



Dissozialität und Rauschmittelkonsum –

„Arbeit mit Klienten, die auch verwerfliche
Ziele verfolgen“

Prof. Dr.med. Hans-Ludwig Kröber
Institut für Forensische Psychiatrie
der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Hans-Ludwig.Kroeber@charite.de

www.forensik-berlin.de

Agenda

Henne oder Ei?

Wie ist der Zusammenhang zwischen
Straffälligkeit und Substanzmissbrauch?

Punktuell ein „verwerfliches Ziel“ oder eine
anhaltender dissozialer Lebensweise?

Was können wir tun – überlappende oder
differente Ziele der Therapie?

Symptome kindlicher und jugendlicher dissozialer Verhaltensauffälligkeit

- Früh beginnende, etwa ab dem 8. Lebensjahr sich deutlicher manifestierende dissoziale Verhaltensauffälligkeiten (Lügen, Hinterhältigkeit, ungebremste Aggressivität, fehlende Absprachefähigkeit, Weglaufen etc);
- Delinquenz im strafrechtlichen Sinne: Diebstahl, Sachbeschädigung, Körperverletzung, Raub;
- Schulschwierigkeiten (Rückzug oder konstante Regelverletzung, Leistungsverweigerung, Schwänzen etc. mit der Folge von Sitzenbleiben, Schulwechseln, Schulabbruch);
- Ausbildungsschwierigkeiten (Unpünktlichkeit, Blaumachen, mangelnde Einordnung, Schwänzen der Berufsschule mit Konsequenz Lehrabbruch etc.);

Symptome kindlicher und jugendlicher dissozialer Verhaltensauffälligkeit

Unstrukturiertes Freizeitverhalten mit täglich neuer Suche nach Langweile-Lösern, u.a. Automatenspiel, Autorennen, Clubbesuche etc;

Aufgehen in einer Sondergruppe, z.B. Motorradfreaks, Glatzen, Attac, Raver etc. mit gruppentypischen Verhaltensvoraussetzungen;

Schwierigkeiten im Umgang mit Geld und mit materiellen Werten;

Zeitlich forcierte, aber personal wenig haltbare Sexualkontakte oder männerbündischer Schutz vor der Entwicklung von Beziehungen zu Mädchen;

Konsum von Tabak, Alkohol, Drogen mit Tendenz zu frühzeitiger und häufiger Berauschung.

Dissoziale Persönlichkeitsstörung (F60.2)

1. Herzloses Unbeteiligtsein gegenüber den Gefühlen anderer und Mangel an Empathie.
2. Deutliche und andauernde verantwortungslose Haltung und Missachtung sozialer Normen, Regeln und Verpflichtungen.
3. Unfähigkeit zur Aufrechterhaltung dauerhafter Beziehungen, obwohl keine Schwierigkeit besteht, sie einzugehen.
4. Sehr geringe Frustrationstoleranz und niedrige Schwelle für aggressives, einschließlich gewalttätiges Verhalten.
5. Fehlendes Schuldbewusstsein und Unfähigkeit, aus negativer Erfahrung zu lernen.
6. Neigung, andere zu beschuldigen oder plausible Rationalisierungen anzubieten für ein Verhalten, durch welches Betreffender in Konflikt mit der Gesellschaft gerät.
7. Andauernde Reizbarkeit.

„Psychopathy“

W. & J. McCord (1956)

- (1) Er ist asozial und beachtet nicht die Regeln der Umwelt;
- (2) er bleibt wie ein Kind, das nur an seine eigenen Bedürfnisse denkt und sofort die Befriedigung verlangt;
- (3) er ist unbeständig, ohne feste Ziele und ohne Ausdauer;
- (4) er besitzt eine Aggressivität, der er selbst etwas ratlos gegenübersteht;
- (5) er besitzt kein Gewissen und entwickelt keine Schuldgefühle;
- (6) er ist kaum liebesfähig und in seinen zwischenmenschlichen Beziehungen ohne emotionale Tiefe.

