

Psychiatrisch-diagnostische Befunde bei männlichen Insassen zweier schweizerischer Arbeitserziehungsanstalten

■ A. Möller^a, A. Andreae^b, R. Meier^a, F. Urbaniok^c, D. Hell^a

^a Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

^b Psychiatrische Poliklinik, Kantonsspital Winterthur

^c Psychiatrisch-Psychologischer Dienst der Direktion der Justiz des Kantons Zürich

Summary

Möller A, Andreae A, Meier R, Urbaniok F, Hell D. [Psychiatric findings in a sample of younger male delinquents being referred to a correctional institution.] *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 2001; 152:19–26.

According to the Swiss penal code, younger male delinquents aged 18 to 25 can be referred to a special correctional institution. The concept of these institutions is a penitentiarian one; inmates should be educated by being engaged in professional training and structured free-time activities. Their legal basis needs to be separated from prisons and forensic-psychiatric institutions. 45 inmates have been assessed by using standardised diagnostic methods (SCID-I and -II, the Psychopathy Checklist [PCL-R] and the Barratt-Impulsivity-Scale [BIS-10] in a German translation). Results of this study are indicative of a high psychiatric morbidity: 47% of these inmates had previously been treated with psychoactive substances, 31% had a history of prior suicidal attempts. The most frequent axis-1 diagnosis was that of drug dependency or abuse; 38% had more than two axis-2 diagnoses. In this sample, the diagnosis of antisocial personality disorder was more or less ubiquitous. PCL-R scores were shown to be related to juvenile delinquency and the diagnosis of borderline personality disorder.

Keywords: antisocial behaviour; psychopathy; delinquency

Zusammenfassung

Es werden standardisiert erhobene psychiatrisch-diagnostische Befunde von 45 männlichen Insassen zweier schweizerischer Arbeitserziehungsanstalten vorgestellt und mit Befunden verglichen, die 1989 an einer der Einrichtungen erhoben worden sind. Die Untersuchungsgruppe – ganz überwiegend nach Massgabe des Art. 100^{bis} StGB in den Einrichtungen untergebracht – lässt sich durch eine hohe psychiatrische Morbidität charakterisieren. Insbesondere sind frühere ambulante oder stationäre psychiatrische Behandlungen und eine Anamnese von Suizidversuchen häufig erfragbar. Im Achse-1-Bereich überwiegen Diagnosen des abhängigen oder missbräuchlichen Konsums psychotroper Substanzen; die Diagnose einer Abhängigkeit war bei 21 Insassen (47%) zu stellen. Persönlichkeitsdiagnostisch überwiegen Borderline-, antisoziale und narzisstische Störungen, wobei im allgemeinen mehr als eine spezifische Störung festzustellen war. Nur ein geringer Anteil der Insassen (5 von 45) war bei einem Punktwert >25 auf der Psychopathy Checklist (PCL-R) als «psychopathisch» zu charakterisieren; dieses Merkmal stand in Beziehung zur Borderline-Diagnose. Es werden Konsequenzen für die Therapiekonzeption dieser Einrichtungen diskutiert.

Schlüsselwörter: Arbeitserziehungsanstalten; Dissozialität; Psychopathie

Einleitung

Die Einweisung in eine Arbeitserziehungsanstalt ist Bestandteil der gesetzlichen Massnahmebestimmungen. Diese Bestimmung ist anwendbar, wenn der Täter zum Zeitpunkt der Tat das 18., nicht aber das 25. Lebensjahr vollendet hat. Es handelt sich also um eine bessernde Massnahme an jungen Erwachsenen, über die der Richter nach Massgabe von Erziehung, Lebensverhältnissen und allfällig

Korrespondenz:
PD Dr. Dr. Arnulf Möller
Psychiatrische Universitätsklinik
Lenggstrasse 31
CH-8029 Zürich

beigezogenen Berichten und Gutachten zu entscheiden hat. Im Gegensatz zu den Massnahmen an «Geistig Abnormen» im Sinne des Art. 43 StGB ist die Beiziehung eines Expertengutachtens über den körperlichen und geistigen Zustand des Täters nicht zwingend vorgesehen.

Von den Möglichkeiten der Arbeitserziehung nach Art. 100^{bis} StGB wird in der Rechtsprechungspraxis relativ selten Gebrauch gemacht. Es wurden im Bereich des Kantons Zürich 1998 insgesamt 16 solcher Massnahmen gerichtlich angeordnet. Die Verteilung auf verschiedene Deliktbereiche zeigt dabei eine ausserordentliche Heterogenität: am relativ häufigsten wird das Anlassdelikt gewerbsmässigen Diebstahls genannt (4 von 16), gefolgt von mehrfachem Raub (3) und mehrfacher Widerhandlung gegen das Betäubungsmittelgesetz (2). Andere Anlassdelikte – von unrechtmässiger Aneignung bis zu vorsätzlicher Tötung – werden nur in Einzelfällen genannt¹.

Die Arbeitserziehungsanstalt ist nach gesetzlichen Bestimmungen von den übrigen Einrichtungen des Straf- und Massnahmenrechts getrennt zu führen. Sie grenze sich eindeutig von dem «normalen» Strafvollzug und dem therapeutischen Konzept der klinischen Psychiatrie ab; sie solle mit ihrem speziellen sozialtherapeutischen Anstaltskonzept all jene Erscheinungen erfassen, die mit dem Begriff der «adoleszenten Dissozialisation» zusammengefasst werden könnten (Maier und Urbaniok 1998 [1]).

