

Ertrag der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB

Evaluationsstudie zum Vergleich von
Maßregelvollzug und Strafvollzug bei suchtkranken Straftätern

Dritter Projektzwischenbericht

2016

Norbert Schalast, Melanie Frey, Shari Boateng, Claudia Massau

Aus dem Institut für Forensische Psychiatrie Essen
Direktor: Prof. Dr. Norbert Leygraf

Vorbemerkung

Entsprechend dem mit dem Land NRW geschlossenen Werkvertrag legen wir im Rahmen der im Jahr 2017 abzuschließenden Evaluationsstudie zum dritten Mal einen Zwischenbericht vor. Die Zwischenberichte sollen jeweils, so die vertragliche Vorgabe, den Charakter eines „eigenständigen Werkstücks“ haben. Dem versuchen wir in diesem Bericht – wie im Bericht II – unter anderem durch das Kapitel „Publikationsmanuskript“ gerecht zu werden. Mit diesem sollen einige eigenständige und diskussionswürdige Zwischenergebnisse der Erhebung in einer Fachzeitschrift veröffentlicht werden.

Im Übrigen sind in diesem Bericht, der ja auch den Stand der Datenerhebung zusammenfasst, Überschneidungen gegenüber dem letzten nicht vermeidbar. Die Daten über die einbezogenen Patienten und Gefangenen sind durchgängig aktualisiert, wobei sich hinsichtlich der schon beschriebenen Tendenzen keine auffälligen Veränderungen ergeben haben. Es gilt für das Projekt, dass die zentrale „Kriteriumsvariable“, nämlich Erkenntnisse zur Bewährung von Patienten und Gefangenen nach Entlassung in die Freiheit, erst durch eine Anfrage beim Bundeszentralregister Mitte des Jahres 2016 erhoben wird. Die eigentlichen, vom Projekt erwarteten Aussagen und Schlussfolgerungen zur Behandlungseffizienz werden erst auf dieser Basis möglich sein.

Besonders hingewiesen wird auf unsere Anregung auf Seite 16 dieses Berichtes, es nicht wie geplant bei einer BZR-Abfrage im Jahre 2016 zu belassen. Die Aussagekraft des Datenmaterials würde durch eine weitere, spätere BZR-Abfrage, etwa nach weiteren zwei bis drei Jahren – und damit einer etwa verdoppelten „time at risk“ – noch einmal erhöht werden. Laut Mitteilung des Bundesamtes für Justiz muss ein solcher zweiter Schritt der Nacherhebung schon bei der Vorbereitung des ersten förmlich beantragt werden. Das entsprechende Prüfungsverfahren ist initiiert. Die Zustimmungen der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und des Bundesjustizministeriums sollen eingeholt werden.

Die Methodik der Studie sei im Folgenden noch einmal stichwortartig zusammengefasst:

Bei über 300 Patienten des Maßregelvollzugs werden im Laufe der Unterbringung Daten erhoben, und zwar bald nach der Aufnahme, nach vier bis fünf Monaten der Behandlung und zum Zeitpunkt der Beendigung der Unterbringung. Mit Beendigung ist der Zeitpunkt gemeint, zu dem ein Patient mit Beschluss der zuständigen Strafvollstreckungskammer aus der Maßregel entlassen wird, sei es in die Freiheit oder in den Strafvollzug. In vielen Fällen geht einem solchen Beschluss ein Zeitraum voraus, in dem der Patient bereits außerhalb der Klinik lebt (Dauerbeurlaubung).

Zu jedem Patienten wurde ein passender „Zwilling“ im Strafvollzug gesucht, also ein Haftinsasse mit einer Suchtproblematik, der dem Patienten hinsichtlich eines Rasters von Merkmalen ähnelt, bei dem im gerichtlichen Verfahren jedoch nicht auf Unterbringung erkannt wurde.

Die Datenerhebung ist bisher planmäßig verlaufen. In den beteiligten 16 Kliniken konnte die anvisierte Zahl von 300 Patienten im dafür vorgesehenen zeitlichen Rahmen erhoben bzw. mit n = 315 übertroffen werden. Dabei stammt etwa die Hälfte der einbezogenen Patienten aus NRW, die andere Hälfte aus kooperierenden Kliniken in fünf anderen Bundesländern.

Im April 2011 wurde mit der Rekrutierung der Vergleichsgruppe von Strafgefangenen begonnen. Wie von uns kaum zu hoffen gewagt, konnte inzwischen für jeden Patienten ein Zwilling im Strafvollzug identifiziert werden.

Norbert Schalast, Shari Boateng, Claudia Massau, Melanie Frey, Norbert Leygraf

Diese Studie wird finanziert vom
Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen

Inhaltsverzeichnis

Stand der Projektrealisierung – aktuelle Befunde	5
Bisheriger Verlauf	5
Erledigungen und Entlassungen	5
Einige Basisdaten der Gesamtstichprobe	5
Bildung zweier Patientengruppen mit eher günstigem und eher ungünstigen Outcome	6
Vorläufige Bewertung	9
Erweiterung der Erhebung auf Frauen des § 64-Maßregelvollzugs	9
Die Vergleichsgruppe männlicher Strafgefangener	9
Die Vergleichsgruppe weiblicher Gefangener	13
Vorschlag eines zweiten Zeitpunktes zur Einholung einer BZR-Auskunft über alle einbezogenen Probanden	16
Problematik und Aussagekraft der Feststellung von Persönlichkeitsstörungen bei Patienten des Maßregelvollzugs gemäß § 64 StGB (Publikationsmanuskript)	17
Substanzabhängigkeit und Persönlichkeitsstörungen	17
Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB	18
Zur Diagnostik und zur Häufigkeit von Persönlichkeitsstörungen bei Untergebrachten	18
Persönlichkeitsstörungskategorien und strukturierte Diagnostik	19
Exkurs: Das Konzept der Persönlichkeitsstörungsdiagnostik im neuen DSM-5	20
Persönlichkeitsstörungen bei Patienten der Entziehungsanstalten: Einflüsse auf diagnostische Zuordnungen und Aussagekraft der Diagnosen	21
Methodik	22
Ergebnisse	24
Diskussion	28
Fazit	31
Literatur	32

Stand der Projektrealisierung – aktuelle Befunde

Im Folgenden wird der aktuelle Stand der Studie beschrieben. Eine eingehendere Projektbeschreibung und bisherige Datenanalysen, an die der vorliegende Bericht anknüpft, finden sich in den Projektzwischenberichten I und II (Schalast, Steffen, König, 2010; Schalast, Steffen, Boateng, 2012).

Bisheriger Verlauf

Erledigungen und Entlassungen

Wie erwähnt wurden 315 Patienten in die Datenerhebung einbezogen. Aktuell beläuft sich die Anzahl der Patienten, die entweder zur Bewährung ($n = 121$) oder nach Erreichen der Unterbringungshöchstfrist ($n = 28$) direkt aus der Maßregelvollzugsklinik in die Freiheit entlassen wurden, auf 149 Patienten. Bei inzwischen 153 Patienten erfolgte die Erledigung der Unterbringung gemäß § 67d Abs. 5 StGB mangels Erfolgsaussicht. Für 139 dieser Patienten gibt es Hinweise darauf, wie die Erledigung initiiert wurde: bei 83 Patienten wurde die Aufhebung der Maßnahme primär von der Klinik angezeigt, 43 Patienten baten selbst um Aufhebung. Bei 13 Patienten wurde die Aufhebung in beiderseitigem Einvernehmen beantragt.

Tabelle 1: Erledigungen der Unterbringung und Reststrafe in NRW und in den anderen Bundesländern

Reststrafe	Aufhebung der Maßregel NRW	Aufhebung der Maßregel andere BL	Σ
0 Monate	2 (von 5)	2 (von 4)	4 (9)
Bis 12 Monate	12 (von 20)	12 (von 19)	24 (39)
13 bis 24 Monate	11 (von 26)	16 (von 27)	27 (53)
> 24 Monate	46 (von 96)	52 (von 118)	98 (214)
Σ	71	82	153(315)

Einige Basisdaten der Gesamtstichprobe

Tabelle 1 setzt die Anzahl der Erledigungen in NRW und den anderen Bundesländern in Bezug zur bei Antritt der Unterbringung noch nicht verbüßten Reststrafe.

Patienten mit einer kurzen Reststrafe, deren Unterbringung aufgehoben wurde, wurden seitens der therapeutischen Mitarbeiter als recht reizbare Menschen beschrieben, die sich wenig an den therapeutischen Aktivitäten beteiligen. Im PAS zur dimensionalen Einschätzung ihrer „Persönlichkeitsge-

störtheit“ (Cluster B) werden ihnen relativ hohe Werte zugeschrieben. Die Patienten selbst beschreiben das Stationsklima als eher negativ, unter anderem auch den Zusammenhalt der Patienten.

Bildung zweier Patientengruppen mit eher günstigem und eher ungünstigen Outcome

In Tabelle 2 sind die Entlassungsmodi aller bisher aus der Klinik entlassenen Patienten dargestellt sowie ihre Zuordnung zu zwei Outcome- bzw. Verlaufsgruppen. Patienten, deren Unterbringung zur Bewährung ausgesetzt wurde oder die nach Erreichen der Höchstfrist in die Freiheit entlassen wurden, werden der Gruppe „günstiger Verlauf“ zugeordnet. Patienten, deren Unterbringung aufgrund mangelnder Erfolgsaussichten abgebrochen wurde, die nach Erreichen der Höchstunterbringungsfrist in eine JVA entlassen wurden oder bei denen eine Umkehr der Vollstreckungsfolge von Maßregel und Strafe angeordnet wurde, werden der Kategorie „ungünstiger Verlauf“ zugewiesen. Dies mag im Einzelfall dem klinischen Verlauf nicht wirklich gerecht werden, erscheint von der generellen Tendenz her jedoch angemessen. Bezugnehmend auf die Befunde von Schalast et al. (2009) wird im Folgenden geprüft, ob sich die Gruppenzugehörigkeit statistisch mittels bestimmter Hintergrundmerkmale vorhersagen lässt.

Tabelle 2: Entlassungsmodi aller bisher entlassenen Patienten und Bildung zweier Outcome-Gruppen

	Anzahl (n = 306)	Prozent	Gruppenbildung günstiger vs ungünstiger Verlauf*
Aussetzung der Unterbringung zur Bewährung	121	38,4	günstig
Erlledigung mangels hinreichender Erfolgsaussicht und Entlassung in JVA nach Erreichen der Höchstfrist	157	48,5	ungünstig
Entlassung in die Freiheit nach Erreichen der Höchstfrist	28	8,9	günstig
Umkehr der Vollstreckungsfolge von MR und Strafe	3	1,0	ungünstig
Andere Art der Entlassung	2	0,6	-

*nach Schalast et al., 2009

Tabelle 3: Familiärer Hintergrund sowie allgemeine Entwicklung und Verlauf

Merkmal	günstiger	ungünstiger	Prüfgröße	df	<i>p</i> <	Sig.
	Verlauf n = 149	Verlauf n = 160				
Alter (bei Untersuchung)	Mw = 35.7	Mw = 36.3	t = -.503	303	.615	-
Heimaufenthalt						
bis zum 10. Lebensjahr	11,9 %	12,1 %	X ² = .003	1	.959	-
zwischen 10. und 16. Lebensjahr	18,0 %	21,5 %	X ² = .527	1	.468	-
Erreichen eines Schulabschlusses	70,6 %	74,1 %	X ² = .440	1	.507	-
Hauptschulabschluss (nicht auf Sonderschule)	48,3 %	56,3 %	X ² = 1.96	1	.161	-
Abgeschlossene Berufsausbildung	34,5 %	35,2 %	X ² = .017	1	.897	-
Durchgängig arbeitslos im Jahr vor dem Delikt	52,1 %	56,5 %	X ² = .591	1	.422	-
Erheblich instabiles Arbeitsverhalten	30,1 %	39,1 %	X ² = 2.738	1	.098	0
Childhood Trauma Questionnaire CTQ (Bernstein et al., 1994)						
Familiärer Halt	Mw = 2.56	Mw = 2.83	t = -2.45	284	.015	*
Emotionale Vernachlässigung	Mw = 1.04	Mw = 0.85	t = 1,65	282	.100	-
Familiäre Gewalt	Mw = 0.96	Mw = 0.85	t = .89	283	.374	-
Familiäre Konflikte	Mw = 1.30	Mw = 1.14	t = 1.26	281	.209	-
CTQ gesamt	Mw = 1.47	Mw = 1.43	t = .50	284	.620	
ADHS Fragebogen Skala FEA-FSB (Döpfner et al., in Vorb.)						
Aufmerksamkeit	Mw = 0.92	Mw = 0.96	t = -.55	282	.585	-
Hyperaktivität	Mw = 0.87	Mw = 0.90	t = -.48	283	.635	-
Gesamtwert	Mw = 0.90	Mw = 0.94	t = -.55	282	.581	-

Der vorstehenden Tabelle 3 ist zu entnehmen, dass Merkmalen wie „Heimaufenthalt in der Vorgeschichte“, Schulabschluss, Berufsabschluss oder Arbeitslosigkeit in der vorliegenden Stichprobe bisher keine prädiktive Bedeutung zukommt. Auch die Selbsteinschätzung der Patienten hinsichtlich Hyperaktivitätsproblemen in der Kindheit und schwerer persönlicher / familiärer Belastungen (CTQ) sagt nichts vorher. Auch hinsichtlich der in den Tabellen 4 und 5 angeführten Aspekte des Abhängigkeitsverhaltens und der forensischen Anamnese lassen sich zwischen den Outcome-Gruppen keine erwähnenswerten Unterschiede finden.