Psychopathy Checklist PCL-R (Hare)

- 1. Trickreich-sprachgewandter Blender mit oberflächlichem Charme**
- 2. Hochtrabendes, erheblich übersteigertes Selbstwertgefühl**
- 3. Erlebnishunger, Neigung zu Langeweile**
- 4. Chronisches „pathologisches“ Lügen**
- 5. Betrügerisch, manipulativ, kommandierend**
- 6. Mangel an Reue oder Schuldbewusstsein**
- 7. Oberflächliches Gefühlsleben, flacher Affekt**
- 8. Gefühllos, Mangel an Empathie**
- 9. Parasitärer Lebensstil**
- 10. Mangelnde Kontrolle über Verhalten**

Psychopathy Checklist PCL-R

- 11. Promiskuität**
- 12. Frühe Verhaltensauffälligkeiten**
- 13. Mangel an realistischen langfristigen Zielen**
- 14. Impulsivität**
- 15. Verantwortungslosigkeit**
- 16. Kann schlecht Verantwortung für eigene Taten übernehmen**
- 17. Viele kurze Ehen bzw. Partnerschaften**
- 18. Delinquenz in der Jugend**
- 19. Widerruf einer Entlassung auf Bewährung, Missachtung von Auflagen**
- 20. Kriminelle Polytropie**

Gesamtsumme:

Faktor 1: selbstsüchtiger, gewissenloser, gemütsarmer Gebrauch anderer – Items
1,2,4-8, 16

Faktor 2: Dissozialität - restliche Items

Dissoziale Muster bei Kindern (Warnke et al. 2001)

- (1) aggressives Verhalten, durch das andere Menschen oder Tiere seelisch oder körperlich verletzt werden, indem durch physische Gewalt, Ausnutzen von Überlegenheit und Bedrohung die Grenzen anderer rücksichtslos überschritten werden;
- (2) schädigendes Verhalten, das durch willkürliche Zerstörung von Dingen, Missachtung von Eigentum und das Hervorrufen materieller Schäden gekennzeichnet ist;
- (3) Verhalten, das durch Betrug, Täuschung, Diebstahl und Entwendung zum eigenen Vorteil gekennzeichnet ist;
- (4) Verhalten, das schwere Verstöße gegen Spielregeln, soziale Normen und Verhaltensmaximen einschließt, um eigene Ziele besser zu erreichen.

Dissozialität mit Substanzmissbrauch oder Alkoholismus mit dissozialer Verwahrlosung?

Früh beginnende dissoziale Entwicklungen können in eine echte Substanzabhängigkeit (Alkohol, Drogen) führen, welche den weiteren Verlauf dominiert und die Dissozialität festigt.

Deutlich später beginnende Sucht kann zur sozialen Verwahrlosung und zu einer sekundären Dissozialität führen (sozialer Abstieg, Verlust von Würde und Selbstachtung)

Begutachtungsaufgaben

Hat zum Tatzeitpunkt eine akute Berausung vorgelegen, die Folgen auf die psychische Leistungsfähigkeit gehabt hat und die Steuerungsfähigkeit in Hinblick auf die vorgeworfene Tat erheblich beeinträchtigt hat?

Liegt ein „Hang“ vor (zumindest psychische Abhängigkeit), berausende Substanzen im Übermaß zu sich zu nehmen?

Geht die Tat auf diesen Hang zurück, oder ist sie davon unabhängig?

Sind wegen dieses Hanges weitere erhebliche Straftaten zu erwarten? (Gehört der Pb in die Entwöhnungsanstalt?)

Maskiert der „Hang“ eine eigentlich ursächliche psychische Störung? (Gehört der Pb in die Psychiatrie?)

§ 64 StGB Unterbringung in einer Entziehungsanstalt

§ 64 StGB: Hat jemand den *Hang*, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel *im Übermaß* zu sich zu nehmen und wird er wegen einer rechtswidrigen Tat, die er im Rausch gegangen hat oder auf seinen Hang zurückgeht, verurteilt oder nur deshalb nicht verurteilt, weil seine Schuldunfähigkeit erwiesen oder nicht auszuschließen ist, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt an, wenn die Gefahr besteht, daß er *infolge seines Hanges* erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird.

