

Persönlichkeitsstörungen im Straf- und Massregelvollzug

Ausgewählte Ergebnisse der Grundlagen- und Behandlungsforschung

Thomas Ross, Friedemann Pfäfflin und Maria Isabel Fontao

Der Beitrag befasst sich mit drei Themenkomplexen, die in den letzten zehn Jahren die Schwerpunkte der Forschungstätigkeit unserer Arbeitsgruppe bildeten. Im ersten Abschnitt werden eine Reihe von Arbeiten über lebenspraktische Fertigkeiten forensisch-psychiatrischer Patienten, im zweiten Abschnitt eigene Arbeiten über die Selbstregulation von Straftätern vorgestellt. Zum Schluss werden neuere Entwicklungen im Rahmen der Implementation und Anwendung manualisierter Behandlungsansätze für persönlichkeitsgestörte Straftäter und Patienten im Massregelvollzug erläutert sowie Ergebnisse einer Pilotstudie vorgestellt.

Lebenspraktische Fertigkeiten psychisch kranker Rechtsbrecher

In der wissenschaftlichen Diskussion über klinische Instrumente zur Evaluation des Rückfallrisikos forensisch-psychiatrischer Patienten ist die Erfassung lebenspraktischer Fertigkeiten und deren Bedeutung für den psychotherapeutischen Fortschritt weitgehend vernachlässigt worden. Zum einen liegt dies daran, dass die forensische Psychiatrie, die sich neben der Kriminologie traditionell der Prognose gefährlichen Verhaltens am meisten verpflichtet fühlt, dabei auf die gängigen und gut validierten psychologischen Prognosekriterien setzt und ungünstig zu bewertende Verhaltensaspekte der Patienten vermehrt mit medikamentösen Mitteln positiv zu beeinflussen sucht. Zum anderen gab es bis vor Kurzem keine adäquaten Instrumente, mit denen man valide und reliabel therapeutisch orientierte Bewertungen durchführen konnte, die sich am beobachtbaren Verhalten der Patienten ausrichteten. Wichtig erschien unserer Arbeitsgruppe die *Neuausrichtung des Forschungsinteresses auf lebenspraktische Fertigkeiten* forensisch-psychiatrischer Patienten vor allem deshalb, weil wir hier eine Möglichkeit sahen, die im forensischen Feld konzeptuell oft getrennten Bereiche von Behandlung und Prognose miteinander in einer Weise zu verbinden, dass

beide voneinander profitieren. Um diesem Ziel gerecht zu werden, mussten wir untersuchen, wie sich Patienten auf Station verhalten, damit man von einer Besserung der Symptomatik beziehungsweise einer effektiven Reduzierung der Gefährlichkeit sprechen kann. Hierbei auf lebenspraktische Fertigkeiten zu setzen, bot sich an, da diese eindeutig beschreibbar sind. Teilweise fließen sie zumindest implizit in die gängigen Prognosekataloge ein, ohne allerdings als solche spezifiziert zu werden. Operationalisiert man diese Fertigkeiten, können sie nach entsprechender Schulung auf Station von prinzipiell allen Berufsgruppen bewertet werden. Sie sind damit grundsätzlich auch reliabel erfassbar und können die Grundlage für valide Schlussfolgerungen bilden. Des Weiteren konnten wir über die wissenschaftliche Erfassung lebenspraktischer Fertigkeiten eine Datenbasis schaffen, vor deren Hintergrund Therapiepläne nicht nur erstellt und modifiziert werden können, sondern die auch Entscheidungen für oder gegebenenfalls gegen spezifische therapeutische Interventionen evidenzbasiert ermöglicht. In diesem Sinne war dies auch ein Beitrag zur Qualitätssicherung im Massregelvollzug.

4 Arbeiten berichten über die wichtigsten Ergebnisse dieses Forschungsansatzes, den wir in den Jahren 2002 bis 2005 im Rahmen eines von der Europäischen Kommission geförderten, von uns beantragten und koordinierten Verbundprojekts verfolgten. An diesem Projekt waren 4 europäische Staaten beteiligt und am Ende der Rekrutierungszeit konnten wir auf eine Gesamtstichprobe von 231 Patienten aus 24 Einrichtungen, davon 10 aus Deutschland, zurückgreifen (Ross et al. 2005, 2007, 2008 a, b). Zur Definition lebenspraktischer Fertigkeiten sichten wir Vorarbeiten der englischen Arbeitsgruppe, die sich Anfang der Achtzigerjahre erstmals mit der Entwicklung eines Instruments befasste, mit dem man Verhalten innerhalb eines psychiatrischen Umfelds abbilden kann. Aus diesen Vorarbeiten entstand der *Behavioral Status Index (BEST-Index)*, der eine klinisch relevante und reliable Erfassung von Einstellungs- und Verhaltensänderungen im Zusammenspiel mit therapeutischen Interventionen ermöglichen sollte. Der BEST-Index wurde von Ross, Pfäfflin und Doenisch-Seidel ins Deutsche übersetzt (Reed et al. 2002) und ist unlängst in der zweiten, aktualisierten Auflage (Reed et al. 2008) erschienen.

