Zeitschrift: Reihe Kriminologie / Schweizerische Arbeitsgruppe für Kriminologie = Collection criminologie / Groupe suisse de travail de criminologie

Herausgeber: Schweizerische Arbeitsgruppe für Kriminologie

Band: 18 (2000)

Artikel: Der dissoziale Rückfalltäter : welchen Beitrag leistet die Psychopathieforschung?

Autor: Nedopil, Norbert

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-1051197

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 13.09.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

NORBERT NEDOPIL

DER DISSOZIALE RÜCKFALLTÄTER – WELCHEN BEITRAG LEISTET DIE PSYCHOPATHIEFORSCHUNG?

1 Persönlichkeitsgestörte Straftäter

Dissozialität ist ein schillernder und weit verbreiteter Begriff. Nicht alle Dissozialen sind Straftäter und nicht alle Straftäter sind dissozial. Dennoch gibt es zwischen Dissozialität und Kriminalität einen sehr breiten Überlappungsbereich. Dieser Überlappungsbereich ist bei den Rückfalltätern noch viel grösser als bei den einmaligen Affekt- und Gelegenheitstätern. Um dieses breite und schillernde Feld etwas näher einzugrenzen, scheint es zunächst sinnvoll, sich den persönlichkeitsgestörten Straftätern zuzuwenden und zu überprüfen, wie häufig Persönlichkeitsstörungen, die mit Dissozialität verbunden sind, in Straftäterpopulationen vorkommen. Folgt man eher pauschalierenden Publikationen, so sind unter den Häftlingen 40–50% und bei forensisch-psychiatrischen Patienten im Massregelvollzug 70–80% der Patienten persönlichkeitsgestört (Saß & Herpertz, 1996). Nach epidemiologischen Untersuchungen in den USA liegt der Anteil Persönlichkeitsgestörter in der Allgemeinbevölkerung bei 10% (Bland et al., 1998, Maier, et al., 1992). Versucht man allerdings etwas differenziertere Analysen zu finden, so schwankt der Anteil bei den Häftlingen je nach Publikation zwischen 20% und 70%, bei den Patienten im Massregelvollzug in Deutschland zwischen 32% in Bayern (Steinböck, 1999) und 51% in Nordrhein-Westfalen (Seifert & Leygraf, 1997), und auch bei den Begutachtungsprobanden liegen unterschiedliche Anteile vor, die zwischen 30% in der eigenen Gutachtenspopulation und 57% in einer schwedischen, allerdings wesentlich umfassenderen Gutachtenspopulation (Kullgren, 1996) lagen.

Wenn man allerdings generell auf Persönlichkeitsstörungen abhebt, hat man Dissozialität noch lange nicht erfasst. Die Frage, die man sich also stellen muss, ist, wie häufig sind dissoziale Persönlichkeitsstörungen nach ICD-10 oder antisoziale Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV unter den Straftätern zu finden. Hierzu haben wir unser eigenes Material analysiert. Die Gutachten der Abteilung für Forensische Psychiatrie werden seit 1994 systematisch mit Hilfe eines standardisierten operationalen Dokumentationssystems erfasst (Nedopil & Grassl, 1988). In dem Dokumentationssystem werden 192 Merkmale codiert, unter anderem die Diagnosen nach ICD-10 und nach DSM-IV. Bei der Analyse der Dokumentation von 1994 bis 1998 fanden sich 273 Gutachten für Strafverfahren. In 91 der 273 Fälle, d.h. bei 33% der begutachteten Straftäter wurde die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung gestellt. Wurden die Persönlichkeitsstörungen weiter nach ihren Unterformen aufgeschlüsselt, so stellten sich folgende diagnostische Differenzierung dar:

27 Probanden erhielten die Diagnose einer antisozialen Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV, 13 die einer histrionischen Persönlichkeitsstörung, bei 9 Probanden wurde eine Borderline-Persönlichkeitsstörung festgestellt und achtmal eine narzisstischen Persönlichkeitsstörung diagnostiziert.

Am häufigsten wurde also die Diagnose einer anti- bzw. dissozialen Persönlichkeitsstörung gestellt. Die Häufung von Diagnosen im Cluster B, in der die antisoziale, die Borderline-, die histrionische und die narzisstische Persönlichkeitsstörung zusammengefasst sind, wird noch deutlicher, wenn man die Diagnosen in den Clustern miteinander vergleicht (Siehe *Tabelle 1*):

Tabelle 1: Persönlichkeitstörungen und Delinquenz

Autoren Stichprobe			Kullgren et al. 1996 Gutachten	Nedopil 1999 Gutachten	Coid 1999 Häftlinge und forensische Patienten	Rassmussen et al 1999 Häftlinge
Zahl der Probanden			1498	273	260	41
	DSM	Cluster	%	%	%	%
keine Diagnose			43,0	33,7		
andere Hauptdiagnosen			27,0	37,4		
Persönlichkeitsstörung			57,0	33,3		
paranoide	301.00	A	7,5	9,9	47	39
schizoide	301.20		1,7	6,6	12	
schizotypische			1,7	2,2	24	
antisoziale	301.70	B	17,0	29,3	55	64
Borderline	301.83		17,9	9,9	69	39
histrionische	301.50		1,7	14,4	25	
narzisstische	301.81		4,4	8,8	48	
anankastische	301.40	C	0,0	2,2	10	40
dependente	301.60		1,7	3,3	20	
vermeidend selbstunsichere	301.82		1,3	2,2	7	
passiv-aggressive			0,5			
Persönlichkeitsstörung (NNB)	301.90		44,6	12,1		

56 der 91 persönlichkeitsgestörten Probanden erhielten eine Cluster-B Diagnose, während lediglich 7 eine Cluster-C- und 17 eine Cluster-A Diagnose erhielten. Erwähnt werden soll auch, dass jene weiteren 11 Probanden, bei denen eine kombinierte Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde, viele Charakterzüge der antisozialen Persönlichkeitsstörung zeigten.

