

Jennifer Steinbach, Leena Hässig, Katinka Kohle & Anneliese Ermer
Forensisch-Psychiatrischer Dienst (FPD) der Universität Bern

Dissoziale Persönlichkeitsstörung: Diagnostik, Störungstheorie und Behandlung aus personenzentrierter Sicht

Zusammenfassung: *In der vorliegenden Arbeit stellen wir personenzentrierte Überlegungen zum Störungsbild der dissozialen Persönlichkeitsstörung vor und leiten daraus Vorschläge für die Behandlung dieser Klientengruppe ab. Wir gehen davon aus, dass ein großer Anteil von Personen mit der Diagnose einer dissozialen Persönlichkeitsstörung in frühen Lebensabschnitten traumatische Erfahrungen gemacht hat – und dass die zur traumatischen Erfahrung gehörende Dissoziation (als anfänglich sinnvolle, mit der Zeit jedoch dysfunktionale Coping-Strategie) zur Symptombildung dieser schweren Persönlichkeitsstörung geführt hat. Unsere Ausführungen illustrieren wir anhand von zwei Fallbeispielen.*

Schlüsselwörter: *Dissoziale (antisoziale) Persönlichkeitsstörung, Psychopathie, Trauma*

Abstract: *Antisocial personality disorder: diagnostics, theory of disorder and therapy from a person-centered perspective. In this paper, we introduce a person-centered concept linked to antisocial (dissocial) personality disorder in order to derive suggestions for the therapy of these clients from this model. We assume that many of the persons which are diagnosed with antisocial (dissocial) personality disorder suffered from traumatic experiences in the earlier part of their lives, and that dissociation (a reasonable coping-strategy, which later turns out to be dysfunctional) leads to the development of severe personality disorder. We illustrate our model by means of two case-studies.*

Keywords: *Dissocial (antisocial) personality disorder, psychopathy, trauma*

Personen mit der Diagnose einer dissozialen Persönlichkeitsstörung gemäß ICD-10 (oder einer antisozialen Persönlichkeitsstörung gemäß DSM-IV) zeichnen sich dadurch aus, dass sie sowohl sich selbst als auch ihren Angehörigen schaden. Aufgrund ihrer Tendenz zu Gewalttätigkeit und delinquentem Verhalten stellen sie auch eine Gefahr für die Gesellschaft dar und verursachen hohe Kosten. Der Notwendigkeit der Behandlung dieser Personen steht jedoch die von Therapeuten lange Zeit vertretene Ansicht gegenüber, dass Menschen mit einer dissozialen Persönlichkeitsstörung nicht lernfähig und daher auch nicht therapierbar seien (Rauchfleisch, 2000). In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass Personen mit einer dissozialen Persönlichkeitsstörung häufig vorschnell als „Psychopathen“ bezeichnet werden, was hinsichtlich deren Beurteilung im Rahmen des Kriminaljustizsystems mit weitreichenden Konsequenzen verbunden sein kann. „Psychopathen“ werden als die gefährlichsten Straftäter angesehen und Therapeuten sind zurückhaltend bezüglich der Behandlung dieser Personen, ausgehend von der Annahme, dass die „Psychopathie“ eine nicht therapierbare Störung darstellt (Blackburn, 2009).

Die Ursachen dieser Störung sind zudem wenig bekannt (Rotgers & Maniacci, 2007) und es gibt kaum qualitativ hochwertige Wirksamkeitsstudien zu deren Behandlung (Duggan, 2009).

In diesem Spannungsfeld, charakterisiert durch eine hohe Behandlungsnotwendigkeit auf der einen Seite und einen Mangel an sowohl theoretischen Erklärungsmodellen als auch Wirksamkeitsstudien zur Therapie auf der anderen Seite, nimmt der Forensisch-Psychiatrische Dienst (FPD) der Universität Bern die Aufgabe wahr, Personen mit dissozialen Persönlichkeitsstörungen zu behandeln. Dabei ist das durch die Legislative vorgegebene Ziel nicht nur die Behandlung der Störung, sondern insbesondere die Senkung der Rückfälligkeit (Verbesserung der Legalprognose), wobei weitgehend undefiniert bleibt, welche zugrundeliegenden Mechanismen bei Personen mit einer dissozialen Persönlichkeitsstörung zu gewalttätiger Delinquenz führen.

Im Rahmen des vorliegenden Artikels möchten wir, basierend auf unseren therapeutischen Erfahrungen mit dieser Klientel, ein personenzentriertes Modell der dissozialen Persönlichkeitsstörung und dessen Implikationen für die Behandlung vorstellen. Ausgangs-

punkt unseres Modells ist die therapeutische Beobachtung, dass die bei dieser Klientel meist tiefgreifende Inkongruenz am erfolgreichsten aufgelöst werden kann, wenn die traumatischen Erfahrungen, die diese Klienten oft in frühen Lebensabschnitten gemacht haben, in die Behandlung miteinbezogen werden. Unser Störungsmodell basiert auf der von Biermann-Ratjen (2002) und Warner (1998) formulierten Theorie, dass die zum Trauma gehörende Dissoziation (als anfänglich oft sinnvolle, mit der Zeit jedoch dysfunktionale Coping-Strategie) zur Symptombildung schwerer Persönlichkeitsstörungen, in diesem Falle der dissozialen Persönlichkeitsstörung führt. Personen, deren dissoziales Verhalten auf einer hirnorganischen Schädigung basiert, haben wir nicht in unsere Überlegungen mit einbezogen, da die durch diese Personen ausgeübte Gewalt auf anderen Grundlagen beruht, die gesondert beschrieben werden sollen.

Mit dem Anliegen eines engen Praxisbezugs illustrieren wir unsere Ausführungen durch Auszüge aus der Anamnese und der Therapie je eines Klienten der Erst- und Zweitautorin. Wir möchten dadurch die Erfahrungswelt zweier Klienten mit der Diagnose einer dissozialen Persönlichkeitsstörung aufzeigen und diese vor dem Hintergrund unseres personenzentrierten Modells beschreiben.

Im Folgenden werden wir einleitend die dissoziale Persönlichkeitsstörung sowie die aktuelle Forschung dazu beschreiben, um diese in einem nächsten Schritt dem Konzept der „Psychopathie“ gegenüberzustellen. Anschließend legen wir unser personenzentriertes Störungsmodell der dissozialen Persönlichkeitsstörung dar und leiten daraus eine personenzentrierte Vorgehensweise zur Behandlung von Klienten mit einer dissozialen Persönlichkeitsstörung ab.

1. Beschreibung der dissozialen Persönlichkeitsstörung

Gemäß ICD-10/DSM-IV zeichnen sich Personen mit einer dissozialen/antisozialen Persönlichkeitsstörung (DPS) aus durch impulsives (auch aggressiv-gewalttätiges) Verhalten, Missachtung sozialer Normen, Regeln und Verpflichtungen, ausbeuterisches Verhalten gegenüber anderen bei einem Mangel an Einfühlungsvermögen in die Erlebenswelt des Gegenübers. Bezüglich dieser zum Teil massiv grenzüberschreitenden Verhaltensweisen (= Verhalten, welches die psychische, körperliche oder sexuelle Integrität einer anderen Person verletzt) empfinden Personen mit dissozialer/antisozialer Persönlichkeitsstörung jedoch keine Schuld, sondern neigen dazu, dieses Verhalten zu rationalisieren oder andere zu beschuldigen.

Das Konzept der dissozialen Persönlichkeitsstörung kann bis ins 19. Jahrhundert zurückverfolgt werden und stand stets in enger Verbindung mit zeitgenössischen Ansichten hinsichtlich Kriminalität (Ferguson & Tyrer, 2000). Anfang des 19. Jahrhunderts prägte Prichard (1835) für Personen, die grausame Straftaten begangen hatten, deren Begehung sich jedoch nicht durch das Vorliegen einer

bekanntem psychischen Erkrankung erklären ließ, den Begriff der „moralischen Geisteskrankheit“ (moral insanity). Diese Bezeichnung wurde gegen Ende des 19. Jahrhunderts durch den Begriff der „psychopathischen Inferiorität“ abgelöst (Koch, 1891), wobei diese als konstitutionell bestimmt angesehen wurde. Im Zuge der Entwicklung des Begriffes der „Persönlichkeitsstörung“ durch Kraepelin (1905) definierte Schneider (1923) die „Psychopathie“ als eine grundlegende Störung der Persönlichkeit. Das bis heute einflussreichste Konzept der „Psychopathie“ entwickelte Cleckley (1941) in Anlehnung an antisoziale (v. a. aggressive) Verhaltensweisen. Die Ansichten Cleckleys bildeten die Grundlage für die späteren Konzepte der „Soziopathie“ (DSM-I), der antisozialen Persönlichkeitsstörung (DSM-II und folgende) sowie der dissozialen Persönlichkeitsstörung (ICD-10).

Der seit dem 19. Jahrhundert angenommene Zusammenhang der dissozialen Persönlichkeitsstörung mit Kriminalität besteht bis heute, was ein großes Problem für die Diagnostik dieser Störung darstellt (Millon & Davis, 1996). So weisen Rotgers & Maniaci (2007) darauf hin, dass aufgrund dieser Assoziation der dissozialen Persönlichkeitsstörung mit kriminellem Verhalten die Anwendung dieses Konzepts einerseits in unangemessener Weise auf kriminelle Personen beschränkt wird, während andererseits Personen mit Merkmalen dieses Störungsbildes von der Diagnose ausgeschlossen werden, weil ihr Verhalten von der Gesellschaft günstiger bewertet wird. Die Forschung zeigt entsprechend diesen Annahmen, dass es nur eine Überlappung zwischen der dissozialen Persönlichkeitsstörung und Kriminalität gibt. So fanden u. a. Fazel und Danesh (2002) im Rahmen einer Studie an Gefangenen, dass nur ca. die Hälfte dieser Personen die Kriterien einer dissozialen Persönlichkeitsstörung erfüllen. Epidemiologische Studien der Bevölkerung hingegen gehen davon aus, dass nur 47 % der Personen mit einer dissozialen Persönlichkeitsstörung bereits einmal inhaftiert waren. Es findet sich bei diesen Personen eher eine Vorgeschichte mit aggressiv-impulsiven Durchbrüchen, Arbeitslosigkeit und Promiskuität als schwere Kriminalität (Robins, 1987; Robins, Tipp & Przybeck 1991). Einschränkend ist hierzu jedoch anzumerken, dass in Bezug auf Straftaten ein nicht unerhebliches Dunkelfeld besteht und daher nicht jede begangene Straftat auch eine Inhaftierung nach sich zieht.