[Die Anordnung unterbleibt, wenn eine Entziehungskur von vornherein aussichtslos erscheint. *Nichtig*]

Vollrausch - psychiatrisch

Konrad & Rasch (1992) schlugen als besonders relevant die folgenden Symptome vor:

- qualitativ abnorme Symptome wie illusionäre oder wahnhafte Situations- und Personenverkenning, Wahrnehmungs- und Sinnestäuschungen;
- Hinweise auf hochgradige Bewusstseins-Einengung, z.B. durch fehlende oder stark verminderte Ansprechbarkeit durch Außenreize;
- Antriebssteigerung mit erheblicher psychomotorischer Unruhe bis hin zu Erregungszuständen;
- freisteigende Angstzustände mit Auswirkungen auf die Realitätsinterpretation, sichtbar z.T. auch durch motorische Anspannung und vegetative Überaktivität;
- formale Denkstörungen wie assoziative Lockerung (nicht nur bei euphorischen Zuständen), Sprunghaftigkeit, ungesteuerter Rededrang und ständige Wiederholungen;
- erhebliche Verstimmungszustände, insbesondere depressiv-dysphorischer Färbung, z.T. in Verbindung mit Schwanken zwischen suizidalen und fremdaggressiven Impulsen.

Alkohol-assoziierte Störungen

„krankhafte seelische Störung“ (Rechtsbegriff):

Akute Intoxikation (akute Berausung)

Entzugssyndrom

Delir

Eifersuchtswahn

Halluzinose

organische Persönlichkeitsveränderung

Korsakow-Syndrom

„schwere andere seelische Abartigkeit“ (Rechtsbegriff):

Alkoholabhängigkeit + Depravation

(nur ausnahmsweise: Alkoholabhängigkeit)

(nicht: Alkoholmissbrauch)

Frage 1: Ist der Alkoholkonsum hier eine eigenständige Störung?

Alkoholkonsum taucht im forensischen Kontext häufig als Teilphänomen eines dissozialen Lebensstils auf.

Er ist dabei fester Bestandteil des Freizeit-, Kontakt- und Aufenthaltsbereichs von Delinquenten, insbesondere bei Rückfalltätern.

Er entfaltet eine alle Lebensbereiche durchziehende Hintergrundwirkung (Göppinger), die Tendenzen zum sozial auffälligen Verhalten oder Straffälligkeit verstärken kann:

Blaumachen nach durchzechter Nacht,
entsprechend häufige Arbeitsplatzverlusten, Unfälle, Führerscheinverlust,
schlechte finanzielle Lage,
Unzuverlässigkeit auch in privaten Beziehungen.

Anders als bei der Alkoholabhängigkeit ist aber nur eine sehr begrenzte Eigendynamik infolge des Alkoholkonsums festzustellen

Frage 2: Ist der Alkoholmissbrauch überhaupt entscheidend für die Begehung der Straftat?

Wiederholungstaten, die sowohl alkoholisiert wie auch nüchtern begangen wurden (z.B. sexueller Kindesmißbrauch oder andere Sexualdelikte):

Der Alkoholmißbrauch hat hier eine **unbedeutende** kriminogene Relevanz. Eine höhere Alkoholisierung zur Tatzeit hätte die Durchführung der Straftat vielleicht sogar verhindert.

Wer immer trinkt, wird nicht extra zur Deliktsbegehung nüchtern.

Frage 3: Ist der Alkoholmissbrauch Ausdruck einer anderen Störung, die ihrerseits Einfluss auf die Einsichts- und Steuerungsfähigkeit hat?

Alkoholmissbrauch (auch Drogenmissbrauch, insbes. Cannabis) ist eine häufige Begleiterscheinung anderer psychischer Störungen:

*Persönlichkeitsstörungen,
affektive Störungen (Depression, Manie),
Schizophrenien.*

Zu prüfen ist also insbesondere, ob durch das markante Bild des Alkoholmissbrauchs nicht eine psychische Krankheit verdeckt wird.

Von entscheidender Bedeutung, wenn die Voraussetzungen einer Maßregel nach § 64 StGB oder eben 63 StGB geprüft werden: nur möglich durch intensive Auseinandersetzung mit Tat und Täter.

F10.2 Alkohol-Abhängigkeitssyndrom (ICD-10)

- A. Drei oder mehr der folgenden Kriterien sollten zusammen mindestens einen Monat lang bestanden haben. Falls sie nur für kürzere Zeit gemeinsam aufgetreten sind, sollten sie innerhalb von 12 Monaten wiederholt bestanden haben:
1. Ein starkes Verlangen oder eine Art Zwang, Alkohol zu konsumieren.
 2. Verminderte Kontrolle über den Alkoholgebrauch, d.h. über Beginn, Beendigung und die Menge des Konsums, deutlich daran, daß mehr von der Substanz konsumiert wird oder über einen längeren Zeitraum als geplant, und an erfolglosen Versuchen oder dem anhaltenden Wunsch, den Alkoholkonsum zu verringern oder zu kontrollieren.

