

Das Modul Forensik

Diagnostik und Therapieplanung in der forensischen Psychotherapie mit der OPD-2 – Das Diagnostik Manual

Inhalt:

Arbeitskreis OPD-Forensik.....	6
Arbeitskreis OPD.....	7
Das Modul Forensik.....	8
Diagnostik und Therapieplanung in der forensischen Psychotherapie mit der OPD-2 – Grundlagen	8
Darstellung des Moduls Forensik.....	12
Aufbau des Forensik-Moduls	13
Manualisierung des Moduls Forensik.....	16
1 Gegenwärtige Schwere der Erkrankung / des Problems.....	16
2 Dauer der Störung / des Problems	22
3 Krankheitserleben und -darstellung	24
5 Veränderungskonzepte des Patienten.....	27
Literatur.....	28
Erhebungsbogen Forensik.....	30

Arbeitskreis OPD-Forensik

Matthias von der Tann, Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychoanalytiker (DPV, BPAS, IPA), Jungianischer Analytiker (DGAP, IGAP) und Gruppenanalytiker (G3G). Consultant Psychiatrist in Psychotherapy, MedNet, Tavistock & Portman NHS Foundation Trust, London; OPD-Koordinator UK, 8 Elsworth Terrace, London NW3 3DR.

mvondertann@gmail.com

Manfred Cierpka, Professor Dr. med., Ärztlicher Direktor des Instituts für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie, Zentrum für Psychosoziale Medizin am Universitätsklinikum Heidelberg, Bergheimer Straße 54, D-69115 Heidelberg.

Manfred.cierpka@med.uni-heidelberg.de

Markus G. Feil, Dipl.-Psych., Psychologischer Psychotherapeut, Leiter der Psychotherapeutischen Fachambulanzen für Gewalt- und Sexualstraftäter, Evangelisches Hilfswerk München gemeinnützige GmbH, Bayerstraße 15, D-80335 München.

mfeil@hilfswerk-muenchen.de

Klaus Hoffmann, Professor Dr. med., Medizinischer Direktor der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie am Zentrum für Psychiatrie Reichenau, Leiter des Instituts für Psychoanalyse Zürich-Kreuzlingen, apl. Professor im Fachbereich Klinische Psychologie der Universität Konstanz, Feursteinstraße 55, D-78479 Reichenau.

K.hoffmann@zfp-reichenau.de

Tilman Kluttig, Dipl.-Psych., Psychologischer Psychotherapeut, Leitender Psychologe in der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie am Zentrum für Psychiatrie Reichenau, Feursteinstraße 55, D-78479 Reichenau.

T.kluttig@zfp-reichenau.de

Gerhard Schübler, Universitäts-Professor Dr. med., Direktor der Universitätsklinik für Medizinische Psychologie an der Medizinischen Universität Innsbruck, Schöpfstraße 23a, A-6020 Innsbruck.

medpsych@uki.at

Brigitte Seifert, Dr. rer. nat., Fachpsychologin für Psychotherapie / Kinder- und Jugendpsychotherapie FSP, Leitende Psychologin, Zentrum für Forensik, Burggraben 16, CH-9004 Sankt Gallen.

brigitte.seifert@kipd-sg.ch

Christoph Trebels, Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Leitender Oberarzt, Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum Bremen-Ost, Züricherstraße 40, D-28325 Bremen.

Christoph.trebels@klinikum-bremen-ost.de

Axel Weber, Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachabteilung
Bad Rehburg, Friedrich-Stolberg-Allee 1, D-31547 Rehburg-Loccum.
Axel.weber@mrvzn-badrehburg.niedersachsen.de

Karl Weilbach, Dr. phil., Diplom-Kriminologe, Postfach 17, CH-9042 Speicher.
K.weilbach@bedrohungsmanagement.ch

Arbeitskreis OPD

Sprecher der OPD:

Manfred Cierpka, Heidelberg

Koordinationsausschuss:

Manfred Cierpka, Heidelberg
Cord Benecke, Kassel
Reiner Dahlbender, Bad Saulgau
Stephan Döring, Wien
Harald Freyberger, Greifswald
Gereon Heuft, Münster
Thorsten Jakobsen, Basel
Eginhard Koch, Heidelberg
Franz Resch, Heidelberg
Henning Schauenburg, Heidelberg
Wolfgang Schneider, Rostock
Gerhard Schüssler, Innsbruck
Michael Stasch, Heidelberg
Matthias von der Tann, London

Achsensprecher:

Achse I: Wolfgang Schneider, Rostock
Achse II: Manfred Cierpka, Heidelberg
Achse III: Gerhard Schüssler, Innsbruck
Achse IV: Gerd Rudolf, Heidelberg
Achse V: Harald J. Freyberger, Greifswald

Alle nationalen und internationalen Mitglieder:

Siehe: www.opd-online.net

Das Modul Forensik

Diagnostik und Therapieplanung in der forensischen Psychotherapie mit der OPD-2 – Grundlagen

Nachdem psychoanalytische Ansätze in der forensischen Psychotherapie mehr als zwanzig Jahre lang in den fachlichen Diskussionen kaum mehr hörbar waren, werden sie in letzter Zeit wieder zunehmend wahrgenommen. Erwähnt seien das 2008 von Fritz Lackinger et al. herausgegebene Handbuch Psychodynamische Psychotherapie bei Delinquenz, das Sonderheft des International Forum of Psychoanalysis (2009) sowie der Beitrag im Forum der Psychoanalyse (Hoffmann 2012).

Bezug nehmend auf die reiche psychoanalytische Tradition (z.B. August Aichhorn 1925) arbeiten psychoanalytisch orientierte Therapeutinnen und Therapeuten in aktuellen milieutherapeutischen und sozialpsychiatrischen Settings mit Rechtsbrechern. Gruppen- wie einzelanalytische Behandlungen und insbesondere analytische Team- und Fallsupervisionen spielen an vielen Orten eine zunehmende Rolle. Es wird vielen Praktikern immer deutlicher, dass ohne Berücksichtigung von Übertragungs- und Gegenübertragungsdynamiken eine langfristige sinnvolle Arbeit mit der schwierigen forensischen Klientel kaum verantwortungsvoll möglich ist.

Gefängnisse und forensische Kliniken sind „totale Institutionen“ im Sinne Erving Goffman's (1961). Die Milieugestaltung ist zentral, wenn die rehabilitative Zielsetzung ernst genommen wird und nicht resignative Verwahrlosung dominiert. Der bereits vor fast sechzig Jahren in Chestnut Lodge von Alfred Stanton und Morris S Schwartz (1954) festgestellte Zusammenhang zwischen der Haltung und Motivation der Mitarbeitenden und dem Befinden der Patientinnen und Patienten wurde in den letzten Jahren für forensische Abteilungen bestätigt (Schalast & Redies 2005). Insassen bzw. Patienten und Mitarbeiter aller Berufsgruppen leben eng zusammen, viele auch deliktnahe Interaktionen werden in alltäglichen Begegnungen wiederholt, so dass die Haltung der Therapeuten, Pflegenden und Sozialarbeiter für die Aufarbeitung problematischer Haltungen der Patienten von großer Bedeutung ist. In den Gruppenpsychotherapien in stationären Milieus kommen diese alltäglichen Interaktionen und Grenzüberschreitungen dann zur Sprache. Der forensische Kontext bedeutet, dies zugleich offensiv und selbstkritisch mit den biographischen Erfahrungen vor der Einweisung zu verknüpfen. Die Regeln gelten für alle, nicht nur für die Patienten.