Es ist daher festzuhalten, dass einerseits nicht jede Person mit dissozialer PS im strafrechtlichen Sinne als kriminell bezeichnet werden kann und andererseits nicht jeder Gewalttäter eine dissoziale Persönlichkeitsstörung hat.

Auffallend ist bei Personen mit dissozialer Persönlichkeit ein Mangel an Sorge um sich selbst, der vermutlich das Fehlen von Sorge um und Einfühlungsvermögen in andere Menschen widerspiegelt. Dieses Defizit führt bei Personen mit DPS zu einer erhöhten Rate an vorzeitiger Mortalität. So fanden Black et al. (1996) insbesondere bei Männern unter 40 Jahren eine erhöhte Mortalität, welche sich hauptsächlich auf waghalsiges, selbstgefährdendes Verhalten

zurückführen ließ (Drogenmissbrauch und aggressives Verhalten), jedoch auch auf eine erhöhte Suizidrate.

Zusammenfassend kann also gesagt werden, dass Personen mit dissozialer Persönlichkeit die Gefühle und Bedürfnisse anderer Menschen nicht wahrnehmen (können) und daher unter Missachtung sozialer Normen, Regeln und Verpflichtungen die Grenzen anderer Personen teilweise massiv überschreiten (können). Gleichzeitig zeigen Personen mit dissozialer Persönlichkeitsstörung aber auch einen vergleichbaren Mangel an Sorge im Umgang mit sich selbst. Die impulsiv-gewalttätigen Verhaltensweisen richten sie sowohl gegen sich selbst als auch gegen andere. Dieses Verhalten kann zu straffälligem Verhalten führen, muss dies jedoch nicht zwingend. Wichtiger als der vordergründige und auch keineswegs immer zu beobachtende Zusammenhang mit Kriminalität scheint hinsichtlich der Behandlung der dissozialen Persönlichkeitsstörung vielmehr, deren Hintergründe zu verstehen und dadurch zu einem tieferen Verständnis der zugrundeliegenden Mechanismen zu gelangen.

Die Tatsache, dass Personen mit dissozialer PS offensichtlich weder einen Zugang zu eigenem Erleben noch zu demjenigen anderer Menschen haben – bei gleichzeitig selbstgefährdendem Verhalten –, könnte dadurch erklärt werden, dass ein großer Anteil von Personen mit DPS (wiederholten) traumatischen Erfahrungen in der Kindheit ausgesetzt war (massive Vernachlässigung, physische und psychische Misshandlung durch die Eltern, sexueller Missbrauch – vgl. Petermann & Petermann, 2007; Pollock et al., 1990; Rauchfleisch, 2000. Pollock et al. (1990) konnten sogar zeigen, dass physischer Missbrauch in der Kindheit Soziopathie im Erwachsenenalter vorhersagt. Aufgrund dieser Missbrauchserfahrungen, die Menschen mit dissozialer Persönlichkeitsstörung meist in frühen Lebensjahren erleiden mussten, gehen Millon und Davis (1996) davon aus, dass die „antisozialen“ und grenzüberschreitenden Handlungen von Personen mit DPS dazu dienen, das Böse, das sie von anderen erwarten, abzuwehren und die Macht derjenigen, die sie verletzen oder ausnützen möchten, zu schwächen.

Zur Behandlung von Personen mit dissozialer Persönlichkeitsstörung existieren bisher nur wenige qualitativ hochwertige Studien und es gibt kaum direkte Hinweise für die Wirksamkeit therapeutischer Interventionen bei dieser Population (Duggan et al., 2009). Wenn die Therapie der DPS untersucht wurde, dann meist indirekt: Häufig wurde entweder die Behandlung des Substanzmissbrauchs bei dieser Personengruppe untersucht (Duggan et al., 2007; 2008) oder aber Interventionen, welche darauf abzielen, deren delinquentes Verhalten zu reduzieren (z. B. Landenberger & Lipsey 2005; Lipsey, Landenberger & Wilson 2007; Lipton et al., 2002; Tong & Farrington, 2006; Wilson, Bouffard & MacKenzie 2005). Hinsichtlich der Reduktion straffälligen Verhaltens erwiesen sich bisher eher kognitiv-behaviorale Ansätze als wirkungsvoll (z. B. Lipsey et al., 2007; Lipton et al., 2002; Tong & Farrington, 2006). Obwohl nicht bei jeder Person mit DPS auch delinquentes Verhalten zu beobachten ist, legen diese Studien ihr Hauptaugenmerk auf die Rückfall-

prophylaxe und vernachlässigen damit den Einbezug der Mechanismen, welche der Störung zugrunde liegen. Es drängt sich daher auf, die Wirksamkeit der Therapie der dissozialen Persönlichkeitsstörung direkter zu untersuchen. Dies ist vor dem Hintergrund eines theoretischen Erklärungsmodells für dieses Störungsbild möglich. Unserer Ansicht nach kann bei der Therapie von Personen mit dissozialer Persönlichkeitsstörung insbesondere der Personzentrierte Ansatz einen wertvollen Beitrag leisten. So fanden Black, Baumgard & Bell (1995) in einer der wenigen Langzeitstudien mit Männern mit dissozialer PS, dass das impulsiv-aggressive Verhalten dieser Personen mit der Zeit – auch ohne Therapie – abnahm (und folglich das kriminelle Verhalten), nicht jedoch deren interpersonellen Probleme. Es scheint daher zentral, bei diesen Personen mit einem geeigneten therapeutischen Ansatz spezifisch die interpersonellen Schwierigkeiten zu behandeln. Hierfür scheint das Beziehungsangebot des Personzentrierten Ansatzes, welches durch Empathie, unbedingte Wertschätzung und Echtheit gekennzeichnet ist, ideal – auch zur Behandlung des zentralen Symptoms dieser Klienten: der fehlenden Empathie und Wertschätzung sowohl für sich selbst als auch für das Gegenüber. Ein weiterer Vorteil der Personzentrierten Therapie ist die Fokussierung auf die Begegnung von TherapeutIn und KlientIn im „Hier und Jetzt“. Die Abwehr von „Gefahr“ ist in dieser Beziehung nicht nötig, was einen neuen Zugang zum Erleben ermöglicht, durch welchen neue Erfahrungen möglich werden.

Fallbeispiel 1

Der Klient ist im geschlossenen Strafvollzug untergebracht und zu Beginn der Therapie 27 Jahre alt.

Von sich aus berichtet der Klient anfänglich kaum etwas. Er wirkt zurückhaltend und distanziert, jedoch auch vorsichtig die neue (therapeutische) Situation einschätzend.

Besonders auffallend ist die Sprache des Klienten: Er drückt sich sehr undifferenziert aus und spricht in kurzen, abgehackten und grammatikalisch unvollständigen Sätzen mit starkem ausländischem Akzent („Jugo-Slang“), obwohl er Schweizer ist. Er habe sich diese Sprache während seines bisher mit Unterbrechungen knapp sechsjährigen Haftaufenthaltes angeeignet. Er habe viele Straftaten begangen, zuletzt eine schwere Körperverletzung.

Hinter dem Bemühen des Klienten, nach außen ein Bild der Unberührbarkeit und „Coolness“ zu vermitteln, ist aber auch Angst spürbar. Ich erkläre mir dies als Angst davor, dass ich es wagen könnte, mit ihm zusammen Räume seines Selbstkonzeptes (nach Heinerth, 2002) zu betreten, von denen er vermutlich irgendwie ahnt, dass sie vorhanden sind, die für ihn aber bislang unbekannt und bedrohlich sind und für die es in seiner Sprache auch keine Namen gibt. In der Anfangsphase der Therapie wirkt der Klient wie ein Igel, der sich einrollt und gegen außen seine Stacheln, seine unangenehme Seite zeigt.

Dieses Ringen um eine vorsichtige Annäherung, um mit mir in Kontakt zu sein, bei dem zugleich bestehenden großen Bedürfnis nach Schutz und Kontrolle in diesem Kontakt, wird zu einem wiederholten Thema in den Stunden. Wenn der Klient etwas von seinem Leben berichtet, dann ohne emotionale Beteiligung. Dem Klienten fehlt der unmittelbare Kontakt zu seinem Erleben. Im Rahmen der ersten Therapiephase gelingt es ihm jedoch, sein enormes Bedürfnis nach Schutz in einem Bild zu symbolisieren. Er beschreibt die „Schutzmauer“, die ich im Kontakt mit ihm deutlich spüre, als eine „Aggro-Mauer“ (Schutzschild aus Aggressivität), mittels welcher er andere auf Distanz hält. Ich versuche, gemeinsam mit dem Klienten zu verstehen, wie es ist, Erleben auf diese Weise zu vermeiden. In einem Brief an mich, welchen er in einer späteren Therapiephase verfasst (s. u.), beschreibt er diese „Aggro-Mauer“ eindrücklich:

„...ich bin vollkommen überrascht und ich hatte nie das Gefühl, dass ich mal so an mir arbeiten werde, mich einer Person so anvertraue und mit dieser Person (Ihnen) teile was in mir vorgeht. Ich hatte so viel Arbeit, musste so viel durchmachen, um diese Aggro-Mauer in mir zu errichten und alles wo (das – Anm. der Autorin) verletzlich und so wertvoll ist so tief in mir zu begraben. Nun muss ich diese Mauer wieder abreißen und in den Trümmern nach den vergrabenen Schätzen suchen. Ich muss alles wo (das – Anm. der Autorin) ich aufgebaut habe zu meinem Schutz einfach aufgeben und das ist so schwer, es macht mir so viel Angst, was kommt unter den Trümmern vor, wie kann ich mein Heiligstes dann noch schützen?“

„Ich habe Angst davor, was mich erwartet, wenn ich meine Aggro-Mauer aufgebe und ohne diesen Aggro-Schutz dastehe.“

Deutlich wird hier auch die Angst vor Schutzlosigkeit und Verletzungen, wenn er für mich seine „Aggro-Mauer“ teilweise öffnet und mir dadurch erste Anteile von sich preisgibt. Der Klient kann diese Angst spüren und lässt sie zu, was für ihn jedoch sehr schwierig ist. Über diese Angst findet er einen ersten Zugang zu seinen Gefühlen. Als ich im Laufe der weiteren Therapie mehr von seiner Biografie erfahre, ist für mich nicht mehr verwunderlich, weshalb mein Klient seine „Aggro-(Schutz-)Mauer“ so dringend nötig hat.

