

# Handbuch der Antisozialen Persönlichkeitsstörung

Bearbeitet von  
Birger Dulz, Peer Briken, Otto F. Kernberg, Udo Rauchfleisch

1 2016. Buch. 715 S. Hardcover  
ISBN 978 3 7945 3063 2  
Format (B x L): 16,5 x 24 cm  
Gewicht: 1460 g

[Weitere Fachgebiete > Psychologie > Psychotherapie / Klinische Psychologie](#)

Zu [Inhaltsverzeichnis](#)

schnell und portofrei erhältlich bei

**beck-shop.de**  
DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung [beck-shop.de](http://beck-shop.de) ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

# 41 Stationäre Therapie in der Forensischen Psychiatrie und Psychotherapie

Moritz Thede Eckart, Sabine Eucker und Rüdiger Müller-Isberner

## 41.1 Einleitung

Die stationäre Therapie in der Forensischen Psychiatrie und Psychotherapie umfasst die Behandlung in einer der beiden sogenannten therapeutischen Maßregeln: die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 StGB und die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB. Die Grundprinzipien der Behandlung in diesen beiden Maßregeln unterscheiden sich nicht (Müller-Isberner, Eucker et al. 2014). Eine wesentliche Abweichung besteht in den höchst unterschiedlichen rechtlichen Rahmenbedingungen, die sich unmittelbar auf die Behandlung auswirken.

In beiden Maßregeln findet sich neben Patienten, die eine psychische Störung (§ 63 StGB) oder eine Substanzstörung (§ 64 StGB) aufweisen, auch ein erheblicher Anteil solcher Patienten, die, zumeist als Co-Diagnose, eine Dissoziale bzw. Antisoziale Persönlichkeitsstörung haben.

Im Folgenden wird auf Antisozialität als komorbide Störung eingegangen. Anschließend werden – soweit vorhanden – zunächst die theoretischen Grundlagen und das empirische Wissen über antisoziale Störungen und deren Behandlung dargestellt. Danach sollen die Besonderheiten der Behandlung dieser Störung in den beiden »therapeutischen Maßregeln« sowie die Probleme im Umgang mit dieser Klientel im stationären Alltag beschrieben werden.

## 41.2 Antisozialität als komorbide Störung

Im psychiatrischen Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB können antisoziale Störungen als Komorbidität zu jeder der dort ansonsten vorkommenden psychischen Störung auftreten. In der Maßregel der Unterbringung in der Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB treten antisoziale Störungen als Komorbidität von Suchterkrankungen in Erscheinung.

Die Betrachtung von Antisozialität als komorbide Störung ist deshalb von Bedeutung, da sie – wenn vorhanden – gravierend in die Behandlung der Grunderkrankung eingreift. Antisozialität muss als Responsivitätsfaktor begriffen werden, der mit allen am Patienten durchgeführten Behandlungsmaßnahmen interagiert. Oft weit mehr als die Störung, die den Patienten in den Maßregelvollzug geführt hat, bestimmt die Antisozialität Art und Inhalt der Behandlung sowie die Dauer der Unterbringung.

Dissozialität ist somit als Responsivitätsfaktor bei der Anwendung aller evidenzbasierten Maßnahmen zu betrachten. Folglich müssen alle Maßnahmen auf den Lernstil, die regelhaft fehlende Behandlungsmotivation und die fragilen, stets durch Manipulation gefährdeten Behandlungsbündnisse zugeschnitten werden.

**Merke**

Die Art der Informationsverarbeitung antisozialer Personen erfordert einen direktiven Stil: Man muss ihnen klar sagen, was man von ihnen erwartet.

Während es eine robuste Evidenz für die Effektivität von Interventionen zur Reduktion antisozialen Verhaltens gibt (operationalisiert als kriminelles Verhalten), fehlen Belege für eine therapeutische Veränderbarkeit jener Persönlichkeitsmerkmale, die mit antisozialem Verhalten assoziiert sind.

### 41.3 Evidenzbasierte Therapie: Was hilft?

Wenn man Antisozialität bzw. Dissozialität auf das gravierendste und damit sozial am meisten störende Problemverhalten »Kriminalität« reduziert, gibt es eine erstaunlich breite Basis empirischen Wissens darüber, »was wirkt«, wenn es darum geht, dieses Problemverhalten zu mindern (zur Prognose s. Kap. 14).

#### 41.3.1 Psychotherapie

In seinem Ansatz der Integrativen Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen fordert Fiedler (1999; 2003; 2007), dass die unterschiedlichen Therapieschulen ihren »Omnipotenzanspruch« aufgeben, da dieser gegen die Empirie stehe. Die zu stellende Frage sei: Welches Psychotherapiekonzept ist bei welcher Persönlichkeitsstörung am effektivsten? Eine einfache Integration im Sinne eines Eklektizismus wird von Fiedler explizit abgelehnt, da keines der bisher als »eklektisch«, »allgemein« oder »integrativ« herausgearbeiteten Konzepte über hinreichende empirische Evidenz verfüge.

