

Gewaltstraftäter mit und ohne Antisoziale Persönlichkeitsstörung

Ein Vergleich

Die diagnostische Konzeptualisierung der Antisozialen Persönlichkeitsstörung („antisocial personality disorder“, ASPD) des DSM-IV-TR [1] ist Gegenstand intensiver Diskussionen. Studien belegen mit Prävalenzen von 50% die Überrepräsentation der ASPD in Gefängnisstichproben im Vergleich zur amerikanischen (5,5%) und europäischen (1,5%) männlichen Normalbevölkerung [4, 5, 9]. In Bezug darauf wird in der Literatur vor allem der eingeschränkten Validität der Diagnose Bedeutung beigemessen [22].

Demnach erfassen die Diagnosekriterien der ASPD im DSM-IV-TR (■ **Tab. 1**) nicht primär Persönlichkeitseigenschaften, wie bei anderen Persönlichkeitsstörungen, sondern sind auf ein normwidriges, kriminelles Verhaltenssyndrom ausgelegt [22], das männliche antisoziale Verhaltensstile hinsichtlich ihrer diagnostischen Wertigkeit einseitig betont [15]. Da 6 der 7 Diagnosekriterien des DSM-IV-TR deutlich mit straffälligem Verhalten in Zusammenhang stehen, ist die Empfehlung [26] schwierig umzusetzen, kriminelle Handlungen nicht als hinreichend für die Diagnose einer ASPD zu betrachten. Dieses Problem kann allenfalls durch das Ausweichen auf die ICD-10-Klassifikation [31] und die Diagnose einer disso-

zialen Persönlichkeitsstörung umgangen werden, da Gesetzesverstöße hier weniger relevant sind [11].

Beide Klassifikationssysteme, DSM-IV-TR und ICD-10, werden jedoch bezüglich ihrer kategorialen Sichtweise von Persönlichkeitsstörungen kritisiert, wobei insbesondere auf die geringe diskriminante Validität der Diagnosekriterien sowie die empirisch nicht fundierten Cut-off-Werte verwiesen wird [20]. Als Alternative werden dimensionale Ansätze befürwortet, welche Persönlichkeitsstörungen als Extremausprägungen von Persönlichkeitseigenschaften beschreiben. Im Sinne der Kontinuitätshypothese [21, 25, 28] wird dabei eine „graduelle Grenze“ [28] zwischen Normalität und den Persönlichkeitsstörungen gezogen.

Somit sind zwei wesentliche Fragen offen:

- Ist das Verhaltenssyndrom der Delinquenz tatsächlich ein Teil der antisozialen Psychopathologie oder Folge der Persönlichkeitseigenschaften einer ASPD?
- Können oder müssen dimensionale Konzepte von Persönlichkeitsausprägungen für die ASPD in Betracht gezogen werden?

Trotz der Bedeutung dieser Fragestellung besteht ein Mangel an Studien zur ASPD bei Strafgefangenen [17], weshalb in die-

ser Studie in einer deutschen Population Gewaltstraftäter mit einer ASPD, Gewaltstraftäter ohne ASPD und strafrechtlich unauffällige Normalprobanden bezüglich soziodemographischer, kriminologischer und persönlichkeitspsychologischer Parameter untersucht werden. Dabei sollte geprüft werden, ob erhobene persönlichkeitspsychologische Merkmale die ASPD abseits der Kriminalität, welche sowohl bei Gewaltstraftätern mit und ohne ASPD besteht, kennzeichnen. Aus kategorialer Sicht wären dabei deutliche Differenzen zwischen Gewaltstraftätern mit ASPD und den anderen beiden Stichproben (Gewaltstraftäter ohne ASPD, Normalprobanden) zu erwarten. Im Sinne der Kontinuitätshypothese dimensionaler Klassifikationen würden Gewaltstraftäter mit ASPD die stärksten Auffälligkeiten aufweisen, gefolgt von Gewaltstraftätern ohne ASPD und den Normalprobanden.

Methode

Stichprobe

Zwischen Februar 2009 und August 2010 wurden 65 Gewaltstraftäter der Justizvollzugsanstalt Straubing (Bayern) sowie 28 Probanden (Pbn) aus der nicht straffälligen Normalbevölkerung im Rahmen eines von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) geförderten Dritt-

Tab. 1 Diagnosekriterien der Antisozialen Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV-TR [1]

A	Es besteht ein tiefgreifendes Muster von Missachtung und Verletzung der Rechte anderer, das seit dem Alter von 15 Jahren auftritt. Mindestens 3 der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:
	1. Versagen, sich in Bezug auf gesetzmäßiges Verhalten gesellschaftlichen Normen anzupassen, was sich in wiederholtem Begehen von Handlungen äußert, die einen Grund für eine Festnahme darstellen
	2. Falschheit, die sich in wiederholtem Lügen, dem Gebrauch von Decknamen oder dem Betrügen anderer zum persönlichen Vorteil oder Vergnügen äußert
	3. Impulsivität oder Versagen, vorausschauend zu planen
	4. Reizbarkeit und Aggressivität, die sich in wiederholten Schlägereien oder Überfällen äußert
	5. Rücksichtslose Missachtung der eigenen Sicherheit bzw. der Sicherheit anderer
	6. Durchgängige Verantwortungslosigkeit, die sich im wiederholten Versagen zeigt, eine dauerhafte Tätigkeit auszuüben oder finanziellen Verpflichtungen nachzukommen
	7. Fehlende Reue, die sich in Gleichgültigkeit oder Rationalisierung äußert, wenn die Person andere Menschen kränkt, misshandelt oder bestohlen hat
B	Die Person ist mindestens 18 Jahre alt
C	Eine Störung des Sozialverhaltens war bereits vor Vollendung des 15. Lebensjahres erkennbar
D	Das antisoziale Verhalten tritt nicht ausschließlich im Verlauf einer Schizophrenie oder einer manischen Episode auf