Vergleichbare Aufteilungen auf die einzelnen Persönlichkeitsstörungen finden sich auch in anderen Untersuchungen mit ebenfalls differenzierten diagnostischen Zuordnungen. Sowohl in der schwedischen Untersuchung von Kullgren (1996) wie in der englischen Untersuchung von Coid (1998) wurde die Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung am häufigsten gestellt und war noch häufiger als die

Diagnose antisoziale Persönlichkeitsstörungen (Siehe *Tabelle 1*). Das Verhältnis der Persönlichkeitsstörung im Cluster A, B und C zueinander ist jedoch in allen Untersuchungen ähnlich. Cluster-B Persönlichkeitsstörungen kommen 6- bis 12-mal so häufig vor wie Cluster-C Persönlichkeitsstörungen, die wiederum bei Straftätern sehr selten diagnostiziert werden. Auf diese Cluster-Diagnose werde ich später noch einmal zurückkommen.

2 Psychopathie

2.1 Geschichtliches

Der Begriff Psychopathie hat vielerlei Wurzeln und ist trotz aller Bemühungen nicht scharf definiert. Aus der französischen Psychiatrie des beginnenden 19. Jahrhunderts stammen erste Beschreibungen von gestörten Personen, deren Verstand unbeeinträchtigt blieb. Bei der «manie sans delire» (Pinel, 1809) standen affektive Beeinträchtigung, emotionale Labilität und Auffälligkeiten im Sozialverhalten im Vordergrund. In der sich damals entwickelnden Monomanienlehre (Esquirol, 1838) und in der Degenerationslehre (Magnan & Legrain, 1895, Morel, 1857) wurden diese Störungsformen detaillierter dargestellt und mit pathogenetischen Vorstellungen verbunden. Der Begriff Psychopathie wurde erstmals von Koch (1889) als «psychopathische Minderwertigkeit» eingeführt.

Im deutschsprachigen Raum war die Entwicklung stark von der Degenerationslehre geprägt. Sog. «Minderwertigkeiten» wurden als Stufen eines organischen oder konstitutionellen Degenerationsprozesses angesehen, der letztendlich in die Psychose führt. Die Begriffe, die Kraepelin um die Jahrhundertwende verwandte, um psychopathische Persönlichkeiten zu differenzieren, waren auch damals nicht wertfrei. In der 8. Auflage seines Lehrbuches (Kraepelin, 1909–1915) unterschied er 7 Haupttypen: Die Erregbaren, die Haltlosen, die Triebmenschen, die Verschrobenen, die Lügner und Schwind-

ler, die Gesellschaftsfeinde und die Streitsüchtigen. Eindeutiger versuchte sich K. Schneider (Schneider, 1950) von einer wertenden Zuordnung abzugrenzen. Er fasste die abnormen Persönlichkeiten als charakterologische Extremtypen eines nicht näher bestimmbaren Durchschnitts auf. Psychopathen sind nach seiner Definition abnorme Persönlichkeiten, die an ihrer Abnormität leiden oder unter denen die Gesellschaft leidet. Seine deskriptive Typologie der «Psychopathischen Persönlichkeiten» umfasst 10 verschiedene Formen: Die Hyperthymischen, die Depressiven, die Selbstunsicheren (mit den Unterformen ängstlich oder zwanghaft), die Fanatischen, die Geltungsbedürftigen, die Stimmungslabilen, die Explosiblen, die Gemütslosen, die Willenlosen und die Asthenischen.

In der späteren Persönlichkeitsdiagnostik wurden unterschiedliche, auch heute noch angewandte Einteilungsmodelle entwickelt, um Persönlichkeiten und Persönlichkeitsstörungen näher zu beschreiben.

Die angloamerikanische Psychiatrie verknüpfte die aus Frankreich stammenden Konzepte der «manie sans delire» relativ früh mit Dissozialität oder antisozialem Verhalten. Die Verbindung der Störung mit antisozialem Verhalten wurde in der angloamerikanischen Psychiatrie beibehalten. Rush (1812) stellte Eigenschaften wie Verantwortungslosigkeit, Aggressivität und Rücksichtslosigkeit als wesentliche Merkmale einer «moral alienation of mind» heraus. Prichard (1835) prägte den Begriff «moral insanity», der eine «Verrücktheit» beschrieb, die in einer «krankhaften Abweichung der natürlichen Gefühle, Neigungen, Stimmungen, Gewohnheiten, Einstellungen und Impulse besteht, bei der die Interessen, das Wissen und die Denkfunktionen nicht merkbar gestört ... sind». Von A. Meyer (1903), der zwischen neurotischen und psychopathischen Persönlichkeitsauffälligkeiten unterschied, über Cleckley (1941, 5.Aufl. 1976), der den Psychopathen durch seine antisozialen Verhaltensauffälligkeiten definierte bis Hare (1980, 1990), der die heute in Nordamerika am weitesten verbreitete Skala zur Abgrenzung der Psychopathie entwickelte, blieb das sozial schädliche Verhalten der wesent-

liche Gesichtspunkt bei der Definition dieser Störung. Dieses Charakteristikum wurden in englischen und amerikanischen Publikationen immer wieder beschrieben, wenn der Begriff «Psychopathie» definiert werden musste. In der neuen deutschsprachigen Literatur war man bemüht, diesen Begriff zu vermeiden, weil er mit einer negativen Attribuierung verbunden war. So hat sich beispielsweise Saß (1987) um eine differenziertere Terminologie bemüht, ohne sie allerdings durchsetzen zu können. Demgegenüber hat sich die von Hare seit den 70er-Jahren entwickelte «Psychopathy Checklist» international durchgesetzt, so dass der Begriff «Psychopathy» im deutschen Sprachraum unter der gleichen Bedeutung wie der amerikanische Begriff Verwendung findet. Die *Psychopathy Checklist* hat sich als Prognoseinstrument als sehr brauchbar erwiesen. Je höher der Wert auf der PCL, desto ungünstiger waren auch die Behandlungs- und Entlassungsprognosen. Es kann und soll hier nicht auf die Entstehungsgeschichte der Psychopathie-Checkliste eingegangen werden, sondern kurz der aktuelle Erkenntnisstand dargestellt werden.