Tabelle 4: Aspekte des Abhängigkeitsverhaltens und Outcome

Merkmal	günstiger Verlauf	ungünstiger Verlauf	Prüfgröße	df	<i>p</i> <	Sig.
	n = 149	n = 160				
Mehr als zwei stationäre Entgiftungsbehandlungen	25,9 %	25,6 %	X ² = .003	1	.956	-
Mindestens ein stationärer Entwöhnungsversuch	43,2 %	48,1 %	X ² = .885	1	.347	-
Abbruch mindestens einer Entwöhnungsbehandlung	31,7 %	34,6 %	X ² = .274	1	.601	-
Vornehmlich Alkoholmissbrauch	31,6 %	37,2 %	X ² = 1.273	1	.259	-
Vornehmlich Drogenmissbrauch	69,1 %	62,8 %	X ² = 1.273	1	.259	-
AUDIT Gesamtstichprobe	Mw = 1.4	Mw = 1.3	t = .88	269	.381	-
DUDIT Gesamtstichprobe	Mw = 2.2	Mw = 2.2	t = .13	268	.900	-
AUDIT Alkoholiker	Mw = 2.2	Mw = 1.8	t = 2.55	87	.012	*
DUDIT Alkoholiker	Mw = 0.6	Mw = 0.4	t = 1.13	82	.261	-
AUDIT Drogenabhängige	Mw = 1.1	Mw = 1.1	t = -.22	182	.826	-
DUDIT Drogenabhängige	Mw = 2.9	Mw = 2.9	t = -.36	184	.722	-

Tabelle 5: Forensische Anamnese und Outcome

Merkmal	günstiger Verlauf	ungünstiger Verlauf	Prüfgröße	df	<i>p</i> <	Sig.
	n = 149	n = 160				
Alter erste Straffälligkeit lt. BZR	MD = 18.0	MD = 16.0	t = .37	296	.710	-
Anzahl Einträge im BZR	MD = 8	MD = 9	t = -2.38	201	.018	*
Mehr als 5 Einträge im BZR	74,3 %	74,1 %	X ² = .002	1	.963	-
Gesamtdauer früherer Haft (vor jetzigem Verfahren, in Monaten)	MD = 20.0 (MW = 36.1)	MD = 25.5 (MW = 46.6)	t = -1.77	292	.	-
Haftzeit direkt vor der Unterbringung (in Monaten)	MD = 8.0	MD = 7.5	t = 2.15	204	.033	*
Strafmaß (in Verbindung mit der Unterbringung, in Monaten)	MD = 44.0	MD = 33.0	t = 2.61	304	.009	*

Vorläufige Bewertung

Alles in allem können die Befunde von Schalast et al. (2009) bisher kaum repliziert werden. Die von Querengässer et al. (2015) aktuell beschriebene geringe Vorhersagemöglichkeit des Outcomes wird derzeit durch die Zwischenergebnisse unserer Studie bestätigt. Die von der Richtung her fast paradoxen Zusammenhänge zwischen Belastungsfaktoren (CTQ, Tabelle 3) und Outcome, die sich bereits im Zwischenbericht II dargestellt hatten, werden weiterhin repliziert. Die Länge der mit der Unterbringungsanordnung ausgesprochenen Haftstrafe korreliert laut Tabelle 5 eher positiv mit dem Ausgang. Dies kann einfach Folge des Umstandes sein, dass eine sehr kurze Begleitstrafe Patienten eher motiviert, über den Umweg der „Erledigung“ der Unterbringung schneller in die Freiheit zu gelangen.

Erweiterung der Erhebung auf Frauen des § 64-Maßregelvollzugs

Seit Beginn der Erhebung wurden uns 33 Erhebungsbögen I zugeleitet. Von den Erhebungsbögen des Zeitpunktes II wurden bisher 32 Exemplare an das Institut für Forensische Psychiatrie zurück geschickt. Entlassbögen haben wir bislang für 31 dieser Patientinnen erhalten. Von den bereits entlassenen weiblichen Strafgefangenen ist bekannt, dass 18 in Freiheit und 13 aus dem Maßregelvollzug in eine JVA entlassen wurde.

17 weiblichen Maßregelvollzugspatienten kann anhand der Entlassbeurteilung durch die Kliniktherapeuten eine günstige Prognose gestellt werden, wohingegen bei 14 Patienten Informationen für eine ungünstige Prognosestellung vorliegen.

Die Vergleichsgruppe männlicher Strafgefangener

Verlauf der Datenerhebung

Die Rekrutierung der noch fehlenden Fälle der Vergleichsgruppe im Strafvollzug konnte im Herbst 2014 erfolgreich abgeschlossen werden: von den 315 gesuchten „Zwillingen“ konnten in den 15 an der Studie beteiligten Justizvollzugsanstalten exakt 315 Gefangene für das „Matching“ der beiden Stichproben gefunden werden. Zwischenzeitlich hatte sich die Anzahl noch fehlender Zwillinge noch einmal erhöht: Zwölf bereits in die Studie einbezogene Gefangene (Drop-Outs) konnten nach Verlegungen nicht weiterverfolgt werden. In sechs Fällen waren Abschiebungen erfolgt, fünf Gefangene in den Maßregelvollzug verlegt worden.

Aufgrund der mittlerweile recht weit vorangeschrittenen Projektlaufzeit wurde in der Arbeitsgruppe entschieden, einige Gefangene in die Vergleichsstichprobe aufzunehmen, deren Strafzeitende erst nach dem ursprünglich festgelegten spätesten Zeitpunkt 31.12.2014 liegt. Einbezogen wurden daher zum Ende der Rekrutierungsphase auch einige Fälle, deren Haft spätestens zum 30.06.2015 endet. Damit geht einher, dass bei einem kleinen Teil der Vergleichsprobanden die „time at risk“ weniger als die ursprünglich geforderten zwei Jahre betragen wird (zwischen 1;6 Jahren bis 1;11 Jahren). Dieser Umstand wurde nach ausführlicher Abwägung der Vor- und Nachteile eines solchen Vorgehens zu Gunsten der Vollständigkeit der Vergleichsstichprobe in Kauf genommen.

Die Verteilung der 315 gefundenen „Zwillinge“ auf die einzelnen Anstalten illustriert Tabelle 6.

Tabelle 6: Verteilung der „Zwillinge“ auf die kooperierenden Justizvollzugsanstalten

JVA	Anteil beteiligter Gefangener
Aachen	23
Bielefeld-Brackwede	33
Bochum	23
Dortmund	15
Düsseldorf	8
Geldern	29
Gelsenkirchen	36
Hagen	1
Köln	3
Remscheid	22
Rheinbach	27
Schwerte	12
Werl	37
Willich I	36
Wuppertal-Vohwinkel	9

Verlegungen

Bisher wurden 59 Probanden aus ihrer „Ursprungsstrafanstalt“ weiterverlegt. Folgende Anstalten sind bzw. waren durch die erfolgten Verlegungen zusätzlich zu den oben genannten Häusern in die Studie involviert: JVA Attendorn, JVA Bielefeld-Senne, JVA Bochum-Langendreer, JVA Castrop-Rauxel, JVA Euskirchen, JVA Moers-Kapellen, JVA Münster, JVA Remscheid Zweiganstalt, JVA Siegburg und JVA Wittlich.

Entlassungen

Aus dem Strafvollzug entlassen wurden bis zum Zeitpunkt der Erstellung des vorliegenden Berichts etwas mehr als 90 % der erhobenen Gefangenen (306 von 315), wobei die Entlassgründe zu differenzieren sind. Der größte Teil der Gefangenen ($n = 179$) wurde nach Erreichen ihres Strafendes entlassen. Bei 51 Probanden wurde der Strafrest zur Bewährung ausgesetzt, und bei 69 erfolgte eine Strafzurückstellung nach § 35 BtmG. Sechs der in die Studie einbezogenen Gefangenen wurden im Rahmen der Weihnachtsamnestie entlassen, ein Gefangener nach § 43 StVollzG (s. Abbildung 1).

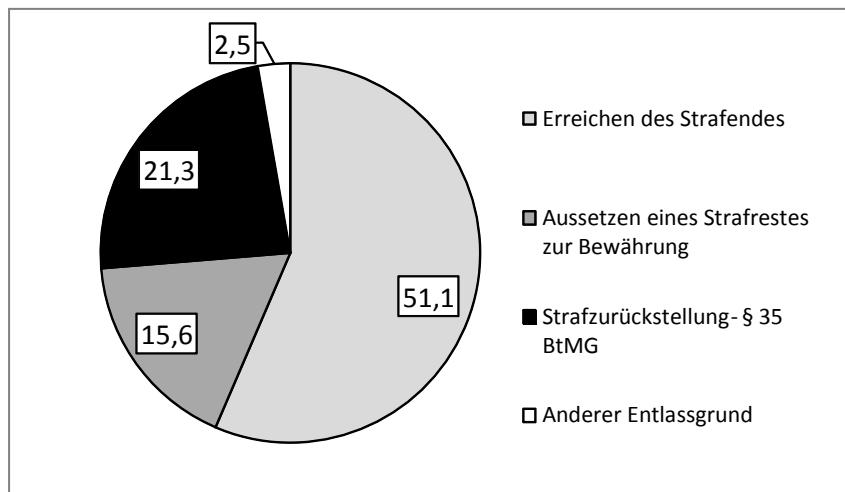


Abbildung 1: Anlass der Entlassungen aus dem Strafvollzug in % (n = 284)

Bei 152 der bisher 306 Entlassenen war zur Zeit des Vollzugs eine „Fallakte Sucht“ in SoPart®-Justiz angelegt worden. 157 Gefangene hatten eine Suchtberatung in Anspruch genommen, die bei 128 erfolgreich abgeschlossen wurde, 29 Gefangene hatten die Beratung vorzeitig abgebrochen. Auf einer besonderen Abteilung (abstinenzorientierte, therapievorbereitende oder Behandlungsabteilung) waren insgesamt 60 Gefangene untergebracht, von denen 52 die Behandlung auch planmäßig beendeten.

36 der bisher Entlassenen erhielten zum Haftstrafenende substituierende Pharmaka oder suchtspezifische Medikation. Aus der Haft in eine Therapieeinrichtung entlassen wurden 90 der Probanden, in eine betreute Wohneinrichtung oder Wohngemeinschaft 19.

Zum Zeitpunkt der Berichterstellung lagen die ersten Entlassungen von Probanden der Vergleichsstichprobe aus dem Strafvollzug bereits bis zu 53 Monate zurück (Min = 1 Monat). Im Durchschnitt lag die „time at risk“ zum Stichtag 01.02.2016 bei den entlassenen Strafgefangenen bei 36 Monaten (MD = 39 Monate).

Allgemeine Beschreibung der Vergleichsstichprobe

Im Folgenden sollen einige Kenndaten und Merkmale der Stichprobe aus dem Strafvollzug dargestellt werden (siehe auch Tabelle 7).

Alter

Das Durchschnittsalter der Gefangenen aus dem Strafvollzug beträgt 36,5 Jahre, der älteste Proband ist 66 Jahre alt, der jüngste 22.

Strafmaß

Das Strafmaß der Gefangenen beträgt durchschnittlich 35,6 Monate, wobei das kürzeste Strafmaß bei vier Monaten, das längste bei 121 Monaten liegt.

Aburteilungen laut Bundeszentralregister

Im Mittel wiesen die Bundeszentralregisterauszüge der einbezogenen Gefangenen etwa 11 Einträge auf, mit einem Maximum von 38 und einem Minimum von 0 Einträgen.

