Universitätsklinikum Ulm

Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Ärztlicher Direktor Prof. Dr. med. Harald Gündel

Zur Wirksamkeit Dialektisch-Behavioraler Therapie (DBT) und Integrativ-Behavioraler Therapie (IBT) bei der Behandlung von Patienten im psychiatrischen Maßregelvollzug

- Eine Untersuchung zur Qualitätssicherung -

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Humanbiologie

der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

Tanja Rosenow

Heidenheim an der Brenz

2013

.

Amtierender Dekan: Prof. Dr. Thomas Wirth

1. Berichterstatter: Prof. Dr. Friedemann Pfäfflin

2. Berichterstatter: Prof. Dr. Thomas Becker

Tag der Promotion: 16. Mai 2014

Inhaltsverzeichnis.....I
Abkürzungsverzeichnis.....III

1 Einleitung 1
1.1 Die Maßregeln der Besserung und Sicherung 3
1.1.1 Die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 StGB) 5
1.1.2 Die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB) 7
1.1.3 Störungsbilder im Maßregelvollzug 9
1.1.4 Frauen und Männer im Maßregelvollzug 13
1.2 Therapie im Maßregelvollzug 15
1.2.1 Gruppentherapeutische Konzepte im Maßregelvollzug 17
1.2.2 Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) 18
1.2.3 Integrativ-Behaviorale Therapie (IBT) 25
1.2.4 Ziel der Arbeit, Fragestellung, Hypothesen 28

2 Material und Methode 29
2.1 Stichprobe 29
2.2 Ausschlusskriterien, Drop-Out, zeitlicher Rahmen 30
2.3 Erhebungsinstrumente und statistische Methode der Auswertung 32
2.3.1 Instrumente der Datenerhebung 32
2.3.2 Angewendete statistische Verfahren 34

3 Ergebnisse 36
3.1 Beschreibung der Patientenstichprobe 36
3.1.1 Verteilung von Persönlichkeitsstörung und Suchterkrankung zwischen Frauen und Männern 43
3.1.2 Verteilung Persönlichkeitsstörung und Suchterkrankung zwischen § 63 StGB und § 64 StGB Patienten 45
3.2 Ergebnisse der Fragebogen 47
3.2.1 Belastung mit körperlichen und psychischen Symptomen 47
3.2.2 Bereitschaft zu aggressiven Verhaltensweisen 57
3.2.3 Beeinträchtigung durch depressive Symptome 64
3.2.4 Interpersonelle Schwierigkeiten 70

4 Diskussion 77
4.1 Repräsentativität der Stichprobe (Hypothese 1) 77
4.1.1 Soziodemographische Merkmale 77
4.1.2 Unterbringungsrelevante Merkmale 79
4.1.3 Krankheitsrelevante Befunde 79
4.2 Veränderungen in der Gesamtpatientenstichprobe (Hypothese 2) 81
4.2.1 Belastung durch körperliche und psychische Beschwerden 81

4.2.2 Bereitschaft zu aggressiven Verhaltensweisen 82
4.2.3 Belastung durch depressive Symptome 84
4.2.4 Belastung durch interpersonale Probleme 85
4.3 Veränderungen bei Frauen und Männern (Hypothese 3) 87
4.3.1 Belastung durch körperliche und psychische Beschwerden 87
4.3.2 Bereitschaft zu aggressiven Verhaltensweisen 88
4.3.3 Belastung durch depressive Symptome 90
4.3.4 Belastung durch interpersonale Probleme 91
4.4 Veränderung bei § 63 StGB und § 64 StGB Patienten (Hypothese 4) 93
4.4.1 Belastung mit körperlichen und psychischen Symptomen 93
4.4.2 Bereitschaft zu aggressiven Verhaltensweisen 95
4.4.3 Belastung durch depressive Symptome 97
4.4.4 Belastung durch interpersonale Probleme 98
4.5 Stärken und Limitation der Untersuchung 99
4.5.1 Das Design 99
4.5.2 Repräsentativität der Daten 100
4.5.3 Erhebung mittels Fragebogen 101
4.5.4 Untersuchereffekte 103

5 Zusammenfassung 104
6 Literaturverzeichnis 106
Danksagung 133

§	Paragraph
Ø	Durchschnitt (arithmetisches Mittel)
∑	Summe Faktor 1 bis Faktor 3 (des FAF)
Abs.	Absatz
a. F.	alte Fassung
AGG	Skala der SCL-90-R: Aggressivität
ANOVA	Varianzanalyse (Analysis of variance)
ANX	Skala der SCL-90-R: Ängstlichkeit/Feindseligkeit
BDI	Beck-Depressions-Inventar
BDHI-D	Buss-Durkee Hostility Inventory, Dutch Version
BPRS-E	The Anxiety, Depression, Suicidality, Hostility, Guilt and Tension subscales of the Expanded Brief Psychiatric Rating Scale
BPS-R	Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter revidierte Fassung
d	Effekstärkenmaß Cohens *d*
CBT	cognitive behavioral therapy
DBT	Dialektisch-Behaviorale Therapie
DBT-S	Dialektisch-Behaviorale Therapie Sucht
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DPR	Skala der SCL-90-R: Depressivität
ES	Effektstärke
F	Prüfgröße varianzanalytischer Effekt
FAF	Fragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren
Faktor 1	Skala 1 des FAF: spontane Aggressionen
Faktor 2	Skala 2 des FAF: reaktive Aggressionen
Faktor 3	Skala 3 des FAF: Erregbarkeit

Faktor 4	Skala 4 des FAF: Selbstaggressionen bzw. Depressionen
Faktor 5	Skala 5 des FAF: Aggressionshemmung
GSI	Kennwert der SCL-90-R: Global Severity Index
GV	Gruppenvergleich
IBT	Integrativ-Behaviorale Therapie
IIP1	Skala 1 des IIP-D: zu autokratisch/dominant
IIP2	Skala 2 des IIP-D: zu streitsüchtig/konkurrierend
IIP3	Skala 3 des IIP-D: zu abweisend/kalt
IIP4	Skala 4 des IIP-D: zu introvertiert/sozial vermeidend
IIP5	Skala 5 des IIP-D: zu selbstunsicher/unterwürfig
IIP6	Skala 6 des IIP-D: zu ausnutzbar/nachgiebig
IIP7	Skala 7 des IIP-D: zu fürsorglich/freundlich
IIP8	Skala 8 des IIP-D: zu expressiv/aufdringlich
IIP-D	Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme – Deutsche Version
KS	Kontrollskala des FAF: Offenheitswerte
LWL	Landschaftsverband Westfalen-Lippe
M	Mittelwert
MBT	Mentalization Based Treatment
MWH	Messwiederholung
MRV-Broschüre	Informationsbroschüre über den Maßregelvollzug in Westfalen-Lippe
N	Gesamtstichprobengröße
n	Teilstichprobengröße
n.s.	nicht signifikant
NLKH	Niedersächsisches Landeskrankenhauses Moringen

p	Signifikanz (Irrtumswahrscheinlichkeiten von $p < 0.05$ gelten als signifikant)
PAR	Skala der SCL-90-R: Paranoides Denken
PHO	Skala der SCL-90-R: Phobische Angst
Prä-	Vor Beginn der DBT/IBT
Post-	Nach Ende der DBT/IBT
PS	Persönlichkeitsstörung
PSDI	Kennwert der SCL-90-R: Positive Symptom Distress Index
PST	Kennwert der SCL-90-R: Positive Symptom Total
PSY	Skala der SCL-90-R: Psychotizismus
PsychKG	Psychisch-Kranken-Gesetz
r	Korrelationskoeffizient
R^2	Bestimmtheitsmaß/Determinationskoeffizient
RCT	randomized cotrolled trail
RHAP	Rheinische Akademie für Psychotherapie
RPP	Rückfallpräventionsprogramm
R & R-Program	Reasoning and Rehabilitation Program
SCL-90-R	Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis
SD	Standardabweichung
Sign.	Signifikanz
SOM	Skala der SCL-90-R: Somatisierung
SOTP	Sex Offender Treatment Programm
SOZ	Skala der SCL-90-R: Unsicherheit im Sozialkontakt
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
StGB	Strafgesetzbuch
StPO	Strafprozessordnung
SU:	Summenwert der Depression Beck-Depressions-Inventar

t	Prüfgröße aus t-Test
TAU	Treatment as usual
TFP	Transference Focused Psychotherapy (Übertragungsfokussierte Psychotherapie)
u. a.	unter anderem
V	Kontingenzkoeffizient Cramer´s *V*
v. a.	vor allem
WW	Wechselwirkung
z. B.	zum Beispiel
ZWG	Skala der SCL-90-R: Zwanghaftigkeit

1 Einleitung

„What works? (…) “Nothing works” (Martinson 1974, S. 22). Diese Aussage, getroffen von Robert Martinson zur Frage der Wirksamkeit von Straftäterbehandlung in amerikanischen Gefängnissen, galt lange auch als Abbild einer resignativ-pessimistischen Haltung in Bezug auf die Behandlung im deutschen Straf- und Maßregelvollzug.

So stellte die Enquête 1975 in ihrem „Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland“ (DGPPN 2013) zur Situation psychisch kranker Straftäter in der Maßregel nach § 63 StGB fest, dass sie „die Schlusslichtposition im Versorgungsbereich“ einnehmen“ (DGPPN 2013, S. 282). Auch die Stellungnahme zur Unterbringung und Behandlung suchtkranker Straftäter in einer Entziehungsanstalt nach § 64 StGB klang wenig ermutigend: „In der Bundesrepublik existieren zur Zeit nur sehr wenige leistungsfähige „Entziehungsanstalten“, die zur Unterbringung von alkohol- und suchtkranken Tätern und damit zum Maßregelvollzug nach § 64 StGB geeignet wären“ (DGPPN 2013, S. 283).