In der ersten Arbeit (Ross et al. 2005) wird das EU-Forschungsprogramm vorgestellt und es werden, basierend auf den ersten von insgesamt drei Messzeitpunkten, vorläufige Ergebnisse aus Deutschland berichtet. Das Forschungsprogramm umfasste drei Messzeitpunkte im Abstand von jeweils neun Monaten, in denen neben dem BEST-Index Instrumente zur Gefährlichkeitsprognose, zur klinischen Symptomatik und zur Selbsteinschätzung der Aggressivität zum Einsatz kamen. Die grössten Übereinstimmungen zwischen BEST-Index und anderen Instrumenten zeigten sich in den klinischen Variablen, die neben den unveränderlichen historisch-aktuarischen auch als veränderbar zu bewertende Prognoseparameter berücksichtigen: Mangel an Einsicht, negative Einstellungen, aktive Symptome, Impulsivität und fehlender Behandlungserfolg. Der

BEST-Index erwies sich somit als sensitiv für klinische Veränderungen und konnte damit zumindest im Prinzip zur Erweiterung einer objektivierbaren Datenbasis für Therapieplanung, -modifikation und -evaluation eingesetzt werden. Die klinischen Erfahrungen mit dem BEST-Index und darauf bezogene subjektive Bewertungen, die über Mitarbeiterbefragungen eingeholt wurden, hoben die Schärfung der Wahrnehmung des Personals für therapie- und prognose-relevante Verhaltensaspekte der Patienten hervor. Die Mitarbeiter berichteten, sich im Rahmen der Bearbeitung der Einzelitems intensiver mit dem Patienten sowie der Einschätzung von Kollegen auseinanderzusetzen, diese systematischer und transparenter als bisher durchzuführen, und eher bereit zu sein, ihre Meinung kritisch zu hinterfragen beziehungsweise differenzierter zu betrachten. Zusammenfassend wurde der wesentliche Beitrag des BEST-Index für den klinischen Alltag in einer fortlaufenden Aktualisierung der individuellen wie auch teambezogenen Einschätzung der Patienten verortet.

Steckbrief BEST-Index

Es handelt sich um ein beobachtungs-basiertes Verfahren, das sich vor allem auf die Erfassung lebenspraktischer Fertigkeiten, die klinische Symptomatik, und die Bestimmung riskanten Sozialverhaltens von Patienten richtet. Der Terminus «riskantes Sozialverhalten» bezieht sich dabei nicht nur auf klassische Indikatoren von Gefährlichkeit (z.B. gewalttätige Handlungen gegen andere), sondern auf potenziell fremd- und selbstschädigende Verhaltensweisen und auf solche, die unmittelbar damit in Zusammenhang stehen. Vom theoretischen Ansatz her unterscheidet sich der BEST-Index von anderen klinischen Skalen, die vornehmlich pathologische Abweichungen vom sogenannten Normalen abbilden, durch seinen Fokus, der sich auf normales und nicht auf pathologisches Verhalten richtet. Es wird erfasst, inwieweit eine Person sich von der Norm spezifischer sozialer Verhaltensweisen, kognitiv-emotionaler Fähigkeiten und lebenspraktischer Fertigkeiten entfernt hat. Bewertet werden 150 verschiedene Verhaltensaspekte, die sich auf sechs Teilbereiche des Alltagslebens forensisch-psychiatrischer Patienten beziehen: Einsicht, Kommunikation und soziale Fertigkeiten, Arbeits- und Freizeitaktivitäten, Selbst- und Familienunterhalt sowie riskantes Sozialverhalten.

Die zweite Arbeit gibt einen Überblick über die in Deutschland erhobene Stichprobe und die Ergebnisse des Forschungsprogramms über alle drei Messzeitpunkte hinweg (Ross et al. 2007). Eine Inter-Rater-Reliabilitätsanalyse ergab zufriedenstellende Kennwerte für die Übereinstimmung der Beurteilung der BEST-Index-Skalen bei zwei unabhängigen Ratern. Zur Bestimmung der Konstruktvalidität wurde die inhaltliche Kongruenz zwischen den BEST-Index-Skalen und den Instrumenten zur Gefährlichkeitsprognose überprüft. Berichtet werden ferner die Veränderungen über die Messzeitpunkte hinweg. Auf Skalenebene wurden Änderungen in der Skala Einsicht, im Sinne einer Zunahme von Einsicht in einem Zeitraum von 18 Monaten, beobachtet. Auf Itemebene gab es ebenfalls eine Reihe statistisch signifikanter Änderungen über alle Messzeitpunkte hinweg, vornehmlich in den Bereichen Einsicht und Empathie. Insgesamt waren es aber wenige, und auf eine weitergehende Interpretation wurde vor dem Hintergrund der wissenschaftlichen Stringenz unserer Auswertungsstrategie verzichtet. Die Gründe für die ausbleibende statistische Veränderung einiger Verhaltensbereiche, in denen man angesichts der fortlaufenden klinischen Arbeit mit den Patienten eine Bewegung erwartet hätte, werden ausgiebig diskutiert.