2.2 Die Psychopathie-Checkliste von B. Hare

Die Psychopathie-Checkliste liegt derzeit in zwei verschiedenen Formen vor. Einmal in der revidierten Form mit 20 Merkmalen (PCL-R) und einmal in der Screening-Version (PCL-SV) mit 13 Merkmalen. Die Screening-Version ist, richtig angewandt, das sensiblere Instrument. Es erfasst auch einige als «Psychopathen», die tatsächlich die Kriterien einer Psychopathie nicht erfüllen. Die PCL-R ist spezifischer, d.h. die Zahl der falsch positiv Diagnostizierten ist mit diesem Instrument kleiner. Jene, die aufgrund der Screening-Version als Psychopathen erfasst werden, sollten deshalb mit der PCL-R nachuntersucht werden. Die PCL-R hat 20 Merkmale, die nach einer genau vorgegebenen Operationalisierung zu bewerten und dann in einem genau vorgeschriebenen Algorithmus zu verrechnen sind. Die Anwendung der PCL-R erfordert eine besondere

Schulung und wiederholte supervidierte praktische Übungen. Folgende 20 Merkmale sind bei der PCL-R zu erfassen:

Items in der revidierten Psychopathie-Checkliste (PCL-R)

1. Trickreich sprachgewandter Blender mit oberflächlichem Charme
2. Erheblich übersteigertes Selbstwertgefühl
3. Stimulationsbedürfnis (Erlebnishunger), ständiges Gefühl der Langeweile
4. Pathologisches Lügen (Pseudologie)
5. Betrügerisch-manipulatives Verhalten
6. Mangel an Gewissensbissen oder Schuldbewusstsein
7. Oberflächliche Gefühle
8. Gefühlskälte, Mangel an Empathie
9. Parasitärer Lebensstil
10. Unzureichende Verhaltenskontrolle
11. Promiskuität
12. Frühe Verhaltensauffälligkeiten
13. Fehlen von realistischen, langfristigen Zielen
14. Impulsivität
15. Verantwortungslosigkeit
16. Mangelnde Bereitschaft und Fähigkeit, Verantwortung für eigenes Handeln zu übernehmen
17. Viele kurzzeitige ehe(ähn)liche Beziehungen
18. Jugendkriminalität
19. Missachtung von Weisungen und Auflagen
20. Polytrope Kriminalität

Diese Merkmale werden je nach Vorhandensein entweder 0 (= nicht zutreffend), 1 (= möglich), 2 (= zutreffend) oder X (= nicht beurteilbar) bewertet. Aus dieser Wertung ergibt sich ein Summenscore und verschiedene Faktorenwerte. Bei einem Summenscore von 30 und höher wird in Nordamerika die Diagnose Psychopathy vergeben. Dieser Cut-off Wert liegt in Europa eher bei 25. In den ursprünglichen Untersuchungen wurden zwei Faktoren gefunden, nämlich

Faktor 1, der eher Persönlichkeitseigenschaften beschreibt und einen selbstsüchtigen, gemütsarmen und gewissenlosen Menschen charakterisiert. Faktor 2 kennzeichnet dagegen Verhaltensweisen und Lebensstil. Dieser Faktor beschreibt einen instabilen, sich antisozial verhaltenden und sozial abweichenden Menschen. Neuere Untersuchungen von Cooke (2000) haben ein 3-Faktoren-Modell der Psychopathie ergeben, nämlich

1. die gestörte affektive Erfahrung,
2. das arrogante und auf Täuschung angelegte zwischenmenschliche Verhalten,
3. ein impulsives und verantwortungsloses Verhaltensmuster,

wobei die gestörte affektive Erfahrung sich prognostisch am ungünstigsten auswirkt. Sie setzt sich aus Merkmalen wie Gefühlskälte, Mangel an Empathie, oberflächliche Gefühle und frühe Verhaltensauffälligkeiten zusammen.

Vielfältig diskutiert wird die Frage, ob es sich bei dem Konstrukt der Psychopathie i. S. Hare um eine psychopathologische oder biologische Entität handelt oder um eine Auswahl von Merkmalen, die bei Rückfalltätern besonders häufig feststellbar sind. Eine Reihe von Untersuchungen haben biologische (Dolan, 1994), pharmakologische oder neuropsychologische Besonderheiten (Day & Wong, 1996) (Intrator, et al., 1997) bei sog. Psychopathen, die mit der PCL-R diagnostiziert wurden, festgestellt. Andere (Serin & Amos, 1995) (Nedopil, et al., 1998) (Grann, et al., 1999) sehen in dem Konstrukt noch keine Störungsentität sondern schätzen die PCL-R vor allen als Prognoseinstrument ein, in welchem jene Persönlichkeitseigenschaften zusammengefasst sind, die mit erhöhtem kriminellen Rückfallrisiko verbunden sind. Diese Diskussion ist noch lange nicht abgeschlossen, wird aber aus meiner Sicht in Zukunft erhebliche Fragen aufwerfen und Implikationen nach sich ziehen.