Der Klient war seit frühester Kindheit schwersten körperlichen Misshandlungen durch den Vater ausgesetzt. Am deutlichsten erinnerte er sich an einen Vorfall im Alter von vier Jahren: Weil er etwas „falsch“ gemacht hatte, habe sein Vater während längerer Zeit mit Händen und Füßen massiv auf ihn eingepöbeln. Er habe ihn dabei auch durch den Gang und an die Wand geworfen. Dabei habe er an mehreren Körperstellen die Wärme von Blut gespürt. Als er 7 Jahre alt gewesen sei, hätten sich seine Eltern scheiden lassen. Er habe fortan mit seinem jüngeren Bruder bei der Mutter gelebt. Er habe Schwierigkeiten in der Schule gehabt, sei häufig unkonzentriert und abgelenkt gewesen. Seine Mutter habe jeweils dann, wenn sie von Lehrern erfahren habe, dass er wieder „Probleme“ mache, den Vater gerufen, welcher dann vorbeigekommen sei, um ihn zu verprügeln. Aus Langeweile habe er im Alter von 11 Jahren mit Kiffen begonnen und einige Jahre später auch mit dem Konsum harter Drogen, um sich unempfindlich zu machen. Die Gewalttätigkeit des Vaters gegen

ihn habe bis vor seiner aktuellen Inhaftierung angedauert. Zuletzt habe sein Vater mit einer Waffe auf ihn geschossen.

Es fällt mir schwer, die beiden Extreme – auf der einen Seite die Traumatisierung des Klienten und damit verbunden seine Erfahrung völliger Ohnmacht und Hilflosigkeit und auf der anderen Seite seine Rücksichtslosigkeit und die Verletzung anderer Personen – auszuhalten. Diese rücksichtslose Seite des Klienten sieht folgendermaßen aus: Mit Beginn der Schulzeit haben sich eine Reihe von Vorstrafen angesammelt (div. Verstöße gegen das Straßenverkehrs- und das Betäubungsmittelgesetz sowie eine Vielzahl an Eigentumsdelikten), aufgrund derer der Klient die Zeit seit seinem 22. Lebensjahr mehrheitlich in Haft verbracht hat. Zuletzt hat der Klient dazu beigetragen, dass ein Mensch schwer verletzt wurde. Auch während der Haft hat der Klient andere Menschen verletzt, im Rahmen von Tötlichkeiten/Gewalt unter Insassen.

2. Zusammenhang mit dem Konstrukt „Psychopathie“

Vermutlich aufgrund der Tatsache, dass sich die Konzeption der dissozialen Persönlichkeitsstörung aus dem früheren Begriff der „Psychopathie“ entwickelt hat, werden viele straffällige Personen mit dissozialer Persönlichkeit vorschnell als Psychopathen bezeichnet. Bei „Psychopathen“ handelt es sich jedoch – gemäß heutigem Verständnis des Begriffes – um eine besonders gefährliche Teilgruppe von Straftätern, welche sowohl mehr und schwerere als auch eine größere Bandbreite an Delikten begehen als andere Delinquenten (Farrington et al., 1986).

Nach Cleckley (1941) beschäftigte sich insbesondere Hare (1994; 2004) mit dem Konzept der Psychopathie und entwickelte die sog. Psychopathie-Checkliste (PCL-R, Hare, 2004), mit welcher die Psychopathie nach Cleckley (1941) einheitlich diagnostiziert werden kann. Die psychopathische Persönlichkeit zeichnet sich erstens durch interpersonale und affektive Auffälligkeiten und zweitens durch einen sozial devianten Lebensstil aus (Hare, 2004; Parker et al., 2003). Nur Personen, deren Wert auf der Psychopathie-Checkliste über dem vorgegebenen (hohen) Cut-off-Wert liegt, werden als Psychopathen bezeichnet.

Das Konzept der Psychopathie ist daher zwar assoziiert mit der dissozialen Persönlichkeitsstörung, unterscheidet sich von dieser jedoch dadurch, dass zwar die meisten Psychopathen *auch* die Kriterien für die dissoziale Persönlichkeitsstörung erfüllen – jedoch nur 10–15% der Personen mit dissozialer Persönlichkeitsstörung die Kriterien einer Psychopathie (Hare et al., 2000). In Abbildung 1 ist diese Überschneidung zwischen der dissozialen Persönlichkeitsstörung und der Psychopathie dargestellt. Daraus wird deutlich, dass nur ein sehr geringer Anteil an straffälligen Personen zur Gruppe der Psychopathen gehört. Zum Schutze der Gesellschaft ist es jedoch von besonderer Wichtigkeit, diese besonders

gefährlichen Straftäter korrekt zu identifizieren. Daher sollte die Psychopathie nur durch in der Anwendung der PCL-R ausgebildete Personen diagnostiziert werden.

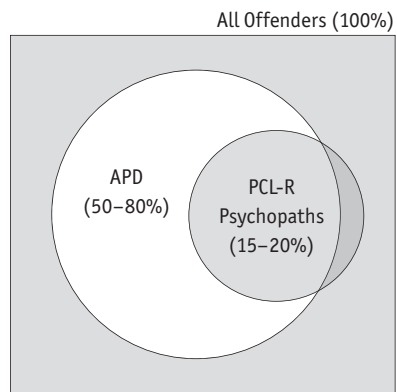


Abb. 1: Darstellung des Zusammenhangs zwischen dissozialer Persönlichkeitsstörung und Psychopathie in der Population von Straftätern¹

2.1 Subgruppen von Psychopaten und Personen mit dissozialer Persönlichkeitsstörung

Seit der Einführung des Begriffes „Psychopathie“ durch Schneider (1923) und v. a. Cleckley (1941) wurden durch verschiedene Autoren Subgruppen von Psychopaten postuliert, wobei die bekannteste Unterscheidung diejenige von „primären“ und „sekundären“ Psychopaten ist. Nach Karpman (1946; 1948) und Porter (1996) sind nur die *primären Psychopaten* Psychopaten im engeren Sinne: Personen also, die gewissenlos andere zu eigenen Zwecken ausnutzen und dabei auch vor schwerer Gewalt nicht zurückschrecken. Die Autoren gehen davon aus, dass die Persönlichkeitseigenschaften der primären Psychopaten angeboren seien. Das dissoziale Verhalten von *sekundären Psychopaten* hingegen sehen die Autoren als sekundär durch entweder psychotische oder neurotische Konflikte – entstanden durch elterliche Zurückweisung – verursacht (Karpman, 1948) oder spezifischer durch das Vorliegen traumatischer Erfahrungen in der Vorgeschichte (Porter, 1996). Nach Porter (1996) zeigen *sekundäre Psychopaten* zwar dieselben Verhaltensweisen wie die primären („echten“) Psychopaten, der entscheidende Unterschied besteht jedoch darin, dass bei ersteren dieses Verhalten aus frühen traumatischen Erfahrungen resultiert. Diese theoretische Annahme Porters konnte durch eine spätere Studie von Blackburn et al. (2008) bestätigt werden. Im Rahmen dieser Studie unterschieden die Autoren – in Anlehnung an die Psychopathie-Subgruppen – verschiedene Teilgruppen von

Personen mit dissozialer Persönlichkeitsstörung. Entsprechend den Annahmen Porters fanden Blackburn et al. (2008), dass u. a. diejenigen Personen, welche sekundären Psychopaten entsprechen, frühe Traumata aufweisen und sich dadurch von den übrigen Gruppen unterscheiden. Die Personen dieser Gruppe zeigten zudem Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung.

Weitere Studien konnten zeigen, dass auch das Ausmaß an erlebter Angst primäre und sekundäre Psychopaten unterscheidet. Während primäre („echte“) Psychopaten kaum Angst empfinden, zeigen sekundäre Psychopaten ein hohes Angstniveau und sind auch anfälliger für Stress (z. B. Brinkley et al., 2004; Vassileva et al., 2005; Fowles & Dindo, 2006). So fanden auch Blackburn & Lee-Evans (1985), dass zwar beide Gruppen intensiven Ärger und Aggression in hypothetischen Szenarien interpersoneller Angriffssituationen zeigten, jedoch nur Personen der Gruppe „sekundäre Psychopaten“ auch mehr autonome Erregung in diesen Situationen aufwiesen. Dies deutet darauf hin, dass bei Personen der Gruppe „sekundäre Psychopaten“ zusätzlich zum Ärger auch *Angst* aktiviert wird.

Zusammenfassend kann daher gesagt werden, dass die Unterscheidung zwischen primären („echten“) Psychopaten und einer zweiten Gruppe, die zwar ähnliche Verhaltensweisen wie Psychopaten zeigen, die jedoch mit früheren Traumata in Verbindung stehend anzusehen sind, empirisch gut belegt ist. Diese Forschungsergebnisse zeigen auf, dass oberflächlich gleich anmutende Verhaltensweisen gänzlich unterschiedlich entstehen können und daher eine unterschiedliche Behandlung erfordern. Aufgrund der Tatsache, dass die deutlich unterschiedlichen Gruppen von „echten“ und „sekundären“ Psychopaten gleiche Werte auf der Psychopathie-Checkliste (PCL-R) erreichen, stellt sich die Frage, inwieweit die PCL-R Cleckleys das Konstrukt von „Psychopathie“ wirklich valide abbildet (Blackburn, 2009). Dies bedeutet, dass hohe Werte auf der PCL-R mit Vorsicht zu behandeln und nicht alle Personen mit hohen Werten als „echte“ Psychopaten zu bezeichnen sind, was für die Behandlung und Legalprognose dieser Personen von Bedeutung ist.