In den beiden folgenden Arbeiten werden Ergebnisse der Gesamtstichprobe vorgestellt, in der Patienten aus Grossbritannien, den Niederlanden, Norwegen und Deutschland rekrutiert wurden (Ross et al. 2008 a, b). Der Schwerpunkt der dritten Arbeit (Ross et al. 2008 a) liegt auf dem Vergleich des BEST-Index mit den Validierungsinstrumenten zur Messung von Psychopathie (Psychopathy Checklist Revised; Hare, 1991, 2003), zur Gefährlichkeitsprognose (HCR-20; Webster et al., 1997), zur Messung von Aggressivität und Aggression (Buss-Durkee Hostility Inventory; BDHI-D; Lange et al., 1995) und zum Vorliegen psychischer Symptome im Allgemeinen (Symptom Checklist Revised; SCL-90-R; Derogatis, 1992). Hier wurde eine Analyse auf Itemebene vorgenommen und im Überblick dargestellt, wo die wichtigsten Übereinstimmungsbereiche liegen. Dieser Vergleich zeigte sowohl Übereinstimmungen des BEST-Index mit allen verwendeten Validierungsinstrumenten, aber auch deutliche Unterschiede. Es zeigte sich anhand der internationalen Stichprobe ebenso wie in der oben erwähnten, auf der deutschen

Stichprobe basierenden Arbeit, dass der BEST-Index vor allem klinisch veränderbare Variablen abbildet. In Selbsteinschätzung berichteten die Patienten eine leichte Verringerung der psychischen Symptome sowie eine weniger manifeste Aggression über den Messzeitraum hinweg. Bemerkenswert bleibt aber, dass sich die Gefährlichkeitseinschätzung der Patienten von T1 bis T3 nicht änderte. Zurückzuführen ist diese Invarianz vermutlich auf die Änderungsinsensitivität historisch-aktuarischer Variablen, die einen Grossteil der Items dieser Prognoseinstrumente ausmachen.

Die vierte Arbeit ist die methodisch aufwendigste und detaillierteste zu den lebenspraktischen Fertigkeiten psychisch kranker Rechtsbrecher (Ross et al. 2008 b). Diskutiert werden die Inter-Rater-Reliabilität des BEST-Index vor dem Hintergrund von 127 Mehrfachratings bei 30 Patienten, die

Zusammenhänge der BEST-Index-Skalen untereinander, die innere Konsistenz des Instruments, die Interkorrelationen mit den Vergleichsinstrumenten, die Ergebnisse zu den Vergleichsinstrumenten sowie die Änderung der klinischen Parameter des BEST-Index sowohl auf der Skalen- als auch der Itemebene. Insgesamt gibt es einige Hinweise für die Validität des Instruments. Es gibt gute Argumente für seine Verwendung zur detaillierten Erfassung von Verhaltensänderungen bei Patienten auf Station. Die grösste Stärke des Instruments liegt indes in der ausgewogenen Gewichtung von Verhaltensressourcen in Relation zu den Defiziten, über die sich neue Ideen zur Behandlungsplanung und -modifikation generieren lassen. Kritisch stellen wir allerdings auch klar, dass die Ergebnisse keinen Anlass zur Euphorie geben. Schliesslich gibt es einige Teilbereiche des BEST-Index und zum Thema der lebenspraktischen Fertigkeiten im Allgemeinen, die zu mehr Fragen als Antworten führen und die weiter beforscht werden müssen. Insbesondere geht es dabei um das Verhältnis dieser Fertigkeiten zu den Gefährlichkeitsparametern. Dies ist noch nicht abschliessend geklärt.

Im Zentrum der Arbeit von Sookoo et al. (2007) stand die qualitative Analyse der Art und Weise, wie sich das forensisch-psychiatrische Fachpersonal über ihre Patienten äussert. Vor dem Hintergrund der vor allem in Pflegekreisen weitverbreiteten Skepsis

In der Praxis hat der BEST-Index im forensisch-psychiatrischen Feld bemerkenswertes Interesse hervorgerufen. Er wird mittlerweile in mehreren deutschen Massregelvollzugseinrichtungen angewandt, darunter auch in einigen, die nicht Teil des Forschungsprogramms waren.