Die Patienten hatten nur wenige Möglichkeiten zur schulischen und beruflichen Weiterbildung. Arbeitstherapie war auf einfache Montagetätigkeiten beschränkt und nicht in ein Therapiekonzept integriert, Psychotherapie fand oft nur am Rande statt und die räumlichen Bedingungen waren schlecht (Leygraf 1999).

Martinsons Aussage wird bis heute zitiert (z.B. Nedopil u. Müller 2012, Pfäfflin 2006 a), nun jedoch als Anknüpfungspunkt für eine Martinson widerlegende Antwort. Die Behandlung im Maßregelvollzug hat sich verändert. Es wurde seither viel unternommen, die damals so desolat eingeschätzte Situation nachhaltig zu verändern. Es wurden bauliche Veränderungen vorgenommen und Therapiekonzepte implementiert (Übersichtsartikel z.B. von Ermer 2008, Huchzermeier u. Aldenhoff 2002, Lamott u. Pfäfflin 2009, zur Behandlungspraxis z.B. Hofstetter 2011 und Müller-Isberner u. Eucker 2011).

Gezielte Untersuchungen zur Effektivität von Therapiekonzepten sind jedoch noch in der Minderzahl und wurden z.B. von Bezzel (2008) zur Effizienz der Maßregelvollzugstherapie, Fontao et al. (2006) über die positiven Effekte der Anwendung Übertragungsfokussierter Psychotherapie (TFP) bei der Behandlung von Maßregelvollzugspatienten,

Oermann et al. (2007) über die Einführung von Dialektisch-Behavioraler Therapie (DBT) für forensische Patienten in der Maßregelvollzugsanstalt Haina vorgelegt.

Vor diesem Hintergrund will diese Arbeit einen Beitrag zur Frage der Wirksamkeit von Therapie im Maßregelvollzug leisten. Sie untersucht die Wirksamkeit der Teilnahme von Maßregelvollzugspatienten an Dialektisch-Behavioraler Therapie (DBT) nach Marsha Linehan (1996 a) und Integrativ-Behavioraler Therapie (IBT, Schneider u. Weißig 2008), einer auf der Basis von DBT für den Maßregelvollzug adaptierten Therapieform. Es wird der Frage nachgegangen, ob sich bei den Patienten in relevanten störungsspezifischen Bereichen durch die Teilnahme an der DBT/IBT Änderungen gezeigt haben. Weiterhin wird untersucht, ob sich im Sinne eines selektiven Wirkens unterschiedliche Effekte bei Frauen und Männer sowie Patienten der Maßregel nach § 63 StGB und § 64 StGB zeigen.

Die Arbeit beginnt mit einer Einführung in die Maßregeln nach § 63 StGB und § 64 StGB. Es folgt eine Beschreibung der Bedingungen, unter welchen Therapie im Maßregelvollzug stattfindet. Daran schließt sich ein Überblick über die häufigsten Krankheits- und Störungsbilder von Maßregelvollzugspatienten an. Es folgt ein Überblick über gruppentherapeutische Ansätze, die sich im Maßregelvollzug etabliert haben. Anschließend wird auf das Konzept der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) sowie der Integrativ-Behavioralen Therapie (IBT) näher eingegangen. Den Schluss der Einleitung bilden die Fragestellung dieser Arbeit und die Hypothesen, die in der Untersuchung geprüft werden.

In Kapitel 2 wird die Herkunft der Daten erläutert. Es folgt die Darstellung der Erhebungsmethode, der Erhebungsinstrumente und der statistischen Methode der Auswertung.

Kapitel 3 umfasst die Ergebnisdarstellung.

In Kapitel 4 schließt sich unter Einbezug von Befunden aus der Literatur sowie Ergebnissen aktueller Forschung die Diskussion der Ergebnisse sowie die Darstellung der Limitationen dieser Arbeit an.

Den Abschluss dieser Arbeit (Kapitel 5) bildet eine kurze Zusammenfassung der Erkenntnisse, die aus dieser Arbeit gewonnen werden konnten.

1.1 Die Maßregeln der Besserung und Sicherung

Die Maßregeln der Besserung und Sicherung stellen in unserem Rechtssystem die so genannte „zweite Spur“ von Sanktionen dar. Strafe ist eine Reaktion auf schuldhaftes Handeln (Tatschuld). Schuld setzt dabei die Vorwerfbarkeit des Verhaltens voraus, „hierfür steht der juristische Begriff der Schuld“ (Volckart u. Grünebaum, 2009, S. 1).

Diese Schuld rechtfertigt den Eingriff in die Freiheitsrechte des Täters. Die bemessene Strafe richtet sich nach der Tatschuld des Täters. Ist diese Tatschuld aufgrund z.B. psychischer Erkrankung aufgehoben, könnte die nach der Tatschuld des Täters zu bemessende Strafe nicht verhängt werden, da Bestrafung ohne Schuld nach den Grundgedanken unserer Rechtsordnung nicht denkbar ist. Erst die Einführung einer zweiten Sanktionsmöglichkeit, den Maßregeln der Besserung und Sicherung, ermöglichte und legitimierte u. a. den Freiheitsentzug von schuldlosen Tätern, von denen Gefahr ausgeht (Volckart u. Grünebaum 2009).

Die Maßregeln der Besserung und Sicherung verfolgen dabei in erster Linie die Besserung des Täters und damit Verringerung bzw. Beseitigung seiner Gefährlichkeit. Es wird zwischen freiheitsentziehenden Maßregeln (Unterbringung in den Maßregelvollzug §§ 63, 64 StGB und der Sicherungsverwahrung § 66 StGB) sowie nicht freiheitsentziehenden Maßregeln (Führungsaufsicht, Fahr- und Berufsverbot §§ 68 – 70 StGB) unterschieden (Nedopil u. Müller 2012).

Da einzelne Maßregeln unterschiedlich schwere Folge für die Betroffenen nach sich ziehen, bedürfen sie einer Rechtfertigung – wie Strafen auch. Es ist somit immer zwischen den Freiheits- und Persönlichkeitsrechten der Täter und dem Schutz der Allgemeinheit abzuwägen.

Für die Anordnung der Maßregeln nach §§ 63, 64 StGB gelten allgemein:

- Die strafgerichtliche Anordnung erfolgt durch ein Gerichtsurteil in einem durch die Strafprozessordnung geregelten Verfahren aufgrund einer Hauptverhandlung. Ist die Schuldunfähigkeit von vornherein so gut wie sicher, kann die Anordnung auch ausnahmsweise in dem, dem Strafverfahren nachgebildeten Sicherungsverfahren nach §§ 413-416 StPO erfolgen (Volckart u. Grünebaum 2009).

- Maßregeln erfordern eine rechtswidrige Tat (Anlasstat), d.h. eine Tat i. S. der Strafgesetze, die so schwerwiegend ist, dass die Unterbringung dazu nicht unverhältnismäßig ist (Verhältnismäßigkeit) (Volckart u. Grünebaum 2009).
- Die Unterbringung sowohl in einem psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 StGB) als auch in einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB) kann nur angeordnet werden, wenn vom Täter weitere erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind (Gefährlichkeit). Es muss zwingend ein Zusammenhang zwischen Anlasstat, Psyche des Täters und weiteren zu erwartenden Taten bestehen („Symptomcharakter des Deliktes“, Nedopil u. Müller 2012 S. 45). Die Gefährlichkeit ist dabei die Umschreibung einer ungünstigen Kriminalprognose und kein Charaktermerkmal des Täters (Volckart u. Grünenbaum 2009).
- Zur Einschätzung der Kriminalprognose hat das Gericht nach § 246a StPO einen Sachverständigen hinzuzuziehen. Ist bereits im Vorverfahren absehbar, dass eine Maßregel nach § 63, 64 StGB höchstwahrscheinlich in Frage kommt, ist nach § 80a StPO bereits in diesem Stadium der Sachverständige hinzuziehen.
- Auch hier gilt jedoch: In dubio pro reo. Der Sachverhalt, der die ungünstige Kriminalprognose bedingt, muss positiv festgestellt werden, d. h. ein diffuses Beschwerdebild reicht nicht aus.

Allgemein gelten Maßregeln als erledigt, d. h. zu beenden, wenn:

- die Grundlage der Unterbringung nach §§ 63, 64 StGB wegfällt, d. h. wenn sich entweder nach Unterbringung herausstellt, dass der Untergebrachte nicht (mehr) an einem Zustand leidet, der Voraussetzung für die Unterbringung gewesen wäre. Dies sind Fälle, in denen eine Fehldiagnose vorlag (Volckart u. Grünebaum 2009), oder aber Fälle der Nachreifung und Heilung, d. h. wenn davon auszugehen ist, das der Untergebrachte zukünftig keine „Symptomtaten“ (Volckart u. Grünebaum 2009, S. 346) mehr begehen wird.

Allerdings ist zu beachten, dass sowohl im Falle der Erledigung aufgrund einer Fehleinweisung wie auch Heilung bei fortbestehender Gefährlichkeit die Anordnung der nachträglichen Sicherungsverwahrung § 66 d StGB in Frage kommt (Volckart u. Grünebaum 2009).