Es stellt sich die Frage, inwieweit die Insassen der Arbeitserziehungseinrichtungen sich von den geschlechts- und altersgleichen Insassen von Strafanstalten unterscheiden lassen. Anzunehmen ist, dass eine dissoziale Entwicklung in beiden Gruppen häufig feststellbar sein dürfte. Ergebnisse systematisch an schweizerischen Arbeitserziehungsanstalten wie Strafanstalten durchgeführter Studien liegen nicht vor. Von einem der Autoren² früher an der Arbeitserziehungsanstalt Uitikon/ZH erhobene Befunde wurden bisher nicht publiziert und finden teilweise in die vorliegende Arbeit Eingang. In einem durch das Bundesamt für Statistik 1998 publizierten Bericht wird auf eine erhebliche Prävalenz psychischer Befindlichkeitsstörung von Gefängnisinsassen hingewiesen; über die Nennung solcher unspezifischer Befindlichkeitsstörungen wie «Unruhe» oder «Niedergeschlagenheit» hinaus sind psychiatrisch-diagnostische Befunde nicht enthalten [2].

Es ist Anliegen der vorliegenden Studie, den psychischen Gesundheitszustand von Insassen zweier schweizerischer Arbeitserziehungsanstalten (Uitikon/ZH und Kalchrain/TG) unter Verwendung standardisierter Untersuchungsinventare zu beschreiben. Die Ergebnisse werden sowohl im Hinblick auf Konsequenzen für die psychiatrische Betreuung der Insassen als auch im Hinblick auf das Ziel jeder Massnahme – die Verminderung des deliktischen Rückfallrisikos – zu diskutieren sein. Es wird die Hypothese gebildet, dass die Insassen von Arbeitserziehungsanstalten in einem Inhaftierten entsprechenden Umfang an psychischen Störungen leiden, die mit einem arbeitstherapeutischen Konzept allein wenigstens nicht regelmässig zu erfassen sind. Hieraus leitet sich die Diskussion einer etwaigen Neukonzeptualisierung dieser Einrichtungen im Hinblick auf andere als nur dissoziale Persönlichkeitsentwicklungen und eine entsprechende Ergänzung von Behandlungsansätzen ab.

Untersuchungsgruppe und Methodik

Die Untersuchung wurde im Zeitraum Mai bis einschliesslich August 1999 an den Arbeitserziehungsanstalten Uitikon/ZH und Kalchrain/TG durchgeführt. Der Einrichtung in Uitikon stehen 55, der in Kalchrain 53 Vollzugsplätze zur Verfügung. Der Ablauf der arbeitserzieherischen Massnahme gestaltet sich in beiden Anstalten so, dass die zugewiesenen Insassen zunächst in der geschlossenen Aufnahmeabteilung untergebracht werden. Am Ende der planmässig verlaufenden Massnahme steht die Arbeit in externen Handwerkschafts- und Industriebetrieben mit dem Ziel eines qualifizierten Lehrabschlusses.

In der Querschnittsstudie wurden insgesamt 45 der in den beiden Anstalten untergebrachten Insassen auf der Grundlage freiwilliger Teilnahme erfasst. Es wurde dargelegt, dass die Erhebung einer wissenschaftlichen Zielsetzung diene und mit der Betreuung in der Anstalt nicht in Zusammenhang stehe. Eine Weitergabe von Befunden an die Anstalt erfolgte ausnahmsweise im Hinblick auf allfällige therapeutische Konsequenzen mit ausdrücklichem Einverständnis des Betroffenen. Das Alter der untersuchten Insassen lag im Median bei 21,5 Jahren (Spannbreite 17–28 Jahre). Die Teilnahme an der Studie wurde vergütet. Ein signifikanter Altersunterschied zu den nicht teilnehmenden Insassen besteht nicht (deren Alter lag im Median bei 22,0 Jahren); erfasst wurden vor allem Insassen der geschlossenen Eintrittsabteilung, während die auf offenen Abteilungen unter-

1 Persönliche Mitteilung des Amtes für Straf- und Massnahmenvollzug des Kantons Zürich vom 10. August 1999.

2 A. Andrae, heute: Psychiatrische Poliklinik am Kantonsspital Winterthur.

gebrachten jungen Männer überwiegend extern beschäftigt waren und für Zwecke dieser Untersuchung mithin schwerer erreichbar. Nun muss die geschlossene Eintritsabteilung von allen Insassen zu Beginn ihres Aufenthalts in der Institution durchlaufen werden; es ist also nicht ersichtlich, dass systematische Unterschiede zwischen den Insassen der geschlossenen und der offenen Abteilung bestehen.

Die Untersuchung stützt sich methodisch auf ein standardisiertes Inventar. Es wurde das Strukturierte Klinische Interview (SKID) für die Diagnose von Achse-1- und Achse-2-Störungen im Sinne des DSM-IV verwendet (Wittchen et al. 1997 [3]), weiterhin die Psychopathy Checklist (PCL-R; Hare et al. 1991 [4]) in deutscher Übersetzung.

Das SKID wurde in seinen Vorläufer- und in der gegenwärtigen Fassung in verschiedenen Untersuchungen bezüglich Anwendbarkeit, Reliabilität und Validität geprüft (Skodol et al. 1988 [5]; Wittchen et al. 1991 [6]; First et al. 1995 [7]). Für die deutschsprachige Fassung wurde eine Test-Retest-Reliabilität mit Kappa-Werten von 0,70 bis 0,85 gefunden (DSM-III-R-Fassung). Dem SKID-II liegt ein 117 Items umfassender Selbstbeurteilungsfragebogen zugrunde. Im Hinblick auf die DSM-definierten Persönlichkeitsstörungskategorien sind ausschliesslich die Ja-Antworten diagnoserelevant, die in einem Interview bezüglich der Übereinstimmung des Fragenverständnisses durch die Testperson mit der Bedeutung im DSM-Diagnosemanual zu überprüfen sind. Die Ergebnisse von Fragebogen und Interview werden auf das Ergebnisblatt übertragen. Es ergibt sich die Möglichkeit, die Ergebnisse als dimensionale Scores zu protokollieren (Fydrich et al. 1997 [8]).