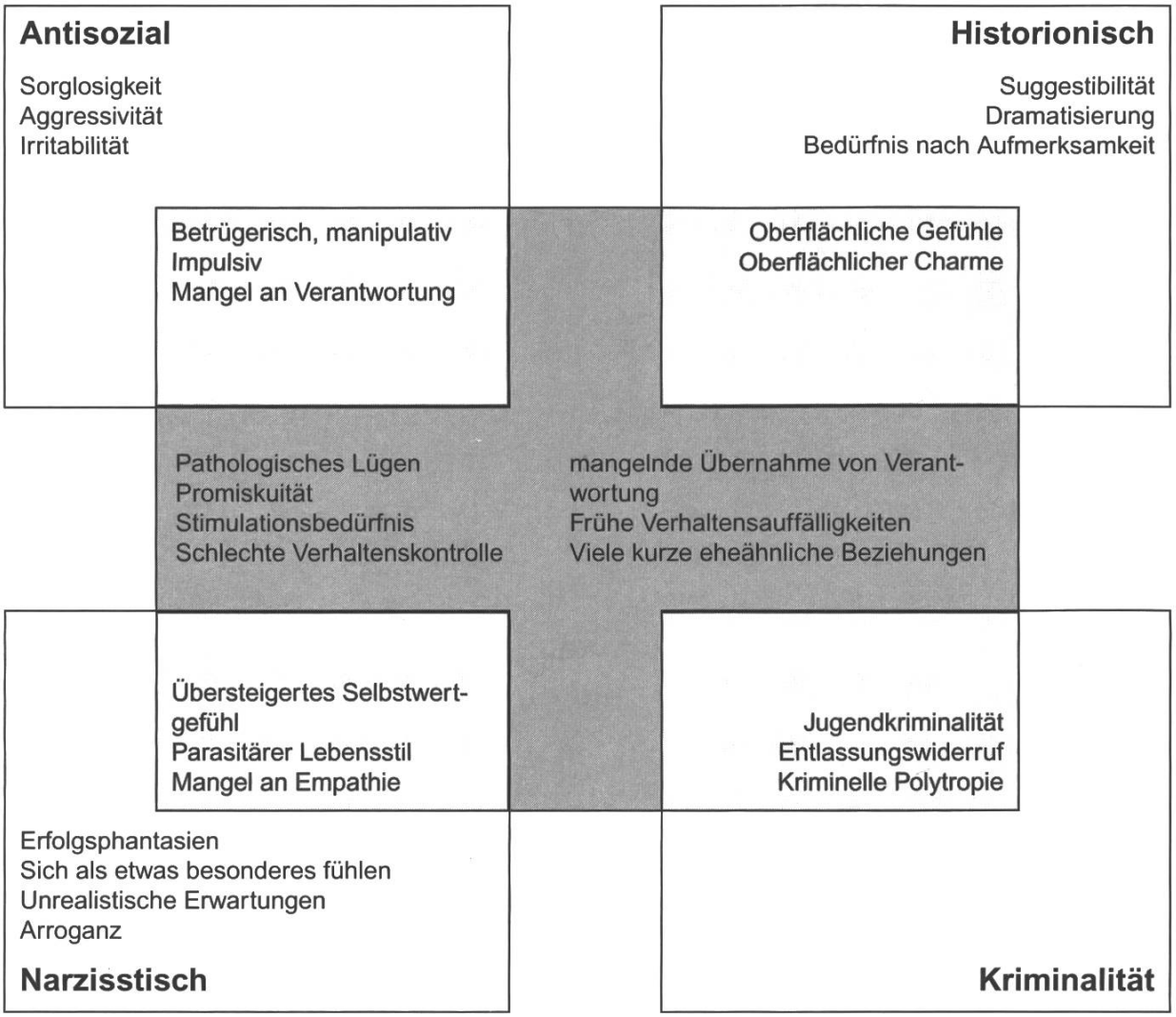
2.3 Psychopathie und Persönlichkeitsstörungen

Versucht man die Merkmale der Psychopathie-Checkliste mit den Kriterien, die in den verschiedenen diagnostischen Manualen enthalten sind, zu vergleichen, so stellt man einen breiten Überlappungsbereich fest. Beim Vergleich mit ICD-10 finden sich Überlappungen mit den Merkmalen der dissozialen Persönlichkeitsstörung, der histrionischen Persönlichkeitsstörung und der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ. Darüber hinaus wird bei der Psychopathie-Checkliste immer auf die kriminelle Vorgeschichte abgehoben, die in den diagnostischen Manualen von ICD-10 nicht und in DSM nur sehr unspezifisch als diagnostisches Kriterium erwähnt wird, und es finden sich eine Reihe von anderen Merkmalen, die in den Kriterienkatalogen der Diagnoseschemata nicht auftauchen.

Ein ähnlicher Vergleich ist auch mit den Persönlichkeitsstörungen von DSM-IV möglich *(Abb.1)*. Dabei fällt auf, dass die Persönlichkeitsstörungen, mit denen der grösste Überlappungsbereich besteht, eben jene Persönlichkeitsstörungen aus dem Cluster B sind, namentlich die antisoziale, die histrionische und die narzisstische Persönlichkeitsstörung. Dies sind auch jene Persönlichkeitsstörungen, die bei strafrechtlichen Begutachtungen am häufigsten diagnostiziert wurden und die auch in anderen vergleichbaren Untersuchungen am häufigsten vorkamen. Vergleichbare Überlappungen gibt es auch mit traditionellen Typologien, z.B. jener von Schneider (1980), bei denen der gemütslose und der geltungsbedürftige Psychopath am ehesten mit dem Psychopathiekonzept übereinstimmen. Für das Psychopathiekonzept und auch für die prognostische Anwendung der PCL entscheidend ist jedoch, dass die Merkmale einer Persönlichkeitsstörung nicht ausreichen, um die Diagnose einer «Psychopathy» zu rechtfertigen, sondern dass mehr Aspekte vorliegen müssen, als lediglich dissoziales oder wiederholt kriminelles Verhalten. Kein Täter, der sich lediglich durch die Merkmale einer Persönlichkeitsstörung auszeichnet, würde die nötigen Punkte auf der Psycho-

pathie-Checkliste sammeln, um als «Psychopath» definiert zu werden. Entscheidend ist, dass Lebensstil, Einstellung und auch affektive Gestörtheit zusammenkommen müssen, um die nötige Punktzahl zu erhalten.

