

Eickelborner Schriftenreihe zur Forensischen Psychiatrie

Nahlah Saimeh (Hrsg.)

Therapie und Sicherheit im Maßregelvollzug



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Eickelborner Schriftenreihe zur Forensischen Psychiatrie

N. Saimeh (Hrsg.)

Therapie und Sicherheit im Maßregelvollzug



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Eickelborner Schriftenreihe zur Forensischen Psychiatrie

Herausgeberin: Dr. med. Nahlah Saimeh

Die *Eickelborner Schriftenreihe zur Forensischen Psychiatrie* präsentiert die fachübergreifenden Themen und Beiträge der Fachtagungen:

Psychiater, Psychotherapeuten, Pflegende und Sozialtherapeuten, aber auch Juristen, Kriminologen, Kriminalisten sowie Philosophen, Theologen und Medienvertreter treten in einen interdisziplinären Fachdialog. Dabei werden Wissenschaft und Praxis der psychiatrischen Diagnostik, Therapie oder Prognosebeurteilung im gesellschaftlichen Kontext erörtert.

Die Schriftenreihe publiziert zeitnah die wesentlichen Beiträge aus den Tagungen und bildet so über Jahrzehnte hinweg die Entwicklung des Faches selbst und des forensisch-psychiatrischen Diskurses mit gesellschaftlichem Bezug ab.

Nahlah Saimeh (Hrsg.)

Therapie und Sicherheit im Maßregelvollzug

mit Beiträgen von

N. Beck | P. Born | B. Braun | S. Cordes-Welzel | S. Eucker | B. Eusterschulte
C. Franck | N. Frommann | U. von Hahn | W. Happel | S. Heisiep | S. Henneböhl
R. Holzbach | W. Hubbe | U. Kobbé | H. J. Kolbe | G. Konrad | H. Kury | S. Lau | M. Löhr
S. Möller-Emminghaus | R. Müller-Isberner | C. Nolan | M. Osterheider
M. Piefke | R. Sachse | N. Saimeh | A. Schelte | C. Schüfer | M. Schüler-Springorum
H. Sklenarova | M. Stellmacher | A. Trost | S. R. Vaih-Koch
M. Walburg | M. A. Weber | M. Wertz | U. Wiendl | T. Wolf



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Die Herausgeberin

Dr. med. Nahlah Saimeh
LWL-Zentrum für Forensische Psychiatrie Lippstadt
Eickelbornstraße 19
59556 Lippstadt

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
Unterbaumstraße 4
10117 Berlin
www.mwv-berlin.de

ISBN 978-3-95466-382-8 (eBook: PDF)

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Informationen sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin, 2017

Dieses Werk ist einschließlich aller seiner Teile urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Die Verfasser haben große Mühe darauf verwandt, die fachlichen Inhalte auf den Stand der Wissenschaft bei Drucklegung zu bringen. Dennoch sind Irrtümer oder Druckfehler nie auszuschließen. Daher kann der Verlag für Angaben zum diagnostischen oder therapeutischen Vorgehen (zum Beispiel Dosierungsanweisungen oder Applikationsformen) keine Gewähr übernehmen. Derartige Angaben müssen vom Leser im Einzelfall anhand der Produktinformation der jeweiligen Hersteller und anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden. Eventuelle Errata zum Download finden Sie jederzeit aktuell auf der Verlags-Website.

Produkt-/Projektmanagement: Bernadette Schultze-Jena, Berlin

Lektorat: Monika Laut-Zimmermann, Berlin

Layout, Satz, Herstellung: zweiband.media, Agentur für Mediengestaltung und -produktion GmbH, Berlin

Zuschriften und Kritik an:

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Unterbaumstraße 4, 10117 Berlin, lektorat@mwv-berlin.de

Vorwort

Therapie und Sicherheit sind die beiden eng miteinander verknüpften Kernaufgaben der Forensischen Psychiatrie. Die Reihenfolge der Begriffe variiert je nach Kontext und kriminalpolitischer Ausrichtung. Für die Akzeptanz der Forensischen Psychiatrie durch die Bürger/-innen steht die Sicherheit an erster Stelle. Sie gegenüber der Therapie zu priorisieren hieße jedoch, die Forensische Psychiatrie in ihrer Beschaffenheit und ihren notwendigen Rahmenbedingungen misszuverstehen. Der gesetzliche Auftrag lautet „Besserung und Sicherung“; setzt also den therapeutischen Aspekt an erste Stelle. Sicherheit nach innen und außen ist die Voraussetzung dafür, dass Therapie gelingen kann bei Menschen, die oftmals viele Jahre zuvor durch die Maschen des sozialpsychiatrischen Hilfesystems gefallen sind oder aber gar nicht mit ihm in Berührung kamen. Therapie wiederum ist notwendig, damit langfristige Sicherheit möglich wird – das „und“ könnte auch mit „durch“ ersetzt werden: „Sicherheit durch Therapie“.

Die kriminalpolitischen Vorgaben ändern sich fortlaufend mit den Jahrzehnten. Ende der 90er-Jahre wurden in den Niederlanden die Longstay-Units eingerichtet, deren Konzept Anfang des neuen Jahrtausends auch zunehmend in Deutschland für schwer behandelbare Hochrisikopatienten/-innen übernommen wurde. Ein möglichst sinnvolles, einigermaßen an die außerklinischen Lebensverhältnisse angepasstes Leben unter gesicherten Rahmenbedingungen ohne fortlaufende therapeutische Frustrationen schien die letzte Konsequenz aus der Erkenntnis des „no cure but control“. Das Motto hätte lauten können „no cure but eternal control“. Aus der großen Sorge vor Rückfallstraftaten stiegen die Verweildauern insgesamt deutlich an.

Jetzt erleben wir auch in der Forensischen Psychiatrie die Betonung des Art. 2 Absatz 2 Satz 2 GG, welcher die Freiheit der Person als unverletzliches Rechtsgut gewährleistet. Die Freiheit der Person darf nur aus besonders gewichtigen Gründen und unter strengen formellen Gewährleistungen eingeschränkt werden. Eingriffe in die persönliche Freiheit dienen in erster Linie dem Schutz der Allgemeinheit. Das ist bekannt. Neu ist jedoch, dass der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit in Bezug auf Fortdauerentscheidungen immer häufiger geprüft wird und zunehmend auch Menschen aus der Forensischen Psychiatrie entlassen werden, die noch zu instabil sind, um mit guter fachlicher Begründung in entsprechend betreute Wohnbereiche vermittelt zu werden. Je länger ein/e Patient/-in in der Forensik gem. § 63 StGB behandelt wird, umso strenger werden die Voraussetzungen für die Verhältnismäßigkeit geprüft. Die Sachverständigen haben nicht mehr nur das allgemeine Rückfallrisiko zu beschreiben, sondern konkrete Aussagen darüber zu treffen, mit welcher Wahrscheinlichkeit welche Art von Straftat mit welchem potenziell schädigendem Ausmaß für Dritte unter welchen konkreten Umständen und Rahmenbedingungen zu erwarten wäre, wenn man den/die Patienten/-in entließe und in welcher Weise außerhalb des Maßregelvollzugs mit welchen Methoden einer solchen Rückfallgefahr entgegen gewirkt werden könnte.

Was bedeutet das für die Patienten/-innen? Zunächst einmal könnte ihnen hierdurch vielleicht allmählich die nach wie vor in der Allgemeinheit mit der Forensik assoziierte große Angst vor dem „Wegsperrten für immer“ genommen werden. Der/die Patient/-in kann sicher sein, dass die Dauer seiner Unterbringung auch ungeachtet des Behandlungsverlaufs verstärkt normativ beurteilt wird und er/sie in einigen Jahren

die Klinik wieder verlassen können wird. Es könnte sich theoretisch sogar so auswirken, dass Menschen mit Persönlichkeitsstörungen oder sexuellen Paraphilien wieder vermehrt in die Forensik hinein verteidigt werden, weil sich – nunmehr unter der Gewährleistung einer vernünftig absehbaren Entlassung – ein sofortiger Therapieanspruch umsetzen ließe.

Für die Forensiker bedeutet es vor allem, dass die Rechtsprechung mit ihren normativen Entscheidungen eindeutig wieder die Oberhand gewinnt vor der Psychiatrisierung der Rechtsprechung und Rechtsauslegung. Das ist sicher zu begrüßen. Diese Entwicklung nimmt die Forensische Psychiatrie aber auch in die Pflicht, so schnell wie möglich, so konsequent und hochfrequent wie nötig, so differenziert wie indiziert Behandlungsangebote zu unterbreiten und insbesondere auch ihre Motivationsarbeit mit den Patienten/-innen zu intensivieren. Die Anforderungen an die Forensische Psychiatrie als Ort der Behandlung sind somit klar angehoben worden. Auch das ist insgesamt sicher zu begrüßen, denn die Forensik war einstmals die letzte Wiese der psychiatrischen Versorgung. Glücklicherweise ist auch das jetzt schon beinahe 20 Jahre her. Die Patienten/-innen, die ein Sonderopfer für die Gesellschaft leisten, sollen nicht auch noch ein Sonderopfer minorer psychiatrischer Versorgung aufbringen müssen. Die Forensische Psychiatrie, wie sie sich heute darstellt, ist ein psychiatrisches „Intensivkrankenhaus“, in dem schwer verhaltensgestörte und schwer psychisch auffällige Menschen eine intensive und differenzierte Behandlung erhalten. Da ist es nur folgerichtig, wenn eine Taskforce der DGPPN 2017 Behandlungsstandards für die Forensische Psychiatrie gem. §§ 63, 64 StGB ausgearbeitet hat.