Tabelle 7: Verteilung von Alter, Strafmaß und Anzahl früherer Aburteilungen

Variable	Min	Max	M	(SD)	MD
Alter in Jahren	22	66	36,5	(8,3)	36
Strafmaß in Monaten	4	121	35,6	(18,9)	31
Aburteilungen lt. BZR	0	38	11,3	(7,5)	10

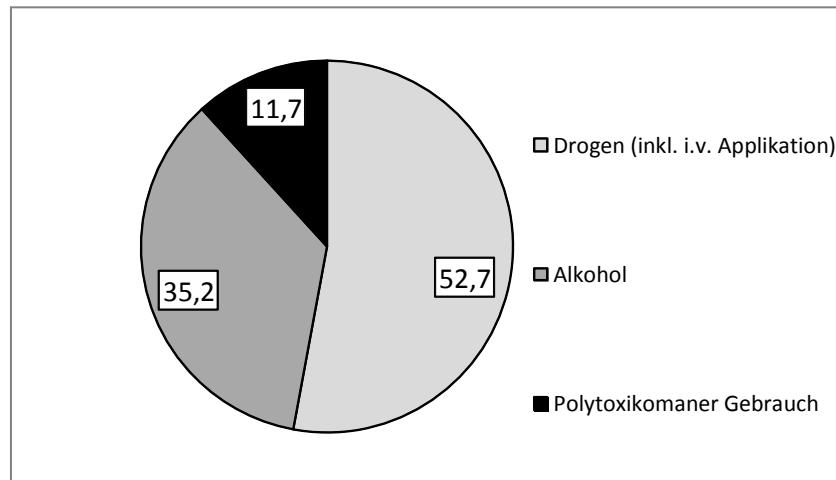


Abbildung 2: Verteilung der Suchtproblematik in %

Die Kategorie „Drogen inkl. i.v. Applikation“ bezeichnet eine Kerngruppe drogenabhängiger Täter

Drogen vs. Alkohol

Die Mehrheit der Gefangenen, insgesamt 166, weist (vorwiegend) eine Suchtproblematik bezüglich Drogen („weiche und harte“ Drogen inkl. intravenöser Applikation von Substanzen) auf, bei 111 wird eine Alkoholabhängigkeit angenommen (s. Abbildung 2). Bei 37 Gefangenen ist von einer Abhängigkeit von verschiedenen Substanzen einschließlich Alkohol auszugehen.

Nutzung suchtspezifischer Angebote

190 Männer nutzten zum Zeitpunkt der Datenerhebung suchtspezifische Angebote wie interne oder externe Suchtberatung, Therapiegruppen etc. Die restlichen 125 Gefangenen nahmen keinerlei Angebote dieser Art in Anspruch.

Die Vergleichsgruppe weiblicher Gefangener

Verlauf der Datenerhebung

Die Rekrutierung der Vergleichsgruppe im Strafvollzug für die weibliche Stichprobe aus dem Maßregelvollzug konnte ebenfalls im Herbst 2014 abgeschlossen werden. Für alle 32 Patientinnen aus den vier beteiligten Kliniken des Maßregelvollzugs konnten passende „Zwillinge“ in fünf Justizvollzugsanstalten gefunden werden. Um eine vollständige Vergleichsstichprobe bei vertretbarem Arbeitsaufwand für die Koordinatoren in den Strafanstalten zu realisieren, wurde, basierend auf den Erfahrungen bei der Erhebung der Vergleichsstichprobe der Männer (s. zweiter Projektbericht von 2012), in wenigen Fällen eine Aufweichung der strengen Kriterien des Merkmalsrasters in Kauf genommen. In die Stichprobe aufgenommen wurden einige Gefangene, die hinsichtlich der Kategorie „Zahl der BZR-Einträge“ oder der Kategorie „Altersgruppe“ nicht exakt mit den entsprechenden Patientinnen kongruent waren.

Die Paare, deren Passung nicht in allen der fünf Merkmale vollständig gegeben war, wurden in der Datendatei markiert, so dass dieser Aspekt im Rahmen der Auswertung berücksichtigt werden kann. Die beiden Merkmale, in denen nicht flexibel vorgegangen, sondern auf eine exakte Passung geachtet wurde, waren „Suchtproblematik“ und „Delikt/Inhaftierungsurteil“. In zehn Fällen konnte eine 100%ige Passung in allen fünf Matchingmerkmalen (Suchtproblematik, Alter, Anzahl der Aburteilungen, Verbüßung vorheriger Strafhaft, Delikt/Inhaftierungsurteil,) erreicht werden. In 20 Fällen bestand eine exakte Passung bei vier Merkmalen.

Die an der Erhebung der weiblichen Vergleichsstichprobe beteiligten Justizvollzugsanstalten und die Verteilung der in die Studie einbezogenen Gefangenen sind in Tabelle 8 aufgelistet.

Tabelle 8: Verteilung der weiblichen „Zwillinge“ auf die kooperierenden Justizvollzugsanstalten

JVA	Anteil beteiliger Gefangener
Bielefeld-Brackwede	4
Frankfurt am Main III	16
Gelsenkirchen	6
Köln	2
Willich II	4

Verlegungen

Keine Probandin wurde aus ihrer „Ursprungsanstalt“ weiterverlegt.

Entlassungen

Alle 32 erhobenen Gefangenen wurden mittlerweile entlassen. 20 von ihnen wurden regulär nach Erreichen des Strafendes entlassen, bei sechs Gefangenen wurde der Strafrest zur Bewährung ausgesetzt, und bei sechs Gefangenen erfolgte eine Strafzurückstellung nach § 35 BtmG (s. Abb. 2).

Suchtspezifische Interventionen

Bei neun der entlassenen Gefangenen war zur Zeit des Vollzugs eine „Fallakte Sucht“ in SoPart®-Justiz angelegt worden. Zehn der Frauen nahmen eine Suchtberatung in Anspruch. Diese wurde in sechs Fällen planmäßig beendet und in vier Fällen vorzeitig abgebrochen. Fünf Gefangene waren auf einer besonderen Abteilung (abstinentorientierte, therapievorbereitende oder Behandlungsabteilung) untergebracht. Diese Unterbringung endete für vier der Frauen planmäßig, eine Gefangene brach die Behandlung ab. Acht Frauen wurden unter suchtspezifischer Medikation bzw. substituiert entlassen. Sieben begaben sich im Anschluss an die Haftstrafe in eine Therapieeinrichtung. Fünf der entlassenen Gefangenen zogen in eine betreute Wohneinrichtung oder Wohngemeinschaft.

Zum Zeitpunkt der Fertigstellung des vorliegenden Projektberichts lag die längste „time at risk“ bei 40 Monaten, die kürzeste bei fünf Monaten. Im Durchschnitt waren die entlassenen Frauen zum Stichtag am 01.02.2016 seit 30 Monaten aus der Haft entlassen ($MD = 32,5$ Monate).

Allgemeine Beschreibung der weiblichen Vergleichsstichprobe

Tabelle 9 fasst einige Kenndaten und Merkmale der weiblichen Stichprobe aus dem Strafvollzug zusammen.

Tabelle 9: Verteilung von Alter, Strafmaß und Anzahl früherer Aburteilungen in der Vergleichsgruppe weiblicher Gefangener

Variable	Min	Max	M	(SD)	MD
Alter in Jahren	23	57	35,3	(8,6)	35
Strafmaß in Monaten	4	71	22,9	(14,1)	21
Aburteilungen lt. BZR	4	19	9,4	(5,2)	9

Drogen vs. Alkohol

Der Großteil der in die Studie einbezogenen Gefangene weist primär eine Drogenproblematik auf ($n = 26$). Sechs Gefangene waren vornehmlich alkoholabhängig.

Nutzung suchtspezifischer Angebote

25 Frauen nutzten zum Zeitpunkt der Datenerhebung suchtspezifische Angebote wie interne oder externe Suchtberatung, Therapiegruppen etc. Sechs Frauen nahmen keinerlei Angebote dieser Art in Anspruch (n = 31).

Kinder

19 der inhaftierten Frauen haben oder hatten eigene Kinder. Von diesen wurden bis zur Unterbringung in Haft neun selbst versorgt, zwölf Kinder waren schon vor der Unterbringung in Betreuung durch Angehörige. In behördlicher Obhut befanden sich vor der Strafhaft der Mutter vier der Kinder und elf waren in Pflegefamilien oder bei Adoptiveltern untergebracht. Drei Kinder waren verstorben. Im Mittel waren die inhaftierten Mütter bei der Geburt ihres ersten Kindes 22 Jahre alt. Die jüngste Mutter war 16 Jahre alt, die älteste 35.

Vorschlag eines zweiten Zeitpunktes zur Einholung einer BZR-Auskunft über alle einbezogenen Probanden

Das Konzept der Studie und der Werkvertrag sehen bisher vor, dass im Jahr 2016 beim Bundesamt für Justiz Strafregisterauszüge über alle Studienteilnehmer eingeholt werden. Auf diese Weise ist sichergestellt, dass für die allermeisten Maßregelpatienten und Gefangenen zu diesem Zeitpunkt eine „time at risk“ von zwei Jahren überblickt wird, für die Gesamtgruppen ein im Durchschnitt noch deutlich längerer Zeitraum. Auf der Basis dieser Daten werden Feststellungen zum Ertrag der Maßregelbehandlung möglich sein.

Ein Aspekt der Schlussfolgerungen aus den Daten würde möglicherweise kontrovers diskutiert werden und würde auf der Basis der erfolgten Erhebung nicht abschließend eingeschätzt werden können: Ist eine eventuell verbesserte Bewährungsquote der behandelten Täter tatsächlich ein Therapieeffekt oder resultiert er aus dem enormen Aufwand, mit dem die Maßregeleinrichtungen Entlassungen in die Freiheit vorbereiten und unterstützen? Natürlich lassen sich Therapie einerseits und allgemeine psychosoziale Begleitung und auch Kontrolle nicht streng trennen. Wären es allerdings tatsächlich die Begleitung und das Case-Management, welches für Unterbringungseffekte entscheidend wäre, so wären diese Effekte möglicherweise weniger tragfähig. Von einer zeitlich aufwendigen stationären Intensivbehandlung würde man sich längerfristige Effekte – im Sinne eines Ausstiegs aus Sucht und Dissozialität – erhoffen.

Im Hinblick auf diese Fragen haben wir angeregt, zu einem zweiten Zeitpunkt, und zwar nach weiteren zwei Jahren, erneut eine BZR-Auskunft einzuholen. Auf der Grundlage dieser zweiten katamnestischen Erhebung könnte die Stabilität von Effekten beurteilt werden.

Im Vergleich zum Gesamtaufwand des Projektes wäre dieser zweite Nacherhebungsschritt mit ausgesprochen geringem Aufwand verbunden. Wir gehen davon aus, dass die zur Verfügung stehenden Projektmittel so verwendet werden können, dass die mit dem zweiten Nacherhebungsschritt verbundenen niedrigen Kosten abgedeckt wären.

Die ergänzende zweite Einholung von Katamnesedaten würde dazu beitragen, die umfangreichen Basisdaten des Projektes optimal zu nutzen. Der Kostenträger der Studie, also das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW, hat sich mit dem Vorschlag einverstanden erklärt.

Gemäß Abs. 1a von § 42a des Bundeszentralregistergesetzes erfordert eine „mehrfache Übermittlung personenbezogener Daten“ allerdings die Anhörung der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Genehmigung des Bundesministeriums der Justiz. Das Bundesamt für Justiz hat unser Anliegen dort inzwischen mit positivem Votum zur Prüfung vorgelegt.

Entwurf eines Publikationsmanuskripts - Langfassung

Problematik und Aussagekraft der Feststellung von Persönlichkeitsstörungen bei Patienten des Maßregelvollzugs gemäß § 64 StGB¹

Substanzabhängigkeit und Persönlichkeitsstörungen

Persönlichkeitsstörungen werden definiert als tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die mit starren, oft dysfunktionalen Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen einhergehen. Die Betroffenen lassen deutliche Abweichungen im Denken, Fühlen und in sozialen Beziehungen erkennen (Dilling u.a. 1993, S. 225). Kernberg (2001) hebt die Bedeutung negativer Afekte bei schweren Persönlichkeitsstörungen hervor, bis hin zu überbordendem Neid und strukturiertem Hass bei der antisozialen Persönlichkeitsstörung.