Für die Antisoziale Persönlichkeitsstörung ist die Kognitive Verhaltenstherapie die vorrangige Methode, da sich konsistente Behandlungseffekte zeigen, die belegen, dass die Rückfallkriminalität deutlich vermindert und günstige Persönlichkeitsänderungen erzielt werden.

Als weniger oder nicht effektiv erwiesen sich regelhaft unstrukturierte, vor allem psychodynamische und einsichtsorientierte Therapievorhaben (s. Kap. 45).

Besonders beachtenswert ist, dass sich schädigende Wirkungsfaktoren für therapeutische Konzepte finden, die auf Abschreckung oder Einschüchterung abzielen.

#### 41.3.2 Straftäterbehandlung: Risk-Need-Responsivity

Da es zwischen den Populationen des Strafvollzugs und des Maßregelvollzugs mehr Verbindendes als Trennendes gibt – z. B. zeigen Maßregelvollzugspatienten, die während der Behandlung gravierende Delikte begehen, die gleichen biografischen und persönlichkeitsgebundenen Merkmale wie Rückfalltäter im Strafvollzug –, ist für die Behandlung von den gleichen dynamischen Risikofaktoren auszugehen. Gründe, die dafür sprechen könnten, dass Behandlungsverfahren, die sich in der Straftäterbehandlung bewährt haben, bei gestörten Tätern nicht effektiv sein sollten, lassen sich nicht finden (Müller-Isberner 1998).

Andrews und Bonta (2010) beschreiben hinsichtlich der Forschung zur Behandelbarkeit von Straftätern das *Risiko-, Bedürfnis- und Ansprechbarkeitsprinzip* (risk-, need-, responsivity principle, RNR-Prinzip) als »Kernprinzip« einer effektiven Behandlung, die durch zahlreiche Untersuchungen empirisch gesichert ist. Die Prinzipien sind:

1. *Risikoprinzip*: Wähle das Niveau der Maßnahme nach dem Risiko, rückfällig zu werden.
2. *Bedürfnisprinzip*: Stelle kriminogene Bedürfnisse fest und ziele in der Behandlung darauf ab.
3. *Ansprechbarkeitsprinzip*: Maximiere die Fähigkeit der Person, von der Rehabilitationsmaßnahme durch den Einsatz kognitiv-behavioraler Methoden zu profitieren, und passe die Maßnahmen dem Lernstil, der Motivation, den Fähigkeiten und den Stärken des Täters an.

### 41.3.3 Leitlinien

Die S2-Leitlinien für Persönlichkeitsstörungen (Gaebel u. Falkai 2009) richten sich an Ärzte und Psychologen, die Patienten mit Persönlichkeitsstörungen behandeln, und sollen der Qualitätssicherung in der Medizin und Psychotherapie dienen. Hierbei werden über Therapieschulen hinweg empirisch begründete oder – wo fehlend – im Konsensusprozess entwickelte therapeutische Interventionen dargestellt. Die Antisoziale Persönlichkeitsstörung gehört hierbei – lediglich neben der Borderline- und der ängstlich-vermeidenden Störung – zu den Persönlichkeitsstörungen, für die empirisch abgesicherte Therapieempfehlungen vorliegen.

Allgemein festzuhalten ist, dass psychotherapeutische Verfahren derzeit als Methode der Wahl zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen gelten. Die Planung der Behandlung erfordert die Einbeziehung folgender Komponenten:

- störungstypische Verhaltens- und Erlebensmuster
- individuelle Ausprägung dieser Muster
- komorbide Achse-I-Störungen
- komorbide somatische Störungen
- soziale Variablen

An speziellen Behandlungsprinzipien für die Antisoziale Persönlichkeitsstörung werden an erster Stelle die bereits o.g. Prinzipien aus der Straftäterbehandlung des Risk-Need-Responsivity-Prinzips genannt, für die eine breite empirische Evidenz vorliegt, sodass das Kernmerkmal der Antisozialen Persönlichkeitsstörung – das kriminelle Verhalten – wirksam behandelt werden kann.

Unter Therapieschulen-spezifischen Gesichtspunkten sind Methoden, die dem Ansprechbarkeitsprinzip folgen, den verhaltenstherapeutischen bzw. kognitiv-verhaltenstherapeutischen Methoden zuzuordnen (Modellernen, Rollenspiele, abgestufte Erprobung, Verstärkung, konkrete Hilfestellung, Ressourcenbereitstellung und kognitive Umstrukturierung). Für diese wird der Evidenzgrad Ia angegeben (Metaanalysen über mehrere randomisierte, kontrollierte Studien; s. Kap. 45).