Neben diesen Voraussetzungen unterscheiden sich die Maßregeln nach § 63 StGB (Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus) und § 64 StGB (Unterbringung in einer Entziehungsanstalt) deutlich, was im Folgenden dargestellt wird.

1.1.1 Die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 StGB)

Nach § 63 StGB erfolgt die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus unter folgenden Voraussetzungen:

> *„Hat jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit (§ 20) oder der verminderten Schuldfähigkeit (§ 21) begangen, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus an, wenn die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Tat ergibt, daß von ihm infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist.“* (Strafgesetzbuch 2013, S 34).

Neben den oben genannten allgemeinen Voraussetzungen gilt für die Maßregel nach § 63 StGB, dass sie trotz einer geringfügigen Tat angeordnet werden kann, wenn die Tat eine hohe Gefährlichkeit indiziert oder diese, gemessen am Krankheitsverlauf, prognostizierbar ist.

Die Straftat kann in schuldunfähigem Zustand (§ 20 StGB) begangen worden sein, ein Zustand eingeschränkter Schuldfähigkeit (§ 21 StGB) muss jedoch mindestens vorliegen. Ist letzteres der Fall, wird neben der Maßregel auch eine Strafe verhängt (Best u. Rössner, 2006).

Dabei stellt die Straftat im schuldunfähigen Zustand des § 20 StGB eine rechtsdogmatische Problematik dar, denn wenn (nur) vorsätzliches Handeln unter Strafe gestellt wird, muss auch ein Schuldloser vorsätzlich gehandelt haben, damit sein Tun als rechtswidrige Tat gelten kann. Hier wird dann vom so genannten „natürlichen Vorsatz“ (Volckart u. Grünebaum, 2009, S. 13) ausgegangen: Es wird darauf abgehoben, dass die Strafbarkeit an eine bestimmte Absicht geknüpft ist, somit muss auch der Kranke diese Absicht gehabt haben (Volckart u. Grünebaum, 2009).

Für die Schuldminderung nach §§ 20, 21 StGB gilt weiterhin, dass sie ebenfalls positiv festgestellt werden muss, sie kann nicht bloß vermutet werden. Zudem muss es sich um einen längeren krankhaften psychischen Zustand handeln, denn nur aus diesem ist auch

abzuleiten, dass vom Täter zukünftige rechtswidrige Taten zu erwarten sind (Detter 1999).

Die Erheblichkeitsklausel soll dabei verhindern, dass psychisch kranke Täter, von denen in Zukunft nur noch Bagatelltaten zu erwarten sind, jahrzehntelang untergebracht werden, was in den ersten Jahren der Maßregelvollzusgpraxis der Fall war. Als Faustregel geben Volckart und Grünebaum (2009) an, dass es sich um Taten handeln soll, für die ein psychisch gesunder Täter eine Freiheitsstrafe von mindestens zwei Jahren zu erwarten hätte.

Insgesamt liegt der Maßregel nach § 63 StGB der Grundgedanke der Besserung und Sicherung zugrunde. Die Maßregel nach § 63 StGB kann aber auch verhängt werden, wenn noch unsicher ist, ob eine Besserung erreicht werden kann. Selbst wenn sich herausstellt, dass keine Chance auf eine positive therapeutische Beeinflussung der Störung besteht, bleiben die Patienten hospitalisiert, denn § 63 StGB sieht, im Unterschied zu § 64 StGB keine Höchstfrist der Unterbringung vor (Nedopil u. Müller 2012).

Viele dieser Patienten gelten dann als die „Unbehandelbaren“ (Pollähne 2005, S. 173). Eine Reihe von Fachleuten (z.B. Dessecker 2005, Pollähne 2003, Pollähne 2005, Stolpmann 2001) hinterfragen daher kritisch, ob es sich hier nicht doch um Fehleinweisungen handelt. Verschiedene Fachleute plädieren für eine Aufnahme des Kriteriums der hinreichenden Behandelbarkeit in die Voraussetzungen des § 63 StGB, ähnlich wie dies für § 64 StGB formuliert wurde. Sie sehen darin die Chance, dass dem Maßregelvollzug nach § 63 StGB die Möglichkeit eröffnet würde, psychiatrische Behandlungsaufgaben durchzuführen, die auch realisierbar sind (Körber 2001, Körber 2004, Pollähne 2005).

Zugleich gibt es Stimmen, die sich gegen die stigmatisierende und wenig Hoffnung vermittelnde Bezeichnung „nicht therapierbar“ wenden (Leygraf 2006 a, Martens 2000). Zudem, so Leygraf (2006 a), sei diese Bezeichnung schon deswegen abzulehnen, weil sie „ein zu eng gefassten Therapieverständnis“ (Leygraf 2006 a, S. 214) aufweist. Nach Leygraf gilt der Auftrag der Behandlung vielmehr für alle Patienten und kann somit nicht einseitig am Kriterium der Entlassung in die Freiheit festgemacht werden. Dass positive Veränderungen außerdem auch noch bei jahrelang untergebrachten Patienten, bei welchen wenig Hoffnung auf Besserung bestand, zu erreichen sind, konnte z.B. Martens (2000) belegen.

Allgemein gilt jedoch, dass die Maßregel nach § 63 StGB die im Vergleich zu § 64 StGB gravierendere Maßregel ist. Sie ist zeitlich unbefristet und Patienten werden erst entlassen, wenn sie als nicht mehr gefährlich gelten oder die weitere Maßregelvollstreckung unverhältnismäßig wäre (§ 67 d Abs. 6). Eine Beendigung aufgrund von Aussichtslosigkeit ist hingegen sehr selten, z.B. bei Alterskranken, von denen bisher Taten im Sinne des sexuellen Missbrauchs drohten (Volckart u. Grünebaum 2009).

Daher sollte, für den nicht seltenen Fall, dass eine psychische Erkrankung und eine Suchterkrankung komorbid vorliegen, sorgfältig geprüft werden, ob die Suchterkrankung als primäre Störung anzusehen ist. In diesem Fall ist der Anwendung der weniger gravierenden zeitlich befristeten Maßregel nach § 64 StGB der Vorzug zu geben (Streng 2004).

1.1.2 Die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB)

Im Unterschied zu § 63 StGB hat die Maßregel nach § 64 StGB, in der geänderten Fassung vom 16.02.2007[1], eine deutlich andere Ausrichtung. § 64 StGB lautet:

> *„Hat eine Person den Hang, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen, und wird sie wegen einer rechtswidrigen Tat, die sie im Rausch begangen hat oder die auf ihren Hang zurückgeht, verurteilt oder nur deshalb nicht verurteilt, weil ihre Schuldunfähigkeit erwiesen oder nicht auszuschließen ist, so soll das Gericht die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt anordnen, wenn die Gefahr besteht, dass sie infolge ihres Hanges erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird. Die Anordnung ergeht nur, wenn eine hinreichend konkrete Aussicht besteht, die Person durch die Behandlung in einer Entziehungsanstalt zu heilen oder über eine erhebliche Zeit vor dem Rückfall in den Hang zu bewahren und von der Begehung erheblicher rechtswidriger Taten abzuhalten, die auf ihren Hang zurückgehen.“* (Strafgesetzbuch 2013, S. 34).

[1] Bundesgesetzblatt I, S. 1327, die bis dahin geltende Regelung war als nicht mit dem Grundgesetz vereinbar erklärt worden, da sie die Anordnung der Unterbringung in der Entziehungsanstalt auch ohne hinreichend konkrete Aussicht vorsah § 64 StGB a. F., „im Falle der Beendigung der Maßregel wegen Aussichtslosigkeit die bis dahin erfolgte Vollzugsdauer nicht auf die Strafe angerecht wurde (§ 67 Abs. 4 S. 2 StGB a. F.) und diese Beendigung einen mindestens einjährigen Vollzug voraussetzte (§ 67 d Abs. 5 S. 1 StGB a. F.)“ (Volckard u. Grünebaum 2009, S. 285).

Die wichtigste Änderung stellt die Umformulierung von einer Muss- in eine Soll-Vorschrift dar. Damit ist es nun Ermessensache des Gerichts, die Maßregel nach § 64 StGB anzuordnen (Volckart u. Grünebaum 2009).

Als eine Anlasstat gilt hier nur eine Tat, die aufgrund des Hangs des Täters erfolgte. Ein Hang liegt nur vor, wenn berauschende Mittel im Übermaß konsumiert wurden oder die Tat auf den Hang zurückgeht. „Im Übermaß bedeutet, dass der Täter berauschende Mittel in einem solchen Umfang zu sich nimmt, dass seine Gesundheit, Arbeits- und Leistungsfähigkeit dadurch erheblich beeinträchtigt werden“ (Volckart u. Grünebaum 2009, S. 20). In Fachkreisen ist man sich insofern einig, dass (auch wenn es der Gesetzestext nicht fordert) zumindest eine psychische Abhängigkeit vorliegen muss (Nedopil u. Müller 2012, Volckart u. Grünebaum 2009).

In Bezug auf die ungünstige Kriminalprognose stellt § 64 StGB lediglich auf die Gefahr weiterer mit dem Hang in Zusammenhang stehender Taten ab; im Unterschied dazu verlangt § 63 StGB, dass Folgetaten in Zusammenhang mit der psychischen Störung zu erwarten sein müssen. Das Kriterium der Erheblichkeit (s. o.) gilt auch für § 64 StGB. Wobei, angesichts des geringeren Strafmaßes auch das, was als erheblich eingestuft wird, geringer ist. So reichen z.B. Seriendiebstähle mittlerer Art aus (Volckart u. Grünebaum 2009).

