingt es manchen Kranken noch, die Zwangshandlungen zu verbergen, später bestimmen diese - oft ausgebaut zu Zwangsritualen - die Tagesstruktur. Die Prognose ist ungünstig - bei schweren Verläufen sind Zwangskranke trotz Therapie nur in begrenztem Umfang in der Lage, einer geregelten Tätigkeit nachzugehen.

Für die forensische Praxis ist von Wichtigkeit, dass gefährliche Zwangsimpulse kaum jemals realisiert werden, so dass man Zwangskranke auch als "ständig untätige Täter" bezeichnet hat. Die harmloseste Form der Zwangshandlungen ist der Ordnungs- und Zählzwang. Beim Kontrollzwang muss unendlich oft kontrolliert werden, ob der Herd ausgeschaltet, die Handbremse angezogen oder die Haustüre verschlossen worden ist. Der Waschzwang führt zu ständigem Waschen und Desinfizieren der Hände, woraus manchmal schwere Hautschädigungen resultieren.

Belastungsstörungen:

Mit dem Begriff „Reaktionen“ werden in der Psychologie und Psychiatrie meist schnell vorübergehende psychische Störungen jeder Art und Schwere, die bei Personen ohne offensichtlich vorbestehende psychische Auffälligkeit auftreten, bezeichnet.

Die Reaktionen stehen in enger zeitlicher und meist auch inhaltlicher Beziehung zu außerordentlichen seelischen oder körperlichen Belastungen (Reaktion auf ein äußeres Ereignis).

Man unterscheidet:

- akute Belastungsstörung,
- posttraumatische Belastungsstörung und
- Anpassungsstörung

Die *akuten Belastungsstörung*, auch als Krisenzustand oder psychischer Schock bezeichnet, haben als Kurzschlusshandlungen und Explosivreaktionen kriminologische Bedeutung (Affektdelikte).

Die *posttraumatischen Belastungsstörungen* (posttraumatisch: nach einem Trauma, Schock) stellen eine verzögerte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine außergewöhnliche Bedrohung, seien es Naturkatastrophen, Kriegsereignisse, Massenunfälle oder schwere Verbrechen, dar. Typisch für diese Störung ist, dass es nach einem anfänglichen Zustand der "Betäubung" zu Depressionen, Angst, Verzweiflung kommt und dass das Trauma in sich aufdrängenden Erinnerungen oder Alpträumen wiederholt erlebt wird.

Die *Anpassungsstörungen*, sind seelische Antworten auf Verlust- und Trennungserlebnisse, wie sie durch Arbeitsplatzverlust, Pensionierung, Umzug, Scheidung, Fortzug der Kinder oder Tod eines Angehörigen eintreten können. Es kommt zu Freudlosigkeit, Trauer, Grübelsucht, Antriebs- und Lustlosigkeit, Schuldgefühlen.

Eine Sonderform der reaktiven Störungen stellen die *Affektdelikte* dar.

Unter "Affekten" werden nach Schneider (1967) reaktive seelische Gefühle von akutem Charakter, starkem Grad und mit körperlichen Begleiterscheinungen, also Regungen des Ärgers und Zornes, der Wut und der Enttäuschung, der Gekränktheit oder Rachesucht verstanden.

Affektdelikte treten deshalb meist im Zusammenhang mit gewalttätigen Verhaltensweisen, sei es in der aufgeheizten Atmosphäre einer tätlichen Auseinandersetzung, bei Spannungen nach jahrelangen Konflikten mit dem Partner, bei relativ geringfügigen Belastungen unter Alkohol- und Drogeneinfluss, bei impulsiven Aggressionen chronisch gereizter Menschen oder bei Entlastungshandlungen nach jahrelanger Frustration auf.

Der Affekt wird mit einer im Menschen schlummernden Urkraft verglichen, die in bestimmten Situationen zum Durchbruch kommt und dann den Betroffenen überflutet, ohne dass der "Filter der Gesamtpersönlichkeit passiert wird" und ohne dass die blitzartig aufflackernden Affekte durch Hemmmechanismen oder kritische Überlegungen eingedämmt werden können ("Affektdurchbruch").

Besondere Bedeutung haben Affekte in der forensischen Psychiatrie nicht nur bei der vom Richter zu treffenden Unterscheidung zwischen Totschlag und Mord, sondern auch bei der Frage, ob ein Affekt so schwer sein kann, dass er einer tiefgreifenden Bewusstseinsstörung, einem die Zurechnungsfähigkeit aufhebenden Dämmerzustand oder einer psychoswertigen Ausnahmesituation entspricht.

Affektdelikte im klassischen Sinne sind Straftaten, die von psychisch gesunden Tätern impulsiv in einem Zustand hochgradiger Erregung begangen werden. Wenn die Affekterregung so schwer ist, dass dadurch die gesunden und kontrollierenden Anteile der Persönlichkeit ausgeschaltet sind und der Betroffene gar nicht mehr anders handeln kann, spricht man von einer "tiefgreifenden Bewusstseinsstörung".

Die Persönlichkeit des Affekttäters ist gekennzeichnet durch schwache, unsichere, explosible, stimmungsmäßig labile und zu Fluchtreaktionen neigende Züge. Der typische Affekttäter ist weich, empfindsam, leicht verletzlich, selbstunsicher, wenig durchsetzungsfähig und neigt zu einer steten Zurückhaltung der Gefühle. Der äußere Panzer der Gefühlszurückhaltung und Abwehr steht im Kontrast zur Dynamik des Innenlebens.

Fallbeispiel:

Ein jung verheiratetes Paar geriet in eine zunehmende partnerschaftliche Krise. Es kam zu heftigen verbalen und auch tätlichen Auseinandersetzungen. Der eifersüchtige Ehemann warf seiner Frau vor, dass diese sich zu wenig um ihn kümmere, ihm nicht genügend Aufmerksamkeit entgegenbringe, den Haushalt vernachlässige und mit dem Geld verschwenderisch umgehe. Die Frau wiederum beklagte sich wegen seines rohen Wesens, seiner Lieblosigkeit und seines hohen beruflichen Engagements. Als der Mann von einer Dienstreise zurückkam, kein Essen vorfand und erfahren musste, dass seine Frau in die Disco gegangen sei, eskalierte der Konflikt. Während eines heftigen Streites am nächsten Tag schleuderte er der in der gefüllten Badewanne weilenden Frau einen eingesteckten Föhn entgegen. Ein schwerer Stromunfall wurde nur Dank eines Sicherheitssteckers vermieden. Es standen sich nun zwei Tatversionen gegenüber: Nach Auskunft der Gattin habe der Mann während des Streites das eingesteckte Elektrogerät über der Badewanne mit den Worten: "Bete ein letztes Vaterunser!" pendeln und dann fallen lassen. Der Mann hingegen berichtete, dass der Streit im Bad immer heftiger geworden wäre, während er sich gerade die Haare trocknete. Auf dem Höhepunkt der Auseinandersetzung habe ihm die Frau nicht nur die Scheidung angekündigt, sondern ihm auch mehrere Verhältnisse gestanden. Er habe die Nerven verloren und das, was er gerade in der Hand hielt, nach der Frau geworfen, ohne zu bedenken, dass es sich um ein Elektrogerät handle. In einer später eingebrachten Version führten beide zwischenzeitlich wieder versöhnten Ehepartner aus, dass der Streit nicht heftig gewesen sei und dem Mann der Föhn wegen einer nassen Hand unabsichtlich entglitten und in die Wanne gefallen sei.

Das Beispiel demonstriert die Probleme bei der gutachterlichen Beurteilung von Affekttaten und deren Abhängigkeit von den Angaben der Beteiligten.

4.4.2 DISSOZIATIVE STÖRUNGEN

Das allgemeine Kennzeichen dieser Störung ist eine plötzliche, zeitlich begrenzte Änderung der normalen integrativen Funktionen des Bewusstseins, der Identität oder des motorischen Verhaltens.

Man unterscheidet zwischen:

- a) Dissoziativer Amnesie
- b) Dissoziativer Fugue
- c) Dissoziativer Identitätsstörung (multiple Persönlichkeitsstörung)
- d) Depersonalisationsstörung

Dissoziative Amnesie:

Hauptmerkmal der Dissoziativen Amnesie ist eine plötzlich einsetzende Unfähigkeit, sich an wichtige persönliche Daten zu erinnern. Die Störung tritt meist nach einer Zeit besonderer Belastung auf. Die Erinnerungslücken sind zu groß, als dass man sie mit normaler Vergesslichkeit erklären könnte.

Meist betrifft der Gedächtnisverlust alle Ereignisse, die sich innerhalb eines begrenzten Zeitraums nach einer traumatischen Erfahrung begeben. Etwas seltener ist die selektive Amnesie, welche nur einige Ereignisse eines bestimmten belastenden Zeitraums betrifft. Sehr selten ist die vollständige Amnesie, welche sich auf das ganze Leben erstreckt. Die amnestische Periode kann mehrere Stunden, aber auch mehrere Jahre dauern. Sie verschwindet so plötzlich wie sie gekommen ist.

Dissoziative Fugue:

Wenn jemand eine vollständige Amnesie erleidet und zudem Heim und Arbeitsplatz verlässt und eine ganz neue Identität annimmt, so spricht man von einer dissoziativen Fugue. Zur Fugue kommt es meist nach schweren Belastungen wie Ehestreitigkeiten, persönlichen Zurückweisungen, kriegerischen Konflikten oder Naturkatastrophen. Die Wiederherstellung ist gewöhnlich vollständig und es besteht keine Erinnerung an die Ereignisse während der Flucht.

Dissoziative Identitätsstörung (Multiple Persönlichkeitsstörung):

Hauptmerkmal der Dissoziativen Persönlichkeitsstörung ist die Existenz von zwei oder mehr verschiedenen Persönlichkeiten innerhalb eines Individuums. Jede dieser Persönlichkeiten hat ihre eigene Lebensform, ihre Gefühle und Verhaltensmuster. Die unabhängig voneinander sind und zu unterschiedlichen Zeiten dominant werden. Erinnerungslücken sind üblich, da die eine Persönlichkeit keinen Zugang zur anderen hat, d.h., wenn Persönlichkeit A dominiert, weiß der Betroffene nichts über Persönlichkeit B und umgekehrt. Gewöhnlich sind die einzelnen Persönlichkeiten sehr verschieden. Ursprüngliche und Subpersönlichkeit sind sich der zeitlichen Lücken bewusst, und die Stimmen der einen können ins Bewusstsein dringen, ohne dass diese wissen, wem diese Stimmen gehören. Manchmal sprechen sie auch miteinander.

Multiple Persönlichkeitsstörungen werden im deutschsprachigen Kulturraum bislang extrem selten diagnostiziert, haben aber in der Begutachtungspraxis in den USA eine gewisse Bedeutung.

4.4.3 THERAPIE DER NEUROTISCHEN STÖRUNGEN

Die Behandlung neurotischer Symptome ist ein Spezialgebiet der Psychotherapie. Nahezu alle psychotherapeutischen Schulen haben eine Reihe von Behandlungsschritten ausgearbeitet. Neben der Psychotherapie kommen, insbesondere in Akut- und Krisensituationen, auch medikamentöse Behandlungen zur Anwendung.



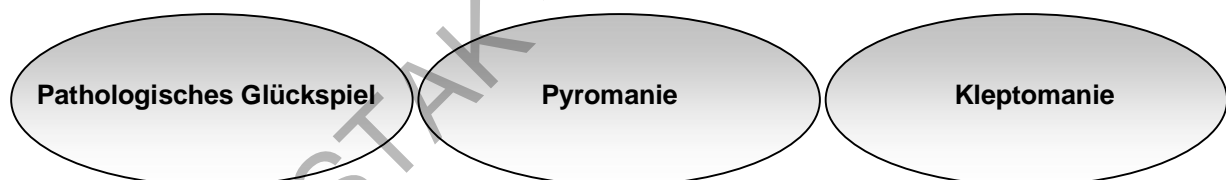
4.4.4 KRIMINOLOGIE DER NEUROTISCHEN STÖRUNGEN

Es gibt keine neurotischen Delinquenten schlechthin; delinquentes Verhalten zeigt sich im Verlauf einer Neurose nur unter besonderen Bedingungen und in besonderen psychologischen Situationen.

Für die psychiatrische Begutachtung ist es erforderlich, zu überprüfen, ob die Neurose hinreichend schwer war, um das Dispositionsvermögen (das Handlungs- und Steuerungsvermögen) entsprechend einzuschränken. Erst eine erhebliche Deformierung und Desintegration des Ichs bei gleichzeitigem Versagen von Kontroll- und Abwehrmechanismen rechtfertigt die Annahme, dass ein zumutbares Anderskönnen in der Tatsituation nur noch mit Einschränkung oder nicht mehr möglich war.

4.5 STÖRUNGEN DER IMPULSKONTROLLE

Charakteristisch für diese Störungen sind wiederholte Handlungen ohne vernünftige Motivation, die im allgemeinen die Interessen der betroffenen Person oder anderer Menschen schädigen. Die betroffenen Menschen berichten von unkontrollierbaren Impulsen. Die Ursachen dieser Störungen sind noch unbekannt. Forensische Bedeutsamkeit besitzen neben dem pathologischen Glücksspiel vor allem die pathologische Brandstiftung (Pyromanie) und das pathologische Stehlen (Kleptomanie).



4.5.1 PATHOLOGISCHES GLÜCKSSPIEL

Die Störung besteht häufig in wiederholtem Glücksspiel, das die Lebensführung der betroffenen Person beherrscht und zum Verfall der sozialen, beruflichen, materiellen und familiären Werte und Verpflichtungen führt. Die Betroffenen setzen ihren Beruf und ihre Anstellung aufs Spiel, machen hohe Schulden und lügen oder handeln ungesetzlich, um an Geld zu kommen oder um die Bezahlung von Schulden zu umgehen.

Sie beschreiben einen intensiven, kaum kontrollierbaren Drang zum Glücksspiel, der verbunden ist mit einer gedanklichen und bildlichen Beschäftigung mit dem Glücksspiel und seinen Begleitumständen. Die gedankliche Beschäftigung und die Drangzustände verstärken sich häufig in belastenden Lebenssituationen.