Diese Ergebnisse zeigen weiter deutlich auf, dass es wichtig ist, sowohl bei der Diagnose einer Psychopathie als auch einer dissozialen Persönlichkeitsstörung Subgruppen zu unterscheiden. Aufgrund der mangelnden Validität der PCL-R sind die bisher als „sekundäre“ Psychopaten bezeichneten Personen vielleicht besser als eine Subgruppe von dissozial persönlichkeitsgestörten Menschen zu verstehen. Zum genaueren Verständnis dieser Fragen ist weitere Forschung nötig.

Auch beide vorgestellten Klienten erreichen eine hohe Punktzahl auf der PCL-R, was für sie mit Nachteilen hinsichtlich der Rückfallprognose – und damit verbunden Lockerungsentscheidungen – einhergeht. Unserer Ansicht nach gehören die Klienten der Gruppe „sekundärer Psychopath“ an, wobei wir für sie nicht die Bezeichnung „Psychopath“ verwenden möchten.

¹ Die Abbildung stellt eine Nachbildung einer Power-Point-Folie dar, welche R. Hare im Rahmen einer Weiterbildung (2006) präsentiert hat. Die Prozentangaben auf der Folie beziehen sich auf eine einzige Untersuchung in einem Gefängnis und weichen daher von der Angabe im Text ab.

3. Ansätze zu einer personenzentrierten Störungstheorie der dissozialen Persönlichkeitsstörung

Dass traumatische Erfahrungen in frühester Kindheit zur Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen führen, wurde von einer Vielzahl von Autoren aus verschiedensten Therapierichtungen theoretisch begründet. Im Personenzentrierten Ansatz argumentieren Brandt und Heinerth (2006), dass Persönlichkeitsstörungen mit einer besonders tiefen und umfassenden Form von Inkongruenz einhergehen, welche sich qualitativ von der verzerrten Inkongruenzkonstellation unterscheidet.

Für uns stellt sich die Frage des *spezifischen* Zusammenhangs zwischen den frühen traumatischen Erfahrungen unserer Klienten und deren späterem impulsiv-aggressiven, regelverletzenden und massiv grenzüberschreitenden Verhalten. Auf welcher Erlebenswelt basiert dieses Verhalten unserer Klienten – und wie kommt es zustande? Unser Störungsmodell basiert einerseits auf bindungstheoretischen Überlegungen und andererseits auf Erkenntnissen der Psychotraumatologie, die einen spezifischen Zusammenhang zwischen Trauma und dissozialem Verhalten erklären.

Aus bindungstheoretischer Sicht erklärt Bosworth (2008) den Zusammenhang zwischen Traumatisierung und späteren aggressiv-gewalttätigen Verhaltensweisen wie folgt: Ein misshandeltes Kind kann kein *Vertrauen* und keine *sichere Bindung* zu seinen Eltern entwickeln. Seine Bedürfnisse werden durch seine Eltern nicht adäquat befriedigt und seine Welt ist unvorhersehbar und unsicher. Da ihm niemand die Sicherheit gibt, die es braucht, entsteht für das Kind die Notwendigkeit, sein Leben selbst zu kontrollieren. Weil die Misshandlung die am ehesten voraussehbare Reaktion darstellt, fängt das Kind gar an, die Abwehr und Misshandlung durch die Eltern zu provozieren, um so – in zumindest kleinem Ausmaß – ein Gefühl der Sicherheit und Kontrolle empfinden zu können, während das Kind in seinem Umfeld nicht genügend Möglichkeiten hat zu lernen, wie es bei anderen Menschen positive Verhaltensweisen hervorrufen kann (z.B. Lächeln, Zärtlichkeiten etc.). Für dieses Kind gibt es immer mehr nur ein einziges „In-Beziehung-Treten“ und zwar über Aggressivität und Gewalt. Was das Kind in seinen frühen Interaktionserfahrungen gelernt hat, nämlich dass es nichts wert ist und andere Menschen es nicht gut mit ihm meinen, es zu wenig respektieren und verletzen, wird das Kind auf alle späteren Beziehungen übertragen (vgl. Bosworth, 2008).

Levine (1996) erklärt den Zusammenhang zwischen Trauma und Gewaltausübung aus psychotraumatologischer Sicht folgendermaßen: Er geht – in Anlehnung an Beobachtungen aus dem Tierreich – davon aus, dass auch bei uns Menschen in Situationen, in welchen die natürliche „Kampf- oder Flucht“-Reaktion nicht möglich ist, die „Erstarrung“ einsetzt (bei Tieren wird dies auch als der Totstellreflex bezeichnet). Diese „Erstarrung“ (oder freezing response) – also die Fluchtbereitschaft, gekoppelt mit der Erkenntnis, dass eine solche nicht möglich ist – stellt nach Levine (1996, 2008) den

Kern jeder Traumatisierung dar. Biermann-Ratjen (2002) beschreibt diese Selbsterfahrung als ein tödliches Erschrecken angesichts der Sinnlosigkeit von Kampf- oder Flucht in einer Situation von totaler Ohnmacht und Hilflosigkeit bei voller Aktivierung von Kampf- oder Fluchtbereitschaft. Durch die volle Aktivierung dieser beiden starken Kräfte steht der Organismus in höchstem Ausmaß unter Spannung. Da nach Levine (1996) die „Erstarrung“ mit starker Angst verbunden ist, gelingt es den Betroffenen später kaum, sich aus dieser zu lösen. Im weiteren Verlauf (im Zustand der posttraumatischen Belastungsstörung) wird die Person diesen Zustand der Anspannung – der vegetativen Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung – häufig wiedererleben, oft in Verbindung mit Dissoziation. In diesem Zusammenhang führt Levine (1996) folgende physiologische Erklärung für die Reaktionsweise unserer Klienten an: Beim Wiedererleben der „Spannung“ wird der emotionale Teil des Gehirns diese starke organismische Energie in Emotionen (z. B. Ärger, Scham, Traurigkeit) umwandeln, während der rationale Teil des Gehirns versucht sein wird, eine äußere Gefahr zu finden, welche die intensive Aktivierung des Nervensystems „erklären“ und rechtfertigen könnte. So werden mehr oder wenig zufällig „Feinde“ für die eigene Über-Erregtheit verantwortlich gemacht, an welchen diese Spannung dann entladen werden kann (Levine, 1996).

Aus diesen Überlegungen leiten wir unser personenzentriertes Modell der dissozialen Persönlichkeitsstörung ab. Verschiedene Studien zeigen, dass ein größerer Anteil von Personen mit dissozialer Persönlichkeitsstörung in frühester Kindheit Vernachlässigung, Widersprüchlichkeit, Respektlosigkeit und Misshandlung durch die Eltern (enge Bezugspersonen) erleben musste. Statt in einer Lebensphase, in welcher ein Kind auf den Schutz der Eltern besonders angewiesen ist, durch seine Eltern Sicherheit zu erfahren, mussten diese Kinder lernen, sich mit den ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln so gut wie möglich in dieser unberechenbaren und traumatisierenden Situation zurechtzufinden. Nach Warner (1998; 2000) bewältigen insbesondere Kinder, welche vor dem 7. Lebensjahr traumatisiert werden, das traumatische Erleben mittels Dissoziation, da sie noch nicht über die erforderlichen komplexeren Verarbeitungsstrategien verfügen, um mit dieser Erfahrung umzugehen. Die Dissoziation ermöglicht es dem traumatisierten Kind, das überwältigende Erleben von Angst und Qual zu verlassen und stattdessen in einen Zustand zu wechseln, in welchem es keine intensiven Schmerzen empfindet. So berichtet Warner (1998) von einem Mädchen, welches sich durch Betrachtung der Punkte auf seinem Bettanzug in einen Zustand versetzen konnte, in welchem es die Qual und die Schmerzen der durch den Vater erlittenen Vergewaltigung nicht mehr wahrnahm. So haben viele körperlich misshandelte Personen, insbesondere wenn sie wiederholten und/oder fortgesetzten traumatischen Erfahrungen ausgesetzt waren, die Fähigkeit entwickelt, aus ihrem Körpererleben auszusteigen, neben sich zu stehen und die Szene von oben oder außen zu betrachten, um diese so wenig wie möglich

durchleben zu müssen. Mit Biermann-Ratjen (2002) und Warner (1998, 2000) gehen wir davon aus, dass diese Kinder aus der Erfahrung der Dissoziation in traumatischen Situationen dissoziatives Erleben zur Abwehr und als Coping-Strategie entwickeln. Die Funktion der Dissoziation ist es daher, der unerträglichen Realität aktiv durch eine Wahrnehmungsveränderung zu entweichen. Nach Warner (1998) haben diese frühen Dissoziationserfahrungen für die Kinder leider eine verstärkende Wirkung, indem dadurch das Familienleben – trotz der erlittenen Traumatisierung – erträglich wird und gar die Illusion eines normalen, glücklichen Familienlebens aufrechterhalten werden kann. Die Dissoziation in früher Kindheit endet nach Warner (1998), im Gegensatz zum Trauma-Erleben Erwachsener, nicht bei der Amnesie oder der Abspaltung einzig der traumatischen Erfahrung von der Gesamtpersönlichkeit. Vielmehr teilen Kinder die dissoziierten Aspekte ihrer Erfahrungen auf in eine Mehrzahl von miteinander unverbundenen „Kammern“. Nach Warner (1998; 2000) findet dieser Prozess bei Kindern deshalb statt, weil sie im Rahmen der Traumatisierung eine Reihe von unvereinbaren, intensiven Reaktionen erleben und zu diesem Zeitpunkt noch nicht über die mentale Kapazität verfügen, solche widersprüchlichen Erfahrungen zu integrieren. So wünscht sich das Kind inmitten der mit dem Trauma einhergehenden Erfahrung von Hilflosigkeit und Schmerz einerseits zu sterben, hat andererseits aber auch Angst vor dem Tod. Oder aber das Kind möchte den Täter einerseits verletzen, wünscht sich andererseits aber auch die Zeit zurück, in welcher es durch die Eltern Liebe erfahren durfte. In einem hilflosen Teil haben die Kinder Angst vor dem Ausmaß ihrer wütenden/aggressiven Gefühle. Im ärgerlichen Teil hingegen fühlen sie Verachtung und Scham über die eigenen hilflosen Reaktionen – und sind gar der Ansicht, dass solche hilflosen Reaktionen das Überleben gefährden. Vermutlich als Resultat dieser Widersprüche formen sich nach Warner (1998) verschiedene Selbst-Cluster innerhalb der dissoziierten Erfahrungen.