Zentral bei einer psychoanalytisch orientierten therapeutischen Gemeinschaft in der forensischen Psychotherapie ist die gruppenanalytische Annahme, dass demokratisch und funktional geleitete Gruppen Gesundheit, Sicherheit und eine akzeptierende Kultur schaffen können. Dies stellt einen radikalen Bruch, eine existentielle Paradoxie dar. Der Maßregelvollzug ist aufgezwungen. Er retraumatisiert Patienten, die andere traumatisiert haben und die häufig selbst traumatisiert wurden. Therapeutische Gemeinschaft repliziert nicht einfach die reine Konkurrenz- und Konsumkultur vie-

ler Milieus, sondern stellt sich gesellschaftlichen und kulturellen Grenzerfahrungen (Hoffmann 2005).

Die Ansätze der Gruppenanalyse und der therapeutischen Gemeinschaft beinhalten nicht nur keinen Widerspruch zwischen den Zielen der Therapie und der Sicherheit, sondern eine enge Verbindung zwischen beiden. Dies setzt forensische Einrichtungen voraus, die ein nach außen orientiertes Psychotherapie-freundliches Sicherheitskonzept vertreten, mit einem grundlegend anderen Rahmen, als ihn eine nicht forensische psychotherapeutische Einrichtung schon aus juristischen Gründen bieten darf und kann. Wesentlich ist wie zu Tom Main's Zeiten in den 1940er Jahren in Northfield/Birmingham die Vernetzung mit den Klinikstrukturen wie mit der Öffentlichkeit und den herrschenden Menschenbildern.

Die Psychoanalyse befasst sich auch mit der Affektgrundlage der Strafenden und Behandelnden: Jede Betrachtung des Verhältnisses zwischen Sozialen und Asozialen geht von der Gleichheit ihrer Triebgrundlage aus. Das Sozialwerden ist ein Vorgang, der bei einer Majorität zustande kommt, indem es ihr gelingt, ihre primitiven Triebe zu verdrängen, zu sublimieren und zu beherrschen. Aber dieser Prozess kommt nur zustande, wenn die Triebe zugleich, jedenfalls teilweise, eine geordnete, gewissermaßen legale Abfuhr finden. Diese Abfuhr erfolgt in der Wendung der in Sozialisierung begriffenen Majorität gegen eine Minorität, die auf der primitiven Triebstufe stecken geblieben ist, die es zu keiner oder nur zu einer ungenügenden Verdrängung und Sublimierung gebracht hat. Die Aufhellung dieser verwickelten, psychischen Vorgänge ist vielleicht die wichtigste Aufgabe der Wissenschaft vom Sozialen und Asozialen, was bereits 1944 von einem Begründer der Gruppenanalyse, Sigmund Heinrich Foulkes, ausführlich dargestellt wurde.

Tatsächlich verläuft die Trennung zwischen Sozial und Asozial nach Reiwald „viel mehr *im Handeln als im bewußten Denken und unbewußten Wünschen*“ (S. 244). Die Gesellschaft bekämpfe den Verbrecher „mit seinen eigenen Mitteln und seiner eigenen psychischen Einstellung, der Aggressivität“. Dieser Kampf habe beide gleichermaßen geformt, den Verbrecher und die Gesellschaft. Es sei aber „nur zu offenbar, daß der Henker sich in seiner Triebverfassung und ebenso in seinem intellektuellen und moralischen Niveau vom Mörder nur wenig unterscheiden kann“ (S. 248f.). Gerade das Medieninteresse an Straftaten wie an psychischen Erkrankungen bestätigt heute die alte Erkenntnis (S. 250), daß „*der Asoziale eine sehr wichtige soziale Funktion einmal ausgeübt hat und zum Teil noch ausübt*: er bildet den Leiter für die kollektive Projektion der kollektiven Aggressivität und macht dadurch ihre Verdrängung innerhalb der sozialen Welt erst möglich. [...] Er gibt dem sozialen Bürger als dessen Gegenbild die Möglichkeit, sich gut und gerecht zu fühlen. [...] Wir können uns aber auch nicht verhehlen, daß damit die innere und äußerliche Wirklichkeit verfälscht wird. Die innere durch den Glauben, der Soziale sei wirklich von den kriminellen Tendenzen frei, die er bei dem Verbrecher bekämpft, die äußere, indem die Bedeutung von Verbrechen und Verbrechen übersteigert wird. Diese Einstellung hält, gleich einem neurotischen Symptom, den Menschen in seiner Fixierung an das Ver-

brechen fest. Sie läßt ihn nicht los vom affektiven Reagieren, sie macht ihm das Behandeln des Verbrechers unmöglich.“ – Dies wurde bereits 1948 geschrieben, hat unseres Erachtens wenig an Aktualität verloren, auch wenn die heutige Diskussion über Persönlichkeitsstörungen wissenschaftlicher scheint, diesen „Fortschritt“ aber nur auf der deskriptiven Ebene einlöst, nicht auf der Ebene der grundsätzlichen Haltungen und Einstellungen.

Aufgrund großer Erhebungen sind beispielsweise für Gewaltdelikte Kombinationen von Persönlichkeitsstörungen, Alkoholmissbrauch und anderen psychiatrischen Problemen wie Psychosen und Zustand nach Schädel-Hirn-Traumata seit vielen Jahren als relevant bekannt. Im DSM IV TR taucht die Kombination von Substanzmittelmissbrauch und Delinquenz bei der Antisozialen Persönlichkeitsstörung (301.7) sowie der Borderline-Persönlichkeitsstörung (301.83) auf. Immerhin war die Diskrepanz zwischen der Delinquenz bei süchtigen und nichtsüchtigen Schizophrenen (40,1% vs. 13,7% in Gruppe 2) so auffallend, dass man die Bedeutung einer zusätzlichen Suchterkrankung bei Schizophrenen als Risikofaktor für Delinquenz diskutieren muss (Soyka et al. 1993: 173).