Kriminologie:

Vergehen und Verbrechen im Zusammenhang mit Spielleidenschaft sind keine Seltenheit, die Verbreitung des krankhaften Spielens ist groß. Es wird davon ausgegangen, dass in westlichen Gesellschaften etwa 1,2 % der Bevölkerung im Laufe des Lebens ernsthafte soziale Probleme durch ihre Spielleidenschaft bekommen. Spielsucht und Alkohol- oder Drogenmissbrauch treten oft gemeinsam auf.

Die Frage der Zurechnungsfähigkeit bei Glücksspielern wird in letzter Zeit wieder vermehrt diskutiert. Es wird vorgeschlagen, vorerst zu überprüfen, ob sich das pathologische Spielen bezogen auf die Gesamtpersönlichkeit als typisch oder als wesensfremd darstellt, wobei nur im letzteren Fall eine Einschränkung der Zurechnungsfähigkeit zu überlegen ist.

4.5.2 PATHOLOGISCHE BRANDSTIFTUNG (PYROMANIE)

Die Pyromanie, die "krankhafte Lust, Feuer zu entfachen", gehört ebenso wie die Stehlsucht (Kleptomanie) oder die Kaufsucht (Oniomanie) zur Gruppe der krankhaften Triebe, Impulse und Gelüste, die sich sowohl in ihrer Art wie ihrer schweren Widerstehbarkeit nach als krankhaft kennzeichnen. Die Versuchung, diesen Trieben nachzugeben, wird ähnlich empfunden wie die Sucht nach einem Suchtmittel.

Das pyromane Verhalten ist zum einen durch häufige, anscheinend unmotivierte, vollendete oder versuchte Brandstiftung an Häusern oder anderen Objekten charakterisiert, zum anderen durch eine Beschäftigung mit allem, was mit Feuer und Brand in Zusammenhang steht. Die betreffenden Personen interessieren sich auch übermäßig für Löschfahrzeuge und Gegenstände zur Brandbekämpfung sowie für andere mit Feuer in Verbindung stehende Themen und alarmieren nach Brandausbruch nicht selten die Feuerwehr.

Hauptmerkmale sind:

1. wiederholtes Brandstiften ohne erkennbare Motive wie materiellen Gewinn, Rache oder politischer Extremismus,
2. starkes Interesse an der Beobachtung von Bränden
3. die betreffende Person berichtet über Gefühle wachsender Spannung vor der Handlung und starker Erregung sofort nach ihrer Ausführung

Kriminologie:

Der Trieb, Feuer zu legen, wird oft bei jungen Leuten gesehen, die sich in einer (subjektiv) unerträglichen Situation befinden, z.B. keinen Gefühlsanschluss finden können. Die Täter wissen in der Regel keinen genügenden Grund anzugeben, oft liegt ein unerfülltes Sexualleben zugrunde, der Alkohol spielt als fördernder Faktor eine bedeutende Rolle.

Brandstiftungen kommen gehäuft bei intellektuell minderbegabten, kontaktgestörten, sozial isoliert lebenden Menschen vor, bei denen sich nicht selten eine leichte hirnrorganische Schädigung und auch Alkoholprobleme finden lassen. Vor dem

Hintergrund der daraus resultierenden Selbstwertproblematik kommt es zu Brandlegungen, welche als extreme Form des Geltungsstrebens zu interpretieren sind. Oft ist die Brandlegung Ausdruck von chronischen Frustrationserlebnissen, von Ohnmachtssituationen und aufgestauten Aggressionen.

4.5.3 PATHOLOGISCHES STEHLEN (KLEPTOMANIE)

Diese Störung ist charakterisiert durch häufiges Nachgeben gegenüber Impulsen, Dinge zu stehlen, die nicht dem persönlichen Gebrauch oder der Bereicherung dienen. Die Gegenstände werden häufig weggeworfen, verschenkt oder gehortet. Die betroffene Person beschreibt gewöhnlich eine steigende Spannung vor der Handlung und ein Gefühl der Befriedigung während und sofort nach der Tat. Zwar versucht sie im allgemeinen, die Tat zu verbergen, ohne jedoch alle Möglichkeiten hierzu auszunutzen. Der Diebstahl wird allein, ohne Komplizen durchgeführt. Die Betroffenen können Angst, Verzagtheit und Schuldgefühle zwischen den einzelnen Diebstählen zeigen, was aber den Rückfall nicht verhindert.

Kriminologie:

Der Begriff der Kleptomanie wird häufig sehr undifferenziert für alle möglichen Formen von Diebstahl verwendet, auch wenn Not, Bereicherungsabsicht, Lust am Abenteuer usw. im Vordergrund stehen. Der Großteil aller Diebstähle erfolgt aus einem bewussten Motiv, welches im nachhinein von Verdrängungen und vermuteten "unbewussten Ursachen" überlagert wird.

Eine kriminologische Besonderheit liegt im hohen Anteil weiblicher Täter und in der typischen Altersverteilung auf jüngere (unter 20jährige) und ältere (über 60jährige) Frauen.

Wenn eine Störung (etwa eine Neurose) der Kleptomanie zugrunde liegt, ist dies zu erfassen und dann zu klären, ob diese so ausgeprägt ist, dass sie einer Geisteskrankheit im Sinne des § 11 StGB gleichwertig ist. Lediglich wenn sich häufige Diebstähle im Rahmen einer manischen Erkrankung oder zu Beginn einer eindeutig depressiven Phase ereignet haben, ist an Zurechnungsunfähigkeit zu denken. Dies ist aber eher selten der Fall. Der Großteil der immer noch sogenannten kleptomanen Störungen steht mit neurotischen Fehlhaltungen und Persönlichkeitsstörungen in Verbindung, sodass zwar von einer Einschränkung, jedoch nicht von einer Aufhebung des Steuerungsvermögens auszugehen ist.

Fallbeispiel:

Ein 18-Jähriger wird verhaftet, nachdem er innerhalb weniger Tage mehrere Brände an Wirtschaftsgebäuden, Ställen und Heustadeln gelegt hatte. Der Täter, Mitglied der freiwilligen Feuerwehr, begab sich nach den Brandlegungen nach Hause, wo er die Auslösung des Feueralarms abwartete, um dann unverzüglich zur Brandbekämpfung auszurücken. Nach seinen Angaben habe er die Brände gelegt, um sich als Feuerwehrmann aktiv an Löscharbeiten beteiligen zu können und dadurch sein angeschlagenes Selbstbewusstsein zu heben.

Der Täter, welcher unter geordneten Familienverhältnissen als Ältestes von vier Kindern aufgewachsen ist, ist nie ernsthaft erkrankt oder verunfallt, zeigte in der Volksschule Lernprobleme,

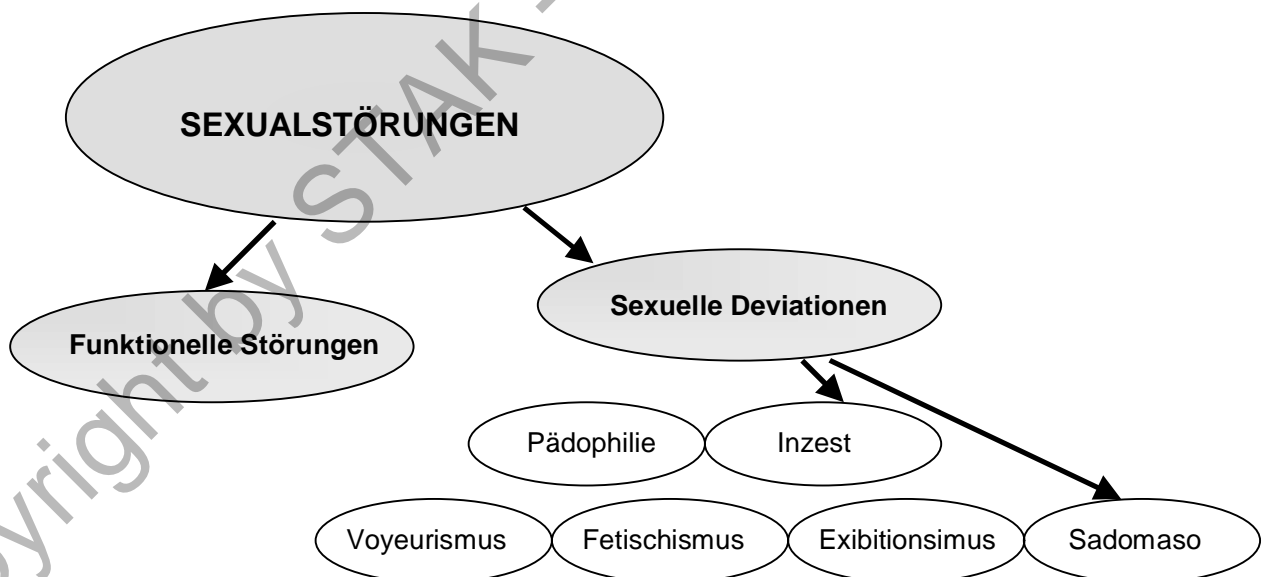
musste eine danach begonnene Lehre wegen schulischer Schwierigkeiten abbrechen, erkrankte dann mit etwa 15 Jahren an einem nicht ganz geklärten Anfallsleiden, wurde deswegen an einer neurologischen Abteilung untersucht und eine antiepileptische Dauereinstellung vorgenommen. Diese Medikation hat er schon Monate vor den Taten abgesetzt. Er war zuletzt arbeitslos, nachdem eine geschützte Stelle wegen eines Kleindiebstahls gekündigt worden war. Er wird durch einen Sozialarbeiter betreut, lebt immer noch im Elternhaus, sah sich in der dörflichen Gemeinschaft eher als Außenseiter, hatte keine Freunde und außer seinen Eltern keine emotionalen Bezugspersonen.

In der forensisch-psychiatrischen Untersuchung ließ sich eine intellektuelle Minderbegabung, somit eine Störung, die noch keiner Schwachsinnigkeit im eigentlichen Sinne entspricht, jedoch zwischen normaler Intelligenz und Oligophrenie (geistige Behinderung) anzusiedeln ist, feststellen.

Ferner liegen bei ihm ausgeprägte Persönlichkeitsstörungen, welche Großteils als Reaktion auf seine Behinderung zu werten sind, vor: Er hat einen etwas beeinträchtigten Realitätsbezug und eine unzuverlässige Realitätskontrolle, erlebt sich als einsamen, alleinstehenden und eher ängstlichen Menschen. Er leidet an massiven Selbstwertproblemen, die er durch überkompensierendes Verhalten bzw. überkompensierende Größenphantasien zu verbergen und abzuwehren versucht, was konkret in Form von Selbstüberschätzung und Geltungsstreben sichtbar wird. Schließlich ist bei ihm eine Störung der Gehirnstromaktivität (EEG) gegeben, vereinzelt ist es auch schon zum Auftreten von epileptischen Anfällen gekommen. Somit weist er die klassische Situation auf, wie man sie bei Menschen mit pyromanen Störungen häufig finden kann. Er wurde nach § 21 / 2 StGB untergebracht.

4.6 ABWEICHENDES SEXUALVERHALTEN (DEVIATIONEN)

Die Frage nach der Norm im Bereich der Sexualität ist abhängig von kulturellen, moralisch-ethischen, religiösen und rechtlichen Umständen.



Die Sexualstörungen lassen sich in funktionelle Störungen (z.B. Erektionsstörungen, Anorgasmie) und in sexuelle Abweichungen (sexuelle Deviationen, Perversionen) einteilen. Die forensische Relevanz beschränkt sich mehr oder minder auf die sexuellen Abweichungen.

Der Übergang von der normalen Sexualität zu den Abweichungen ist fließend; dabei ist zu unterscheiden, ob es sich um sexuelle Aktivitäten in beiderseitigem

Einvernehmen handelt oder um ein Sexualverhalten, welches sexuelle Erregung und Befriedigung ausschließlich unter abnormen Bedingungen möglich macht bzw. mit Leiden eines Partners oder beider Partner bzw. mit sozialen Problemen verbunden ist.

Eine sexuelle Deviation liegt vor, wenn das Sexualverhalten derart verändert ist, dass die betreffende Person nur unter den abnormen Bedingungen zu sexueller Erregung und Befriedigung gelangen kann.

Sexuelle Abweichung kann

- a) die Partner- / Objektwahl oder
 - b) die Sexualpraktiken
- betreffen.

zu a) Abweichungen, die Partner- / Objektwahl betreffend:

Pädophilie (Kind als Geschlechtspartner):

Die Pädophilie ist eine Sammelbezeichnung für sexuelle Befriedigungen im geschlechtlichen Kontakt mit Kindern.

Das Bild dieses mit einer hohen Dunkelziffer (Täter in hohem Maß im Verwandten- und Bekanntenkreis des Opfers) behafteten Deliktes reicht von erotisierten pädagogischen Beziehungen bis zu Vergewaltigungen, von gewaltloser Verführung bis zu schweren sadistischen Aggressionen.

Inzest:

Der Begriff „Inzest“ bezeichnet sexuelle Beziehungen zwischen Verwandten gerader Linie (z.B. Vater - Tochter, Mutter - Sohn, Bruder - Schwester) und wird gemäß § 211 (Blutschande) StGB geahndet.

zu b) Abweichungen, die Sexualpraktiken betreffend:

Man kann unterscheiden zwischen:

- Exhibitionismus: Entblößen der Genitalien
- Voyeurismus: Schaulust
- Fetischismus: sexuelle Erregung durch ein unbelebtes Objekt (Fetisch)
- Sadomasochismus: Lust durch Schmerzzufügen und Schmerzerleiden

Exhibitionismus:

Beim Exhibitionismus besteht die wiederholte oder ständige Neigung, das Genitale vor meist gegengeschlechtlichen Fremden in der Öffentlichkeit zu entblößen, ohne zu einem näheren Kontakt aufzufordern oder diesen zu wünschen. Meist wird das zeigen von sexueller Erregung begleitet und meist kommt es zur Masturbation. Subjektiv wird die Intension zum Exhibitionieren im Erschrecken der Frau und im Erzwingen von Zuwendung gesehen. Psychodynamisch stecken Demonstrieren von Potenz und Macht, mit denen unbewusst Versagensängste überwunden werden sollen, dahinter. Das Zur Schau stellen des Genitales vor anderen Menschen, ist zwar

das häufigste, gleichzeitig aber ein sehr harmloses Sexualdelikt, wenn man von den Auswirkungen des Exhibitionierens vor Kindern absieht.