Die Coping-Strategie der Dissoziation hat für die Kinder weitreichende Konsequenzen: Zum einen befreien sie sich mit der Dissoziation von der Wahrnehmung dessen, was ihnen durch wen und warum angetan wird. Sie verhindern, dass sie empathisch miterleben müssen, was im Täter vor sich geht. Das kann dazu führen, dass sie generell vermeiden, empathisch zu sein – allerdings ohne damit verhindern zu können, dass sie in andere genau das hineinsehen, was sie zu sehen fürchten. Zum anderen wehren sie mit dem Dissoziieren auch ihre Selbsterfahrungen, ihre eigenen Gefühle ab, wodurch Inkongruenz entsteht.

Nach Brandt und Heinerth (2006) ist bei der Dissoziation der Übertragungsprozess von Erfahrung in Selbsterfahrung *versperrt*. Verbildlicht im Selbstkonzept als Haus bedeutet dies, dass die Person mehrere Räume (wichtige Erfahrungen) gar nicht kennt und sie darum auch nicht betreten (explorieren) kann. Diese unzugänglichen Räume entsprechen versperrten Symbolisierungen: Erfahrungen, die dem Selbst ferngehalten werden müssen, weil sie

zu bedrohlich sind (vgl. Brandt & Heinerth, 2006). Ähnlich helfen nach Warner (2002) die dissoziierten Selbste der Person dabei, von den ursprünglichen Erinnerungen an das Trauma nicht überflutet zu werden. Nachteil dieser dissoziierten Verarbeitung ist jedoch, dass sie den psychologischen Kontakt behindert, da sie wesentliche Aspekte der Erfahrung voneinander getrennt hält und es dadurch verunmöglicht, diese zu einem bedeutungsvollen Ganzen zu verarbeiten (Warner, 2002).

Nach Claas & Schulze (2002) unterbricht ein Trauma die Synthese adaptiver primärer Emotionen (nach Greenberg, 2002), da diese ihre adaptiven und Orientierungsfunktionen nicht mehr erfüllen können, weil die traumatisierte Person keinen Handlungsspielraum hat. So wird die Synthese der durch das Trauma aktivierten primären Angst und des primären Ärgers unterbrochen. Die Autorinnen bezeichnen die Unterbrechung der Synthese primärer Emotionen als elementare Form der Dissoziation. Sofern die Unterbrechung der Synthese primärer Emotionen generalisiert wird, die betroffene Person sich also generell und weitgehend von ihren emotionalen Reaktionen dissoziiert, können Depersonalisation und Derealisation zu dauerhaften Zuständen werden, die als Entfremdung, Leere oder Verwirrung erlebt werden und in einem Rückzug aus (allen) Beziehungen resultieren können (Claas & Schulze, 2002).

In der Regel konnten unsere Klienten nicht nur aufgrund ihrer Dissoziationsneigung, sondern auch deshalb ihre Erfahrungen als Opfer nicht ins Selbstkonzept integrieren, weil sie in dieser Erfahrung von Ohnmacht und Ausgeliefertsein, Schmerz und Angst nicht durch einen anderen Menschen positiv beachtet und empathisch verstanden wurden. Diese bedrohlichen Opfererfahrungen sind auch dem Bewusstsein unserer Klienten nicht zugänglich. Dies kann verstanden werden als ein dissoziierter Teil des Selbst nach Warner (1998; 2000; 2002) oder aber als Räume im Selbstkonzept unserer Klienten, welche durch die Dissoziation hinter dicken Türen *versperrt* sind (nach Heinerth, 2002). Und auch weil unsere Klienten nie Empathie für das eigene „Opfer-Sein“ erfahren haben, sind sie nicht in der Lage, sich bei einem anderen Menschen in dessen „Opfer-Sein“ einzufühlen. Das kommt zu ihrer Vermeidung des empathischen Verstehens anderer als Traumaerfahrungsfolge hinzu.

Im Laufe ihrer Entwicklung haben zudem viele unserer Klienten gelernt, die als Opfer am eigenen Leib erlebte Erfahrung (Gewalt) im Dienste der Selbstwirksamkeit anzuwenden. So erlebte der im vorherigen Abschnitt beschriebene Klient im Alter von 12 Jahren Selbstwirksamkeit durch Gewalt: Er konnte sich erstmals gegen die Übergriffe des Vaters wehren, indem er so heftig zurückschlug, dass er diesem das Nasenbein brach. Daraufhin zog sich sein Vater für eine Weile zurück und attackierte ihn weniger. Spätere Gewaltakte des Vaters konnte der Klient jeweils einzig durch „Gegengewalt“ stoppen. Das Gewalttäter-Selbstbild vermittelt unseren Klienten in ihrer Erlebenswelt, in welcher sie nichts wert sind und andere ihnen feindselig gesinnt sind, Sicherheit im Sinne von: „Weil ich ein

Gewalttäter bin, kann mir keiner etwas anhaben. Denn wenn nötig, wehre ich mich mit Gewalt gegen andere und brauche daher nichts zu fürchten.“ Dieses Gewalttäter-Selbstbild wird für unsere Klienten aufgrund einer entsprechenden Sozialisierung mit der Zeit gar zur „Identität“. Da unsere Klienten zudem größtenteils über eine geringe Schulbildung und keinen Berufsabschluss verfügen, stehen ihnen nur wenig andere Bereiche zur Entwicklung kompensierender Persönlichkeitsanteile offen.

Bei unseren Klienten beobachten wir daher die besondere Konstellation der versperrten/dissoziierten Opfererfahrungen, welche nebst einem Gewalttäter-Selbstbild existieren. Doch wie führt diese Inkongruenzkonstellation nun zur tatsächlichen (wiederholten) Anwendung von Gewalt?

Nach Biermann-Ratjen (2002) kann das Stressverarbeitungssystem als Folge einer Traumatisierung verändert sein: Die Schwelle für Triggerreize ist herabgesetzt und traumatisierte Personen kommen schnell in eine Übererregung, wobei die Rückregulation erschwert ist. In unserem Modell gehen wir davon aus, dass unsere Klienten durch ihre herabgesetzte Schwelle für Triggerreize durch verschiedene Situationen „angetrigger“ werden. Dadurch setzt wieder – wie in der ursprünglichen Traumatisierungssituation – die Erstarrungsreaktion ein, welche mit einer großen Anspannung einhergeht. Basierend auf Levine (1996) nehmen wir an, dass unsere Klienten dann die sich in ihnen aufbauende massive Spannung in extrovertierter Weise gegen außen „entladen“, bevorzugt gegen vermeintlich oder tatsächlich wahrgenommene Feinde. Biermann-Ratjen (2002) beschreibt die chronifizierte posttraumatische Belastungsstörung als chronifizierte Inkongruenz – das Erleben eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit bei vegetativer Übererregtheit – hin und wieder ausgelöst durch Triggerreize, unterbrochen durch Anfälle des Wiedererlebens der traumatischen Situation oder von Teilen von ihr oder der ursprünglichen Reaktion auf das Trauma, z. B. Dissoziation oder Aggression. Übertragen wir dieses Modell auf unsere Klienten, beobachten wir eine wellenförmige Bewegung: Im Zustand der chronifizierten Inkongruenz werden diese Personen getriggert, wodurch die akute Inkongruenz ausgelöst wird, welche mit zunehmender Spannung (Übererregung) einhergeht. Diese akute Inkongruenz (Spannung) steigert sich bis hin zur „Entladung“, und erst dann stellt sich der Zustand der chronifizierten Inkongruenz wieder ein. Das bedeutet, dass durch die im Kulminationspunkt erfolgende „Entladung“ zwar die akute Inkongruenz reduziert werden kann, nicht jedoch die danach weiter bestehende chronifizierte Inkongruenz.

Zentral ist in unserem Modell die Annahme, dass sich unsere Klienten im Moment der „Entladung“ nicht spüren und daher auch nicht in der Lage sind, das Ausmaß der „Entladung“ zu regulieren. Der durch die „Entladung“ bei anderen Personen angerichtete Schaden kann daher variieren von einer geringfügigen Körperverletzung bis hin zu einem „overkill“, bei welchem ein Opfer im Rahmen eines Tötungsdelikts massiv verletzt wird.

Wir können bei unseren Klienten beobachten, dass diese Vorgänge (Trigger – akute Inkongruenz – Entladung) ihrem Bewusstsein nicht zugänglich sind. So formuliert auch Biermann-Ratjen (2002), dass die ursprüngliche traumatisierende Selbsterfahrung zunächst vor allem eine körperliche Erfahrung ist, welche erst später und unter Umständen auch niemals verbal symbolisiert wird. Die durch Trauma entstandene Veränderung des Stressverarbeitungssystems kann zudem so groß sein, dass die durch Triggerreize angestoßenen Erinnerungen nicht bis ins Sprachzentrum weitergeleitet werden und daher in der Behandlung sprachlich nicht erreichbar sind (Biermann-Ratjen, 2002). Bleibt daher die akute Inkongruenz bei unseren Klienten unbearbeitet, so ist sie als Ausgangspunkt (Option) dissozialen Verhaltens stets vorhanden, d. h. die Person wird immer wieder gewalttätig rückfällig werden.

Hart (2008) beschreibt einige dieser Zusammenhänge aus neuropsychologischer Sicht ganz ähnlich. Sie stellt einen Zusammenhang zwischen früher Traumatisierung und späterer Gewalttätigkeit über die Funktion der Amygdala her. Als eine Struktur, welche Angst registriert, ist die Amygdala sowohl an der „Kampf oder Flucht“-Reaktion als auch an der Erstarrungsreaktion beteiligt wie auch an der Aggression (Damasio, 1994; Le Doux, 2001). Die Autorin legt ferner dar, dass sich diese traumabedingte Überaktivierung der Amygdala auf die spätere Entwicklung des orbitofrontalen Cortex (ein Teil des präfrontalen Cortex) auswirkt. Wie bei unserer Klientel häufig zu beobachten, verfügen Personen mit einer Unterentwicklung des orbitofrontalen Cortex über eine mangelnde Fähigkeit zur Selbstregulation. Einige Affekte können kaum reguliert werden und diese Personen drücken ihre aktuellen Impulse und Wünsche ungefiltert aus und sind nicht in der Lage, diese in sozial angepasster Weise zu formulieren. Zudem wird nach Hart (2008) durch die frühen traumatischen Erfahrungen und ungenügende Bindungserfahrung die Propriozeption beeinträchtigt – d. h. diese Menschen können sich selbst kaum spüren.