Die *Psychopathy Checklist* [4] geht auf das mit dem Psychopathiebegriff verbundene Wortverständnis des angloamerikanischen Raums zurück. Die insgesamt 20 Items der weithin gebräuchlichen revidierten Fassung umfassen verschiedene, mit «Psychopathie» verbundene Merkmale wie etwa übersteigertes Selbstwertgefühl, pathologisches Lügen, Impulsivität und Fehlen von Schuldgefühlen. Das Fehlen der genannten Eigenschaften wird jeweils mit 0, ihr eindeutiges Vorhandensein mit 2 protokolliert. In der Summe ergibt sich also ein maximal möglicher Score von 40. Vorliegende Studien weisen auf eine Konstruktvalidität der PCL-R insoweit hin, als eindeutige Beziehungen zu der prospektiv wie retrospektiv erfassten Delinquenz bestehen (Freese et al. 1995 [9]; Hill et al. 1996 [10]; Nedopil 1997 [11]).

Ergebnisse

Es wurden *aktuell* im Rahmen einer Querschnittsstudie insgesamt 45 Insassen zweier Arbeitserziehungsanstalten untersucht. Das Alter streut in den Grenzen von 17 bis 28 Jahren bei einem Median von 20,0; das Zeitintervall zwischen Eintritt in die Einrichtung und psychiatrischer Untersuchung zwischen 3 und 161 Wochen bei einem Median von 17,0. Überwiegend wurden die jungen Erwachsenen auf der Rechtsgrundlage des Art. 100^{bis} StGB zugewiesen; in 4 Fällen im Rahmen der fürsorgerischen Freiheitsentziehung (FFE) und in 5 Fällen aufgrund jugendrechtlicher Bestimmungen. Bei 15 Insassen (33%) kamen bereits vorgängig andere Massnahmen zur Anwendung; in 12 Fällen jugendrechtliche Massnahmen und in 3 Fällen solche nach Art. 44 StGB. Massnahmen nach Art. 43 StGB waren nicht vertreten.

Hinweise auf den psychischen Gesundheitszustand lassen sich unter anderem aus vorgängigen psychiatrisch-/psychologischen Behandlungen ableiten. Es gaben 23 der untersuchten Insassen (51%) an, bereits zu irgendeinem Zeitpunkt ihrer Lebensgeschichte ambulant behandelt worden zu sein; eine ärztlich verordnete Psychopharmakabehandlung war bei 21 Insassen (47%), eine oder mehrere Hospitalisationen in psychiatrischen Kliniken bei 16 (35%) zu erfragen. Es berichteten 14 Insassen (31%) über wenigstens einen früher unternommenen Suizidversuch.

Das psychiatrische Diagnosespektrum im Achse-1-Bereich wird vor allem durch den abhängigen oder missbräuchlichen Konsum psychotroper Substanzen bestimmt (Tab. 1). Ein wenigstens sporadischer Substanzkonsum war anamnestisch bei 39 Insassen (87%) zu erfragen; die Diagnose eines Abhängigkeitssyndroms war bei 21 Insassen (47%) zu stellen. Es ist anzumerken, dass 25 Befragte (55%) über einen wenigstens sporadischen, auch in der Anstalt *fortgeführten* Drogenkonsum (in aller Regel Cannabis) berichteten. Es folgen an Häufigkeit weiterhin affektive Störungen im Sinne einer Dysthymie, spezifische Phobien und generalisierte Angststörungen. Nur in Einzelfällen vertretene psychiatrische Achse-1-Diagnosen werden in der Tabelle nicht genannt (etwa Major Depression: n = 1). Die *hohe psychiatrische Morbidität* der untersuchten Klientel drückt sich auch in dem Umstand aus, dass bei lediglich 6 Insassen (13%) *keine* Achse-1-Diagnose zu stellen war.

Eine *Achse-2-Diagnose* war *in jedem Fall* zu stellen. Bei Auflistung der Häufigkeit bestimmter Persönlichkeitsstörungskategorien führen eindeutig die Borderline- und die antisoziale Persönlichkeitsstörung; relativ häufig sind noch die gleichfalls

Tabelle 1
Spektrum
psychiatrischer
Diagnosen
bei Insassen
von Arbeits-
erziehungs-
anstalten 1989
und 1999.

1989 (n = 64)
(Diagnosen nach DSM-III-R)
Prozentangaben¹

Achse-1-Syndrome		Achse-2-Syndrome	
Polytoxikomanie	22	antisoziale P. ²	36
Opiatabhängigkeit	13	Borderline	28
Dysthymie	9	narzisstische	11
Alkoholmissbrauch	8	paranoide	8
Major Depression	6	schizoide	8
Alkoholabhängigkeit	3	selbstunsichere	3