F10.2 Alkohol-Abhängigkeitssyndrom (ICD-10)

3. Ein körperliches *Entzugssyndrom*, wenn die Alkoholmenge reduziert oder abgesetzt wird, mit den für Alkohol typischen Entzugssymptomen, oder auch nachweisbar durch den Gebrauch von Alkohol oder ähnlicher Substanzen, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.
4. *Toleranzentwicklung* gegenüber den Alkoholeffekten. Für eine Intoxikation oder um den gewünschten Effekt zu erreichen, müssen größere Mengen Alkohol konsumiert werden, oder es treten bei Konsum derselben Menge deutlich geringere Effekte auf.

F10.2 Alkohol-Abhängigkeitssyndrom (ICD-10)

5. *Einengung auf den Alkoholgebrauch*, deutlich an der Aufgabe oder Vernachlässigung anderer wichtiger Vergnügen oder Interessensbereiche wegen des Alkoholgebrauchs; oder es wird viel Zeit darauf verwandt, Alkohol zu bekommen, zu konsumieren oder sich davon zu erholen.
6. *Anhaltender Alkoholgebrauch* trotz eindeutig schädlicher Folgen, deutlich an dem fortgesetzten Gebrauch, obwohl der Betreffende sich über die Art und das Ausmaß des Schadens bewußt war oder hätte bewußt sein können.

Massive Persönlichkeitsveränderungen bei Süchtigen

„Entdifferenzierung des Persönlichkeitsgesamt“
(Bürger-Prinz)

„progressiv-krankhafte Persönlichkeitsentwicklung“
(Burkhardt)

„Entkernung“ (Staehelin)

„Verkommen“ der Persönlichkeit (Giese)

„Verfall der historischen Persönlichkeitsgestalt“ (Zutt)

„Depravation“ (Schrappé)

„Typisierende Umprägung“ (Rasch)














Kriminologisch relevante Konsumformen ohne Sucht

Regelmäßiges Betrinken am Wochenende, gemeinsam mit Kumpeln in einer Clique, mit dann jeweils hoher Neigung zu delinquentem Verhalten (Schlägereien, Einbrüchen, sexuellen Übergriffen).

Häufiges Betrinken, ohne dass Abhängigkeitskriterien erfüllt werden, mit nachfolgenden gewalttätigen Übergriffen gegenüber der Frau oder den Kindern.

Erhöhter Alkoholkonsum in Krisenzeiten, z.B. Trennungssituationen, mit der Folge von verminderten Anstrengungen und Fähigkeiten zur Krisenbewältigung oder gar Handlungen, die die Krise weiter zuspitzen.

Schematische Darstellung aufgrund biographisch orientierter Intensivinterviews bei Fixern 1972 und 1978, Angaben in %

Typus	Vorgeschichte	Drogenphase	Beschreibung	M n=83	F n=34	gesamt n=117
I			Drogenkarriere <i>ohne</i> vorangehende und <i>ohne</i> begleitende Delinquenzkarriere	-	3	1
II		 	Drogenkarriere <i>mit</i> durch sie bedingter begleitender Delinquenzkarriere	28	35	30
III		 	Drogenkarriere <i>mit</i> begleitender Delinquenzkarriere in <i>wechselseitiger</i> Bedingtheit	22	35	26
IV		 	Drogenkarriere im Verlauf angebahnter mäßiger, durch die Drogenkarriere verstärkter Delinquenzkarriere	22	24	22
V		 	Drogenkarriere im späteren Verlauf einer bereits deutlich bestehenden Delinquenzkarriere	29	3	21
			Drogenkarriere			
			Delinquenzkarriere			

Aus: A. Kreutzer, Kriminelle Karrieren der Süchtigen, in: Kriminologische Probleme des Alkohol- und Drogenmissbrauchs, Heidelberg 1982 S. 43 ff, 52.

