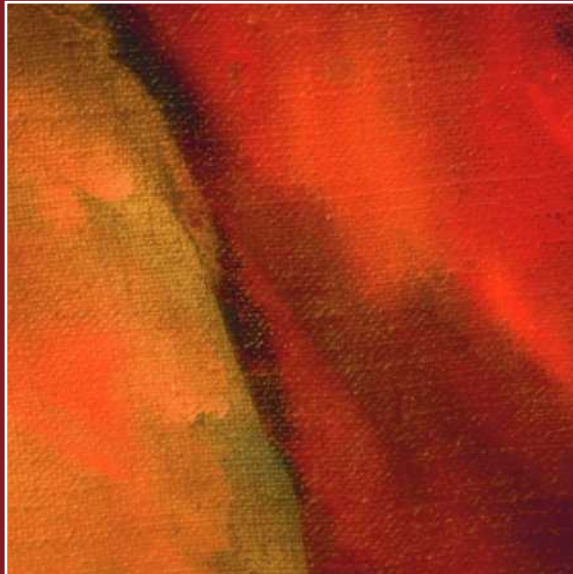


Dulz ■ Briken
Kernberg ■ Rauchfleisch



Handbuch der Antisozialen Persönlichkeitsstörung

Dulz ■ Briken ■ Kernberg ■ Rauchfleisch

Handbuch der Antisozialen Persönlichkeitsstörung

Unter Mitarbeit von

Torvi Abel
Salman Akhtar
Anthony Bateman
Katja Bertsch
Jonni Brem
Thomas Bronisch
Anna Buchheim
Gerhard Dammann
Volker Dittmann
Manuela Dudeck
Moritz Thede Eckart
Ralf Eschelbach
Sabine Eucker
Peter Fonagy
Fritjof von Franqué
Harald J. Freyberger
Elmar Habermeyer
Hans-Peter Hartmann
Gitta Jacob
Claudia Knörnschild
Norbert Konrad
Maja Krischer
Hans-Ludwig Kröber
Fritz Lackinger
Steffen Lau
Norbert Leygraf
Klaus Lieb

Mathias Lohmer
Johannes Lohner
Andreas Mokros
Jürgen L. Müller
Rüdiger Müller-Isberner
Angela Oermann
Annette Opitz-Welke
Willi Pecher
Charlotte Ramb
Martin Rettenberger
Rainer Sachse
Ulrich Sachsse
Nahlah Saimeh
Norbert Schalast
Andres R. Schneeberger
Kathrin Sevecke
Vera Schneider-Njepel
Carsten Spitzer
Jutta Stoffers-Winterling
Michael H. Stone
Svenn Torgersen
Birgit Völlm
Tatjana Voß
Hans-Jürgen Wirth
Frank E. Yeomans
Jessica Zoltani

Dulz ■ Briken ■ Kernberg ■ Rauchfleisch

Handbuch der Antisozialen Persönlichkeitsstörung

Herausgegeben von

Birger Dulz

Peer Briken

Otto F. Kernberg

Udo Rauchfleisch

Übersetzungen von

Petra Holler

Mit 15 Abbildungen und 174 Tabellen



Ihre Meinung zu diesem Werk ist uns wichtig! Wir freuen uns auf Ihr Feedback unter www.schattauer.de/feedback oder direkt über QR-Code.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Besonderer Hinweis:

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk mit allen seinen Teilen ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert werden.

© 2017 by Schattauer GmbH, Hölderlinstraße 3,
70174 Stuttgart, Germany
E-Mail: info@schattauer.de
Internet: www.schattauer.de
Printed in Germany

Lektorat: Marion Lemnitz, Berlin
Projektleitung: Dr. Nadja Urbani
Übersetzungen: Petra Holler, Passau
Umschlagabbildung: fotolia.com © Mikhail
Zahranichny
Satz: abavo GmbH, Buchloe
Druck und Einband: Westermann Druck
Zwickau GmbH, Zwickau

Auch als E-Book erhältlich:
ISBN 978-3-7945-6867-3

ISBN 978-3-7945-3063-2

Vorwort

Vor über 20 Jahren begannen Ärzte und Psychologen, systematisch mit Borderline-Patienten zu arbeiten, was die große Mehrzahl ihrer Kollegen für unmöglich oder zumindest kaum machbar hielt. Heute wissen wir, dass die Prognose im Vergleich zu anderen psychischen Störungen gut ist – nicht zuletzt durch die spezifischen Psychotherapieverfahren.

An ähnlicher Stelle – wie vor 20 Jahren bei den Borderline-Persönlichkeitsstörungen – stehen wir heute im Hinblick auf die Antisoziale Persönlichkeitsstörung. Patienten mit dieser Störung werden in forensischer wie auch in nichtforensischer Klinik und Praxis immer zahlreicher und die entsprechenden Kollegen sind mindestens unsicher, wie sie zu behandeln sein könnten. Die spezifischen Therapieverfahren – oft ursprünglich für die Borderline-Therapie entwickelt – sind in unterschiedlichem Maße auf die aktuelle Herausforderung durch antisoziale Patienten vorbereitet. Tatsächlich gilt nicht mehr, was Bleuler in der Erstauflage seines wegweisenden Lehrbuches (1916, S. 426) schrieb: *„Die Behandlung der psychopathischen Persönlichkeiten ist leider eine nicht sehr dankbare, denn zu ändern sind sie natürlich nicht; man muss sich mit ihnen abfinden.“* In der elften Auflage desselben Lehrbuches (1969, S. 521) heißt es bereits: *„Völlig verfehlt und veraltet ist es, eine Behandlung der Psychopathie von vornherein als aussichtslos und unmöglich zu betrachten. Man verstehe das Wesen der Psychopathie schlecht, wenn man sich überlegte: sie beruht auf einer Erbanlage, eine Erbanlage kann nicht behandelt werden ... Was für eine Persönlichkeit aus gegebenen Erbanlagen heranreift, hängt sehr von der Lebenserfahrung ab ...“*

Vor der Behandlung steht typischerweise eine kompetente Diagnostik. Und auch hier herrscht bereits oft Unsicherheit, zumal eine Diagnostik nach dem „Strukturierten Klinischen Interview für DSM-IV, Achse II“ (SKID-II) bei einigen Persönlichkeitsstörungen – dazu zählt auch die Antisoziale Persönlichkeitsstörung – oft genug nicht der klinischen Diagnose entspricht. Sodann stellt sich bei manchen Patienten die Frage, ob diese „nur“ antisozial oder gar psychopathisch sind.

Es ist daher an der Zeit, das vorhandene Wissen zusammenzustellen. Deshalb haben wir viele auf diesem Gebiet besonders kompetente Kolleginnen und Kollegen gebeten, an diesem ersten Handbuch der Antisozialen Persönlichkeitsstörung mitzuwirken. Wir – die Herausgeber – haben mit diesen Patienten unterschiedliche Erfahrungen gemacht und sind uns durchaus nicht in allen Punkten einig. Das sollte eine gute Voraussetzung sein, die Vielschichtigkeit des Phänomens abbilden zu können. Wenn uns dies gelingen sollte, käme das vor allem den Patienten zugute, die heute von den allermeisten Kollegen sehr ungern gesehen werden – sowohl in Klinik wie Praxis. Das war vor 20 Jahren bei den Patienten mit Borderline-Störungen nicht anders. Mittlerweile werden sie von vielen Therapeuten als besonders spannende Patienten angesehen und gerne behandelt. Besonders bei der Anwendung spezifischer Psychotherapieverfahren ist bei diesen Patienten die Prognose heute besser als bei vielen anderen schweren psychischen Störungen. Wir hoffen, dass für die Patienten mit einer Antisozialen Persönlichkeitsstörung eine ähnlich günstige Entwicklung eintritt, der

ein erheblicher Zuwachs an Wissen über die Störung voranging.

Daneben wünschen wir uns, dass die Forschung zu Ätiologie und Diagnostik, aber vor allem auch zur Therapie stimuliert wird, damit diese Patienten in absehbarer Zeit ebenso gut behandelbar sind wie heute Patienten mit Borderline-Störungen. Therapie vor allem deshalb, weil der fatale Trend zur durchaus notwendigen Grundlagenforschung zu einer Vernachlässigung der Therapieforschung führte – Psychotherapieforschung ist halt sehr aufwendig und vor allem über Jahre zeitraubend.