Voyeurismus:

Beim Voyeurismus werden sexuelle Erregung und Befriedigung durch die Beobachtung anderer Menschen beim Ausziehen, besonders aber bei sexueller Betätigung erreicht. Voyeurismus kommt fast ausschließlich bei Männern vor. Zentrale Kernstücke der Abweichung sind die Unfähigkeit zur nahen Begegnung und die strikte Anonymität.

Von forensischer Bedeutung sind sekundäre Verhaltensweisen wie Wohnungseinbrüche oder Sachbeschädigungen, zu denen es kommt, wenn der Voyeur versucht, eine gute Schauposition zu erreichen.

Fetischismus:

Beim Fetischismus handelt es sich um eine sexuelle Anomalie, bei der Erregung und Befriedigung sexueller Wünsche an den Anblick oder die Berührung von Gegenständen (Wäsche, Kleidungsstücke, Strümpfe, Schuhe, Perücken usw.) gebunden sind. In einigen Fällen dienen sie lediglich der Verstärkung der auf üblichen Wege erreichten sexuellen Erregung (z.B. wenn der Partner ein bestimmtes Kleidungsstück tragen soll).

Die forensische Bedeutung des Fetischismus erschöpft sich meist im Diebstahl des Fetisch (weibliche Unterwäsche, etc.)

Sadomasochismus:

Es werden sexuelle Aktivitäten mit Zufügen von Schmerzen, Erniedrigung oder Fesseln bevorzugt. Wenn die betreffende Person diese Art der Stimulation gerne erleidet, handelt es sich um Masochismus; wenn sie sie jemand anderem zufügt, um Sadismus.

Da die Lust am Quälen und Leiden nahe beieinander liegen und das Ursachenbündel ähnlich ist, fasst man die Störung unter dem Begriff Sadomasochismus zusammen. Obwohl der Sadomasochismus weit verbreitet ist und im Bereich der Prostitution oder in Privatclubs eine große Rolle spielt, tritt er als kriminelles Delikt unter Erwachsenen nicht so oft in Erscheinung. Sehr häufig sind jedoch sadistische Handlungen an Kindern, Abhängigen, Pflegebedürftigen usw., denen oft auch sexuelle Motivationen zugrunde liegt.

4.6.1 THERAPEUTISCHE VERFAHREN

Die psychotherapeutischen Maßnahmen richten sich vorwiegend auf das konflikthafte Sexualerleben. Behandlungsbereitschaft besteht in der Regel nur bei starkem Leidensdruck oder sekundären Problemen; Weisungen zur Therapie können zumindest zur Überwindung der Therapiehemmschwelle beitragen.

Bei sexuellen Abweichungen, die mit aggressivem Verhalten einhergehen, wird mitunter eine hormonelle Behandlung eingesetzt. Das gängigste Medikament ist das

"Androcur", welches eine Hemmung von Libido (Trieb) und Potenz (Fähigkeit des Mannes zum Geschlechtsverkehr) bewirkt.

4.6.2 KRIMINOLOGIE

Die kriminologische Bedeutung der sexuellen Abweichungen wurde im wesentlichen bei der Beschreibung der einzelnen Störungen abgehandelt.

Von besonderer Wichtigkeit sind jene Straftaten, die mit Gewalt ausgeführt werden, also Sadismus, Pädophilie sowie Vergewaltigung und sexuell motivierte Tötungen.

a) Vergewaltigung:

Die aggressiven Sexualdelikte machen etwa 1/3 aller Sexualstraftaten aus. Bei diesen Störungen dominiert die Gewalttätigkeit, während die Sexualität höchstens zur Tat stimuliert. Die Täter sind also nicht im Bereich der Sexualität abnorm, sondern weisen schwere Persönlichkeitsstörungen mit Haltlosigkeit, fehlendem Einfühlungsvermögen, Gemütsarmut und Gewissenlosigkeit auf. Bis zu einem Drittel der Vergewaltiger führen den Akt nicht um der sexuellen Befriedigung willen aus, sondern um Aggression auszudrücken.

b) Sexuell motivierte Tötungen:

Als Lustmord im engeren Sinne bezeichnet man die Befriedigung der Geschlechtslust durch das Töten selbst, wobei das Quälen, Verstümmeln und Morden an die Stelle der körperlichen Vereinigung tritt.

Beim Sexualmord im weiteren Sinne soll der Widerstand des Opfers gebrochen werden, und zwar über den erzwungenen Beischlaf hinaus.

4.7 ORGANISCH BEGRÜNBARE SEELISCHE STÖRUNGEN

Es handelt sich hierbei um psychische Krankheiten mit nachweisbarer Ätiologie (Ursache) in einer zerebralen Krankheit, einer Hirnverletzung oder einer anderen Schädigung, die zu einer Hirnfunktionsstörung führt.

Obwohl das psychopathologische Spektrum der einzelnen Zustandsbilder sehr vielfältig ist, lassen sich die wesentlichsten Merkmale dieser Störungen in zwei Hauptgruppen gliedern:

1. Störungen des Gedächtnisses, des Lernens und des Intellekts, des Bewusstseins und der Aufmerksamkeit
2. Störungen im Bereich der Wahrnehmung (Halluzinationen), der Denkinhalte (Wahn) und der Stimmung und Gefühle (Depression)

4.7.1 URSACHEN

- Gefäßerkrankungen (Arteriosklerose)
- Stoffwechselstörungen (Zuckerkrankheit, Leber- und Nierenerkrankungen)
- Vitaminmangelzustände (Vitamin-B-Mangel bei Magenoperierten)
- Chronische Vergiftungen (Alkoholismus, Drogenabhängigkeit)
- Entzündungen (FSME)
- raumfordernde Prozesse (Tumore)
- Schädelhirntraumata (Gehirnerschütterung,)
- degenerative Prozesse (Parkinson-Krankheit, Präsenile Demenz)
- Störungen des Gehirndrucks (Hydrocephalus)

Charakteristisches Kennzeichen aller akuten Hirnschädigungen ist die Bewusstseinsstrübung, dazu gesellen sich Konzentrationsstörungen, Auffassungs- und Merkfähigkeitsschwäche, Orientierungsprobleme sowie depressive, manische oder paranoid-halluzinatorische Symptome.

Hauptsymptome der Demenz sind Abnahme des Gedächtnisses und des Denkvermögens sowie Beeinträchtigungen der Aktivitäten des täglichen Lebens (z.B: Desorientierung - der Mensch weiß nicht mehr, wo er sich befindet; findet sich in seiner an sich vertrauten Umgebung nicht mehr zurecht). Allmählich leidet das Denkvermögen und die Fähigkeit zu vernünftigem Urteilen (Bsp: Alzheimer-Krankheit).

4.7.2 THERAPIE

Im Vordergrund steht die Behandlung der körperlichen Grunderkrankung: intensivmedizinisch oder auch Verabreichung von Psychopharmaka.

Wichtig sind bei allen hirnorganischen Störungen Vermeidung von körperlichen und psychischen Überanstrengungen und Strukturierung des Tagesablaufes und ein Gesundheitstraining in vernünftigen Grenzen. Der Stellenwert der Psychotherapie, welche auf die Verarbeitung der Leistungseinbuße und Konfrontation mit Verlust, Krankheit und Tod konzentriert sein muss, ist nicht zu unterschätzen.

4.7.3 KRIMINOLOGIE

Im 19. Jahrhundert wurde die Ursache für kriminelles Verhalten überwiegend in hirnorganischen Abnormitäten und Krankheiten gesehen (Lombroso). Diese Meinung konnte aber in Nachuntersuchungen nicht bestätigt werden.

Ein besonderer Zusammenhang wurde nach der Entdeckung des EEGs (Elektroenzephalogramm) in den 20er Jahren zwischen Epilepsie und Kriminalität angenommen. Nach heutigen Kenntnissen ist der epileptische Anfall kriminalistisch kaum relevant.

Bei den Alterskriminellen handelt es sich in der Regel um Ersttäter mit geringer Rückfallsgefahr. Eine Ausnahme davon bildet lediglich die Sexualdelinquenz, die

eine hohe Rückfallsquote hat. Schwere Delikte wie Mord und Totschlag kommen bei über 60jährigen kaum vor.

Wenn es überhaupt zu Straftaten kommt, sind es nicht die normalen Abbauerscheinungen, sondern komplizierende Krankheiten, wie Spätformen des Alkoholismus oder paranoide Syndrome usw., die in diesem Lebensalter z.B. zu schweren Aggressionen führen können. Die Straftaten werden dann in der Regel wenig vorgeplant, ohne Sicherungstendenz, mit hoher Wucht und eher primitiv durchgeführt.

Einschub

Die Epilepsie wird in der "Internationalen Klassifikation psychischer Störungen" (ICD10) unter dem Zusatzkapitel "Krankheiten des Nervensystems" geführt. Da in bezug auf die Forensische Psychiatrie nur die Epilepsie von größerer Bedeutung ist, wird sie an dieser Stelle behandelt:

Epilepsie:

Anfallskrankheit, die meist mit Bewusstseinsstörungen einhergeht und von abnormen Bewegungsabläufen begleitet wird. Die Anfälle entstehen durch ungehemmte Ausbreitung einer Nervenerregung, die normalerweise wenige isolierte Bahnen durchläuft.

Als Ursachen kommen Vergiftungen, Verletzungen mit nachfolgender Narbenbildung, Entzündungen des Gehirns und Tumore in Betracht. Bei der familiär gehäuft auftretenden Epilepsie lässt sich keine Grunderkrankung bzw. eigentliche Ursache nachweisen.

Der große Krampfanfall (Grand mal: großes Übel) setzt meist mit einer plötzlichen Bewusstlosigkeit ein. Dann folgt ein schwerer Krampfzustand der gesamten Körpermuskulatur. Die Krampfphase wird von Zuckungen abgelöst, wobei es zum Auftreten von Schaum vor dem Mund, zum Zungenbiss und zum Abgang von Urin und Stuhl kommen kann. Nach 2-3 Minuten werden die Krampfstöße seltener, und der Kranke fällt in einen kurzen Schlaf mit völliger Entspannung aller Gliedmaßen. Nach einiger Zeit kehrt das Bewusstsein zurück.

Verhalten bei einem Anfall:

Im allgemeinen hört ein epileptischer Anfall von selbst (spontan) auf - die meisten Anfälle dauern Sekunden bis wenige (1-4) Minuten. Es geht nicht darum, den Anfall durch irgendwelche Maßnahmen zu unterbrechen, sondern für den Patienten durch Beiseiterücken von Gegenständen, rasches Abpolstern der Umgebung und Unterlegen des Kopfes mit einer Decke die Verletzungsgefahren zu verhindern. Weitere sinnvolle Maßnahmen bei einem "großen" Anfall sind Lockerung der Kleidung und flache Seitwärtlagerung des Patienten, um ein "Verschlucken" an Speichel oder Erbrochenem zu verhindern.

EINSCHUB ENDE

4.8 INTELLIGENZMINDERUNG

Intelligenz stellt kein einheitliches Phänomen dar, sondern setzt sich mehr oder weniger aus einer großen Anzahl verschiedener, spezifischer Fertigkeiten zusammen.

Eine Intelligenzminderung ist eine sich in der Entwicklung zeigende, stehen gebliebene oder unvollständige Entwicklung der geistigen Fähigkeiten, mit besonderer Beeinträchtigung von Fertigkeiten, die zum Intelligenzniveau beitragen, wie z.B. Denken, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten. Dabei können alle Fertigkeiten oder nur einzelne Teilbereiche beeinträchtigt sein.

4.8.1 EINTEILUNG

Hohe Intelligenz	IQ ab 110
Durchschnittliche Intelligenz	IQ 91-109 (50% der Bevölkerung)
Niedrige Intelligenz	IQ 79-90
Sehr niedrige Intelligenz	IQ 70-78
Leichte Intelligenzminderung	IQ 50-69
Mittelgradige Intelligenzminderung	IQ 35-49
Schwere Intelligenzminderung	IQ 20-34
Schwerste Intelligenzminderung	IQ unter 20

Leichte Intelligenzminderung

Personen mit einer leichten Intelligenzminderung erwerben Sprache verzögert, jedoch in einem für die täglichen Anforderungen und für ein normales Gespräch ausreichendem Maße. Die meisten dieser Personen erlangen trotz des verlangsamten Entwicklungstempos eine völlige Unabhängigkeit in der Selbstversorgung (Essen, Waschen, Anziehen usw.) und in praktischen und häuslichen Tätigkeiten. Die Hauptschwierigkeiten treten bei der Schulausbildung auf, Probleme zeigen sich bereits beim Lesen und Schreiben. Die Mehrzahl ist für eine Arbeit anlernbar, die eher praktische als schulische Fähigkeiten erfordert.

Mittelgradige Intelligenzminderung

Diese Personen zeigen eine verlangsamte Entwicklung von Sprachverständnis und Sprachgebrauch, im Erwerb von Fähigkeiten im Bereich der Selbstversorgung und der motorischen Fertigkeiten und begrenzte Leistungsfähigkeit in diesem Bereich. Ein vollständig unabhängiges Leben im Erwachsenenalter wird nur selten erreicht, einige Betroffene brauchen eine lebenslange Beaufsichtigung. Die Verrichtung einfacher praktischer Tätigkeiten ist möglich, sofern sie gut strukturiert und entsprechend beaufsichtigt werden.

Schwere / Schwerste Intelligenzminderung

Personen mit einer schweren bzw. schwersten Intelligenzminderung sind so gut wie unfähig, Anforderungen oder Anweisungen zu verstehen oder sich danach zu richten. Da sie nicht für ihre eigenen Grundbedürfnisse sorgen können, benötigen sie ständige Hilfe und Überwachung.

4.8.2 THERAPIE

Wichtig sind heilpädagogische Förderungsmaßnahmen, die möglichst früh eingesetzt werden sollen: Logopädie (Sprachtherapie), Verhaltens-, Beschäftigungs- oder Musiktherapie. Der Aufbau sozialer Fertigkeiten und lebenspraktischer Kompetenz sowie die Fähigkeit zur möglichst selbständigen Lebensführung stehen im Mittelpunkt der therapeutischen Bemühungen. Von größter Wichtigkeit ist es, die Eltern und die übrigen Angehörigen in den Behandlungsplan mit einzubeziehen, ihnen eine möglichst realistische Haltung zur Behinderung nahezubringen und Hilfestellungen bei der Bewältigung entstehender Konflikte zu geben.

4.8.3 KRIMINOLOGIE

Die kriminologische Bedeutung der intellektuellen Minderbegabung und Schwachsinnigkeit wird weit überschätzt.