In der weniger nosologisch, dafür stark dynamisch geprägten psychoanalytischen Theorie spielten Komorbiditäten von charakterlichen Problemen und Sucht von Anfang an eine wesentliche Rolle. In seinem wegweisenden Aufsatz von 1948 beschrieb Ernst Simmel unter anderem den Schutzcharakter der Sucht vor starken Depressionen und damit zusammenhängenden Tötungsimpulsen: „der Melancholiker trägt darin den zentralen Konflikt aus, dass er Leben (Liebe) von seiner Mutter zu erlangen sucht, indem er sie verschlingt, dass er die eine Person ermorden möchte, an deren Dasein all seine Hoffnung auf Sicherheit hängt. Durch seinen Alkoholismus quält er die Menschen, denen er etwas bedeutet, und arbeitet darauf hin, sie und mit ihnen sich selbst zu zerstören. Seine Sucht ist chronischer Mord und chronischer Selbstmord.“ (Simmel 1993: 302f)

Die Symptome der Patienten zeigen sich im Alltag, auch im Alltag der forensischen Station oder der Justizvollzugsanstalt. Im Alltag zeigen auch Mitarbeiter sich mit ihrem Verhalten, ihren Gefühlen, ihrer Geschichte. Ohne Selbstreflexion, ohne Team- und Fallsupervisionen wird man dem klinischen Auftrag nicht gerecht. Manualisierte Therapieprogramme greifen dies auf, können aber eine falsche Sicherheit suggerieren, da man meinen kann, Antworten gefunden zu haben, wo es doch oft nur um den nächsten biographischen Schritt für Patienten und Therapeuten und Pflegende geht.

Entscheidend ist der Umgang mit der Gegenübertragung der Therapeuten und Pflegenden. „Die strukturellen Störungen des Patienten bringen es ferner mit sich, dass er seine Konflikte vorzugsweise im Außen, das heißt interpersonell gestaltet, in der Klinik sowohl in der Beziehung zum Therapeuten wie auch gegenüber anderen Mitarbeitern des Hauses und seinen Mitpatienten. So wird der Patient direkte Ansprüche an die Therapeuten als Realpersonen richten und – je nach Befriedigung oder Versagung – Lust- oder Unlustempfinden ausdrücken....Den Therapeuten trifft die ganze Wucht archaischer Übertragungs- und Abwehrmanöver.“ (Schultze-Dierbach 1991:

113) Achtsamkeit ist geboten, wenn Therapeuten und Pflegende Neid auf ihre Patienten verspüren, die sich vermeintlich oder tatsächlich „gehen lassen“. In ihrer Ambivalenz inszenieren Persönlichkeitsgestörte immer wieder sadistische Gegenübertragungsreaktionen und fordern unbewusst Bestrafungen ein, um ihr negatives Selbstbild bestätigt zu bekommen.

Forensische Psychotherapie hat stets mindestens drei Parteien – den Patienten, den Therapeuten und das Justizsystem, das die Behandlung anordnet und deren Fortgang überprüft. Ebenso wie das Milieu der gesamten Abteilung sollten auch das Setting und die Haltung der Mitarbeiter kontrapunktisch zu ausbeuterischen Strukturen sein, die die Patienten zuvor kennen gelernt und praktiziert hatten. Gewalt und Übergriffigkeit kann in Gruppen meist besser gehalten („contained“) werden als in – häufig vom Milieu isolierten – Einzelpsychotherapien (Welldon 1996). Die Übertragungen betreffen keineswegs nur die Therapeuten, sondern die Institution als Ganzes mit ihren Regeln und Kulturen, ferner die Mitpatienten, die als Peer Group häufig stärker verinnerlicht werden als die Behandler. Perverse und antisoziale Tendenzen finden sich sehr wohl auch in institutionellen Strukturen und ihren Anordnungen und Regeln, sie werden dann in Gruppen ausagiert, was häufig die Gruppe ähnlich lähmt wie zuvor die direkten Opfer der Delikte. „...Es wird bald offensichtlich, dass der Patient die therapeutische Situation, die Gruppe, als Partner seiner Perversion benutzt. Indem er seine Gewalt- und Sexualdelikte detailliert beschreibt, versucht er, die Gruppe zu erregen und zu verführen, und erreicht so ein enormes Maß an sexueller Befriedigung...“ (Welldon 1996: 70)

Die Form der alltäglichen Kommunikation ist wesentlicher Bestandteil der Inszenierungen von Therapeuten und Patienten und damit Ausgangspunkt therapeutischer Arbeit. Ziel ist die Übernahme von ausbeutungsfreier Verantwortung in der Gemeinschaft – eine Erfahrung, die immer wieder konträr zu den institutionellen Realitäten ist, die aber auch von vielen Patienten, die Jahre ihres Lebens in Heimen und Institutionen oder in sehr schwierigen familiären und schulischen Situationen verbracht haben, neu und ungewohnt ist. Hierzu gehören formale Bestandteile, die teilweise von den Teilnehmern erwartet werden, wie korrekte Kleidung, Pünktlichkeit, Verzicht auf Rauchen, Verzicht auf Essen und Trinken. Andererseits gehört dazu von Seiten des zur Verfügung gestellten Settings das Stellen der idealerweise für alle gleichen Stühle im Kreis sowie eine möglichst ungestörte Atmosphäre ohne zu viel Straßenlärm, Hintergrundmusik und Handy-Klingeln. Hier wird immer wieder die Mann-Frau-Dynamik deutlich: Männer kleiden, bewegen, setzen sich anders, wenn Frauen im Raum sind, sei es als Mitpatientinnen (in forensischen Gruppentherapien eher selten), sei es als Therapeutinnen.

Die kriminelle Handlung kann uns viel über die innere Welt des Täters mitteilen, was ihm selbst unbewusst blieb – bis er mit den Konsequenzen seiner Tat konfrontiert wurde. Die Durcharbeitung dieser Abläufe ist für die forensische Psychotherapie im Sinne der Rückfallvermeidung von großer Bedeutung und spiegelt sich in alltäglichen Verhaltensweisen wider, die dann von Mitpatienten und Mitarbeitern kommentiert

werden. Auch in sogenannten Kleinigkeiten geht es um die Machtfrage: Was verberge ich weshalb vor wem (Mitpatienten, Mitarbeiter)? Was bespreche ich weshalb und wann mit wem? Allmacht und Ohnmacht liegen oft nahe beieinander, erotische Lust ohne das Gefühl der Überlegenheit ist ein in langen und intensiven Dialogen erreichbares Ziel (Hoffmann & Kluttig 2006).

In allen Therapieschulen sind Delikt- und Trauma-Aufarbeitung sowie Stärkung von Sozialkompetenz und Impulskontrolle wesentliche Inhalte forensischer Gruppenpsychotherapie. Maßgeblich sind die Widerspiegelungen gegenwärtiger Handlungen, Haltungen, Gefühle und Äußerungen im Lichte von Delikt- und Trauma-Geschehnissen. Unterschiedlich sind die methodische Einbeziehung von Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomenen sowie der Einsatz direkter pädagogischer Elemente.

Forensische Psychotherapie behandelt somit nicht qualitativ unterschiedliche Patienten mit qualitativ anderen psychodynamischen Eigenschaften als die nicht forensische Psychotherapie, aber sie setzt in der Regel voraus, dass eine Person eine übergriffige Handlung vollzogen hat und in der Regel auch deshalb sanktioniert wurde. Andere kommen in Behandlung, weil sie konkret befürchten, entsprechende Handlungen zu begehen. Diese Übergriffe sind per se gegen andere, gegen die Gesellschaft gerichtet, somit antisozial. Dennoch finden sich markante antisoziale Tendenzen keineswegs nur bei forensischen Patienten, und umgekehrt sind nicht alle forensische Patienten von starken antisozialen Tendenzen betroffen. Patienten, die in einem einmaligen psychotischen Ausnahmezustand ein schweres Delikte wie eine Tötung begingen, sind möglicherweise deutlich weniger antisozial als nie polizeilich auffällige Narzissten, die rücksichtslos andere ausbeuten, um ihre berufliche Karriere zu beschleunigen und ihren Wohlstand zu mehren.