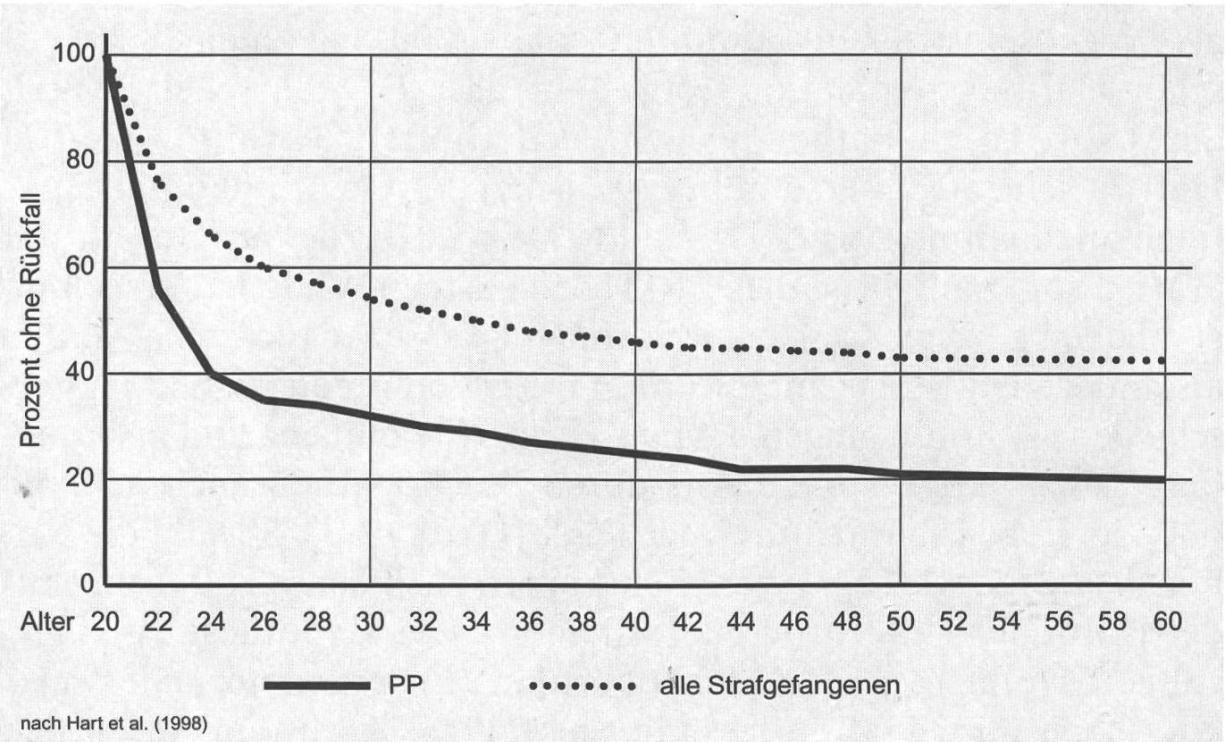
Abb. 1: Psychopathiebegriff nach Hare (1991)
Bezug zu Persönlichkeitsstörungen in DSM-IV



3 Die Psychopathie-Checkliste als Prognoseinstrument

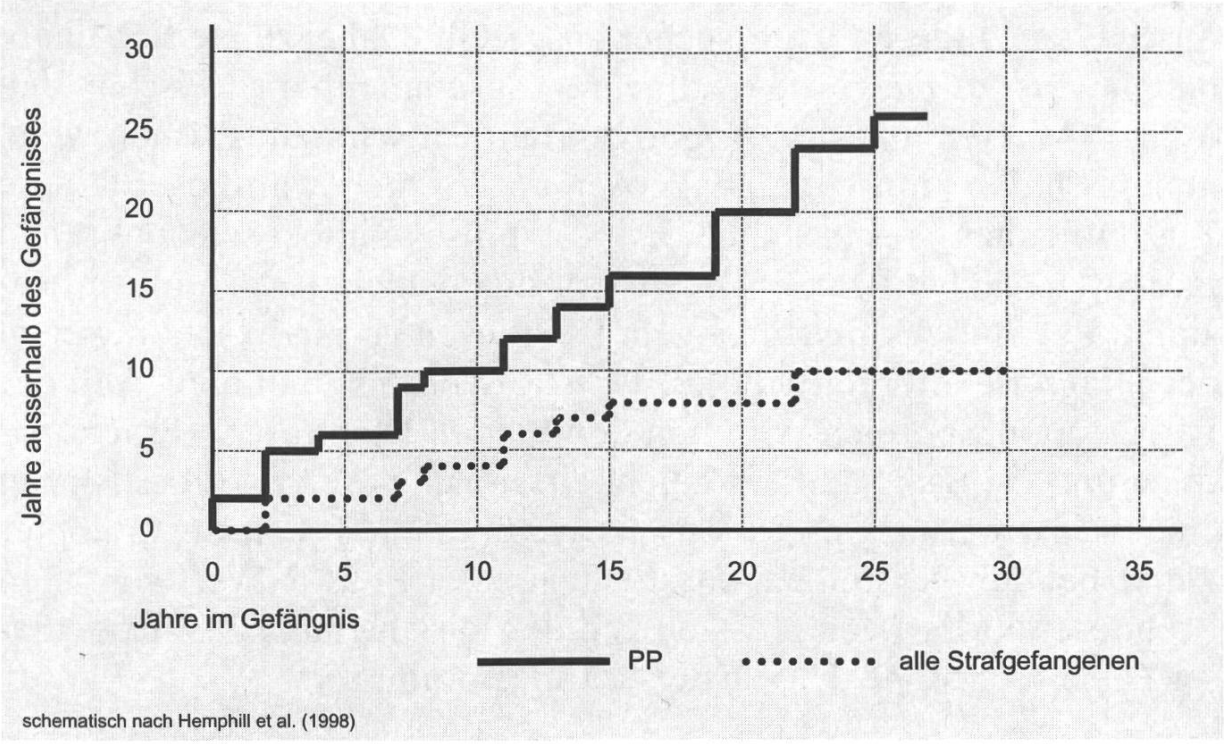
Für den praktischen Gebrauch hat sich die Psychopathie-Checkliste als Prognoseinstrument bewährt. Cooke (2000) hat an einer schottischen Häftlingspopulation festgestellt, dass die Wahrscheinlichkeit eines sog. Psychopathen, wegen wiederholter Gewalttätigkeit in Haft zu sein, etwa 7-mal höher ist als bei der Gesamtheit der Häftlinge anzunehmen, wobei die odds-ratio in Bezug auf Gewalt mit Waffen sogar auf das nahezu 10-Fache ansteigt. Viele Untersuchungen haben gezeigt, dass sog. Psychopathen rascher rückfällig werden als andere Häftlinge; auch werden mehr von ihnen rückfällig. Verschiedene Autoren gingen davon aus, dass Delinquenz und insbesondere gewalttätige Delinquenz durch Psychopathen nach dem 40. oder 50. Lebensjahr deutlich nachlässt (Hare, 1993). Sowohl die Kriminalstatistik, wie sog. Überlebenskurven nach einer Entlassung aus der Haft oder Unterbringung, scheinen diese Hypothese zu unterstützen. Derartig gestörte Persönlichkeiten werden normalerweise kurz nach ihrer Haftentlassung rückfällig; sie werden wesentlich schneller als die Haftentlassenen im allgemeinen rückfällig, es werden aber keine Rückfälle mehr nach dem 50. Lebensjahr beobachtet. 20% der sog. Psychopathen sind dann noch nicht rückfällig geworden (Hart, 1998) *(Abb.2)*. Diese Zahlen geben jedoch kein eindeutiges Bild ab. Wenn man die Methode der Berechnung von Überlebenskurven betrachtet, bleibt es fraglich, ob man daraus den Rückschluss ableiten kann, dass nach dem 50. Lebensjahr keine delinquenten Rückfälle mehr erfolgen. Bei Überlebenskurven wird der Zeitraum bis zum ersten Rückfall gemessen; der Rückfällige fällt dann aus der Beobachtung heraus. Insofern zeigen Überlebenskurven nicht an, wie oft der einzelne rückfällig wird und wieviele Personen durch Abwanderung, Nichtauffinden oder Tod der statistischen Analyse entgehen.