Pragmatische Aufteilung der Drogenassoziierten Delinquenz

1. Konsum illegaler Drogen als **Verstoß gegen das BtmG**.
2. **Szene-interne Delinquenz:** Delikte zwischen Konsument/Kleindealer und Dealer, zwischen Dealern: Betrug, Diebstahl, Erpressung, Raub, Körperverletzung, Prostitution, [fahrlässige] Tötungsdelikte etc. In großem Umfang nicht polizei- oder gar gerichtskundig.
3. **Außengerichtete Eigentumsdelikte:** Betrug, Unterschlagung, Diebstahl, Apothekeneinbruch, Rezeptfälschung, Raub; zumeist polizeikundig, aber nicht aufgeklärt.
4. **Außengerichtete andere Delikte:** Verkehrsdelikte, Sachbeschädigung, Körperverletzung, Tötungsdelikte. Auch in diesem Bereich keine delinquenzsenkende, sondern delinquenzerhöhende Effekte der Drogenabhängigkeit.

Begutachtungsfragen bei Drogeneinnahme

1. Liegt überhaupt eine Drogenabhängigkeit vor oder nur gelegentlicher Konsum?
2. Lag zum Tatzeitpunkt ein akuter Drogenrausch vor?
3. Lag zur Tatzeit ein akutes Entzugssyndrom vor?
4. Bestand eine Angst vor Entzugerscheinungen, und wie ist diese in Hinsicht auf die Eingangsvoraussetzungen der §§ 20, 21 StGB zu bewerten?
5. Bestand im Tatzeitraum eine "schwerste Persönlichkeitsveränderung" infolge der Drogensucht?

Kriminalitätsursachen

Der zahlenmäßig weit überwiegende Teil der Kriminalität wird erlernt in bestimmten sozialen Zusammenhängen.

Kriminalität ist ganz überwiegend sozial erlernt und befestigt und nicht Ausdruck einer psychischen Störung.

Dies betrifft große Teile der Eigentums- und Vermögensdelinquenz, der Bandenkriminalität, der jugendlichen Gewaltkriminalität.

Schutzfaktoren vor Kriminalität

- positive Eltern-Kind-Interaktionen,
- hohe Beständigkeit der Disziplin,
- wenig körperliche Züchtigung,
- gute innerfamiliäre Integration,
- Verstärkung prosozialen Verhaltens durch die Eltern,
- gute Schulleistungen und positive Einstellung zur Schule,
- stabiles soziales Umfeld (entsprechende Wohngegend)

Risikofaktoren für Kriminalität

- niedrige Selbstambitionen,
- positive Einstellung zur Delinquenz,
- Straftaten mit Gleichaltrigen,
- negative Eltern-Kind-Interaktionen,
- Schulschwänzen und Weglaufen,
- Substanzmissbrauch
- Bindungsschwäche
- Fehlende Bereitschaft zum Belohnungsaufschub

Schutzfaktoren vor Kriminalität:

5 Kernkompetenzen - Therapieziele?

- Selbstachtung bzw. Anspruch an sich selbst (self-esteem),
- Selbstkontrolle (self control),
- positive Emotionalität (positive affect),
- Fähigkeit zur vernünftigen Entscheidungsfindung (decision making)
- soziale Einbindung (social connectedness)

TRS 10 (W. Marshall, P. Briken et al.)

1. Selbstwirksamkeit

Glaut, dass er in der Lage ist, sein Leben zu kontrollieren und zeigt entsprechende Fähigkeiten

Übernimmt die Verantwortung dafür, sein Leben zu verändern.

Kann Ziele erkennen und unternimmt Schritte, um diese zu erreichen.