Die Wirksamkeitsnachweise von Psychotherapien bei Patienten mit einer Antisozialen Persönlichkeitsstörung stecken noch in den Kinderschuhen. In diesem Handbuch bekommen deshalb unterschiedlichste Verfahren den nötigen Platz eingeräumt, unabhängig von einem Evidenzgrad. Das ist auch aus folgenden Gründen wichtig:

- Die Verfahren sollen animiert werden, sich um Wirksamkeitsnachweise zu bemühen. Das hängt aber nicht zuletzt von den zur Verfügung stehenden Forschungsmitteln ab.
- Selbst Probleme beim Wirksamkeitsnachweis belegen nicht automatisch eine Unwirksamkeit, sondern unter Umständen, dass mit den vorhandenen Mitteln der Wirksamkeitsnachweis (noch) nicht möglich war.
- Für Verfahren, die auf Persönlichkeits- und Beziehungsänderungen abzielen, ist ein Wirksamkeitsnachweis schwieriger zu erbringen als bei symptomorientierten Verfahren.
- Die Patienten sind sehr unterschiedlich und demzufolge entspricht der Anspruch, mit dem eigenen Verfahren den Königsweg beschritten zu haben, einer Wahrnehmungseinschränkung, die wir bei Patienten durchaus erfolgreich behandeln

können, wenn bei ihnen ein Leidensdruck besteht, der bei „Therapiekönigen“ kaum je zu finden ist.

Wir vier Herausgeber kommen aus unterschiedlichen klinischen Bereichen. Otto Kernberg und Udo Rauchfleisch sind seit Langem ambulant tätig und haben dabei hinsichtlich der Psychotherapie von antisozialen Patienten durchaus unterschiedliche Erfahrungen gemacht, die dazu führten, dass Otto Kernberg ausgesprochen skeptisch hinsichtlich der möglichen Behandlungserfolge war, während Udo Rauchfleisch die Prognose dieser Patienten optimistischer einschätzte. Peer Briken als Forensischer Psychiater und Psychotherapeut hat mit Patienten mit einer Antisozialen Persönlichkeitsstörung vor allem dann zu tun, wenn diese straffällig geworden sind. Und Birger Dulz hat seine Erfahrungen vor allem im Rahmen der stationären Psychotherapie gemacht; auf einer Station seiner Klinik konnte er in geballtem Maße beobachten, dass eine Therapie durchaus erfolgreich sein kann – vor allem, wenn der jeweilige Patient mit einer Antisozialen Persönlichkeitsstörung empathiefähig ist oder es gelungen ist, seine Empathiefähigkeit in absehbarer Zeit zu entwickeln.

Neben den vielfältigen therapeutischen Disziplinen, die den größten Platz im vorliegenden Handbuch einnehmen, haben wir uns bemüht, viele andere Aspekte zu berücksichtigen. Der erste Abschnitt des Werkes betrifft die „Geschichte und Epidemiologie“. Sodann folgt die Darstellung der „Grundlagen“, von Genetik über soziale Faktoren und rechtliche Themen bis zur Prognose. Im Abschnitt „Klassifikation und Diagnostik“ beansprucht vor allem die Differenzialdiagnostik bedeutenden Platz. Die „Symptomatologie“ beinhaltet nicht nur „klassisch-psychiatrische“ Beiträge über beispielsweise Angst und Dissoziation, sondern auch die Illustration von

Beziehungsaspekten. Und schließlich dann die durchaus sehr unterschiedlichen Therapieverfahren ... Aber zu diesem komplexen Thema hatten wir oben bereits einige Ausführungen gemacht.

Ein, wie wir finden, umfassendes Handbuch wie dieses lebt natürlich vor allem von der theoretischen Kompetenz und praktischen Erfahrung der zahlreichen Autoren, aber auch von der Arbeit der vielen Personen „hinter den Kulissen“. Stellvertretend für alle danken wir insbesondere Herrn Dr. Wulf Bertram und Frau Dr. Nadja Urbani vom

Schattauer-Verlag für die erhebliche und aufwendige Unterstützung sowie Frau Marion Lemnitz, die in bewährter und kompetenter Weise die Lektorierung der Texte durchführte. Frau Dipl.-Psych. Petra Holler hat die englischsprachigen Texte übersetzt, ihrer Arbeit ist neben der sprachlichen auch die fachliche Kompetenz deutlich anzumerken.

Hamburg, New York,
Basel im Sommer 2016

Birger Dulz
Peer Briken
Otto F. Kernberg
Udo Rauchfleisch

Anschriften

Herausgeber

Prof. Dr. med. Peer Briken
 Universitätsklinikum Eppendorf
 Institut für Sexualforschung und
 Forensische Psychiatrie
 Martinstraße 52
 20246 Hamburg
 briken@uke.uni-hamburg.de

Dr. med. Birger Dulz
 Klinik für Persönlichkeits- und Trauma-
 folgestörungen
 Asklepios Klinik Nord – Ochsenzoll
 Langenhorner Chaussee 560
 22419 Hamburg
 b.dulz@asklepios.com

Prof. Dr. Otto F. Kernberg, MD
 New York Presbyterian Hospital
 Westchester Divison, Personality Disorders
 Institute
 Weill Medical College
 21 Bloomingdale Road
 White Plains, NY 10605-1596
 USA
 okernberg@nyh.med.cornell.edu

**Prof. Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Udo
 Rauchfleisch**
 Delsbergerallee 65
 4053 Basel
 Schweiz
 Udo.Rauchfleisch@unibas.ch
 info@udorauchfleisch.ch

Autoren

Dipl.-Psych. Torvi Abel
 Asklepios Klinik Nord – Ochsenzoll
 Klinik für Persönlichkeits- und Trauma-
 folgestörungen
 Langenhorner Chaussee 560
 22419 Hamburg
 t.abel@asklepios.com

Salman Akhtar
 Philadelphia College
 Jefferson Medical College
 Department of Psychiatry and Human
 Behavior
 33 South 9th Street, Suite 210-C
 Philadelphia, PA 19107
 USA
 salman.akhtar@jefferson.edu

Prof. Anthony Bateman, MA, FRCPsych
 Facharzt für Psychiatrie
 Anna Freud Centre
 12 Maresfield Gardens
 London NW3 5SU
 Großbritannien
 anthony.bateman@ucl.ac.uk

Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Katja Bertsch
 Klinik für Allgemeine Psychiatrie
 Zentrum für Psychosoziale Medizin
 Universitätsklinikum Heidelberg
 Voßstraße 2
 69115 Heidelberg
 Katja.Bertsch@med.uni-heidelberg.de

Jonni Brem

Männerberatung Wien
Erlachgasse 95/5
1100 Wien
Österreich
brem@maenner.at

Prof. Dr. med. Thomas Bronisch

Max-Planck-Institut für Psychiatrie
Kraepelinstraße 10
80804 München
t.bronisch@web.de

Prof. Dr. biol. hum. Dipl.-Psych. Anna Buchheim

Institut für Psychologie
Universität Innsbruck
Innrain 52
6020 Innsbruck
Österreich
anna.buchheim@uibk.ac.at

PD Dr. med. Dipl.-Psych. Dipl.-Soz. Gerhard Dammann

Psychiatrische Dienste Thurgau
Psychiatrische Klinik Münsterlingen
Seeblickstrasse 10
8596 Münsterlingen
Schweiz
gerhard.dammann@stgag.ch

Prof. Dr. med. Volker Dittmann

Institut für Rechtsmedizin
Pestalozzistrasse 22
4056 Basel
Schweiz
vdittmann@hotmail.com

Prof. Dr. med. Manuela Dudeck

Klinik für Forensische Psychiatrie und
Psychotherapie
des Bezirkskrankenhauses Günzburg
Akademisches Krankenhaus für die
Universität Ulm
Ludwig-Heilmeyer-Str. 02/Haus 94
89312 Günzburg
Manuela.Dudeck@bkh-guenzburg.de

Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Moritz Thede Eckart

Vitos Klinik für Forensische Psychiatrie
Haina
Landgraf-Philipp-Platz 3
35114 Haina (Kloster)
MoritzThede.Eckart@vitos-haina.de

Dr. Ralf Eschelbach

Bundesgerichtshof
2. Strafsenat
Herrenstraße 45a
76133 Karlsruhe
eschelbach.ralf@bgh.bund.de
ralfeschelbach@t-online.de

Dipl.-Psych. Sabine Eucker

Vitos Klinik für Forensische Psychiatrie
Haina
Landgraf-Philipp-Platz 3
35114 Haina
sabine.eucker@vitos-haina.de

Prof. Peter Fonagy, PhD, FBA, FMedSci

Forschungsabteilung des Departments
für Klinische, Pädagogische und Gesund-
heitspsychologie
am University College London
1-19 Torrington Place, London WC1E 6BT
Großbritannien
p.fonagy@ucl.ac.uk.