Minderbegabte sind in erster Linie an kleinen Diebstählen und Betrügereien, weniger an Brandstiftungen und Sexualdelikten, sehr selten an schweren Körperverletzungen oder Tötungen, beteiligt.

Statistische Überrepräsentiertheit von Personen mit Intelligenzminderung unter Sexualtäter oder Brandstiftern ergeben ein verfälschtes Bild, da intellektuell beeinträchtigte Täter eher gefasst werden bzw. die Dunkelziffer innerhalb dieser Bevölkerungssubgruppe nicht so groß ist wie in der Allgemeinpopulation. Häufig werden ungeschickte Annäherungsversuche als sexuelle Nötigungen missverstanden; auch reagieren geistig Behinderte auf grobe Zurückweisung häufig überheftig.

Schließlich ist zu bedenken, dass der Minderbegabte seine Rechtsinteressen kaum wahrnehmen kann und dadurch leichter und schneller in ein strafrechtliches Verfahren verwickelt wird als der intellektuell normal Veranlagte.

5. SUIZIDALITÄT

Ode an den Tod

*Immer enger wird mein Denken,
immer blinder wird mein Blick,
mehr und mehr erfüllt sich täglich
mein entsetzliches Geschick.
Kraftlos schlepp ich mich durchs Leben,
aller Lebenslust beraubt,
habe keinen, der die Größe
meines Elends kennt und glaubt.
Doch mein Tod wird euch beweisen,
dass ich jahre-, jahrelang
an des Grabes Rand gewandelt,
bis es jählings mich verschlang.*

Dieses Gedicht beschreibt das sogenannte präsuizidale Syndrom, welches Erwin Ringel (1949) bei selbstmordgefährdeten Menschen untersuchte und beschrieb.

Das Syndrom besteht aus:

1. Einengung
2. Gehemmte und gegen die eigene Person gerichtete Aggression sowie
3. Selbstmordphantasien

Einengung:

Sie zeigt sich im Verlust von Kontakten und Selbstbestätigung ermöglichenden Fähigkeiten. Aus Angst werden bestimmte Lebensbereiche nicht mehr angestrebt bzw. aufgegeben wie z.B. Familie, Beruf oder Freundeskreis. Der Betroffene hat immer gleiche Gedanken ("Ich bin nichts wert") oder er begibt sich in immer gleiche Situationen (z.B. in Abhängigkeitsverhältnisse). So kommt es zu einem zunehmenden Rückschritt, in dem Erinnerungen dominieren und die Zukunft keine Rolle mehr spielt.

Aggression:

Nach Ringel ist die Aggression des Patienten gehemmt, d.h. ein Ausbruch der Aggression wird nicht gestattet, obwohl ein Bedürfnis danach vorhanden ist. Die Patienten können sich nicht Luft machen und fressen alles in sich hinein. Relativ geringfügige Ursachen können dann eine Entladung der Aggression auslösen.

Selbstmordphantasien:

Die Phantasiewelt überwiegt gegenüber der Orientierung an der Realität. Die Betroffenen bauen sich eine Scheinwelt auf, in welcher die Phantasie immer bedeutsamer für das Erleben wird und in weiterer Folge immer mehr Wirklichkeitscharakter erhält. Der Patient sieht für sich immer weniger einen Ausweg aus einer für ihn aussichtslos erscheinenden Situation, bis die phantasierten Inhalte, wie z.B. Suizidgedanken, zur Verwirklichung drängen. Der Patient phantasiert sich dabei schon als tot, aber er kann sich im Tod noch beobachten, zusehen; die Patienten erleben sich in ihrer Phantasie auch im Stadium des Totseins als körperlich

lebendig, was von Ringel als Gipfel der durch die Phantasie bewirkten Selbsttäuschung - nämlich Flucht in die Irrealität - beschrieben wird.

5.1 WIE KANN MAN DIE BEGRIFFE "SUIZIDALE VERHALTENSWEISEN", "SUIZIDVERSUCH" UND "SUIZID" DEFINIEREN?

Ein einfache und präzise Definition *suizidaler Verhaltensweisen* wurde von Stengel (1970) formuliert:

Suizid ist "eine auf einen kurzen Zeitraum begrenzte absichtliche Selbstschädigung, von der der Betreffende, der diese Handlung begeht, nicht wissen konnte, ob er sie überleben wird oder nicht."

Für *Suizidversuche* wird weitgehend die Definition von Kreitman (1980) akzeptiert:

Ein Suizidversuch ist ein "selbstinitiiertes, gewolltes Verhalten eines Patienten, der sich verletzt oder eine Substanz in einer Menge nimmt, die die therapeutische Dosis oder ein gewöhnliches Konsumniveau übersteigt und von welcher er glaubt, sie sei pharmakologisch wirksam".

Aus dieser Definition ergibt sich, dass eine aktive Absicht zur Beendigung des eigenen Lebens vorhanden sein muss. Folgt man dieser Definition weiter, muss ein *Suizid* ein zum Tode führender Suizidversuch sein.

Die Definition von Suizidversuch und Suizid nach Kreitman schließt selbstschädigende Verhaltensweisen aus, die üblicherweise als "verzögerte Selbsttötung" beschrieben werden wie z.B. Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit, Magersucht oder auch riskante sportliche Betätigungen, die mit einem hohen Risiko für Leib und Leben des Betroffenen verbunden sind. In diesen Fällen fehlt die aktive, bewusste Absicht zu sterben und die auf einen kurzen Zeitraum begrenzte absichtliche Selbstschädigung und es kann daher die obige Definition nicht angewendet werden.

5.2 FAKTEN ZUM SUIZID

- Pro Jahr sterben in Österreich ca. 1.800 Personen durch Selbstmord (Suizid). Zum Vergleich: an Verkehrsunfällen sterben jährlich ca. 1.200 Personen.
- Die Suizidrate ist bei Männern etwa doppelt so hoch wie bei Frauen (in unseren Breiten).
- Schätzungen über Suizidversuche sind sehr schwer möglich - vermutet werden ca. 25.000 bis 30.000 jährlich in Österreich.
- Die Suizidrate im Strafvollzug ist ca. 5-10 mal so hoch wie in der Normalpopulation, wobei noch höhere Werte bei Untersuchungshäftlingen, im Normalvollzug hingegen etwas niedrigere Werte anzusetzen sind.

Folgende Tabelle stellt die Unterschiede zwischen denjenigen Gruppen von Personen, die einen Suizid versucht oder vollendeten haben, dar:

Merkmal	versuchter	vollendeter
Geschlecht	Mehrheit weiblich	Mehrheit männlich
Alter	meist jung	Risiko erhöht sich mit dem Alter
Methode	Letalität niedrig (Tabletten, Schneiden)	Gewaltanteil höher (Erschießen, Springen)
Situation	wird so gestaltet, dass man wahrscheinlich gefunden wird	Vorkehrungen gegen eine Entdeckung
häufige Diagnose	Dysthyme Störung, Borderline Persönlichkeitsstörung	affektive Störung, Alkoholismus, Schizophrenie
dominanter Affekt	Depression mit Wut	Depression mit Hoffnungslosigkeit
Motivation	Veränderung der Situation, Hilferuf	Tod
Verlauf in der Klinik	schnelle Besserung der Stimmung, Erleichterung, überlebt zu haben; Versprechen, es nicht zu wiederholen.	Leichenstarre, Verwesung, Begräbnis

5.3 MERKMALE DES SUIZID NACH SHNEIDMAN (1987)

Shneidman stellte die 10 wesentlichen Merkmale von Suizid in folgender Liste dar:

1. Die *Absicht* des Suizids besteht in der Suche nach einer Lösung.
2. Das *zentrale Ziel* des Suizids ist die Beendigung des Bewusstseins.
3. Der *Auslöser* des Suizids ist ein nicht mehr zu ertragender psychischer Schmerz.
4. Der *Stressor* beim Suizid besteht in frustrierten psychologischen Bedürfnissen
5. Die vorherrschende *Emotion* beim Suizid ist Hoffnungslosigkeit – Hilflosigkeit
6. Der vorherrschende *kognitive Zustand* beim Suizid ist Ambivalenz.
7. Der vorherrschende Zustand der *Wahrnehmung* beim Suizid ist Einschränkung.
8. Die beim Suizid *angestrebte Handlung* ist einen Ausweg zu finden.
9. Die *interpersonale Handlung* beim Suizid besteht in der Kommunikation einer Absicht.
10. Beim Suizid gibt es eine Übereinstimmung mit den lebenslangen Coping-Strategien.

5.4 WIE KANN MAN MIT SELBSTMORDGEFÄHRDETEN UMGEHEN?

Im Umgang mit Suizidgefährdeten

- ist das Herstellen einer tragfähigen zwischenmenschlichen Beziehung wesentlich. Dadurch kann die Einengung gelockert werden und kleine Erfolgserlebnisse sind möglich.

- ist es auch von großer Bedeutung, die Umwelt des Betroffenen einzubeziehen. Für die Bewältigung einer Krise ist die Reaktion der Umwelt wichtig.
- geht es in erster Linie nicht um die Frage, wie man einen Menschen daran hindert, Selbstmord zu begehen, sondern darum, wie seine Lebensumstände derart gestaltet werden können, dass das Leben für ihn wieder lebenswert wird.
- ist es unumgänglich, die Suizidgefahr auch anzusprechen:

Wenn Sie im Kontakt zu einem Menschen den Eindruck haben er könnte an Suizid denken, fragen Sie ihn danach!

Bei der Betreuung von suizidgefährdeten Personen sind vier wesentliche Charakteristika zu beachten:

- das Arbeiten an der therapeutischen Beziehung
- die Auseinandersetzung mit der emotionalen Situation und mit möglicher Suizidgefahr
- die Konzentration auf die aktuelle Situation
- die Einbeziehung der Umwelt

Zu den allgemeinen Prinzipien der Krisenintervention gehören

- rascher Beginn
- Aktivität des Helfers
- Methodenvielfalt
- Mittelpunkt der Hilfe ist die aktuelle Situation bzw. das auslösende Ereignis
- Einbeziehung der Umwelt
- Entlastung von seelischem Druck
- Zusammenarbeit verschiedener Berufe (z.B. Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter usw.)

Bei direkten oder indirekten Suizidhinweisen ist immer an Suizidgefahr zu denken!

Das

- Wahrnehmen von Suizidhinweisen,
- Aussprechen der indirekten bzw. das Aufgreifen der direkten Ankündigung,
- Verstehen dieser Ankündigung als Notsignal und
- vorurteilslose Gespräch über die Suizidtendenz

sind wichtige Erste Hilfen bei Suizidgefahr.

Krisenintervention ist durch Methodenflexibilität gekennzeichnet. Die Anwendung verschiedener Methoden erfolgt nicht wahllos, sondern situations- und persönlichkeitsgerecht. Das Arbeiten an der Beziehung, die Auseinandersetzung mit der Suizidalität, das Arbeiten an aktuellen Bedingungen und mit dem sozialen Umfeld sind die wichtigsten Aktivitäten im Rahmen einer Krisenintervention.

Folgendes Schema kann bei der Beurteilung von Suizidgefahr als Hilfestellung dienen:

Risikogruppe:	Krise?	Suizidale Entwicklung:	Einengung:
Alkohol-, Drogen-, Medikamentenmissbrauch? Seelisch labil? Depressiv?	Akute Krise (Schicksalsschlag oder Veränderung)?	Denkt gelegentlich an Suizid? Denkt immer an Suizid? Hat sich zum Suizid entschlossen	Fühlt sich seelisch eingeengt? Empfindet alles als wertlos? Fühlt sich einsam?

5.5 KLISCHEE UND WIRKLICHKEIT

Rund um den Suizid haben sich Geschichten und Phantasien gebildet, die sich als hartnäckige Vorurteile kaum ausrotten lassen.

An dieser Stelle einige Beispiele:

Klischee	Wirklichkeit
Wer vom Suizid spricht, tut es nicht.	80% der Menschen, die einen Suizid unternehmen, kündigen diesen vorher an und geben ihrer Umwelt damit eine Chance, ihnen zu helfen.
Suizid wird ohne Vorwarnung begangen.	Siehe auch oben. Gewöhnlich wird der Suizid auf vielerlei Weise angekündigt, wie z.B. dass die Welt besser wäre ohne die eigene Person. Häufig machen sie anderen überraschende und unerklärliche wertvolle Geschenke.
Wer sich wirklich umbringen will, ist nicht aufzuhalten.	Die meisten Suizide werden im Rahmen von Krisen durchgeführt; eine entsprechende Krisenbewältigung kann den Selbstmord verhindern.
Wer es einmal versucht hat, versucht es immer wieder.	Rund 80% aller Suizidversuche sind einmalige Ereignisse im Leben des jeweils Betroffenen.
Wenn sich die Gefühlslage bessert, verringert sich die Suizidgefahr.	Tatsache ist, dass Menschen häufig dann Suizid begehen, wenn sich ihre Stimmung und ihr Energieniveau gehoben haben. Dies scheint besonders für depressive Patienten zu gelten.
Ein Suizidversuch ist nur Erpressung.	Zweifellos setzt ein Suizidversuch die Umgebung bisweilen unter starken Druck. Dies kann jedoch nur ein Hinweis dafür sein, wie groß das Anliegen des Betroffenen ist, seine Not der Umwelt mitzuteilen.
Nur wer es "ernsthaft" versucht hat, ist weiter hin suizidgefährdet.	Die individuelle Suizidgefährdung hängt nicht mit dem Ausmaß der

	Lebensbedrohung durch den Suizidversuch zusammen, sondern muss jedes Mal neu eingeschätzt und beachtet werden.
Wenn man jemanden auf Selbstmordgedanken und -pläne hin anspricht, bringt man ihn erst auf die Idee, sich umzubringen.	Die Möglichkeit, Suizidgedanken mit jemandem besprechen zu können, bringt für den Betroffenen meist eine erhebliche Entlastung und lockert die suizidale Einengung.
Menschen, die einen Suizidversuch mit kaum tödlichen Mitteln begehen, meinen es nicht wirklich ernst.	Viele Menschen sind über die Dosierung von Tabletten oder die menschliche Anatomie nicht genau informiert. Auch ein untauglicher Suizidversuch kann von jemandem durchgeführt worden sein, der wirklich sterben wollte.
Zu Weihnachten und zu Neujahr sowie an grauen Novembertagen sind die meisten Suizide zu verzeichnen.	In der Suizidhäufigkeit ist ein signifikanter Gipfel im Frühjahr und ein kleinerer Gipfel im Herbst nachgewiesen. Nach Feiertagen besteht eine gewisse Häufung von Krisen.
Wer Suizid begeht, ist verrückt.	Die meisten Menschen, die sich das Leben nehmen sind zwar sehr unglücklich, jedoch durchaus bei klarem Verstand.
Die Gründe für einen Suizid sind leicht festzustellen.	Die Wahrheit ist, dass wir nicht genau wissen, warum sich Menschen umbringen. Auch wenn jemand vor seinem Suizid z.B. schwere finanzielle Verluste erlitten hat, bedeutet das nicht, dass damit der Suizid angemessen erklärt ist.