Mit psychodynamischen Ansätzen findet auch die OPD Eingang in die forensische Psychotherapieforschung (Fontao et al. 2011). Stärker als in der nicht-forensischen Psychotherapie sind in Straf- und Maßregelvollzugseinheiten alltagsbezogene multiprofessionelle Verlaufsbeobachtungen etabliert. Die Milieugestaltung dort ist zentral, wenn die rehabilitative Zielsetzung ernst genommen wird und nicht resignative Verwahrlosung dominiert. Viele auch deliktnahe Interaktionen werden in alltäglichen Begegnungen wiederholt, so dass die Haltung der Therapeuten, Pflegenden und Sozialarbeiter für die Aufarbeitung problematischer Haltungen der Patienten von großer Bedeutung ist. Der BEST-Index und forensische Pflegediagnosen eignen sich sehr gut als Grundlage des gemeinsam mit dem Patienten Erarbeiteten (Ross et al. 2013) und können im nächsten Schritt mit OPD vertieft werden – auch hierzu liegen erste Forschungsergebnisse vor (Bieg et al. 2011).

Darstellung des Moduls Forensik

Das Modul Forensik ist eingebettet in die Achse I – Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen – der OPD-2. Der Zusammenhang wird im Diagramm auf S. 14/15 deutlich.

Das Forensik-Modul bildet keinen Ersatz für das Basis-Modul oder das Psychotherapie-Modul der Achse I. Es stellt vielmehr eine Erweiterung der OPD-2 dar, um spezifische Aspekte bei forensischen Patienten abbilden zu können. Der in der Einleitung genannten Einschätzung folgend, dass die Trennung zwischen Sozial und Asozial hauptsächlich im Handeln verläuft, beziehen sich die meisten Items des Forensik-Moduls auf das Anlassdelikt und antisoziales Verhalten und die Einstellung des Patienten dazu. Dieser Fokus auf die real von den Patienten durchgeführten Handlungen erweitert die OPD um Realitätsräume, die für die laufende Behandlung wie für möglicherweise zu erstellende Prognosen von großer Bedeutung sind.

Aufbau des Forensik-Moduls

Am Anfang des Forensik-Moduls steht – der Logik der Achse I folgend – eine objektivierende Bewertung der Erkrankung/des Problems des Patienten.

Wie im Basismodul erfolgt diese Beurteilung über die Schwere und Dauer der Störung/des Problems. Im Forensik-Modul werden allerdings Schwere und Dauer anhand von spezifischen Kriterien geratet, die teilweise nicht im Interview, sondern über fremdanamestische Angaben und Daten aus den Akten erhalten werden.

Mit den ersten drei Items werden Einschätzungen der Art und des Schweregrads vorgenommen: Welcher Art (ICD-10, einschließlich Z-Ziffern) und wie schwer ist eine psychische Störung im Bezug auf delinquentes Verhalten, wie schwer ist eine Sucht und die damit verbundenen Impulskontrollstörungen einzuschätzen; wie schwer und chronisch ist schließlich das übergreifige Verhalten des Patienten über das ganze Leben einzuschätzen. Zur Beurteilung der gegenwärtigen Schwere der Störung wird schließlich auch das Level der angewandten Sicherungsmaßnahmen hinzugenommen.

Auch die Dauer der Störung/des Problems wird nur teilweise aus dem Interview selbst ableitbar sein, da hier hauptsächlich das erste Auftreten übergreifigen Verhaltens geratet wird: einmal das Alter der Erstmanifestation überhaupt, dann das Alter bei einer ersten Verurteilung oder einer bestätigten antisozialen Handlung.

Wesentliche und spezifische Informationen für Indikation und Möglichkeiten psychotherapeutischer Maßnahmen ergeben sich dann aus dem Abschnitt, der in der Achse I die Überschrift „Krankheitserleben, -darstellung und -konzepte des Patienten“ trägt. Hier wird man im Interview zu erfahren suchen, wie die Einstellung zum Anlassdelikt und zu übergreifigem Verhalten allgemein einzuschätzen ist, mit anderen Worten wie ich-synton dieses Verhalten ist. Das ist sozusagen die Vorbereitung zur schließlichen Einschätzung der Einstellung zur eigenen psychischen Störung. Hier ist zu beachten, dass nur eine Einschätzung mit mindestens Level 2 zu einer weiteren Einschätzung über das Psychotherapie-Modul führt, da eine komplette Verleugnung einer psychischen Störung keine Indikation zur Psychotherapie ermöglicht.

Diagramm: Modul Forensik

Nr.	Basismodul	Psychotherapie-Modul	Forensik Modul
Objektivierende Bewertung der Erkrankung/des Problems			
1	Gegenwärtige Schwere der Störung / des Problems		
	1.1 Schwere der Symptomatik		
	1.2 GAF		
	1.3 EQ-5D		
			1F1 Art und Schweregrad einer psychischen Störung im Bezug auf delinquentes Verhalten
			1F2 Art und Schweregrad der stoffgebundenen und nicht stoffgebundenen Süchte / Impulskontrollstörungen
			1F3 Schwere und Häufigkeit übergriffigen / antisozialen Verhaltens (über das gesamte Leben)
			1F4 Aktuell angewandte Sicherungsmaßnahmen (ohne Differenzierung der gesetzlichen Grundlagen)
	2		
	Dauer der Störung / des Problems		
	2.1 Dauer		
	2.2 Alter bei Erstmanifestation		2F1 Alter bei Erstmanifestation antisozialen oder übergriffigen Verhaltens
			2F2 Alter bei erster Verurteilung oder bestätigter antisozialer / übergriffiger Handlung
	Krankheitsleben, -darstellung und -konzepte des Patienten		
	3		
	Krankheitsleben und -darstellung		
	3.1 Leidensdruck		
	3.2 Darstellung körperlicher Beschwerden und Probleme		
	3.3 Darstellung psychischer Beschwerden und Probleme		
	3.4 Darstellung sozialer Probleme		3F1 Einstellung zum Anlassdelikt
			3F2 Einstellung zu übergriffigem / antisozialen Verhalten allgemein

4	Krankheitskonzepte des Patienten				
	4.1. An somatischen Faktoren orientiertes Krankheitskonzept				
	4.2. An psychischen Faktoren orientiertes Krankheitskonzept				
	4.3. An sozialen Faktoren orientiertes Krankheitskonzept				
5	Veränderungskonzepte des Patienten				
	5.1. Gewünschte Behandlungsform: körperliche Behandlung				5FO Einstellung zu eigener psychischer Störung
	5.2. Gewünschte Behandlungsform: psychotherapeutische Behandlung				←← Diese Items ←← können bei
	5.3. Gewünschte Behandlungsform: sozialer Bereich				←← forensischen Patienten ← nur dann gerätet ← werden, wenn 5FO ← mit 2, 3 oder 4 ← gerätet wurde
	5P1 Symptomreduktion				
	5P2 Reflektierend-motivierend / konfliktorientiert				
	5P3 Emotional-supportiv				
	5P4 Aktiv-anleitend				
	Veränderungsressourcen/Veränderungshemmnisse				
6	Veränderungsressourcen				
	6.1. Persönliche Ressourcen				
	6.2. (Psycho-) Soziale Unterstützung				
	6P1 Offenheit				
7	Veränderungshemmnisse				
	7.1. Äußere Veränderungshemmnisse				
	7.2. Innere Veränderungshemmnisse				
	7P1 Sekundärer Krankheitsgewinn / problemaufrechterhaltende Bedingungen				

Manualisierung des Moduls Forensik

1 Gegenwärtige Schwere der Erkrankung/des Problems

1F1 Art und Schweregrad einer psychosozialen Störung in Bezug auf delinquentes Verhalten.