2. Allgemeine Empathie

Kann die Gefühle anderer wahrnehmen

Kann sich in die Lage anderer hineinversetzen

Kann emotional angemessen auf die Gefühle anderer reagieren

Versucht andere zu ermutigen, wo dies möglich und angemessen ist

Band 5 · Heft 1 · Februar 2011

Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie

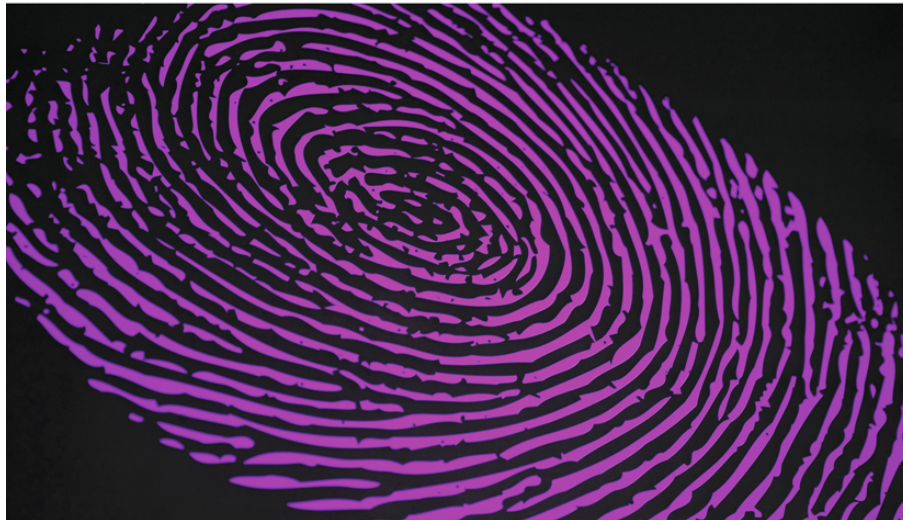
Schwerpunktthema:

Trauma

Herausgeber

K.-P. Dahle, Berlin
D. Dölling, Heidelberg
H.-L. Kröber, Berlin
N. Leygraf, Essen
H. Saß, Aachen

Indexed in SCOPUS und PsycINFO



www.fppk.springer.de

 Springer Medizin

Herausgeber:

PD Dr. Klaus-Peter Dahle,
Berlin

Prof. Dr. Dieter Dölling,
Heidelberg

Prof. Dr. Hans-Ludwig
Kröber, Berlin

Prof. Dr. Norbert Leygraf,
Essen

Prof. Dr. Henning Saß,
Aachen

TRS 10 (W. Marshall, P. Briken et al.)

3. Prosoziale Einstellungen

- Tritt für prosoziale Haltungen ein und verhält sich entsprechend
- Hinterfragt antisoziale Einstellungen, die andere Gruppenmitglieder zum Ausdruck bringen
- Kooperiert mit Bewährungshilfe und Case-Management Personal

4. Angemessenheit von Coping-Strategien /-Stilen

- Reagiert auf Stressoren mit angemessener Emotionalität
- Versteht, wie Gefühle die Fähigkeit, Dinge zu bewältigen beeinflussen können
- Konfrontiert sich mit problematischen Themen
- Ist in der Lage, Probleme zu lösen

TRS 10 (W. Marshall, P. Briken et al.)

5. Angemessenheit im Umgang mit Intimität

- Wertschätzt andere
- Öffnet sich anderen auf angemessene Art und Weise
- Ist in der Lage, Freundschaften zu schließen und mit anderen Beziehungen einzugehen
- Hat realistische Vorstellungen über Beziehungen

6. Positives Selbstwertgefühl

- Hat realistische Vorstellungen über die eigenen Fähigkeiten
- Erkennt den Wert von Selbstbestärkungen und setzt diese ein.
- Verzichtet auf Humor, der ihn selbst oder andere herabwürdigt

TRS 10 (W. Marshall, P. Briken et al.)

7. Gute allgemeine Selbstregulation

- Kann sich an veränderte Bedingungen anpassen
- Ist nicht impulsiv oder übermäßig negativ
- Ist nicht übermäßig emotional, unterdrückt aber auch keine Gefühle
- Erkennt den Wert und hat die Fähigkeit für eine gewisse Stabilität im Leben

8. Gute sexuelle Selbstregulation

- Setzt Sex nicht zur Problembewältigung ein
- Ist nicht zwanghaft mit dem Thema Sex beschäftigt
- Hat normale sexuelle Interessen
- Hat einen gesunden Zugang zu Sexualität

TRS 10 (W. Marshall, P. Briken et al.)