5.6 SUIZID UND SUIZIDVERSUCH IM STRAFVOLLZUG

5.6.1 WELCHE RISIKOFAKTOREN FÜR SUIZID UND SUIZIDVERSUCH GIBT ES IM STRAFVOLLZUG?

Freiheitsentzug stellt für fast alle Menschen von vornherein eine besonders schwierige Situation dar: Typische Belastungen in diesem Zusammenhang sind unter anderem die Anpassung an die neue ungewohnte Situation, die Angst vor dem Unbekannten, Misstrauen gegenüber der Autorität, Verlust der Kontrolle, Isolierung von der Familie und von Bezugspersonen und demütigende Erlebnisse. Hinzu kommen noch Vorbelastungen wie z.B. Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch, Gesundheitsprobleme, seelische Störungen, unbewältigte frühere Krisen und die eingeschränkte Fähigkeit, mit Belastungen umzugehen. Diese Faktoren können unter Umständen Krisen unter Haftbedingungen begünstigen.

Untersuchungen haben gezeigt, dass folgende Risikofaktoren für Suizid während der Haft bestehen:

- Untersuchungshaft (v.a. unmittelbar in den ersten Tagen nach Inhaftierung)
- erhöhtes Risiko an "zeitbezogenen Zäsuren" (unmittelbar vor Prozessbeginn; unmittelbar nach dem Urteil; wenn Amnestie, Haftverkürzung etc. nicht bewilligt wird; wenn ungewollte Verlegung droht bzw. bereits erfolgt ist, auch: wenn gewollte Verlegung verweigert wird)
- Einzelunterbringung
- Ausländer in Schubhaft
- bestimmte Deliktgruppen (Mord, Sittlichkeitsdelikte, Amokläufe im Familienverband, Mord mit anschließend versuchtem Suizid, erweiterter Suizid, Delikte mit hohen Unterschlagungs- oder Betrugssummen)
- Drogen-, Alkohol-, Medikamentenabhängigkeit in der Vorgeschichte des Insassen
- HIV-Positive, an Aids Erkrankte
- psychiatrische Vorbehandlungen / Unterbringungen
- Suizidversuche bereits in der Vorgeschichte bzw. schon in der Vorhaft
- offenkundige (und dokumentierte) Probleme mit Mitgefangenen und/oder dem Justizpersonal
- vorhergehende Verwicklungen in Vorfälle in der Institution (Angriffe auf Mithäftlinge und/oder Personal; von Mitgefangenen attackiert/gequält worden)
- familiäre Probleme (z.B. Scheidung)
- keinerlei Familienbindung (alleinstehend).

Weitere Risikofaktoren bestehen in Bezug auf

- Alter: Suizide bevorzugt von Männern im vierten Lebensjahrzehnt oder älter (mit sogenannter "harter" Methode), Suizidversuche bevorzugt von jüngeren Männern bis ca. 30 - 35 Jahre ("weichere" Methoden, wie z.B. Medikamente einnehmen oder Verschlucken von Fremdkörpern).
- Zeitpunkt: Suizide oft in der Nacht (nach Mitternacht, bis in die frühen Morgenstunden); Suizidversuche in den "Mittagspausen" (am frühen Nachmittag).
- Zeitbezogene Phänomene: Es gibt Serien von suizidalen Handlungen auch in Justizanstalten. Suizidhandlungen werden bevorzugt in den ersten Tagen eines Kalendermonats (in den ersten Monatshälften ereignen sich signifikant mehr nämlich 75% - aller Suizidhandlungen) und auch um den Jahreswechsel herum unternommen.
- Suizidhandlungen werden häufiger von solchen Häftlingen durchgeführt, die schon vor oder in der Haft bereits in psychosozialer Behandlung standen.

WICHTIG: Direkte und auch verklausulierte Suizidankündigungen (mündlich und / oder schriftlich deponiert) immer ernst nehmen!

5.6.2 WELCHE RISIKOGRUPPEN FÜR SUIZID UND SUIZIDVERSUCH IM STRAFVOLLZUG GIBT ES?

Die Suizidrate im Strafvollzug ist etwa 5-10 mal so hoch wie in der Bevölkerung und bei Untersuchungshäftlingen noch etwas höher als bei Personen im Normalvollzug:

Der typische *Suizidant*

- ist männlich
- ist etwa 40 Jahre alt
- befindet sich in Untersuchungshaft
- ist in einer Einzelzelle
- begeht Selbstmord innerhalb der ersten Monatshälfte und/oder in der zweiten Nachthälfte bzw. frühmorgens
- wurde zu höheren Strafen verurteilt bzw. erwartet eine höhere Strafe
- hat Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenprobleme
- hat eine labile Persönlichkeit und/oder Depressionen
- macht keine Vorankündigung und hat früher keine Suizidversuche begangen
- begeht Selbstmord durch Erhängen
- hat ein "Unglücksmotiv" wie z.B. Verlusterlebnisse

Der typische *Suizidversucher*

- ist weiblich
- ist ca. 25 - 30 Jahre alt
- begeht den Selbstmordversuch tagsüber bevorzugt nach der Mittagszeit und nachmittags
- verwendet als Methode Schneiden und Stechen, Erhängen nur zu einem Viertel der Fälle
- hat in der Vorgeschichte bereits einen Suizidversuch hinter sich und ist (vermutlich deshalb) in psychiatrischer Behandlung
- hat ein "Konfliktmotiv" wie z.B. Streit, Auseinandersetzung

5.6.3 WIE KANN MAN SUIZIDE IM STRAFVOLLZUG VERHÜTEN?

Im Strafvollzug besteht eine Möglichkeit der Suizidverhütung darin, Änderungen in den Rahmenbedingungen der Anstalten vorzunehmen, und zwar

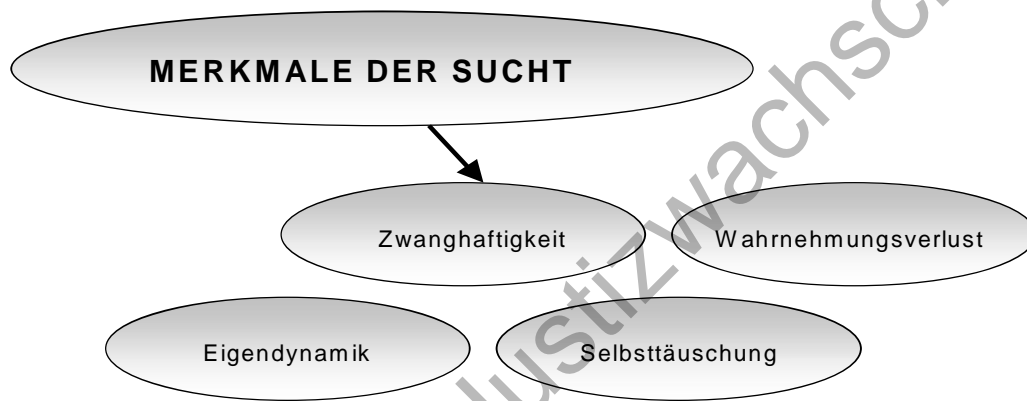
- entsprechend den oben angeführten Risikofaktoren, begleitet durch
- Personalschulungsmaßnahmen (Ausbildung und Fortbildung von Justizbediensteten hinsichtlich Suizidrisiko, Einschätzung des Suizidrisikos, Krisenintervention, richtigem Umgang mit Krisen und suizidalen Phänomenen sowie psychosoziale Behandlung und Betreuung)
- durch Schaffung von spezifischen Anlaufstellen innerhalb der Anstalten (z.B. spezialisiertes Personal, welches im Falle von Krisen jederzeit zur Verfügung steht)
- durch das Schaffen von Rahmenbedingungen, die dem Insassen ein gewisses Maß an Sicherheit, Kommunikation und Eigenständigkeit ermöglichen, so dass Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit gering gehalten werden können sowie
- durch wissenschaftliches Erfassen von Suizidhandlungen (hinsichtlich Bewertung der Wirksamkeit von getroffenen Maßnahmen).

6. PSYCHISCHE UND VERHALTENSTÖRUNGEN DURCH PSYCHOTROPE SUBSTANZEN

Seit vorgeschichtlicher Zeit kennt die Menschheit Substanzen, welche körperlichen Schmerz lindern und Bewusstseinszustände verändern. Fast alle Völker haben Rauschmittel entdeckt, die auf das zentrale Nervensystem einwirken und körperliche oder seelische Schmerzen lindern bzw. euphorisch machen.

6.1 WAS IST SUCHT?

6.1.1 MERKMALE DER SUCHT



Zwanghaftigkeit:

Unter Zwanghaftigkeit ist ein unstillbares Verlangen nach einem Suchtmittel oder einer bestimmten Tätigkeit zu verstehen. Dabei wird zwischen substanzgebundener und prozessgebundener Sucht unterschieden. Die Befriedigung dieser permanenten "Sehnsucht" kann zu einem vorherrschenden Lebensprinzip werden.

Eigendynamik:

"Sucht" entwickelt sich prozesshaft und beginnt oft harmlos, unmerklich und schleichend. Im Laufe der Zeit entwickelt sich eine gewisse Eigendynamik, welche zu physischer und psychischer Abhängigkeit führt und letztlich zu einem sozialen Abstieg.

Selbsttäuschung:

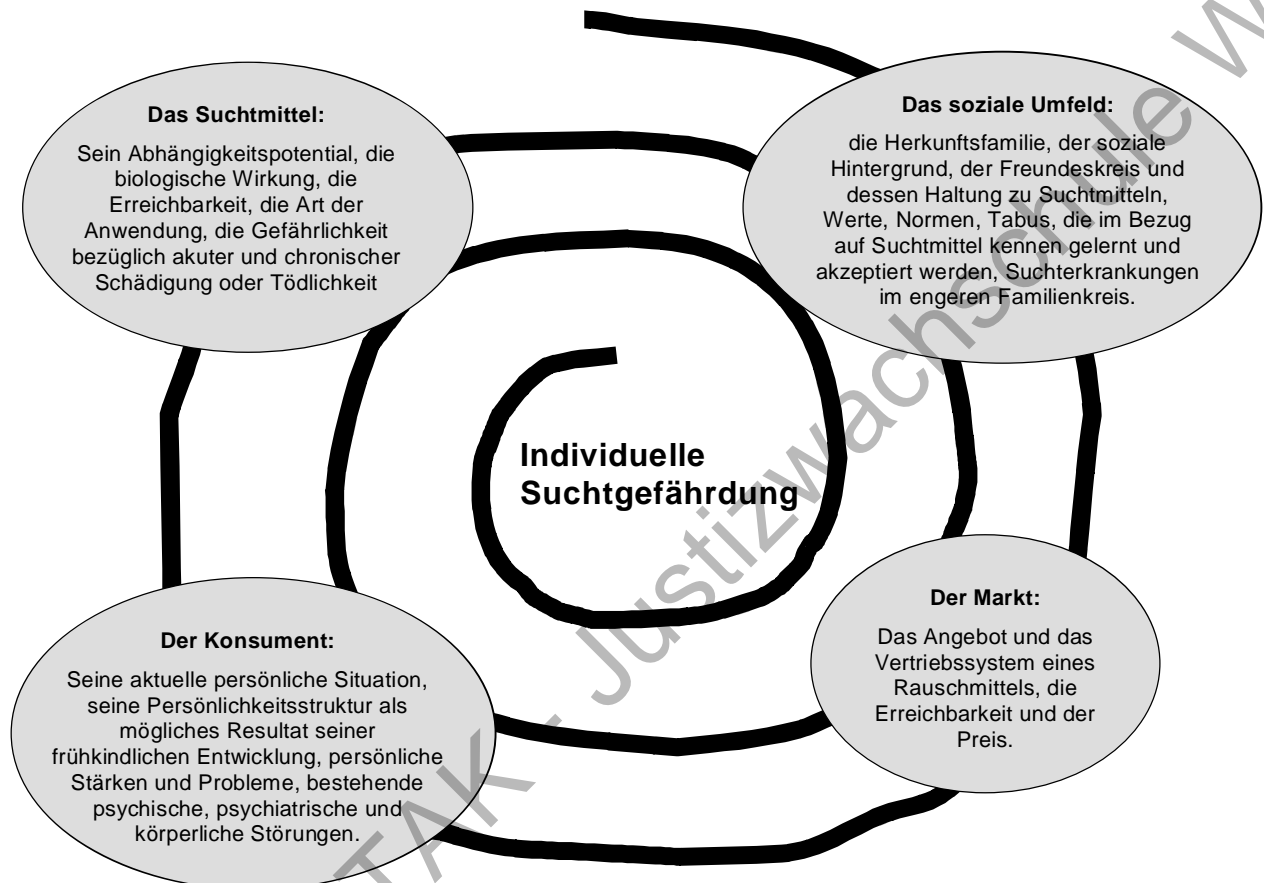
Die Einschätzung der eigenen Person und des Umgangs mit anderen unterliegt bei einer Sucht der Selbsttäuschung. Auch die oft gebrauchte Aussage, dass "Suchtverhalten im Griff zu haben" ist eine unrealistische Schutzbehauptung.

Wahrnehmungsverlust:

Anfangs werden Genussmittel und Drogen konsumiert, um angenehme Gefühle herbeizuführen, Spannungen und Hemmungen abzubauen. Die Sucht legt sich jedoch nach einiger Zeit wie ein Schleier über die Gefühlswelt. Das bewusste Wahrnehmen von Gefühlen wird verfremdet und die Sucht verselbstständigt sich zum Lebensprinzip.