Fallbeispiel 1 (Fortsetzung)

Im weiteren Verlauf der Therapie kann der Klient – in der Sicherheit der Beziehung zu mir – seine „Aggro-Schutzmauer“ Stück für Stück ablegen. Dabei lernt er, die emotionalen Erfahrungen (ohne Schutzmauer) zu symbolisieren. Diese Erfahrungen sind anfänglich sehr bedrohlich und er fühlt sich von ihnen manchmal gar „aus der Bahn geworfen“, hält den Zustand kaum aus.

Mit mir gemeinsam kann er es wagen, sich den versperrten Räumen seines Selbstkonzepts ganz zaghaft zu nähern und diese auch zu betreten, und er fängt an, nach Namen für diese zu suchen. Nach etwa einem Jahr Therapie beginnt der Klient damit, mir Erfahrungen, deren Benennung und Einordnung ihm schwerfällt und für die er sich teilweise auch schämt, in Form von Briefen mitzuteilen, welche er in die Sitzungen mitbringt. Er beschäftigt sich auch zwischen

den Sitzungen viel mit den besprochenen Themen und bemüht sich aktiv um Symbolisierung, da er spürt, dass ihm dies hilft. Die folgenden Ausschnitte aus einem seiner Briefe zeigen, wie der Klient den für ihn schwer verständlichen Zustand des Nebeneinanders von schmerzhaften Opfererfahrungen (beschrieben als „der kleine Junge“) und explosiver Aggressivität zu symbolisieren versucht.

„Es ist dieser kleine Junge wo (der – Anm. der Autorin) so traurig ist, wo so viel Angst hat ... Töten konnte man diesen Jungen nicht, deswegen wurde Er im Tiefsten Kerker in mir eingeschlossen. Seit vielen Jahren ist Er nun schon dort drin eingesperd (eingesperrt – Anm. der Autorin) und niemand durfte zu Ihm, nicht mal ich selber ging zu ihm. Vor ein paar Monaten konnte ich diesen Schlüssel wieder finden ...“

„In mir ist ein riessiges Pullverfass und überal liegt Sprengstoff rum. Nun leuft mitten in diesem Chaos der kleine Junge rum, hält ein Streichholz fest wo (das – Anm. der Autorin) brennt, damit es etwas Licht giebt. Er hat so viel Angst, denn diese Hass erfüllte Welt kennt Er nicht und lässt Er das Streichholz erlöschen, steht Er im dunkeln und bekommt noch mehr Angst. Lässt Er das Streichholz brennen, könnte Er sich die Finger verbrennen, es fallen lassen und das wars dan.“

Die therapeutische Beziehung gibt ihm so viel Sicherheit, dass er es wagt, diese Räume zu betreten, in welchen sich diese Erfahrungen von Angst, Chaos etc. finden. In einem weiteren Brief beschreibt er das Explorieren versperrter Räume und insbesondere auch das Zusammenspiel zwischen Angst/Schmerz und Hass sowie die aus dem Hass resultierende „Entladung“, nach welcher er sich besser fühlen würde, die er jedoch nicht mehr zulassen möchte.

„All die Jahre lebte ich mit dem wissen ich bin innerlich tot und fühle nichts mehr, ausser dem Hass und dieser Wut in mir. Mir kann nichts mehr geschehen, niemand kann mich noch treffen und verletzen... Dass ist nun nicht mehr so ich fühle wieder, mein Gewissen ist wieder frei und der kleine Junge schreit wieder. Ich muss eher sagen, dass ich seine Schreie wieder höhren kann. Ich fühle es, wie dieser Junge versucht hat, die Tür zu öffnen und raus wollte. Er hat Angst und ich fühle das, ich fühle seinen Schmerz wieder und es tut so weh... Dies ist erst ein Teil von dem, wo (das – Anm. der Autorin) noch in mir tobt. Vieles halte ich noch underverschluss und soll noch dortbleiben. Nun fühle ich aber, dass es raus will... Am liebsten wäre es mir, wenn ich Stück für Stück raus lassen könnte, was aber nicht geht. Öffne ich diese Tür, kommt so viel raus und ich habe Angst, dass ich daran erschicken werde, dass ich dann aussteige und entweder dem Hass in mir die Kontrolle zurück gebe oder meinem Schmerz alles in die Hand gebe ... Lasse ich ihn (den Hass – Anm. der Autorin) raus, fühle ich mich sovort viel besser, mache aber alles, wofür ich im letzten Jahr so hart gearbeitet habe, kaputt. An meinen Kopfschmerzen merke ich, wie sehr ich gegen diesen Hass kämpfe, aber nicht weiter komme.“

In diesem Abschnitt wird deutlich, dass der Klient seine Inkongruenz zu spüren beginnt, dass er neue Erfahrungen, die an seine Kindheit gebunden sind, zulässt, was Angst und Spannung auslöst. Der Klient weiß auch um noch mehr versperrte Räume. Zudem beginnt er, gegenüber seinem Verhalten eine Beobachterposition einzunehmen (die Vergangenheit aus der Gegenwart zu sehen), was eine Voraussetzung zur Reflexion ist (nicht mehr nur agieren zu müssen). Dadurch gewinnt er zunehmend Kontrolle über sein Verhalten. Er hat nun die Freiheit der Wahl und kann sich fragen: Will ich den Hass

rauslassen und bin ich bereit, dafür die Konsequenzen zu tragen – oder entscheide ich mich zu einem anderen Verhalten?

4. Ansätze zu einer Personzentrierten Psychotherapie der dissozialen Persönlichkeitsstörung

In der Behandlung begegnet uns der beschriebene Klient auf der Ebene der Gefühle einerseits ängstlich und innerlich „tot“, andererseits aber auch voller Spannung, Aggression und überschießender Handlungsbereitschaft. Während er für seine „toten“ Zustände keine Wörter findet, hat der Klient hingegen für die Spannungszustände – auf der Grundlage von Projektionen – Gründe gefunden, die seinen Hass legitimieren. So nimmt er meist andere (männliche) Personen als ihm gegenüber feindselig eingestellt wahr² und legitimiert mittels dieser Projektion seine Gewalthandlungen.

Aufgrund dieses „Nebeneinanders“ von versperrten Opfererfahrungen – aber auch empathischen Erfahrungen des Täters – durch Traumatisierung und Dissoziation und der in einem Gewalttäter-Selbstbild eingebetteten, legitimierten Gewaltbereitschaft muss die Behandlung impulsiver Gewaltstraftäter aus einer Kombination aus *Deliktarbeit*³ und *Traumaarbeit* bestehen.

Ziel der *Deliktarbeit* ist es, dass der Täter lernt, die volle Verantwortung für sein gewalttätiges Handeln zu übernehmen, ohne dieses zu rechtfertigen oder zu entschuldigen, und sich in das Erleben des Opfers einzufühlen (Opferempathie). Hierfür muss in der Therapie die durch den Klienten legitimierte Gewalt aufgearbeitet und verstanden werden (Deliktkreislauf) und mit der sozialen Umwelt in Beziehung gesetzt werden. Die Fokussierung auf das Verstehen des Gewaltkreislaufs auf der Verhaltensebene allein reicht jedoch bei den traumatisierten Gewalttätern nicht aus. Bei diesen Personen muss die enorme Spannung im Rahmen der akuten Inkongruenz – deren „Energimotor“, entstanden durch die Traumatisierung – in die Behandlung miteinbezogen werden. Denn im Zustand der akuten Inkongruenz können sich die Betroffenen in der Regel nicht mehr selbst steuern, es geht nur noch um ein „Entladen“, um das „Loswerden“ der enormen Spannung. Im Rahmen der akuten Inkongruenz ist ihnen daher weder ein Schuldempfinden noch ein Verständnis für die Situation des Opfers (Opferempathie) möglich. Ebenso wie die Möglichkeit, sich mit dem eigenen Empfinden von Angst und Verlorensein zu befassen, fehlt ihnen die Fähigkeit, sich in das Erleben einer anderen Person hineinzusetzen.

2 Die fälschliche (verzerrte) Wahrnehmung des Gegenübers als feindselig wird in der Literatur als „hostile attribution bias“ bezeichnet. Es konnte gezeigt werden, dass Personen mit hoher Aggressionsdisposition dazu tendieren, dem Interaktionspartner eine feindselige Absicht zu unterstellen (z. B. Matthews & Norris, 2002).

3 Die Deliktarbeit ist ein vorgeschriebener Bestandteil therapeutischer Arbeit mit Straftätern im Kriminal-Justizsystem.

Ausgedrückt mit unserem Störungsmodell bedeutet dies, dass in der wellenförmigen Bewegung des Erlebensprozesses zwischen chronifizierter und akuter Inkongruenz (dies sind die „Wellenspitzen“, in welchen die gewalttätige Entladung erfolgt) zuerst die „Wellenspitzen“ – die akute Inkongruenz – Thema werden sollten und damit die „akute“ Gewalttätigkeit, in welcher die Klienten weder ihr Gegenüber noch sich selbst spüren, sondern sich lediglich von der starken inneren Spannung „entladen“. Erst *danach* kann mit der eigentlichen Deliktarbeit begonnen werden, sowie mit der längerfristigen Bearbeitung der chronifizierten Inkongruenz, wenn die Deliktarbeit nicht mehr direkt von der Traumaarbeit abhängig ist. Wird hingegen mit der Deliktarbeit begonnen ohne vorherige Bearbeitung der akuten Inkongruenz, so besteht die Gefahr, dass der Klient das auf der Verhaltensebene Gelernte im entscheidenden Moment (nämlich vor und während der „Entladung“) nicht umsetzen kann.