Tab. 2 Deskriptive Daten der Stichproben und deren soziodemographische und klinische Eigenschaften

		ASPD n (%)	SG n (%)	KG n (%)
Stichprobenbeschreibung				
Alter (Jahre)		49,7 (10,6)	48,4 (12,8)	53,0 (10,8)
Gesamt-IQ		99,7 (12,1)	100,3 (10,8)	100,1 (9,4)
Deutsche Nationalität		33 (91,7)	26 (89,7)	28 (100)
Deliktgruppe	Sexualtäter	17 (47,2)	9 (31,0)	
	Räuber	3 (8,3)	6 (20,7)	
	Totschläger	14 (38,9)	14 (48,3)	
	Diebe	2 (5,6)	–	
Soziodemographische Eigenschaften				
Schulabschluss*	Keiner	7 (19,4)	2 (6,9)	–
	Sonderschule	3 (8,3)	2 (6,9)	–
	Haupt-/Realschule	25 (69,4)	22 (75,9)	21 (75,0)
	Gymnasium	1 (2,8)	3 (10,3)	7 (25,0)
Kindheit	Heimaufenthalt*	18 (50,0)	7 (24,1)	2 (7,1)
	Missbrauch*	16 (44,4)	7 (23,3)	4 (14,3)
Elterliche Risikofaktoren	Vorstrafen*	7 (19,4)	3 (10,3)	–
	Substanzmissbrauch*	19 (52,8)	10 (34,5)	2 (7,1)
	Suizidversuch	5 (13,9)	–	3 (10,7)
Klinische Eigenschaften				
Achse-I-Störung*		26 (72,2)	13 (44,8)	1 (2,8)
	Substanzmissbrauch*	26 (72,2)	13 (44,8)	–
	Affektive Störung	2 (5,6)	–	1 (2,8)
	Paraphilie	3 (8,3)	–	–
	Suizidversuche*	11 (30,6)	14 (48,3)	–
	ADHS	2 (5,6)	–	1 (2,8)

ASPD Strafgefangene mit Antisoziale Persönlichkeitsstörung (n=36), SG Strafgefangene ohne ASPD (n=29); KG Kontrollprobanden (n=28). Bei klinischen Eigenschaften sind Mehrfachantworten möglich. *p<0,05 für übergreifende Gruppenunterschiede.

mittelprojekts (AZ: HA 3414/2-2) untersucht. Dabei wurden 32 Gewaltstraftäter aus dem Regelvollzug und 33 Inhaftierte mit angeordneter Sicherheitsverwahrung

(SV), von denen sich 7 noch im Regelvollzug befinden, berücksichtigt. Für die Untersuchung liegt ein positives Ethikvotum der Ethikkommission der Universi-

tät Rostock vor. Alle Pbn waren Männer und zum Zeitpunkt der Untersuchung zwischen 23,1 und 72,3 Jahre ($M=50,3$, $SD=11,4$) alt. Diagnostisch wurde bei jedem Pbn SKID-I und -II (strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV) [30] verwendet. Anhand der Diagnosen wurden 3 Stichproben gebildet:

- Strafgefangene mit einer ASPD (ASPD, n=36, 78% angeordnete SV),
- Strafgefangene ohne ASPD (SG, n=29, 17% angeordnete SV) sowie
- strafrechtlich unauffällige Pbn als Kontrollgruppe (KG, n=28).

Die Stichproben wurden betreffend Alter und Intelligenzquotient (IQ) gematcht und zeigen keine signifikanten Stichprobenunterschiede (Alter: $F[2,90]=1,24$, *n.s.*; Gesamt-IQ: $F[2,90]=0,02$, *n.s.*).

Erhebungsinstrumente

Soziodemographische und kriminologische Daten. Soziodemographischen Daten sowie die kriminelle Vorgeschichte wurden mittels eines standardisierten Fragebogens erhoben.

Klinische Daten. Der Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene – Revision (HAWIE-R) [29] wurde als Kurzform bestehend aus vier Untertests durchgeführt. Das SKID-I bzw. -II [30] dienen der Diagnose von psychischen Krankheiten bzw. Persönlichkeitsstörungen. Eine ergänzende Schweregradbeurteilung wurde durch die Messung des globalen Funktionsniveaus mittels des Global Assessment of Functioning (GAF) des DSM-IV-TR [1] erfasst. Zur Erfassung der „psychopathy“ wurde die Psychopathy Checklist – Revised (PCL-R) von Hare [12] eingesetzt.

Persönlichkeitspsychologische Parameter. Die „Barratt-Impulsivitätsskala“ BIS-11 [24] und der „Kurzfragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren“ K-FAF [16] dienen der Selbstbeurteilung von Impulsivität, Aggressivität, Erregbarkeit und Aggressionshemmung. Mit dem „Eysenck-Persönlichkeitsinventar“ EPI – Form A [8] wurden die beiden Dimensionen Extraversion und Neurotizismus sowie eine Lügenskala erhoben.

Untersuchungsablauf

Die Gefängnisinsassen wurden auf freiwilliger Basis rekrutiert. Zu Beginn erfolgte eine Probandeninformation in Gruppenform, anschließend zwei Einzeluntersuchungen sowie eine Fragebogenbeantwortung in einer Gruppenuntersuchung. Mit Erlaubnis der Studienteilnehmer wurden das zugrunde liegende Urteil sowie psychiatrische Gutachten bezüglich biographischer und kriminologischer Informationen ausgewertet. Zusätzlich wurde eine willkürliche Stichprobe aus der nicht straffälligen Normalbevölkerung untersucht.