In Bezug auf die Schuldfähigkeit stellen schuldunfähige Täter die Ausnahme dar. Heinz (2007) berichtet aus der Strafverfolgungsstatistik 2005, dass lediglich 3 % der nach § 64 StGB untergebrachten schuldunfähig, 47 % vermindert schuldfähig, die andere Hälfte als voll schuldfähig beurteilt wurden (Heinz 2007).

Das inhaltlich wichtigste Kriterium der Neufassung des § 64 StGB bezieht sich aber wohl auf die hinreichend konkrete Aussicht auf eine erfolgreiche Behandlung. Es ist jetzt „Voraussetzung für eine Unterbringung (…), dass sich in Persönlichkeit und Lebensumständen konkrete Anhaltspunkte für einen erfolgreichen Verlauf der Therapie finden lassen“ (Kemper 2010, S. 82). Ziel der Gesetzesänderung war die Begrenzung der Zuweisung auf die kostenintensiven Therapieplätze auf Patienten, bei denen reale Erfolgschancen in der Behandlung bestehen. Weitere Ziele waren eine Verkürzung der Verweildauer und Kostensenkung für die Landeshaushalte (Kemper 2010).

Ob die Umsetzung aus klinischer Sicht gelungen ist, ist für viele Fachleute hingegen fragwürdig. In diesem Sinne existiert auch bezüglich der Maßregel nach § 64 StGB die

Frage der Fehleinweisungen. Der Anteil von fehleingewiesenen Patienten wird in der Größenordnung zwischen 20 bis 30 %, je nach Kriterium und Einrichtung, angegeben (Müller 2005, Seifert u. Leygraf 1999). Hoffmann sieht diese Fehleinweisungen als Folge von Fehlentscheidungen der Gerichte die, bei unklarer Abhängigkeitserkrankung sich häufig scheuten, die behauptete Abhängigkeit strenger zu prüfen (Hoffmann 2007).

Für die Erledigung der Maßregel nach § 64 StGB gilt, dass sie, durch die Regelung in § 67 d StGB, zeitlich auf eine Höchstfrist von 2 Jahren begrenzt wird. Wurde neben der Maßregel auch eine Strafe verhängt, kann sich die Höchstfrist auf bis zu Zweidrittel der Gesamtstrafe erhöhen (Schaumburg 2003). Die Maßregel ist nach § 67 d Abs. 4 StGB nach Ablauf der Höchstfrist zu beenden. Dies gilt allerdings auch, wenn keine Aussicht auf erfolgreiche Behandlung besteht, denn gerade das fordert § 64 StGB in der jetzigen Fassung.

1.1.3 Störungsbilder im Maßregelvollzug

Patienten im Maßregelvollzug sind schwerwiegend psychisch krank. Sie leiden unter Psychosen, schweren Persönlichkeitsstörungen, selbstverletzendem Verhalten, Impulsivität, Suizidalität und Suchterkrankungen (Fiedler 2001, Johann et al. 2007). Die häufigsten Diagnosen psychisch kranker Rechtsbrecher (§ 63 StGB) sind Psychosen, Persönlichkeitsstörungen, geistige Behinderungen oder organische Hirnschädigungen. „Regelhaft besteht eine lange Vorgeschichte psychischer Auffälligkeiten und antisozialen Verhaltens“ (Müller-Isberner u. Eucker 2009, S. 433). Bei Suchtpatienten in der Maßregel nach § 64 StGB finden sich neben der Abhängigkeitserkrankung häufig schwere Persönlichkeitsstörungen (Müller-Isberner u. Eucker 2009).

Für die Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen werden für forensische Patienten sehr unterschiedliche Größenordnungen angegeben: Für England u. Wales berichten Coid et al. (2000) von 47 % „psychopathic disorder“ (S. 282) für weibliche Patientinnen in hoch gesicherten Einrichtungen, für männliche Patienten hingegen lediglich 21 %. McCann et al. (2000) geben für eine Einrichtung in Nordamerika 30 % an. Für Deutschland werden Raten für Persönlichkeitsstörungen unter forensischen Patienten z.B. für Hessen von 40 % (Müller-Isberner 2004) oder für Nordrhein-Westfalen von 51 % (Seifert u. Leygraf 1997) genannt. Von der Haar (2007) gibt an, dass bei jedem zweiten Suchtpatienten eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert werde. Es finden sich aber auch Anga-

ben von bis zu 80 % und mehr (z.B. 70,4 % von Long et al. [2011] für eine forensische Einrichtung in England; 62 bis 68 % von Blackburn [2004]; 80 bis 84 % von De Ruiter u. Greeven [2000]). Im Vergleich dazu werden für die Allgemeinbevölkerung Prävalenzangaben von 7 % (Fiedler 2001) bis 10 % (Maier et al. 1992) genannt.

Innerhalb der Persönlichkeitsstörungen ist die bei forensischen Patienten am häufigsten vergebe Diagnose die der dissozialen oder antisozialen Persönlichkeitsstörung z.B. 41 % als Zweitdiagnose neben einer Abhängigkeitserkrankung bei Bezzel (2008), 38 % bei Blackburn (2004); 43 % bei De Ruiter u. Greeven (2000); 54,2 % bei Greeven u. De Ruiter (2004). Teilweise ebenso häufig findet sich die Diagnose der Borderline Persönlichkeitsstörung z.B. 17 % bei Blackburn et al. (2004); 36 % bei De Ruiter u. Greeven (2000); 50,8 % bei Greeven u. De Ruiter (2004).

Gefolgt werden diese von der narzisstischen Persönlichkeitsstörung (14 % bei Blackburn (2004), 17 % bei De Ruiter u. Greeven (2000); 22 % bei Greeven u. De Ruiter (2004)), teilweise auch von der Diagnose einer paranoiden Persönlichkeitsstörung (52,5 % bei Greeven u. De Ruiter (2004)).

Insbesondere für die antisoziale Persönlichkeitsstörung gilt hierbei, dass sie häufig als ein Kriterium für einen schlechteren Therapieerfolg gewertet wird (McCann et al. 2000; Randolph u. Yates 1993, Schalast et al. 2007). Dies kann mit Hinblick auf die Genese nachvollzogen werden. Persönlichkeitsstörungen haben ihren Beginn in der Jugend, ihre Ursachen sind aber früher zu verorten. Wer über keine guten Bindungserfahrungen verfügt, keine fördernde und fordernde Erziehungsumgebung erfahren hat, statt dessen Grenzverletzungen erfuhr, dessen Risiko für das Ausbilden einer Persönlichkeitsstörung und spätere Delinquenz ist deutlich erhöht (Fonagy 2006). Eine geringe Mentalisierungsfähigkeit führt zu Fehldeutungen mentaler Zustände des Gegenübers, z.B. können freundliche Interaktionen so als bedrohlich interpretiert werden (Matthys et al. 1999). Als spezifisch für die antisoziale Persönlichkeitsstörung gilt, dass „die verminderte Fähigkeit zur Einfühlung zur Aufhebung der konstitutionellen Hemmung gegenüber Gewalt führen kann“ (Fonagy 2006, S. 350).

Was die therapeutische Behandlung bei Persönlichkeitsstörung allgemein, aber insbesondere bei der dissozialen Persönlichkeitsstörung, erschwert, sind u. a. pseudologische Berichte, d. h. das Umdeuten der eigenen Situation, die Neigung Beziehungen (auch

therapeutische) zu funktionalisieren, sowie die Neigung, das Gegenüber zu manipulieren aber auch zu entwerten (Rauchfleisch 2006).

Auch Borderline Patienten gelten als schwer behandelbar, wenn sie an schweren Emotionsregulationsstörungen, ausgeprägt selbstverletzendem Verhalten mit Suizidandrohungen und Suizidversuchen leiden (Long et al. 2008, Low et al. 2001).

Eine weitere Variable für die ungünstige Prognose bei der Borderline und antisozialen Persönlichkeitsstörung stellt der Zusammenhang der Fähigkeit zur Selbstregulation, Selbstkontrolle und Aggression, dar (Ross et al. 2007). Mangelnde Selbstkontrolle geht hier häufig mit erhöhter Aggression einher, bzw. eine bessere Fähigkeit zur Selbstregulation korreliert negativ mit Aggression. Dieser Zusammenhang scheint aber erst dann besonders bedeutsam für aggressives Verhalten zu sein, wenn weitere Eigenschaften wie z.B. unzureichende Impulskontrolle und Aufmerksamkeitsstörungen, wie sie insbesondere für die antisoziale- Borderline- und narzisstische Persönlichkeitsstörung beschrieben werden, hinzukommen (Ross et al. 2007).

Zu einer ungünstigen Behandlungsprognose trägt weiterhin bei, dass Menschen mit einer antisozialen/dissozialen Persönlichkeitsstörung als stark gefährdet für die Entwicklung einer Suchtmittelabhängigkeit gelten (Habermeyer u. Herpertz 2006). Hohe Raten von komorbiden Suchterkrankungen bei forensischen Patienten, aber auch bei Insassen des allgemeinen Strafvollzugs können als gut untersucht und abgesichert gelten (z.B. Müller-Isberner et al. 2007, Nee u. Farman 2005, van Horn u. Frank 1998).