Die Schwierigkeiten dieser Entwicklung liegen im Grunde mehr im nachgelagerten Bereich der stationären Versorgung. Die Patienten müssen auch wieder außerhalb der Klinik leben und wohnen können. Der Druck auf Wohnheime wächst und es kommt vor, dass auch Patienten/-innen vermittelt werden, auf die die Wohnheime personell und konzeptuell nicht eingerichtet sind. Für die Sozialarbeiter/-innen ergibt sich hier eine ganz neue Herausforderung, da die externen Versorgungsstrukturen mit den gegenwärtigen Veränderungen der klinischen Forensik nicht mithalten können. Therapie und Sicherheit: Der Begriff der Therapie steht – mehr als je zuvor – an erster Stelle.

Nahlah Saimeh
September 2017

Die Autorinnen und Autoren

Dr. med. Norbert Beck

Universitätsklinikum Magdeburg
Leipziger Straße 44
39120 Magdeburg

Dr. Petra Born, Dipl.-Psych.

Vitos Klinik für forensische Psychiatrie Haina
Standort Gießen
Licher Straße 132
35394 Gießen

Bernd Braun

LWL-Klinik Warstein
Franz-Hegemann-Straße 23
59581 Warstein

Dr. Susanne Cordes-Welzel, Dipl.-Psych. BDP

Sachverständigenbüro
Salzdahlumer Straße 196
38126 Braunschweig

Sabine Eucker

Vitos Klinik für forensische Psychiatrie Haina
Landgraf-Philipp-Platz 3
35114 Haina

Dr. Beate Eusterschulte

Vitos Klinik für forensische Psychiatrie Haina
Landgraf-Philipp-Platz 3
35114 Haina

Claudia Franck

Bleichpfad 17
47799 Krefeld
franck.claudia@outlook.de

Dr. phil. Nicole Frommann, Dipl.-Psych.

LVR-Klinikum Düsseldorf
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und
Psychotherapie
Heinrich-Heine-Universität
Bergische Landstraße 2
40629 Düsseldorf

Uta von Hahn, Dipl.-Psych, Dipl.-Päd.

Fachklinik für Forensische Psychiatrie und
Psychotherapie am Bezirksklinikum Regensburg
Universitätsstraße 84
93053 Regensburg

Wolfgang Happel

Vitos Klinik für forensische Psychiatrie Haina
Landgraf-Philipp-Platz 3
35114 Haina

Sandra Heisiep, Dipl.-Sozialarbeiterin

Ambulanter Sozialer Dienst der Justiz NRW
Fachbereich: Führungsaufsicht
Lipperoder Straße 8
59555 Lippstadt

Stefanie Hennebühl

LWL-Klinik Warstein
Franz-Hegemann-Straße 23
59581 Warstein

Dr. Rüdiger Holzbach

Klinikum Arnberg
Springufer 7
59755 Arnberg

Winfried Hubbe

LWL-Klinik Warstein
Franz-Hegemann-Straße 23
59581 Warstein

Dr. phil. Ulrich Kobbé, Dipl.-Psych.

LWL-Zentrum für Forensische Psychiatrie
Lippstadt
Eickelbornstraße 19
59556 Lippstadt

Harald Joachim Kolbe

Landschaftsverband Westfalen-Lippe
LWL-Akademie für Forensische Psychiatrie (AFOps)
Bildungsmanagement
Piusallee 7
48147 Münster

Gisela Konrad, Dipl.-Psych.

ZfP Wiesloch
Heidelberger Straße 1
69168 Wiesloch

Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Helmut Kury

Max-Planck-Institut für ausländisches und
internationales Strafrecht (pens.)
Universität Freiburg
Waldstraße 3
79194 Heuweiler

Dr. med. Steffen Lau

Zentrum für Stationäre Forensische Therapien
Klinik für Forensische Psychiatrie
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Alleestrasse 61
8462 Rheinau
Schweiz

Prof. Dr. rer. medic. Michael Löhr

Lehrstuhl Psychiatrische Pflege
Fachhochschule der Diakonie
Bethelweg 8
33617 Bielefeld

**Sandra Möller-Emminghaus,
Dipl.-Sozialpäd., Dipl.-Psych.**

LWL-Institut für medizinische Rehabilitation
Warstein
Franz-Hegemann Straße 23
59581 Warstein

Dr. Rüdiger Müller-Isberner

Ärztlicher Direktor a. D.
Vitos Klinik für forensische Psychiatrie Haina
Standort Gießen
Licher Straße 132
35394 Gießen

Christel Nolan, B.ScN

Forensische Nachsorge Ambulanz
LWL-Klinik Paderborn
Agathastraße 1
33098 Paderborn

Prof. Dr. med. Michael Osterheider

Universität Regensburg
Abteilung für Forensische Psychiatrie und
Psychotherapie
Universitätsstraße 84
93053 Regensburg

Univ.-Prof. Dr. Martina Piefke

Lehrstuhl für Neurobiologie und
Genetik des Verhaltens
Department für Psychologie und Psychotherapie
Universität Witten/Herdecke
Alfred-Herrhausen-Straße 50
58448 Witten

Prof. Dr. Rainer Sachse

Institut für Psychologische Psychotherapie (IPP)
Prümerstraße 4
44787 Bochum

Dr. med. Nahlah Saimeh

LWL-Zentrum für Forensische Psychiatrie
Lippstadt
Eickelbornstraße 19
59556 Lippstadt

Dr. Angelika Schelte

LWL-Klinik Warstein
Franz-Hegemann-Straße 23
59581 Warstein

Christian Schüfer

Fachhochschule Dortmund
Sonnenstraße 96
44139 Dortmund

Dr. med. Mareike Schüler-Springorum

LWL-Therapiezentrum für forensische Psychiatrie
Marsberg
Mühlenstraße 26
34431 Marsberg

Dr. sc. hum. Halina Sklenarova, Dipl.-Psych.

Universität Regensburg
Abteilung für Forensische Psychiatrie und
Psychotherapie
Universitätsstraße 84
93053 Regensburg

Mirko Stellmacher, Dipl.-Sportwiss.

LWL-Zentrum für Forensische Psychiatrie
Lippstadt
Eickelbornstraße 19
59556 Lippstadt

Andrea Trost, M.A., B.A. of Nursing

Stabstelle Pflegewissenschaft und
-entwicklung
Abteilung für Forensische Psychiatrie
LVR-Klinik Köln
Wilhelm-Griesinger-Straße 23
51109 Köln
und
Lehrstuhl für Neurobiologie und
Genetik des Verhaltens
Department für Psychologie und
Psychotherapie
Universität Witten/Herdecke
Alfred-Herrhausen-Straße 50
58448 Witten

Dr. med. Sabine R. Vaih-Koch
Dezernat für Therapie und Sicherheit
Landesbeauftragte für den Maßregelvollzug NRW
Horionplatz 1
40213 Düsseldorf
sabine.vaih-koch@lbrmv.nrw.de

Dr. med. Marc Walburg
Universität Bern
Medizinische Fakultät
Institut für Rechtsmedizin
Forensisch-Psychiatrischer Dienst (FPD)
Falkenplatz 18
3012 Bern
Schweiz

Michael A. Weber, M.Sc.
Universität Konstanz
Fachbereich Psychologie
Arbeitsgruppe Forensische Psychologie
Universitätsstraße 10
78464 Konstanz

Maximilian Wertz, M.Sc.
Abteilung für Forensische Psychiatrie und
Psychotherapie
Sexualwissenschaftliche Ambulanz
Universität Regensburg
Universitätsstraße 84
93053 Regensburg

Ursula Wiendl, Dipl.-Päd.
Gumpenbergstraße 14
93053 Regensburg

Dr. jur. Thomas Wolf
Vorsitzender Richter am Landgericht Marburg
Universitätsstraße 48
35037 Marburg

Inhalt

1 New Drugs – neue Probleme? _____	1
<i>Norbert Beck</i>	
1.1 Warum ist/wird man high? _____	1
1.2 Was macht high? _____	2
1.3 Gutachterliche Probleme? _____	5
1.4 Zusammenfassung _____	8
2 Besonderheiten in den Aussagen junger Menschen _____	9
<i>Susanne Cordes-Welzel</i>	
2.1 Fallbeispiele _____	9
2.2 Gemeinsamkeiten und Typisches der Beispiele _____	11
2.3 Motivation _____	12
2.4 Kognitive Verzerrung _____	12
2.5 Entstehung von Scheinerinnerungen, Fremd- und Autosuggestion _____	13
2.6 Erlebnisgrundlage/Pseudoerinnerung _____	16
2.7 „Dichtung oder Wahrheit“? _____	16
2.8 Schlussbemerkung _____	17
3 MRV nach § 64 für Frauen – eine Chance zur Umkehr. Einblick in eine Erfolgsgeschichte _____	19
<i>Claudia Franck</i>	
3.1 Die Ausgangslage _____	19
3.2 Die stationäre Unterbringung _____	20
3.3 Der therapeutische Prozess _____	21
3.4 Ausblick _____	25
4 Wie kann die Prävention fremdgefährdender Fehlhandlungen gelingen? Erfahrungen aus einem Forschungsprojekt in NRW _____	27
<i>Nicole Frommann</i>	
4.1 Unsere Risikopopulation _____	28
4.2 Kurze Studienbeschreibung _____	29
4.3 Beschreibung der Teilnehmer – war es eine Risikopopulation? _____	31
4.4 Risikoreduktion durch freiwillige Behandlung – Hinweise, dass es funktionieren kann _____	32
4.5 Der „Forensifizierung“ entgegenwirken oder wer hat die Aufgabe der Prävention? _____	35
5 Pferdegestützte Therapie – das Pferd als Spiegel des Patienten _____	37
<i>Uta von Hahn und Ursula Wiendl</i>	
5.1 Entstehungsgeschichte _____	37
5.2 Wirkmechanismen _____	39