gegenüber standardisierten Messinstrumenten, die in der Regel viel zu wenig klinische Nützlichkeit aufwiesen, wurde hier ein Fragenkatalog entwickelt und qualitativ ausgewertet, der sich auf unterschiedliche Aspekte der praktischen klinischen Tätigkeit bezog. Im Rahmen von semistrukturierten Einzel- und Gruppeninterviews wurden zehn inhaltliche Bereiche abgefragt: allgemeiner Zugang zu den Patienten, Behandlungsziele, der aktuelle Behandlungsplan, Einschätzung der Behandlungsqualität, Einschätzung des Behandlungsfortschritts, Begründung der individuellen Einschätzung beziehungsweise Strategien der Informationsgewinnung, Vorschläge zur bestmöglichen Behandlung unter idealen Bedingungen, der Begriff der Rehabilitation in Bezug auf den Einzelfall und schliesslich Ratschläge für Kollegen zum Umgang mit dem betreffenden Patienten. Interviewt wurden 103 forensisch-psychiatrische Pflegekräfte, Psychologen und Ärzte. Die Antworten auf die oben genannten Themenblöcke wurden theoriegeleitet inhaltsanalytisch ausgewertet. Der Schwerpunkt lag dabei auf der Komplexität und Spezifität der Antworten, die übergeordnete Analyseebene umfasste drei Teilbereiche: den Pflege- beziehungsweise Behandlungsprozess, das therapeutische Arbeitsbündnis und die Wahrnehmung von Verhaltensänderungen. Thematisch wurden das therapeutische Arbeitsbündnis sowie das Vorhandensein von Coping-Strategien bei den Patienten hoch bewertet. Als bevorzugte Strategie der Informationsgewinnung wurde die Verhaltensbeobachtung genannt. Von den Antworten, die auf drei Ebenen analysiert wurden, und die von komplexen und spezifischen, das heisst individuell auf die Bedürfnisse des Patienten gerichtete Antworten (Ebene 3) bis zu recht unspezifischen Bemerkungen (Ebene 1) reichten, wurden die meisten auf der ersten und zweiten Ebene verortet. Inhaltlich bedeutet dies, dass bei forensisch-psychiatrischem Fachpersonal in Bezug auf eine strukturell hochwertige Integration empirischer Erfahrung und persönlichen Wissens, das individuumbezogen eingesetzt und gegebenenfalls auch laufend angepasst werden kann, noch erheblicher Nachholbedarf besteht.

Selbstregulation von Straftätern

Die Arbeiten über die Selbstregulation von Straftätern beziehen sich theoretisch auf psychologische Selbstregulationstheorien, die in den vergangenen 10 bis 15 Jahren hauptsächlich von angloamerikanischen Wissenschaftlern erarbeitet wurden. Zu etwa der gleichen Zeit begannen deutsche Forscher, darunter insbesondere die Arbeitsgruppe um Prof. Kuhl in Osnabrück, ein Theoriengebäude zu schaffen, das die vielen Einzelkomponenten, die im Rahmen der psychologisch orientierten Selbstregulationsforschung beim Menschen beschrieben wurden, in einer übergeordneten Theorie zusammenzufassen, zu erklären, und die jeweiligen Schwächen zu beheben versuchte. Das Resultat dieser Bemühungen ist die *Persönlichkeits-System-Interaktions-Theorie* (PSI; Kuhl 2000), aus der eine Reihe wissenschaftlich nachzuprüfender Aussagen abzuleiten sind, die fortlaufend überprüft werden und zu der eine Reihe von Einzelergebnissen vorliegen. Bis zur Publikation der hier vorgelegten Arbeiten gab es aber keine einzige, die im Sinne der oben

genannten Theorie spezifische Vorhersagen über die Selbstregulation von Straftätern getroffen hätte. In 4 der 5 Arbeiten werden Hypothesen getestet, die sich auf das Konzept der Selbstregulation beziehen (Ross und Fontao 2007, Ross et al. 2007, Ross u. Fontao 2006a, Ross u. Fontao 2008).

In der ersten dieser Arbeiten untersuchten wir an einer Stichprobe von insgesamt 70 Straftätern, ob Täter, die wegen Straftaten gegen Leib und Leben verurteilt wurden, mehr Defizite in einer Reihe von Selbstregulations- und Selbstkontrollparametern aufwiesen als solche, die keine Gewalttaten begangen hatten (Ross u. Fontao 2007). Wir kontrollierten die Stichprobe nach dem Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen und verglichen die Daten mit der einschlägigen Normstichprobe. Entgegen unseren Erwartungen fanden wir *keine signifikanten Unterschiede* zwischen den beiden Teilstichproben. Dies galt sowohl für die Selbstregulations- als auch die Selbstkontrollparameter. Im Vergleich mit der Normstichprobe fanden sich allerdings bedeutsame Unterschiede in allen erhobenen Selbstregulationsvariablen mit Ausnahme der Selbstkontrolle. Zusammenfassend waren dies mehr Probleme der Straftätergruppen mit der Selbstregulation ihrer inneren Welt im Allgemeinen, mit der Selbsthemmung von subjektiv positiv besetztem, von der Aussenwelt aber sanktioniertem Verhalten, mit der Selbstmotivation für die Initiierung unangenehmer, aber in der externen Bewertung notwendiger Handlungen und schliesslich mit der Aufrechterhaltung von subjektiv negativ bewerteten, aber extern eingeforderten Handlungen beziehungsweise von sozial erwünschtem Verhalten.