Dipl.-Psych. Fritjof von Franqué
 Universitätsklinikum Eppendorf
 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
 Institut für Sexualforschung und
 Forensische Psychiatrie
 Martinstraße 52
 20246 Hamburg
 f.von-franque@uke.de

Prof. Dr. med. Harald Jürgen Freyberger
 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und
 Psychotherapie
 der Universitätsmedizin Greifswald
 am Helios Hanseklinikum Stralsund
 Rostocker Chaussee 70
 18437 Stralsund
 freyberg@uni-greifswald.de

Prof. Dr. med. habil. Elmar Habermeyer
 Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
 Klinik für Forensische Psychiatrie
 Lenggstrasse 31
 Postfach 1931
 8032 Zürich
 Schweiz
 elmar.habermeyer@puk.zh.ch

**Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Hans-Peter
 Hartmann**
 MediClin Klinik an der Lindenhöhe
 Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und
 Psychosomatik
 Bertha-von-Suttner-Straße 1
 77654 Offenburg
 HPHartmann@aol.com

PD Dr. phil. Dipl.-Psych. Gitta Jacob
 GAIA AG
 Gertigstraße 12–14
 22303 Hamburg
 gitta.jacob@gaia-group.com

Dipl.-Psych. Claudia Knörnschild
 Forensische Praxis Marburg
 Liebigstr. 21
 35037 Marburg
 claudia.knoernschild@forensische-praxis-
 marburg.de

Prof. Dr. med. Norbert Konrad
 Institut für Forensische Psychiatrie
 Charité – Universitätsmedizin Berlin
 Oranienburger Straße 285, Haus 10
 13437 Berlin
 norbert.konrad@charite.de

PD Dr. rer. nat Dipl.-Psych. Maja Krischer
 Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
 und -psychotherapie
 Universität zu Köln
 Robert-Koch-Straße 10
 50931 Köln
 maya.krischer@uk-koeln.de

Prof. Dr. med. Hans-Ludwig Kröber
 Institut für Forensische Psychiatrie
 Charité – Universitätsmedizin Berlin
 Oranienburger Straße 285
 13437 Berlin
 mail@hlkroeber.de

PD Dr. Dipl.-Psych. Fritz Lackinger
 Otto-Bauer-Gasse 20/8
 1060 Wien
 Österreich
 flackinger@utanet.at

Dr. med. Steffen Lau
 Zentrum für Stationäre Forensische
 Therapien
 Klinik für Forensische Psychiatrie
 Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
 Alleestrasse 61
 8462 Rheinau
 Schweiz
 steffen.lau@puk.zh.ch

Prof. Dr. med. Norbert Leygraf

Institut für Forensische Psychiatrie
der Universität Duisburg-Essen
LVR-Klinikum Essen
Virchowstraße 174
45147 Essen
norbert.leygraf@uni-due.de

Prof. Dr. med. Klaus Lieb

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Mainz
Untere Zahlbacherstraße 8
55131 Mainz
klaus.lieb@ukmainz.de

Dr. phil. Dipl.-Psych. Mathias Lohmer

Feilitzschstraße 36
80802 München
lohmer@t-online.de

Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Johannes Lohner

Hochschule für Angewandte Wissen-
schaften Landshut
Am Lurzenhof 1
84036 Landshut
lohner@haw-landshut.de

PD Dr. phil. habil. Andreas Mokros

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Klinik für Forensische Psychiatrie
Lenggstrasse 31
Postfach 1931
8032 Zürich
Schweiz
andreas.mokros@puk.zh.ch

Prof. Dr. med. Jürgen L. Müller

Schwerpunktprofessur für Forensische
Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsmedizin Göttingen
Rosdorfer Weg 70
37081 Göttingen
ju.mueller@asklepios.com

Dr. Rüdiger Müller-Isberner

Vitos Klinik für Forensische Psychiatrie
Haina
Landgraf-Philipp-Platz 3
35114 Haina
ruediger.mueller-isberner@vitos-haina.de

Dipl.-Psych. Angela Oermann

Ruhr-Universität Bochum
Zentrum für Psychotherapie
Massenbergstraße 9–13
44787 Bochum
angela.oermann@web.de

Dr. med. Annette Opitz-Welke

Abteilung für Psychiatrie und Psycho-
therapie
Justizvollzugskrankenhaus Berlin
Saatwinkler Damm 1a / 13627 Berlin
opitz-welke@web.de

Dr. phil. Dipl.- Psych. Willi Pecher

Sozialtherapeutische Abteilung Gewalt-
delikte der Justizvollzugsanstalt München
Stadelheimer Straße 12
81549 München
wilhelm.pecher@jva-m.bayern.de

Dr. med. Charlotte Ramb

Asklepios Klinik Nord – Ochsenzoll
Klinik für Persönlichkeits- und Trauma-
folgestörungen
Langenhorner Chaussee 560
22419 Hamburg
c.ramb@asklepios.com

Dipl.-Psych. Dr. biol. hum. Martin

Rettenberger, M.A.
Kriminologische Zentralstelle (KrimZ)
Viktoriastraße 35
65189 Wiesbaden
m.rettenger@krimz.de

Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Rainer Sachse
 Institut für Psychologische Psychotherapie
 Prümerstraße 4
 44787 Bochum
 info@ipp-bochum.de

Prof. Dr. med. Ulrich Sachsse
 Asklepios Fachklinikum Göttingen
 Rosdorfer Weg 70
 37081 Göttingen
 u.sachsse@asklepios.com

Dr. med. Nahlah Saimeh
 LWL-Zentrum für Forensische Psychiatrie
 Lippstadt
 Eickelbornstraße 19
 59556 Lippstadt
 n.saimeh@lwl.org

Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Norbert Schalast
 Institut für Forensische Psychiatrie
 der Universität Duisburg-Essen
 LVR-Klinikum Essen
 Virchowstraße 174
 45147 Essen
 norbert.schalast@uni-due.de

Dr. med. Andres R. Schneeberger
 Psychiatrische Dienste Graubünden
 Piazza Paracelsus 2
 7500 St. Moritz
 Schweiz
 andres.schneeberger@pdgr.ch

Prof. Dr. med. Kathrin Sevecke
 Universitätsklinik für Kinder- und
 Jugendpsychiatrie Anichstraße 35
 6020 Innsbruck
 Österreich
 kathrin.sevecke@tirol-kliniken.at

Vera Schneider-Njepel
 Forensisch-Therapeutische Ambulanz
 Institut für Forensische Psychiatrie
 Charite – Universitätsmedizin Berlin
 Seidelstraße 38
 13507 Berlin
 vera.schneider-njepel@charite.de

Prof. Dr. med. Carsten Spitzer
 Asklepios Fachklinikum Tiefenbrunn
 37124 Rosdorf
 c.spitzer@asklepios.com

Dipl.-Psych. Julia Stoffers-Winterling
 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
 Universitätsklinikum Mainz
 Untere Zahlbacherstraße 8
 55131 Mainz
 jutta.stoffers@uniklinik-freiburg.de

Michael H. Stone, MD
 Professor of Clinical Psychiatry
 Columbia College of Physicians &
 Surgeons, New York City
 225 Central Park West, Suite 114
 New York City, NY 10024
 USA
 michaelhstonemd@gmail.com

Prof. Dr. Svenn Torgersen
 Kavringen Brygge 3
 N-0252 Oslo
 Norwegen
 svenn.torgersen@psykologi.uio.no

**Prof. Birgit Völlm, DiplForPsych, MRCPsych
MD PhD**

Professor in Forensic Psychiatry
Head of Section Forensic Mental Health
Division of Psychiatry and Applied
Psychology
School of Medicine
University of Nottingham
Institute of Mental Health, Jubilee Campus
Triumph Rd
Nottingham NG7 2TU
Großbritannien
Birgit.Vollm@nottingham.ac.uk

Dr. med. Tatjana Voß

Forensisch-Therapeutische Ambulanz
Institut für Forensische Psychiatrie
Charite – Universitätsmedizin Berlin
Seidelstraße 38
13507 Berlin
tatjana.voss@charite.de

**Prof. Dr. rer. soc. Dipl.-Psych. Hans-Jürgen
Wirth**

Psychozial-Verlag
Walltorstr. 10
35390 Gießen
hjwt@psychozial-verlag.de

Prof. Frank E. Yeomans, MD, PhD

ISTFP
Personality Studies Institute
122 East 42nd Street, Suite 3200
New York, NY 10168
USA
Fyeomans@nyc.rr.com

Jessica Zoltani

Dr. Jessica Zoltani
Massachusetts General Hospital
Department of Child and Adolescent
Psychiatry
55 Fruit Street, Yawkey 6A
Boston, MA 02114
USA
jessiczoltani@gmail.com