¹ durch Mehrfachnennung von Diagnosen ergeben sich Summenprozente von über 100

² P. = Persönlichkeitsstörung

1999 (n = 45)
(Diagnosen nach DSM-IV [SKID-I und -II])
Prozentangaben¹

Achse-1-Syndrome		Achse-2-Syndrome	
Polytoxikomanie	24	Borderline	47
Opiatabhängigkeit	8	antisoziale	44
Dysthymie	8	narzisstische	22
Cannabisabhängigkeit	8	paranoide	18
Kokainabhängigkeit	5	zwanghafte	11
spezifische Phobie	5	dependente	11

dem DSM-IV-Cluster B zugehörige narzisstische Persönlichkeitsstörung und die paranoide Persönlichkeitsstörung des Cluster A zu finden (Tab. 1). Bei 9 untersuchten Insassen (20%) war lediglich eine Achse-2-Diagnose, bei 17 (38%) waren *mehr als zwei* Diagnosen zu stellen. Die Achse-2-Diagnose wurde jeweils an erster Stelle erfasst, bei der die grösste Anzahl diagnoserelevanter Merkmale erfüllt war; an zweiter und dritter Stelle wurden abgestuft die Störungsformen erfasst, bei denen eine geringere Anzahl von Kriterien erfüllt war und also die Diagnose möglicherweise gerade eben oberhalb des erforderlichen Schwellenwerts zu stellen war. Bei diesem diagnostischen Ansatz werden gewisse Unterschiede deutlich, die einer summarischen Nennung der Häufigkeit bestimmter Störungsformen entgehen. Unter den an erster Stelle erfassten Störungsformen dominiert eindeutig die Borderline (21) vor der antisozialen (12) und narzisstischen Störung (6); unter den an dritter Stelle erfassten Störungen hingegen mit gleicher Häufigkeit (4) die zwanghafte, paranoide und dependente Persönlichkeitsstörung. Werden Achse-1- und Achse-2-Diagnosen zusammengeführt, errechnet sich ein Mittelwert von Diagnosen je Insasse von 2,8.

Eine Vorgeschichte *sexuellen Missbrauchs* war selten zu erfragen (3). Es ist vor dem Hintergrund dieses geringen Anteils nicht sinnvoll möglich, etwaige Verbindungen zu Variablen wie etwa der eines Abhängigkeitssyndroms oder einer spezifischen Achse-2-Diagnose untersuchen zu wollen. Erfragt wurden weiterhin *lebensgeschichtliche Ereignisse*, die nach Massgabe des A1-Diagnosekriteriums geeignet wären, eine akute Belastungsreaktion im Sinne des DSM-IV zu induzieren³.

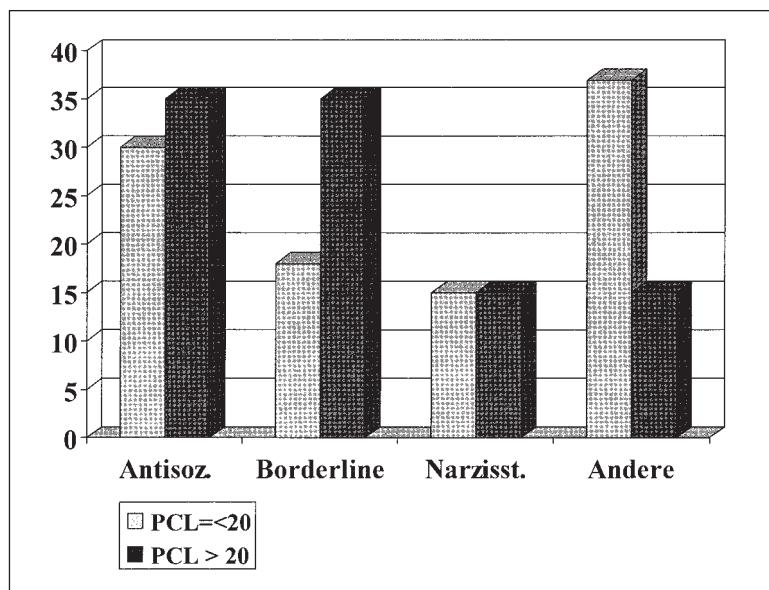
3 «Die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die den tatsächlichen oder drohenden Tod oder eine ernsthafte Verletzung oder Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalteten» (DSM-IV 308.3; A1).

Solche Ereignisse wurden von 18 Insassen (40%) berichtet; im allgemeinen handelte es sich um physische Auseinandersetzungen unter Waffengebrauch im Zusammenhang mit dem Kauf oder Verkauf illegaler Drogen. Es lässt sich keine signifikante Beziehung zur Achse-2-Diagnose der Borderline-Störung sichern (Chi-Quadrat-Test; df = 1). Trotz der relativen Häufigkeit solcher potentiell traumatisierender Ereignisse war rückblickend die Diagnose einer akuten Belastungsreaktion nur in 2 Fällen wahrscheinlich zu machen; eine chronische posttraumatische Belastungsstörung war in der Untersuchungsgruppe nicht festzustellen.

Die Punktwerte der PCL-R verteilen sich in der Untersuchungsgruppe in einem Bereich zwischen 4 und 36 bei einem Median von 15. Mehrheitlich können die Insassen nicht als «*Psychopathen*» im spezifischen Sinn der Bedeutung dieses Begriffes verstanden werden. Lediglich 5 Mitglieder der Untersuchungsgruppe (11%) überschritten den im allgemeinen als «psychopathiedefinierend» angesehenen Schwellenwert von 25 auf der PCL-R. Es ergeben sich Beziehungen sowohl zur Delinquenzvorgeschichte wie zum persönlichkeitsdiagnostischen Bereich. Bei allen 5 Insassen waren jeweils drei und mithin das Maximum der untersuchungsmethodisch hier möglichen Achse-2-Diagnosen zu stellen; ausnahmslos handelte es sich um Cluster-B-Diagnosen (unter Aussparung der gleichfalls diesem Cluster zugeordneten histrionischen Persönlichkeitsstörung); stets war eine Borderline- und eine antisoziale Persönlichkeitsstörung gegeben. Werden Insassen mit einem PCL-R-Score von über 20 mit den anderen Mitgliedern der Untersuchungsgruppe verglichen, ergeben sich teilweise signifikante Differenzen in der Verteilung auf persönlichkeitsdiagnostische Störungskategorien. Die Kategorie der antisozialen Persönlichkeitsstörung ist bemerkenswerterweise von diesen Verteilungsunterschieden nicht betroffen; ihr relativer

Abbildung 1

Verteilung spezifischer Persönlichkeitsstörungsformen in zwei durch den Psychopathy-Score definierten Untergruppen.