Deutlich über 10 Prozent der erwachsenen Bevölkerung sollen die Kriterien mindestens einer Persönlichkeitsstörung erfüllen (Bohus et al. 2004, Grant et al. 2004). Eine noch erheblich höhere Quote von Menschen mit Persönlichkeitsstörungen findet sich bei Suchtpatienten, mit einem Schwerpunkt bei den externalisierenden Störungen des Cluster B, namentlich antisoziale Störung und Borderline-Störung (Sher & Trull 2002). In zwei Stichproben von Alkoholikern ($n = 178$) und Drogenabhängigen ($n = 86$), bei denen vor Aufnahme in stationäre Behandlung eine Diagnostik stattfand, identifizierten DeJong et al. (1993) in 78 resp. 91 % der Fälle mindestens eine Persönlichkeitsstörung (bei Anwendung des strukturierten Interviews SIDP). Die Alkoholabhängigen wiesen im Mittel 1,8 Persönlichkeitsstörungsdiagnosen auf, die Drogenabhängigen 4,0.

In einer umfassenden epidemiologischen Untersuchung konnten Grant et al. (2004) sich auf Interviewdaten von 43.093 US-Bürgern beziehen. Bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einer „alcohol use disorder“ (schädlicher Gebrauch oder Abhängigkeit) fanden sie in 29 % der Fälle mindestens eine Persönlichkeitsstörung, bei „drug use disorder“ in 48 % der Fälle. Von den Alkoholikern mit einem Abhängigkeitssyndrom im engeren Sinne wiesen 18 % eine antisoziale Persönlichkeitsstörung (ASPD) auf, von den Drogenabhängigen 40 %. Bei alkoholabhängigen Männern war damit die Wahrscheinlichkeit (Odds Ratio) einer ASPD gegenüber der Gesamtstichprobe um den Faktor 5 erhöht, für Drogenabhängige um den Faktor 15. Bezüglich dieser Studie ist hervorzuheben, dass die (in den USA besonders große) Risikogruppe der in freizeitsentziehenden Einrichtungen lebenden Abhängigen nicht einmal berücksichtigt war.

Persönlichkeitsgestörte Suchtkranke werden beschrieben als Menschen mit besonders ausgeprägten Suchtproblemen und Persönlichkeitsdefiziten und einer entsprechend ungünstigeren Behandlungsprognose (Sher & Trull 2002, Skodol et al. 1999, Forrest 1994). Es wird angenommen, dass eine erblich mit bedingte Vulnerabilität bei Persönlichkeitszügen eine Rolle spielt, die zu antisozialem wie auch süchtigem Verhalten disponieren (Hicks et al. 2004, Hiroi & Agatsuma 2005), wobei dem Merkmal Impulsivität eine besondere Bedeutung zukommt (Bornovalova et al. 2005).

¹ Kostenträger des Forschungsprojekts ist das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrheinwestfalen – MGEPA.

Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB

Die Unterbringung in der Entziehungsanstalt soll bei Tätern neben oder anstelle einer Strafe angeordnet werden, wenn ein verfestigter „Hang“ zum übermäßigen Konsum von Alkohol oder anderen Rauschmitteln mit ursächlich für ein Delikt war und infolge des Hangs weitere erhebliche rechtswidrige Taten drohen. Die Zahl der bundesweit zu einem Stichtag untergebrachten Patienten hat sich in den letzten 20 Jahren auf gut 3800 etwa verdreifacht². Hierzu dürfte die unterbringungsaffine höchstrichterliche Rechtsprechung beigetragen haben. Auch der Versuch einer Gesetzesreform³ im Jahre 2007, mit der die Vorschrift von einer zwingenden zu einer Sollvorschrift umgestaltet wurde, hat die Entwicklung nicht gebremst. Die Kommentierung der gesetzlichen Bestimmung (Schneider 2008) und die an etablierten Maßstäben festhaltende BGH-Rechtsprechung haben einem entsprechenden Effekt vermutlich entgegengewirkt (Schalast 2012).

Allein die Tatsache, dass bei den Untergebrachten sowohl Suchtprobleme als auch massive Schwierigkeiten mit dem sozialen Umfeld – „suchtbedingte Gefährlichkeit“ – zusammentreffen, legt die Annahme einer hohen Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen nahe. Es verwundert nicht, dass im Bereich des Maßregelvollzugs gemäß § 64 StGB gerade die Feststellung einer antisozialen oder dissozialen Persönlichkeitsstörung mit einer ungünstigen Bewertung der Behandlungsaussichten einhergeht (Platz 1996, Maier u.a. 2000). Generell geht man davon aus, dass jegliche Behandlungsprognose bei Menschen mit allgemeinen psychischen Störungen (etwa Angst-, Abhängigkeits- oder psychosomatische Störungen) durch das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung deutlich verschlechtert wird (Bohus et al. 2004). Diese Aussage hat im Grunde einen etwas tautologischen Charakter, da Persönlichkeitsstörungen, im Unterschied zu Achse-I-Störungen, ja gerade durch ihre relative Stabilität definiert sind.

Die Dauer der Unterbringung ist im Laufe der letzten Jahrzehnte angestiegen. Im Mittel liegt sie inzwischen bei etwa zwei Jahren, allerdings mit erheblichen Unterschieden zwischen den Bundesländern (deren Maßregelvollzugsgesetze hierbei eine Rolle spielen, vgl. Schalast 2013). Während einerseits die Behandlungsaussichten bei Untergebrachten mit einer Persönlichkeitsstörung eher kritisch eingeschätzt werden, wird die in vielen Fällen erhebliche Länge der Unterbringungen gerade mit dem hohen Anteil von Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen begründet (Trenckmann 2011, Schneider 2014).

Zur Diagnostik und zur Häufigkeit von Persönlichkeitsstörungen bei Untergebrachten

Aufschluss über die Häufigkeit der Feststellung einer Persönlichkeitsstörung bei Patienten der Entziehungsanstalten geben die durch von der Haar organisierten jährlichen Stichtagserhebungen. Bei der Stichtagserhebung 2012 (von der Haar 2013) berichteten 32 Kliniken über insgesamt 2768 Patienten, wobei die dokumentierte Fallzahl je Klinik zwischen 16 und 187 variierte. Durchaus mit Verwunderung nimmt man zur Kenntnis, dass die Kliniktherapeuten nur 24,5 % der Untergebrachten als „persönlichkeitsgestört“ einschätzten. Noch mehr erstaunt, dass dieser Anteil im Jahre 1995 noch bei 70 % lag und seither stetig zurückgegangen ist (vgl. Tab. 1). Es stellt sich die Frage, ob dabei reale Verän-

² Statistisches Bundesamt Fachserie 10, Reihe 4, Stichtag 31.03.

³ Gesetz zur Sicherung der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus und in einer Entziehungsanstalt“ vom 16.07.2007

derungen der untergebrachten Klientel abgebildet werden, oder ob andere Faktoren die Neigung zur Vergabe entsprechender Diagnosen mitbestimmt haben.

Zur Zuschreibung von Persönlichkeitsstörungsdiagnosen in den forensischen Entziehungsanstalten ist zunächst festzustellen, dass diese in aller Regel unstrukturiert, aufgrund des klinischen Eindrucks erfolgt. Das gilt im Übrigen auch für die Mehrzahl wissenschaftlicher Studien über Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (Tyrer et al. 2007). Für die Praxis des § 64-Maßregelvollzugs ist dieses Vorgehen allemal nachvollziehbar. Schließlich kommt entsprechenden diagnostischen Feststellungen zu Beginn der Unterbringung eher geringe Bedeutung zu. Für die Behandlungsplanung sind bestimmte anamnestische und biografische Daten und objektive Parameter wie etwa Strafmaß, Vorwegvollzug und Höchstunterbringungsdauer zunächst wichtiger. Das therapeutische Vorgehen ist jedenfalls in der Anfangsphase der Behandlung zumeist noch nicht für Patientengruppen spezifiziert. Es geht eher allgemein um Beziehungsaufbau, Motivierung, Risikoeinschätzung und die Festlegung von Behandlungszielen. Die Entscheidung zur Anordnung der Unterbringung ist vom Gericht, in aller Regel unter Einbeziehung eines Sachverständigen, getroffen worden und ist rechtskräftig. Die Klinik kann zu Beginn der Unterbringung nicht neu darüber befinden, ob die Unterbringung zweckmäßig ist.⁴ Die diagnostische Kategorisierung der Patienten in persönlichkeitsgestörte und nicht persönlichkeitsgestörte könnte sich als „selffulfilling prophecy“ erweisen. Eine Entscheidung über eine spätere Erledigung der Unterbringung mangels hinreichender Erfolgsaussicht wird weit weniger von der anfänglichen diagnostischen Einschätzung bestimmt als vom Verlauf der Behandlung und ggf. von der Bewährung im Rahmen von Lockerungen (vgl. auch Querengässer et al. 2015).

Die Kliniken unterscheiden sich extrem hinsichtlich ihrer Traditionen im Umgang mit Diagnosen. In der 2012-Stichtagserhebung (von der Haar 2013) variierte der Anteil der Persönlichkeitsgestörten je Klinik zwischen 0 und 62 %. In der 2004-Erhebung lag die Variationsbreite zwischen 4 und 80 Prozent. Dies kann kaum reale Unterschiede der Klientel widerspiegeln, zumal die Extremwerte keine „Ausreißer“ darstellen, die Angaben der Kliniken vielmehr breit streuen. Die sechs Kliniken, die 2012 den höchsten Anteil an Persönlichkeitsgestörten meldeten, wiesen auch 2004 alle einen Anteil über dem Mittelwert der Gesamtstichprobe auf. Dies weist deutlich auf hausinterne Traditionen im Umgang mit Diagnosen hin.

Persönlichkeitsstörungskategorien und strukturierte Diagnostik

Eine systematische und strukturierte Einschätzung von Patienten hinsichtlich Persönlichkeitsstörungen ist mittels strukturierter klinischer Interviews möglich. Ein etabliertes Verfahren ist das SKID-II – das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV Achse II-Störungen (Fydrich et al. 1997). Das SKID-II dient der kategorialen Diagnose von Persönlichkeitsstörungen nach dem „Diagnostischen und statistischen Manual Psychischer Störungen DSM-IV“ (Saß et al. 1996). Folgende spezifische Persönlichkeitsstörungen können diagnostiziert werden: Paranoide, schizoide, dissoziale, emotional instabile (vom impulsiven und vom Borderline-Typus), histrionische, anankastische, ängstliche (vermeidende) und abhängige Persönlichkeitsstörung. Ein entsprechend strukturiertes Vorgehen ist nach unserer Erfahrung weder im Maßregelvollzug noch bei der forensisch-psychiatrischen Begutachtung noch generell im psychiatrischen Klinikalltag üblich.

⁴ Ein Antrag auf Erledigung der Unterbringung auf der Basis der Eingangsuntersuchung hätte praktisch keine Aussicht auf Erfolg, da „hinreichend konkrete Aussichten“ auf einen Behandlungserfolg rechtskräftig festgestellt worden sind. Dem daraus sich ergebendem Arbeitsauftrag haben die Kliniken zunächst Folge zu leisten.

Das System der kategorialen Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen ist aus verschiedenen Gründen seit vielen Jahren kontrovers diskutiert worden. Einer dieser Gründe ist, dass die Persönlichkeitsstörungskategorien zwar prägnante und klinisch bedeutsame Syndrome beschreiben, die der Verständigung dienen und für die Forschung hilfreiche Paradigma darstellen. Doch haben die Grenzen zwischen den Kategorien keine wirkliche empirische Entsprechung, was die Zuordnungsmöglichkeit im Einzelfall einschränkt und häufige „Komorbiditäten“, also Mehrfachdiagnosen, mit sich bringt (Rutter 1987, Dolan & Norton 1995). Deutlich wird dieses Problem auch in der Häufigkeit der gestellten Diagnose „Nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörung“. Nach Verheul und Widiger (2004) ist diese Diagnose vielfach die am häufigsten verwendete in der klinischen Praxis. Man kann sagen, dass bei einem konkreten Patienten umso mehr Störungsdiagnosen gerechtfertigt erscheinen, je schwerwiegender die Beeinträchtigung des Betreffenden generell ist (vgl. Bohus et al. 2004). Anders formuliert: „schwere Störung“ meint in der Praxis weniger die besonders starke Manifestation einer einzelnen Störung, sondern mehr Dysfunktionen in vielen Bereichen (Tyler et al. 2007).

Als Alternative zum kategorialen System sind daher seit Jahren dimensionale Persönlichkeitsstörungskonzepte diskutiert worden (vgl. Boateng & Schalast 2011). Es sei hier zunächst kurz zusammengefasst, dass bei einem solchen Ansatz Personen hinsichtlich solcher Merkmale dimensional eingeschätzt werden, die zwischen gesunden Personen und solchen mit ausgeprägten Einschränkungen des personalen Funktionierens differenzieren.