Gleiches wird für Patienten, die an einer Borderline Persönlichkeitsstörung leiden berichtet (Cohen et al. 2007, Hasein et al. 2011). Bei der Borderline Persönlichkeitsstörung wird vermutet, dass das Suchtmittel einen maladaptiven Bewältigungsversuch zur Emotionsregulation darstellt (Schalast 2009 b, Walter et al. 2009). Hierzu liegen allerdings – wenn auch nur wenig - kritische Untersuchungsergebnisse vor: So finden van Horn und Frank (1998), dass die von ihnen untersuchten „*Doppeldiagnose-Patienten*“ (van Horn u. Frank 1998, S. 402) eher zum Suchtmittel greifen, wenn sie in Hochstimmung sind bzw. allgemein angenehme soziale Situationen erlebt haben. Auch Chapman und Cellucci (2007) weisen für eine Gruppe von 105 inhaftierten Frauen lediglich eine indirekte Verbindung zwischen Borderline Persönlichkeitsstörung und Drogenabhängigkeit nach.

In Bezug auf die kausale Verknüpfung zwischen Suchterkrankung und Kriminalität ist weiterhin festzuhalten, dass diese vielschichtig und damit komplex ist (Hall et al. 1993, Küfner et al. 1999, Maden et al. 1992). Oft wird der Zusammenhang zwischen Sucht und Kriminalität lediglich retrospektiv über ein gesenktes Rückfallrisiko mittels erfolgreicher Therapie hergeleitet (z.B. Gossop et al. 2000, Gossop et al. 2005, Pfaff 1998). Trotzdem sind Untersuchungen, die einen kausalen Zusammenhang eher kritisch sehen, wie z.B. die von Wilms (2005), in der Minderzahl.

Neben den Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankungen leiden forensische Patienten aber auch an affektiven Erkrankungen. Bei schweren affektiven Erkrankungen spielt zum einen die erhöhte Suizidalität eine Rolle. Schätzungen besagen, dass 30 – 70 % der Menschen, die einen Suizid begangen haben, u. a. auch an einer Depression gelitten haben (Bertolote et al. 2004, Henriksson et al. 1993, Rich et al. 1986).

Zum anderen gehen unipolare wie auch bipolare Depressionen mit einem erhöhten Substanzmittelmissbrauch einher (Driessen et al. 1998, McGlashan et al. 2000). In einer älteren Untersuchung wurde ein Zusammenhang zwischen schweren affektiven Erkrankungen und schwereren Formen der Gewalt (Côte u. Hodgins 1992) nachgewiesen. Dieser Zusammenhang wurde in zwei Follow-up-Studien untermauert (Hodgins et al. 1999, Monahan et al. 2001). Die Arbeiten belegen, dass der Anteil von Patienten mit der Diagnose einer schweren Depression, die zugleich aggressive Verhaltensweisen und Straftaten aufwiesen, höher war als der von schizophrenen Patienten (Hodgins et al. 1999, Monahan et al. 2001).

Aber auch von einem therapeutischen Gesichtspunkt aus ist festzuhalten, dass forensische Patienten häufig an depressiven Störungen leiden: Chapman u. Cellucci (2007) berichten für 117 forensische Patientinnen einen Mittelwert des Becks-Depressions-Inventar (BDI) von 22.23, Long et al. (2011) Mittelwert der Brief Psychiatric Rating Scale-Extenden, Subskala für Depression 3.14; Low et al. (2001) BDI Mittelwert von 26.0.

Noch seltener als über affektive Störungen wird über psychosomatische Beschwerden berichtet. Wenige Studien haben diesen Störungsbereich beachtet, so Fontao et al. (2006) oder auch Ross et al. (2008). Beide Autorengruppen fanden im Vergleich zur Normstichprobe eine im Durchschnitt um die Hälfte geringere Ausprägung der Belastung mit psychischen und somatischen Beschwerden.

1.1.4 Frauen und Männer im Maßregelvollzug

2011 waren knapp 92 % der im Maßregelvollzug nach § 63 StGB und § 64 StGB untergebrachten Patienten männlich (Statistisches Bundesamt 2011). Der Anteil von 8 % weiblichen Maßregelvollzugspatienten ist damit im Vergleich zu allgemeinpsychiatrischen Behandlungen, in denen Frauen ca. 45 % der Gesamtpatientengruppe stellen, vergleichsweise klein (Leygraf 2006 a).

Frauen sind nicht nur in der Minderheit, sie unterscheiden sich auch in wesentlichen behandlungsrelevanten Parametern von männlichen forensischen Patienten.

Im Hinblick auf behandlungsrelevante Merkmale zeigte sich, dass sie häufiger an einer Borderline Persönlichkeitsstörung leiden (Watzke et al. 2006). Lebensgeschichtlich ist es wahrscheinlicher, dass sie sexuellen Missbrauch oder Misshandlungen in der Kindheit, im Teenageralter und/oder jungen Erwachsenenalter erfahren haben. Sie waren mit einer höheren Wahrscheinlichkeit häufiger häuslicher Gewalt i. S. v. psychischer Gewalt wie auch anhaltenden psychischen Demütigungen ausgesetzt (Davenport 2004, Mullen et al. 1993).

Der Zusammenhang zwischen der Entwicklung einer Borderline Persönlichkeitsstörung und frühkindlichen Erfahrungen der Misshandlung oder extremer Vernachlässigung ist dabei durch viele Untersuchungen empirisch belegt (Allen 2008, Elzy 2011, Lobbestael et al. 2005, Sansone et al. 2005). Diese Studien fanden bei Borderline Patienten im Vergleich zu nicht klinischen Gruppen wie auch Patientengruppen, die keine Borderline Persönlichkeitsstörung aufweisen, eine erhöhte Wahrscheinlichkeit solcher traumatischer Kindheitserfahrungen.

Für den Strafvollzug berichten Ford et al. (2013) in einer aktuellen Studie von einem Anteil von über 40 % traumatischer Erfahrungen vor dem 6. Lebensjahr für die Stichprobe der von ihnen untersuchten 72 Frauen.

Des Weiteren leiden Frauen im Straf- (Watzke et al. 2006) wie auch im Maßregelvollzug (Coid et al. 2000) häufiger (komorbid) an einer depressiven Erkrankung, Phobie und/oder Angsterkrankung oder weisen eine Essstörung auf.

Auch in Bezug auf psychotische Erkrankungen liegt der Anteil von Maßregelvollzugspatientinnen über der von männlichen forensischen Patienten. Bei letzteren überwiegen dagegen Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (Nowara 1993).

In Bezug auf deliktrelevante Parameter haben die Frauen meist weniger Voraufenthalte im Straf- oder Maßregelvollzug. Ihr Indexdelikt ist mit größerer Wahrscheinlichkeit Brandstiftung (Coid et al. 2000).

Die meisten Untersuchungen beziehen sich jedoch nach wie vor lediglich auf die Beschreibung dieser geschlechsspezifischen Unterschiede, und sie verweisen auf die Notwendigkeit, der speziellen Situation von Frauen im Maß- aber auch Strafvollzug mehr Beachtung zu schenken (z.B. Bartlett u. Hassel 2001, Chapman u. Cellucci 2007, Miller u. Fritzon 2007, Nicholls et al. 2004).

Es existieren allerdings auch erste Ansätze zur Umsetzung dieses nicht neuen Wissens. So beschreiben z.B. Long et al. (2008, 2011) die Entwicklung spezieller kognitiv-behavioraler Behandlungsprogramme für Frauen. Elemente der Behandlung sind z.B. ein höherer weiblicher Anteil an Behandlern. Dabei wird berücksichtigt, dass die Frauen die in ihrer Lebensgeschichte häufig traumatisierende Gewalterfahrungen durch Männer erlitten haben, leichter Vertrauen zu weiblichen Behandlern aufbauen können, dass zugleich aber auch durch gute Erlebnisse mit Männern korrigierende Erfahrungen gemacht werden können. Des Weiteren wird dem höheren Anteil an komorbiden Angststörungen, Essstörungen aber auch deutlich ausgeprägtem selbstverletztendem Verhalten Rechnung getragen (Long et al. 2008).

Zur Anwendung von DBT im Strafvollzug mit Frauen legten Nee und Farman (2005) sowie Low et al. (2001) in einer hochgesicherten forensischen Einrichtung bereits Ergebnisse vor.

1.2 Therapie im Maßregelvollzug

Neben den gesetzlichen Regelungen zur Anordnung einer Maßregel steht deren inhaltliche Ausgestaltung. Auch hier spiegelt sich die Doppelgleisigkeit der §§ 63 und 64 StGB wider: Therapie im Maßregelvollzug hat sich zum einem an der zugrunde liegenden psychischen Störung und zum anderen am Delikt zu orientieren (Ermer 2008).

Psychotherapie im Maßregelvollzug stellt hierbei, aufgrund der äußeren Umstände, wie auch innerer Motivlagen, eine besondere Herausforderung dar:

Als zentrales Kriterium für Therapieerfolg wird jedoch im Allgemeinen die Therapiemotivation erachtet. Gerade diese wird, vor dem Hintergrund der Unfreiwilligkeit, häufig bei forensischen Patienten als nicht vorhanden oder nicht ausreichend vorhanden beklagt (Stolpmann 2001). Doch Therapiefähigkeit und -motivation sind keine vom Patient einseitig zu verlangende Voraussetzungen, sie sind vielmehr „auch ein Merkmal des Therapeuten und der Einrichtung“ (Lamott u. Pfäfflin 2009, S. 246). Schalast (2000 a, 2000 b) hält diesbezüglich insbesondere für forensische Patienten den Aufbau einer therapiebezogenen Hoffnung für erforderlich, die von Therapeuten ausgehen muss und gerade nicht vom Patient per se erwartet werden kann.