Statistische Analyse

Die statistischen Auswertungen erfolgten mit SPSS für Mac (Version 19). Für alle Analysen gilt ein statistisches Signifikanzniveau von $p < 0,05$. Die statistische Analyse für Ausreißer konnte keine Fälle identifizieren. Zur Prüfung der Normalverteilung wurde der Kolmogoroff-Smirnoff-Test und zur Prüfung der Varianzhomogenität der Levene-Test verwendet. In Abhängigkeit der Variablen wurden übergreifende Gruppenunterschiede mittels univariater Varianzanalyse (ANOVA), χ^2 -Test, Kruskal-Wallis-Test (H) oder Mann-Whitney-U-Test (U) berechnet. Bei den psychometrischen Fragebögen, diente die Lügenskala des EPI als Kovariate in den univariaten Kovarianzanalysen (ANCOVA). Damit wurde eine Konfundierung durch Antworttendenzen im Sinne der sozialen Erwünschtheit kontrolliert. Für Post-hoc-Gruppenvergleiche erfolgte eine Korrektur des Signifikanzniveaus nach Boniferroni. Abschätzungen von Effektgrößen bei signifikanten Gruppenunterschieden sind als partielles Eta-Quadrat (η^2) und Cramer's V angegeben.

Ergebnisse

Beschreibung der Stichprobe

Die drei Stichproben wurden bezüglich Alter und IQ-Werte gematcht erhoben. Deskriptive Daten zur Stichprobenbeschreibung sowie zu soziodemographischen und klinischen Daten sind der **Tab. 2** zu entnehmen. Die delinquenten

Nervenarzt 2011 · 82:43–49 DOI 10.1007/s00115-010-3125-2
© Springer-Verlag 2011

F. de Tribolet-Hardy · K. Vohs · G. Domes · D. Regli · E. Habermeyer
**Gewaltstraftäter mit und ohne Antisoziale
Persönlichkeitsstörung. Ein Vergleich**

Zusammenfassung

Hintergrund. Die diagnostische Wertigkeit von wiederholten Gesetzesübertretungen im Kontext der Antisozialen Persönlichkeitsstörung (ASPD) wird seit längerem kritisch diskutiert. Um festzustellen, ob sich Probanden mit einer ASPD auch abseits straffälligen Verhaltens von Straftätern unterscheiden, wurden inhaftierte Straftäter mit und ohne diese Diagnose untersucht.

Material und Methoden. Sechsendreißig inhaftierte Gewalttäter mit der Diagnose einer ASPD sowie 29 Gewaltstraftäter ohne ASPD der Justizvollzugsanstalt Straubing nahmen an der Studie teil. Die 28 strafrechtlich unauffälligen Kontrollprobanden wurden aus der deutschen Normalbevölkerung rekrutiert. Alle Probanden wurden hinsichtlich soziodemographischer, kriminologischer und klinischer Eigenschaften mit dem SKID-I und SKID-II, dem GAF, BIS-11, K-FAF und EPI untersucht.

Ergebnisse. Gewaltstraftäter mit ASPD unterscheiden sich bezüglich folgender Parameter von Delinquenten ohne diese Diagnose: erhöhte Erregbarkeit, niedriges psychosoziales Funktionsniveau, gehäufte „Broken-home-Merkmale“ und antisoziales Verhalten vor dem 11. Lebensjahr („early starters“).
Schlussfolgerung. Es konnten Merkmale identifiziert werden, die zwischen Gewaltstraftätern mit und ohne ASPD unterscheiden. In der Gesamtschau scheint allerdings weniger eine kategoriale als vielmehr eine dimensionale, d. h. am Ausprägungsgrad der Auffälligkeiten ausgerichtete Unterscheidung zwischen Gewaltstraftätern mit und ohne ASPD sinnvoll zu sein.

Schlüsselwörter

Gewaltstraftäter · Forensische Psychiatrie · Antisoziale Persönlichkeitsstörung · Persönlichkeit · Merkmale

Violent offenders with or without antisocial personality disorder. A comparison

Summary

Background. The influence of legal offences on the diagnosis of antisocial personality disorder (ASPD) is a common discussion. A population of imprisoned delinquents diagnosed with ASPD was compared to delinquents without ASPD concerning sociodemographic, criminological and clinical characteristics to determine if ASPD can differentiate delinquents apart from committing legal offences.

Patients and methods. A total of 36 violent offenders with diagnosed ASPD and 29 violent offenders without ASPD were recruited in the prison of Straubing (Germany); 28 control subjects without previous convictions were recruited in the German population. All subjects were examined with the SKID-I and SKID-II, GAF, BIS-11, EPI and K-FAF.

Results. Violent offenders with ASPD differ from violent offenders without ASPD con-

cerning the following parameters: high values of impulsivity, aggression, irritability, neuroticism and extraversion; low levels of psychosocial functioning, cumulative „broken home“ indicators and antisocial behaviour before the age of 11 („early starters“).

Conclusion. Some features are suitable for the discrimination between offenders with or without ASPD, but our results indicate that samples are better distinguished by a dimensional approach, oriented toward their degree of characteristics.