Inhalt

Teil I Geschichte und Epidemiologie

- 1 Die Historie der Antisozialen Persönlichkeitsstörung: Vom Skrupellosen über psychopathische Persönlichkeiten zur Antisozialen Persönlichkeitsstörung** 3
Torvi Abel und Birger Dulz
- 2 Epidemiologie und Verlauf Antisozialer Persönlichkeitsstörungen** 13
Michael H. Stone
- 3 Kriminalität und antisoziales Verhalten der Mächtigen** 42
Hans-Jürgen Wirth
- 4 Führungskräfte und Antisozialität** 52
Gerhard Dammann

Teil II Grundlagen

- 5 Genetik** 71
Svenn Torgersen
- 6 Neurobiologie und Bildgebung der Antisozialen Persönlichkeitsstörung** 84
Jürgen Müller
- 7 Antisoziale Persönlichkeitsstörung und Bindungserfahrungen** 96
Anna Buchheim

- 8 Emotionale Auffälligkeiten bei antisozialem Verhalten im Kindes- und Jugendalter** 105
Kathrin Sevecke und Maya Krischer
- 9 Soziokulturelle Aspekte der Antisozialen Persönlichkeitsstörung** 115
Salman Akthar und Jessica Zoltani
- 10 Antisoziale Persönlichkeitsstörung und Migrationshintergrund** 136
Nahlah Saimeh
- 11 Antisoziale Persönlichkeitsstörung bei Frauen** 149
Andres R. Schneeberger
- 12 Die Beurteilung der Schuldfähigkeit bei Antisozialer Persönlichkeitsstörung** 159
Hans-Ludwig Kröber
- 13 Die Antisoziale Persönlichkeitsstörung im Strafrecht und im Strafverfahren** 169
Ralf Eschelbach

- 14 Kriminalprognose und Antisoziale Persönlichkeitsstörung** 183
Martin Rettenberger und Peer Briken

Teil III Klassifikation und Diagnostik

- 15 Komorbiditäten – einschließlich Differenzialdiagnose Cluster A-B-C (ICD/DSM)** 197
Elmar Habermeyer und Andreas Mokros

<p>16 Klassifikation und Testdiagnostik . . . 208 Udo Rauchfleisch und Volker Dittmann</p> <p>17 Zur psychodynamischen Diagnostik antisozialer Störungen 219 Fritz Lackinger</p> <p>18 Die dunkle Seite des Narzissmus – antisoziale Persönlichkeit, Psychopathie und maligner Narzissmus . . . 239 Michael Stone</p> <p>19 Differenzialdiagnose antisozialen Verhaltens unter klinischen Gesichtspunkten 259 Otto F. Kernberg</p> <p>20 Narzissmus bei Antisozialer Persönlichkeitsstörung 271 Hans-Peter Hartmann</p> <p>21 Wie antisozial sind Borderline-Patienten? 285 Gerhard Dammann und Birger Dulz</p>	<p>26 Dissoziation 334 Carsten Spitzer und Manuela Dudeck</p> <p>27 Psychosenahe Symptome bei Antisozialer Persönlichkeitsstörung 344 Harald J. Freyberger und Manuela Dudeck</p> <p>28 Antisoziale Persönlichkeitsstörung und Störungen durch psychotrope Substanzen 348 Steffen Lau</p> <p>29 Beziehungsgestaltung – von Narzissmus zu Psychopathie 356 Michael H. Stone</p> <p>30 Antisoziale Persönlichkeitsstörung und Sexualität 369 Peer Briken</p> <p>31 Folgen von Inhaftierung 381 Johannes Lohner und Willi Pecher</p>
---	---

Teil IV Symptomatologie

<p>22 Angst und Antisoziale Persönlichkeitsstörung 301 Birger Dulz und Charlotte Ramb</p> <p>23 Affekte: Spannung, Impulsivität und Antisoziale Persönlichkeitsstörung 311 Katja Bertsch</p> <p>24 Selbstverletzendes Verhalten 317 Ulrich Sachsse</p> <p>25 Suizidalität 323 Thomas Bronisch</p>

Teil V Therapie

<p>32 Psychodynamische Behandlungsansätze 393 Udo Rauchfleisch</p> <p>33 Antisoziale Persönlichkeitsstörung und Übertragungsfokussierte Psychotherapie 399 Gerhard Dammann und Frank E. Yeomans</p> <p>34 Abwehr und Gegenübertragung in der Therapie der Antisozialen Persönlichkeitsstörung 418 Mathias Lohmer und Jonni Brem</p> <p>35 Mentalisierungsbasierte Therapie der Antisozialen Persönlichkeitsstörung 428 Peter Fonagy und Anthony Bateman</p>

36 Beziehungszentrierte Psycho-dynamische Psychotherapie 442
Torvi Abel, Charlotte Ramb und Birger Dulz

37 Dialektisch-Behaviorale Therapie – Forensik 452
Angela Oermann

38 Schematherapie 461
Claudia Knörschild und Gitta Jacob

39 Klärungsorientierte Psychotherapie bei Antisozialer Persönlichkeitsstörung 471
Fritjof von Franqué und Rainer Sachse

40 Ambulante forensische Nachsorge bei Straf- und Maßregelvollzugs-entlassenen mit Antisozialer Persönlichkeitsstörung. 483
Tatjana Voß und Vera Schneider-Njepel

41 Stationäre Therapie in der Forensischen Psychiatrie und Psychotherapie 499
Moritz Thede Eckart, Sabine Eucker und Rüdiger Müller-Isberner

42 Antisoziale Persönlichkeitsstörung und Strafvollzug 520
Norbert Konrad und Annette Opitz-Welke

43 Traumazentrierte Psychotherapie . . 528
Manuela Dudeck

44 Komorbide Suchtstörungen – Hintergründe und Behandlungsansätze 532
Norbert Schalast und Norbert Leygraf

45 Psychotherapieforschungsanalyse. . 547
Birgit Völlm, Jutta Stoffers-Winterling und Klaus Lieb

46 Pharmakotherapie 557
Birgit Völlm, Jutta Stoffers-Winterling und Klaus Lieb

47 Supervision 566
Mathias Lohmer

Anhang

ICD-10-Kriterien der Dissozialen (Antisozialen) Persönlichkeitsstörung (F60.2) 579

DSM-5 – Diagnostische Kriterien der Antisozialen Persönlichkeitsstörung. 580

Das alternative DSM-5-Modell für Persönlichkeitsstörungen – Vorgeschlagene diagnostische Kriterien der Antisozialen Persönlichkeitsstörung. 581

Literaturverzeichnis 583

Personenverzeichnis 653

Sachverzeichnis. 669

Teil I

Geschichte und Epidemiologie

This page intentionally left blank

1 Die Historie der Antisozialen Persönlichkeitsstörung: Vom Skrupellosen über psychopathische Persönlichkeiten zur Antisozialen Persönlichkeitsstörung

Torvi Abel und Birger Dulz

1.1 Einleitung

»Skrupellosigkeit ist ein Fixiertsein auf schändliche Taten und Worte, der Skrupellose aber ist einer, der leichtfertig schwört, einen üblen Ruf hat ... Er spielt gern den Gastwirt, den Puffbesitzer und den Steuereintreiber und pflegt kein schändliches Gewerbe von sich zu weisen, vielmehr sich als Ausrufer, Koch und Glückspieler zu betätigen. Seine Mutter läßt er hungern, [läßt] sich beim Diebstahl erwischen, und im Gefängnis wohnt er länger als im eigenen Haus.« (Theophrast 2000, S. 37)

In dieser Beschreibung eines skrupellosen Charakters, die vom Aristoteles-Schüler Theophrast (372–287 v. Chr.) stammt, sind Übereinstimmungen mit den heutigen Merkmalen der Antisozialen Persönlichkeitsstörung zu erkennen. In seiner Schrift beschrieb Theophrast 30 Charaktere, die alle eine Charakterstörung auszeichnen. Da Charakter und Persönlichkeit begriffsgeschichtlich weitgehend identische Begriffe sind (Hoffmann u. Hochapfel 1979, 2004), können die Wurzeln von Persönlichkeitsstörungen bis in das Altertum zurückverfolgt werden. Zwischen Theophrasts Schriften und dem heutigen Konzept der Antisozialen Persönlichkeitsstörungen liegt eine lange Entwicklungsgeschichte, die weitgehend mit

der Geschichte des psychiatrischen Konzepts von Persönlichkeitsstörungen übereinstimmt und nicht unabhängig von dieser berichtet werden kann (s. Tab. 1-1 am Ende dieses Kapitels).

Als Erster näherte sich der französische Psychiater Philippe Pinel (1809) dem Konzept der Antisozialen Persönlichkeitsstörung. Er prägte den Begriff der »manie sans délire«, deren Kennzeichen Einschränkungen im affektiven Bereich und eine Tendenz zu impulsivem Verhalten bei unbeeinträchtigten Verstandesfunktionen waren.