6.1.2 URSACHEN DER SUCHT

Wissenschaftliche Forschungen haben gezeigt, dass es weder einen suchtspezifischen Persönlichkeitstyp gibt, noch eine typische "Suchtfamilie". Eine Vielzahl von Faktoren entscheiden darüber, ob eine Person eine Suchtproblematik entwickelt oder nicht.



Manche Untersuchungen konnten nachweisen, dass bestimmte Verhaltensweisen in der Erziehung späteres Suchtverhalten fördern können:

- wenig Zuwendung, emotionale Gleichgültigkeit den Kindern und ihren Belangen gegenüber
- mangelnde Konsequenz im Erziehungsstil oder bei den Vorgaben, an denen sich Kinder orientieren sollen
- Regeln aufstellen, aber nicht auf deren Einhaltung achten
- Überbesorgtheit und Überbeschützen, wodurch verhindert wird, dass Kinder neue Erfahrungen machen und dabei ihre Stärken und ihre Grenzen erfahren
- mangelnde Vorbildwirkung durch die Eltern

In der Entwicklung eines Jugendlichen sind vor allem zwei Faktoren bestimmend für den zukünftigen Umgang mit Rauschmitteln: Das Nein-Sagen lernen (welches in Auseinandersetzungen mit Eltern und Freunden erlernt wird) und das Standhalten gegenüber dem Gruppendruck (hier ist es vor allem wichtig, Freunde des Kindes nicht von vorneherein schlecht zu machen, sondern das Leben des Jugendlichen zu beobachten und eine Gesprächsbasis zu erhalten).

6.1.3 WIE UNTERSCHIEDET MAN GENUSS, INTOXIKATION, MISSBRAUCH, GEWOHNHEIT UND ABHÄNGIGKEIT?

Sucht entsteht nicht von heute auf morgen, sondern in mehreren Stufen:

Genuss ist gekennzeichnet durch die beiden Begriffe "Mäßigkeit" und "Unterbrechung" (Fähigkeit, Genuss auch unterbrechen zu können).

Missbrauch: Unter Missbrauch versteht man den zweckentfremdeten Konsum von Genussmitteln und ist gekennzeichnet durch die Erweiterung der Funktion dieses Genussmittels (z.B. wenn Wein nicht mehr des Weines willen getrunken wird, sondern um Sorgen zu verdrängen).

Gewohnheit ist noch keine Sucht, kann aber der Ausgangspunkt sein. Man versteht unter Gewohnheiten Automatismen des Gehirns, die sich in selbstverständlichen Handlungen zeigen über deren Sinne nicht mehr nachgedacht wird und die einen Großteil unseres Alltagslebens bestimmen. Gewohnheiten bilden sich durch Reize, die über Kanäle an das Gehirn gelangen und in bestimmten Gehirnzentren spezifische Reaktionen auslösen. Einmal angelegte Kanäle werden weiter benutzt und die entsprechenden Reaktionen gespeichert. Im Falle einer Sucht könnte ein solcher Weg folgendermaßen aussehen: Die Droge stellt einen Reiz dar, die die Reaktion "Wohlbefinden" auslöst. Wird derselbe Reiz mehrmals gesetzt und ist die Reaktion jeweils ähnlich, verfestigt sich der Ablauf und wird zur Gewohnheit. Um Wohlbefinden zu erlangen, wird automatisch die Handlung gesetzt, die zu diesem Zustand geführt hat.

Abhängigkeit: In Suchtnähe gerät man dann, wenn Ersatzhandlungen oder Ersatzstoffe zur Strategie werden. Dieselbe Handlung oder Substanz werden immer wieder eingesetzt und spielen mit der Zeit eine immer größere Rolle im Leben des Betroffenen. Grundsätzlich kann man zwischen seelischer (= Verlangen, bestimmte Handlungen zu vollziehen bzw. eine bestimmte Substanz zu konsumieren) und körperlicher (=Substanz wird in den Zellstoffwechsel eingebaut und kann ohne Substanz nicht mehr funktionieren; durch die Entwicklung von Toleranz werden immer höhere Dosen der Substanz erforderlich) Abhängigkeit unterscheiden.

Akute Berausung (Intoxikation): Darunter versteht man ein vorübergehendes Syndrom, das nach Aufnahme von Alkohol oder anderer psychotroper Substanzen eintritt und sich aus Störungen des Bewusstseins, des Denkens, der Wahrnehmung und des Affektes, des Verhaltens, usw. zusammensetzt. Die akute Intoxikation meint in der Regel das, was wir in der Alltagssprache unter "Rausch" verstehen.

Im allgemeinen besteht zwischen der Schwere der Vergiftung und der aufgenommenen Dosis ein Zusammenhang. Allerdings können Personen mit bestimmten organischen Erkrankungen schon bei kleinen Dosen unverhältnismäßig schwere Vergiftungserscheinungen zeigen.

Der Schweregrad der Berausung wird nach und nach geringer, die körperlichen und psychischen Vergiftungssymptome verschwinden ohne erneute Substanzzufuhr (Alkohol, Droge) nach einiger Zeit vollständig und führen in der Regel zur vollständigen Erholung, sofern keine Organzellschädigungen bewirkt worden sind.

Die Klassifikation der WHO (ICD-10) unterscheidet zwischen **schädlichem Gebrauch** und **Abhängigkeitssyndrom**:

Schädlicher Gebrauch: Ein Konsummuster psychotroper Substanzen, das zu einer Gesundheitsschädigung führt. Diese kann eine körperliche oder psychische Störung sein.

Abhängigkeitssyndrom: Es handelt sich um eine Gruppe körperlicher, Verhaltens- und kognitiver Phänomene, bei denen der Konsum einer Substanz oder einer Substanzklasse für die betroffene Person Vorrang hat gegenüber anderen Verhaltensweisen, die von ihr früher höher bewertet wurden. Ein entscheidendes Charakteristikum der Abhängigkeit ist der oft starke, gelegentlich übermächtige Wunsch, psychotrope Substanzen oder Medikamente (ärztlich verordnet oder nicht), Alkohol oder Tabak zu konsumieren.

Die sichere Diagnose der "Abhängigkeit" kann dann gestellt werden, wenn während des letzten Jahres drei oder mehrere der folgenden Kriterien vorhanden waren:

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, Substanzen oder Alkohol zu konsumieren
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Substanz- oder Alkoholkonsums
3. Substanzgebrauch mit dem Ziel, Entzugssymptome zu mildern, und der entsprechenden positiven Erfahrung
4. Ein körperliches Entzugssyndrom
5. Nachweis einer Toleranz. Um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen der Substanz hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich
6. Ein eingeeignetes Verhaltensmuster im Umgang mit Alkohol oder der Substanz
7. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügungen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums
8. Anhaltender Substanz- oder Alkoholkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen

Entzugssyndrom:

Beginn und Verlauf des Entzugssyndroms sind zeitlich begrenzt und abhängig von der Substanzart und der Dosis, die unmittelbar vor dem Absetzen verwendet worden ist.

Körperliche Entzugssymptome sind je nach verwendeter Substanz Zittern, Schwitzen, Erbrechen, Kälte/Wärme-Schauer, Gliederschmerzen, in extremen Fällen sogar epileptische Anfälle.

Psychische Entzugssymptome bestehen vor allem im Verlangen nach dem Suchtmittel. Weitere Symptome sind: Unruhe, Nervosität, Aggressivität, Schlaflosigkeit, Umkehr des Schlaf-Wachrhythmus, Angst und Depression, in schweren Fällen auch in Bewusstseinstörung, Verwirrtheit sowie Halluzinationen.

6.1.4 WAS VERSTEHT MAN UNTER CO-ABHÄNGIGKEIT?

Unter Co-Abhängigkeit versteht man die - oft nicht absichtliche bzw. bewusste - Unterstützung von Suchtverhalten durch nahestehende Personen (z.B. Partner, Eltern, Geschwister, etc. ...), d.h., durch Mitagieren wird die Sucht des Betroffenen gefördert statt unterbrochen. Bestimmte Verhaltensweisen erschweren es dem Betroffenen, aus der Sucht auszusteigen und selbstständig zu werden. Das Ziel von Co-Abhängigkeit ist es, die Folgen einer Suchterkrankung für dem Abhängigen zu verringern. Ein typisches Beispiel: Die Ehefrau ruft in der Firma des Gatten an, um ihn nach einer durchzechten Nacht krank zu melden. Wirkliche Hilfe ist für den Erkrankten jedoch nur durch "Nicht-Hilfe" gegeben wobei dies nicht bedeutet, dass nichts für den Betroffenen getan wird; die veränderte Haltung kann zu einem Prozess der Veränderung führen, wodurch der Süchtige in die Situation gebracht wird, die Anforderungen des Alltags zu spüren und im Falle des Scheiterns gezwungen wird, etwas gegen seine Erkrankung zu unternehmen; erst dadurch wird Suchtbewältigung ermöglicht.

Coabhängige Personen zeigen mindesten drei der folgenden Merkmale:

- Verleugnung der Realität
- emotionale Beeinträchtigung, auch mit dramatischen Ausbrüchen
- Depression
- übermäßige Wachsamkeit und Misstrauen
- Zwänge, zwanghafte Rituale
- Ängste
- eigener Substanzmissbrauch (Alkohol, Medikamente)

Der Gewinn aus der Co-Abhängigkeit besteht unter anderem darin, über den Umweg für den Suchtkranken da zu sein und für ihn Verantwortung zu übernehmen, das eigene Leben in den Hintergrund zu stellen und dafür den Suchtkranken verantwortlich zu machen ("Wegen dir geht es mir so schlecht"). Die Konzentration auf den Suchtkranken erspart die Auseinandersetzung mit der eigenen Persönlichkeit und der eigenen Lebensgeschichte. Die Bereitschaft, trotz aller Mühsal, Verzweiflung und Rückschläge für eine andere Person da zu sein, bietet eine dauernde Quelle der Bestätigung, was für ein "guter, selbstloser Mensch" man doch ist. Die Suchtkrankheit eines nahen Angehörigen bringt einen deutlichen Zuwachs an Macht und Einfluss.

Der "Ausstieg" aus Co-Abhängigkeit erfordert Veränderungsbereitschaft und den Willen, eigenes Verhalten kritisch zu betrachten; in vielen Fällen ist therapeutische Unterstützung notwendig.

6.2 ALKOHOLISMUS

Alkohol ist in unserer Gesellschaft ein weit verbreitetes Suchtmittel. Durch seine psychogene Wirkung (Linderung von Spannungen, Unsicherheit und Angst) und durch die Förderung des Zusammengehörigkeitsgefühls (Gemeinschaftstrinken) hat der Alkohol auch eine soziale Funktion.

Anfällig für Alkoholabhängigkeit ist an sicher jeder, wenn man auch unter Alkoholkranken sehr häufig emotionale Unreife, niedrige Frustrationstoleranz und ein übermäßiges Abhängigkeitsbedürfnis feststellen kann.

Alkohol ist eine Substanz, die auf das Nervensystem wirkt: Zunächst kann es zu einer Enthemmung und Stimmungssteigerung kommen, wirkt aber ab einer bestimmten Menge dämpfend. Im Stadium der Enthemmung werden Kritik- und Urteilsfähigkeit, sowie die Leistungsfähigkeit objektiv herabgesetzt, während sehr häufig die Person subjektiv eine Leistungssteigerung (z.B. beim Autofahren) erlebt.

Phasen des Alkoholismus:

Früher nahm man an, dass die Entwicklung zum Alkoholiker immer in ganz bestimmten, immer gleichen Etappen verlaufe. Jellinek (1952) hat vier Stadien auf dem Weg zur Sucht beschrieben:

Präalkoholische Phase:

Es wird aus Geselligkeitsgründen getrunken oder um Spannungen los zu werden oder Probleme zu vergessen

Prodromale Phase:

Alkohol gewinnt immer größere Bedeutung und wird mehr und mehr zur Sucht. Alkoholvorräte werden angelegt, und der Alkohol nimmt eine zentrale Stellung im Denken und Handeln ein. Die Trinkprobleme werden geleugnet, es kommt zum heimlichen Trinken. Typische Erinnerungslücken (Filmriss, Blackout) können auftauchen.

Kritische Phase:

Der Trinker verliert jede Kontrolle über sein Trinkverhalten, z.B. Trinken über mehrere Tage. Erste Probleme mit der Umwelt treten auf: Arbeitsplatz und Besitz gehen verloren, die Familie zerrüttet. Das ist dann der "Grund" für weiteres Trinken. Infolge der bereits am Morgen ausgeprägten Entzugserscheinungen ist regelmäßiges morgendliches Trinken notwendig. In diesem Stadium kann das Trinken noch eingestellt werden.

Chronische Phase:

Wahlloses Durcheinandertrinken von Alkoholika, es kommt zu tagelangen Rauschen, nach wenigen Stunden ohne Alkohol kommt es zu schwersten Abstinenzerscheinungen. Gleichzeitig kommt es zum "Toleranzbruch": Alkohol wird immer schlechter vertragen, schon kleinste Mengen führen zu schwerster Beeinträchtigung. Immer mehr psychische und körperliche Schäden treten auf. Es kann zu Unterernährung kommen, das Äußere wird vernachlässigt, Beruf, Familie und sozialer Status werden gleichgültig.

Formen des Alkoholismus:

Jellinek (1960) unterscheidet 5 Trinkertypen:

Alpha-Typ: Erleichterungs- und Konfliktrinker (gewisse psychische Abhängigkeit)

Beta-Typ: Gelegenheits- und Freizeittrinker (ohne psychische und körperliche Abhängigkeit)

Gamma-Typ: Süchtiger Trinker, dessen Abhängigkeit sich stufenweise erhöht. Steigerung der Alkoholtoleranz. Zeitweise kommt es zu Kontrollverlusten, manchmal ist Abstinenz (Enthaltensamkeit) möglich (zuerst psychische, später körperliche Abhängigkeit).

Delta-Typ: Spiegeltrinker; Unfähigkeit zur Abstinenz (Enthaltensamkeit), aber keine Kontrollverluste. Zuerst körperliche, später auch psychische Abhängigkeit. Sehr häufig milieubedingt (Wirte, Kellner, Weinbauern etc.).

Epsilon-Trinker: "Quartalsäufer" es kommt zu zeitweisen Alkoholexzessen mit Kontrollverlust und Rauschzuständen. Zechtönen wechseln mit langen Abstinenzzeiten ab. Nur psychische Abhängigkeit.