5.3	Darstellung der konkreten Therapie _____	42
5.4	Zusammenfassung _____	46
6	Das Risiko-Instrument START _____	49
	<i>Wolfgang Happel</i>	
6.1	Die Funktionsweise des START-Instruments _____	50
6.2	Bewertung nach START-Items – ein Beispiel _____	52
6.3	Fazit _____	53
7	Die psychiatrische Haftnachsorgeambulanz aus Sicht der Führungsaufsicht _____	55
	<i>Sandra Heisiep</i>	
7.1	Historie _____	55
7.2	Die psychiatrische Haftnachsorgeambulanz _____	56
7.3	Übergangsmanagement _____	58
7.4	Statistik des ambulanten Sozialen Dienstes _____	58
7.5	Erste Ergebnisse der psychiatrischen Haftnachsorgeambulanz _____	66
8	Integrierte Behandlung von § 64-Patienten in der LWL-Klinik Warstein _____	69
	<i>Rüdiger Holzbach, Christian Schüfer, Bernd Braun, Stefanie Henneböhl, Angelika Schelte und Winfried Hubbe</i>	
8.1	Einleitung _____	69
8.2	Prognosekriterien _____	72
8.3	Rahmenbedingungen in der Suchtabteilung der LWL-Klinik Warstein _____	73
8.4	Patientenkollektiv _____	73
8.5	Behandlungsverlauf _____	75
8.6	Aufnahme-Kriterien und Prognostische Faktoren – „Checkliste Check-in-or-out“ _____	76
8.7	Prognose-Faktoren in Relation zu den Ergebnissen der Maßregel _____	78
8.8	Zusammenfassung und Diskussion _____	79
9	Vom (ver-)letzten Tabu zum institutionellen Umgang mit Anschuldigungen. Eine diskursethische Konversation. _____	81
	<i>Ulrich Kobbé</i>	
9.1	Vorbemerkung _____	82
9.2	Problemstellung _____	82
9.3	Untersuchung und Diskussion _____	84
9.4	Zwischenfragen _____	88
9.5	Alternativen _____	91
9.6	Zum Schluss _____	93
10	Gefährlichkeit erkennen und behandeln: der Beitrag Pflegender _____	95
	<i>Harald Joachim Kolbe</i>	
10.1	Pflegebedürftigkeit und Pflege als komplexes gesellschaftspolitisches Projekt _____	95
10.2	Forensische Pflege im internationalen Kontext _____	99

10.3	Der Beitrag der Pflege zur Gefährlichkeitseinschätzung und -reduktion	103
10.4	Forensisch-psychiatrische Pflege im Maßregelvollzug in Deutschland	106
11	Reduktion von Self-Injury-Behavior (SIB) durch Einsatz eines Opiat-Antagonisten bei Patienten mit Borderline-Störung oder Autistischer Störung	109
	<i>Gisela Konrad</i>	
11.1	Die Wirkweise des Opiat-Antagonisten Naltrexon	109
11.2	Acht Fallbeispiele aus der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie in Wiesloch	110
11.3	Reduktion von SIB durch Naltrexon – sechs Fallbeispiele	112
11.4	Keine Reduktion von SIB durch Naltrexon – ein Fallbeispiel	122
11.5	Ergebnisse der Behandlerbefragung	125
11.6	Resümee	125
12	Die kriminellen Heboiden – Dissozialität bei jugendlichen Schizophrenen	127
	<i>Steffen Lau</i>	
12.1	Einleitung	127
12.2	Das Konzept der „kriminellen Heboiden“	129
12.3	Konsequenzen für die Praxis	132
12.4	Fazit	134
13	Die Safewards-Interventionen als Beispiel guter psychiatrischer Praxis – auch für den Maßregelvollzug?!	137
	<i>Michael Löhr</i>	
13.1	Hintergrund	137
13.2	Das Safewards-Modell	138
13.3	Die Safewards-Interventionen	140
13.4	Stand der Forschung	144
13.5	Implementierungserfahrungen	145
13.6	Fazit	149
14	„Laufend die Seele stärken“. Lauftherapie als Intervention in den Einrichtungen des LWL	151
	<i>Sandra Möller-Emminghaus und Mirko Stellmacher</i>	
14.1	Definition Lauftherapie	151
14.2	Elemente der Lauftherapie	152
14.3	Wirksamkeit der Lauftherapie	153
14.4	Lauftherapie in den Einrichtungen des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL)	154
14.5	Lauftherapie im Institut für medizinische Rehabilitation Warstein (IfR)	155
14.6	Lauftherapie im LWL-Zentrum für Forensische Psychiatrie Lippstadt	157
14.7	Fazit	160

15 Die Implementierung evidenzbasierter Praktiken in forensisch-psychiatrischen Versorgungssystemen _____	163
<i>Rüdiger Müller-Isberner, Petra Born, Sabine Eucker und Beate Eusterschulte</i>	
15.1 Implementierungswissenschaften _____	164
15.2 Evidenzbasierte Praktiken _____	164
15.3 Implementierungsmodelle _____	164
15.4 Implementierungsstadien _____	166
15.5 Kontext _____	167
15.6 Mitarbeiter _____	169
15.7 Implementierungsstrategien _____	170
15.8 Implementierungsergebnisse _____	171
15.9 Schlussfolgerungen _____	173
16 Arbeiten mit Peers im forensischen Setting – wie wirkt sich die Mitarbeit von Betroffenen auf die Patienten aus? _____	177
<i>Christel Nolan</i>	
16.1 Verweildauer und Einweisungen _____	177
16.2 Aufgaben der forensisch psychiatrischen Pflegenden _____	178
16.3 Secure Recovery _____	179
16.4 Peers und ihre Professionalisierung _____	180
16.5 Erfahrungen mit Peers _____	181
16.6 Zusammenfassung der Studie _____	181
16.7 Peermitarbeiter Herr S. – ein Beispiel aus der Praxis _____	184
17 Der Fall W. oder „Vom Schlachten eines Menschen aus nicht sexuellen Motiven“ _____	187
<i>Nahlah Saimeh</i>	
17.1 Der Hilferuf _____	187
17.2 Der Tatort _____	188
17.3 Der rechtsmedizinische Befund _____	189
17.4 Der Täter _____	189
17.5 Die erneute sachverständige Beurteilung _____	193
18 „False Memories“ – Falsche Erinnerungen an sexuellen Missbrauch. Aussagepsychologische und juristische Perspektiven _____	197
<i>Mareike Schüler-Springorum</i>	
18.1 Einleitung _____	197
18.2 Grundlagen aussagepsychologischer Begutachtung _____	198
18.3 Neuere Erkenntnisse zu False memories: gedächtnispsychologische Studien _____	199

19 „EFA“ – Evaluation forensisch-psychiatrischer Ambulanzen in Bayern – Ergebnisqualität	209
<i>Halina Sklenarova und Michael Osterheider</i>	
19.1 Ambulante forensisch-psychiatrische Nachsorge	209
19.2 Wissenschaftliche Evaluation	210
19.3 Ergebnisse	213
19.4 Diskussion	216
20 Neue Perspektiven in der Risikoprognostik und im Risikomanagement in der forensisch-psychiatrischen Versorgung	219
<i>Andrea Trost und Martina Piefke</i>	
20.1 Hintergrund – die Maßregeln zur Besserung und Sicherung gemäß §§ 63, 64 StGB	220
20.2 Risikoprognostik und Risikomanagement	221
20.3 Instrumente zur Risikoprognose	222
20.4 Ressourcen und protektive Faktoren im Kontext des individuellen Risikomanagements	224
20.5 Neuropsychologische Profile als Element des Risikomanagements	225
20.6 Therapieansatz neuronale Plastizität	229
20.7 Genetische und epigenetische Faktoren als Grundlagen erfolgversprechender Therapieansätze	230
20.8 Fazit	231
21 Suchtartige Progredienz der Paraphilie am Beispiel einer Nekrophilie	235
<i>Sabine R. Vaih-Koch</i>	
21.1 Einleitung	235
21.2 Phänomenologie	236
21.3 Kasuistik	239
21.4 Konzept der „süchtigen Entartung“ der Paraphilie	242
21.5 Überlegungen zu gutachterlichen Aspekten der Schuldfähigkeit	243
22 Fallverständnis und klärungsorientiertes Vorgehen bei Klienten mit narzisstischen Störungen im forensischen Setting	245
<i>Marc Walburg und Rainer Sachse</i>	
22.1 Einleitung	245
22.2 Störungsspezifische Ursachen dysfunktionaler Verhaltensmuster	246
22.3 Narzisstische Prägungen	248
22.4 Spezielle Voraussetzungen und Anforderungen im forensischen Setting	249
22.5 Gezieltes psychotherapeutisches Vorgehen mit narzisstisch geprägten Klienten	251
22.6 Ziele, Chancen und Grenzen des klärungsorientierten Vorgehens	254
22.7 Fazit	256

23 Eine empirische Untersuchung von Schulattentaten und ihre Implikationen für Risikobeurteilung und Interventionsmöglichkeiten bei Gewalt am Arbeitsplatz Schule	257
<i>Michael A. Weber</i>	
23.1 Einleitung	257
23.2 Methodik der Untersuchung	258
23.3 Ergebnisse	260
23.4 Diskussion	264
23.5 Fazit und Ausblick	267
24 Prognosefehler vs. Prognoseirrtümer: Empirischer Zusammenhang zwischen der Einhaltung von Mindestanforderungen und der Trefferquote von Prognosegutachten laut BZR?	271
<i>Maximilian Wertz und Helmut Kury</i>	
24.1 Relevanz	272
24.2 Methodik	274
24.3 Ergebnisse	276
24.4 Diskussion	281
25 „False Memories“ – Falsche Erinnerungen an sexuellen Missbrauch, insbesondere bei lange zurückliegenden Geschehnissen – richterliche Gesichtspunkte	289
<i>Thomas Wolf</i>	
25.1 Der Ausgangsfall	289
25.2 Wissenschaft – was ist das?	290
25.3 Wissenschaft und Gericht	291
25.4 Psychologie und ihre Wissenschaftlichkeit	292
25.5 Fazit	296
Die Herausgeberin	298

1 New Drugs – neue Probleme?

Norbert Beck

1.1 Warum ist/wird man high?

Die Geschichte berauschender Mittel ist wenigstens so alt wie die Geschichte der Menschheit. Unsere enzymatische Ausstattung hat zur Selektion einer menschlichen Spezies geführt, die Alkohole und Drogen im Körper verstoffwechseln kann. Was der Körper nicht braucht und nicht belastet, bildet er nicht oder bildet es zurück (s. Osteoporose). Und es finden sich reichlich Rezeptoren im Körper, die das Schloss für den Schlüssel „Droge“ darstellen (Endorphin-/Opioid-Rezeptoren, Cannabinoid-Rezeptoren, usw.).