In der zweiten Arbeit untersuchten wir den Zusammenhang zwischen Selbstregulation und Aggression (Ross et al. 2007). Im Einzelnen interessierte uns, ob der von uns postulierte Zusammenhang, nämlich dass unzureichende Selbstregulation mit höherer Aggression einhergeht, auch dann noch Bestand hat, wenn man andere bedeutsame Variablen, deren Zusammenhang mit aggressivem Verhalten aus der Literatur bekannt ist, kontrolliert. Hier ging es also um die Klärung der von Selbstregulations- und Selbstkontrollvariablen unabhängig von der durch die wichtigsten bekannten Prädiktoren von Aggression aufklärbaren Varianz. Die Fähigkeit zur Selbstregulation korrelierte negativ mit Aggression. Selbsthemmung, Willenshemmung und Willensvermeidung, die im wesentlichen Defizite der Handlungsregulierung beschreiben, korrelierten positiv mit Aggression. Die erhobenen Variablen zu Selbstregulation und Selbstkontrolle sagten Aggression aber nicht direkt vorher. Sie entfalten ihre Bedeutung für aggressives Verhalten nur im Zusammenhang mit breiter definierten psychologischen Konstrukten, zum Beispiel unzureichender Impulskontrolle, Aufmerksamkeitsstörungen oder anderen Verhaltensweisen, die im Rahmen der für Straffälligkeit wichtigsten Persönlichkeitsstörungen (d.h. die antisoziale, Borderline- und narzisstische Persönlichkeitsstörung) beschrieben werden.

In einer weiteren Studie untersuchten wir eine Teilstichprobe von Sexualstraftätern aus dem oben genannten Datensatz von 70 Straftätern (Ross u. Fontao 2006 a). Das Erkenntnisinteresse lag hier auf der Selbstdarstellung von Selbstregulationsstrategien von Sexualstraftätern im Vergleich mit Strafgefangenen, die keine Sexualstraftaten begangen hatten. Aufgrund der kleinen Stichprobe und der damit verbundenen Stichprobeneffekte waren die meisten Gruppenvergleiche selbst bei relativ hohen Effekten nicht signifikant. Sexualtäter hatten in den meisten Parametern aber niedrigere Werte als die Vergleichsgruppe. Signifikant niedrigere Werte fanden sich im Bereich Stimmungsmanagement und Selbstberuhigung unter Stress.

Insgesamt zeigten Sexualtäter eine grössere psychische Vulnerabilität und mehr dependente Verhaltenszüge wie Unterwürfigkeit, Willfähigkeit und Konfliktvermeidung. Zu verstehen sind diese Ergebnisse entweder im Sinne einer tatsächlich schwerwiegenderen Ichpathologie der Sexualtätergruppe, eines besseren Zugangs der Sexualtätergruppe zu ihrer inneren Welt, was angesichts der klinischen Erfahrung nicht plausibel ist, oder aber einer grösseren Bereitschaft zur Nennung emotional belastender beziehungsweise bedrohlicher Ereignisse bei im Grunde ähnlichen Ausgangsbedingungen. Welche der Interpretationslinien tatsächlich zutrifft, liess sich anhand des vorliegenden Datenmaterials nicht abschliessend klären.

Die vierte Studie ist die aufwendigste, die wir zur Selbstregulationstheorie durchführten (Ross u. Fontao 2008). Hierzu untersuchten wir spezifische Vorhersagen vor dem Hintergrund der PSI-Theorie. Schwierigkeiten in der Selbstregulation von Verhalten sollten unserer Erwartung nach mit einer weitgehenden Unfähigkeit einen negativen Affekt herabzuregulieren, zusammenhängen. Das Erleben von Selbstkontrolle sollte nach der Theorie mit einem hohen positiven Affekt einhergehen. Zunächst fanden wir dasselbe Muster wie in der zweiten Studie: *Es gibt keinen direkten Zusammenhang von Selbstregulation und Aggression*. Für die Richtigkeit der oben genannten spezifischen Vorhersagen fand sich nur teilweise Evidenz. Selbstregulation korrelierte zwar positiv mit der Fähigkeit den negativen Affekt herabzuregulieren, aber die Teilergebnisse zu den Variablen Selbsthemmung und Willenshemmung führten zu nicht theoriekonformen Ergebnissen. Die Ergebnisse legen vielmehr ein gut funktionierendes Zusammenspiel der von der Theorie postulierten Persönlichkeitssysteme nahe, so wie man es gewöhnlich in klinisch unauffälligen Stichproben vorfindet. Es mag allerdings auch sein, dass diese Ergebnisse auf eine oft vernachlässigte, aber für die Interpretation empirischer Daten wichtige Tatsache hinweisen. Die meisten Straftäter regulieren sich über weite Strecken nämlich so, dass sie keine Straftaten begehen, denn strafrechtlich sanktioniertes Verhalten ist selten, gemessen an den sich im Lauf eines Lebens dafür bietenden Gelegenheiten. In vielen Fällen sind die Straftaten und das damit zum Ausdruck gebrachte aggressive Verhalten dann als plötzliches Versagen der üblichen Regulationsmechanismen unter hoher emotionaler Belastung zu verstehen, das unter «normalen» Bedingungen nicht auftritt, weil die persönlichen Ressourcen, selbst wenn es diesbezüglich Defizite gibt, eben dann noch ausreichen, um ein straffreies Leben zu gewährleisten.