Anteil ist in beiden Teilgruppen gleich. Häufiger finden sich bei Personen mit höherem Score (PCL-R >20) Borderline-Störungen; der Anteil «anderer» (nicht antisozialer oder Borderline-Störungen) ist geringer (Abb. 1). Korrelationsanalytisch fand sich eine hochsignifikante negative Beziehung zum Erstdelinquenzalter (Spearman-Rangkorrelation $r = -0,55$; zweiseitig), nicht aber zur Anzahl der Vorverurteilungen ($r = 0,10$).

Im Achse-1-Bereich war bei den 64 im Jahre 1989 psychiatrisch untersuchten Insassen bei 30 (47%) eine Mehrfachdiagnose (zwei oder mehr Störungen) zu stellen; bei 31 Insassen wurde eine Diagnose gestellt; lediglich 3 Personen (5%) liessen keine im Achse-1-Bereich zu kodierende Diagnose erkennen. Die an Häufigkeit führende Diagnose war die einer polyvalenten Abhängigkeit (Polytoxikomanie); insgesamt bezogen sich 29 der 138 Achse-1-Diagnosen (21%) auf den Bereich des – abhängigen oder missbräuchlichen – Konsums psychotroper Substanzen (Tab. 1). Es wurden 64 Achse-2-Diagnosen bei den 64 untersuchten Insassen gestellt. Mehrfachdiagnosen waren im Achse-2-Bereich 1989 bei 25 von 64 Insassen (39%), keine Achse-2-Diagnose bei 20 von 64 (31%) zu stellen. Die Diagnosen der Borderline- und/oder der antisozialen Persönlichkeitsstörung wurden bei 41 Insassen gestellt; auf das Gesamt der Personen mit einer Achse-2-Diagnose bezogen umfassen beide Störungskategorien also 64%. Werden Achse-1- und Achse-2-Diagnosen zusammengefasst, so ergibt sich für jeden Insassen ein Mittelwert von 2,6 Diagnosen. Es fanden sich keine Insassen, die im Achse-1- wie im Achse-2-Bereich als unauffällig im Sinne der Diagnosekriterien des DSM-III-R angesehen wurden.

Diskussion

Der psychische Gesundheitszustand von Personen im Straf- und Massnahmenvollzug ist selten Gegenstand wissenschaftlicher Erhebungen gewesen. Als Ergebnis einer Untersuchung von Gefängnisinsassen im Rahmen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1992/1993 wurde festgestellt, dass 21% der Insassen über ständige Niedergeschlagenheit und Unruhe klagten. Es gaben 83% der 18–39jährigen Gefängnisinsassen an, mindestens einmal illegale Drogen genommen zu haben. Eine regelmässige Einnahme von Drogen war von 36% der Befragten zu erfahren. Es wurde festgestellt, dass Probleme der psychischen Befindlichkeit vor allem die jüngeren Inhaftierten charakterisierten [2].

Jüngere Straftäter werden in einem gewissen, eher geringen Umfang arbeitserzieherischen Massnahmen nach Art. 100^{bis} StGB zugeführt. Voraussetzungen und Ziele dieser arbeitserzieherischen Massnahme sind im Gesetzestext sehr allgemein beschrieben. Die Massnahme ist in Betracht zu ziehen, wenn der Täter in seiner «charakterlichen Entwicklung erheblich gestört oder gefährdet», «verwahrlost», «liederlich» oder «arbeitsscheu» ist und seine Tat in Zusammenhang mit diesen genannten Persönlichkeitsmerkmalen gesehen wird; er soll im Verlauf der Massnahme «zur Arbeit erzogen (werden)» und in den Stand gesetzt, in der Freiheit seinen Unterhalt zu erwerben. Dabei sei auch «nach Möglichkeit» die «charakterliche Festigung» zu fördern.

Die inhaltliche Beziehung zu älteren Verwahrlosungskonzepten (s. Hartmann 1977 [12]) ist aus diesen Formulierungen unschwer erkennbar. Durch die im Gesetzestext genannten Eingangsvoraussetzungen ist eine eindeutige Abgrenzung von altersgleichen männlichen Insassen der Haftanstalten kaum möglich; die genannten Merkmale einer dissozialen Entwicklung werden mutmasslich in beiden Gruppen häufig anzufinden sein. Mag in Zusammenhang mit den Art. 43 und 44 StGB durch die Forderung eines Zusammenhangs zwischen (psychischer) Störung und Straftatbegehung noch eine gewisse Einschränkung gegeben sein, ist diese im Zusammenhang des Art. 100^{bis} StGB kaum erkennbar. Nach den genannten Eingangsvoraussetzungen liegt eine dissoziale Entwicklung vor, der in aller Regel auch die zur Ausfällung dieser arbeitserzieherischen Massnahme führende Anlasstat zugerechnet werden dürfte. Dem Gesetzestext nach steht die sozialpädagogische Massnahme der «Erziehung zur Arbeit» eindeutig im Vordergrund. Die Arbeitserziehungsanstalten können mithin – jedenfalls

den gesetzlichen Grundlagen nach – nicht als psychiatrische Therapieeinrichtungen mit dem Ziel der Behandlung «Geistig Abnormer» (Art. 43 StGB) verstanden werden. Es stellt sich die Frage, inwieweit die gegenwärtige Zusammensetzung der Insassen solcher Einrichtungen tatsächlich noch den im Gesetzestext genannten Voraussetzungen entspricht und dieser Zusammensetzung nach eine sinnvolle Beeinflussung durch «Arbeitserziehung» erwarten lässt.