Menschen auf altsteinzeitlichem Niveau, also etwa vor 12.000 Jahren, kannten bereits Pfeilgifte und Rauschdrogen. Die Buschmänner bereiteten beispielsweise ein Gift, indem sie ihre Pfeile salbten aus einer ganz bestimmten Art von Insektenpuppen. Es wirkt langsam aber sicher. Das angeschossene Tier wird zunächst sich selbst überlassen, damit es nicht zu weit fortläuft, und am nächsten Tag – die archaischen Jäger sind unfehlbare Spurenleser – aufgesucht. Wir müssen bedenken, dass während mindestens 99% der menschlichen Evolution unsere Vorfahren als primitive Jäger und Sammler lebten. Die Kenntnis essbarer Pflanzen gehörte zu den wichtigsten Bestandteilen dieses Wissens. Auf der Suche nach dieser Kenntnis haben unsere Vorfahren die Rauschdrogen kennengelernt.

Drogen wirken jedoch auf Tiere vermutlich ganz anders als auf Menschen. Während das Verhalten der Tiere instinktiv, also im Wesentlichen vom Stammhirn kontrolliert wird, dienen beim Menschen erlernte Kontrollmechanismen, die man in der Hirnrinde lokalisiert, diesem Zweck. Da diese Kontrollmechanismen immer in sozialen Prozessen erworben werden, gewinnt die Rauschdroge wenigstens zeitweise eine soziale Bedeutung – sowohl in positiver als auch in negativer Hinsicht. Positiv, im

Falle der Schamanen, des religiösen Visionärs, der aus seinem Alltags-Ich heraustritt, um neue spirituelle Erfahrungen zu suchen und negativ, im Falle des demoralisierten Süchtigen, der soziale Spielregeln verletzt, weil die Droge sein ganzes Wollen ausfüllt, sodass für andere Absichten kein Platz mehr ist.

Die Frage, ob die Rauschdrogen am Anfang der menschlichen Religion standen oder erst später in sie eindrangen, ist nicht nur kaum endgültig zu entscheiden, sondern auch anthropologisch falsch gestellt. Keine Droge vermag einem Menschen etwas zu geben, was nicht bereits latent in ihm vorhanden ist. Selbst fanatische Anhänger halluzinogener psychedelischer Drogen haben nie behauptet, dass die Rauschdroge auch nur einen einzigen Gedanken macht, sie ermöglicht ihm nur, sie führt den Berauschten zu ihm, indem sie Filter und Hemmungen des seelischen Normalzustandes beseitigt, der auf das Überleben des Individuums eingestellt ist (Schmidbauer u. Scheidt 1992).

Rausch hat demnach sowohl eine individualisierende Komponente (In-sich-sein, Selbsterkenntnis, Hochgefühl) als auch eine gesellschaftliche Komponente (Lösung von Hemmungen, dadurch anscheinend offeneres und zugewandtes Verhalten anderen Personen gegenüber, Künstlerzirkel u.ä.). Letztendlich zeigen sich aber auch in der Diagnostik der Sucht Merkmale, die eine zunehmende Abspaltung aus der Gesellschaft mit Überschreiten von Normativen zur Folge haben: craving mit zunehmendem Zeitaufwand für die Beschaffung der Droge, Rückzug aus dem Sozialleben mit Verlust des Interesses an anderen Beschäftigungen. Hobbys, Familie, soziale Kontakte und Beruf werden vernachlässigt. Die Droge wird zum Lebensmittelpunkt.

1.2 Was macht high?

Um das „Hochgefühl“ zu erleben, muss eine Beeinflussung des Zentralnervensystems herbeigeführt werden. Diese Beeinflussung kann indirekt oder direkt erfolgen:

- **indirekt** durch Beeinträchtigung verschiedener Organe und Systeme, beispielsweise Tätigkeit des Herz-Kreislauf-Systems, der Atmung, des Glukosestoffwechsels;
- **direkt** durch Wirkung an Rezeptoren im Gehirn, beispielsweise durch Beeinflussung von Membranpotenzialen, Beeinflussung des Austausches und der Rückresorption von Transmittern.

Daraus lassen sich verschiedene Substanzen und Substanzgruppen mit Wirkung auf das Zentralnervensystem zusammenfassend darstellen:

- Alkohole
- Amphetamine
- Cannabinoide
- Cocaine
- Opiate
- LSD
- Arzneimittel (Benzodiazepine, Antidepressiva, Anxiolytica, Antipsychotica, aber auch Antihypertonica, Muskelrelaxantien etc. – Nebenwirkung zahlreicher Arzneimittel)
- pflanzliche und tierische Alkaloide

1.2 Was macht high?

Die meisten dieser Substanzen besitzen eine direkte Wirkung auf das Zentralnervensystem. Die Gründe liegen auf der Hand: Je indirekter eine Wirkung auf das Zentralnervensystem sich entwickelt, desto störanfälliger ist das Wirksystem. Die Wirkung wird durch Gegensteuerung abgeschwächt oder verstärkt und gerät somit aus der Kontrolle (so beispielsweise die Wirkung über die Beeinträchtigung der Lungenfunktion – diese kann über Hyper- oder Hypoventilation massiv beeinträchtigt werden). Eine direkte Beeinträchtigung der Rezeptoren-/Transmitterausschüttung, bzw. Transmitterrückresorption benötigt keine Unterstützung anderer Organsysteme, wodurch sich eine vermeintlich bessere Steuerung und höhere Intensität des Rauschzustandes ergibt.

Folgende Merkmale kennzeichnen nach Böckem et al. (2015) ein „High“, also einen veränderten Bewusstseinszustand. Sie können einzeln oder kombiniert auftreten:

- **Veränderung des Denkens:** Denkprozesse werden bildhafter, assoziativer, unzusammenhängender.
- **Veränderung des Zeitempfindens:** Die Zeit vergeht subjektiv schnell oder langsam, unabhängig vom tatsächlichen Verstreichen der Zeit.
- **teilweiser Verlust der Kontrolle:** Enthemmung, die unter anderem helfen kann, sexuelle Blockaden zu überwinden, aber auch sexuellen Übergriffen gegenüber wehrlos machen oder zu Aggressivität und höherer Gewaltbereitschaft führen kann.
- **Veränderung der Emotionalität:** Gefühle wie Freude, aber auch Angst oder Wut werden intensiviert oder gedämpft.
- **Veränderung der Körperwahrnehmung:** Deutlichere oder verminderte Wahrnehmung des eigenen Körpers oder seiner Bedürfnisse nach Schlaf oder Essen, das Gleiche gilt für das Schmerzempfinden.
- **Wahrnehmungsveränderungen:** Fokussierung auf Details, Überfrachtung mit Reizen, Intensivierung der Farbwahrnehmung, Verzerrungen und Illusionen.
- **Veränderung des Bedeutungserlebens:** Im Alltag als unwichtig Empfundenes steht plötzlich im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit, persönliche Werte und Überzeugungen können infrage gestellt werden; dies schließt gelegentlich auch spirituelle Erfahrungen ein.
- **Veränderung der sprachlichen Ausdrucksfähigkeit:** vermehrtes Sprechbedürfnis oder auch Versagen der Sprachfähigkeit.
- **Hypersuggestibilität:** höhere Beeinflussbarkeit durch andere.

Daraus ließen sich folgende Aspekte diskutieren: Gibt es eine Droge ohne Suchtpotenzial? Sollten nicht zur gelegentlichen Berausung Substanzen auf den Markt gebracht werden, die eine körperlich und seelisch suchtfreie Berausung ermöglichen?

Auf diese Fragen muss gekontert werden: Ist eine Droge mit Glückswirkung auf das Zentralnervensystem (im limbischen System/Nucleus accumbens) ohne Suchtfaktor überhaupt denkbar? Zumindest dürfte es vonseiten der Hersteller bzw. der Dealer nicht erwünscht sein, denn nur so lassen sich Maximalgewinne erzeugen:

- die Substanz sollte kostengünstig herzustellen sein;
- die Substanz sollte nicht tödlich wirken;
- die Substanz sollte ein hohes psychisches Abhängigkeitspotenzial besitzen;

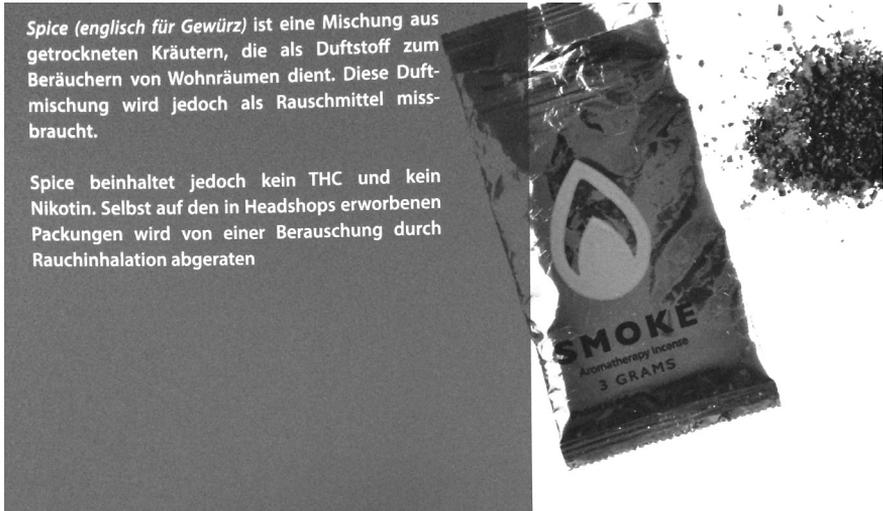


Abb. 1 „Gewürzmischung“

- die Substanz sollte Glücksgefühle hervorrufen;
- die Substanz sollte diese Glücksgefühle nicht zu kurz (Dissozialität und Belastung durch zu häufiges und intensives craving) und nicht zu lang ermöglichen (zu geringes craving, zu geringer Drogenumsatz);
- die Substanz sollte nicht illegal sein.