In der fünften Arbeit werden die wesentlichen Ergebnisse der vier in diesem Abschnitt referierten Studien aufbereitet und in den Kontext der internationalen psychologischen Selbstregulationsforschung gestellt (Ross 2008). Vor dem Hintergrund der Darstellung der wichtigsten theoretischen und empirischen Forschungsströmungen in diesem Bereich werden hier konkrete Vorschläge gemacht, wie einzelne Erkenntnisse der Selbstregulationsforschung sinnvoll in Straftäterbehandlungsprogramme übertragen werden könnten. Anhand von fünf Zielbereichen therapeutischer Intervention wird gezeigt, dass eine ganze Reihe von Einzelbefunden der Selbstregulationsforschung in therapeutische Interventionen übersetzbar sind, und dass derart modifizierte Behandlungsprogramme auch empirisch evaluierbar wären.

Entwicklungen im Rahmen der Implementation und Anwendung manualisierter Behandlungsansätze

Die Bedeutung der Persönlichkeitsstörungen im forensischen Kontext ist kaum zu übersehen. Nach der bisher umfangreichsten Metaanalyse zur Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen in Gefängnis-

populationen (62 Untersuchungen, Gesamtpopulation n = 22 790) litten 65 Prozent der männlichen und 42 Prozent der weiblichen Gefangenen an einer Persönlichkeitsstörung. Der relative Anteil der antisozialen Persönlichkeitsstörung betrug bei den männlichen Gefangenen 47 Prozent (n = 5113 von insgesamt n = 10 797), bei den weiblichen Gefangenen 21 Prozent (n = 631 von insgesamt n = 3047) (Fazel u. Danesh 2002). Eine Studie an deutschen Strafvollzugsanstalten fand heraus, dass 32 Prozent der untersuchten Strafgefangenen die Kriterien für mindestens eine Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 erfüllten; dabei erfüllten 19 Prozent die Kriterien für eine dissoziale und 18 Prozent diejenigen für eine emotional-instabile Persönlichkeitsstörung (n = 105; Ullrich et al. 2001). In Studien mit ausschliesslich männlichen Gefangenen aus süddeutschen Justizvollzugsanstalten des offenen Vollzugs, in denen nur vergleichsweise kurze bis mittellange Freiheitsstrafen vollzogen werden, erfüllten 50 Prozent von 90 (Frädrich u. Pfäfflin 2000) beziehungsweise 62 Prozent von 60 Teilnehmern (Ross et al. 2004) die Kriterien für mindestens eine Persönlichkeitsstörung nach DSM (American Psychiatric Association 1994); die relativ grössten Anteile von 43 beziehungsweise 83 Prozent entfielen dabei jeweils auf Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen.

Bei forensisch-psychiatrischen Patienten wird die Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen auf bis zu 80 Prozent geschätzt (Herpertz u. Sass 2003). Nach jüngeren empirischen Erhebungen wurde bei 62 bis 68 Prozent von 156 Teilnehmern (Blackburn 2004) beziehungsweise bei 80 bis 84 Prozent von 85 (De Ruiter u. Greeven 2000) mindestens eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Für die Kategorien antisoziale, Borderline-, histrionische und narzisstische Persönlichkeitsstörung fanden sich durchschnittliche Prävalenzraten von 38 Prozent, 17 Prozent, 4 Prozent und 14 Prozent (Blackburn et al. 2004) beziehungsweise 43 Prozent, 36 Prozent, 16 Prozent und 17 Prozent (De Ruiter u. Greeven 2000). In einer Stichprobe von Straftätern, die forensisch-psychiatrisch begutachtet wurden (n = 168), erfüllten 61 Prozent der Probanden die Kriterien für mindestens eine Persönlichkeitsstörung. Dabei erfüllten 51 Prozent die Kriterien für mindestens eine Cluster-A-, 43 Prozent die Kriterien für mindestens eine Cluster-B- und 49 Prozent diejenigen für mindestens eine Cluster-C-Persönlichkeitsstörung. Häufig wurden zwei, drei, oft auch mehrere spezifische Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert (Hiscoke et al. 2003).

In den vergangenen zehn Jahren haben sich in der Straftätertherapie vermehrt standardisierte, manualisierte Behandlungsprogramme im Gruppenformat durchgesetzt. Dabei spielt die bessere Evaluierbarkeit von Behandlungsprogrammen im Sinne der Kriterien evidenzbasierter Therapien eine Rolle (Pfäfflin u. Ross 2004 b, 2007). Es gibt mittlerweile eine Reihe dieser Programme, deren Schwerpunkte sich zum einen nach dem Täterprofil richten (z.B. das Sex Offender Treatment Programme [SOTP, HM Prison Service 2000]), oder zum anderen eine im eigentlichen Sinn psychotherapeutische Absicht haben, zum Beispiel mit dem Ziel, über das Training von kognitiven Problemlösungs- und anderen Denkprozessen prosoziale Verhaltensspielräume der Patienten erweitern zu wollen (z.B. das Reasoning und Rehabilitation Programme [R&R] von Ross et al. 1986 [für eine Übersicht über psychologische Straftäterbehandlungsprogramme siehe Ross et al. 2008]).