Wenn der oben vorgestellte Klient also keine Worte mehr findet, voller Spannung und Hass ist, dann gilt es, zuerst die Methoden der *Traumaarbeit* einzusetzen. Konkret heißt dies, den aktuellen Spannungszustand in Kontakt mit der Gegenwart/der Realität zu bringen und diesen dadurch auf andere Weise als mittels Gewalt zu „entladen“. Denn für den Klienten war bisher die „Entladung“ in der Gewalt die einzige Möglichkeit, die Spannung zu reduzieren und sich ins „Hier und Jetzt“ zurückzuholen. Das Ziel jeder Traumaarbeit ist das „Sein“ in der Gegenwart und nicht in der Vergangenheit. Die während des Traumas unterbrochenen primären Gefühle müssen in der Gegenwart synthetisiert werden, um die traumatischen Erfahrungen symbolisieren und abschließen zu können. Dadurch wird die Notwendigkeit der Dissoziation von den eigenen emotionalen Reaktionen überflüssig. In Fällen genereller, weitergehender Dissoziation von den eigenen emotionalen Reaktionen als Folge traumatischer Erfahrungen kann es zu Beginn der Therapie allerdings notwendig sein, diesen Klienten zuerst ihr inneres Erleben wieder zugänglich zu machen (Claas & Schulze, 2002).

Ohne eine genaue Analyse der Gefühlswelten und der eigenen Werte und Normen ist der Klient seinem „Energimotor“ – generiert durch die Traumaschädigung – ausgesetzt und damit in der Steuerbarkeit seiner Copinghandlungen begrenzt. Kennt er hingegen seine Trigger und weiß er um seine Projektionen und überschießenden Reaktionsweisen sowie um Möglichkeiten, sich ohne Fremd- und Selbstschädigung zurück ins „Hier und Jetzt“ zu holen, dann besteht eine erste Möglichkeit der Steuerbarkeit seiner Impulsivität. Längerfristig wird der Klient durch die Trigger immer weniger in den Zustand der akuten Inkongruenz versetzt, weil die unbedingte positive Beachtung und das empathische Verstehen seiner traumatischen Erfahrungen durch die Therapeutin es ihm ermöglichen, diese Erfahrungen in sein Selbstkonzept zu integrieren. Auch Warner (1998; 2002) betont die Wichtigkeit des empathischen Verstehens bei dissozierender Verarbeitung. Entscheidender Faktor

dafür, dass Klienten auch in schwierigen Prozessen das Verlangen und den Mut entwickeln, sich weiter zu engagieren, ist nach Warner (2002) die Bereitschaft des Therapeuten, den Klienten zu verstehen und bei ihm zu bleiben, auch wenn er sich aus dem Kontakt zurückzieht.

Es geht daher darum, dem Klienten den Raum zu bieten, seine Gefühle von Verlassen- und Verlorensein aushaltbar zu machen, ohne dass er die Grenzen austesten muss, um sich dadurch im „Hier und Jetzt“ spüren zu können. Konkret musste er in der Impulsivität nicht nur den Teil der Entladung „sehen“, sondern auch Bilder dafür bekommen, was er glaubt, nicht aushalten zu können.

Fallbeispiel 2

In Ergänzung zur dargestellten Therapie eines Mannes, welcher nicht beziehungsfähig war, möchten wir abschließend noch die Behandlung eines Klienten darlegen, welcher ebenfalls traumatisiert, jedoch in der Beziehungsgestaltung hoch sensibilisiert auf „Doppelbödigkeit“ ist.

Dieser Klient musste von frühester Kindheit an die „Streit-Ehe“ seiner Eltern miterleben und ist geprägt durch die damit einhergehenden emotionalen Wechselbäder und Loyalitätskonflikte. Die Wechsel zwischen abgrenzendem und zuwendendem Verhalten seiner Bezugspersonen waren für ihn als Kind nicht voraussehbar. Um dieses Wechselbad für sich steuerbar zu machen und um sich selber Boden zu geben, suchte er nach einem Mittel der Kontrolle. Mit Gewalthandlungen fand der Klient nicht nur die für ihn überlebenswichtige Abgrenzung und Gewichtung, sondern auch Klarheit, die ihm Boden gab. Die Zuwendung der Eltern blieb unberechenbar. Nimmt der darauf hoch sensibilisierte Klient heute Situationen mit solch „doppelter Buchführung“ wahr – uneindeutige Gestik, Wortspiele etc. – so versucht er, mittels impulsiver Gewalt Dominanz zu erreichen. In der Behandlung geht es darum, die Impulsivität des Klienten steuerbar zu machen. Das heißt, der Klient muss die Doppelbödigkeit von „auslösenden“ Situationen erkennen können (Trigger), um sich daraufhin ins „Hier und Jetzt“ zu holen – damit er nicht die in der Vergangenheit notwendige Gewalthandlung (wieder) in der Gegenwart ausleben muss. Um seine Impulsivität in den Griff zu bekommen, muss der Klient sich so oft aus dem enormen Spannungszustand der akuten Inkongruenz heraus ins „Hier und Jetzt“ holen, bis er eine grundsätzliche Verlangsamung und Kontrolle seiner Reaktionen in sozialen Kontakten erreicht hat.

Anhand dieses Fallbeispiels möchten wir veranschaulichen, wie wichtig für den Erfolg der Behandlung dieser Klientel „Echtheit“/ Authentizität der Therapeutin/des Therapeuten ist.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die therapeutische Behandlung von traumatisierten, impulsiven Gewalttätern aus einer komplexen Kombination von Delikt- und Traumaarbeit besteht,

wobei die Klienten durch die Präsenz einer beruhigenden, empathischen TherapeutIn überhaupt erst in Beziehung bleiben können, ohne von ihren Gefühlen überschwemmt zu werden (Warner, 1998).

Während in einem ersten Schritt durch die Behandlung der akuten Inkongruenz die Grundlage für die weitere Therapie geschaffen werden muss, gilt es, im nächsten Schritt gleichzeitig mittels Traumaarbeit die versperrten Opfererfahrungen zu integrieren und mittels Deliktarbeit den „Täter-Teil“ des Klienten anzusprechen. Dabei können alle beschriebenen Prozesse auch parallel auftreten – dann nämlich, wenn der Klient in einer späteren Therapiephase durch einen Trigger wieder in akute Inkongruenz gerät.

5. Schlussfolgerungen und Ausblick

Zum besseren Verständnis unserer Klienten und damit auch zur Verbesserung der Qualität unserer Therapien haben wir einen ersten Versuch unternommen, eine personenzentrierte Störungstheorie der dissozialen Persönlichkeitsstörung zu entwickeln. Dieses Modell sowie die daraus abgeleiteten Behandlungsempfehlungen sollen im Rahmen von verschiedenen Forschungsprojekten des FPD begleitend wissenschaftlich untersucht werden. Die beiden genannten Fallbeispiele zeigen, dass mittels des Beziehungsangebots Personenzentrierter TherapeutInnen – welches sich durch Empathie, Unbedingte Wertschätzung und Echtheit auszeichnet – unabhängig

von der sich zu Beginn der Therapie präsentierenden Beziehungsfähigkeit und Beziehungsgestaltung des Klienten eine therapeutische Allianz erreicht werden muss, um die Grundlage der weiteren Behandlung zu schaffen. Darauf aufbauend kann dann der beschriebene therapeutische Ansatz, bestehend aus einer Kombination aus Delikt- und Traumaarbeit verwirklicht werden. Wir möchten uns dafür einsetzen, dass die anfänglich vom Klienten präsentierte Beziehungsgestaltung nicht als Kriterium für dessen *grundsätzliche* Behandelbarkeit verwendet wird. Unseres Erachtens soll die Behandelbarkeit erst *nach* den durch uns beschriebenen personenzentrierten therapeutischen Bemühungen beurteilt werden.

Ferner ist unseres Erachtens bei Personen mit DPS vor allem deren Tendenz, sich nicht in andere Personen einfühlen zu können (und zu wollen), ihnen aber feindselige Absichten zuzuschreiben („hostile Attribution“), wodurch sie ihre Gewalt rechtfertigen, besondere Beachtung zu schenken (auch bei der Diagnosestellung). Auch diese Tendenz zur hostilen Attribution werden wir bei unserer Klientel begleitend empirisch untersuchen. Weiter ist der Frage nachzugehen, inwieweit auch bei Personen mit DPS – ähnlich wie bei Personen mit der Diagnose einer Psychopathie – Subgruppen zu unterscheiden sind. Unser Störungsmodell bezieht sich auf impulsiv-gewalttätige Personen mit einem Trauma-Hintergrund. Es ist jedoch durchaus denkbar, dass es weitere Teil-Gruppen von dissozialen Persönlichkeiten gibt, für welche andere (modifizierte) Störungsmodelle hilfreich für die Behandlung sind.

Literatur

- Biermann-Ratjen, E.-M. (2002). Das gesprächspsychotherapeutische Verständnis von Psychotrauma. *PERSON*, 2, 128–134.
- Black, D. W., Baumgard, C. H. & Bell, S. E. (1995). A 16 to 45 year follow-up of 71 men with antisocial personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 36, 130–140.
- Black, D. W., Baumgard, C. H., Bell, S. E. & Kao, C. (1996). Death rates in 71 men with antisocial personality disorder: A comparison with general population mortality. *Psychosomatics*, 37, 131–136.
- Blackburn, R. (2009). Subtypes of psychopath. In M. McMurrin & R. Howard (Eds.), *Personality, personality disorder and violence* (pp. 113–132). Chichester: Wiley.
- Blackburn, R. & Lee-Evans, J. M. (1985). Reactions of primary and secondary psychopaths to anger-evoking situations. *British Journal of Clinical Psychology*, 24, 254–269.
- Blackburn, R., Logan, C., Donnelly, J. & Renwick, S. J. D. (2008). Identifying psychopathic subtypes: Combining an empirical personality classification of offenders with the Psychopathy Checklist-Revised. *Journal of Personality Disorders*, 22, 604–622.
- Brandt, C. & Heinerth, K. (2006). Symbolisierungsstörungen und emotional instabile Persönlichkeitsentwicklung. *PERSON*, 1, 1–20.
- Brinkley, C. A., Newman, J. P., Widiger, T. A. & Lynam, D. R. (2004). Two approaches to parsing the heterogeneity of psychopathy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 69–94.
- Bosworth, A. C. (2008). *Das verletzte Kind, das Kind, das verletzt*. Sévaz, CH: Eigenverlag
- Claas, P. & Schulze, C. (2002). *Prozessorientierte Psychotherapie bei der Traumaverarbeitung*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Cleckley, H. (1941). *The mask of sanity*. 1st edition. St. Louis: Mosby.
- Damasio, A. R. (1994). *Descartes' Error. Emotion, reason, and the human brain*. New York: Grosset/Putnam.
- Duggan, C. (2009). A treatment guideline for people with antisocial personality disorder: Overcoming attitudinal barriers and evidential limitations. *Criminal Behaviour and Mental Health*, epub ahead of print.
- Duggan, C., Huband, N., Smailagic, N., et al. (2007). The use of psychological treatments for people with personality disorder: A systematic review of randomized controlled trials. *Personality and Mental Health*, 1, 95–125.
- Duggan, C., Huband, N., Smailagic, N., et al. (2008). The use of pharmacological treatments for people with personality disorder: A systematic review of randomized controlled trials. *Personality and Mental Health*, 2, 119–170.