Exkurs: Das Konzept der Persönlichkeitsstörungsdiagnostik im neuen DSM-5

Generell finden sich im DSM-5 mehr dimensionale Maße für den Schweregrad von Beeinträchtigungen. Für die Diagnose von Persönlichkeitsstörungen waren im Laufe der Entwicklung der 5. Ausgabe des DSM durchgreifende Änderungen ins Auge gefasst worden. Schlussendlich hat man sich jedoch entschieden, das kategoriale System und die vertrauten zehn Störungskategorien beizubehalten (in Sektion II des DSM-5). In der ergänzenden Sektion III des DSM-5 findet sich ein alternatives Konzept für Persönlichkeitsstörungen, welches die DSM-5-Arbeitsgruppe zunächst vorgeschlagen hatte. Durch die ergänzende Publikation soll die weitere wissenschaftliche Auseinandersetzung angeregt werden. Es handelt sich um ein sogenanntes Hybridmodell mit Elementen einer dimensionalen und kategorialen Beurteilung (American Psychiatric Association 2013 a, b).

Im Rahmen des alternativen Konzeptes hat der Diagnostiker zunächst die Aufgabe, das Funktionsniveau der Persönlichkeit einzuschätzen, und zwar in spezifischerer Weise als gemäß DSM-IV und unter Verwendung 5-stufiger Skalen. Einzuschätzen sind zwei Kriterien des Selbsterlebens, nämlich Identität und Selbstausrichtung/Selbststeuerung, und zwei Kriterien des interpersonalen Funktionsniveaus, nämlich Empathie und Nähe. Es geht um die Stabilität des Selbsterlebens / des Selbstwertgefühls, die Fähigkeit, kurzfristige Vorhaben und langfristige Lebensziele zu verfolgen und sich selbst produktiv zu reflektieren, weiterhin um Verständnis und Toleranz für das Erleben und die Motive anderer Menschen und die Tiefe und Dauer positiver Verbundenheit mit ihnen (Kernberg 2014, Uhlich 2014). Dem Diagnostiker steht eine Liste mit Ankerpunkten zur Verfügung (Level of Personality Functioning Scale, LPFS, Bender et al. 2011), in der jede Stufe des Funktionsniveaus anhand dreier kurzer Textabsätze beschrieben wird. Für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung soll das Funktionsniveau einer Person insgesamt mindestens eine mittelgradige Beeinträchtigung aufweisen (Zimmermann et al. 2013). Nur in diesem Fall ist die weitere Persönlichkeitsuntersuchung angezeigt. Die LPFS weist große kon-

zeptuelle Ähnlichkeiten zur Strukturachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik auf (OPD-2; Arbeitskreis OPD 2006, zit. nach Zimmermann et al. 2013).

Der nächste diagnostische Schritt im Alternativmodell besteht darin, die Person hinsichtlich 25 Persönlichkeitsfacetten einzuschätzen, die fünf übergeordneten Domänen zugeordnet sind: negative Afektivität, Verschlossenheit, Antagonismus, Enthemmtheit und Psychotizismus (Zimmermann et al. 2013). Die übergeordneten Domänen lassen deutliche Bezüge zu den negativen Polen des 5-Faktoren-Modell der Persönlichkeit erkennen (Costa & McCrae 1990). Dass bei diesem diagnostischen Schritt ein 220-Item-Instrument (Krueger et al. 2012) zum Einsatz kommt, könnte zu einer zurückhaltenden Reaktion der Praxis auf das Alternativmodell beigetragen haben.

Nach dieser Beurteilung maladaptiver Persönlichkeitseigenschaften können die festgestellten Beeinträchtigungen „mit einigen prototypischen Mustern abgeglichen werden“ (so Zimmermann et al. S. 459). Bei diesen Mustern handelt es sich um sechs der ursprünglich zehn bekannten Störungssyndrome: antisoziale PS, vermeidende PS, Borderline PS, narzisstische PS, zwanghafte PS und schizotypische PS. Beschrieben wird, welche Konstellation von Funktionsbeeinträchtigungen und maladaptiven Persönlichkeitsfacetten bei bestimmten Störungen zusammenkommen bzw. sie konstituieren. Kann das individuelle Muster der Beeinträchtigung keiner der sechs definierten Störungen zugeordnet werden, so ist die Diagnose einer traitspezifizierten Persönlichkeitsstörung (PS-TS) möglich (Zimmermann et al., a.a.O.).

Die Reduktion der Anzahl der definierten Störungen hätte das Problem der Komorbiditäten naturgemäß abgemildert. Die Erfahrungen mit Patienten des Maßregelvollzugs lassen allerdings erwarten, dass gerade bei schwer gestörten Patienten nicht selten weiterhin Mehrfachdiagnosen zu stellen wären. So wäre in manchen Fällen mit einer Komorbidität von antisozialer, narzisstischer und emotional instabiler Störung zu rechnen.

Das dargestellte diagnostische Vorgehen mag mit etwas Übung gut praktikabel sein, doch stellt es natürlich deutlich höhere Anforderungen als die etablierte Praxis unstrukturierter, intuitiv vergebener Etikettierungen.

Persönlichkeitsstörungen bei Patienten der Entziehungsanstalten: Einflüsse auf diagnostische Zuordnungen und Aussagekraft der Diagnosen

Datenquellen

Im Folgenden soll die Praxis der Vergabe von Persönlichkeitsstörungsdiagnosen im Kontext der Entziehungsanstalt anhand vorliegender Erkenntnisse und Daten näher untersucht und bewertet werden. Folgende Datenquellen werden berücksichtigt.

- a) Stichtagserhebungen zum § 64-Maßregelvollzug (von der Haar 2013 und Vorjahre): diesen Berichten sind neben diagnostischen Zuordnungen viele weitere Merkmale der Untergebrachten und des Behandlungsverlaufs zu entnehmen.
- b) Aus einer früheren Untersuchung betreffend alkoholabhängige Patienten des § 64-Maßregelvollzugs können einige unveröffentlichte Befunde zu Persönlichkeitseinschätzungen durch Therapeuten und Untersucherinnen beigesteuert werden (Schalast et al. 2004).

- c) Die Essener Evaluationsstudie (Schalast et al. 2012): Im Rahmen der Studie wurden die zuständigen Therapeuten gebeten, diagnostische Zuschreibungen ihrer Patienten betreffend mitzuteilen. Auch wurde ein Versuch unternommen, den Grad der Persönlichkeitsbeeinträchtigung dimensional darzustellen.

Methodik

- a) Im Rahmen der Stichtagserhebungen bearbeiten in der Regel die behandelnden Therapeuten über jeden untergebrachten Patienten einen einseitigen anonymen Erhebungsbogen. Es beteiligten sich zuletzt 32 Kliniken, die über 2768 Patienten berichteten (von der Haar 2013).
- b) Aus dem früheren Institutsprojekt (Schalast et al. 2004) können Daten über 107 alkoholabhängige § 64-Patienten berichtet werden, die sowohl durch ihre Therapeuten als auch durch zwei Untersucherinnen hinsichtlich des Vorliegens von Persönlichkeitsstörungen systematisch eingeschätzt wurden. Die Untersucherinnen führten das halbstrukturierte Interview SKID-II zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen durch (Fydrich et al. 1997). Das SKID-II dient der kategorialen Diagnose von Persönlichkeitsstörungen nach dem „Diagnostischen und statistischen Manual Psychischer Störungen DSM-IV“ (Saß et al. 1996). Bei den Bezugstherapeutinnen und -therapeuten war Vertrautheit mit ihren Patienten anzunehmen (so dass sich – so die damalige Einschätzung – ein Interview erübrigte). Um auch bei ihnen die Orientierung an einem einheitlichen Klassifikationssystem zu gewährleisten und die Zuverlässigkeit der Einschätzungen zu verbessern (vgl. Grilo & McGlashan 1999), wurden sie um Bearbeitung der IDCL-P gebeten (Internationale Diagnosen Checkliste für Persönlichkeitsstörungen, deutsche Fassung von Bronisch et al. 1995). Die verwendete Form listet alle Symptome von Persönlichkeitsstörungen gemäß ICD-10 (Dilling et al. 1993) auf, deren Vorhandensein (nein / Verdacht / ja) von den Beurteilern einzuschätzen ist. Die Auswertung und Zuordnung von Diagnosen erfolgte dann durch die Untersucherinnen.
- c) Bei der laufenden Evaluationsstudie wird eine Vielfalt von Daten zu vier verschiedenen Zeitpunkten erhoben (siehe Zwischenbericht II, Schalast et al. 2012). Im Kasten auf der folgenden Seite sind die Erhebungszeitpunkte und –instrumente aufgelistet. Im Fettdruck hervorgehoben sind Datenquellen, auf die in diesem Bericht Bezug genommen wird. Besonders zu nennen ist der Versuch, „Persönlichkeitsgestörtheit“ mit dem Schwerpunkt Cluster B (dissozial, emotional instabil, histrionisch) durch die Bezugstherapeuten dimensional einschätzen zu lassen. Bei der Suche nach einem geeigneten Verfahren für die dimensionale Einschätzung dieser Störungen stießen die Verfasser auf das „Personality Assessment Schedule“ von Tyrer et al. (1979, 1996, 2007). In der Originalfassung des Verfahrens werden 24 Persönlichkeitseigenarten auf komplexen neunstufigen Ratingskalen eingeschätzt. Die Autoren empfehlen, im Beurteilungsprozess Quellen zu nutzen und auch Auskünfte von Angehörigen über frühere Eigenarten und Verhaltensauffälligkeiten einzubeziehen. Die von den Verfassern übersetzte Projektversion beschränkt sich darauf, sieben Merkmale auf vereinfachten vierstufigen Skalen einzuschätzen. Diese Einschätzung findet zum Erhebungszeitpunkt II, also nach 4 – 5 Monaten statt, wenn die Patienten ihren Therapeuten schon wohlbekannt sind.

Erhebungszeitpunkte und –instrumente im Rahmen der Evaluationsstudie (Schalast et al. 2013)

Erhebungszeitpunkt I - Basiserhebungsbogen

Dieser Bogen wird von den Therapeuten ausgefüllt. Erfragt werden soziodemographische Merkmale und Aspekte der forensischen Vorgeschichte (wie Hafterfahrung, strafrechtliche Vorbelastung, Anlassdelikt). Auf einer kurzen Skala „Anger Rating Index“ (Novaco 1994) kann die Reizbarkeit der Patienten (impulsiv störendes, aufbrausendes Verhalten) eingeschätzt werden.

Erhebungszeitpunkt I - Patientenbogen

Es handelt sich um eine Art Anamnesebogen, auf welchem der Patient über belastende Lebensumstände und persönliche Schwierigkeiten und Auffälligkeiten in der Vorgeschichte berichten kann. In diesem Bogen sind verschiedene strukturierte Skalen berücksichtigt:

AUDIT und DUDIT (Alcohol- bzw. Drug Use Disorder Identification Test): Sie ermöglichen eine einfache Beschreibung der Intensität des Alkohol- respektive Drogenkonsums. Die Patienten bearbeiten gekürzte Skalen (Berman et al. 2005; Saunders et al. 2006),

CTQ (Childhood Trauma Questionnaire): In dem von uns erheblich modifizierten Verfahren berichten Patienten über unterstützende und belastende Erfahrungen in der Kindheit: familiärer Rückhalt, körperliche Misshandlung und emotionale Vernachlässigung (Bernstein et al. 1994),

FEA-FSB (Fragebogen zur Erfassung von ADHS im Erwachsenenalter, daraus die Skala „Frühere Probleme Selbstbeurteilung“; Döpfner et al., in Vorb.),

SBB-SSV (Selbstbeschreibungsbogen „Störung des Sozialverhaltens“ aus dem DISYPS-II, Döpfner et al. 2008).

Erhebungszeitpunkt II (nach 4 – 5 Monaten) Mitarbeiterbogen

In diesem Bogen

- berichten die Therapeuten von ihren diagnostischen und psychometrischen Einschätzungen der Patienten,
- schätzen sie hinsichtlich einer Liste von Therapiethemen ein, welche ihnen in der Arbeit mit den Patienten aktuell wichtig erscheinen,
- beschreiben sie noch einmal die Reizbarkeit des Patienten (Anger Rating Index, „ARI II“),
- beurteilen sie das Stationsklima (Schalast 2008).

Mit einer gekürzten Version des Personality Assessment Schedule (Tyrer et al. 2009) werden die Patienten hinsichtlich Persönlichkeitseigenschaften eingeschätzt, die Cluster B-Persönlichkeitsstörungen (vor allem dissozial, emotional instabil) zuzuordnen sind.

Erhebungszeitpunkt II - Patientenbogen

Auf diesem Bogen können die Patienten ihrerseits den Stellenwert von Therapiethemen angeben sowie über ihre Einbindung in die diversen (Behandlungs-) Aktivitäten auf der Station berichten (Beschreibung ihres wöchentlichen Zeitbudgets).