Definition

Die *Art* der psychosozialen Störung wird gemäß ICD 10 unter Einschluss der Z-Ziffern in Achse V beurteilt.

Hier in 1F1 wird der *Schweregrad* einer psychosozialen Störung in Bezug auf delinquentes Verhalten beurteilt.

Merkmalsabstufungen und Ankerbeispiele:

Ausgangslage der Ankerbeispiele: Ein bedingt entlassener Straftäter wurde des erneuten Handels mit Waffen überführt. Beim Besuch in der Untersuchungshaft räumt er seine Tat ein.

Stufe 0 Nicht vorhanden	Psychische Störung nicht erkennbar
	<i>Beispiel</i> Er ärgere sich darüber, erwischt worden zu sein und nun einzusitzen. Er macht sich über sein Ungeschick diesbezügliche Selbstvorwürfe.
Stufe 1 Niedrig	Verhalten und alltägliches Leben offenbar kaum von einer psychischen Störung bestimmt.
	<i>Beispiel</i> Er gibt an, dass sich seine Gedanken in letzter Zeit zunehmend um seine materiellen Wünsche und seine Geldnot gekreist hätten. Er habe sich benachteiligt und wertlos gefühlt und sich bei einer sich bietenden Gelegenheit zur delinquenten Handlung entschlossen. Der Explo-rand berichtet zwar über ein vermehrtes Grübeln über seine Lebenssituation.
Stufe 2 Medium	Verhalten und alltägliches Leben gelegentlich von einer psychischen Störung bestimmt (inklusive biologischer Faktoren)
	<i>Beispiel</i> Er habe in seiner Bewährungszeit sehr unter seiner Geldnot gelitten. Zunehmend habe er sich getrieben gefühlt, etwas zu unternehmen. Er habe wieder den Kontakt zum illegalen Milieu gesucht und bisher eingehaltene Grenzziehungen aufgegeben (Verstöße gegen Kontaktverbot zu einem einschlägigen Bekanntenkreis und gegen Alkoholabstinenz).

<p>Stufe 3 Hoch</p>	<p>Verhalten und alltägliches Leben werden dauerhaft durch eine psychische Störung beeinflusst; einige soziale Funktionen und Bereiche von Normalität werden aufrechterhalten.</p> <p><i>Beispiel</i> Er habe nach seiner vormaligen bedingten Entlassung und der Rückkehr in die Freiheit das Gefühl gehabt, dass ihn die Justiz weiterhin beobachte und verfolge. Er könne nirgendwo hingehen, ohne sich kontrolliert zu fühlen. Einige Staatsanwälte warten wohl nur darauf, ihn wieder „einbuchten“ zu können. Selbst bei seinen Nachbarn und in Shops habe er vermutet, dass er von zivilen Polizisten beobachtet werde. (Nur auf der Arbeit – einer Abbruch-Baustelle – habe er sich noch einigermaßen frei gefühlt, denn da gingen „die feinen Herren“ ja nicht hin.) Mit dem schließlich erfolgten Waffendeal und dem Plan, sich mit dem Geld ins Ausland abzusetzen, habe er seiner Lage entgegenkommen und beweisen wollen, dass er schlauer als die Polizei und die Justiz zusammen sei.</p>
<p>Stufe 4 Sehr hoch</p>	<p>Eine psychische Störung bestimmt alle Bereiche des täglichen Lebens.</p> <p><i>Beispiel</i> Nichts auf die Reihe zu bringen und von der Justiz ständig verfolgt zu werden, hätte ihn fertig gemacht. Er habe sehr unter Stimmungsschwankungen gelitten: einerseits unter seiner unerträglichen Wut gegen die Justiz, andererseits unter dem Gefühl von Ohnmacht und tiefer Niedergeschlagenheit. Er sei nicht zur Ruhe gekommen, habe sich mit verschiedensten Leuten „verkracht“ und im Alkohol Trost gesucht. Er habe manchmal daran gedacht, sich selbst die Kugel zu geben. Als er glaubte, nichts mehr zu verlieren zu haben, habe er das Waffengeschäft als seinen letzten Ausweg gesehen, aus dem Tief zu flüchten.</p>
<p>Stufe 9 Nicht einschätzbar</p>	<p>Nicht beurteilbar, da keine entsprechende Anamnese.</p>

1F2 Art und Schweregrad der stoffgebundenen und nicht stoffgebundenen Süchte/Impulskontrollstörungen

Definition

Die Art der stoffgebundenen und nicht stoffgebundenen Süchte sowie Impulskontrollstörungen wird wie bei 1F1 gemäß ICD 10 unter Einschluss der Z-Ziffern in Achse V beurteilt.

Hier in 1F2 wird der Schweregrad der stoffgebundenen und nicht stoffgebundenen Süchte sowie Impulskontrollstörungen beurteilt.

Merkmalsabstufungen und Ankerbeispiele:

Stufe 0 Nicht vorhanden	Sucht nicht erkennbar.
Stufe 1 Niedrig	Verhalten und alltägliches Leben offenbar kaum von einer Sucht bestimmt. <i>Beispiel</i> Herr M. raucht regelmäßig abends Cannabis und nimmt ab und zu Kokain. Er kann jedoch seinen Beruf und seine sozialen Beziehungen noch aufrechterhalten. Um seine finanziellen (Sucht)Bedürfnisse zu erfüllen, beginnt er immer mehr zu dealen. Er ist jedoch noch nicht straffällig geworden.
Stufe 2 Medium	Verhalten und alltägliches Leben gelegentlich von einer Sucht bestimmt (inklusive biologische Faktoren) <i>Beispiel</i> Herr M. raucht regelmäßig (auch tagsüber) seit längerem Cannabis, es ereignen sich (unter Cannabiseinfluss) zunehmend kognitive Fehlleistungen und Unfälle mit dem Fahrrad (auch mit Personenschaden). Er ist bisher nicht verurteilt worden und kann sein tägliches Leben (Arbeit/soziale Beziehung) noch aufrechterhalten.
Stufe 3 Hoch	Verhalten und alltägliches Leben dauerhaft durch eine Sucht beeinflusst; einige soziale Funktionen und Bereiche von Normalität werden aufrechterhalten. <i>Beispiel</i> Herr M. raucht täglich mehrfach Cannabis (ab frühen Morgen) und trinkt abends Alkohol. Er kann („will“) seiner Arbeit nicht mehr nachgehen. Seinen Lebensunterhalt finanziert er durch Dealen. Er wurde bereits auf Bewährung verurteilt. Auch die Wohnung/Alltagsstrukturen sind reduziert. Seine noch bestehenden sozialen Beziehungen sind abends in der „Lokal-Musikszene“.