Abb.2: Wiederverurteilungen von Strafgefangenen und «Psychopaths» – Schematische Überlebenskurven



Hemphill et al. (1998) haben eine elegantere Methode entwickelt, um das Risiko künftiger Delinquenz zu berechnen. Sie erfassten die Zeit, die Haftentlassene später im forensischen Krankenhaus oder in der Haftanstalt verbrachten und trugen sie gegen die Zeit auf, die sie in Freiheit verbrachten. Aus ihrer Analyse kann abgeleitet werden, dass Häftlinge mit hohen PCL-R-Werten wesentlich häufiger in Haftanstalten wieder aufgenommen werden und länger in Haftanstalten bleiben als Häftlinge mit niedrigen PCL-R-Werten; jene mit mittleren PCL-R-Werten liegen zwischen diesen beiden Gruppen. Es zeigte sich aber auch, dass die sog. «Psychopathen» ihre kriminelle Laufbahn nicht im Alter von 50 Jahren beendeten, sondern auch danach häufiger als die Kontrollgruppe verurteilt wurde *(Abb.3)*.

Abb. 3: «Psychopaths» und andere Strafgefangene – Relative Zeit in Haft und Unterbringung

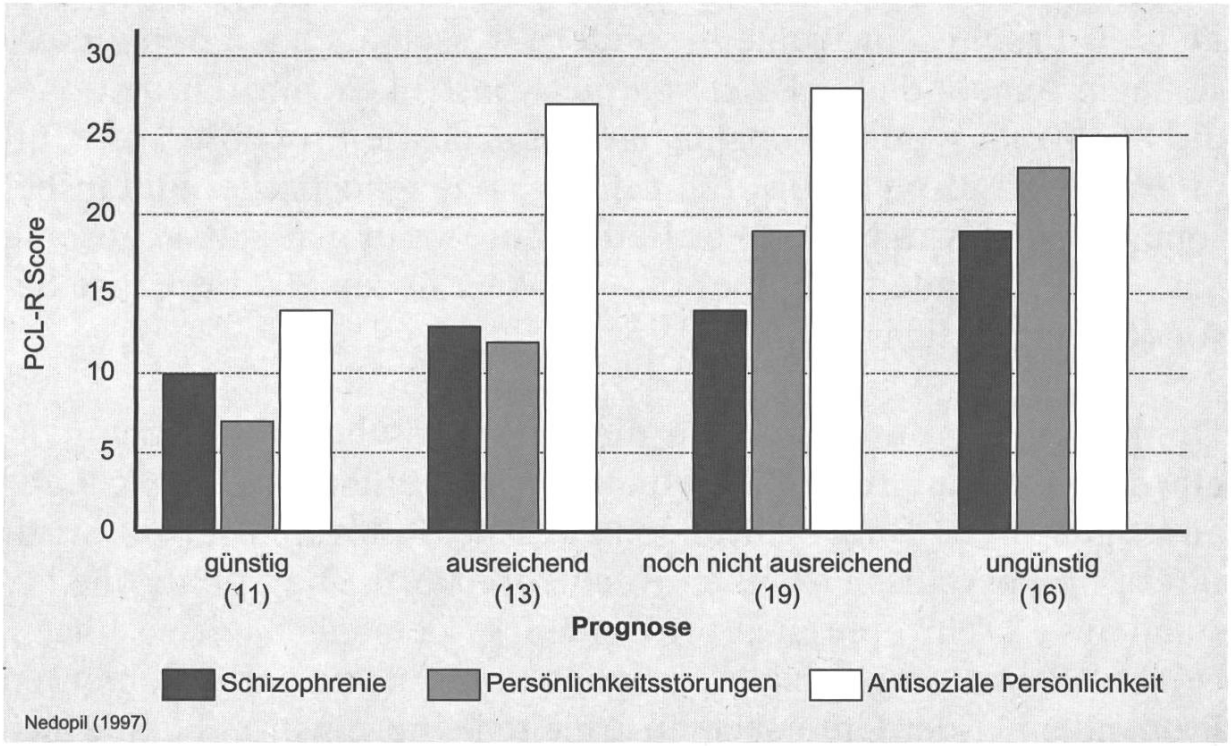


Derartige Untersuchungen zeigen nicht nur die Brauchbarkeit der PCL als Prognoseinstrument, sondern weisen auch auf den dimensionalen Aspekt dieses Psychopathie-Konstruktes hin, d.h., je höher die Punktzahl ist, desto ungünstiger ist auch die Prognose. Der Cut-off-Wert von 25 oder 30 verliert damit an diagnostischer und insbesondere an klassifikatorischer Bedeutung, wenn man davon absieht, dass bei Probanden, die über diesem Wert liegen, die Prognose besonders ungünstig ist.