Ebenso werden sie um die Einschätzung des Stationsklimas gebeten (nach Schalast 2008).

Erhebungszeitpunkt III (Zeitpunkt der Entlassung des Patienten aus der Unterbringung in den Strafvollzug oder in die Freiheit, ggf. nach längerer Dauerbeurlaubung)

Auf diesem zweiseitigen Erhebungsbogen macht die Therapeutin bzw. der Therapeut Angaben zu Entlassungsmodus und Unterbringungsverlauf und beschreibt die Entlassungssituation hinsichtlich sozialer Einbindung des Patienten und initierter Nachsorge. Erneut erfolgt eine Einschätzung der Reizbarkeit des Patienten („ARI III“).

Erhebungszeitpunkt IV (zweite Jahreshälfte 2016)

Wie bereits erwähnt wird versucht, über alle Patienten (und auch alle Gefangenen der Vergleichsgruppe, siehe folgenden Absatz) aktuelle Auskünfte aus dem Bundeszentralregister einzuholen. Diesen Auskünften sollen Hinweise auf Bewährung resp. delinquente Rückfälligkeit nach Entlassung aus dem Freiheitsentzug entnommen werden.

N.B.: **Fettgedruckt** sind Datenquellen, auf die in diesem Bericht Bezug genommen wird.

Ergebnisse

a) Erkenntnisse aus der Stichtagserhebung

Tabelle 1 stellt Daten aus fünf Zeitpunkten der Stichtagserhebung zusammen und beschreibt damit die Entwicklung von 1995 bis 2012. Es findet sich der schon erwähnte stetige und erhebliche Rückgang der Patienten mit einer Persönlichkeitsstörungsdiagnose – von 69,7 auf 24,5 % (Zeile 1). Ein paralleler Rückgang des Anteils von Patienten, bei dem die Unterbringung mangels Erfolgsaussicht erleidigt wird, findet sich keineswegs (Zeile 6). Auch die folgenden Tendenzen passen nicht zur selteneren Vergabe von Persönlichkeitsstörungsdiagnosen: Zunahme der parallel angeordneten Freiheitsstrafen (Zeile 2), Anstieg der mittleren Zahl der BZR-Eintragungen (Zeile 3), Anstieg der Unterbringungsdauer (Zeile 9).

Für ein Problem des Vollzugs findet sich ein dramatischer Rückgang, nämlich die Häufigkeit eines Lockerungsmissbrauchs (von 0,73 auf 0,08 je Patient und Jahr). Auf mögliche Kausalitäten der Zusammenhänge wird im Abschnitt Diskussion eingegangen.

Tab. 1: Anteil der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen im § 64-Maßregelvollzug laut Stichtagserhebungen 1995 – 2012 (von der Haar 2013) nebst Entwicklung weiterer Kenngrößen

		1995	2000	2005	2010	2012	Trend
1	Anteil Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (%)	69,7	59,4	44,3	29,6	24,5	
2	Länge der (parallelen) Freiheitsstrafe (Monate)	36,1	40,1	42,6	43,9	44,2	
3	BZR-Eintragungen	7,2	7,2	8,4	8,5	8,9	
4	Anteil Delikte mit Gewalt (%)	58,8	59,6	60,1	62,5	57,4	
5	Anteil Tötungsdelikte (%)	12,1	12,0	8,5	7,9	5,7	
6	Erledigung der Unterbringung mangels Erfolgsaussicht	36,0	46,8	55,4	47,0 *	47,9 **	
7	Lockerungsmissbrauch je Patient und Behandlungsjahr	0,73	0,14	0,04	0,03	0,08	
8	Anteil Patienten ohne Lockerungsmissbrauch (%)	68,5	88,9	95,7	97,4	97,3	
9	Behandlungsmonat zum Erhebungszeitpunkt	11,3	12,9	14,5	15,3	15,0	

Legende: *: Angabe für 2009; **: Angabe für 2011. Da die Stichtagserhebung sich im Laufe der Jahre einer Vollerhebung angenähert hat (zuletzt n = 2768), erübrigen sich statistische Prüfungen.

b) Daten eines älteren Institutsprojektes über Alkoholtäter

In einer Studie über alkoholabhängige Patienten (Schalast et al. 2004) erfolgten systematische Einschätzungen hinsichtlich des Vorliegens von Persönlichkeitsstörungen. Für 107 Patienten liegen die Einschätzung der Untersucherinnen und der Kliniktherapeuten vor. Erstere führten das klinische Interview SKID-II durch (Fydrich et al. 1997). Letztere bearbeiteten eine diagnostische Checkliste (IDCL-P, Bronisch et al. 1995). Das erste Verfahren orientiert sich am DSM-IV (Saß et al. 2003), die IDCL-P an der ICD-10. Die Auswertung beschreibt zunächst, wie die Zuordnungen sich auf die drei Kategorien „keine Persönlichkeitsstörung / andere Persönlichkeitsstörung / antisoziale resp. dissoziale Persönlichkeitsstörung“ verteilen.

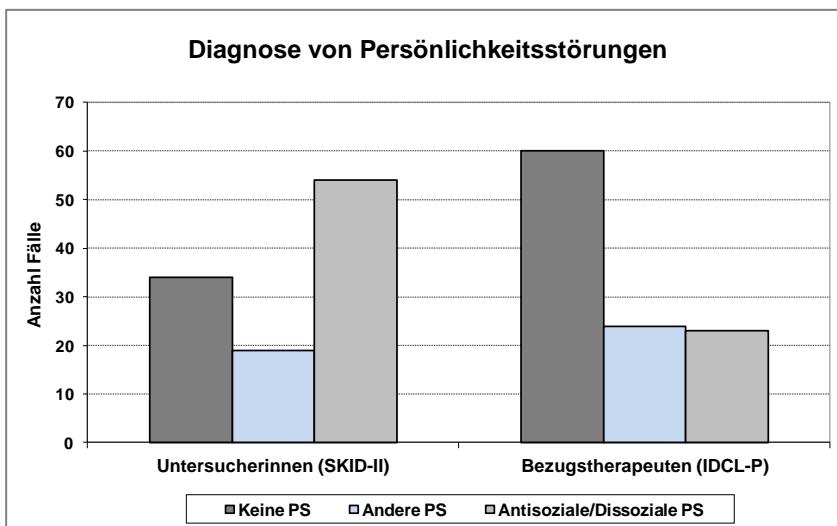


Abb. 1: Häufigkeiten der Zuschreibung von PS-Diagnosen durch Untersucherinnen und Kliniktherapeuten bei 107 Patienten mit Alkoholproblematik

Die Häufigkeiten der Diagnosekategorien bei 107 Patienten zeigt Abbildung 1. Die beiden Urteilergruppen vergeben etwa gleich häufig die Diagnose einer „anderen Persönlichkeitsstörung“. Hinsichtlich der Feststellung einer antisozialen resp. dissozialen Persönlichkeitsstörung unterscheiden sie sich jedoch extrem. Seitens der Untersucherinnen erhalten 51 % aller Patienten die Diagnose einer antisozialen Persönlichkeitsstörung, seitens der Therapeuten 22 % die Diagnose „dissoziale PS“.

Die Darstellung in Abbildung 1 lässt dabei gar nicht erkennen, ob die Urteilergruppen in einzelnen Fällen übereinstimmen. Darüber gibt die folgende Tabelle 2 Aufschluss. Die Einschätzungen sind noch viel diskreanter, als die Daten in Abbildung 1 vermuten ließen. Nur bei 41 der 107 Patienten erfolgt eine Einordnung in die gleiche Kategorie (Diagonale der Tabelle). Die scheinbar recht einvernehmliche – zumindest fast gleich häufige – Vergabe der Diagnose „andere PS“ umfasst tatsächlich nur vier konkordante Fälle.

Nur wenn die Therapeuten zur Feststellung einer dissozialen Persönlichkeitsstörung kommen, so werden diese Patienten auch von den Untersucherinnen oft (16 von 23) entsprechend „antisozial“ eingeschätzt.

Tabelle. 2: Einschätzungen durch Untersucherinnen und KlinikTherapeuten

<i>Untersucherinnen</i>			
antisoziale	26	12	16
andere	13	4	2
keine	21	8	5
<i>Therapeuten →</i>	keine	andere	dissoziale

Zusammenhänge zwischen diagnostischer Einschätzung und späterem Outcome

Für 102 Patienten konnten Zusammenhänge zwischen diagnostischer Einschätzung und dem späteren Outcome geprüft werden. 52 Patienten gehörten zu einer Gruppe mit eher günstigem Outcome (vor allem Entlassung zur Bewährung), 50 Patienten zu einer Gruppe mit eher ungünstigem Outcome (vor allem Erledigung mangels Erfolgsaussichten).

Für die Einschätzungen durch die Untersucherinnen findet sich eine Tendenz dahingehend, dass die als antisozial eingestuften Patienten ein ungünstigeres Outcome haben als die Patienten mit „anderer Persönlichkeitsstörung“. Der Zusammenhang ist jedoch weit davon entfernt, statistische Signifikanz zu erreichen. Für die Einschätzungen durch die Bezugstherapeuten/innen weisen die Diagnosegruppen keine substantiellen Unterschiede des Outcome auf. Auf eine detaillierte Darstellung wird verzichtet.

c) Ergebnisse der laufenden Evaluationsstudie

Die Kliniktherapeuten wurden im Dokumentationsbogen für den zweiten Erhebungszeitpunkt um Auskunft über diagnostische Einschätzungen gebeten. Persönlichkeitsstörungsdiagnosen wurden selten gestellt. Im Folgenden wird die Nennung der Häufigkeit von Diagnosekategorien in der Gesamtstichprobe von 315 Patienten beschrieben:

Dissoziale Persönlichkeitsstörung:	20 Fälle
Kombinierte PS	18 Fälle
Emotional instabile Störung	16 Fälle
Sonstige spezifische PS	11 Fälle

Das heißt, für etwa 21 % aller Fälle wird überhaupt eine PS-Diagnose gestellt, was ja von der Prävalenz solcher Störungen gemäß Stichtagserhebung nicht weit entfernt ist (Tab. 1).

Für fast alle Patienten liegt die Einschätzung der „PAS-Cluster B-Persönlichkeitsgestörtheit“ durch ihre Therapeuten vor.

Für 291 Patienten ist inzwischen der Modus der Entlassung aus der Unterbringung bekannt. Die Gruppe wird nach unserem etablierten Verfahren in Fälle mit günstigem (vor allem Entlassung zur Bewährung und nach Erreichen der Höchstfrist in die Freiheit) und mit ungünstigem (Erledigung der Unterbringung und jegliche Entlassung in die Haft) aufgeteilt. Es ergeben sich 136 Fälle mit günstigem und 155 mit ungünstigem Outcome. Diese beiden Gruppen können hinsichtlich des PAS-Scores mittels T-Test verglichen werden. Hinsichtlich der kategorialen PS-Diagnosen erfolgt eine Darstellung als Kreuztabelle mit Chi-Quadrat-Prüfung.

Tabelle 3: Persönlichkeitsstörungen und Outcome bei 291 Fällen

PS-Diagnose	Outcome positiv	Outcome negativ	Summe
Dissoziale PS	5	12	17
Emotional instabile PS	8	8	16
Andere PS	14	13	27
Keine PS	109	122	231
	136	155	291

 Stat. Prüfung: $\chi^2(3) = 2.42, p = .49$

Aus der Tabelle lässt sich ablesen, dass die (allerdings selten vergebene) Diagnose einer dissozialen PS mit der erwarteten Tendenz zum negativen Outcome einhergeht. Alle anderen Diagnosen sind erkennbar ohne prädiktiven Wert. Insbesondere ist auch die Nicht-Zuschreibung einer Persönlichkeitsstörung keineswegs mit einer Tendenz zum günstigen Outcome assoziiert. Die Prüfung mittels Chi-Quadrat liefert ein eindeutig nicht signifikantes Ergebnis ($p = .49$).

Tabelle 4: Outcomegruppen und mittlere PAS-Einschätzung durch die Therapeuten

	PAS Mittelwert	PAS Standartabweichung	Fälle (n)
Outcome positiv	1,25	1,57	132
Outcome negativ	1,47	1,55	146

 Stat. Prüfung: $t(276) = -3.32, p = .001$

Die Outcome-Gruppen unterscheiden sich hoch signifikant hinsichtlich des mittleren PAS-Scores. Zu einem ganz ähnlichen Ergebnis führt eine logistische Regressionsanalyse (siehe Tabelle 5). Während sich für die Variable „Diagnose einer Persönlichkeitsstörung“ kein signifikantes Beta ergibt und das Outcome nicht vorhergesagt werden kann, ist der Befund für den PAS-Summenwert (Teilung beim Median in hoch und niedrig) sehr signifikant.