Beeinflusst von diesem französischen Ansatz entwickelte der amerikanische Arzt Benjamin Rush 1812 sein Konzept der »moral alienation of mind« und der »perversion of moral faculties«. Fehlendes und gestörtes Moralempfinden sah Rush als zentrales Störungsmerkmal an, das Aggression, Rücksichtslosigkeit und Verwahrlosung verursacht (Fiedler 1994; Tress, Wöller et al. 2002).

Der englische Arzt James C. Prichard prägte 1835 den über den englischen Sprachraum hinaus verbreiteten Begriff der »moral insanity«. Prichard sprach in dem Zusammenhang von einer »*morbid perversion of natural feelings, affections, inclinations, temper, habits, moral dispositions ...*« (Prichard 1835, in Saß 1987, S. 7). Aufgrund dieser drei Konzepte wurde in der Folgezeit in vielen Ar-

beiten ein Schwerpunkt auf den Aspekt der sozialen Devianz bei der Beschreibung des Störungsbildes gelegt (Fiedler 2007).

1.2 Von der Degenerationslehre zum Psychopathie-Begriff

Ab 1850 rückten die Degenerationslehre (Entartungslehre) und somit die Frage der Vererbbarkeit von Eigenschaften in den Fokus. Ein wichtiger Vertreter dieser Lehre war der französische Psychiater Benedict A. Morel, der 1857 psychische Störungen als Folge einer Vererbung von schädlichen Umwelteinflüssen verstand (Morel 1857). Die Schwere der Störung nahm laut Morel bei der Generationsfolge zu und führte am Ende zu ihrem Aussterben (Saß 1987; Tress, Wöller et al. 2002).

Der italienische Psychiater Cesare Lombroso ging, beeinflusst von der Degenerationslehre und der Evolutionstheorie Darwins, von einer vererbaren kriminellen Anlage aus. In seinem berühmtesten Werk »L'uomo delinquente« (»Der geborene Verbrecher«) behauptete er 1876, dass Kriminelle besondere körperliche und geistige Merkmale auszeichnen, die zu einer früheren, bereits vergangenen Gattungsstufe gehören (Atavismus). Zur Bestätigung seiner Hypothese untersuchte Lombroso die Körper von lebenden wie verstorbenen Kriminellen, wobei sein Interesse vor allem den Köpfen der Verbrecher galt (Abb. 1-1) (Galassi 2004). Nach seinen Untersuchungen beschrieb er Merkmale, die überproportional häufig in der Gruppe der Verbrecher vorkämen: »Mittlere Hinterhauptgrube, eine fliehende Stirn, ... Verbildungen der Zähne, stark hervortretende Ober- und insbesondere Unterkiefer, ..., Asymmetrien des Schädels und des Gesichtes« (Galassi 2004, S. 155).

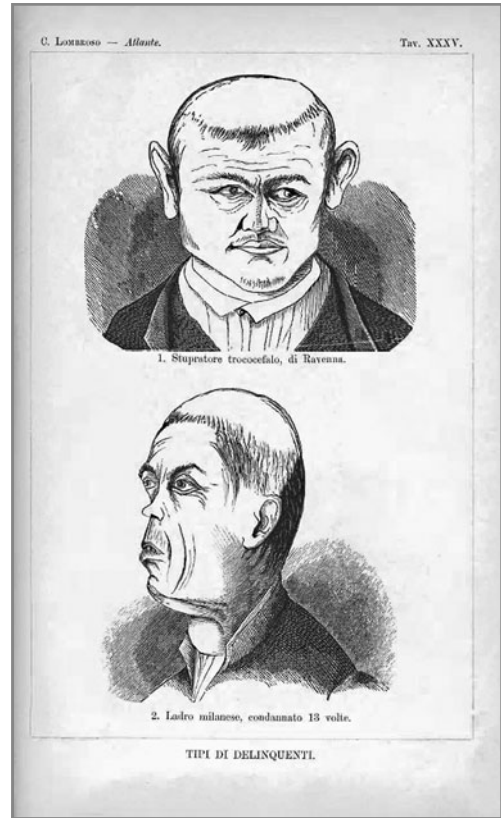


Abb. 1-1 Darstellung typischer »geborener Verbrecher« nach Lombroso (entnommen aus Lombroso 1897, Abb. 35).

In Deutschland beeinflusste die Degenerationslehre die Arbeiten des deutschen Psychiaters Julius L. A. Koch, der 1891 mit seinem Konzept der »psychopathischen Minderwertigkeiten« ebenso einflussreich wie schon Pinel, Rush und Prichard wurde. Koch gilt als Begründer des Psychopathie-Begriffs, dem lange Zeit bestehenden Oberbegriff für Persönlichkeitsstörungen. Koch ging von angeborenen psychopathischen Degenerationen im Bereich des Gehirns aus, die intellektuelle und moralische Schwachzustände bedingen. Die Verwendung des Begriffs *Minderwertigkeiten* führte dabei

zwar unbeabsichtigt, jedoch überdauernd zu einer weitverbreiteten moralischen Abwertung kranker Persönlichkeiten (Fiedler 2007; Tress, Wöller et al. 2002).

Der deutsche Psychiater Emil Kraepelin prägte darauf folgend den Begriff der »psychopathischen Zustände«. In den verschiedenen Auflagen seiner Lehrbücher spiegelt sich die Entwicklung von der Degenerationslehre bis zu einem konstitutionellen Verständnis von abnormen Persönlichkeiten wider. Zuerst verstand Kraepelin Persönlichkeitsabnormalien im Sinne der Degenerationslehre als angeborene Defektzustände. In der 5. Auflage, die 1896 erschien, sprach er erstmalig von *psychopathischen Zuständen* (Kraepelin 1896). In der 7. Auflage seines Buches, die 1904 veröffentlicht wurde, legte er einen Fokus auf Dissozialität (Kraepelin 1904). Er unterschied zwischen »psychopathischen Persönlichkeiten«, zu denen er die geborenen Kriminellen zählte, und »originären Krankheitszuständen«, zu denen z. B. die »Lügner und Schwindler« und »Pseudoquerulanten« gehörten. Fünf Jahre später führte Kraepelin in der 8. Auflage weitere Persönlichkeitstypen ein, die er dem Begriff *psychopathische Persönlichkeiten* unterordnete (Kraepelin 1909–1915). Das dissoziale Element blieb somit als Untergruppe der *psychopathischen Persönlichkeitstypen* bestehen (Rauchfleisch 1981a; Saß 1987):

- die Erregbaren
- die Haltlosen
- die Triebmenschen
- die Verschrobenen
- die Lügner und Schwindler
- die Gesellschaftsfeinde
- die Streitsüchtigen

Als Krankheitsursache sah Kraepelin jetzt die Konstitution. Entsprechend der Konstitution sollten demnach einzelne Persönlichkeits-

merkmale mehr oder weniger vordergründig sein (Fiedler 2007).

In seinen Beschreibungen des Gesellschaftsfeindes, auf die auch Bleuler Bezug nahm, lassen sich Parallelen zur Antisozialen Persönlichkeitsstörung finden: »... *Mitgefühl mit anderen, instinktives Empfinden der Rechte anderer fehlt oder ist ganz ungenügend entwickelt. Daneben können die anderen Arten von Gefühlsregungen vollständig erhalten oder ebenfalls betroffen sein ... der bloß herzlose Mensch wird anderen Schmerzen zufügen, wenn er sich dadurch einen Vorteil verschaffen kann ...*« (Bleuler 1916, S. 425). Aber auch in der Beschreibung der Triebmenschen sind Überstimmungen mit den ICD-10-Kriterien in Bezug auf den rücksichtslosen Umgang mit anderen Menschen zu erkennen: Triebmenschen »... *machen Schulden über Schulden und ruinieren sich und oft viele andere Leute, mit denen sie in Beziehungen kommen*« (Bleuler 1916, S. 423).

1.3 Konzepte zur psychopathischen Persönlichkeit

In den folgenden Jahren wurden immer mehr Typologien entwickelt, die Störungen in der Persönlichkeitsentwicklung nach charakterlichen Besonderheiten systematisierten, beschrieben und zu erklären versuchten. Im deutschsprachigen Raum war die in den 1920er Jahren veröffentlichte Schrift über die »psychopathischen Persönlichkeiten« von Kurt Schneider einflussreich und verbreitet (Schneider 1923). Schneider schloss mit seiner Arbeit an Kraepelins Typologie an, wählte jedoch gesellschaftlich weniger wertende Begriffe. Schneiders Einteilung prägte in der Folgezeit alle deskriptiven Typologien, so auch die Klassifikationssysteme »International Classification of Diseases« (ICD) und »Diagnostic and Statistical Manual« (DSM).