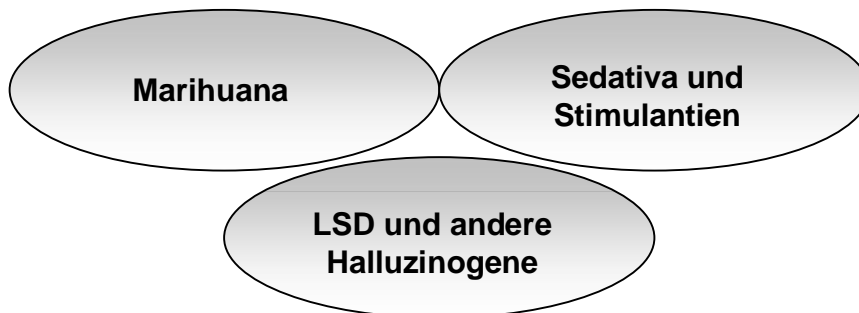
Folgen des Alkoholismus:

Neben schwersten organischen Störungen (Leber, Magen, Gehirn etc.) treten beim chronischen Alkoholismus massive psychische und neurologische Störungen auf:

- *Alkoholepilepsie:* Auftreten von großen epileptischen Anfällen
- *Alkoholdelir:* in schwersten kann es in Entzugsfällen zum sogenannten *Delirium Tremens* ("Säuferwahn") kommen. Der Zustand kann mehrere Tage andauern, unter Umständen besteht Lebensgefahr!
Kennzeichen des *Delirium Tremens*:
 - Schwitzen
 - Zittern an Fingern und Händen (Tremor)
 - Zeitliche und örtliche Verwirrtheit
 - Bewegungs- und Beschäftigungsdrang (bis zur Tobsucht)
 - Optische Halluzinationen (z.B. Tiere klettern am Betroffenen hoch)
 - Akustische Halluzinationen (v.a. kommentierende und befehlende Stimmen)
 - In manchen Fällen epileptische Anfälle
 - Massive Angstzustände (Selbstmordgefahr!)
- *Eifersuchtswahn:* dieser wird beim Alkoholiker nicht nur durch den hirnanorganischen Abbau, sondern auch durch Versagen auf sexuellem Gebiet, Scham vor dem Partner, Selbstvorwürfe usw. erklärt.

Die psychischen, physiologischen und sozialen Folgen andauernden Alkoholmissbrauchs sind äußerst schwerwiegend!

6.3 ABHÄNGIGKEIT ILLEGALER SUBSTANZEN



6.3.1 MARIHUANA

Psychische Wirkungen:

Wie bei den meisten Drogen hängt auch bei Marihuana die berauschende Wirkung von der Stärke und Dosis ab. Die meisten Marihuanaraucher fühlen sich nach dem Konsum entspannt und kontaktfreudig, auch Euphorie, Ausschaltung negativer Umweltreize und eine intensivere Wahrnehmung von Musik, Licht und Farbeffekten wird berichtet. Hohe Dosen führen zu schnellem Stimmungswechsel, Abstumpfung der Aufmerksamkeit, fragmentiertem Denken und Gedächtnisstörungen. Sehr hohe Dosen können Halluzinationen und andere Symptome einschließlich extremer Panik auslösen. Bei dauerndem Missbrauch ist eine Veränderung der Persönlichkeit zu beobachten, die auch als "Amotivations-Syndrom" bezeichnet wird: Leistungsknick, Interessensverlust, Gleichgültigkeit, Mangel an Verlässlichkeit, rasche Änderung von Motivation und Stimmung. In seltenen Fällen treten Drogenpsychosen bzw. "flash-back-Phänomene" auf.

Unter Drogenpsychosen versteht man alle drogenbedingten Zustandsbilder mit psychotischen Erlebnisinhalten, die im Zusammenhang mit der Einnahme von Rauschdrogen (Haschisch, Halluzinogene) ausgelöst werden, definiert. Dazu gehören auch verlängerte oder atypische Rauschverläufe im Sinne von Horror- und Bad-Trips sowie flash-back-Phänomene.

Körperliche Wirkungen:

Kurzfristig verursacht Marihuana Rötung und Jucken der Augen, trocknet Mund und Kehle aus, steigert den Appetit und führt gelegentlich zu einem leichten Blutdruckanstieg. Der regelmäßige Konsum kann zu Toleranzerscheinungen führen.

6.3.2 SEDATIVA UND STIMULANTIEN

Sedativa:

Die Sedativa, auch "downer" genannt, verlangsamen die Aktivität des Körpers und mindern die Reaktionsbereitschaft. Zu dieser Drogengruppe gehören die organischen Narkotika – **Opium** und dessen Derivate **Morphium**, **Heroin** und **Kodein** – und die synthetischen Barbiturate.

Zunächst tritt die erwünschte Wirkung in der Form auf, dass psychische Spannungen, Schmerzempfindungen und andere Missempfindungen verschwinden.

Gefühle der Ruhe, Zufriedenheit und Entspannung treten auf. Aggressions- und Sexualtrieb werden abgeschwächt.

Mit der Zeit treten allerdings eine Reihe von Schädigungen auf: die Abwehrkräfte des Organismus werden herabgesetzt (Infektionen, Sexualstörungen, Hormonstörungen). Auch die psychische Situation verschlechtert sich: das Gefühlsleben wird schwankend (zeitweise auch aggressiv), Interessen und Freundschaften gehen verloren, der Süchtige vernachlässigt sich selbst. Es dominiert der Zwang, sich die Droge zu beschaffen, um den Qualen der Abstinenzerscheinungen zu entgehen. Dadurch nimmt das Selbstwertgefühl ab.

Bei Absetzen des Suchtgiftes kommt es zu Depressionen, Angst, Spannungsgefühlen, Leib- und Gliederschmerzen, Schwitzen, Speichelfluss, Durchfällen, massiven Schlafstörungen, Kreislaufstörungen, Erbrechen, Muskelkrämpfen, Zittern, Pupillenerweiterung usw.

Eine zusätzliche Belastung stellen durch den Wegfall der Schmerzstillung auftretenden Schmerzen dar. Fast alle Opiatabhängigen leiden an sozialer Verwahrlosung (Leben in der Illegalität) - körperliche Erkrankungen werden nicht beachtet. Nach Wegfall der Opiatwirkung treten die Symptome dieser Krankheit deutlich spürbar zu Tage: Zahnschmerzen, infektiöse Leberentzündung (Hepatitis), Magenbeschwerden, Hautverletzungen und Geschwüre betreffen nahezu alle Süchtigen und müssen behandelt werden.

Stimulantien:

Die zweite Gruppe, die Stimulantien, zu der Substanzen wie **Kokain** und **Amphetamine** zählen, wirken auf das Gehirn und das sympathische Nervensystem und verstärken die Wachheit und die motorische Aktivität.

Die Wirkung des *Kokains* besteht in einer künstlichen Hochstimmung und Munterkeit, Müdigkeit und Hunger werden unterdrückt, die Leistungsfähigkeit wird gesteigert, die Bewusstheit für Fehler ist dabei aber reduziert, die Pupillen sind erweitert, die Augäpfel treten leicht hervor, die Pulsfrequenz ist erhöht.

Bei Abklingen der Wirkung stellt sich eine starke depressive Verstimmung ein mit Müdigkeit, Sinnlosigkeitsgefühlen und Ängsten, die den Wunsch verstärkt, die Droge wieder einzunehmen und die oft sehr rasch einsetzende psychische Abhängigkeit in Gang setzt. Eine körperliche Abhängigkeit entsteht nicht, es treten daher auch keine körperlichen Entzugserscheinungen auf.

Nach längerem Gebrauch treten Müdigkeit, Passivität, Impotenz, Depressionen bis hin zur Suizidalität auf. Häufig werden auch ängstlich gefärbte paranoide Syndrome und Halluzinationen (z.B. die Überzeugung, Tiere auf der Haut zu spüren) beobachtet.

Bei regelmäßigem Konsum durch "Sniffen" werden die Nasenschleimhäute entzündet und es entstehen Geschwüre, welche die Nasenscheidenwände zerstören können.

Crack ist eine Form des Kokains, dessen Herstellung sehr billig und nicht aufwendig ist (Aufkochen von Kokain Base mit Backpulver und Wasser) und daher eine rasche Verbreitung genommen hat. Crack wird geraucht und sehr rasch über die Lungen in das Blut und damit in das Gehirn aufgenommen. Ebenso rasch, wie sie kommt, klingt die Wirkung wieder ab. Abgelöst wird die angenehme Wirkung durch Depressionen, schwere Selbstwertprobleme, Konzentrationsstörungen und der Gier, sofort wieder Crack zu rauchen. Wie auch reines Kokain kann Crack schweren Verfolgungswahn auslösen. Dies erklärt auch die zunehmende Bereitschaft der Konsumenten zu Gewaltdelikten.

Durch die Einnahme von *Amphetaminen* ("speed") wird das Schlafbedürfnis und das Gefühl für Müdigkeit unterdrückt, das Denken wird beschleunigt, die Ideenvielfalt ist gesteigert bis zur Gedankenflucht. Es kann kein Gedanke zu Ende gedacht werden, eine Idee jagt die nächste. Die Redegeschwindigkeit ist erhöht. Die Stimmungslage ist angehoben, die soziale Kontaktfähigkeit erscheint gesteigert, die Fähigkeit zu kritischer Selbst- oder Fremdbeurteilung ist aber reduziert. Eine echte Leistungssteigerung wird zwar von den Konsumenten erlebt, wird aber im Vergleich durch Tests nicht bestätigt. Beschleunigter Herzschlag, Mundtrockenheit, Übelkeit bis hin zum Erbrechen, Schwindel, Kopfschmerzen und eine als quälend empfundene Schlaflosigkeit sind die körperlichen Wirkungen.

Im Vordergrund der Entzugserscheinungen stehen psychische, wie schwere Depressionen, Ängste und Störungen des Selbstwertes. Bei Absetzen der aufputschenden Substanz stellt sich nach einigen Tagen ein erhöhtes Schlafbedürfnis ein, das über Monate bestehen kann. Die Neigung zu Depressionen, Antriebsstörungen und sozialen Ängsten bleibt ebenfalls lange bestehen und führt häufig zur Wiedereinnahme der Substanzen.

6.3.3 LSD UND ANDERE HALLUZINOGENE

Die psychischen Veränderungen, die durch den Konsum von Halluzinogenen auftreten, ähneln denen, die auch bei Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises vorkommen.

Die Wirkungen, die diese Substanzen aufweisen, sind geeignet, die Alltagswelt vergessen zu machen und scheinbar in neue Räume der Erkenntnis vorzudringen. Raum und Zeit verlieren sich im Rausch, Traum und Realität gehen ineinander über, alte Denkmuster und bisher geltende Vernunft werden ersetzt und ergänzt durch "Wahrheiten... die direkt von der Quelle der Erkenntnis zu kommen scheinen.

LSD (Lyserg-Säure-Diethylamin)

Die meist als Tabletten oder Kügelchen eingenommene Substanz führt zu starken Sinnestäuschungen, Verlust der Realität, Abbruch der Beziehungen zur Außenwelt, Störungen des Raum- Zeitgefühls und Verschmelzungsgefühlen des eigenen Ichs mit vorgestellten Objekten. In 10-30 % der Trips kommt es zu sogenannten Horror- oder Badtrips: akute Angstanfälle und Panikzustände. Diese Rauscherlebnisse können der Ausgangspunkt einer länger dauernden psychotischen Episode sein, die mit Aufhören der Rauschwirkung bestehen bleibt.

Nicht selten ist ein Horror-Trip Auslöser neurotischer und / oder psychotischer Entwicklungen ; andererseits kommen gerade Personen mit neurotischen und / oder psychotischen Erkrankungen sehr viel leichter als andere auf einen Horrortrip. Auch kann es zu sogenannten Flash-back-Phänomenen kommen. Es handelt sich dabei um einen plötzlich und ohne Vorwarnung eintretenden Zustand, in dem die LSD-Wirkung oft Monate nach der letzten Einnahme wieder auftritt. Man vermutet einen sowohl psychischen als auch körperlichen Prozess: zuvor eingenommene Drogen, die nicht endgültig abgebaut wurden, haben im Organismus Depots gebildet, bestimmte psychische Mechanismen, wie z.B. Assoziationen aufgrund von Gerüchen und Musik, können einen erneuten Rausch auslösen.

Mescaline:

Diese Droge wird aus dem in Mexiko vorkommenden Kaktus Peyote (oder Peyotl) gewonnen. Die Wirkung ist der des LSD sehr ähnlich. Wegen der enthaltenen Bitterstoffe treten Übelkeit und auch Erbrechen auf. Auch hier besteht die Gefahr der "bad trips" und "flash backs".

6.4 THERAPIEANSÄTZE

Der Behandlungsprozess bei Suchtkrankheiten wird generell in 5 Phasen gegliedert:

- 1) Motivation
- 2) körperliche Entgiftung,
- 3) psychische Entwöhnung, 4
- 4) soziale Wiedereingliederung und
- 5) Nachbetreuung

Der Motivationsprozess bei Suchtkranken ist besonders schwierig und dauert in der Regel Jahre. Die körperliche Behandlung tritt mit zunehmender Dauer der Abstinenz (Enthaltensamkeit) in den Hintergrund, während die Soziotherapie mehr und mehr an Bedeutung gewinnt. Es ist wichtig, dass der ehemals Süchtige nicht mehr in suchtgefährdende Situationen zurückkehrt oder dass er damit zumindestens anders als durch "Flucht in die Sucht" umgehen kann. Ehemals süchtige Patienten sollten in Selbsthilfe- und Nachbetreuungsgruppen eingegliedert werden.

Methadon:

Methadon ist ein künstliches Opiat und verhindert einerseits körperliche Entzugserscheinungen bei Drogenentzügen, andererseits wird es als Substitution (Ersatz) bei Langzeitbehandlungen eingesetzt.

Vorteile:

- Wegfall des Beschaffungsstress und Verringerung der Beschaffungskriminalität
- Arbeitsfähigkeit
- bessere Ansprechbarkeit für psychosoziale Maßnahmen (Psychotherapie)
- gute Dosierbarkeit
- gesundheitliche Stabilisierung
- Lösung aus dem sozialen Gefüge der Drogenszene

Nachteile:

- Durch die tägliche Einnahme in der Apotheke ist der Patient an einen Ort gebunden. Auswärtige Arbeiten und Urlaube sind kaum möglich. Die Mitgabe von mehreren Tagesrationen hat sich als problematisch erwiesen, da oftmals Missbrauch betrieben wird (Weitergabe, Handel).
- Methadon hat keine stimmungsaufhellende Wirkung und wird von einem beträchtlichen Teil der Süchtigen als "Basisversorgung" verwendet und mit Medikamenten und Alkohol kombiniert.
- Methadon selbst "heilt" nicht. Die Abhängigkeit wird lediglich von einer illegalen auf eine legal verschriebene Droge verlagert.