Für diese Maßgaben müssen die Hersteller keine neuen Substanzen erfinden, sie müssen nur die bestehenden Chemikalien entsprechend modifizieren, um zumindest die kostengünstige Herstellung einer Substanz mit psychischem Abhängigkeitspotenzial vermeintlich legal praktizieren zu können (s. Abb. 1).

Legal Highs im engeren Sinne sind demnach synthetische Verbindungen mit psychoaktiver Wirkung, die sich in Bezug auf Struktur und Wirkungsweise oft nur geringfügig von den bekannten Drogen unterscheiden. Neben der großen Strukturklasse der Phenylethylamine gehören sowohl verschiedene Tryptamin- und Piperazinderivate als auch die synthetischen Cannabinoide zu diesen neu auf dem Markt auftretenden Substanzen. Aufgrund der ständigen Reaktion der Hersteller auf die aktuelle Gesetzeslage und die dadurch bewirkte Flut an immer neu modifizierten Substanzen ist eine eindeutige Klassifizierung der Legal Highs schwer möglich. Jedoch lassen sich ein Großteil der Verbindungen den o.g. Stoffklassen zuordnen:

- Phenylethylamine: Ephedrin (in Ephedra-Pflanze in der Natur), Cathinon, Norephedrin und Pseudonorephedrin – am bekanntesten: Amphetamin; 2C-B (in den 80ern noch als Aphrodisiakum ‚Nexus‘ gehandelt)
- Tryptaminderivate – abgeleitet von der Grundstruktur des Serotonins: Psilocybin (in magic mushrooms), Bufotenin (Hautsekret verschiedener Krötenarten)
- Piperazinderivate: ähnliche Struktur wie Methylphenidat (Handelsname ‚Ritalin‘)

1.3 Gutachterliche Probleme?

Die Flut an immer weiter modifizierten Substanzen stellt vor allem eine große Herausforderung für die klinische und forensische Toxikologie dar. Pharmakologie und Toxikologie sind teilweise noch nicht untersucht. Auch Metabolismusuntersuchungen und die Nachweisbarkeit in biologischen Matrices sind aktuell erschwert (Hess et al. 2014).

Wofür sind chemisch-toxikologische Untersuchungen wichtig?

Forensisch gesicherte Laboruntersuchungen sind in vorliegendem Falle für die Beurteilung substanzspezifischer psychischer Ausnahmesituationen wichtig. Insbesondere besteht Bedarf, die Datenlage deutlich zu erweitern, um Wirkung, Wirkungsspektren, Gefährlichkeit, Toxizität und Letalität von Substanzen zu erfassen und ggf. auch rechtlich in das Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (BtMG) einzuordnen. Denn letztlich muss klar sein, dass ein nicht unerheblicher Teil zumindest der Jugendlichen und Jungerwachsenen (Erhebung von 2011: etwa 5% der 15- bis 24-jährigen haben bereits einmal Legal Highs konsumiert) an einem unkontrollierten Versuch mit unbekanntem chemischen Substanzen teilnimmt (Hess et al. 2014)!

Die vermeintliche Legalität und dadurch abgeleitete scheinbare Harmlosigkeit wird durch den Vertrieb im Internet sowie in „Head“- und „Smart-Shops“ als Badesalze, Luftfrischer, Bongreiniger u. ä. suggeriert. Nicht selten enthalten die Verpackungen den Hinweis: „nicht für den menschlichen Gebrauch geeignet“. Auf der Seite www.herbdevil.com werden zahlreiche Varianten und Kombinationen von Legal Highs angeboten.

1.3 Gutachterliche Probleme?

Die forensische Begutachtung von Sachverhalten mit toxikologischem Background umfasst im Wesentlichen folgende Bereiche:

- Stellungnahme zur Letalität im Rahmen von Todesursachenermittlungen
- Straßenverkehrsrecht: Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit
- Fahrerlaubnisverordnung: Beeinträchtigung der Fahrtauglichkeit (zumeist in Begutachtungsstellen zur Fahreignung)
- Strafrecht: Beeinträchtigung der Steuerungsfähigkeit
- Kriminologie: Beeinträchtigung der Willensbildungs-, Handlungs- und Erinnerungsfähigkeit

Die gutachterliche Feststellung der Letalität von forensisch-toxikologischen Sachverhalten stellt ein so breites Gebiet dar, dass im Rahmen der vorliegenden Publikation keine weiteren Ausführungen gemacht werden. Interessenten wäre die rechtsmedizinische Standard- und spezielle Fachliteratur zu empfehlen.

Bei den übrigen Gebieten – Begutachtung der Fahrtüchtigkeit/Fahrtauglichkeit; der Steuerungsfähigkeit und anderer Aspekte der Hirnleistungsfähigkeit – muss auf die klassische forensisch-psychiatrische Literatur verwiesen werden. Zur Frage des Alkohols ist bereits 1996 durch Prof. Kröber (aus forensisch-psychiatrischer Sicht) und Prof. Joachim (aus rechtsmedizinischer Sicht) vor dem BGH der Zusammenhang zwischen Promillewerten und alkoholbedingten Ausfallserscheinungen referiert worden (Kröber 1996)¹. Hier wurde einhellig festgestellt, dass es keinen gesicherten Zusam-

1 Vgl. StGB § 21 (Beweiswert der BAK). StV 11/96 (1996), 593ff.

menhang gibt, der zwingend von einem selbst forensisch in einem Labor gesicherten Blutalkoholwert auf eine bestimmte Symptomatik schließen ließe. Es muss also wenn möglich neben der Feststellung eines Laborwertes die Symptomatik einer erheblichen Leistungsminderung des Zentralnervensystems gutachterlich geprüft werden. Beurteilung dieser Symptomatik ist Grundwissen und Arbeitsmaterial eines forensischen Psychiaters ebenso wie das eines Rechtsmediziners! Und genau da muss der gutachterliche Ansatz praktiziert werden – egal, ob Laborwerte vorliegen oder nicht.

Welche Symptome sind nun bei den Drogen zu erwarten? Können oder müssen die Legal Highs entsprechend ihrer chemischen Gruppenzuordnung beurteilt werden? Das steht dem Gutachter letztendlich frei. Da zumeist unbekannt sein dürfte, welche Substanzen zur Anwendung kamen bzw. wann der Substanzkonsum stattfand, sollte vielleicht die größte Gruppeneinteilung präferiert werden:

- **aufputschende Substanzen – „upper“ – Stimulanzien:** euphorisierend, subjektiv empfundene Steigerung der Leistungsfähigkeit, machen gesprächiger, mindern das Hungergefühl sowie das Schlafbedürfnis – Amphetamine (Speed, Crystal Meth), Kokain, Koffein, MDMA (Ecstasy), Nikotin, Ritalin u.a.
- **beruhigende Substanzen – „downer“ – Sedativa:** reduzieren Ängste, euphorisieren (hängt von Phase der Drogenwirkung, Substanz und individueller Reaktionslage ab), verringern Leistungs- und Konzentrationsfähigkeit, erhöhen Schlafbedürfnis – Alkohol, Opioide (z.B. Heroin, Morphin, Methadon, Tilidin), Schlaf-, Schmerz-, Beruhigungsmittel (z.B. Tavor, Valium), Cannabinoide u.a.
- **phantasieanregende Substanzen – Halluzinogene:** Wachträume, traumähnliche Bilder, Wahrnehmungsveränderungen, Beeinflussung aller Sinne sowie des eigenen Körpergefühls – LSD, Psilocybinpilze, Cannabis, u.a.

Zu erkennen ist selbst bei dieser groben Einteilung, dass überwiegend Parameter der Hirnleistungsfähigkeit beeinträchtigt sein dürften, also Bewusstsein, Orientierung, inhaltliches und formales Denken. Auffällig ist auch, dass sich die Substanzen teils in verschiedenen Gruppen wiederfinden, also eine strenge Gruppentrennung gar nicht möglich ist. Bleibt demnach lediglich die klassische syndrombezogene Begutachtung entsprechend der psychopathologischen Referenzkriterien nach Saß (Kröber 1996; Saß 1991).

In Anlehnung an die Begutachtung der alkoholbedingten Minderung oder Aufhebung der Steuerungsfähigkeit muss hier wie folgt vorgegangen werden:

Die Feststellung der Symptome einer substanzbezogenen Leistungsbeeinflussung des Zentralnervensystems ist entscheidend, um gutachterlich zur Feststellung einer akuten „krankhaften seelischen Störung“ zu gelangen. Selbst bei einer Verminderung der Steuerungsfähigkeit sind *erhebliche* Ausfallerscheinungen über Einlassungen, Zeugenaussagen und andere Anknüpfungstatsachen (polizeiliche Ermittlungen, Spurenlagen, Tatortfotos u.ä.) zu ermitteln, die nachfolgend gemäß psychopathologischer Tradition gutachterlich in 4 „Achsensyndromen“ zusammenzufassen sind. Diese Syndrome müssen bei einer erheblichen Minderung der Steuerungsfähigkeit parallel zueinander in unterschiedlicher Qualität und Intensität vorliegen:

Neurologisches Achsensyndrom: Beeinträchtigung von Sprache (Artikulation, Lautstärke), Gleichgewichtssinn, Feinmotorik und zunehmend der gesamten motorischen Koordination – da im Wesentlichen eine zielgerichtete Beeinträchtigung des limbischen Systems bei den meisten Drogen unterstellt werden muss, ist entsprechend der Wirkungen der „upper“, „downer“ und Halluzinogene eine indirekte neurologische Wirkung über die Beeinträchtigung des hirnerkranklichen Achsensyndroms zu erwarten.