Keywords

Forensic psychiatry · Antisocial personality disorder · Prisoners · Personality · Characteristics

Tab. 3 Mittelwerte (Standardabweichungen) zum GAF sowie kriminologischen und psychometrischen Verfahren

		ASPD	SG	KG
		M (SD)	M (SD)	M (SD)
GAF*		61,42 (10,81)	71,97 (8,85)	87,43 (6,37)
Kriminologische Parameter				
Alter bei Erstdelinquenz (Jahre)*		17,0 (4,0)	25,8 ^a (10,6)	
Anzahl Vorstrafen*		10,7 (7,5)	4,8 (6,1)	
PCL-R	Total Score*	24,11 (5,43)	12,76 (6,12)	
	Faktor 1*	9,08 (3,06)	5,48 (3,54)	
	Faktor 2*	12,25 (3,23)	5,45 (3,28)	
Psychometrische Parameter^b				
BIS-11	Total Score*	63,78 (11,94)	56,89 (12,83)	52,50 (9,44)
K-FAF	Erregbarkeit*	23,17 (10,06)	15,54 (11,23)	11,32 (7,88)
	Aggressionshemmung	16,50 (6,33)	20,18 (7,49)	20,25 (5,99)
	Summe Aggressivität*	64,91 (25,83)	49,96 (29,11)	42,36 (18,99)
EPI	Neurotizismus*	9,91 (6,13)	8,64 (4,53)	6,21 (4,08)
	Extraversion*	12,44 (3,58)	10,50 (3,72)	10,25 (3,65)
	Lügenskala	3,61 (1,87)	4,25 (1,92)	3,98 (1,97)

ASPD Strafgefangene mit Antisoziale Persönlichkeitsstörung (n=36), SG Strafgefangene ohne ASPD (n=29), KG Kontrollprobanden (n=28). BIS-11 Barratt-Impulsivitätsskala, EPI Eysenck-Persönlichkeitsinventar, GAF Global Assessment of Functioning, K-FAF Kurzfragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren, PCL-R Psychopathy Checklist – Revised.

M Mittelwert, SD Standardabweichung. *p<0,05 für übergreifende Gruppenunterschiede. ^an=23; ^bSG: n=28

ten Stichproben sind betreffend ihrer Deliktgruppenverteilung vergleichbar ($\chi^2[6]=4,73$, *n.s.*).

Soziodemographische Daten

Signifikante Unterschiede zwischen den drei Stichproben betrafen den erreichten Schulabschluss ($\chi^2[6]=15,47$, $p=0,003$, $V=0,29$), Heimaufenthalte ($\chi^2[2]=14,53$, $p<0,001$, $V=0,40$), physischen oder sexuellen Missbrauch ($X_2[2]=7,44$, $p=0,010$, $V=0,28$) und elterliche Risikofaktoren (Vorstrafen: $\chi^2[2]=6,21$, $p=0,013$, $V=0,26$; Substanzmissbrauch: $\chi^2[2]=14,79$, $p<0,001$, $V=0,40$). Post hoc weisen Gewaltstraftäter mit ASPD im Vergleich zu Normalprobanden einen tieferen Schulabschluss ($\chi^2[3]_{ASPD-KG}=14,07$, $p=0,003$) auf und nennen häufiger Indikatoren instabiler Beziehungen (Heimaufenthalte: $\chi^2[1]_{ASPD-KG}=13,47$, $p<0,001$; Missbrauch: $\chi^2[1]_{ASPD-KG}=6,67$, $p=0,010$) sowie elterliche Risikofaktoren (Vorstrafen: $\chi^2[1]_{ASPD-KG}=6,11$, $p=0,013$; Substanzmissbrauch: $\chi^2[1]_{ASPD-KG}=14,88$, $p<0,001$). Gewaltstraftäter ohne ASPD zeigten im Vergleich mit den Kontrollprobanden einzig in Bezug auf den elterlichen Substanz-

missbrauch ($\chi^2[1]_{SG-KG}=6,41$, $p=0,011$) signifikant höhere Werte.

Klinische Daten

Signifikante globale Unterschiede zwischen den Gruppen fanden sich bezüglich der Prävalenz von Achse-I-Störungen ($\chi^2[2]=30,34$, $p<0,001$, $V=0,57$) sowie von Substanzmissbrauch ($\chi^2[2]=33,88$, $p<0,001$, $V=0,60$) und Suizidversuchen ($\chi^2[2]=17,29$, $p<0,001$, $V=0,43$). Im Post-hoc-Einzelvergleich unterschieden sich die Straftäter mit und ohne ASPD in Bezug auf die Achse-I-Prävalenz ($\chi^2[1]_{ASPD-KG}=30,43$, $p<0,001$, $V=0,69$; $X_2[1]_{SG-KG}=13,08$, $p<0,001$, $V=0,48$), den Substanzmissbrauch ($\chi^2[1]_{ASPD-KG}=33,88$, $p<0,001$, $V=0,73$; $X_2(1)_{SG-KG}=16,26$, $p<0,001$, $V=0,53$) und begangene Suizidversuche ($\chi^2[2]_{ASPD-KG}=10,33$, $p<0,001$, $V=0,40$; $\chi^2[2]_{SG-KG}=17,92$, $p<0,001$, $V=0,56$) zwar von der Kontrollgruppe, jedoch nicht untereinander. Mittelwerte und Standardabweichungen der GAF-Werte sind in **Tab. 3** aufgeführt. Strichprobenübergreifend ($H=57,04$, $p<0,001$) sowie in allen Post-hoc-Gruppenvergleichen ($U_{ASPD-SG}=811$, $p<0,001$; $U_{ASPD-KG}=983$, $p<0,001$; $U_{SG-KG}=754,5$,

$p<0,001$) wurden signifikante Unterschiede bezüglich des psychosozialen Funktionsniveaus gefunden.