Stufe 4 Sehr hoch	Eine Sucht bestimmt alle Bereiche des täglichen Lebens. <i>Beispiel</i> Herr M. ist seit langem Cannabis- und Amphetamin-abhängig. Er arbeitet nicht mehr und dealt, um sich über Wasser zu halten. Die körperlichen Suchtfolgen sind mittlerweile deutlich. Seine Wohnung und Herr M. selbst sind zunehmend verwahrlost. Soziale Kontakte jenseits der Sucht bestehen nicht mehr. Herr M. wurde wegen Drogenhandels mehrfach verurteilt. Unter Amphetaminen ereignete sich zuletzt ein schwerer Unfall mit Fahrerflucht. Herr M. hat dazu keinerlei Erinnerungen.
Stufe 9 Nicht einschätzbar	Nicht beurteilbar, da keine entsprechende Anamnese.

IF3 Häufigkeit übergriffigen/antisozialen Verhaltens (über das gesamte Leben)

Merkmalsabstufungen und Ankerbeispiele:

Stufe 0 Nicht vorhanden	Übergriffiges oder antisoziales Verhalten nicht erkennbar
Stufe 1 Niedrig	Gelegentliches übergriffiges oder antisoziales Verhalten ohne relevanten Einfluss auf Verhalten und alltägliches Leben <i>Beispiel</i> Frau B stahl im Alter von sechzehn Jahren aus dem Lehrerzimmer Unterlagen für die nächste Prüfung, koptierte sie und legte sie anschließend wieder unbemerkt ins Lehrerzimmer zurück. Damit verbesserte sie ihre Chancen auf eine gute Note, ihr Diebstahl fiel aber gar nicht auf.
Stufe 2 Medium	Wiederholtes übergriffiges oder antisoziales Verhalten mit erkennbarer Auswirkung auf Verhalten und alltägliches Leben <i>Beispiel</i> Frau B zweigt aus einer Vereinskasse immer wieder Barmittel für ihren eigenen Gebrauch ab. Als es auffällt, muss sie den Schaden über einen Kredit unverzüglich wiedergutmachen und ihre gesellschaftlich geachtete Aufgabe im Verein beenden.
Stufe 3 Hoch	Häufiges übergriffiges oder antisoziales Verhalten mit erheblichem Einfluss auf Verhalten und alltägliches Leben; einige Aspekte der Normalität werden aufrechterhalten. <i>Beispiel</i> Frau B steigt als Teilhaberin in ein Schneeballsystem fingierter Geldanlagen ein, gewinnt in den ersten Monaten erhebliche Beträge. Als das Ganze auffliegt, wird sie zu einer Haftstrafe und zu erheblichen Schadenersatz-Leistungen verurteilt. Parallel hatte sie an ihrer Arbeitsstelle in einer Versicherung unauffällig gearbeitet.
Stufe 4 Sehr hoch	Durchgängiges übergriffiges oder antisoziales Verhalten bestimmt alle Bereiche des täglichen Lebens. <i>Beispiel</i> Frau B steigt als Teilhaberin in ein Schneeballsystem fingierter Geldanlagen ein, gewinnt in den ersten Monaten erhebliche Beträge. Als das Ganze auffliegt, wird sie zu einer Haftstrafe und zu erheblichen Schadenersatz-Leistungen verurteilt. In der Haft setzt sie ihre betrügerischen Handlungen fort, wobei sie Lücken im Überwachungssystem der Justizvollzugsanstalt geschickt ausnützt.
Nicht einschätzbar	Nicht beurteilbar, da keine entsprechende Anamnese.

IF4 Aktuell angewandte Sicherungsmaßnahmen (ohne Differenzierung der gesetzlichen Grundlagen)

Merkmalsabstufungen:

0	Ambulant, keine Auflagen
1	Ambulant, unter gerichtlicher Weisung
2	Voll- und teilstationär (nicht forensisch) unter gerichtlicher Weisung (Allgemeinpsychiatrie, Wohnheim)
3	Straf- und Maßregelvollzug mit Lockerungen/offenen Vollzugsformen
4	Straf- und Maßregelvollzug ohne Lockerungen, keine offenen Vollzugsformen
9	Nicht beurteilbar

2 Dauer der Störung/des Problems***2F1 Alter bei Erstmanifestation antisozialen oder übergriffigen Verhaltens***

Merkmalsabstufungen:

1	< 10 Jahre
2	10-16 Jahre
3	17-21 Jahre
4	22-35 Jahre
5	36-59 Jahre
6	60+ Jahre
9	Nicht einschätzbar

2F2 Alter bei erster Verurteilung oder bestätigter antisozialer/übergriffiger Handlung

Merkmalsabstufungen:

1	< 10 Jahre
2	10-16 Jahre
3	17-21 Jahre
4	22-35 Jahre
5	36-59 Jahre
6	60+ Jahre
9	Nicht einschätzbar

3 Krankheitserleben und -darstellung

3F1 Einstellung zum Anlassdelikt

Merkmalsabstufungen und Ankerbeispiele:

Ausgangslage der Ankerbeispiele: Dem Patienten wird vorgeworfen Frau X.Y. vergewaltigt zu haben.

0	<p>Durchgehende Nichtanerkennung der Realität des Anlassdelikts</p> <p><i>Beispiel</i> Er weist im Untersuchungsgespräch diesen Vorwurf von sich und gibt an Frau X.Y. mache sich mit dieser Aussage nur wichtig. Er habe Frau X.Y. gerade noch gesehen und sie habe mit anderen Männern geflirtet, was zeige, dass sie gar nicht vergewaltigt worden sein könne.</p>
1	<p>Durchgehende Nichtanerkennung der eigenen Beteiligung am Anlassdelikt</p> <p><i>Beispiel</i> Der Explorand weist im Untersuchungsgespräch diesen Vorwurf von sich und gibt zu dem Vorhalt, es sei DNA des Opfers auf seiner Jacke gefunden worden, an, er habe die Jacke zum fraglichen Zeitpunkt seinem Freund geliehen.</p>
2	<p>Partielle Anerkennung des übergriffigen/antisozialen Verhaltens, eigene Verantwortung wird abgelehnt.</p> <p><i>Beispiel</i> Der Patient räumt im Untersuchungsgespräch zwar ein, es könne schon sein, dass er mit der Frau Geschlechtsverkehr gehabt habe. Er könne sich jedoch überhaupt nicht daran erinnern, das müsse sein anderes „ICH“ gewesen sein. Er mache normalerweise solche Sachen nicht. Er sei eher einer, der Frauen beschütze.</p>