Als Kriterium für eine psychopathische Persönlichkeit nannte Schneider ein gesellschaftliches oder persönliches Leiden, das aufgrund der abnormen Persönlichkeit entstehe. 1928 veröffentlichte er dann seine psychiatrische Typologie, die zehn verschiedene *psychopathische Persönlichkeiten* umfasste:

- die Hyperthyrenen
- die Depressiven
- die Selbstunsicheren
- die Fanatischen
- die Geltungsbedürftigen
- die Stimmungslabilen
- die Explosiven
- die Gemütslosen
- die Willenlosen
- die Asthenischen

Die Beschreibung der »Gemütslosen« entspricht der heutigen Antisozialen Persönlichkeitsstörung am ehesten, für die Fiedler folgende Charaktermerkmale aufzählt: »... fehlendes Gefühl für Moral und Normen; unverbesserlich; Neigung zu Kriminalität auf der einen, erstaunliche Leistungen ›stahlharter Naturen‹ in Führungspositionen auf der anderen Seite« (Fiedler 2007, S. 18). Schneider bemühte sich dabei, der negativen gesellschaftlichen Besetzung des Psychopathie-Begriffs entgegenzuwirken, indem er betonte, dass Psychopathologie nicht unmittelbar antisoziales Verhalten bedeutete. Jedoch scheiterte sein Versuch, diese Ansicht zu verbreiten (Tress, Wöller et al. 2002).

Aufgrund der generellen Kritik an dem Psychopathie-Begriff führte der amerikanische Psychologe George E. Prudhoe 1930 erstmals den Begriff der »Soziopathie« ein, der den Psychopathie-Begriff ablösen sollte. Soziopathen beschrieb er als Menschen, die überdauernd ein gestörtes, fehlangepasstes Verhalten zeigen. Dieses Verhalten sei nicht durch Bestrafungen oder andere Erziehungsmethoden zu korrigieren oder in sozial an-

gemessene Muster zu bringen (Rauchfleisch 1981a). Prudhoes Begriff der Soziopathie wurde in den später entwickelten Klassifikationssystemen teilweise aufgenommen.

Den entscheidendsten Einfluss auf das heutige Verständnis der Antisozialen Persönlichkeitsstörung sowie auf die empirische Forschung in Nordamerika hatte die Monografie »The Mask of Sanity« des amerikanischen Psychiaters Hervey M. Cleckley, die er 1941 veröffentlichte (Cleckley 1941, 1964). Anhand von 16 Kriterien charakterisierte er darin einen *Psychopathen* (Tress, Wöller et al. 2002, S. 95):

1. oberflächlicher Charme und durchschnittliche bis überdurchschnittliche Intelligenz
2. keine Wahnvorstellungen oder andere Anzeichen irrationalen Denkens
3. weder Angst noch andere neurotische Symptome; auffallende Gelassenheit, Ruhe und Wortgewandtheit
4. unzuverlässig, keinerlei Pflichtgefühl – weder in großen noch in kleinen Dingen
5. falsch und unaufrichtig
6. kennt weder Reue noch Schuldgefühle
7. antisoziales Verhalten, das weder angemessen motiviert noch geplant ist und dessen Ursache eine unerklärliche Impulsivität zu sein scheint
8. geringe Urteilskraft und unfähig, aus Erfahrung zu lernen
9. pathologisch egozentrisch, vollkommen selbstzentriert; unfähig zu wirklicher Liebe und Bindung
10. genereller Mangel an tiefen und dauerhaften Emotionen
11. Fehlen jeglicher Einsicht; unfähig, sich selbst mit den Augen anderer zu sehen
12. keine Anerkennung anderer für besonderes Bemühen, für Freundlichkeit und entgegengebrachtes Vertrauen
13. launisches und anstößiges Verhalten; unter Alkoholeinfluss und manchmal

sogar auch nüchtern: Pöbelhaftigkeit, Grobheit, schneller Stimmungswechsel, üble Streiche

14. keine ernsthaften Suizidversuche
15. ein unpersönliches, triviales und kaum integriertes Sexualleben
16. unfähig, sein Leben zu planen oder seinem Leben irgendeine Ordnung zu geben, höchstens eine, die ihm hilft, seine Selbsttäuschung aufrechtzuerhalten

In seinem Werk beschrieb Cleckley Psychopathie als eine schwere Erkrankung, die sich durch antisoziale Verhaltensweisen auszeichnet, für die es keine adäquate Motivation gebe. Er betonte, dass dieses Verhalten weder durch eine Psychose noch durch eine Neurose oder eine geistige Behinderung bedingt sei. Der Psychopath könne keine emotionalen Reaktionen nachempfinden oder Erfahrungen emotional füllen, obwohl er Gefühle vortäuschen könne. Diese emotionale Störung nannte Cleckley »semantische Demenz« (Saß 1987). Johns und Quay beschreiben 1962 in diesem Zusammenhang, dass »*der Psychopath die Worte kennt, jedoch nicht die Musik ...*« (Hare 1978a, S. 18).

Jedoch konnte sich Cleckleys Konzept nicht mehr durchsetzen, da die American Psychiatric Association bei der Entwicklung des DSM, basierend auf der Einteilung von Kurt Schneider, von psychopathischen Störungen als Oberbegriff verschiedener Persönlichkeitsstörungen ausging. Die antisoziale Störung wurde dabei neben anderen Persönlichkeitsstörungen nur als Untergruppe von psychopathischen Störungen angesehen (Fiedler 2007).

1949 kehrte durch den amerikanischen Arzt und Psychologen William Sheldon das konstitutionelle Verständnis kurzzeitig zurück (Sheldon, Hartl u. McDermott 1949). Sheldon postulierte wie schon Lombroso einen Zusammenhang zwischen Persönlich-

keitsausprägungen und körperlichen Merkmalen. Ausgehend von den embryonalen Schichten entwickelte er drei Körpertypen, die sich abhängig von der Körperform in ihrem Temperament unterscheiden:

- Der *ektomorphen Körpertyp* mit einer runden, weichen Körperform tendiere zu Fettleibigkeit. Er zeichne sich durch ein gelassenes, entspanntes und tolerantes Temperament aus.
- Einen schlanken, fragilen und schmalen Körperbau habe hingegen der *endomorphe Körpertyp*. Schüchternheit, Introvertiertheit und soziale Zurückgezogenheit seien nach Sheldon Kennzeichen seines Temperaments.
- Beim *mesomorphen Körpertyp* dominiere ein kräftiger, breiter und muskulärer Körperbau. Dieser Körpertyp strebe Macht und Dominanz an, sei aktiv und rücksichtslos sowie gleichgültig gegenüber Schmerzen.

In Studien untersuchte Sheldon den Körperbau von 200 delinquenten Jugendlichen und fand bei ihnen im Vergleich zu nicht delinquenten Studenten häufiger den mesomorphen Körperbau. Durch dieses Ergebnis und durch weitere Studien sah Sheldon den Zusammenhang zwischen Kriminalität und einer kräftigen, muskulären Körperform als empirisch belegt an (Rafter 2007).

In den folgenden Jahren waren verschiedene Forscher der Ansicht, dass nicht nur zwischen pathologischen Persönlichkeitstypen unterschieden, sondern auch innerhalb der Gruppe der Psychopathen differenziert werden muss. Benjamin Karpman, ein amerikanischer Psychiater, beschrieb 1961 Psychopathen als »*gefühllose, emotional unreife, zweidimensionale Personen ...*«, deren Emotionen »... *einfach und tierähnlich*« seien (Hare 1978a, S. 18). Dabei unterteilte er Psychopathen in zwei verschiedene

Typen: den »aggressiv-raubgierigen« und den »passiv-parasitären« Typen. Den ersten Psychopathentypen zeichnet laut Karpman eine aggressive, gefühllose und raubgierige Bedürfnisbefriedigung aus. Der zweite Typ befriedigt hingegen seine Wünsche durch parasitäres »Einnisten« und präsentiert sich dabei seinen Mitmenschen gegenüber als hilflos, sympathisch, schwach und bedürftig (Hare 1978a).

Karpman und der italienische Psychiater Silvano Arieti forderten weiter, dass bei Menschen mit einer Psychopathie-Diagnose zwischen »primären« und »sekundären« Psychopathen differenziert werden müsse. Der primäre Psychopath (auch wahr, klassisch, idiopathisch genannt) würde Cleckleys Kriterienliste entsprechen und könne keine Schuld und Angst spüren. Der sekundäre Psychopath (auch symptomatisch oder neurotisch genannt) führe antisoziales und aggressives Verhalten aufgrund eines neurotischen Konfliktes aus. Jedoch habe er Schuld, Reuegefühle und tragfähige Beziehungen zu anderen Menschen. Als Drittes gebe es noch den »dyssozialen« Psychopathen (auch subkultureller Delinquent genannt): Dieser sei in einem kriminellen Umfeld aufgewachsen, womit sein Verhalten seinem Umfeld entspreche. Loyalität und eine warmherzige Beziehung zu seinen Angehörigen treibe diesen Psychopathen an (Hare 1968; 1978a).