Kriminologische Daten und Täterpersönlichkeit

Deskriptive Daten zur Täterpersönlichkeit und zu psychometrischen Merkmalen sind in **Tab. 3** aufgeführt. Kontrollprobanden wurden als Vergleichsgruppe nicht berücksichtigt. Aufgrund multipler Vergleiche wurde das Signifikanzniveau nach Boniferroni adjustiert ($p'=0,0042$). Die deskriptiven Daten sind in **Tab. 3** aufgeführt. Straftäter mit einer ASPD zeigen signifikant früher delinquentes Verhalten ($F[1,57]=10,31$, $p=0,001$, $\eta^2=0,26$) und weisen eine höhere Anzahl Vorstrafen auf ($U=238$, $p<0,001$, $\eta^2=0,16$). Sie zeigen darüber hinaus signifikant höhere Werte betreffs Faktor 1 ($F[1,63]=19,45$, $p<0,001$, $\eta^2=0,24$) und 2 ($F[1,63]=70,20$, $p<0,001$, $\eta^2=0,53$) sowie der Gesamtskala des PCL-R ($F[1,63]=62,67$, $p<0,001$, $\eta^2=0,50$).

Psychometrische Merkmale

Bezüglich Impulsivität ($F[2,88]=6,83$, $p=0,002$, $\eta^2=0,13$), Aggressivität als Summenscore ($F[2,88]=5,77$, $p=0,004$, $\eta^2=0,12$), Erregbarkeit ($F[2,88]=11,01$, $p<0,001$, $\eta^2=0,20$), Neurotizismus ($F[2,88]=3,64$, $p<0,030$, $\eta^2=0,08$) und Extraversion ($F[2,88]=3,82$, $p=0,026$, $\eta^2=0,08$) ergaben sich, auch unter Kontrolle der Antworttendenzen im Sinne der sozialen Erwünschtheit, signifikante Gruppenunterschiede. Bezüglich der Aggressionshemmung wurden keine signifikanten Unterschiede gefunden ($F[2,88]=3,001$, *n.s.*). Gemäß der Post-hoc-Analysen schätzen Gewaltstraftäter mit ASPD ihre Erregbarkeit im Vergleich zu jenen ohne ASPD signifikant höher ein ($p=0,021$). Im Vergleich zu den Kontrollprobanden erzielen Gewaltstraftäter mit ASPD signifikant höhere Werte für Impulsivität ($p=0,001$), Aggression ($p=0,004$), Erregbarkeit ($p<0,001$), Extraversion ($p=0,045$) und Neurotizismus ($p=0,032$).

Diskussion

Die Auswertung kriminologischer Risikomerkmalen ergab hinsichtlich Alter bei Erstdelinquenz und Vorstrafenbelastung signifikant auffälligere Werte für Gewaltstraftäter mit einer ASPD. Dieser Befund überrascht nicht, da normwidrige Verhaltensweisen als behaviorale Facetten der ASPD Eingang in die diagnostischen Kriterien des DSM-IV-TR gefunden haben. Entsprechend weisen die untersuchten Gewaltstraftäter mit ASPD auch einen deutlich höheren PCL-R-Mittelwert ($M=24,1$) auf als die Gefangenenstichprobe ohne ASPD ($M=12,8$) und andere deutsche Häftlingspopulationen ($M=12$) [6]. Hohe Korrelationen zwischen PCL-R-Werten und ASPD wurden sowohl von Harper et al. [13] als auch in deutschen Untersuchungen [19] gefunden. Dabei entspricht insbesondere der signifikant höhere Wert der Gewaltstraftäter mit ASPD in Faktor 2 den Erwartungen, da antisoziale Verhaltensweisen in den diagnostischen Kriterien der ASPD verankert sind. Allerdings sind auch in Faktor 1 erfasste Persönlichkeitsfacetten bei Inhaftierten mit ASPD signifikant stärker ausgeprägt, was nicht mit früheren Befunden [19] vereinbar ist. Dies könnte ein Hinweis dafür sein, dass es sich bei der Stichprobe, durch den Einbezug des kriminologischen Risikoklientels der SV, um eine Extremgruppe von ASPD handelt, die starke Überschneidungen mit der „psychopathy“ sensu Hare aufweist [17]. Die statistische Kontrolle dieser Überschneidung war aufgrund der geringen Gruppengröße nicht möglich.

Die soziodemographischen und biographischen Auffälligkeiten der Gewaltstraftäter mit ASPD sind weitgehend mit früheren Befunden (Übersicht bei [11, 17]) vergleichbar. So sind Mitglieder dieser Gruppe am stärksten von „Broken-home-Merkmalen“ betroffen. Dies überrascht nicht, denn solche psychosoziale Risikofaktoren (physische oder sexuelle Misshandlung in der Kindheit, elterliche Vernachlässigung, instabile Beziehungen und elterliche Risikofaktoren) können die Entwicklung von antisozialen Verhalten begünstigen [18]. Bezüglich der Ausbildung weisen Gewaltstraftäter mit ASPD im Durchschnitt einen niedrigeren Schulabschluss auf als beide

Tab. 4 Geeignete Merkmale zur Unterscheidung zwischen Gewaltstraftätern mit und ohne ASPD

Indikator für das Vorliegen einer ASPD	Skala
Erhöhte Erregbarkeit	K-FAF
Niedriges psychosoziales Funktionsniveau	GAF
Gehäufte „Broken-home-Merkmale“	
Niedriger Schulabschluss	
Antisoziales Verhalten vor dem 11. Lebensjahr/„early starters“	
Erhöhte Werte im PCL-R (Summenscore, Faktor 1 und 2)	PCL-R

BIS-11 Barratt-Impulsivitätsskala, EPI Eysenck-Persönlichkeitsinventar, GAF Global Assessment of Functioning, K-FAF Kurzfragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren, PCL-R Psychopathy Checklist – Revised.

Vergleichsstichproben. Da sich die Gruppen in ihrer Intelligenz nicht unterscheiden, kann dies als Hinweis darauf gelten, dass Persönlichkeitseigenschaften wie Impulsivität, Hyperaktivität und fehlende Reue bei den Gewaltstraftätern mit ASPD im Sinne einer „Early-starter-Symptomatik“ zu Verhaltensproblemen in der Kindheit und Jugend beigetragen haben [23]. Daraus resultierende schulische und berufliche Schwierigkeiten könnten die Assoziation der ASPD mit niedrigem sozioökonomischem Status und Arbeitslosigkeit erklären [10].