Bei den sogenannten Straftäterbehandlungsprogrammen steht zwar im engeren Sinn nicht die Behandlung der Persönlichkeitsstörung im Vordergrund – aber bei der Konzeption sowie der praktischen Durchführung der Programme wird die hohe Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen unter den Straftätern doch berücksichtigt. Es

gibt umfangreiche empirische Belege über die Wirksamkeit des R&R-Programms. Tong und Farrington (2006) führten eine Metaanalyse durch, die 16 Studien in 4 Ländern einbezog, in der Experimental- und Kontrollgruppen verglichen wurden. Insgesamt fanden die Autoren eine Reduzierung der Rückfallquote um 14 Prozent bei den Patienten der Experimentalgruppe im Vergleich zur Kontrollbedingung. Die Wirksamkeit von SOTP wurde mehrfach untersucht. Die Metaanalyse von Hanson et al. (2002) basierte auf 43 Studien mit einer Gesamtstichprobe von 9454 Sexualstraftätern. Dabei bewirkte die Anwendung von SOTP eine Reduzierung der allgemeinen Rückfallquote von 51 auf 32 Prozent und eine Reduzierung der spezifischen Rückfallquote von 17 auf 10 Prozent.

In der deutschsprachigen forensischen Szene finden auch manualisierte Therapieprogramme zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen Anklang, nämlich die kognitiv-behavioral ausgerichtete *Dialektisch-Behaviorale Therapie* (DBT) von Linehan (1996) und die von psychodynamischem Gedankengut geprägte *Übertragungsfokussierte Psychotherapie* (TFP) von Clarkin et al. (1999). So sind in den letzten Jahren Entwicklungen in Richtung einer forensischen Version beider Therapieprogramme (DBT-F und TFFP) zu beobachten (Oermann et al. 2008, Lackinger et al. 2008). Die für die Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung entwickelte *Mentalisierungs-basierte Therapie* (MBT; Bateman u. Fonagy 2004) kann ebenfalls als vielversprechender Ansatz zur Behandlung persönlichkeitsgestörter Straftäter angesehen werden. Da Borderline-Patienten mit dissozialen Zügen beziehungsweise Suchtkrankheiten zu den schwierigsten Patienten zählen und in ambulanten Settings kaum Erfolge zu erwarten sind, scheinen stationäre Langzeittherapien wie die MBT für diese Patientengruppe am besten geeignet (Bateman u. Fonagy 2000).

DBT und TFP werden seit einigen Jahren vereinzelt in forensisch-psychiatrischen Kliniken im deutschen Sprachraum erprobt. Empirische Daten, die die Wirksamkeit dieser Behandlungsmethoden für forensische Patienten belegen, fehlen dennoch weitgehend. Unsere Arbeitsgruppe führte eine Pilotstudie durch, die erste Hinweise auf die Anwendbarkeit und Wirksamkeit der TFP im forensisch-psychiatrischen stationären Setting lieferte (Fontao et al. 2006; Lamott et al. 2008). In der genannten Studie stellte sich heraus, dass die TFP-Patienten eine stärkere Reduzierung der Werte der narzisstischen Persönlichkeitsstörung (SKID-II, Fydrich et al. 1997) zeigten als die Patienten in der Kontrollgruppe. Auch in der Skala paranoides Denken (SCL-90-R, Franke 1995) zeigten sich bessere Ergebnisse für die TFP-Patienten als für die Patienten in der Kontrollbedingung. Die methodischen Einschränkungen der Studie, welche der Generalisierbarkeit der Ergebnisse Grenzen setzen, hängen zum grossen Teil mit den Rahmenbedingungen des Massregelvollzugs zusammen, die zum Beispiel eine randomisierte Zuweisung der Patienten zu vergleichbaren Kontroll- beziehungsweise Experimentalgruppen erschweren. Wichtig im Zusammenhang mit der Einführung neuer Therapieprogramme mit wissenschaftlicher Begleitung ist die Beobachtung, dass der Prozess der Implementierung eine positive Dynamik der Selbstreflexion und eine damit zusammenhängende Veränderung bei einigen der beteiligten Parteien (Pflegepersonal, Therapeuten, Klinikleitung, Forscher) in Gang setzen kann. Durch die enge Zusammenarbeit können Impulse für eine auf die Praxis zugeschnittene und dennoch wissenschaftlich