In dieser Arbeit werden erstmals psychiatrisch-diagnostische Befunde von Insassen zweier Arbeitserziehungsanstalten vorgestellt, die unter Bezugnahme auf diagnostische Referenzsysteme (DSM-III-R bzw. DSM-IV) erhoben wurden. Als wesentlicher Befund ist zunächst der Nachweis einer *hohen psychiatrischen Morbidität* anzusehen, der sich unter anderem schon aus der Behandlungsvorgeschichte der Insassen ableiten lässt. Das psychiatrische Diagnosespektrum im Achse-1-Bereich (DSM-IV) wird vor allem durch den abhängigen oder missbräuchlichen Konsum psychotroper Substanzen bestimmt. Es ist anzumerken, dass 25 Befragte (55%) über einen wenigstens sporadisch auch in der Einrichtung fortgeführten Drogenkonsum (in aller Regel Cannabis) berichteten. Affektive Störungen im Sinne einer Dysthymie waren bei 18% der Insassen festzustellen. Auch dies kann auf Angaben in der vorerwähnten Gesundheitsbefragung bezogen werden; naheliegender ergibt sich aus der Überführung unspezifischer subjektiver Befindlichkeitsstörungen in diagnostische Kategorien eine gewisse Reduktion der Prozentzahlen. Die in der Gesundheitserhebung erwähnten Befindlichkeitsstörungen müssen nicht zwangsläufig in Zusammenhang mit der Diagnose einer affektiven Störung gesehen werden, sondern können etwa auch eine Abhängigkeits-erkrankung begleiten oder im Rahmen einer Persönlichkeitsstörung mit Stimmungs labilität zu sehen sein.

Persönlichkeitsstörungen waren bei *allen* Insassen festzustellen. Mit dieser Aussage wird nicht unbedingt auch der Nachweis einer im engeren Sinne hohen *psychiatrischen Morbidität* geführt. Es muss an dieser Stelle die Diskussion der Frage unterbleiben, inwieweit speziell die antisoziale Persönlichkeitsstörung als «Störung» in einem psychiatrisch-medizinischen Sinn verstanden werden muss. Allerdings drückt sich die erhebliche Belastung der untersuchten Klientel mit psychischen Störungen auch in dem Umstand aus, dass bei lediglich 9 Insassen (20%) die Diagnosevoraussetzungen nur *einer* Achse-2-Diagnose gegeben, bei 38% hingegen mehr als zwei spezifische Störungsformen festzustellen waren.

Der Nachweis einer hohen psychiatrischen Morbidität ergibt sich auch aus den 1989 unter Bezugnahme auf das DSM-III-R erhobenen Befunden. Zwar ist Vergleichbarkeit nur eingeschränkt gegeben. Es ist davon auszugehen, dass die der aktuellen Untersuchung zugrundeliegende Verwendung strukturierter Interviews (SKID) sowohl im Achse-1- wie im Achse-2-Bereich methodisch bedingte Auswirkungen auf Diagnosenhäufigkeit und diagnostisches Spektrum haben dürfte. Insbesondere ist anzunehmen, dass im Zusammenhang mit der Betreuung dieser Insassen praktisch wenig relevante Diagnosen – etwa umschriebene Phobien – in einem eher problemfokussierten freien Interview weniger häufig erfasst werden; im persönlichkeitsdiagnostischen Bereich wird möglicherweise eine dissoziale Entwicklung als mehr oder weniger gegeben angenommen und nur ein von dieser Durchschnittserfahrung abweichender, erheblicher Ausprägungsgrad dann auch diagnostisch kodiert. Bemerkenswert im Hinblick auf die psychiatrische Morbidität der Klientel ist jedenfalls der Umstand, dass auch in 1989 bei *jedem* Insassen im Achse-1- und/oder Achse-2-Bereich *wenigstens eine* DSM-III-R-definierte Diagnose zu stellen war.

In der gegenwärtigen Diskussion um delinquenzverbundene Persönlichkeitsmerkmale steht das Psychopathiekonstrukt im Vordergrund. Einleitend wurde bereits auf das spezifische Verständnis dieses Begriffs im Sinne der angloamerikanischen Wortbedeutung von «psychopathy» hingewiesen; im engeren Sinne wird damit ein soziopathisches Verhalten mit bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen mangelnder Empathiefähigkeit, promisker Sexualität, einem impulshaften und im sozialen Kontakt manipulativen Verhalten bezeichnet. Es ergeben sich Verbindungen zu den persönlichkeitsdiagnostischen Kategorien der Borderline-, der antisozialen und teilweise auch der histrionischen Persönlichkeitsstörung. Insgesamt lässt sich dieses Konstrukt der «Psychopathie» sicher nicht eindeutig auf eine spezifische Achse-2-Diagnose reduzieren (Stalenheim und von Knorring 1997 [13]). Nach heutigem Kenntnisstand ist von einer Konstruktvalidität im forensischen Anwendungszusammenhang auszugehen; verschiedene Studien lassen übereinstimmend signifikante Beziehungen zwischen dem Ausprägungsgrad von «Psychopathie» und der retrospektiv wie prospektiv erfassten Gewalt- und Sexualdelinquenz wie auch mangelhafter Therapie-Compliance erkennen (Freese et al. 1995 [9]; Nedopil 1997 [11]). Die Insassen der Arbeitserziehungsanstalten sind nach vorliegender Studie mehrheitlich nicht als «psychopathisch» anzuspre-