Eine eher pragmatische aber klarer umrissene Haltung gegenüber dem Kriterium der Unfreiwilligkeit oder fehlenden Therapiemotivation vertritt Pfäfflin (2006 a). Gerade bei Straftätern, die ihr kriminelles Verhalten gar nicht als solches wahrnehmen (z.B. Männer mit pädosexuellen Handlungen) und die daher als schwer therapierbar gelten, ist es oft hilfreich, den kleinsten gemeinsamen Nenner zu finden. Dieser kann häufig mit dem Patienten in dem Ziel, nicht mehr rückfällig zu werden, d. h. Kontrolle über das eigene Verhalten zu erlangen, gefunden werden. Dies schließt jedoch nicht aus, „dass sie darüber hinaus in der Behandlung noch viel mehr lernen (sollen)“ (Pfäfflin 2006 a, S. 351).

Als weitere Erschwernis der Behandlung ist die Behandlungsdauer zu nennen. Ist die Behandlung im Maßregelvollzug nach § 64 StGB noch zeitlich durch die Höchstfristgrenze überschaubar, kann sie sich bei der Maßregel nach § 63 StGB über Jahrzehnte erstrecken (Leygraf 2006 a). Der Trend in der allgemein-psychiatrischen Behandlung hingegen geht in Richtung immer kürzerer stationärer Behandlungen. Manualisierte Behandlungskonzepte, die nach einem stringenten Zeitplan Behandlung effektiv gestal-

ten und damit Behandlungszeiten verkürzen sollen, sind auf dem Vormarsch. Der Trend im Maßregelvollzug weist genau in die entgegen gesetzte Richtung.

Zudem muss eine Maßregelvollzugseinrichtung nicht nur den Anforderungen von Therapie und Sicherung gerecht werden. Sie ist vielmehr für viele Patienten (insbesondere nach § 63 StGB untergebrachte) auch für einen langen Zeitraum ihr Lebensumfeld. Die Maßregelvollzugseinrichtung bestimmt die Möglichkeiten und Grenzen ihrer Arbeits- und Freizeitmöglichkeiten, ihrer Chancen auf persönliche Anregung und Weiterentwicklung. So kommt den Mitarbeitern - Therapeuten, Ärzten und Pflegern - eine Aufgabe und Verantwortung zu, die weit über die in der Allgemeinpsychiatrie hinausgeht (Leygraf 2006 a).

Zugleich lösen grausame Straftaten bei den Behandlern unter Umständen Abneigung aus. Empathie, die Einfühlung in den Patienten, Grundlage einer vertrauensvollen therapeutischen und letztlich effektiven Arbeitsbeziehung, fällt dann schwer (Schott 2009). Dies kann so weit gehen, dass „strafende, inquisitorische, abwertende, distanzierende und letztlich wieder ausstoßende Impulse die Oberhand gewinnen“ (Schott 2009, S. 252). Die Erfahrung des Sich-Ausgestoßen-Fühlens, das viele Patienten von Kindheit an kennen, wiederholt sich dann.

Bei der Maßregel nach § 64 StGB kommt teilweise noch das Misstrauen von Seiten der Behandler, die Patienten hätten die angenehmere Alternative zum Strafvollzug gewählt, hinzu (Hoffmann 2007). Folge ist, dass die Therapieabsicht des Patienten in Frage gestellt wird, was dem Aufbau der therapeutischen Beziehung schadet. Die hohen Abbruchraten unter den § 64 StGB Patienten kann man als Bestätigung für die mangelnde Motivation der Patienten aber auch für zu geringes therapeutisches Engagement der Behandler deuten. Marneros et al. (1993) fanden in ihrer Studie im Maßregelvollzug nach § 64 StGB, dass die Mehrzahl der damals 90 befragten Patienten äußerte, dass „keine richtige Therapie stattfinde“ und „dass kein Vertrauen zu den Therapeuten bestehe“ (Marneros et al. 1993, S. 173.).

Interessanterweise beklagten insbesondere die therapiemotivierten Patienten über einen kustodialen Stil des Personals. Die Patienten fühlten sich häufig eher als Objekt denn als Subjekt der Behandlung, mutmaßten, dass ihr Wohlverhalten wichtiger sei als ihr Wohlbefinden (Marneros et al. 1993).

Andererseits finden sich gerade bei den Mitarbeitern des Maßregelvollzugs oft großes Engagement und sehr wohlwollende Haltungen ihren Patienten gegenüber. Ihrer eigenen Arbeit am Patienten wird hingegen in der Öffentlichkeit häufig wenig Verständnis entgegengebracht. Sie sehen sich damit konfrontiert, dass die Allgemeinheit für ihre Patienten Sicherung und Strafe statt Therapie fordert (du Bois 2007), was zugleich eine Entwertung ihrer Tätigkeit und ihres Engagements bedeutet. Zugleich geht mit hohem Engagement und eher geringer Wertschätzung die Gefahr der Entwicklung einer Burnout-Symptomatik einher. Diese ist bei Mitarbeitern forensischer Einrichtungen besonders hoch. Regelmäßige Supervisionen und Teambesprechungen, in denen immer wieder kritisch der eigene Anspruch überprüft wird, sowie Fortbildungen zur Verbesserung der professionellen Identität können dem entgegenwirken (Schaumburg 2003).

1.2.1 Gruppentherapeutische Konzepte im Maßregelvollzug

Das einzeltherapeutische Vorgehen wurde in den letzten Jahrzehnten sowohl im Straf- als auch Maßregelvollzug immer mehr durch strukturierte und manualisierte gruppentherapeutische Therapieansätze erweitert. Zu den etablierten Ansätzen zählen dabei insbesondere so genannte Rückfallpräventionsprogramme (RPP) welche aus der Behandlung von Abhängigkeitserkrankung entstanden und bereits in den 1970er Jahren in den USA entwickelt wurden (Marlatt u. Gordon 1985).

Des Weiteren Programme zur Sexualstraftäterbehandlung: Exemplarisch ist hierfür das englische Sex Offender Treatment Programm (SOTP) (Lau 2006) zu nennen. In Deutschland ist das Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS-R), ein an das SOTP angelehntes Programm, mittlerweile weit verbreitet (Wischka 2013). Auch die Reasoning and Rehabilitation Programs (R & R) gehören zu dieser Gruppe. Darüber hinaus ist die modulare Kognitiv-behaviorale Sexualstraftäterbehandlung, entwickelt von Marshall et al. (1999), zu nennen.

Für die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen hat sich im Straf- und Maßregelvollzug neben der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT, Linehan et al. 1991), die im folgenden Abschnitt ausführlich dargestellt wird, die Übertragungsfokussierte Therapie (TFP, Clarkin et al. 2001) etabliert. Die TFP basiert auf der Objektbeziehungstheorie von Kernberg und zielt insbesondere auf strukturelle Veränderungen ab. Daneben zählen zu den vier manualisierten Verfahren für die Behandlung von Persönlichkeitsstö-

rungen (insbesondere für Borderline Persönlichkeitsstörungen) noch die Schema-Therapie von Young et al. (2003) sowie das aus der psychoanalytischen Theorie abgeleitete Mentalization Based Treatment (MBT) von Bateman und Fonagy (2004).

1.2.2 Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)

Mit der Entwicklung der Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung (DBT) stellte Marsha Linehan ein empirisch geprüftes, störungsspezifisches, manualisiertes Behandlungskonzept vor (Linehan 1996 a, Linehan et al. 1991).

Die DBT wurde hierbei als ambulante Therapieform für chronisch suizidale Borderline-Patientinnen entwickelt und evaluiert (Linehan 1996 a, Linehan et al. 1991, Linehan et al. 1993). Ihr liegt ein Diathese-Stress-Modell zugrunde, d. h. neuro-biologische Dispositionen werden gemeinsam mit negativen Umwelterfahrungen, wie z.B. frühkindliche traumatisierende Erlebnisse des Missbrauchs, der Vernachlässigung oder eine Invalidierung emotionaler Erfahrungen, als ursächlich für die Entstehung einer Borderline Persönlichkeitsstörung angesehen (Bohus u. Wagner 2000).

Die Dialektisch-Behaviorale Therapie zielt in ihrer ursprünglichen Therapieintention (Standard-DBT) auf die Reduzierung von Häufigkeit und Schweregrad parasuizidalen Verhaltens, Hospitalisierungsdauer und -frequenz ab. Des Weiteren sollen Therapieabbrüche vermieden bzw. reduziert und die soziale Integration sowie die Fähigkeit zur Regulation von Wut und Ärger verbessert werden (Linehan et al. 1994, Linehan 1996 a).

Kernelemente der DBT sind der Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung, eine klare Strukturierung der Therapieziele, das Erlernen von Bewältigungsmechanismen sowie die Integration alternativer Sinnstrukturen vor dem Hintergrund des Zen-Buddhismus.

Der dialektische Grundgedanke der DBT findet sich zum einen in dem formalen Therapiekonzept wieder: Die DBT verbindet individuell einzeltherapeutisches mit gruppentherapeutischem Arbeiten. Die vier zentralen Elemente der Standard-DBT sind: Die Einzeltherapie, das Fertigkeitentraining in der Gruppe, Telefonkontakte im Notfall und regelmäßige Intervision der Therapeuten (Linehan 1996 a, 1996 b).