Akutes hirnerkrankliches Achsensyndrom: Gemeint ist das klassische Achsensyndrom der akuten hirnerkranklichen Beeinträchtigung von Bewusstsein, Orientierung, inhaltlichen und formalen Denken sowie der Wahrnehmung: Beeinträchtigung der Denkvorgänge mit Einschränkung der gedanklichen Vielfalt, Neigung zu Wiederholungen (Konzentrationsfähigkeit!), eingeschränkter Auffassungsfähigkeit und eingeschränkter Anpassung an äußere Vorgaben (Verlust des sogenannten „roten Fadens“), Verlangsamung der Denkabläufe, merkbare Einschränkung der zielsicheren und gleichzeitig umweltflexiblen Umsetzung eines Handlungsplans.

Affektives Achsensyndrom: Ausgeprägte euphorische oder missmutig-reizbare oder depressive, z.T. jammerig-klagsame Verstimmung, teilweise in raschem Wechsel zwischen diesen Zuständen; je nach Phase der Beeinflussung durch die jeweilige Substanz.

Verhaltensänderungen: Deutliche Verhaltensänderungen im Vergleich zum nüchternen Zustand: in der Form brütenden Rückzugs, z.T. mit heftigen Reaktionen bei geringfügigen Störungen, in Form des unkomplizierten Rückzugs, in Form der distanzgeminderten Extraversion, in Form des ungerichteten Handlungsdrangs, in Form der erhöhten Diskussions-, Streit- und Kampfbereitschaft.

Schwere Rauschzustände, bei denen eine Exkulpation zu prüfen ist, sind gekennzeichnet vor allem durch ein ausgeprägtes hirnerkrankliches Achsensyndrom mit massiven Störungen der Orientierung und der situativen Anpassung bis hin zur Aufhebung der Bezugnahme auf äußere Vorgaben mit hochgradigen, fahrigen Erregungszuständen oder Verlangsamung und Schläfrigkeit bis hin zur bald darauf eintretenden Bewusstlosigkeit (je nach Droge und Zeit der Einnahme). Diese Zustände sind anlassbezogen für den Deliktzeitraum zu ermitteln. Spätere Feststellungen von Ausfallerscheinungen, beispielsweise während der polizeilichen Maßnahmen teils Stunden nach einem Deliktzeitraum, können ein erheblich anderes Bild (sowohl deutlich beeinträchtigter, als auch deutlich „nüchterner“) bieten. Verlaufs- und Zustandsänderungen sind wichtig in der Beurteilung, insbesondere da viele Drogen im akuten Rauschzustand ein anderes Syndrombild als in der späten Drogenwirkung oder nach Abklingen des Wirkspiegels im Blut bieten, teils mit phasenartig wellenförmigem Verlauf und sogenannten Echorausverläufen.

Was jedem Kenner der Gutachterszene hier problemlos auffällt, ist die Ähnlichkeit zur Begutachtung alkoholbedingter Steuerungsfähigkeit. Es geht demnach in allen forensisch relevanten Bereichen – Fahrtüchtigkeit, Fahrtauglichkeit, Steuerungsfähigkeit, Willensbildungs-, Handlungs- und Erinnerungsfähigkeit – auch bei den drogenrelevanten Beeinträchtigungen immer um die fachärztliche – forensisch-psychiatrische oder rechtsmedizinische – Beurteilung der Leistungsminderung des Zentralnervensystems.

1.4 Zusammenfassung

1. Begutachtungen durch Beeinträchtigungen mit Legal Highs bzw. neuen psychoaktiven Substanzen stellen forensisch-toxikologische Labore vor schwierige Aufgaben. Diesbezügliche Analysen sind für die Beurteilung von Todesfällen von essenzieller Bedeutung, aber auch um die Gesetzeslage des BtMG an die aktuelle Marktlage ggf. anzupassen.
2. Rechtsmedizinisch und forensisch-psychiatrisch wirft die fachärztliche Beurteilung der Beeinträchtigung der Hirnleistungsfähigkeit für forensische Fragestellungen kein neues Problem auf, da die diesbezügliche Beurteilung entsprechend der psychopathologischen Referenzkriterien sowohl für substanzbezogene als auch nicht substanzbezogene Beurteilungen der Hirnleistungsfähigkeit in foro seit Jahrzehnten ein grundlegendes Instrumentarium fachärztlicher Tätigkeit darstellt.

Literatur

- Böckem J, Jungaberle H (2015) HighSein – Ein Aufklärungsbuch. Rogner & Bernhard Berlin
- Hess C, Maas A, Madea B (2014) „Legal highs“ Chemie, Pharmakologie, toxikologische und forensische Bedeutung. Rechtsmed. 4, 291–305
- Herb devil shop. URL: www.herb-devil.com, zugegriffen am 25.07.2017
- Kröber HL (1996) Kriterien verminderter Schuldfähigkeit nach Alkoholkonsum. NSTZ 16, 569–576
- Saß H (1991) Forensische Erheblichkeit seelischer Störungen im psychopathologischen Referenzsystem. In: Schütz H, Kaatsch HJ, Thomsen H (Hrsg.) Medizinrecht – Psychopathologie – Rechtsmedizin. Festschrift für Günter Schewe. Springer Verlag Berlin/Heidelberg/New York, 266–281
- Schmidbauer W, Scheidt Jv (1992) Handbuch der Rauschdrogen. Fischer Taschenbuch Verlag Frankfurt a.M. StGB § 21 (Beweiswert der BAK). Strafverteidiger StV 11/96, 593ff.

2 Besonderheiten in den Aussagen junger Menschen

Susanne Cordes-Welzel

Emotional und detailreich vorgetragenen Aussagen junger Menschen zwischen 12 und 25 Jahren über traumatisierende Erlebnisse, vor allem im Bereich sexuellen Missbrauchs, wird häufig von vornherein geglaubt, auch wenn es sich um Falschaussagen handelt. Nicht selten sind Zeugen vollkommen überzeugt davon, dass ihre Erinnerungen zutreffend sind und dass sie diese wirklich erlebt haben. Sie beschreiben solche Pseudoerinnerungen in vielen Einzelheiten. Anhand von drei Fallvignetten wird ein Einblick gegeben in die Wirksamkeit von Motivationen und kognitiven Verzerrungen, fremd- und autosuggestiver Prozesse bei der Entstehung von Scheinerinnerungen sowie aussagepsychologische Möglichkeiten „falsche“ von „erlebten“ Aussagen zu unterscheiden.

2.1 Fallbeispiele

1. Fallbeispiel

Ein 12-jähriges Mädchen, nennen wir es Karin, ist als Einzelkind unter sehr ungünstigen familiären Bedingungen aufgewachsen. Sehr früh hatte Karin ein Gefühl von Verlassenheit, Alleinsein durch die arbeitende Mutter einerseits und den Vater, von dem sie sich nach Scheidung und räumlicher Trennung von der Familie im Stich gelassen fühlte. Karin ist eine Einzelgängerin mit einem geringen Selbstwertgefühl, die Mühe hat, in der Kindergruppe sozial anerkannt zu sein, Freundschaften zu schließen.

Karin befindet sich aufgrund unklarer Symptome wie Bauchweh, Fieber und Essensverweigerung zur Abklärung stationär im Krankenhaus. Dort erfährt sie durch ihre Mutter, sie müsse den getrenntlebenden Vater demnächst pro Woche drei Stunden besuchen. Daraufhin erhebt sie die ersten Anschuldigungen. In der 1. Vernehmung gibt Karin an, der Vater habe sie anfangs im Intimbereich mit der Hand berührt und mit dem Finger penetriert, sie beschimpft, geschlagen und mit Drohungen zur Kooperation gezwungen. Eine 2. Vernehmung findet auf Karins dringende Initiative statt, weil sie noch nicht alles habe erzählen können. Sie ergänzt ihre Aussage dahingehend, dass sie sei von ihrem Vater mit dem Penis penetriert und neben Schlägen als Schlampe und Hure betitelt worden sei. Eine 3. Vernehmung findet auf eine Meldung von erneuten Übergriffen statt. Der inzwischen getrenntlebende Vater habe Karin am Nachmittag des Vortages in der Wohnung vergewaltigt, nachdem er sie eine Woche vorher in einer Seitenstraße gegen ihren Willen im Stehen penetriert habe. Karin schildert ihre Erlebnisse teilweise in einer sehr emotionalen, dramatischen Weise, unter Tränen und mit fast versagender Stimme und gibt sehr viele anschauliche Einzelheiten an. Gegen Ende dieser 3. Vernehmung wird sie schließlich damit konfrontiert, dass die beiden letztgenannten sogenannten Vergewaltigungserlebnisse gar nicht haben stattfinden können, weil der angeschuldigte Vater zu dieser Zeit jeweils nachweislich am Arbeitsplatz gewesen sei. Karin reagiert verwirrt. Sie versichert unter Tränen, er sei wirklich bei ihr gewesen. Sie sei ganz sicher, dass sie das erlebt habe. Sie könne nicht verstehen, dass es da offenbar zwei Meinungen gäbe, sie sei „ein bisschen durcheinander“.