Aus klinischer Sicht lassen sich die Gruppen durch ihr psychosoziales Funktionsniveau differenzieren. Der GAF-Mittelwert der Gewaltstraftäter mit ASPD ($M=61,4$) liegt deutlich unter dem Mittelwert der Strafgefangenengruppe ohne ASPD ($M=72,0$), der mit früheren Befunden einer deutschen Häftlingspopulation von Gewaltstraftätern ($M=70,3$) vergleichbar ist [14]. Unsere ASPD-Gruppe zeigte außerdem eine hohe Prävalenz von komorbiden Achse-I-Störungen (72%), wobei sich die Komorbidität nahezu ausschließlich auf Substanzmissbrauch bezieht. Während diese Resultate mit internationalen Befunden [3, 26] vergleichbar sind (90% für Achse-I-Komorbiditäten und bis 80% für Substanzmissbrauch), konnten die dortigen Komorbiditäten mit affektiven Störungen (20–24%) sowie Angststörungen (20–30%) nicht repliziert werden. Wie bei der „psychopathy“ könnte diesem Ergebnis ein Selektionsbias zugrunde liegen, da Gewaltstraftäter in SV weniger Depressivität und Angst erwarten lassen.

In unserer Studienpopulation haben Gewaltstraftäter ohne ASPD häufiger Suizidversuche begangen als diejenigen mit

ASPD. Dies ist überraschend, da Menschen mit einer ASPD als Folge ihrer höheren negativen Emotionalität und geringen Hemmung gemeinhin ein hohes Suizidrisiko zugesprochen wird [7]. Unsere Resultate sprechen demgegenüber eher für die Hypothese, dass eine Vorgeschichte mit Suizidversuch mit insuffizienten Problemlösestrategien und Gewalttätigkeit assoziiert ist [2] und kein trennscharfes Kriterium zwischen Häftlingen mit und ohne ASPD darstellt. Insgesamt spricht die graduelle Abstufung der klinisch-deskriptiven Daten, der GAF-Werte und der Belastungen durch Achse-I-Komorbiditäten für dimensionale und gegen kategoriale Unterschiede zwischen den Gruppen.

Ein weiteres Anliegen galt der Untersuchung psychometrischer Merkmale der ASPD: Impulsivität kann als Verhalten beschrieben werden, das Personen ohne ausreichende Reflexion und geringer Voraussicht handeln lässt [24]. Während Aggressivität durch ein unverhältnismäßig starkes Gefühl des Unmuts und Zornausbrüche charakterisiert wird, spricht eine erhöhte Erregbarkeit für vermehrte Wuterlebnisse, einen Mangel an Affektsteuerung und eine niedrige Frustrationstoleranz [16]. Den deskriptiven Daten ist zu entnehmen, dass Gewaltstraftäter mit ASPD ihre Impulsivität, Erregbarkeit und Aggressivität höher einschätzen als jene ohne ASPD und Kontrollprobanden. Gewaltstraftäter mit ASPD betrachten sich zudem in numerischer Hinsicht als neurotischer und extravertierter als die beiden Vergleichsgruppen, was als Neigung zur Aggression, Ungeduld und Unkontrollierbarkeit der eigenen Gefühle sowie eine erhöhte emotionale Labilität, Ängstlichkeit und Ärgerlichkeit gewertet

werden kann [8]. Signifikant unterscheiden sich die Gewaltstraftäter mit und ohne ASPD nur bezüglich der Erregbarkeit. Dies überrascht, da Impulsivität ein Diagnosekriterium der ASPD im DSM-IV-TR ist und Aggressivität augenscheinlich mit antisozialem Verhalten in Verbindung gebracht wird. Offen bleibt, ob sich die numerischen Unterschiede in größeren Stichproben als signifikant erweisen oder ob sich Gewaltstraftäter mit und ohne ASPD betreffend Impulsivität und Aggression tatsächlich nicht unterscheiden.

Da sich die Mittelwerte aller drei Stichproben betreffs der Lügenskala des EPI nicht signifikant unterscheiden und außerdem mit denjenigen deutscher Normstichproben vergleichbar sind [8], lassen unsere Resultate darauf schließen, dass es sich bei Impulsivität, Aggressivität und Erregbarkeit um psychometrische Merkmale der ASPD handelt, die entgegen skeptischer Einschätzungen in der Literatur [27] auch in Straftäterpopulationen mittels Selbstbeurteilung erhoben werden können. Dieser Schluss ist jedoch nur für Untersuchungen zulässig, bei denen die Häftlinge keine unmittelbaren Vorteile hinsichtlich Lockerungen bzw. Entlassung zu erwarten haben.

Zusammenfassend konnten unsere Untersuchungen Merkmale identifizieren, die zwischen Delinquenten mit und ohne ASPD differenzieren (■ **Tab. 4**). Dies betrifft jedoch vorwiegend Merkmalsbereiche, die delinquentes Verhalten begünstigen. Dementsprechend zeichnen sich Gewaltstraftäter mit ASPD durch eine höhere Vorstrafenbelastung und früheren Einstieg in die kriminelle Laufbahn aus. Da sich Gewaltstraftäter mit und ohne ASPD in unseren kleinen Stichproben bezüglich augenscheinlich relevanten Persönlichkeitsmerkmalen wie Impulsivität, Aggression und Aggressionshemmung nicht unterscheiden, wären Untersuchungen mit größeren Stichproben und anderen Persönlichkeitskonstrukten wie Verträglichkeit oder Egozentrismus empfehlenswert. Des Weiteren sprechen unsere numerischen Ergebnisse auch dafür, dass zwischen den untersuchten Häftlingsgruppen weniger kategoriale Unterschiede vorliegen als vielmehr abgestufte Merkmalsausprägungen mit einer problematischen Akzentsetzung im Bereich

der Gewalttäter mit ASPD. Damit unterstützen unsere Befunde die Kontinuitätshypothese [21, 25, 28] der Persönlichkeitsstörungen.