Tabelle 5: Logistische Regressionsanalyse zur Vorhersage des Outcomes mittels Persönlichkeitsstörungsdiagnosen und dem PAS-Summenscore (geteilt in „hoch“ vs. „tief“ beim Median)

R^2	korrekte Klassifikation (%)		
	günstiger Verlauf	ungünstiger Verlauf	gesamt
.05	63,2 %	55,8 %	59,3 %
Regressoren im Modell			
	B	$p <$	
Diagnose einer Persönlichkeitsstörung	-.213	.461	
PAS-Summenwert (Median-Split bei 1,29)	-.745	.003	

Diskussion

Sowohl die generellen Konzepte zur Vergabe von Persönlichkeitsstörungsdiagnosen als auch die spezifische diagnostische Praxis in den forensischen Entziehungsanstalten werfen viele Fragen auf. Zur generellen Konzeption ist festzustellen, dass auch die jahrelange intensive Debatte in der Vorbereitungsgruppe für das DSM-5 nicht zu einem Konsens hinsichtlich eines alternativen Ansatzes geführt hat. Vielleicht waren die Verantwortlichen durch die Resonanz der Fachöffentlichkeit verschreckt, die sich mit der bisherigen, zwar insuffizienten, aber wenig aufwändigen Praxis der Diagnosevergaben arrangiert hat. Insufficient ist die Praxis vor allem wegen der mangelhaften Spezifizierung der Schwere einer Störung, wegen der Probleme der Zuordnung des Einzelfalls und der fast regelhaften Komorbiditäten. Praktisch wird die Schwere der Störung häufig in der Anzahl von PS-Diagnosen erkennbar, die für eine Person in Betracht kommen.

Der viel diskutierte Vorschlag der Vorbereitungsgruppe stellte einen Kompromiss zwischen den Vertretern eines kategorialen und eines dimensionalen Ansatzes dar. Kernberg (2014) sah in diesem Kompromiss einen großen Fortschritt, weil „nun auch dem jeweiligen Schweregrad der Pathologie des Selbst und der Beziehungen zu bedeutsamen anderen ein zentraler Stellenwert beigemessen wird“ (S. 177) Im Kernbergschen Ansatz (psychoanalytische Objektbeziehungstheorie) ist das Konzept eines „integrierten Selbst“ ein zentrales Kriterium für die Bestimmung einer Persönlichkeitsstörung. Das integrierte Selbst wird deutlich in einer relativ stabilen Selbstwahrnehmung und Selbstwertregulation – versus schwerer Irritierbarkeit und Abhängigkeit von situativen Erfahrungen – sowie in der Fähigkeit, sich Ziele zu setzen und zu verfolgen (Selbstausrichtung). Die Integration des Selbst ist eng mit den Beziehungen zu anderen Menschen verknüpft. Selbstakzeptanz und die Fähigkeit zur Introspektion korrespondieren mit Empathie, Rücksichtnahme und Bindungsstabilität. Mit Schritt A des diagnostischen Verfahrens im Alternativmodell, der Beurteilung dieser basalen Ich-Funktionen (auf der Level of Personality Functioning Scale) wird einem psychodynamischen Ansatz Rechnung getragen (Kernberg 2014). Schritt B, die differenziertere Beurteilung hinsichtlich grundlegender Persönlichkeitsdimensionen und -facetten, integriert Erkenntnisse des 5-Faktorenmodells der Persönlichkeit (vgl. Zimmermann et al. 2013).

Das Konzept der Integration des Selbst ist für die Arbeit mit Patienten der Entziehungsanstalten ausgesprochen fruchtbar. Im Prinzip lassen sich an den Entwicklungsstörungen vieler Patienten alle die Aspekte fast paradigmatisch veranschaulichen, die im Alternativansatz des DSM-5 eine zentrale Rolle spielen. Dies gilt speziell für das Problem der Identitätsdiffusion als Aspekt eines „desintegrierten Selbst“. Viele Patienten halten im therapeutischen Alltag rigide an einer Vorstellung persönlicher Autonomie und Vernunftbestimmtheit fest. Unter dem Einfluss von Rauschmitteln kann ihr Selbsterleben erfahrungsgemäß in extremer Weise kippen. Sie können von Wehleidigkeit und Wut gleichsam überschwemmt werden, erleben Zustände zwischen ernsthaften Suizidimpulsen und Fremdaggression. Ziele, die über längere Zeit scheinbar motiviert verfolgt wurden, verlieren jede Bedeutung. Das Erleben wichtiger anderer zeigt eine ähnliche tiefe Ambivalenz, zwischen Sich-Anklammern und Zerstörungsimpulsen. Es ist nicht das Ausmaß psychischen Leidens wie bei Achse-I-Störungen, welches die Psychopathologie ausmacht, sondern die Instabilität und Gespaltenheit des Erlebens und der Handlungsimpulse. Studiert man die Strafakten mancher Patienten, so liefern konkrete biografische Fakten oft mehr Hinweise auf diese Pathologie als das, was Patienten in einer längeren Behandlung offenbaren und benennen können.

Auf diesem Hintergrund ist die Entwicklung der Vergabe von Persönlichkeitsstörungsdiagnosen durch die Kliniken kritisch zu diskutieren. Oberfläch betrachtet signalisiert sie, dass in den letzten 20 Jahren immer gesündere und stabilere Patienten zur Aufnahme gekommen sind. Seltsamerweise deuten die weiteren, in der obigen Tabelle 1 beschriebenen, Patientenmerkmale keineswegs in diese Richtung. Insbesondere ist es nicht zu einem analogen, deutlichen Rückgang der Erledigungen wegen Aussichtslosigkeit gekommen, was im Prinzip bei wesentlich weniger Persönlichkeitsgestörten zwingend zu erwarten gewesen wäre.

Auch weitere oben dargestellte Befunde begründen Zweifel, dass der Rückgang der Persönlichkeitsstörungsdiagnosen tatsächlich Veränderungen der Klientel valide abbildet. In der früheren Studie über Alkoholtäter zeigte sich, dass Kliniktherapeuten und Untersucherinnen auch bei einer strukturierten Beurteilung der Patienten kaum übereinstimmten. In der aktuellen Evaluationsstudie hatte die Feststellung einer Persönlichkeitsstörung durch die Therapeuten zum Zeitpunkt II (nach 4 – 5 Monaten) keinerlei prädiktiven Wert im Hinblick auf das Outcome. Eine dimensionale Einschätzung der Cluster-B-Persönlichkeitsgestörtheit mittels eines spezifischen kurzen Beurteilungsbogens (PAS) ließ dagegen einen betragsmäßig geringen, aber hochsignifikanten Zusammenhang mit dem Outcome erkennen. Die Bedeutung dieses Zusammenhangs ist noch höher einzuschätzen angesichts der Tatsache, dass zwischen Beurteilung und Feststellung des Outcomes im Mittel über ein Jahr vergangen ist und häufig Wechsel der zuständigen Behandler stattgefunden haben. Das Ergebnis darf vorsichtig dahingehend interpretiert werden, dass die Cluster-B-Persönlichkeitsgestörtheit in Bezug auf das Outcome eine ursächliche Rolle spielt.

Was kann den Grund dafür darstellen, dass Persönlichkeitsstörungsdiagnosen inzwischen so viel seltener vergeben wurden? Die Verfasser sehen einen entscheidenden Grund in der Praxis des Maßregelvollzugs. Tabelle 1 beleuchtet nur einen Ausschnitt einer Entwicklung, die schon deutlich mehr als zehn Jahre zuvor eingesetzt hatte: Der § 64-Maßregelvollzug war in den frühen 80iger Jahren durch eine Laissez-faire-Haltung gekennzeichnet. Es gab keine etablierten Behandlungskonzepte, und problematische Vorkommnisse waren an der Tagesordnung. Der Erstautor hat einmal über die Behandlungsverläufe eines Aufnahmehajrgangs alkoholabhängiger Täter in Nordrhein-Westfalen berichtet (Schalast 1994). Es war in dieser Zeit in den meisten Kliniken üblich, den Patienten nach etwa sechs Wochen den ersten Einzelausgang zu gewähren. Aus der Studie seien nur einige wenige Daten angeführt: Nur 25 der insgesamt 136 Patienten (18,4 %) fielen im Laufe der Unterbringung nicht durch Suchtmittelkonsum auf. Gut ein Drittel der Patienten entwich nie aus der Unterbringung, doch wurde nach der Hälfte der 136 Patienten insgesamt über 300-mal gefahndet. Gegen ein Viertel der Patienten wurde im Laufe der Therapie wegen einer neuen Straftat ermittelt (wobei es sich fast ausschließlich um wenig gravierende Delikte handelte). Nicht selten kam allerdings Widerstand gegen die Staatsgewalt zur Anzeige, und ziemlich oft ließen die Patienten bei der Wiederaufnahme deutliche Blessuren erkennen, die der Polizeieinsatz hinterlassen hatte.

Man kann sagen, dass die Therapeuten in damaliger Zeit die Persönlichkeitsgestörtheit ihrer Patienten quasi live erlebten, ihr Aggressionspotential, aber auch ihre tiefe Ambivalenz und Instabilität hinsichtlich des Selbsterlebens, der Beziehung zu anderen und der Fähigkeit, sich an konstruktiven Zielen zu orientieren. Die Bedingungen auch des § 64-Maßregelvollzugs haben sich seither dramatisch verändert. Wie angemerkt setzt die Darstellung von Tabelle 1 zu einem Zeitpunkt ein, zu dem die Bedingungen schon deutlich stabilisiert waren (Entweichungen waren schon mindestens um den Faktor 10 zurückgegangen). Diese Entwicklung hat sich im gleichen Sinne fortgesetzt. Das System der Gewährung von Lockerungen wurde tiefgreifend geändert, systematisiert und individualisiert. In kaum

einer Klinik wird unbegleiteter Ausgang schon im ersten Halbjahr gewährt. Auf Lockerungsmisbrauch wird viel nachhaltiger und einschränkender reagiert. Die Bedingungen der Unterbringung sind entsprechend viel geordneter und stabiler, und dies hat Auswirkungen auf die Patienten.

Wenn man sich in der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen vorwiegend auf das alltägliche Verhalten des Patienten, seine Umgänglichkeit und Einsichtigkeit bezieht, so wird man unter den beschriebenen Bedingungen seltener zur Feststellung einer Persönlichkeitsstörung kommen. Anderes wäre zu erwarten, wenn man die Biografie des Patienten jeweils im Längsschnitt betrachtete und zu diesem Zweck auch die vorhandenen Unterlagen systematisch auswertete – was in der gutachterlichen Untersuchung und zur prognostischen Einschätzung von Patienten ja unverzichtbar ist. In sehr vielen Fällen stieße man auf Verläufe, die in deutlichem Kontrast zum psychischen Funktionieren des Patienten im sicheren Klinikrahmen stehen.

Es stellt sich im hier diskutierten Kontext weniger die Frage, ob Patienten von ihren Therapeuten diagnostisch zutreffend eingeordnet werden. Wie schon angemerkt, haben diagnostische Zuschreibungen für das therapeutische Vorgehen in der Entziehungsanstalt nur begrenzte Bedeutung. Wichtig für die therapeutische Auseinandersetzung ist es jedoch, ob der Patient mit seinen Möglichkeiten und strukturellen Problemen vollständig wahrgenommen wird. Den Grad seiner Persönlichkeitsgestörtheit zu unterschätzen könnte bedeuten, dass Einsichten, Klärungen und guten Vorsätzen zu viel Wert beigemessen wird. Belangvoll sind in diesem Zusammenhang Feststellungen von Streeck (2002) über Persönlichkeitsstörungen als „Störungen des Sozialen“. Diese Störungen werden nicht in dem deutlich, was Patienten mit Worten mitteilen, insbesondere nicht in dyadischen therapeutischen Situationen – sprich im wohlwollenden wöchentlichen Einzelgespräch.

Es kommt nicht darauf an, dass die Therapeuten der Entziehungsanstalten im Hinblick auf Persönlichkeitsstörungen einen hohen diagnostischen Aufwand betreiben. Wichtig ist aber, dass sie die „Persönlichkeitsgestörtheit“ ihrer Patienten erspüren, die Diskrepanz zwischen dem, was mit Worten benannt wird und fragilen psychischen Prozessen. Die Therapeuten werden dann weniger Hoffnung darin setzen, dass Einsichten und Vorsätze der Patienten zu tragfähigen Veränderungen führen. Das therapeutische Bemühen wird weniger auf Einsichten als auf eine Stärkung von Ich-Funktionen abzielen. Auch muss stets frühzeitig darüber nachgedacht werden, ob der zukünftige Empfangsraum des Patienten mitgestaltet werden kann und wie Sicherungen eingebaut werden können. Bei drogenabhängigen Patienten sollte die Alternative einer medikamentösen Hilfestellung zumindest im Hintergrund mit bedacht werden (Schalast 2009).