chen. Lediglich 5 Mitglieder der Untersuchungsgruppe überschritten den im allgemeinen als «psychopathiedefinierend» angesehenen Grenzwert von 25 auf der überwiegend verwendeten Psychopathy Checklist [4]. Es ergibt sich die Möglichkeit, Beziehungen zwischen der Ausprägung von «Psychopathie» und Achse-2-Kategorien zu untersuchen. Dabei ist in Betracht zu ziehen, dass solche Beziehungen sich abhängig von der Zusammensetzung der jeweils untersuchten Gruppen unterschiedlich gestalten können. Dissozialität ist ein für die vorliegend untersuchte Gruppe allgemein charakterisierendes Merkmal und als solches nicht geeignet, abhängig von dem Psychopathie-Score gebildete Teilgruppen zu unterscheiden. Möglicherweise wäre eine solche Unterscheidung zu treffen, wenn über die Kategorie der antisozialen Persönlichkeitsstörung hinaus auch dieses Dissozialitätsmerkmal dimensional erfassbar wäre, was das hier verwendete Untersuchungsinventar nicht erlaubt. Unterschiedliche Ausprägungsgrade von «Psychopathie» waren in dieser Untersuchungsgruppe nicht mit der Diagnose der antisozialen Persönlichkeitsstörung, wohl aber mit der Diagnose einer Borderline-Störung verbunden. Bei Personen mit relativ hohem Psychopathie-Score (>20) war auch das persönlichkeitsdiagnostische Spektrum auf diese Diagnosen der antisozialen und Borderline-Störung eingeschränkt; andere Störungskategorien waren seltener als in der Teilgruppe mit niedrigerem Psychopathie-Score vertreten. Es stellt sich also eine gewisse Einengung des persönlichkeitsdiagnostischen Spektrums abhängig von der stärkeren Ausprägung von «Psychopathie» dar, wobei die ohnehin schon häufig zu stellende Borderline-Diagnose vor allem in der «Psychopathie»-Teilgruppe dominierte.

Als weitere Besonderheit dieser Untersuchungsgruppe ist festzustellen, dass biographisch belastende Ereignisse häufig – bei 40% der Insassen – erfragbar waren. Es wurden hier Ereignisse erfasst, die nach Massgabe des A1-Diagnosekriteriums des DSM-IV geeignet wären, eine akute Belastungsreaktion zu induzieren. Mehrheitlich handelte es sich um Erfahrungen lebensgefährlicher Bedrohung mit Waffen oder auch einschlägiger Verletzungen in Zusammenhang mit dem Kauf oder Verkauf illegaler Drogen. Eine signifikante Beziehung zwischen solchen Belastungserfahrungen und der Borderline-Diagnose bestand nicht; trotz der relativen Häufigkeit solcher potentiell traumatisierender Ereignisse war die Diagnose einer akuten Belastungsreaktion rückblickend nur in 2 Fällen wahrscheinlich zu machen.

Eine Vorgeschichte sexuellen Missbrauchs – nach Daten der Literatur in möglichem Zusam-

menhang mit der Borderline-Diagnose zu sehen – war hier lediglich in 3 Fällen zu erfragen. Insgesamt scheint also diese Erfahrung kein charakterisierendes Merkmal dieser untersuchten Gruppe delinquenten und häufig impulsgestörter junger Männer zu sein.

Die Einschränkungen der Aussagekraft dieser Studie sind abschliessend zu diskutieren. Es konnte nur ein begrenzter Anteil der insgesamt 108 Insassen erfasst werden; Einschränkungen ergaben sich mutmasslich durch den mehrstündigen Untersuchungsaufwand, die Teilnahme war freigestellt. Auf der anderen Seite wäre bei einer für die Untersuchungs-Compliance möglicherweise nützlichen Beschränkung auf weniger aufwendige Verfahren das Anliegen gefährdet, das gesamte grundsätzlich in Frage kommende psychiatrische Diagnosenspektrum mit valider und reliabler Methodik zu bearbeiten. Die Freiwilligkeit der Teilnahme schien – von rechtlichen Erwägungen abgesehen – zudem Voraussetzung, einen möglichst hohen Grad an Offenheit in der Untersuchung zu erreichen. Vor dem Hintergrund dieser Selektion ist die Ergänzung durch frühere psychiatrische Befunde (1989) von Bedeutung, die im Rahmen der bei jedem Neueintritt durchgeführten Eingangsuntersuchung erhoben wurden. Es wurde bereits diskutiert, dass grundlegende Unterschiede in der Verteilung auf bestimmte häufig gestellte Diagnosen nicht erkennbar sind.

Insgesamt weisen vorliegende Daten vor allem auf eine hohe psychiatrische Krankheitsbelastung der Insassen von Arbeitserziehungsanstalten hin. Nach den nur bedingt vergleichbaren Daten sind eindeutige Unterschiede zu selbstberichteten psychischen Befindlichkeitsstörungen der Insassen von Haftanstalten nicht erkennbar. Aus dem Nachweis der hohen Prävalenz psychischer Störungen ergibt sich die Frage nach der Bedeutung einer psychiatrischen, über den sozialpädagogischen Ansatz hinausgehenden bzw. diesen ergänzenden Therapie. Es ist nach Art der vorliegend festgestellten psychischen Störungen nicht anzunehmen, dass Arbeitsmassnahmen als solche auf die psychiatrische Morbidität Einfluss nehmen und das inskünftige Deliktrisiko verringern. Ein solcher Zusammenhang mag bei Vorliegen dissozialer Entwicklungen möglich sein; der Beleg von Wirksamkeit bleibt noch zu führen. Im übrigen weisen die Daten auf die Zweckmässigkeit forensisch-psychiatrischer/-psychologischer Behandlungsansätze hin, die bei den häufig «borderline-gestörten» Insassen auf delinquenzverbundene Persönlichkeitsmerkmale wie Impulshaftigkeit, Besonderheiten kognitiver Situationserfassung und des affektiven Erlebens fokussieren (Cherek et al. 1997