Genau hier erleben wir ihn wieder, diesen Grundkonflikt: Hat sich das wirklich so ereignet, wie das junge Mädchen es erlebt zu haben glaubt, oder hat sie es wirklich so erlebt, gar alles erfunden? Basiert vielleicht nur ein Teil der Aussagen auf eigenen Erlebnissen, ein anderer nicht? Da der Angeschuldigte für mehrere Tatvorwürfe ein unumstößliches Alibi hat, *kann nicht alles* erlebt worden sein, was da berichtet wird. Dennoch enthält die Aussage viele Details, von denen etliche in allen drei Aussagen konstant zu finden sind. Und immerhin werden die Tatvorwürfe ja mit starkem, emotionalem Ausdruck vorgetragen. Fachlich „unbelastete“ Personen würden darin einen sicheren Hinweis auf eine Erlebnisgrundlage der Schilderungen sehen, zumal sich Karin felsenfest sicher zeigt, alles erlebt zu haben, was sie berichtet hat und ihre Verwirrung wirkt außerordentlich überzeugend. Wie erklärt sich also demnach die Diskrepanz von überzeugter Aussage und nachweislicher Unmöglichkeit ihres Inhalts?

2. Fallbeispiel

Die Wochenzeitung, DIE ZEIT berichtet mit der Ausgabe vom 03.04.2008 von einer 17-jährigen, genannt Rebecca: Darin heißt es, sie sei an einem Abend im November einem kleinen Kind zu Hilfe geeilt, das von vier Rechtsradikalen drangsaliert worden sei. Daraufhin hätten diese sie gepackt und ihr trotz ihrer Gegenwehr mit einer skalpellartigen Waffe ein Hakenkreuz in die Hüfte geschnitten. Der Fall erregt Aufsehen, geht durch die Medien und Rebecca erhält sogar einen Ehrenpreis für Zivilcourage. Sie bedankt sich mit Schluchzen, um sich laut Presse anschließend ZITAT „profilhaft dem Medienansturm“ zu präsentieren, vor den Kameras zu posieren und sich strahlend gratulieren zu

lassen. Für den angegebenen Vorfall können keine Zeugen gefunden werden, auch das angegebene Opfer nicht. Das Hakenkreuz könnte sich Rebecca laut gerichtsmedizinischem Gutachten selbst beigebracht haben. Die Staatsanwaltschaft ermittelt wegen möglicher Vortäuschung einer Straftat. Handelt es sich um eine bewusste Falschaussage? Oder ist Rebecca selbst überzeugt, dass sie die traumatisierende Situation tatsächlich erlebte?

3. Fallbeispiel

Eine junge Frau von 23 Jahren – ich nenne sie Martina – hat mehrere Lehren abgebrochen und Schwierigkeiten in Partnerbeziehungen. Sie ist mehrmals in psychiatrischen Kliniken hospitalisiert worden wegen Suizidversuchen, Bulimie, Medikamentensucht, Selbstverletzungen. Es wird eine Borderline-Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. In der Therapie gibt Martina an, zwischen ihrem 11. und 17. Lebensjahr vom Vater sexuell missbraucht worden zu sein, mehrmals ganze Wochenenden lang. Ihr wird nahegelegt, ihre Erlebnisse tagebuchartig niederzuschreiben. In den einzelnen Kapiteln schildert sie detailliert zunehmende Gewalttätigkeiten und immer mehr sexuelle Handlungen, so dass an den jeweils beiden Wochenendtagen schließlich mehr als 30 Penetrationen, meist mit Ejakulation, stattgefunden haben sollen. Auch hier hat man sich zu fragen, ob es sich um bewusst falsche Angaben handelt, ob ein Teil oder alle Angaben eine Erlebnisgrundlage haben, ob Martina überzeugt ist, dass ihre Erinnerungen an die schrecklichen Erlebnisse auf Wirklichkeit beruhen.

In allen drei Fällen lautet die Frage: Handelt es sich um Dichtung oder um Wahrheit?

2.2 Gemeinsamkeiten und Typisches der Beispiele

Ich habe diese drei Fälle ausgewählt, weil sie Gemeinsamkeiten aufweisen und in ihnen ist darüber hinaus etwas Typisches zu erkennen:

- Allen Aussagen dieser drei jungen Menschen wurde zunächst von ihren Zuhörern geglaubt. Zweifel stellten sich erst im Laufe der Untersuchungen ein, jedoch nicht bei allen Personen, die mit den Angaben von Karin, Rebecca und Martina in Berührung gekommen waren. Dies mag daran gelegen haben, dass die Zuhörer und Zuhörerinnen sich nicht vorstellen konnten, Berichte über derartig dramatische Traumatisierungen könnten nicht den Tatsachen entsprechen. Andererseits wirkten alle drei jungen Frauen sehr überzeugend.
- Alle drei Personen haben das Kindesalter hinter sich gelassen. Karin und Rebecca leben aber in einer störungsanfälligen, labilen Entwicklungsphase (zwischen 12 und 17 Jahren), in der das *Thema der Identitätsfindung* äußerst wichtig ist mit Fragen, wie z.B.: „Wer bin ich?“, „Werde ich von anderen Menschen respektiert und ernst genommen?“, „Bin ich wichtig für andere, für die Welt?“ Auch die 23-jährige Martina schlägt sich noch mit diesen Themen herum. Das zeigt ihr Tagebuch deutlich.

2 Besonderheiten in den Aussagen junger Menschen

- Karin und Martina geben an, in ihrem unmittelbaren, familiären Umfeld subjektiv einen *Mangel an Liebe, Zuwendung und Achtung* erlebt zu haben. Über ein diesbezüglich subjektives Erleben Rebeccas ist nichts bekannt.
- Schließlich ist in allen drei genannten Fällen zunächst unklar, ob es sich um bewusste Falschaussagen handelt, bei denen gezielt die *Phantasie* eingesetzt wurde oder ob sie vielmehr auf bewusstseinsferner *Einbildung* beruhen.

2.3 Motivation

Während Pubertät und Jugendalter ist bei jungen Menschen die *Suche bzw. das Finden einer eigenen Identität* ein zentrales Thema. Es geht um den eigenen Körper, die eigenen Stärken und Schwächen, eine eigene Persönlichkeitskonstante. *Beachtet* zu werden und als *wichtig zu gelten* sind Anliegen, die eine große Rolle spielen. Dabei kann es sich um den Wunsch nach Aufmerksamkeit von Personen im nächsten Umfeld oder um Geltung in einem größeren Rahmen handeln. Die öffentliche Aufmerksamkeit orientiert sich in der Gegenwart an den Medien und wer etwas darstellen will, muss um sogenannte „Medienpräsenz“ bemüht sein, die so etwas wie einen Echtheits-Stempel bedeutet. Damit wird gewissermaßen „bewiesen“, wer man ist und in der eigenen Identität bestärkt. Wie sehr dieses gerade jungen Menschen eine Anstrengung wert ist, kann man gar nicht hoch genug einschätzen. Das genannte Beispiel Rebecca, in dem möglicherweise dafür sogar eine schmerzhafteste Selbstverletzung in Form eines Hakenkreuzes in Kauf genommen wurde, ist kein Einzelfall.

Angenommen, eine heranwachsende junge Frau hat immer wieder Schwierigkeiten in den Bereichen ihres Lebens. Das Mädchen, aber auch ihre Umgebung (Familie, Freunde, Schule, Lehrmeister) wird sich fragen, woran das liegen könne. Angesichts der Tatsache, dass das Thema sexueller Übergriffe seit etlichen Jahren immer wieder in den Medien auftaucht, ist es nur eine Frage der Zeit, wann jemand im Umfeld des Mädchens oder die junge Frau selbst auf die Idee kommt, ihre Probleme könnten aus derartigen Erlebnissen herrühren. Im Zusammenhang von Anzeige und Strafverfahren verleihen die Vorgaben des Opferhilfegesetzes den betreffenden Jugendlichen von vornherein eine sichere Identität als Opfer mit den Begleiterscheinungen von Aufmerksamkeit Interesse, Zuwendung und Mitleid durch die Umwelt und eigenen Gefühlen von Wichtigkeit.

2.4 Kognitive Verzerrung

Ist der Gedanke, ein Missbrauchsopfer zu sein, einmal entstanden, entwickelt er gewissermaßen ein Eigenleben. Wie sich in wissenschaftlichen Untersuchungen zum Thema sogenannter „kognitiver Verzerrungen“ (Köhnken et al. 2008) gezeigt hat, können sich in Wahrnehmung und Vorstellung unbewusst Fehler einschleichen. So erscheint beispielsweise die Anfangshypothese „sexueller Missbrauch in der Kindheit liegt vor“ immer wahrscheinlicher, je mehr Zeit und Energie darauf verwendet wird, sich über sie Gedanken zu machen. Man kann sich das wie das Entstehen eines mentalen Filters vorstellen, der nur durchlässig ist für Informationen, die zur Anfangshypothese passen, und zwar sowohl für Informationen von außen

als auch für eigene Erinnerungen von innen und der für gegensätzliche Informationen undurchlässig ist. Würde beispielweise jemand Karin erzählen, der Vater wäre stolz auf sie gewesen, hätte mit ihr Ausflüge gemacht und ihr Spielsachen geschenkt, kämen diese Informationen von außen gar nicht in ihre Wahrnehmung hinein. Sie würde sie gewissermaßen nicht „hören“. Diese Inhalte wären aber auch Ihrer eigenen Erinnerung weitgehend entfallen. Geblieben wäre die Vorstellung, der Vater habe nur Leistungen gefordert, sie geschlagen und sexuell missbraucht.

Nehmen wir demgegenüber an, Karin hätte noch gewusst, dass der Vater sie öfter in den Arm genommen und ihre Wange gestreichelt hätte, dass sie sich an konkret erlebte Missbrauchshandlungen jedoch nicht erinnert. Dann hätten die Erinnerungen an väterliche Zärtlichkeiten ihre Hypothese bestätigt, er habe sich ihr in sexueller Absicht genähert. Das Fehlen konkreter Gedächtnisinhalte an die vorgeworfenen Handlungen hingegen hätte keinen Effekt gehabt und ihre Überzeugung, ein Missbrauchsopfer zu sein, nicht ins Wanken gebracht. Die anfängliche Hypothese wäre in einem längeren Prozess subjektiv zur sicheren Tatsache geworden.