Der dialektische Gedanke prägt auch das inhaltliche Arbeiten in der Einzeltherapie. Ihr Fokus richtet sich auf den Aufbau der Veränderungsbereitschaft beim Patienten, aber unter klaren Bedingungen. Der Therapeut vermittelt einerseits dem Patienten, dass seine Verhaltensweisen aus seiner subjektiven Sicht stimmig sind. Zugleich vermittelt er, dass es andere, möglicherweise doch funktionalere und adaptivere Verhaltensweisen gibt. Insofern schwingt der Therapeut (nicht nur) empathisch mit und hält seine Meinung zurück, vielmehr bietet er immer auch eine alternative Sichtweise an. In Verhaltensanalysen werden dann kontinuierlich kognitive Schemata, die mit dysfunktionalem z.B. aggressivem Verhalten gekoppelt sind, identifiziert, auslösende Situationen eruiert und durch alternative Bewertungs- (kognitive Umstrukturierung) und Verhaltensmuster ersetzt (Mayer-Bruns et al. 2005).

In einer kleinen Studie von Shearin und Linehan (1992) bestätigte sich der positive Effekt einer gleichzeitigen Einführung von Akzeptanz- und Veränderungstechniken.

Neben der Einzeltherapie ist v.a. das Fertigkeitentraining, das in der Gruppe (Skillsgruppen) durchgeführt wird, zentraler Bestandteil der DBT. Eine Gruppe umfasst ca. 6 – 8 Patienten und wird im Idealfall von zwei Therapeuten geleitet, die nicht zugleich Einzeltherapeuten der Patienten sind. Die Zeiteinheiten differieren dabei von im ursprünglichen Modell 2 bis 2,5 Stunden (z.B. Bohus u. Höschel 2006, Brassington u. Krawitz 2006, Gunderson 2005, Linehan et al. 1999) bis zu kürzeren Einheiten von 90 Minuten (z.B. Dimeff et al. 2000, Mayer-Bruns et al. 2005, Schornstein et al. 2008).

Die vier Module der Skillsgruppen sind:

Innere Achtsamkeit: Dieses Modul basiert u.a. auf Haltungen aus dem Zen-Budhismus und der dort praktizierten Meditation (Lohmer u. Wernz 1996, S. 45). Es stellt das Anfangsmodul dar, sollte aber auch die anderen Module immer wieder begleiten, da es um das Einüben einer neuen inneren Haltung geht. Die Patienten sollen lernen, ihren Fokus ganz auf eine Sache, eine Empfindung, einen Situationsanteil zu richten. Ziel ist es, (re-) aktivierte Emotionen und Kognitionen zu relativieren, langsam eine metakognitive Ebene aufzubauen um sich selber besser beobachten und verstehen zu können (Bohus u. Huppertz 2006).

Stresstoleranz: In diesem Modul werden Fertigkeiten zum Umgang mit Stress, im Sinne von Umgang mit innerer Hochspannung erlernt. Die erfolgreichsten Techniken zur Re-

duktion der inneren Spannung (z.B. aversive sensorische Reize durch ätherische Öle, Riechsalze, aber auch geeignete Musik) fügen die Patienten in den so genannten Notfallkoffer, ihr individuelles Repertoire an spannungsreduzierenden Mitteln ein, den sie immer parat haben sollten (Bohus u. Höschel 2006).

Emotionsregulation: Dieses Modul zielt zunächst psychoedukativ darauf ab, den Patienten ein Wissen über das in ihnen präsente Gefühlsspektrum zu vermitteln. Sie sollen lernen emotionale Qualitäten (z.B. Traurigkeit und Wut) differenzierter wahrzunehmen, in einen Kontext zur auslösenden Situation zu stellen und zu benennen. Zur Emotionsregulation werden in diesem Modul neben kognitiven Strategien auch körperbezogene Techniken wie Atem- und Entspannungstechniken eingesetzt (Bohus u. Höschel 2006). Erste empirische Ergebnisse von Bohus und Brokuslaus (2006) sprechen für einen verstärkten Einsatz von Elementen zur Verbesserung der Körperwahrnehmung. Es zeigte sich eine positive Korrelation zwischen Körperwahrnehmung und Emotionsregulation.

Zwischenmenschliche Fertigkeiten: Ziel dieses Moduls ist es, Fertigkeiten zum besseren Verständnis zwischenmenschlicher Interaktionen zu erwerben. Die Patienten lernen eigene Wünsche und Bedürfnisse klar zu formulieren und zugleich die Wünsche und Bedürfnisse des Gegenübers zu respektieren. Allgemeines Ziel ist eine Verbesserung der sozialen Kompetenz (Bohus u. Höschel 2006).

Wirksamkeitsnachweise und Adaptionen der DBT

Empirische Wirksamkeitsnachweise über die Effekte der DBT sind mittlerweile vielfältig. Linehan und ihre Arbeitsgruppe konnten bereits in ihrer ersten Untersuchung 1991 nachweisen, dass die DBT gegenüber einem unspezifischen Behandlungskonzept (TAU) überlegen war. Patientinnen der DBT-Gruppe wiesen signifikant weniger Therapieabbrüche auf, suizidales und para-suizidales Verhalten sowie die Frequenz stationärer Aufenthalte sowie deren Dauer reduzierten sich ebenfalls im Vergleich zur TAU-Gruppe (Linehan et al. 1991) singifikant. Diese Befunde wurden vielfältig im ambulanten Behandlungskontext repliziert (z.B. Brassington u. Krawitz, 2006, Linehan et al. 1993, McMain et al. 2009, Stepp et al. 2008).

Es gibt jedoch auch kritische Stimmen: Carter et al. (2010) konnten im Rahmen ihrer RCT Studie den häufig gefundenen Effekt einer signifikanten Reduzierung selbstverletzenden Verhaltens und Hospitalisierung nicht replizieren. Gleiches gilt für die Arbeits-

gruppe um van den Bosch et al. (2002). Diese fand einen positiven Effekt auf den Substanzmissbrauch, jedoch nicht auf Borderline Symptome.

Insgesamt überwiegen jedoch empirische Befunde, die für eine Wirksamkeit der DBT insbesondere im Hinblick auf eine Reduzierung von selbstverletzenden Verhalten, suizidalen- und para-suizidalen Verhaltensweisen sprechen.

Adaption für die stationäre Behandlung

Aufgrund der Erfolge in der ambulanten Behandlung erfolgten bereits 1993 erste Versuche Elemente der DBT in stationäre Behandlungskonzepte zu integrieren (Barley et al. 1993). Schwierigkeiten des stationären Behandlungssettings stellen insbesondere eine erhöhte Abhängigkeit des Patienten vom Therapeuten, die Herauslösung des Patienten aus seinem gewohnten sozialen Umfeld und damit das Wegfallen der Möglichkeit, neu erlerntes Verhalten dort zu generalisieren, dar.

Weiterhin gelten die Vielzahl emotionaler Reize, die häufig ein vermehrt agierendes Verhalten der Patienten auslösen, sowie die Schwierigkeit, dass überlastete Behandlerteams oft ärgerlich und abweisend auf dieses Verhalten reagieren, als ungünstig für einen Behandlungserfolg. Unter Berücksichtigung dieser Aspekte entwickelten Swenson et al. (2001) ein Konzept zur Adaption der DBT für die stationäre Behandlung.

Bohus et al. (2000) griffen dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass 80 % der Borderline Patienten in Deutschland regelmäßig stationär behandelt werden (im Durchschnitt 65 Tage pro Jahr, Jerschke et al. [1998]), auf. Sie adaptierten und evaluierten die DBT für die stationären Behandlungsbedingungen in Europa (Bohus u. Bathruff 2000, Bohus et al. 2004). Bohus et al. (2004) konnten zeigen, dass drei Monate stationäre DBT Behandlung einer unspezifischen ambulanten Behandlung in Bezug auf die Verbesserung diverser psychopathologischer Kennwerte (u. a. somatische und psychische Beschwerden [SCL-90-R, GSI], allgemeines Funktionsniveau [GAF], depressive Symptome [BDI] oder auch interpersonale Probleme [IIP]) überlegen war. Weitere empirische Nachweise der Effektivität von DBT im stationären Setting finden sich u. a. bei Fassbinder et al. (2007) sowie Kröger et al. (2006).

Adaption für die Behandlung von Patienten mit Suchterkrankung

Bei Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung findet sich ein erhöhtes Risiko einer Suchterkrankung, bzw. unter Suchtpatienten findet sich eine überdurchschnittlich

hohe Zahl von Patienten mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung. Die Spannbreite der Prävalenzangaben ist dabei weit: nordamerikanische Studien berichten von Prävalenzen von Persönlichkeitsstörungen bei Suchtkranken von 11 % (Blow et al. 1992) bis weit über 50 % (Craig u. Olson [1990] berichten für 107 kokain- und 87 opiatabhängigen Veteranen eine Komorbiditätsrate von 70 %. Thomas et al. [1999] geben eine Rate von 50 % bei den von ihnen untersuchten 252 Suchtpatienten an. Die Arbeitsgruppe um Trull et al. [2000] fanden in ihrem Review über 26 Studien aus den Jahren 1988 – 1997 bei Suchtpatienten eine durchschnittliche Komorbiditätsrate für eine Borderline Persönlichkeitsstörung von 27,4 %, für Persönlichkeitsstörungen allgemein 41 %. Walter et al. [2009] beschreiben für ihre Teilstichprobe von 175 Borderline Patienten eine Rate von knapp 55 % komorbider Alkohol- oder Drogenabhängigkeit).