Die Bedeutung der PCL-R für die prognostische Einschätzung ergibt sich auch aufgrund einer von uns durchgeführten Untersuchung an insgesamt 63 Begutachtungen zur Rückfallprognose von Straftätern und psychisch kranken Rechtsbrechern. Die Stichprobe bestand aus 12 schizophrenen Probanden, 47 persönlichkeitsgestörten, wovon 12 eine antisoziale Persönlichkeitsstörung und 4 dementen Probanden. 11 der Untersuchten erhielten eine günstige, 14 eine aus-

reichende, 20 eine noch nicht ausreichende Prognose und 18 hatten eine ungünstige Prognose. Bei allen Untersuchten wurde unabhängig von der prognostischen Einschätzung des Gutachters die PCL-R durch einen anderen Untersucher ausgefüllt. Dabei zeigte sich unabhängig von der Diagnose ein linearer Zusammenhang zwischen den PCL-R-Werten und der prognostischen Einschätzung. Auch wenn man nach den klinischen Diagnosen unterschied, war dieser lineare Zusammenhang festzustellen. Er bestand sowohl bei schizophrenen Patienten wie bei Persönlichkeitsstörungen, nicht jedoch bei antisozialen Persönlichkeitsstörungen. Bei diesen ist allein schon wegen der Diagnose ein relativ hoher PCL-R-Wert anzunehmen, weil der Überlappungsbereich zwischen den beiden Diagnosen «Psychopathie» und «antisoziale Persönlichkeitsstörung» relativ gross ist. Bei einer schrittweisen Regressionsanalyse über alle Prognoseparameter klärte bei den Persönlichkeitsstörungen der PCL-R-Wert von allen Prognosefaktoren den grössten Teil der Varianz auf. Er war bei dieser Diagnosegruppe der wichtigste Einzelprädiktor.

Abb. 4: Prognose und PCL-R Score – Aufteilung nach Diagnosen



Diese Untersuchung bestätigte Ergebnisse aus anderen Untersuchungen aus Nordamerika (Hart, 1998), aus Grossbritannien (Cooke 2000) und aus Skandinavien (Grann et al., 1999, Rasmussen et al., 1999) und mittlerweile auch aus Portugal (Goncalves, 1999), in denen die Psychopathie-Skala als das zuverlässigste Einzelinstrument zur Vorhersage der Rückfälligkeit gefunden wurde. Wegen dieser in einer Vielzahl von Studien nachgewiesenen prognostischen Relevanz hat die Psychopathie-Checkliste Eingang in verschiedene Prognoseskalen gefunden, z.B. den VRAG (Rice & Harris, 1995), den HCR-20 (Webster & Eaves, 1995), den SVR-20 (Boer, et al., 1997) und auch in das Prognosemodul (Nedopil, 1997), welches in unserer Abteilung entwickelt wurde.

4 Einschränkungen

Allerdings muss noch einmal darauf hingewiesen werden, dass es zur Anwendung der Psychopathie-Checkliste einer besonderen Schulung und der wiederholten supervidierten praktischen Übung bedarf. Die Anwender müssen sich auch des hohen Missbrauchspotentials bewusst sein (Hare, 1998), welches einerseits durch die unkorrekte Anwendung der PCL-R bedingt ist, andererseits dadurch, dass die PCL zu einer Negativauslese führt, die dem davon Betroffenen erhebliche und u.U. sogar tödliche Schäden zufügen kann. In Texas wird die PCL-R z.B. auch dazu verwandt, jene gefährlichen und unverbesserlichen Rückfalltäter zu identifizieren, die für die Exekution vorgesehen werden. Die Autoren der Psychopathie-Checkliste fordern deshalb von den Anwendern, dass sie

a) eine abgeschlossene akademische Ausbildung in Medizin, Psychologie oder Sozialwissenschaften besitzen und diese durch einen entsprechenden Abschluss, Diplom oder Staatsexamen, beendet haben;
b) bei der staatlichen oder regionalen Berufskörperschaft registriert und Mitglied einer Gesellschaft sind, die sich mit der Beurteilung

oder Diagnostik psychischer Störungen befasst (z.B. Mitglied einer psychologischen oder psychiatrischen Fachgesellschaft);

c) nachgewiesenermassen mit forensischen Klienten Erfahrung haben (z.B. durch ein Diplom in forensischer Psychologie oder forensischer Psychiatrie, durch ein Praktikum oder eine Ausbildung im klinisch-forensischen Bereich oder eine zumindest zwei Jahre lange vergleichbare Erfahrung);

d) den Gebrauch der PCL-R auf die Gruppen beschränken, für welche die PCL-R vollständig validiert wurde. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt bedeutet das erwachsene Männer forensischer Populationen (z.B. aus Erziehungseinrichtungen, forensisch-psychiatrischen Krankenhäusern, Untersuchungshäftlinge oder Häftlinge aus Strafvollzugseinrichtungen).

Nach den jetzt vorliegenden Erfahrungen ist die PCL-R ein wichtiger Baustein im Rahmen von Prognosebegutachtungen und zwar – mit wenigen Ausnahmen – unabhängig von der klinischen Diagnose des Begutachteten. Es liegen auch interessante Forschungen vor, die nahelegen könnten, dass eine kleine Gruppe von Menschen durch besonders hohe PCL-R Werte charakterisiert wird, die sich durch weitere Besonderheiten auszeichnet. Allerdings reichen die Ergebnisse derzeit noch nicht aus, um jetzt schon von einer Bestätigung des ursprünglichen Cleckley'schen Konzepts der «Mask of Sanity» (Cleckley, 1976) auszugehen, von der Vorstellung nämlich, dass sich eine krankhafte Störung des Sozialverhaltens hinter einer Maske von Gesundheit verbirgt. Vielmehr erscheint die Psychopathieskala vorläufig noch eine dimensionale Betrachtung zu rechtfertigen, die Verbindung von Merkmalen zusammenfasst, die charakteristischerweise mit einer ungünstigen Sozialprognose verbunden sind.