In ähnlich gelagerten Fällen finden sich öfter Angaben, dass die betreffende Person sich an eindeutig sexuelle Handlungen nicht konkret erinnern könne, ohne dass dadurch ihre Überzeugung erschüttert würde, ein Missbrauchsopfer zu sein. Als Erklärung wird häufig die populäre Annahme herangezogen, als Ursache für das Nichtwissen oder Nichterinnern wirke ein „Verdrängungsmechanismus“. Dabei stellt man sich meist eine Art Gefäß vor, das irgendwann einen unterdrückten Inhalt in Form einer eruptiven Entladung freigibt. Tatsächlich ist bis heute das Konzept der Verdrängung nicht bewiesen worden, hält sich aber – auch – in der Fachliteratur als Modifikation der ursprünglichen Hypothese von Sigmund Freud.

2.5 Entstehung von Scheinerinnerungen, Fremd- und Autosuggestion

Im Beispiel Rebecca geht es um Gewalthandlungen mit körperlicher Verletzung. Das Hakenkreuz an der Hüfte ist zwar physisch vorhanden, dennoch gibt es aus gerichtsmedizinischer Sicht erhebliche Zweifel, dass es als Indiz einer Gewaltanwendung von außen gelten kann. Bei den Aussagen Karins und Martinas, die sexuellen Missbrauch durch ein enges Familienmitglied anzeigen, gibt es zwar kein äußerliches Indiz, sondern es steht nur Aussage gegen Aussage. Zweifel an der Erlebnisgrundlage ihrer Angaben entstehen bei Karin durch das unwiderlegbare Alibi des Beschuldigten, bei Martina durch die physiologische Unmöglichkeit der angegebenen permanenten Penetrationen. Alle drei Personen zeigen sich aber überzeugt davon, das Berichtete konkret erlebt zu haben.

Es wäre demnach möglich, dass *Schein- oder Pseudoerinnerungen* vorliegen. In diesem Falle ist die Frage ihrer Entstehung zu beantworten. Wurden die angegebenen Tathalte den Betreffenden eingeredet, sind sie von außen als Fremd- oder externe Suggestion an Karin und Martina herangetragen worden? Haben interne, autosuggestive Prozesse zu den Falschaussagen geführt? Weiß Rebecca, ob die angegebenen Geschehnisse real vorgefallen oder lediglich ihrer Phantasie entsprungen sind?

Bei der Entstehung von Scheinerinnerungen spielen – vereinfacht gesagt – sowohl externe als auch interne suggestive Prozesse eine Rolle.

2.5.1 Fremdsuggestion

Fremdsuggestion kann beschrieben werden als ein von einer Person ausgehender Einfluss, der ein Verhaltensmuster hervorrufen oder verändern kann, aber nicht zwangsläufig wirkt. Externe oder Fremd-Suggestion kann sich sehr subtil abspielen.

Wenn beispielsweise wichtigen Bezugspersonen eines Kindes Verhaltensauffälligkeiten, Schulversagen, Symptome, psychosomatische Störungen u.a. auffallen, kann es geschehen, dass sie daraus den Schluss ziehen, das betreffende Kind sei ein Opfer sexueller Gewalt. Dabei wird ein völlig unspezifisches Verhalten einseitig als eine Art „*Missbrauchssyndrom*“ interpretiert, das es nach heutigem Stand der Wissenschaft gar nicht gibt. Die Annahme/Hypothese führt aber dazu, dass das betreffende Kind auf weitere Anzeichen für sexuellen Missbrauch beobachtet wird. Dabei spielen die gleichen kognitiven Verzerrungen eine Rolle, die ich oben erwähnt habe. Es werden also nur Anzeichen aufgenommen, die mit der Anfangshypothese in Übereinstimmung stehen. Antworten auf Fragen bestätigen die eigene Überzeugung. Von der Voreinstellung abweichende oder ihr widersprechende Angaben des befragten Kindes werden nicht zur Kenntnis genommen. Hat das Kind die vermuteten Erfahrungen gar nicht gemacht, entsteht durch suggestive Fragen eine strukturell unklare Situation, die ihrerseits zu einer Empfänglichkeit für Suggestionen führt.

Auch eine einfache *Fragenwiederholung* wirkt als subtile Suggestion. Ich führe als Beispiel die Einvernahme eines kleinen Mädchens an, das gefragt wurde: „Hast du schon einmal das Pfiffli deines Vaters gesehen?“ Das Kind verneinte diese Frage. Daraufhin wurde es erneut gefragt: „Hast Du schon einmal das Pfiffli deines Vaters gesehen?“ Wir sind nicht überrascht zu hören, dass das Kind die Frage diesmal bejaht hat. Schließlich wurde ihm mit der Wiederholung der Frage suggeriert, dass die Interviewerin mit der ersten Antwort nicht einverstanden sei und das Vorschulkind hat sich beeilt, eine Antwort zu geben, von der es annehmen konnte, die Befragerin nunmehr zufriedenzustellen. Das Aussageelement „Ich habe das Pfiffli des Vaters gesehen“ war ab da fester Teil der Gesamtaussage geworden.

Karin und Martina sind zwar keine Kleinkinder, aber dass Fragen oder irreführende Informationen falsche Aussagen auch bei Erwachsenen hervorrufen können, wurde schon seit den 70er-Jahren durch die Forschung der Gedächtnispsychologin Elizabeth Loftus bekannt. Ich erinnere hier an ihre Experimente mit Filmen über Autozusammenstöße oder mit Pseudoerinnerungen über Entführungen aus einer Shopping Mall.

2.5.2 Autosuggestion

Ihren Ausgangspunkt haben autosuggestiv verursachte Pseudoerinnerungen häufig in einem schlechten psychischen Befinden der betreffenden Person, für das nach einer Erklärung gesucht wird (Volbert u. Steller 2008). Es handelt sich um eine Mangelsituation, die sich aus einer allgemeinen oder momentanen Bedürfnisstruktur ergibt. Dabei kann es sich um *umaffektive Bedürfnisse* (Mangel an Liebe, Ver-

trauen, Sicherheit, Selbstwertgefühl), um *kognitive Bedürfnisse* (Mangel an Erinnerung, Wissen, logischem Denken, Verständnis) oder um *strukturelle Bedürfnisse* (ungenügende Klarheit der Situation) handeln. Die mit einer solchen Mangelsituation verbundene „passive Empfänglichkeit“ ist ein guter Nährboden für Autosuggestion.

Wir kennen aus der ersten Hälfte der 90er-Jahre die Welle von Anzeigen wegen sexuellen Missbrauchs in Amerika, die schließlich auch auf uns übergeschwappt ist. Der Auslöser und erste Schritt war und ist häufig eine externe Suggestion in einer *Therapie*, nämlich die Frage, ob die Klientin in der Kindheit möglicherweise sexuellen Missbrauch erlebt habe als Ursache der Probleme, die zur Psychotherapie geführt haben. Ist auf diese Weise der Gedanke einmal geboren, dann wird er im Wechselspiel von internen Gedächtnisprozessen und externen Therapie-Gesprächen laufend verstärkt, ein Zusammenspiel von Fremd- und Autosuggestion. Der anfänglich hypothetische Gedanke entwickelt sich zu einem Aussageinhalt, der für die Klientenperson auf eigenem Erleben zu basieren scheint und wird zu einer *Pseudoerinnerung*, ohne dass die betreffende Person sich dessen bewusst ist. Sie ist völlig sicher, dass ihre Erinnerungen auf real erlebter Wirklichkeit beruhen. In einer Psychotherapie laufen vielfache kognitive oder mentale Prozesse ab. Auch wenn nur Fragen oder Hypothesen geäußert wurden, ist die Beschäftigung mit ihren Inhalten anfällig für die vorher erwähnten kognitiven Verzerrungen.

Die subjektive Sicherheit über eine Realitätsgrundlage von Scheinerinnerungen beruht häufig auf der Annahme, dass jedes „Erinnerungsbild“ ein eindeutiger Hinweis auf reales Erleben sei. Tatsächlich können „*Gedächtnis-Bilder*“ auch durch die intensive Beschäftigung mit einem *vorgestellten* Ereignis entwickelt werden. Sowie ein Ereignis als möglich betrachtet wird und damit eine Plausibilitätsschwelle überschreitet, erfolgt die Konstruktion eines mentalen Bildes. Die Sicherheit, es handle sich um reale Erfahrungen, wird gefördert durch intensive Beschäftigung mit dem Thema: durch Lesen, Film und Fernsehen, Austausch mit anderen Betroffenen, äußere Ermunterungen, Gespräche in Therapien, auch durch die Vorstellung, die betreffenden Ereignisse lägen in einer *früheren, abgeschlossenen Lebensphase*. Die Gedächtnisforschung zeigt: Je häufiger über eine entsprechende Vorstellung nachgedacht wird, desto leichter kann sie abgerufen – „erinnert“ – werden.

Eindrücke, die durch Imagination erzeugt werden, können vermutlich deshalb als Erinnerung an reale Erlebnisse betrachtet werden, weil teilweise dieselben *Hirnregionen* aktiviert werden wie bei visueller Wahrnehmung und weil sie teilweise auf denselben *neuronalen Regelkreisen* basieren (Volbert 2004, S. 114).

In den *Beispielen* befanden sich sowohl Karin als auch Martina in einem schlechten psychischen Zustand und hatten das Bedürfnis, eine Erklärung für ihre Schwierigkeiten zu finden. Bei beiden kann vom Vorliegen einer Mangelsituation hinsichtlich affektiver Bedürfnisse gesprochen werden, die sie sehr empfänglich gemacht haben kann, in fremd- und autosuggestiven Prozessen eine ursächliche Erklärung für Lebensprobleme und subjektiv empfundenes Versagen zu suchen und Scheinerinnerungen zu entwickeln. Ferner konnten beide so eine Opferidentität aufbauen, die Aufmerksamkeit, Interesse und Mitleid bei anderen Menschen hervorruft. Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit könnte auch für Rebecca der Preis sein für die schmerzhafteste Selbstverletzung des eingeritzten Hakenkreuzes.