hochwertige Wirksamkeitsforschung entstehen (Lamott et al. 2008). An anderer Stelle haben wir Probleme der Psychotherapieforschung im forensischen Kontext kritisch diskutiert (Pfäfflin et al. 2008). Die Ausgangsfrage, bei welchen Persönlichkeitsstörungen welche Verfahren in welchem Setting wirken und warum, lässt sich weiterhin nicht schlüssig beantworten, wenn man als schlüssige Antwort nur das gelten lässt, was empirisch an hinreichend grossen Stichproben belegt ist. Ein Forschungsdesign zur Frage der Wirksamkeit der forensischen Psychotherapie sollte die Rahmenbedingungen des Massregelvollzugs, die einen Einfluss auf den Therapieerfolg ausüben können, in Rechnung stellen. Beispielhaft seien dazu drei Aspekte genannt: Wenn Therapeuten und Patienten sich gegenseitig nicht aussuchen können, dann fallen soziale Auswahlprozesse in der therapeutischen Beziehung als erfolgsbestimmende Faktoren aus. Auch die Zusammenhänge zwischen Therapiemotivation und zeitlicher Perspektive, zum Beispiel wenn Patienten über zehn oder mehr Jahre keinerlei Aussicht auf Entlassung aus dem Massregelvollzug haben, sollten als Einflussvariable für den Therapieerfolg in das Forschungsdesign eingehen. Ferner lässt sich die Gruppenzusammensetzung, auch eine zentrale Grösse für die Ermittlung der Therapiewirksamkeit, nicht beliebig nach den Bedürfnissen der Forschung variieren, da sie oft von externen Faktoren (richterliche Beschlüsse, Belegungssituation usw.) abhängig ist. Selbst wenn diese spezifisch forensisch-psychiatrischen Faktoren die Wirksamkeitsforschung komplexer machen, stellen sie per se keine unüberwindbaren Hindernisse für die empirische Forschungsarbeit dar.

Zusammenfassende Empfehlung für die Praxis

Mit Blick auf die Behandlung von Straftätern sollte gerade vor dem Hintergrund der konsequent einzufordernden wissenschaftlichen Integrität auch in Gruppentherapien darauf geachtet werden, dass genügend therapeutischer Spielraum bleibt, um der Individualität der Gruppenmitglieder ausreichend gerecht zu werden. Einzeltherapien bleiben unverzichtbar, vor allem dort, wo sich nicht genügend Patienten finden, um in Gruppen programmorientiert zu arbeiten, oder wenn solche Therapieprogramme ohnehin kontraindiziert sind beziehungsweise sie allein keinen ausreichenden Behandlungserfolg erwarten lassen.

In unserer Arbeit zum Status quo, den Aufgaben und Perspektiven der forensischen Psychotherapieforschung, welche sich der allgemeinen Forschungstätigkeit auf dem Gebiet der forensischen Psychotherapie widmet (Ross u. Fontao 2006b), arbeiteten wir heraus, dass dieser Status quo nicht etwa einem Mangel an theoretischer Fundierung geschuldet ist, sondern vielmehr dem Fehlen einer konsequenten Umsetzung von praktischen Forschungsfragen und entsprechenden Hypothesen, die mit den gängigen Methoden der Psychotherapieforschung und geeigneten Forschungsdesigns überprüfbar wären. Dies hängt wiederum mit der Tradition der forensischen Psychotherapie als Fachrichtung zusammen, die sich den traditionell weniger intensiv beforschten psychodynamischen Theorien verpflichtet fühlt und die in einem weit überbewerteten Spannungsfeld von Beobachten/Zählen vs. Erklären/Verstehen Letzteres deutlich bevorzugt.

Wir diskutieren eine Reihe formaler und inhaltlicher Faktoren, die häufig als Hinderungsgründe für die Umsetzung von Forschungsprojekten ins Feld geführt werden, und bieten Lösungen an. Die formalen Hinderungsgründe, zum Beispiel das spezielle, ange-

lich für Forschung ungeeignete Setting, in dem Psychotherapie mit sowohl für den Patienten als auch den Therapeuten eingeschränkten Freiheitsgraden stattfindet, entkräften wir unter dem Hinweis auf die manualisierten kognitiv-behavioral orientierten Straftäterbehandlungsprogramme, die unter ähnlichen Bedingungen durchgeführt werden, zu denen es aber dennoch eine Fülle an Literatur gibt. Als ein wichtiges Ergebnis der Arbeit stellen wir fest, dass es keine grundsätzlichen, das heisst genuin wissenschaftliche Hinderungsgründe gibt, gut geplante Forschungsdesigns umzusetzen. Im Prinzip gelten die Probleme und die Chancen der allgemeinen Gleichermassen für die forensische Psychotherapieforschung.

Die Erforschung der spezifischen Wirksamkeit einzelner Module manualisierter Therapieprogramme beziehungsweise einzelner Bausteine des milieuthérapeutischen Konzepts im forensischen Kontext konnte bisher leider nicht zufriedenstellend realisiert werden. Dennoch lässt sich aus unserer Sicht in der forensisch-psychiatrischen Szene seit einigen Jahren ein wachsendes Bewusstsein, dass die Begleitforschung die Praxis der forensischen Psychotherapie bereichern kann, feststellen. ◆



Für die Autoren:

PD Dr. biol. hum Thomas Ross
Projektmanagement Forensische Psychotherapie
Zentrum für Psychiatrie Reichenau
Feursteinstrasse 55, D-78479 Reichenau

Interessenkonflikte: keine

Die Literaturliste ist in der Onlinefassung zu finden :

www.rosenfluh.ch/2009/psychiatrie-neurologie-nr.-04.2009.html