Literatur

1. Bland RC, Newman SC, Thompson AH, Dyck RJ. (1998) Psychiatric disorders in the population and in prisoners. International Journal of Law and Psychiatry; 21: 273–279.
2. Boer, Wilson, Gauthier, Hart S. (1997) Sexual Violence Risk Assessment. Simon Fraser University and Forensic Psychiatric Services Commission of British Columbia; Vancouver
3. Cleckley H. (1976) The mask of sanity: An attempt to clarify some issues about the so called psychopathic personality. 5th ed, 1st ed 1941 ed. Mosby; St.Louis
4. Coid J. (1998) Axis II Disorders and Motivation for serious criminal behavior. In: Skodol AE, ed. Psychopathology and Violent Crime, Review of Psychiatry Series. American Psychiatric Press; Washington, D.C.,London: 53–98
5. Cooke DJ. (2000) An overview of violence of the mentally ill within correctional facilities. In: Hodgins S, Müller-Isberner R, Hrsg. Prevention of Criminality and Violence among the Mentally Ill. Kluwer;Amsterdam: in press
6. Day R, Wong S. (1996) Anomalous perceptional asymmetries for negative emotional stimuli in the psychopath. Journal of Consultant and Clinical Psychology; 105: 648–652.
7. Dolan M. (1994) Psychopathy: A neurobiological perspective. British Journal of Psychiatry; 165: 151–159.
8. Esquirol E. (1838) Des maladies mentales considerées sous les rapports médicals, hygiéniques et medico-legales. Baillère (Reprint by Arno Press Inc. 1976); Paris,
9. Goncalves RA. (1999) Psychopathy and offender types. International Journal of Law and Psychiatry; 22: 337–346.
10. Grann M, Langstrom N, Tengström A, Kullgren G. (1999) Psychopathy (PCL-R) predicts violent recidivism among criminal offenders with personality disorders in Sweden. Law and Human Behavior; 23: 205–217.
11. Hare RD. (1980) A research scale for the assessment of psychopathy in criminal populations. Person. Ind. Diff.; 1: 111–119.

12. Hare RD. (1990) The Hare Psychopathy Checklist – Revised. Multi-Health Systems; Niagara Falls, Toronto
13. Hare RD (1993) Without conscience. Pocket-Books; New York, London, Toronto
14. Hare RD. (1998) The Hare PCL-R: some issues concerning its use and misuse. Legal and Criminal Psychology; 3: 101–122.
15. Hart S. (1998) Psychopathy and risk for recidivism and violence. In: Cooke DJ, Hare RD, Hart S, Forth A, Hrsg. Psychopathy: Theory,Research,and Implications for Society. Kluwer; Amsterdam: 355–374
16. Hemphill JF, Templeman R, Wong S, Hare RD. (1998) Psychopathy and crime: recidivism and criminal careers. In: Cooke DJ, Hare RD, Hart S, Forth A, Hrsg. Psychopathy: Theory, Research, and Implications for Society. Kluwer; Amsterdam: 375–399
17. Intrator J, Hare R, Strizke P, Brichtswein K, Harpur T, Bernstein D, Handelsman L, Schaefer C, Keip J, Rosen J, Machac J. (1997) Branin imaging (SPECT) study of smantic and affective processing in psychopath. Biological Psychiatry; 42: 96–103.
18. Koch JLA. (1889) Kurzgefasster Leitfaden der Psychiatrie. 2. Aufl. ed. Verlag der Dornschen Buchhandlung; Ravensburg
19. Kraepelin E. (1909–1915) Psychiatrie, Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. 8. Aufl. ed. Ambrosius Barth; Leipzig
20. Kullgren G. (1996) The Swedish forensic concept of severe mental disorder as related to personality disorder. Int. Journal of Law and Psychiatry 19, 195–200.
21. Magnan M, Legrain M. (1895) Les dégénerés (état mental et syndromes épisodiques). Rueff; Paris
22. Maier W, Lichtermann D, Klinger T, Heun R, Hallmayer J. (1992) Prevalences of personality disorders (DSM-III-R) in the community. Journal of Personality Disorders; 6:187–196.
23. Meyer A. (1903) An attempt of analysis of the neurotic constitution. Am.J.Psychol.; 14:354–367.
24. Morel BA. (1857) Traité des dégénerescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes quie pro-

duisent ces variétés malidives. Baillière; Paris,London, New York, Madrid
25. Nedopil N. (1997) Die Bedeutung von Persönlichkeitsstörungen für die Prognose künftiger Delinquenz. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform; 80: 79–92.
26. Nedopil N, Grassl P. (1988) Das Forensisch-Psychiatrische Dokumentationssystem (FPDS). Forensia; 9: 139–147.
27. Nedopil N, Hollweg M, Hartmann J, Jaser R. (1998) Comorbidity of psychopathy with major mental disorders. In: Cooke DJ, Hare RD, Hart S, Forth A, Hrsg. Psychopathy: Theory, Research, and Implications for Society. Kluwer;Amsterdam: 257–268
28. Pinel P. (1809) Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale. 2. ed. Brosson; Paris
29. Prichard JC. (1835) A treatise on insanity and other disorders affecting the mind. Sherwood, Gilbert & Piper; London
30. Rasmussen K, Storsaeter O, Levander S. (1999) Personality disorder,psychopathy, and crime in a Norwegian prison population. International Journal of Law and Psychiatry; 22:91–97.
31. Rice M, Harris G. (1995) Violent recidivism: Assessing predictive validity. Journal of Consulting and Clinical Psychology; 63: 733–748.
32. Rush B. (1812) Medical inquiries and observations upon the diseases of the mind. Kimber & Richardson; Philadelphia
33. Saß H. (1987) Psychopathie,Soziopathie,Dissozialität. Springer,; Berlin, Heidelberg, New York,
34. Saß H, Herpertz. (1996) Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen. In: Gastpar MT, Kasper S, Linden M, Hrsg. Psychiatrie. De Gruyter; Berlin, New York: 188–205
35. Schneider K. (1950) Klinische Psychopathologie, 3. Aufl. Thieme; Stuttgart
36. Schneider K. (1980) Klinische Psychopathologie, 12. Aufl. Thieme; Stuttgart,New York
37. Seifert D, Leygraf N. (1997) Die Entwicklung des psychiatrischen Massregelvollzugs (§ 63 StGB) in Nordrhein-Westfalen. Psychiatrische Praxis; 24: 237–244.

38. Serin RC, Amos NL. (1995) The role of psychopathy in the assessment of dangerousness. International Journal of Law and Psychiatry; 18(2): 231–238.
39. Steinböck H. (1999) Veränderungen der forensisch-psychiatrischen Versorgung in Oberbayern. Recht und Psychiatrie; 19: 16–27.
40. Webster CD, Eaves D. (1995) The HCR-20 Scheme The Assessment of Dangerousness and Risk. Simon Fraser University and Forensic Psychiatric Services Commission of British Columbia, Deutsche Übersetzung: Müller-Isberner,R., Gonzalez-Cabeza,S., Haina, Eigenverlag; Vancouver