9. Verständnis von Risikofaktoren

- Ist sich aktueller und möglicher Risikofaktoren und Situationen bewusst
- Ist in der Lage, Rückmeldungen von anderen anzunehmen

10. Qualität der Zukunftspläne

- Hat für seine Zukunft realistische Pläne und Ziele
- Hat angemessene Unterstützung durch Institutionen und Einrichtungen
- Kümmert sich um Freizeitaktivitäten und erkennt deren Bedeutung
- Hat berufliche Qualifikationen oder ist finanziell unabhängig

▪
Vielen Dank
für Ihre

Aufmerksamkeit!

www.forensik-berlin.de

hans-ludwig.kroeber@charite.de

Rowohlt, 254 Seiten



Institut für Forensische Psychiatrie der Charité – Universitätsmedizin Berlin

17. Berliner Junitagung für Forensische Psychiatrie und Psychologie
Therapie für Rückfalltäter – Die große Illusion?

Freitag, 14. Juni 2013, 9.00-17.30 Uhr

FU „Silberlaube“ Hörsaal 1A, Habelschwerdter Allee 45, 14195 Berlin - Dahlem

RIBGH PROF. DR. ANDREAS MOSBACHER (BGH Karlsruhe)

**Die Therapieerwartungen der Justiz für Strafgefangene und Verwahrte:
aktuelle Rechtslage und Hintergründe**

PRIMARIA DR. ADELHEID KASTNER (Linz)

Möglichkeiten und Grenzen der Therapie mit Straftätern

PROF. DR. HANS-LUDWIG KRÖBER (Charité Berlin)

Vorerfahrungen und Therapiebedarf der Sicherungsverwahrten im Land Berlin

DIPL.-PSYCH. THOMAS THALMANN (JVA Kassel II – Sozialtherapeut. Anstalt)

Therapiehemmnisse bei Straftätern – aus Sicht des Praktikers

DIPL.-PSYCH. DR. GUNDA WÖßNER (MPI FREIBURG)

Wie kann man in der Sozialtherapie Therapieerfolg feststellen oder messen?

PROF. DR. PEER BRIKEN (UKE Hamburg)

Spezifische ambulante Therapien für Sexualstraftäter – was geht und was nicht?

LTD. REG.-DIR. DR. JÖRG SCHÄFER (JVA Diez)

Der Therapiewunsch und die Realität der Vollzugsanstalt

RIBGH PROF. DR. THOMAS FISCHER (BGH Karlsruhe)

Therapie und Therapiebeurteilungen als Grundlage juristischer Entscheidungen

Anmeldung unter: www.forensik-berlin.de

ICD-10 Kategorien der akuten Intoxikation (ICD-10 Forschungskriterien 1994; S. 67 ff.)

F10.0 akute Alkoholintoxikation

F11.0 akute Opioidintoxikation

F12.0 akute Cannabisintoxikation

F13.0 akute Sedativa- oder Hypnotikaintoxikation

F14.0 akute Kokainintoxikation

F15.0 akute Stimulanzienintoxikation (einschließlich Koffein)

F16.0 akute Halluzinogenintoxikation

F17.0 akute Nikotinintoxikation

F18.0 akute Lösungsmittelintoxikation

F19.0 Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen

F14.0 akute Kokainintoxikation (1)

A. Die allgemeinen Kriterien für eine akute Intoxikation (F1x.0) sind erfüllt:

G1 Deutlicher Nachweis der Aufnahme einer oder mehrerer Substanzen in einer für die vorliegende Intoxikation ausreichend hohen Dosis.

G2 Für die jeweilige Substanz typische Intoxikationszeichen.

G3 Die Symptome sind nicht durch andere psychische oder körperliche Ursachen erklärbar.

F14.0 akute Kokainintoxikation (2)

B. Funktionsgestörtes Verhalten oder Wahrnehmungsstörungen, deutlich an mindestens einem der folgenden Merkmale:

1. Euphorie und Gefühl von gesteigerter Energie
2. erhöhte Vigilanz
3. grandiose Überzeugungen oder Aktionen
4. beleidigendes Verhalten oder Aggressivität
5. Streitlust
6. Affektlabilität
7. repetitives, stereotypes Verhalten
8. akustische, optische oder taktile Illusionen
9. Halluzinationen bei erhaltener Orientierung
10. paranoide Vorstellungen
11. beeinträchtigte persönliche Lebensumstände.

F14.0 akute Kokainintoxikation (3)

C. Mindestens zwei der folgenden Anzeichen:

1. Tachykardie (manchmal Bradykardie)
2. kardiale Arrhythmie
3. Hypertonie (manchmal Hypotonie)
4. Schweißausbrüche und Kälteschauer
5. Übelkeit oder Erbrechen
6. Gewichtsverlust
7. Pupillenerweiterung
8. psychomotorische Unruhe (manchmal Verlangsamung)
9. Muskelschwäche
10. Schmerzen in der Brust
11. Krampfanfälle