3	<p>Anerkennung des übergriffigen/antisozialen Verhaltens unter Einbezug der eigenen Person, keine Schuldgefühle</p> <p><i>Beispiel</i></p> <p>Der Patient räumt im Untersuchungsgespräch ein, die Tat begangen zu haben. Er gibt an, das Opfer tue ihm leid, er hoffe, es gehe ihr wieder besser und sie könne ihm verzeihen. Weiter gibt er an, wenn er die Tat ungeschehen machen könnte, würde er dies sofort machen, schon wenn er denke, was für Konsequenzen nun auf ihn zukommen würden. Im Gespräch über das Anlassdelikt sowie über das Opfer wird keinerlei emotionale Beteiligung von Seiten des Exploranden ersichtlich. Seine Schuldbezeugungen sind sehr rational, eine emotionale Beteiligung wird erst dann ersichtlich, wenn das Gespräch auf die Konsequenzen, die der Explorand zu erwarten hat, gelenkt wird.</p>
4	<p>Eigene Verantwortung wird anerkannt, Schuldgefühle werden erlebt.</p> <p><i>Beispiel</i></p> <p>Weinend räumt er im Untersuchungsgespräch die Tat ein. In seinen rationalen Überlegungen zu den Konsequenzen der Tat für das Opfer werden beim Patienten deutlich Schuldgefühle spürbar.</p>
9	<p>Nicht beurteilbar.</p>

3F2 Einstellung zu übergriffigem Verhalten

Merkmalsabstufungen und Ankerbeispiele:

0	<p>Zwischenmenschliche Konsequenzen übergriffigen Verhaltens werden nicht gesehen oder zurückgewiesen (eingeschlossen: generelle antisoziale Haltung oder eigener Verhaltenskodex).</p> <p><i>Beispiel</i> Herr H., 50 Jahre, narzisstische Persönlichkeitsstörung, Alkoholabhängigkeit, reagiert ungehalten, wenn seine Frau sich z. B. mit ihrer Freundin trifft. Er wirft seiner Frau vor, dass sie ihn vernachlässige. Wenn es zum Streit kommt, verletzt er seine Frau unter Alkoholeinfluss zum Teil schwer. Am nächsten Morgen beteuert er, er schlage seine Frau nicht, weil er sie doch liebe. Er könne sich an keinen Streit erinnern. Er trinke mal etwas Alkohol, aber nie so viel, dass er jemals einen Filmriss gehabt habe. Nachdem sie ins Frauenhaus geht, ist Herr H. ist tief gekränkt und versteht nicht, dass sie ihn verlässt, weil er sie doch liebt.</p>
1	<p>Die Realität von Übergriffen wird anerkannt, aber jeglicher Bezug zur eigenen Person wird verneint.</p>
2	<p>Die Realität von Übergriffen und der Involvierung des Subjekts wird anerkannt, jegliche persönliche Verantwortung jedoch verneint.</p> <p><i>Beispiel</i> Herr H. kann auf Nachfrage einräumen, dass er erheblich trinkt und dass es auch zu körperlichen Übergriffen gegenüber seiner Frau gekommen ist. Er könne aber nichts dafür. Wenn seine Frau sich mit anderen Leuten treffe und ihn vernachlässige, sei es doch nur zu verständlich, dass er aus Frust dann etwas trinke. Zu dem Streit wäre es nie gekommen, wenn sie ihn nicht so gereizt hätte.</p>
3	<p>Die Realität von Übergriffen und die beginnende Verantwortung des Subjekts werden anerkannt, der Großteil der eigenen Verantwortung wird externalisiert und rationalisiert.</p>
4	<p>Die zwischenmenschlichen Konsequenzen delinquenten Verhaltens werden akzeptiert, im Gefühl und Bewusstsein, dass es sowohl für ihn/sie als auch für die anderen schädlich ist.</p> <p><i>Beispiel</i> Herr H. kann schildern, dass er aufgrund seiner hohen Kränkbarkeit immer wieder mit seiner Frau in Streit gerät. Das werde umso schlimmer, wenn er etwas getrunken habe.</p>
9	<p>Nicht beurteilbar.</p>

5 Veränderungskonzepte des Patienten

5F0 Einstellung zu eigener psychosozialer Störung/Suchterkrankung

(5.1-5.3 und 5P1-5P4 nur raten, wenn 5F0 als 2, 3 oder 4 geratet wird)

Merkmalsabstufungen und Ankerbeispiele:

0	<p>Patient betrachtet sich nicht als krank und behandlungsbedürftig.</p> <p><i>Beispiel</i> Herr H., 50 Jahre, schwere narzisstische Persönlichkeitsstörung, Alkoholabhängigkeit, wurde von seiner Frau verlassen. Sie ist in ein Frauenhaus gegangen. Er lädt sie zu sich ein, um sie für sich zurückzugewinnen. Das Treffen gestaltet sich aus seiner Sicht Erfolg versprechend. Er schöpft Hoffnung, sie für sich zurückzugewinnen zu können. Als sie seinen Vorschlag, es noch einmal zu versuchen, zurückweist, holt Herr H. ein zuvor bereitlegendes Messer hervor und sticht seiner Frau in den Hals. – Herr H. betont, er sei nicht krank. Therapie oder irgendeine andere Unterstützung brauche er nicht. Seine Reaktion sei nur zu verständlich. Wenn er sie nicht bekomme, dann solle sie keiner haben. Würden Frauen sich ihm gegenüber korrekt verhalten, würden solche Dinge nicht passieren.</p>
1	<p>Patient widersetzt sich der angebotenen/gerichtlich angewiesenen Therapie. Er formuliert eigene, unangemessene Bedingungen für eine Therapie.</p>
2	<p>Patient verhält sich vordergründig kooperativ, um Vorteile zu erwerben.</p> <p><i>Beispiel</i> Herr H. ist der Überzeugung, keine Therapie zu benötigen. Da er die Unterbringungsbedingungen in der Klinik im Vergleich zu einer Haftanstalt als besser ansieht, es dort insbesondere früher Lockerungen gebe, erklärt er, an allem teilzunehmen, was für erforderlich gehalten werde, auch wenn er das eigentlich nicht brauche.</p>
3	<p>Patient präsentiert sich mit einer wahrnehmbaren Therapiemotivation, die allerdings hauptsächlich von externen Faktoren bestimmt wird.</p>
4	<p>Patient präsentiert sich mit einer deutlich wahrnehmbaren Therapiemotivation mit realistischen Zielen, die hauptsächlich von inneren Faktoren bestimmt werden.</p> <p><i>Beispiel</i> Herr H. kann beschreiben, dass er auf Zurückweisung immer wieder rasch und tief gekränkt reagiert habe. Er habe versucht, seinen Frust „im Alkohol zu ertränken“, dadurch sei alles aber nur noch schlimmer geworden. Er wolle noch einmal eine Beziehung eingehen. Solange er aber immer wieder so schnell gekränkt sei und so viel trinke, werde es mit den Frauen immer wieder nur Streit geben. Er wolle etwas verändern, wisse aber noch nicht wie und brauche dabei Unterstützung.</p>
9	<p>Nicht beurteilbar.</p>