Methodische Einschränkungen ergeben sich hinsichtlich der Repräsentativität unserer Ergebnisse. Es wurde ein geringer Prozentsatz der Strafgefangenenpopulation einer Haftanstalt in Deutschland mit insgesamt 840 Insassen untersucht. Deshalb kann nicht der Anspruch erhoben werden, eine allgemeingültige Aussage zu inhaftierten Gewaltstraftätern mit oder ohne ASPD gefunden zu haben. Außerdem finden sich in der Gefängnisstichprobe mit ASPD gehäuft Sicherheitsverwahrte (28 von 36; in der Strafgefangenenengruppe ohne ASPD 5 von 29), was zu einer Verstärkung der Gruppenunterschiede beigetragen haben könnte. Sollte dies der Fall sein, wären nach Korrektur dieses Bias geringere Gruppenunterschiede zwischen den delinquenten Stichproben zu erwarten, was ein weiterer Hinweis auf die Berechtigung dimensionaler Persönlichkeitskonzepte wäre. Die freiwillige Teilnahme der forensischen Stichproben könnte zu einem Selektionsbias in Richtung sozial verträglicherer Gewaltstraftäterstichproben geführt haben. Dies hätte bez. des Vergleichs der delinquenten Stichproben keine Folgen, könnte allerdings die Unterschiede zur Kontrollgruppe verringert haben.

Korrespondenzadresse

PD Dr. E. Habermeyer
Forensisch Psychiatrischer Dienst,
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Lenggstr. 31, 8032 Zürich
Schweiz
elmar.habermeyer@puk.zh.ch

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-IV-TR. 4. Aufl. American Psychiatric Association, Washington, DC. [Deutsch: Saß H et al (2003) Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR. Hogrefe, Göttingen]
2. Cavanagh JTO, O'wens DGC, Johnstone EC (1999) Suicide and undetermined death in south east Scotland. A case-control study using the psychological autopsy method. *Psychol Med* 29:1141–1149

3. Coid J, Ulrich S (2010) Antisocial personality disorder is on a continuum with psychopathy. *Compr Psychiatry* 51:426–433
4. Coid J, Yang M, Roberts A et al (2006) Violence and psychiatric morbidity in the national household population of Britain: public health implications. *Br J Psychiatry* 189:12–19
5. Compton WM, Conway KP, Stinson FS et al (2005) Prevalence correlates and comorbidity of DSM-IV antisocial personality syndromes and alcohol and specific drug use disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry* 66:677–685
6. Dahle KP (2006) Strengths and limitations of actuarial predictions of criminal reoffense in a German prison sample: a comparative study of LSI-R, HCR-20 and PCL-R. *Int J Law Psychiatry* 29:431–442
7. Douglas KS, Lilienfeld SO, Skeem JL et al (2008) Relation of antisocial and psychopathic traits to suicide-related behavior among offenders. *Law Hum Behav* 32:511–525
8. Eggert D, Ratschinsky G (1983) Eysenck-Persönlichkeits-Inventar – Handanweisung. Hogrefe, Göttingen
9. Fazel S, Danesh J (2002) Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet* 359:545–550
10. Grant BF, Stinson FS, Dawson DA et al (2005) Co-occurrence of DSM-IV personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Compr Psychiatry* 46:1–5
11. Habermeyer E, Herpertz SC (2006) Dissoziale Persönlichkeitsstörung. *Nervenarzt* 77:605–617
12. Hare RD (2003) The Hare psychopathy checklist – Revised (PCL-R), 2. Aufl. De Gruyter, Berlin New York Toronto, ON
13. Harpur TJ, Hart SD, Hare RD (2002) Personality of the psychopath. In: Costa PT, Widiger TA (Hrsg) Personality disorders and the five-factor model of personality, 2. Aufl. Am Psychol Assoc, Washington DC, S 299–324
14. Harsch S, Bergk JM, Steinert T et al (2006) Prevalence of mental disorders among sexual offenders in forensic psychiatry and prison. *Int J Law Psychiatry* 29:443–449
15. Herpertz SC, Saß H (1999) Personality disorders and the law, with a German perspective. *Curr Opin Psychiatry* 12:689–693
16. Heubrock D, Petermann F (2008) Kurzfragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren (K-FAF). Hogrefe, Göttingen
17. Hodgins S, De Brito SA (2009) Die Antisoziale Persönlichkeitsstörung des DSM-IV-TR – Befunde, Untergruppen und Unterschiede zur Psychopathie. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* 3:116–128
18. Hodgins S, Kratzer L, McNeil TF (2001) Obstetric complications parenting and risk of criminal behavior. *Arch Gen Psychiatry* 58:746–752
19. Huchzermeyer C, Geiger F, Bruss E et al (2007) The relationship between DSM-IV cluster B personality disorders and psychopathy according to Hare's criteria: clarification and resolution of previous contradictions. *Behav Sci Law* 25:901–911
20. Livesley J (2001) Conceptual and taxonomic issues. In: Livesley J (Hrsg) Handbook of personality disorders: theory, research, and treatment. Guilford Press, New York
21. Livesley WJ, Schroeder ML, Jackson DN, Jang KL (1994) Categorical distinctions in the study of personality disorder: implications for classification. *J Abnorm Psychol* 103:6–17