1.4 DSM und ICD: Einflüsse auf die Entwicklung der Klassifikationssysteme

Bis zum Ende des Zweiten Weltkrieges gab es bereits unterschiedliche Konzepte zu psychopathischen Persönlichkeiten, jedoch fehlte ein einheitliches, international gültiges Klassifikationssystem für psychische Störungen. Frühere Versuche, eine solche Klassifikation

einzuführen, blieben erfolglos. 1948 wurde die ICD-6 veröffentlicht, die erstmals ein Kapitel »Mental, Psychoneurotic and Personality Disorders« enthielt (DIMDI 2014a). Jedoch blieben die weltweite Anerkennung und der Einsatz des Diagnosesystems aus (Fiedler 2007). Die deutsche Ausgabe der ICD-6, die von 1952 bis 1968 verbindlich war, führte im Kapitel 36 »Psychopathien und Neurosen« unter der Nummer 361 K die Bezeichnung »Psychopathie (psychopathische Persönlichkeit)« auf. In den darauffolgenden Systemen ICD-7 und ICD-8 wurden lediglich Irrtümer und Widersprüche beglichen und einige Begrifflichkeiten verändert (DIMDI 2014b).

1952 veröffentlichte die American Psychiatric Association das erste DSM (DSM-I), bei dem sie versuchten, der Unzufriedenheit durch die negative Besetzung des Psychopathie-Begriffs zu begegnen. Als Folge wurde der von Patridge 1930 geprägte Soziopathie-Begriff wieder verwendet, sodass im DSM-I in der Kategorie Persönlichkeitsstörung die »Soziopathische Persönlichkeitsstörung mit antisozialer Reaktion« beschrieben wurde. Menschen dieser Störungskategorie seien »... *chronically antisocial individuals who are always in trouble, profiting neither from experience nor punishment, and maintaining no real loyalties to any person, group, or code*« (APA 1952, S. 38). Die American Psychiatric Association (1952) betonte, dass früher als psychopathisch bezeichnete Persönlichkeiten in dieser Kategorie mit eingeschlossen seien, aber der Begriff soziopathisch spezifischer sei.

Bei der Konzeption des DSM-II, das 1968 veröffentlicht wurde, wurden Cleckleys 16 Kriterien einbezogen. Im DSM-II wurde dabei erstmals der Begriff »antisocial personality« verwendet. In der Beschreibung des Störungsbildes wurde darauf verwiesen, dass eine rein kriminelle Karriere zur Vergabe dieser Diagnose nicht ausreicht (APA

1968). Jedoch wurde kritisiert, dass im DSM-II explizite Kriterien für eine differenzierte Diagnostik des Störungsbildes fehlten (Hare 2003b).

Entscheidendere Veränderungen gab es durch die Konzeption des DSM-III und der ICD-9. Die ICD-9, die 1980 in Deutschland veröffentlicht wurde, orientierte sich sowohl strukturell als auch inhaltlich an der 1923 von Kurt Schneider beschriebenen Typologie und verwendete jetzt ebenfalls den Soziopathie-Begriff (Saß 1987).

Das DSM-III und das DSM-III-R wurden nachhaltig von verschiedenen Langzeitstudien beeinflusst. Beispielsweise verfassten McCord und McCord 1964 nach Studien eine differenzierte Beschreibung über antisoziale Persönlichkeiten. Sie charakterisierten diese als asoziale, aggressive, massiv impulsive Menschen, die weder verhaltenshemmende Schuld- noch Angstgefühle empfinden und kaum eine langfristige Bindung zu anderen Menschen aufbauen können (Blackburn 2003; Fiedler 1994).

Einen weiteren entscheidenden Einfluss auf die Konzeption des DSM-III hatten die Studien der amerikanischen Forscherin Lee Robins. Durch die Ergebnisse ihrer Langzeitstudie, in der Prädiktoren für eine spätere soziopathische Persönlichkeit untersucht wurden, siedelte Robins den Beginn der soziopathischen Störung vor dem 15. Lebensjahr an, was im DSM-III als Kriterium aufgenommen wurde (Fiedler 2007).

Übereinstimmungen beider Klassifikationssysteme gab es bezogen auf inhaltliche, begriffliche und strukturelle Aspekte. Jedoch zeigten sich Unterschiede in Bezug auf das Hauptkriterium für eine Persönlichkeitsstörung: Die ICD-9 fokussierte mehr auf das gesellschaftliche Leid, das durch die pathologische Persönlichkeit entsteht, wohingegen das DSM-III die mangelnde soziale Kompetenz des Individuums in den Vorder-

grund rückte. Des Weiteren verwendete die ICD-9 den Begriff »Persönlichkeitsstörung mit soziopathischem Verhalten«, wohingegen im DSM-III von der »Antisozialen Persönlichkeitsstörung« berichtet wurde (Saß 1987).

1.4.1 Kritik am DSM: Der Einfluss von Robert Hare

Nach der Einführung des DSM-III begann eine Diskussion über die Brauchbarkeit der diagnostischen Kriterien der Antisozialen Persönlichkeitsstörung. Vor allem Robert Hare, ein kanadischer Psychologe, kritisierte den Fokus der Kriterien auf kriminelle Verstöße gegen soziale Normen. Die Kriterien würden Verhaltensweisen wie Lügen, Stehlen, Fehlen in der Schule oder bei der Arbeit umfassen, wodurch laut Hare hauptsächlich Verhalten erfasst wurde und nicht die dem Verhalten zugrunde liegenden Persönlichkeitseigenschaften. Durch diese verhaltensnahen, auf Kriminalität fokussierenden Kriterien würden Menschen mit unterschiedlichen Motivationen, Einstellungen und Persönlichkeiten die gleiche Diagnose bekommen. Hare forderte Kriterien, die persönlichkeitsabhängige Faktoren erfassen und zwischen verschiedenen Persönlichkeitsmerkmalen differenzieren, wie es schon in früheren Psychopathie-Definitionen der Fall gewesen sei (Hare 1996a; 2003b).

Aufgrund dieser Kritik suchten verschiedene Forscher in den 1970er Jahren nach alternativen Wegen, um das Störungsbild zu operationalisieren. 1980 stellte Robert Hare seine »Psychopathy Checklist« (PCL) vor, ein Messinstrument zur Erfassung des Psychopathie-Konstrukts, das fünf Jahre später überarbeitet als PCL-R veröffentlicht wurde. Inhaltlich bezog sich Hare dabei auf die Beschreibungen von Cleckley, wodurch affektive und interpersonelle Eigenschaften

als charakterisierend für die Beschreibung von Psychopathien in den Vordergrund traten. Er war darüber hinaus der Ansicht, dass zwischen psychopathischen und antisozialen Menschen differenziert werden muss. Nach Hare erfüllen die meisten Psychopathen die Kriterien der Antisozialen Persönlichkeitsstörung des DSM-III, aber die Menschen mit einer Antisozialen Persönlichkeitsstörung erfüllen nicht automatisch die Kriterien von Psychopathie (vgl. Kap. 18). Diese Unterscheidung schlug sich auf das Konzept der PCL-R nieder. Zur Operationalisierung des Psychopathie-Konstrukts werden in der PCL-R zwei Faktoren verwendet, die auf unterschiedliche Facetten ausgerichtet sind. Der erste Faktor erfasst affektive und interpersonelle Merkmale, wohingegen der zweite Faktor Impulsivität, Gewalt, antisoziales Verhalten (lügen, stehlen usw.) misst und damit den Kriterien des DSM-III ähnelte. Mittlerweile hat sich aber auch die Vier-Facetten-Version durchgesetzt. Hares Messinstrument bekam weltweite Anerkennung und wurde sowohl in forensischen als auch in nicht-kriminellen Populationen eingesetzt, um psychopathische Störungen zu erfassen (Hare 1996a; 2003b; vgl. Kap. 16).

1.5 Die aktuellen Klassifikationssysteme

Die Forderungen nach einem stärkeren Fokus auf interpersonelle Merkmale und Persönlichkeitszüge wurden in der ICD-10 durch eine umfassende Veränderung der diagnostischen Kriterien berücksichtigt. In der ICD-10 wurde dabei erstmals von der »Dissozialen Persönlichkeitsstörung« gesprochen. Im DSM-IV-TR, das im Jahr 2000 in den USA erschien, blieb der Fokus bei den Kriterien der Antisozialen Persönlichkeitsstörung auf gewohnheitsmäßigem kriminel-

lem Verhalten erhalten. Somit besteht weiterhin die Kritik, dass durch die diagnostischen Kriterien des DSM-IV-TR keine gute Differenzierung zwischen persönlichkeitsabhängiger und nicht-persönlichkeitsabhängiger Delinquenz erfolgen kann (Fiedler 2007).