- Duggan, C., Pilling, S., Adshead, G., Brown, A., Coid, J., Connelly, N., et al. (2009). *Antisocial personality disorder (ASPD). Antisocial personality disorder: Treatment, management and prevention. NICE Clinical Guideline 77*. National Collaborating Centre for Mental Health.
- Farrington, D. P., Ohlin, L. E. & Wilson, J. Q. (1986). *Understanding and Controlling Crime: Toward a New Research Strategy*. New York: Springer-Verlag.
- Fazel, S. & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23 000 prisoners: A systematic review of 62 surveys. *Lancet*, 359, 545–550.
- Ferguson, B. & Tyrer, R. (2000). History of the concept of personality disorder. In P. Tyrer (Ed.), *Personality Disorders. Diagnosis, management and course*. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Fowles, D. C. & Dindo, L. (2006). A dual-deficit model of psychopathy. In C. J. Patrick (Ed.), *Handbook of Psychopathy* (pp. 14–34). New York: Guilford.
- Greenberg, L. (2002). *Emotion-focused therapy: coaching clients to work through their feelings*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Hare, R. D. (1994). Predators: The disturbing world of the psychopaths among us. *Psychology Today*, Jan/Feb, 1994.
- Hare, R. D. (2004). 2nd Edition *Hare PCL-R: Technical Manual*. Toronto: Multi Health Systems.
- Hare, R. D., Clark, D., Grann, M. & Thornton, D. (2000). Psychopathy and the predictive validity of the PCL-R: An international perspective. *Behavioral Sciences and the Law*, 18, 623–645.
- Hart, S. (2008). *Brain, attachment, personality. An Introduction to neuroaffective development*. London: Karnac.
- Heinrich, K. (2002). Versperrte und verzerrte Symbolisierungen. Zum differentiellen Verständnis von Persönlichkeits- und neurotischen Störungen in Theorie und Praxis. In C. Isel, W. W. Keil, L. Korbei, N. Nesmeskeri, S. Rasch-Oswald, P. F. Schmid & P. G. Wacker (Hrsg.), *Identität – Begegnung – Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrtausendwende* (S. 145–180). Köln: GwG-Verlag.
- Karpman, B. (1946). Psychopathy in the scheme of human typology. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 103, 276–288.
- Karpman, B. (1948). The myth of the psychopathic personality. *American Journal of Psychiatry*, 104, 523–534.
- Koch, J. L. A. (1891). *Die psychopathischen Minderwertigkeiten*. Ravensburg: O. Maier.
- Kraepelin, E. (1905). *Einführung in die psychiatrische Klinik* (2. Aufl.). Leipzig: Barth.
- Landenberger, N. A. & Lipsey, M. W. (2005). The positive effects of cognitive-behavioral programs for offenders: A meta-analysis of factors associated with effective treatment. *Journal of Experimental Criminology*, 1, 451–476.
- LeDoux, J. E. (2001). *Synaptic self: How our brains become who we are*. New York: Viking.
- Levine, P. (1996). *Trauma healing articles*. Lyons: Foundation for Human Enrichment.
- Levine, P. (2008). *Healing Trauma*. Boulder, CO: Sounds True.
- Lipsey, M. W., Landenberger, N. A., & Wilson, S. J. (2007). *Effects of Cognitive-Behavioral Programs for Criminal Offenders*. Campbell Collaboration Systematic Review. Available at: http://www.campbellcollaboration.org/doc-pdf/lipsey_CBT_finalreview.pdf.
- Lipton, D. S., Pearson, F. S., Cleland, C. M., et al. (2002). The effectiveness of cognitive-behavioural treatment methods on offender recidivism: Meta-analytic outcomes from the CDAT project. In: *Offender Rehabilitation and Treatment: Effective Programmes and Policies to Reduce Re-Offending* (ed J. McGuire), pp. 79–112. Chichester: John Wiley & Sons.
- Matthews, B. A., & Norris, F. H. (2002). When is believing “seeing”? Hostile attribution bias as a function of self-reported aggression. *Journal of Applied Social Psychology*, 32, 1–32.
- Millon, T. & Davis, R. D. (1996). *Disorders of personality: DSM-IV and beyond* (2nd ed.). New York: Wiley.
- Parker, J., Sitarenios, G. & Hare, R. D. (2003). *Large sample multigroup factor analyses of the Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R)*.
- Petermann, F. & Petermann, U. (2007). *Training mit Jugendlichen. Förderung von Arbeits- und Sozialverhalten* (8. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Pollock, V. E., Briere, J., Schneider, L., Knop, J., Mednick, S. A. & Goodwin, D. W. (1990). Childhood antecedents of antisocial behavior: parental alcoholism and physical abusiveness. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1290–1293.
- Porter, S. (1996). Without conscience or without active conscience? The etiology of psychopathy revisited. *Aggression and Violent Behavior*, 3, 308–338.
- Prichard, J. C. (1835). *A treatise on insanity and other disorders affecting the mind*. Sherwood: Gilbert & Piper.
- Rauchfleisch, U. (2000). Antisoziales Verhalten und Delinquenz. In O. F. Kernberg, B. Dulz, U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (S. 381–391). Stuttgart: Schattauer.
- Robins, L. N. (1987). The epidemiology of antisocial personality disorder. In R. O. Michels & J. O. Cavenar (Eds.), *Psychiatry, Vol. 3* (pp. 1–14). Philadelphia, P. A.: JB Lippincott.
- Robins, L. N., Tipp, J. & Przybeck, T. (1991). Antisocial personality. In L. N. Robins & D. A. Regier (Eds.), *Psychiatric Disorders in America* (pp. 258–290). New York: Free Press.
- Rotgers, F. & Maniaci, M. (Hrsg.). (2007). *Die antisoziale Persönlichkeitsstörung. Therapien im Vergleich: Ein Praxisführer*. Bern: Hans Huber.
- Schneider, K. (1923) Die psychopathischen Persönlichkeiten. In G. Aschaffenburg (Hrsg.), *Handbuch der Psychiatrie*. Spezieller Teil, 7. Abt., 1. Teil. Leipzig: Deuticke.
- Tong, L. S. J. & Farrington, D. P. (2006). How effective is the ‘Reasoning and Rehabilitation’ programme in reducing reoffending? A meta-analysis of evaluations in three countries. *Psychology, Crime and Law*, 12, 3–24.
- Vassileva, J., Kosson, D. S., Abramowitz, C. & Conrod, P. (2005). Psychopathy versus psychopathies in classifying criminal offenders. *Legal and Criminological Psychology*, 10, 217–227.
- Warner, M. S. (1998). A client-centered approach to therapeutic work with dissociated and fragile process. In L. S. Greenberg, J. C. Watson & G. Lietaer (Eds.), *Handbook of experiential psychotherapy* (pp. 368–387). New York: Guilford.
- Warner, M. S. (2000). Person-centred therapy at the difficult edge: a developmentally based model of fragile and dissociated process. In D. Mearns & B. Thorne, *Person-centred therapy today. New frontiers in theory and practice* (pp. 144–171). London: Sage.
- Warner, M. S. (2002). *Psychologischer Kontakt, bedeutungstragende Prozesse und die Natur des Menschen. Eine Neuformulierung personenzentrierter Theorie*. *Person*, 6, 59–64.
- Wilson, D. B., Bouffard, L. A. & Mackenzie, D. L. (2005). A quantitative review of structured, group-oriented, cognitive-behavioral programs for offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 32, 172–204.

Autorinnen:

Jennifer Steinbach, 1977, lic.phil. (Psychologin FSP), Mitarbeiterin der Forschungsabteilung des Forensisch-Psychiatrischen Dienstes der Universität Bern, Personzentrierte Psychotherapeutin (in Ausb.), tätig in der Strafanstalt Thorberg (Bern, Schweiz).

Leena Hässig, 1957, lic.phil. (Psychologin FSP), Personzentrierte Psychotherapeutin, Lehrtherapeutin und Supervisorin in somatischer Psychotherapie – Biosynthese (IIBIS), Fachpsychologin für Klinische Psychologie FSP, Präsidentin der Schweizerischen Gesellschaft für Rechtspsychologie SGRP/SSPL, seit 25 Jahren als Therapeutin in der Frauenstrafanstalt Hindelbank und aktuell in der Strafanstalt Thorberg tätig (Bern, Schweiz).

Katinka Kohle, 1970, lic.phil. (Psychologin FSP), Mitarbeiterin der Therapieabteilung des Forensisch-Psychiatrischen Dienstes der Universität Bern, Verhaltenstherapeutin (in Ausb.), tätig in der Strafanstalt Thorberg (Bern, Schweiz).

Anneliese Ermer, 1947, Prof. Dr. med., Chefärztin und Leitung des Forensisch-Psychiatrischen Dienstes der Universität Bern, Psychotherapeutin (psychodynamische und verhaltenstherapeutische Orientierung) mit langjähriger forensischer Erfahrung (Therapie und Gutachten), Lehrtätigkeit an der Universität Bern (Forensische Psychiatrie).

Korrespondenzadresse:

Jennifer Steinbach
Forensisch-Psychiatrischer Dienst der Universität Bern
Falkenplatz 16
3012 Bern
E-Mail: jennifer.steinbach@fpd.unibe.ch