Die Behandler werden gerade in Alltagskonflikten, in Schwierigkeiten innerhalb und außerhalb des Kliniksettings ein willkommenes Übungsfeld sehen, um mit Patienten Möglichkeiten des angemessenen Reagierens zu erkunden und einzuüben. Streeck (2014) weist darauf hin, dass Therapeuten mit ähnlichen Gefühlen auf Menschen mit Persönlichkeitspathologien reagieren wie andere Menschen auch. Ihnen komme jedoch die Aufgabe zu, dieses Erleben in einer Weise zu nutzen und dosiert zu vermitteln, die dem Patienten eine Auseinandersetzung ermöglicht. Therapeutische Gruppenseettings sind ein guter Übungsräum, weil die Vielfalt der Übertragungsangebote in der Gruppe die Teilnehmenden verunsichert und Probleme des Umgehens mit anderen schnell deutlich werden (Streeck 2002).

Fazit

Die Problematik der Klassifizierung und Beurteilung von Persönlichkeitsstörungen ist weiterhin nicht abschließend und befriedigend geklärt (Kernberg 2014). Die Praxis des § 64-Maßregelvollzugs hat sich in einer Weise entwickelt und stabilisiert, dass die Persönlichkeitsstörungen der Patienten nicht so krasse im Klinikalltag zu Tage treten wie vor wenigen Jahrzehnten. Keineswegs scheitern jedoch weniger Patienten in der Behandlung.

Obwohl die Klientel sich – bis auf die Zunahme drogenabhängiger Patienten – nicht entscheidend verändert hat, werden von den Therapeuten wesentlich seltener Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert. Für die therapeutische Praxis stellt dies nicht unbedingt ein gravierendes Problem dar. Problematisch wäre es, wenn die „Persönlichkeitsgestörtheit“ von Patienten in einem strukturellen oder psychodynamischen Sinne unterschätzt würde. Dann würden Therapeuten möglicherweise zu sehr auf Einsichten und gute Vorsätze hinarbeiten. Bei persönlichkeitsgestörten – strukturell Ich-schwachen – Patienten kommt es unter anderem darauf an, ihre Ich-Funktionen, ihre Möglichkeiten des Umgehens mit inneren Spannungen und äußeren Konflikten zu stärken. Dies ist eine schwierige Aufgabe, bei der immer nur graduelle Veränderungen erreicht werden. Von Anfang an müssen die Behandler daher mit bedenken, ob und wie im Falle der Entlassung der Empfangsraum gestaltet und abgesichert werden kann. Unterstützende personale Bezüge (u.a. Bewährungshelfer, forensische Ambulanz) sollten frühzeitig angebahnt werden und längerfristig fortbestehen.

Entscheidend ist es weniger, den Patienten diagnostisch angemessen zu klassifizieren, als seine Beurteilung auf eine breite biografische Basis zu stellen, ihn vollständig wahrzunehmen und daraus angemessene Konsequenzen für die Behandlungstechnik und -planung zu ziehen.

Literatur

- American Psychiatric Association (2013a) Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5. Internet-Publikation. Download: www.dsm-5.org/documents. Letzter Zugriff: 08.12.2014.
- American Psychiatric Association (2013b) Personality Disorders. Internet-Publikation. Download: www.dsm-5.org/documents. Letzter Zugriff: 08.12.2014.
- Boateng S, Schalast N (2011) Dimensionale versus kategoriale Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen. Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie, 5(3), 145-153.
- Bohus M, Stieglitz RD, Fiedler P, Hecht H, Berger M (2004). Persönlichkeitsstörungen. In:
- Bornovalova MA, Lejuez CW, Daughters SB, Zachary Rosenthal M, Lynch TR. (2005) Impulsivity as a common process across borderline personality and substance use disorders. Clin Psychol Rev, 25(6), 790-812.
- Bronisch T, Hiller W, Mombour W, Zaudig M (1995) Internationale Diagnosen Checklisten für Persönlichkeitsstörungen (IDCL-P). Göttingen, Bern: Testzentrale.
- Costa PT & McCrae RR (1990) Personality disorders and the five-factor model of personality. J Pers Disord, 4, 362-371
- DeJong CA, van den Brink W, Harteveld FM, van der Wielen EG (1993) Personality Disorders in Alcoholics and Drug Addicts. Compr Psychiatry, 34(2), 87-94.
- Dilling H, Monbour W, Schmidt MH (1993). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD 10, Kap. V(F). Bern u.a.: Verlag Hans Huber
- Dolan B, Norton K (1995) Assessing change in personality disorder. Curr Opin Psychiatry, 8, 317-332.
- Forrest GG (1994) Chemical Dependency and Antisocial Personality Disorder: Psychotherapy and Assessment Strategies. Binghamton, N.Y.: Haworth Press.
- Grilo CM, McGlashan TH (1999) Stability and course of personality disorders. Current Opinion in Psychiatry, 12, 157-162.
- Fydrich T, Renneberg B, Schmitz B, Wittchen HU (1997) SKID-II. Strukturiertes Interview für DSM-IV, Achse II: Persönlichkeitsstörungen. Göttingen: Hogrefe.
- Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Ruan WJ, Pickering RP (2004) Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. J Clin Psychiatry, 65(7): 948-58
- Grilo CM, McGlashan TH (1999) Stability and course of personality disorders. Current Opinion in Psychiatry, 12, 157-162.
- Hicks BM, Krueger RF, Iacono WG, McGue M, Patrick CJ (2004) Family transmission and heritability of externalizing disorders: a twin-family study. Arch Gen Psychiatry, 61(9), 922-8.
- Hiroi N, Agatsuma S (2005) Genetic susceptibility to substance dependence. Mol Psychiatry, 10(4), 336-44.
- Kernberg OF (2001) Die übertragungsfokussierte (oder psychodynamische) Psychotherapie von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF (Hrsg.) Psychodynamische Therapie der Borderline-Persönlichkeit, Manual zur Transference Focused Psychotherapy (TFP). Stuttgart: Schattauer, 447-460.

- Kernberg OF (2014) Das ungelöste Problem der Klassifizierung von Persönlichkeitsstörungen. Persönlichkeitsstörungen, 18, 177-195.
- Krueger RF, Derringer J, Markon KE et al. (2012) Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychol Med*, 42, 1879-1890.
- Maier U, Mache W, Klein HE (2000) Woran krankt der Maßregelvollzug? Therapeutisch fragwürdige Aufenthalte psychisch kranker Rechtsbrecher im psychiatrischen Krankenhaus und in der Entziehungsanstalt. *MschrrKrim*, 83(2), 71-90.
- Platz WE (1996) Dissozialität und Sucht: Die Prognose. *Strafverteidiger*, 16(4), 134-136.
- Pollähne H, Kemper A (2007) Fehleinweisungen in die Entziehungsanstalt. Bremer Forschungen zur Kriminalpolitik, Bd. 10. Berlin: Lit Verlag. 131 S. plus Anhang.
- Querengässer J, Bulla J, Hoffmann K, Ross Th (2015) Outcomeprädiktoren forensischer Suchtbehandlungen – Eine Integration patientenbezogener und nicht patientenbezogener Variablen zur Behandlungsprognose des § 64 StGB. *Recht & Psychiatrie*, 33(1), 34-41.
- Rutter M (1987) Temperament, personality and personality disorder. *Brit J Psychiat* 150:443-458
- Saß H, Wittchen HU, Zaudig M, Houben I (1996) Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. Göttingen: Hogrefe
- Sass H, Wittchen HU, Zaudig M, Houben I (2003) Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV-TR: Textrevision. Göttingen: Hogrefe
- Schalast N (1994) Unterbringung in der Entziehungsanstalt: Probleme der Behandlung alkoholabhängiger Straftäter – Argumente für eine Vollzugslösung. *Recht & Psychiatrie*, 12(1), 2-10.
- Schalast N (2009) Drogenabhängige Patienten im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB: Verbesserung der Quote erfolgreicher Behandlung durch suchtspezifische Medikation? *Forensische Psychiatrie, Psychologie und Kriminologie*, 3(4), 294-301.
- Schalast N (2012) Die gesetzliche Neuregelung der Unterbringung gemäß § 64 StGB und die Kapazitätsprobleme der Entziehungsanstalten. *Recht & Psychiatrie*, 30(2), 81-90.
- Schalast N (2013) Zur Dauer der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 7(2), 105-113.
- Schalast N, Kösters C, Demmerling R, Mushoff S (2011) Drei prognostisch und therapeutisch relevante Gruppen alkoholabhängiger Patienten im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB. *Psychiat Prax*, 38(1), 31-37.
- Schalast N, Mushoff S, Demmerling R (2004) Alkoholabhängige Patienten im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB. Projektzwischenbericht. Download (letzter Zugriff: 8.12.2014): www.uni-due.de/imperia/md/content/rkeforensik/projekte/projektberichtpar64alkoholpatienten2004.pdf.
- Schalast N, Palaschke M, Dönisch-Seidel U (2009) Evaluation des Maßregelvollzugs gemäß § 64 StGB. *Recht & Psychiatrie*, 27(4), 183-190.
- Schalast N, Steffen M, Boateng S (2013) Essener Evaluation der Unterbringung in der Entziehungsanstalt – ein Zwischenbericht. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 7(2), 94-104

- Schalast N, Steffen M, König A (2010) Ertrag der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt. Erster Projektzwischenbericht. Download (letzter Zugriff 10.12.2014): www.uni-due.de/imperia/md/content/rke-forensik/projekte/evaluationsstudie_zwischenbericht_i.pdf
- Schalast N, Steffen M, Boateng S (2012) Ertrag der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt. Zweiter Projektzwischenbericht. Download (letzter Zugriff 10.12.2014): www.uni-due.de/imperia/md/content/rke-forensik/projekte/berichteval64nr2.pdf
- Schneider U (2008) Die Reform des Maßregelrechts. *NStZ*, 28(2), 68-73.
- Schneider U (2014) Erfolgsaussicht der Unterbringung nach § 64 StGB bei langer Therapiedauer. *NStZ*, 34(11), 617-21.
- Sher KJ, Trull TJ (2002) Substance use disorder and personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, 4 (1), 25-29.
- Skodol AE, Oldham JM, Gallaher PE (1999) Axis II comorbidity of substance use disorders among patients referred for treatment of personality disorders. *Am J Psychiatry*. 1999 May;156(5):733-8.
- Streeck U (2002) Gestörte Verhältnisse – Zur psychoanalytisch-interaktionellen Gruppentherapie von Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen. *Persönlichkeitsstörungen*, 2 (6), 109-125
- Trenckmann B (2011) Zur Verweildauer im Maßregelvollzug einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB. *NStZ*, 322-330.
- Tyler P, Alexander J, Cicchetti D, Cohen MS, Remington M (1979) Reliability of a Schedule for Rating Personality Disorders. *British Journal of Psychiatry*, 135, 168-174.
- Tyler P, Coombs N, Ibrahimi F, Mathilakath A, Bajaj P, Ranger M, Rao B, Din R (2007) Critical developments in the assessment of personality disorder. *Brit J Psychiat*, 190(49), 51-59.
- Tyler P, Johnson T (1996) Establishing the severity of personality disorder. *Am J Psychiat*, 153, 1593-1597.
- Uhlich R (2014) Persönlichkeitsstörungen in DSM-5. *report psychologie*, 39(7-8), 290-91.
- Ullrich S, Borkenau P, Marneros A (2001) Personality Disorders in Offenders: Categorical vs. Dimensional Approaches. *J Personal Disord*, 15(5), 442-49.
- Verheul R, Widiger TA (2004) A meta-analysis of the prevalence and usage of the personality disorder not otherwise specified (PDNOS) diagnosis. *J Pers Disord*, 18, 309-319
- von der Haar M (2013). Stichtagserhebung im Maßregelvollzug nach § 64 StGB – 2012. Eigenverlag: Nieders. LKH Wunstorf, Fachabteilung Bad Rehburg.
- Zimmermann J, Benecke C, Bender DS, Skodol AE, Krueger RF, Leising D (2013) Persönlichkeitsdiagnostik im DSM-5. *Psychotherapeut*, 58, 455-465.

Kontakt:

Melanie.frey@uni-duisburg-essen.de

Norbert.schalast@uni-duisburg-essen.de