Die Veröffentlichung des DSM-5 im Mai 2013 (APA 2014b) brachte einige Neuerungen im Bereich der Persönlichkeitsstörung mit sich, unter anderem, dass der Schweregrad der Funktionsbeeinträchtigung (Kriterium A) mehr in den Mittelpunkt der Klassifikation rückte. Die Antisoziale Persönlichkeitsstörung blieb im DSM-5 enthalten und wird im Kriterium B durch pathologische Persönlichkeitsmerkmale abgebildet (Herpertz u. Fiedler 2013; s. Kap. 15). Eine Weiterentwicklung der ICD-11, auch im Bereich der Persönlichkeitsstörungen, ist geplant.

1.6 Fazit

Die Geschichte der Antisozialen Persönlichkeitsstörung zeigt, dass auch schon im Altertum Menschen mit antisozialen bzw. skrupellosen Charakterzügen als auffällig und gestört beschrieben wurden. Dies betraf ebenso die Zeit des Nationalsozialismus – die »Aktion T4« zielte unter anderem auf Menschen ab, die schon länger als fünf Jahre in einer Anstalt waren, sowie auf »kriminelle Geistesranke« und führte zur sog. Euthanasie. Aber auch in anderen Ländern wie z. B. der ehemaligen Sowjetunion wurden die Grenzen zwischen kriminellem Verhalten und psychiatrischer Erkrankung politisch missbraucht. So schrieb z. B. die ermordete russische Journalistin Anna Politkowskaja: *»Das Serbski-Institut genießt in Russland einen denkbar schlechten Ruf, der noch aus Sowjetzeiten herrührt. Hier wurden Dissidenten, die sich gegen den Kommunismus, gegen totalitäre Lüge und politische Unfreiheit auf-*

lehnten, für verrückt erklärt« (Politkowskaja 2006, S. 109).

Aufgrund der jahrhundertelangen Entwicklungsgeschichte kann dieses Störungsbild heute durch Erkenntnisse aus empirischer Forschung und klinischer Erfahrung

differenzierter und eingehender erfasst, beschrieben und erklärt werden, wenngleich immer noch deutliche Risiken der Pathologisierung und Psychiatrisierung sozial störenden Verhaltens bestehen.

Tab. 1-1 Historie der Antisozialen Persönlichkeitsstörung im Überblick

Zeit	Vertreter	Land	Konzept
372–287 v. Chr.	Theophrast	Griechenland	der Skrupellose: Beschreibung von 30 Charakterstörungen
1809	Pinel	Frankreich	manie sans délire
1812	Rush	USA	moral alienation of mind, perversion of moral faculties
1835	Prichard	Großbritannien	moral insanity
1857	Morel	Frankreich	Beginn der Degenerationslehre
1876	Lombroso	Italien	der geborene Verbrecher; Degenerationslehre
1891	Koch	Deutschland	psychopathische Minderwertigkeiten; Einführung des Psychopathie-Begriffs
1896–1909	Kraepelin	Deutschland	1896–1904: psychopathische Zustände/originäre Krankheitszustände 1909: Beschreibung von sieben psychopathischen Persönlichkeitstypen
1928	Schneider	Deutschland	psychiatrische Typologie von zehn psychopathischen Persönlichkeiten
1930	Patridge	USA	Einführung des Soziopathie-Begriffs
1941	Cleckley	USA	Mask of Sanity: Charakterisierung von Psychopathen anhand 16 Kriterien
1948	WHO	international	ICD-6: Einführung des Kapitels »Mental, Psychoneurotic and Personality Disorders«
1949	Sheldon	USA	Körpertypenlehre: ektomorpher, endomorpher, mesomorpher Körpertyp
1952	APA	USA	DSM-I: Soziopathische Persönlichkeitsstörung mit antisozialer Reaktion

Tab. 1-1 (Fortsetzung)

Zeit	Vertreter	Land	Konzept
1952	WHO	Deutschland	ICD-6: Psychopathien und Neurosen; Verwendung des Begriffs psychopathische Persönlichkeit
1961, 1963	Karpman, Arieti	USA, Italien	Unterscheidung zwischen primären, sekundären und dyssozialen Psychopathen
1964	McCord u. McCord	USA	Beschreibung antisozialer Persönlichkeiten basierend auf empirischen Studien
1968	APA	USA	DSM-II: erstmalige Verwendung des Begriffs »anti-social personality«
1980	WHO	Deutschland	ICD-9: Persönlichkeitsstörung mit soziopathischem Verhalten
1980	Hare	Kanada	»Psychopathy Checklist« (PCL): Messinstrument zur Erfassung des Psychopathie-Konstrukts
1980, 1987, 2000	APA	USA	DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV-TR: Einführung der Antisozialen Persönlichkeitsstörung mit Fokus auf kriminellem Verhalten
1993	WHO	Deutschland	ICD-10: Einführung der Dissozialen Persönlichkeitsstörung mit Fokus auf interpersonellen Merkmalen
2013	APA	USA	DSM-5: Antisoziale Persönlichkeitsstörung, Darstellung der pathologischen Persönlichkeitsmerkmale in Kriterium B

APA: American Psychiatric Association; WHO: Weltgesundheitsorganisation

2 Epidemiologie und Verlauf Antisozialer Persönlichkeitsstörungen

Michael H. Stone

2.1 Einleitung

Legt man das Diagnostische und Statistische Manual (DSM) der American Psychiatric Association als Richtschnur zugrunde, so sind die Kriterien für die Diagnose »Antisoziale Persönlichkeitsstörung« sehr weit gefasst, wobei in den vergangenen 35 Jahren an der einen oder anderen Stelle kleinere Korrekturen vorgenommen wurden. Da das Konzept der Antisozialität zwangsläufig mehr auf abnormen (oder zumindest unerwünschten) Verhaltensdispositionen basiert, bezogen sich die Definitionen stets mehr auf Handlungen (Diebstahl, Überfall, Entführung, Raub, Vandalismus u. Ä.) als auf Persönlichkeitszüge im strengeren Sinne (höflich vs. unfreundlich, taktvoll vs. indiskret etc.). Demzufolge scheint die »Antisoziale Persönlichkeitsstörung« eher aus Tradition – oder Bequemlichkeit – zu den Persönlichkeitsstörungen gerechnet worden zu sein und nicht so sehr zu den genuinen Persönlichkeitsstörungen, die sich nur über entsprechende Persönlichkeitszüge definieren.

Im DSM-IV (APA 1994) etwa galt das »wiederholte Begehen von Handlungen (...), die einen Grund für eine Festnahme darstellen«, als eines der Definitionsmerkmale. Hierbei handelt es sich jedoch um eine Verhaltensdisposition (bzw. eher ein Symptom) und nicht um einen *Trait*, obwohl man sich die Verächtlichkeit, mit der eine solche Person ans Werk geht – mit anderen Worten: die Gleichgültigkeit gegenüber den Rechten und Bedürfnissen anderer –, als zugrunde

liegendes Persönlichkeitsmerkmal sehr gut vorstellen kann. Doch selbst bei herkömmlichen Kriminellen liegen die Dinge nicht ganz so einfach. So gibt es z. B. viele Diebe, deren Neigung, sich unrechtmäßig Zutritt zu den Häusern anderer Menschen zu verschaffen, eher von Armut und Verzweiflung getrieben ist als von irgendeiner Form von Verachtung oder Feindseligkeit. Das heißt, antisoziale Handlungen sind nicht immer das Gegenstück zu antisozialen Persönlichkeitszügen. Allerdings legt das DSM-5 (APA 2013) in seiner Auflistung diagnostischer Kriterien die Betonung stärker auf Persönlichkeitszüge, als dies noch im DSM-III (APA 1980) der Fall war. Unter dem Stichwort *Antagonismus* werden im DSM-5 vier *Traits* aufgeführt: manipulatives Verhalten, Falschheit, Bösartigkeit und Feindseligkeit, während sich das DSM-IV in erster Linie auf Verhaltensdispositionen stützte: Verantwortungslosigkeit/Missachtung von Verpflichtungen, Rücksichtslosigkeit, illegale Handlungen, Impulsivität/Versagen, vorausschauend zu planen, und Aggressivität. Unter der Überschrift *Enthemmung* listet das DSM-5 drei Verhaltensdispositionen auf: Verantwortungslosigkeit, Impulsivität und risikoreiches Verhalten.

Merke

Die *Diagnose Antisoziale Persönlichkeitsstörung* setzt voraus, dass neben einigen wenigen Merkmalen aus den Rubriken *Antagonismus* und/oder