[14, 15]; Herpertz 1999 [16]; Hollin 1996 [17]). Sicher muss gesehen werden, dass sich Delinquenzmodelle und Vorstellungen über eine geeignete Behandlung delinquenzverbundener Persönlichkeitsmerkmale im Verlauf der letzten Jahrzehnte insgesamt verändert haben. Es wird notwendig sein, derartige Entwicklungen in der forensischen Behandlung auch auf eine Klientel wie die der Arbeitserziehungsanstalten anzuwenden, die nach vorliegenden Daten psychiatrisch eben nicht allein durch die den Eingangsmerkmalen der «Liederlichkeit» und «Arbeitsscheu» verbundene Verwahrlosung bzw. Dissozialität charakterisiert werden kann. Dabei gelten die Ergebnisse zunächst nur – wie im Titel deutlich zum Ausdruck gebracht – für die tatsächlich untersuchten Institutionen und sind auf andere Arbeitserziehungsanstalten allenfalls bedingt übertragbar. Unterschiedliche Konzepte einzelner Arbeitserziehungseinrichtungen weisen auf die Versuche einer inhaltlichen Neubestimmung mit wenigstens teilweiser Loslösung von tradierten Verwahrlosungskonzepten hin. Immerhin beziehen sich die Daten auf zwei der grösseren Einrichtungen zweier Schweizer Kantone; sie sind mithin auch ihrer offenkundigen Entsprechungen wegen im Zusammenhang einer Beurteilung der Belegung dieser Institutionen allgemein von Bedeutung und geben nicht Befunde einer einzigen, möglicherweise eher spezialisierten Einrichtung wieder.

Danksagung: Die Direktoren der Arbeitserziehungsanstalten V. Gähwiler (Uitikon/ZH) und O. Kliem (Kalchrain/TG) haben die Arbeit durch vielfältige Hilfen unterstützt. Ihre Mitwirkung war Voraussetzung der Durchführung dieser Studie. H. R. Gerber aus dem Zürcher Amt für Straf- und Massnahmenvollzug danken wir für statistische Daten zur Häufigkeit von Massnahmen nach Art. 100^{bis} StGB.

Literatur

- 1 Maier P, Urbaniok F. Die Anordnung und praktische Durchführung von Freiheitsstrafen und Massnahmen. Zürich: Schulthess; 1998. S. 135ff.
- 2 Bundesamt für Statistik. Die Gesundheit der Insassen in Schweizer Gefängnissen 1993. Bern: Eigenverlag; 1998. S. 45ff.
- 3 Wittchen H-U, Zaudig M, Fydrich T. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Achse I und II – Handanweisung. Göttingen: Hogrefe; 1997.
- 4 Hare RD, Hart S, Harpur T. Revised Psychopathy Checklist. J Abnorm Psychol 1991;100:391–8.
- 5 Skodol AE, Resnick L, Kellman D, Oldham JM, Hyler SE. Validating structured DSM-III-R personality disorder assessment with longitudinal data. Am J Psychiatry 1988;145:1297–9.
- 6 Wittchen H-U, Zaudig M, Spengler P, Mombour W, Hiller W, Essau C, et al. Wie zuverlässig ist operationalisierte Diagnostik? Die Test-Retest-Reliabilität des Strukturierten Klinischen Interviews für DSM-III-R. Z Klin Psychol 1991;20:136–53.
- 7 First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW, Davies M, Borus J, et al. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II). J Personal Disord 1995;9:92–104.
- 8 Fydrich T, Renneberg B, Schmitz B, Wittchen HU. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV-Achse II: Persönlichkeitsstörungen. Göttingen, Bern: Hogrefe; 1997.
- 9 Freese R, Born P, Müller-Isberner R. Gravierende Delikte während der Behandlung im psychiatrischen Massregelvollzug. Nervenarzt 1995;66:542–9.
- 10 Hill CD, Rogers R, Bickford ME. Predicting aggressive and socially disruptive behavior in a maximum security forensic psychiatric hospital. J Forensic Sci 1996;41:56–9.
- 11 Nedopil N. Die Bedeutung von Persönlichkeitsstörungen für die Prognose künftiger Delinquenz. Mschr Krim 1997;80:79–92.
- 12 Hartmann K. Theoretische und empirische Beiträge zur Verwahrlosungsforschung. Berlin, Heidelberg: Springer; 1977.
- 13 Stalenheim EG, von Knorring L. Psychopathy and axis I and axis II psychiatric disorders in a forensic psychiatric population in Sweden. Acta Psychiatr Scand 1996;94:217–23.
- 14 Cherek DR, Moeller FG, Schnapp W, Dougherty DM. Studies of violent and nonviolent male parolees: I. Laboratory and psychometric measurements of aggression. Biol Psychiatry 1997;41:514–22.
- 15 Cherek DR, Moeller FG, Schnapp W, Dougherty DM. Studies of violent and nonviolent male parolees: II. Laboratory and psychometric measurements of impulsivity. Biol Psychiatry 1997;41:523–9.
- 16 Herpertz S. Schulenübergreifende Psychotherapie bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Sass H, Herpertz S, Hrsg. Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart: Thieme; 1999. S. 116–31.
- 17 Hollin CR. Working with offenders. Chichester-New York: J. Wiley & Sons; 1996.