6.5 KRIMINOLOGIE

Kriminologische Bedeutung des Alkohols:

Sehr viele Täter sind bei der Tathandlung alkoholisiert. Dies beruht neben der weiten Verbreitung von Alkohol in unserer Kultur und seiner beinahe steten Gegenwart, bei sozialen Begegnungen, in denen sich Kriminalität oft abspielt, auch auf seiner Wirkung: Erhöhte Bereitschaft zu sozialem Kontakt, vermehrter Rede- und Tätigkeitsdrang, allgemeine Stimulation und Enthemmung, verminderte Fähigkeit zu kritischer Selbstkontrolle sind schon bei niedrigem Blutalkoholspiegel zu beobachten.

Klassische Rauschtaten sind neben der Fahrlässigkeits- und Straßenverkehrskriminalität Erregungs- und Enthemmungsdelikte wie Beleidigung, Sachbeschädigung, Widerstand oder Körperverletzung. Der chronische Alkoholismus begünstigt Eigentumsdelikte wie Zechprellereien, Diebstähle und Einbrüche, aber auch Sachbeschädigungen, Körperverletzungen und Sexualverbrechen.

Drogenkriminalität:

Die Beziehungen zwischen Drogenmissbrauch bzw. -abhängigkeit und Kriminalität sind äußerst vielfältig. Dies hängt nicht nur mit der Tatsache, dass Besitz, Handel und Konsum mancher Drogen an sich schon strafbares Verhalten darstellen, sondern auch mit den völlig unterschiedlichen Hauptwirkungen der verschiedenen Drogentypen zusammen: anregendaufputschende Drogen (Kokain, Amphetamine) steigern das Gewalttätigkeitsrisiko, dämpfende Substanzen (Heroin, Cannabis) unterdrücken es offensichtlich. Zudem werden bei Straftaten oder Verkehrsdelikten Untersuchungen auf illegale Drogen ungleich weniger häufig veranlasst als auf Alkohol.

Die wichtigsten Erscheinungsformen der Drogendelinquenz bestehen im verbotenen Drogenhandel, in Vermögens- und Verwahrlosungskriminalität und in Aggressionsdelikten (z.B. Raub, um die Drogen zu finanzieren). Mit zunehmender Integration in die Drogenszene und mit fortschreitender Drogenabhängigkeit sind eine Reihe unterschiedlicher Formen der Verwahrlosungskriminalität wie Bettelei, kleinere Diebstähle, Hinterziehung von Fahrgeld, Betrügereien und Kreditschwindel verbunden. ("Beschaffungskriminalität": Geldmittel für den Drogenkonsum werden beschafft.

7. FRAGENKATALOG

1. Womit beschäftigt sich die Psychiatrie?
2. Womit beschäftigt sich die Forensische Psychiatrie?
3. Geben Sie bitte Beispiele für die unterschiedliche Tätigkeit eines gerichtlich beeideten Sachverständigen aus dem Fach Psychiatrie (Psychiatrischer Gutachter) und eines Psychiaters, der in einer Justizanstalt arbeitet.
4. Welche Therapieverfahren werden in der Psychiatrie angewandt?
5. Was versteht man unter psychotherapeutischen Behandlungsformen? Zählen Sie bitte einige auf.
6. Nennen Sie bitte einige Ursachen und Kennzeichen von körperlich begründeten seelischen Störungen
7. Was versteht man unter "Schizophrenie"? Nennen Sie bitte einige Symptome.
8. Was wissen Sie über die paranoide Form der Schizophrenie?
9. Was versteht man unter den "Affektiven Psychosen"? Welche Formen (Verläufe) können unterschieden werden?
10. Nennen Sie bitte einige Symptome der Depression.
11. Nennen Sie bitte einige Symptome der Manie.
12. Was versteht man unter neurotischen Störungen?
13. Was wissen Sie über Angststörungen?
14. Was wissen Sie über phobische Störungen?
15. Was wissen Sie über Zwangsstörungen?
16. Was versteht man unter einer "posttraumatischen Belastungsstörung"?
17. Was versteht man unter einem "Affektdelikt"?
18. Was versteht man unter dem Begriff "Persönlichkeit", was unter dem der "Persönlichkeitsstörungen"?
19. Nennen Sie bitte die Hauptsymptome der Persönlichkeitsstörungen.
20. Was wissen Sie über die dissoziale Persönlichkeitsstörung? Warum ist diese Form der Persönlichkeitsstörung für den Strafvollzug von großer Bedeutung?

21. Aus welchen Gründen kann es zu Selbstbeschädigungen bei Insassen kommen?
22. Was wissen Sie über das pathologische Glücksspiel?
23. Was wissen Sie über die pathologische Brandstiftung (Pyromanie)?
24. Was wissen Sie über das pathologische Stehlen (Kleptomanie)?
25. Wie können sexuelle Abweichungen eingeteilt werden? Nennen Sie bitte einige Beispiele von sexuellen Abweichungen.
26. Was versteht man unter Pädophilie?
27. Was versteht man unter "akuter Berausung" (Intoxikation)?
28. Was versteht man unter "schädlichem Gebrauch" (Missbrauch, Abusus)?
29. Was versteht man unter dem Abhängigkeitssyndrom?
30. Welche Entzugssymptome werden unterschieden?
31. Nennen Sie bitte einige Entzugssymptome.
32. Was versteht man unter dem "Delirium Tremens"?
33. Was versteht man unter einem "Spiegeltrinker", was unter einem "Quartalsäufer"?
34. Beschreiben Sie bitte (inhaltlich) die Phasen des Alkoholismus.
35. Welche Folgen des Alkoholismus kennen Sie?
36. Was wissen Sie über Opiate?
37. Was wissen Sie über Halluzinogene?
38. Was wissen Sie über Kokain?
39. Was wissen Sie über Cannabis?
40. Was ist "Methadon"? Welche Vor- und Nachteile kennen Sie?
41. Was wissen Sie über die kriminologische Bedeutung des Alkohols?
42. Was wissen Sie über die Beziehung zwischen Drogenmissbrauch bzw. -abhängigkeit und Kriminalität ("Drogenkriminalität")?
43. Was wissen Sie über die kriminologische Bedeutung der Minderbegabung?

44. Welche Klischees über den Suizid kennen Sie und wie verhält es sich tatsächlich?
45. Intervention bei suizidalen Krisen.
46. Suizidverhütung im Strafvollzug.

Copyright by STAK - Justizwachschule Wien

8. ANHANG

Hinsichtlich psychiatrischer Auffälligkeiten im Zusammenhang mit Straftaten existieren zahlreiche gesetzliche Bestimmungen, von denen hier einige exemplarisch aufgezählt werden sollen.

§ 11 StGB (Zurechnungsunfähigkeit)

"Wer zur Zeit der Tat wegen einer Geisteskrankheit, wegen Schwachsinn, wegen einer tiefgreifenden Bewusstseinsstörung oder wegen einer anderen schweren, einem dieser Zustände gleichwertigen seelischen Störung unfähig ist, das Unrecht seiner Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln, handelt nicht schuldhaft".

- Mit "Geisteskrankheit" sind in diesem Zusammenhang organisch bedingte psychische Störungen (Krankheiten, Verletzungen oder Störungen, die das Gehirn betreffen), Schizophrenien, wahnhaft und affektive Störungen gemeint.
- Mit "Schwachsinn" werden alle Defekte der Intelligenz bezeichnet.
- Mit "tiefgreifender Bewusstseinsstörung" werden z.B. schwere Erschöpfungszustände und Ermüdungszustände bzw. Störungen des Bewusstseins durch Intoxikation (Einwirkung von Giften wie z.B. Alkohol, Schlafmittel, Heroin usw.) bezeichnet.
- Mit einer "schweren anderen seelischen Störung" sind Normabweichungen des psychischen Zustandes gemeint, die nicht auf nachweisbaren oder angenommenen organischen Defekten oder Prozessen beruhen, die nach dem traditionellen psychiatrischen Krankheitsbegriff also keine Krankheiten, sondern schwere Abweichungen sind.

Diese vier Gründe führen nur dann zur Zurechnungsunfähigkeit, wenn sie

- die Diskretionsfähigkeit (das Einsichts- bzw. Unterscheidungsvermögen) oder
 - die Dispositionsfähigkeit (das Handlungs- und Steuerungsvermögen)
- ausschalten.

§ 287 StGB (Begehung einer mit Strafe bedrohten Handlung im Zustand voller Berauschung)

"Wer sich, wenn auch nur fahrlässig, durch den Genuss von Alkohol oder den Gebrauch eines anderen berauschenden Mittels in einen die Zurechnungsfähigkeit ausschließenden Rausch versetzt, ist, wenn er im Rausch eine Handlung begeht, die ihm außer diesem Zustand als Verbrechen oder Vergehen zugerechnet würde ... zu bestrafen. Die Strafe darf jedoch nach Art und Maß nicht strenger sein, als sie das Gesetz für die im Rausch begangene Tat androht".

Versetzt sich jemand in einen die Zurechnungsfähigkeit ausschließenden Zustand, mit dem *Vorsatz, eine Tat zu begehen*, haftet er für das begangene Delikt so, als wäre er nicht berauscht gewesen.

Vorbeugende Maßnahmen:

Vorbeugende Maßnahmen werden den Strafen zur Seite gestellt, um einer spezifisch erhöhten Gefährlichkeit begegnen zu können. Art und Dauer solcher Maßnahmen hängen nicht von der Schuld, sondern von der Gefährlichkeit des Täters ab. Sie sind spezialpräventiv, das heißt gegen kriminelle Handlungen einer bestimmten Person gerichtet und nicht generalpräventiv, wie die Strafdrohungen, die ja alle Personen von kriminellen Handlungen abhalten sollen.

§ 21 StGB (Unterbringung in einer Anstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher)

„(1) Begeht jemand eine Tat, die mit einer ein Jahr übersteigenden Freiheitsstrafe bedroht ist, und kann er nur deshalb nicht bestraft werden, weil er sie unter dem Einfluss eines die Zurechnungsfähigkeit ausschließenden Zustandes (§ 11 StGB) begangen hat, der auf einer geistigen oder seelischen Abartigkeit von höherem Grad beruht, so hat ihn das Gericht in eine Anstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher einzuweisen, wenn nach seiner Person, nach seinem Zustand und nach der Art der Tat zu befürchten ist, dass er sonst unter dem Einfluss seiner geistigen oder seelischen Abartigkeit eine mit Strafe bedrohte Handlung mit schweren Folgen begehen werde.

(2) Liegt eine solche Befürchtung vor, so ist in eine Anstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher auch einzuweisen, wer, ohne zurechnungsunfähig zu sein, unter dem Einfluss seiner geistigen oder seelischen Abartigkeit von höherem Grad eine Tat begeht, die mit einer ein Jahr übersteigenden Freiheitsstrafe bedroht ist. In einem solchen Fall ist die Unterbringung zugleich mit dem Ausspruch über die Strafe anzuordnen.

Die Aufrechterhaltung dieser Maßnahme muss mindestens einmal jährlich vom Gericht überprüft werden, sie ist in ihrer Maximaldauer unbeschränkt, eine Entlassung erfolgt nur bedingt für einen Probezeitraum von 5 - 10 Jahren und ist von gerichtlichen Weisungen begleitet.

Der Unterschied zwischen der Maßnahme nach § 21 Abs. 1 und der nach § 21 Abs. 2 liegt in der Zurechnungsfähigkeit und damit Schuldfähigkeit. Im Falle des § 21 (1) erfolgt lediglich eine Behandlung, keine Bestrafung; im Falle des § 21 (2) erfolgt sowohl eine Bestrafung, als auch eine Behandlung. Die Behandlung zielt jeweils auf den Abbau der spezifischen Gefährlichkeit, die durch die psychische Störung bedingt ist und in der Anlasstat zum Ausdruck gekommen ist.

§22 StGB (Unterbringung in einer Anstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher)

„(1) Wer dem Missbrauch eines berauschenden Mittels oder Suchtmittels ergeben ist und wegen einer im Rausch oder sonst im Zusammenhang mit einer Gewöhnung begangenen strafbaren Handlung oder wegen Begehung einer mit Strafe bedrohten Handlung im Zustand voller Berauschung (§ 287 StGB) verurteilt wird, ist vom Gericht in eine Anstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher einzuweisen, wenn nach seiner Person und nach Art der Tat zu befürchten ist, dass er sonst im Zusammenhang mit seiner Gewöhnung an berauschende Mittel oder Suchtmittel

eine mit Strafe bedrohte Handlung mit schweren Folgen oder doch mit Strafe bedrohte Handlungen mit nicht bloß leichten Folgen begehen werde.

(2) Von der Unterbringung ist abzusehen, wenn der Rechtsbrecher mehr als zwei Jahre in Strafhaft zu verbüßen hat, die Voraussetzungen für seine Unterbringung in einer Anstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher vorliegen oder der Versuch einer Entwöhnung von vornherein aussichtslos scheint.“

Die Anhaltedauer in dieser Maßnahme beträgt maximal 2 Jahre, eine gerichtliche Überprüfung muss mindestens halbjährlich erfolgen, eine Entlassung erfolgt bedingt oder unbedingt.

§ 23 StGB (Unterbringung in einer Anstalt für gefährliche Rückfallstäter)

Der § 23 StGB sieht in bestimmten Fällen die Unterbringung in einer Anstalt für gefährliche Rückfallstäter vor. Voraussetzungen dafür sind eine entsprechend schwere Anlasstat, zwei Vorverurteilungen und eine entsprechende Gefährlichkeitsprognose. Die Anhaltedauer beträgt maximal 10 Jahre, die Überprüfung erfolgt mindestens jährlich, eine Entlassung erfolgt bedingt oder unbedingt, es gibt eine bedingte Nachsicht. Diese Form der Maßnahme wird praktisch nicht mehr angewendet, da sich die Absicht des Gesetzgebers, die wirklich gefährlichen Wiederholungstäter besonders zu "behandeln" in dieser Form nicht bewährt hat.