Für die Durchführung einer Problemanalyse ist zu beachten, dass man sich keinesfalls nur auf die Informationen des Probanden verlassen darf, sondern andere Quellen wie Verhaltensbeobachtung, fremdanamnestische Angaben und Akteninhalte hinzuzuziehen sind. An ergänzenden Hilfsmitteln werden der Historical Clinical Risk (HCR) 20 – inzwischen in der Version HCR-20<sup>V3</sup> vorliegend (Douglas, Hart et al. 2014) – und die Psychopathy Checklist – Screening Version (PCL-SV; Hare 1991) empfohlen.

Zur Behandlung der Antisozialen Persönlichkeitsstörung wird folgender Algorithmus vorgeschlagen (Gaebel u. Falkai 2009, S. 84):

- Falls manifest, ist lebensbedrohliches Verhalten immer als primärer Fokus zu adressieren, worunter vor allem fremd-aggressives Verhalten fällt (körperliche und seelische Gewalt, Androhung von Gewalt in Wort und Körperhaltung, die häufige gedankliche Beschäftigung damit, andere zu töten, zu verletzen oder zu de-

mütigen, der Besitz von Waffen und nicht zuletzt die rücksichtslose Missachtung der eigenen Sicherheit bzw. der Sicherheit anderer wie z. B. ungeschützte Sexualkontakte oder rücksichtsloses Verhalten im Straßenverkehr).

- An zweiter Stelle stehen Verhaltensmuster, die den geregelten Fortgang einer Behandlung durch das beharrliche Verstoßen gegen soziale Normen gefährden und wodurch der Patient von einer sozialen Krise in die nächste gerät (Lügen, Stehlen, Substanzmissbrauch, Kontakt mit kriminellem Umfeld etc.)
- An dritter Stelle steht ein die Therapie störendes Verhalten wie geringe Compliance, respektloser Umgang oder Manipulation.

Dann erst folgt die Behandlung nach allgemein für Persönlichkeitsstörungen üblichen Algorithmen (s. Gaebel u. Falkai 2009, »Allgemeines zur Therapie von Persönlichkeitsstörungen«).

Als verbreitetes, einflussreichstes und metaanalytisch evaluiertes multi-modales kognitiv-behaviorales Programmpaket wird das »Reasoning and Rehabilitation Program« (R&R-Program) genannt. Weiterhin wird das Rückfallvermeidungsmodell beschrieben. Für beide Programme wird eine Evidenzstärke von Ia (s. o.) angegeben.

Für psychodynamische Verfahren gibt es hingegen keine empirische Evidenz, weshalb diese zur Behandlung der Antisozialen Persönlichkeitsstörung nicht empfohlen werden.

Einschränkend muss hervorgehoben werden, dass es bei eindeutigen Hinweisen des Vorliegens einer Psychopathie zzt. keine als wirksam nachgewiesenen Behandlungsverfahren gibt. Die Frage, ob Psychopathen durch Behandlung überhaupt erreichbar sind oder sich gar durch Behandlung verschlechtern, ist derzeit empirisch nicht zu beantworten.

Die British Psychological Society und das Royal College of Psychiatrists (2013) beschreiben in den NICE-Guidelines (<http://www.nice.org.uk/guidance/cg77/resources/cg77-antisocial-personality-disorder-full-guideline3>) ebenfalls, dass zwar wenige spezielle Behandlungsansätze für die Antisoziale Persönlichkeitsstörung existieren, es aber umfangreiche Interventionen zur Reduktion kriminellen Verhaltens gibt. Hierunter fallen in erster Linie metaanalytisch validierte kognitiv-behaviorale Methoden, basierend auf der sozialen Lerntheorie.

#### 41.3.4 Antisoziale Persönlichkeitsstörung als Komorbidität: Wechselwirkung Achse I und Achse II

Eine Besonderheit im Maßregelvollzug gegenüber dem Strafvollzug besteht darin, dass die Diagnose einer Antisozialen Persönlichkeitsstörung – bis auf wenige Ausnahmen – ausschließlich als Komorbidität vorkommt.

Sowohl in den S2-Leitlinien der DGPPN als auch in den NICE-Leitlinien des National Institute for Health and Care Excellence wird empfohlen, dass etwaige Achse-I-Störungen vorrangig zu behandeln sind, wobei hierfür ein »Treatment as usual« (TAU) empfohlen wird.

Die Patienten müssen zunächst »therapiefähig« gemacht werden. Als Erstes wird die psychiatrische Symptomatik behandelt oder kompensiert. Erst wenn unkontrolliertes Verhalten gebessert wurde, beginnt die Kriminaltherapie im engeren Sinn. Zu beachten ist hierbei, dass, wenn man die Kriminalität psychisch Kranker zu sehr unter dem psychiatrischen Blickwinkel sieht, man versucht ist, die Reduktion psychiatrischer Symptome bereits als erfolgreiche kriminalpräventive Behandlung anzusehen. Dies ist allenfalls bei wenigen paranoid schizophrenen Patienten