Literatur

- Aichhorn, A. (1925). *Verwahrloste Jugend*. Bern: Huber, 6. Auflage 1951.
- Bieg, M., Ross, T., Hoffmann, K. & Fontao, M.I. (2011). Prozessuntersuchung einer Gruppenpsychotherapie mit forensischen Suchtpatienten mit besonderer Fokussierung der Sprachebene. *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie*, 18 (1), 58-74.
- Fontao, M.I., Hoffmann, K. & Ross, T. (2011). Gruppenpsychotherapieforschung im Maßregelvollzug. Bestandsaufnahme und Entwicklungsmöglichkeiten. *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie*, 18 (1), 5-18.
- Foulkes, S.H. (1944). *Psycho-Analysis and Crime*. The Canadian Bar Review. Übersetzt (2013) von Kluttig, T., Hoffmann, K., Nitzgen, D. *Forum der Psychoanalyse*, 29 (1), 85-113.
- Goffman, E. (1961). *Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and other Inmates*. New York: Anchor.
- Hoffmann, K. (2005). Grundlagen der forensischen Psychotherapie. In: Ebner, G., Dittmann, V., Gravier, B., Hoffmann, K., Raggenbass, R. (Hrsg.), *Psychiatrie und Recht* (S. 171-197). Zürich, Basel, Genf: Schulthess. Ebenfalls abgedruckt in *Psychiatrische Pflege Heute*, 11, 1-10.
- Hoffmann, K. (2012). Psychoanalytisch begründete Ansätze in der forensischen Psychiatrie und Psychotherapie. *Forum der Psychoanalyse*, 28 (4), 395-412.
- Hoffmann, K., Kluttig, T. (2006). Psychoanalytic and Group-Analytic Perspectives in Forensic Psychotherapy. *Group Analysis*, 39, 9-23.
- Hoffmann, K., Ross, T., Mielke, R., Kluttig, T. & Fontao de Roß, M. (2012). Gruppen in der forensischen Psychotherapie. In: Strauß, B., Mattke, D. (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie/Lehrbuch für die Praxis* (S. 427-438). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Lackinger, F., Dammann, G. & Wittmann, B. (Hrsg.) (2008). *Psychodynamische Psychotherapie bei Delinquenz*. Stuttgart: Schattauer
- Main, T. (1946). The hospital as a therapeutic institution. In: Main, T. (Ed.), *The Ailment and other Psychoanalytic Essays* (pp. 7-11). London: Free Association Books, 1989.
- Reed, V., Woods, P., Collins, M., Almvik, R., van Erven, A., Ross, T., Pfäfflin, F. & Doenisch-Seidel, U. (2002). *Behavioural Status Index (BEST-Index). Ein Instrument zur Erfassung lebenspraktischer Fähigkeiten psychisch kranker Patienten mit dem Ziel der Therapieplanung und Evaluation*. Ulmer Textbank.
- Reiwald, P. (1948). Verbrechensverhütung als Teil der Gesellschaftspsychohygiene. In: Meng, H. (Hrsg.), *Die Prophylaxe des Verbrechens* (S. 105-263). Basel: Schwalbe.
- Ross, T., Harbour, D., Klauck, U., Capitano, U., Ernst, M. & Lehmann, K. (2013). Forensische Pflegediagnosen – eine mögliche Erweiterung des NANDA-Diagnosesystems für die forensisch-psychiatrische Pflege. *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie*, 20 (1), 5-18.
- Schalast, N. & Redies, M. (2005). „SK-M“ *Entwicklung eines Fragebogens zur Beurteilung des Stationsklimas im Maßregelvollzug*. Institut für Forensische Psychiatrie der Universität Duisburg-Essen.

- Schultze-Dierbach, E. (1991). Der psychoanalytisch-therapeutische Umgang mit der Realität Klinik. In: Heigl-Evers, A., Helas, I., Vollmer, H.C., *Suchttherapie psychoanalytisch, verhaltenstherapeutisch* (S. 108-127). Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Simmel, E. (1948). Alcoholism and Addiction. *Psychoanalytic Quarterly* 17: 6-31. In: Simmel, E. (1993), *Psychoanalyse und ihre Anwendungen. Ausgewählte Schriften* (S. 289-312). Herausgegeben von Ludger M. Hermanns und Ulrich Schultz-Venrath. Frankfurt am Main: Fischer.
- Soyka, M., Immler, B. & Sand, P. (1993). *Alkohol- und Drogenmissbrauch als Risikofaktoren für Gewalttaten und Delinquenz Schizophrener*. *Psychiatrische Praxis*, 20, 172-175.
- Stanton, A.H. & Schwartz, M.S. (1954). *The Mental Hospital*. New York: Basic Books.
- Welldon, E. (1996). Group-Analytic Psychotherapy in an Out-Patient Setting. In: Cordess, C. & Cox, M. (Eds.), *Forensic Psychotherapy* (pp. 63-82). Volume II: Mainly Practice. London: Jessica Kingsley.

Erhebungsbogen Forensik

		Nicht vorhanden	Niedrig	moderat	hoch	sehr hoch	nicht zu beurteilen
Objektivierende Bewertung der Erkrankung/des Problems							
1	Art und Schweregrad der Störung/des Problems						
1.F1	Art einer psychischen Störung	ICD 10 einschließlich Z-Ziffern					
	Schweregrad einer psychischen Störung	①	②	③	④	⑤	⑥
1.F2	Art der stoffgebundenen und nicht stoffgebundenen Süchte/ Impulskontrollstörungen	ICD 10 einschließlich Z-Ziffern					
	Schweregrad der stoffgebundenen und nicht stoffgebundenen Süchte/Impulskontrollstörungen	①	②	③	④	⑤	⑥
1.F3	Schwere und Häufigkeit übergriffigen/antisozialen Verhaltens (über das gesamte Leben)	①	②	③	④	⑤	⑥
1.F4	Aktuell angewandte Sicherungsmaßnahmen	①	②	③	④	⑤	⑥
2	Dauer der Störung/des Problems						
2.F1.	Alter bei Erstmanifestation antisozialen oder übergriffigen Verhaltens	①	②	③	④	⑤	⑥
2.F2.	Alter bei erster Verurteilung oder bestätigter antisozialer/ übergriffiger Handlung	①	②	③	④	⑤	⑥
Krankheitserleben und -darstellung, Veränderungskonzepte des Patienten							
3	Krankheitserleben und -darstellung						
3.F1.	Einstellung zum Anlassdelikt	①	②	③	④	⑤	⑥
3.F2.	Einstellung zu übergriffigem Verhalten im Allgemeinen	①	②	③	④	⑤	⑥
5	Veränderungskonzepte des Patienten						
5.F0	Einstellung zu eigener psychischen Störung	①	②	③	④	⑤	⑥
	(5.1-5.3 und 5P1-5P4 nur raten, wenn 5F0 mit 2, 3 oder 4 geratet ist)						