22. Lykken DT (1995) The antisocial personalities. Erlbaum, Hillsdale
23. Moffitt TE, Caspi A, Dickson N et al (1996) Childhood-onset versus adolescent-onset antisocial conduct problems in males: Natural history from ages 3 to 18 years. Dev Psychopathol 8:399–342
24. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES (1995) Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. J Clin Psychol 51:768–774
25. Pukrop R, Steinmeyer EM, Woschnik M et al (2002) Persönlichkeit, akzentuierte Wesenszüge und Persönlichkeitsstörungen. Nervenarzt 73:247–254
26. Robins LN, Tipp J, Przybeck T (1991) Antisocial personality. In: Robins LN, Regier DA (Hrsg) Psychiatric disorders in America: the Epidemiological Catchment Area Study. Free Press, New York, S 258–290
27. Scheurer H, Richter P (2000) Psychologische Persönlichkeitsdiagnostik. Zur Benutzung von Persönlichkeitsfragebögen bei der Begutachtung der Schuldfähigkeit. In: Kroeber HL, Steller M (Hrsg) Psychologische Begutachtung im Strafverfahren. Steinkopff, Darmstadt, S 19–38
28. Steinmeyer EM, Klostekötter J, Möller HJ et al (2002) Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörungen. I. Zur Universalität und Sensivität dimensionaler Beschreibungssysteme (hierarchische Persönlichkeitsmodelle für Persönlichkeitsstörungen). Fortschr Psychiatr Neuro 70:630–640
29. Tewes V (1991) Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene – Revision 1991. Huber, Bern
30. Wittchen HU, Zaudig M, Fydrich T (1997) SKID – Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Achse I und II. Hogrefe, Göttingen Bern Toronto Seattle
31. World Health Organization (2004) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD 10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Huber, Bern

Studie zur Behandlung des Morbus Menière: Teilnehmer gesucht

Für eine multizentrische Studie der Universitätsklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München werden Patienten mit Morbus Menière gesucht.

Die Therapie des Morbus Menière stellt noch immer ein großes Problem dar. Zwar existiert eine Fülle von Behandlungsstrategien, jedoch gibt es bisher keine nach „state-of-the-art“-Prinzipien durchgeführten Studien. Frühere Untersuchungen konnten zeigen, dass eine höhere Dosierung von Betahistin therapeutisch wirksamer ist als eine niedrigere.

Ausgehend von diesen Befunden wird nun eine multizentrische, placebokontrollierte, doppelblinde Dosisfindungsstudie durchgeführt. Ziel dieser Studie ist es, den Effekt von unterschiedlich hoch dosiertem Betahistin auf die Anzahl der Schwindelattacken zu prüfen. Untersucht werden soll dabei insbesondere eine höhere Dosierung von Betahistin (3x48 mg pro Tag), die bisher noch nicht zur Behandlung des Morbus Menière zugelassen ist. Die Studie (EudraCT-Nr.

2005-000752-32) wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung finanziert (BMBF177zfyGT).

Rahmendaten der Studie:

Einschlusskriterien:

Definitiver M. Menière gemäß den Kriterien der American Academy of Otolaryngology Head and Neck Surgery:

- zwei oder mehr Drehschwindelattacken von mindestens 20 Minuten Dauer
- Tinnitus oder Völlegefühl im betroffenen Ohr
- Ausschluss anderer Ursachen
- audiometrisch dokumentierter Hörverlust
- mindestens zwei Menière-Attacken pro Monat für mindestens 3 aufeinander folgende Monate
- Alter: 18–80 Jahre

Ausschlusskriterien:

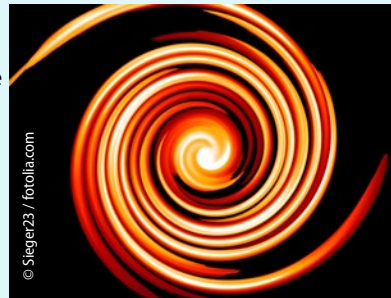
- andere Erkrankungen des vestibulären Systems (z. B. vestibuläre Migräne oder phobischer Schwankschwindel)
- Kontraindikationen für die Behandlung mit Betahistin (z. B. Asthma, Phäochromozytom)
- Schwangerschaft oder Stillzeit
- Schwere Nieren- oder Leberinsuffizienz, Magen- oder Dünndarmulzera, Tumoren, schwere koronare Herzerkrankung
- Behandlung mit anderen Antihistaminika

Behandlungsdauer:

9 Monate, weitere 3 Monate follow-up

Klinische Ziele:

Reduktion von Schwindelattacken und Tinnitus, Verbesserung der Hör- und Gleichgewichtsfunktion
Dreizehn Zentren in den folgenden Städten beteiligen sich an der Studie:
Aachen, Berlin, Erlangen-Nürnberg, Essen, Hannover, Mannheim München, Münster, Tübingen.



Für diese klinisch wichtige Behandlungsstudie werden dringend geeignete Patienten/-innen gesucht. Kollegen/-innen, die in Fragekommende Patienten behandeln, können sich direkt bei Herrn Prof. Michael Strupp über die Studie und das für Sie nächstgelegene Studienzentrum informieren. Dies gilt auch für interessierte Patienten.

Ansprechpartner:

Prof. Dr. Michael Strupp
Klinikum der Universität München,
Campus Großhadern
Neurologische Klinik und Poliklinik und IFB Schwindel
tel: 089 / 7095 – 6678 oder 6680
fax: 089 / 7095 – 6673
E-Mail: Michael.Strupp@med.uni-muenchen.de

Quelle: Ludwig-Maximilians-Universität München,
www.schwindelambulanz-muenchen.de