Ähnliche Angaben finden sich für Skandinavien bei Verheul et al. (2000) (von 370 Suchtkranken wiesen insgesamt 57 % eine Persönlichkeitsstörung auf, 45,7 % davon entfielen auf eine Cluster B-Störung, jedoch nur 6,2 % auf eine emotional-instabile Persönlichkeitsstörung).

In deutschen Studien klaffen die Angaben über die Komorbiditätsrate von Suchterkrankungen und Borderline Persönlichkeitsstörung ebenfalls weit auseinander: Bei ambulanten Patientengruppen werden Raten von 6,9 % (Wagner et al. 2004) bis zu 15,7 % (Bottlender et al. 2003) angegeben. Für den stationären Bereich deutlich höhere Raten bis über 40 % (Becker u. Quinten 2003, 13 %; Driessen et al. 1998, 33,6 %).

Kritisch, bzw. therapeutisch bedeutsam ist hierbei, dass Suchtpatienten, die zudem an einer Borderline Persönlichkeitsstörung leiden, häufig eine schwerere Suchterkrankung sowie ausgeprägte Psychopathologien aufweisen (Morgenstern et al. 1997, van Horn u. Frank 1998), zudem finden sich oft schwerere somatische Beschwerden (Skodol et al. 1999).

Vor diesem Hintergrund wurde die Standard-DBT in der Form DBT-S (oder DBT-Sucht) um suchtspezifische Therapieinhalte erweitert (Linehan et al. 1999, Linehan et al. 2002). Die DBT-S beinhaltet insbesondere eine Anpassung an die Therapiezielhierarchie vor dem Hintergrund der Sucht (z.B. Umgang mit Abstinenz, Umgang mit Suchtdruck). Es gibt bereits mehrere Evaluationen über die Effekte der DBT in der Behandlung von Borderline Patienten mit komorbider Suchterkrankung, in denen sich die Wirksamkeit für Patienten mit dieser Doppeldiagnose zeigte (z.B. Dimeff et al. 2000,

Linehan et al. 1999, Linehan et al. 2002, Rizvi et al. 2011, van den Bosch et al. 2002). Über gemischte Gruppen von Borderline Patientinnen mit und ohne komorbide Suchterkrankung berichtet die Arbeitsgruppe um Verheul et al. (2003).

Des Weiteren liegen störungsspezifische Adaptionen für Patienten mit komorbider Essstörung (Chen et al. 2008, Federici u. Wisniewski 2013, Kotler et al. 2003, Palmer et al. 2003, Safer et al. 2001, 2010) vor. Courbasson et al. (2012) legten aktuell Ergebnisse für 25 Suchtpatientinnen, die komorbid an einer Essstörung und depressiven Symptomen litten vor. Sie wiesen, beim Vergleich mit einer TAU-Gruppe, eine bedeutsam stärker verbesserte Suchtstörung, Borderline Störung und depressive Symptomatik für die DBT-Gruppe nach.

Adaption für die Behandlung forensischer Patienten

Eine weitere Adaption an das Setting der Behandlung (neben der Anpassung an stationäre Behandlungsbedingungen) stellt der Einsatz in der forensischen Psychiatrie dar. Die hohe Rate an Patienten mit Persönlichkeitsstörungen unter forensischen Populationen, ihr häufig fremd- oder selbstaggressives Verhalten, sprach für eine solche Adaption. Befunde liegen z.B. von McCann et al. (2000) für das Colerado Mental Health Institue in Pueblo (CMHIP), einer Einrichtung für 300 forensische, überwiegend männliche (90 %) Patienten vor. Weitere individuell modifizierte DBT-Modelle beschreiben Berzins und Trestman (2004) in ihrem Übersichtsartikel über die Einführung von DBT durch den Correctional Services of Canada in einer seiner drei Einrichtungen für männliche forensische Patienten. Es zeigte sich eine positive Beeinflussung der Kooperationsbereitschaft der Inhaftierten sowie eine signifikant geringere Reizbarkeit sowie eine verringerte Anfälligkeit für Gefühle der Hoffnungslosigkeit und Unzulänglichkeit.

Evaluiert wurde auch eine Adaption für jugendliche weibliche Straftäterinnen, die aus zwei Einrichtungen des State of Washington Juvenile Rehabilitation Administration stammten. Es fand sich bei den Teilnehmerinnen eine Reduzierung suizidaler und fremd-aggressiver Verhaltensweisen sowie ein Rückgang störenden Verhaltens in der Schule (Trupin et al. 2002).

Sakdalan et al. (2010) berichten die erfolgreiche Adaption und Implementation der DBT für eine kleine Gruppe forensischer Patienten, die zudem an einer Minderbegabung leiden. Die Arbeitsgruppe fand nach 13 Wochen Behandlung einen signifikanten Rückgang von Risikoverhaltensweisen bzw. eine Zunahme eigener Stärken, Webster et al.

2006) sowie eine signifikanten Steigerung des allgemeinen Funktionsniveaus. Eine Verbesserung des gemessenen Bewältigungsverhaltens bildet sich nicht ab.

Evershed et al. (2003) berichten in ihrem Kontrollgruppendesign, durchgeführt in einer hochgesicherten Maßregelvollzugseinrichtung für Männer, eine deutlich größere Verbesserung bei den DBT Patienten in Bezug auf Feindseligkeit sowie verschiedene Qualitäten von Ärgererleben als bei der TAU-Patientengruppe. Sie replizieren damit Befunde von Low et al. (2001), die in einer Pilotstudie DBT in einer hochgesicherten Maßregelvollzugseinrichtung implementiert und evaluiert hatten, allerdings für eine Gruppe weiblicher Patienten.

Des Weiteren gilt die Einführung von DBT auch als Mittel zur Burnout-Prophylaxe auf Seiten der Behandler (McCann et al. 2000).

Wirksamkeit der DBT auf komorbide Achse-I-Störungen

In Bezug auf eine signifikant verbesserter Belastung durch psychische und somatische Beschwerden (erfasst mittels SCL-90-R) finden sich z.B. bei Bohus et al. (2000, 2004, 2013), Bohus et al. Brassington u. Krawitz (2006), Kleindienst et a. (2008), Fassbinder (2007) und Yen et al. (2009) Darstellungen.

Eine neben der Borderline Symptomatik signifikant gebesserte depressive Symptomatik (erfasst mittels BDI) findet sich in der randomisierten Studie von Koons et al. (2001). In ihrer 30-Monats Katamnese nach stationärer Behandlung bei Borderline Patienten berichten Fassbinder et al. (2007) beim Vergleich des BDI-Gesamtwertes zwischen stationärer Aufnahme und nach 30 Monaten (für 30 Patienten) eine hoch signifikant ($p < .001$) reduzierte depressive Symptomatik mit mittlerer Effektstärke ($d = 0.60$).

Die Arbeitsgruppen um Bohus et al. (2004, 2013), Kröger et al. (2006) sowie Simpson et al. (2004), Höschel (2006) und Yen et al. (2009) wiesen ebenfalls eine Reduzierung einer depressiven Symptomatik nach DBT Teilnahme in ihren Untersuchungen nach.

Dies bestätigen auch Kröger et al. (2013) in ihrer aktuellen Studie, in welcher sie Remissions- und Responseraten der DBT untersuchten und soziodemographische und klinische Merkmale von 366 stationären, konsekutiven Patienten mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung erhoben und untersuchten.

Dass kognitive Verhaltestherapie, die gezielt um spezifische Emotionsregulation-Skills erweitert wurde (wie im Rahmen der DBT/IBT), herkömmlicher kognitiver Verhaltens-

therapie (CBT) in der Behandlung von Depressionen überlegen ist, zeigte weiterhin eine aktuelle RCT-Studie von Berking et al. (2013). Die Bedeutung insbesondere der Emotionsregulation bzw. spezifischer DBT-Skills zur Verbesserung depressiver Erkrankungen wiesen auch Feldman et al. (2009) nach.

Die Erkenntnis, dass Skills-Training sich positiv auf Achse-I-Störungen auswirkt ist nicht neu. Die positiven Auswirkungen von Skills-Training, im Sinne der Vermittlung von Wissen z.B. über das Krankheitsbild der Depression, der Symptome, aufrechterhaltende Faktoren oder den allgemeinen Umgang mit der Erkrankung etc., beschrieb bereits die Arbeitsgruppe um Becker Ende der 80er Jahre (Becker et al. 1987). Den Effekt von Skills-Training zur Reduktion depressiver Symptome bei Jugendlichen beschrieb Reed (1994).

1.2.3 Integrativ-Behaviorale Therapie (IBT)

In den drei Maßregelvollzugseinrichtungen Eickelborn, Schloss Haldem und Moringen wurde mit der Integrativ-Behavioralen Therapie (IBT) (Schneider u. Weißig 2008) ein neues Therapiekonzept eingeführt. Die auf Basis der DBT vorgenommenen Adaptionen der Integrativ-Behavioralen Therapie berücksichtigen, dass die Patienten häufig nicht nur eine Borderline Persönlichkeitsstörung, sondern zusätzlich eine dissoziale, narzisstische oder histrionische Persönlichkeitsstörung aufweisen.

Im Hinblick auf den meist hohen Anteil von Patienten mit dissozialer Persönlichkeitsstörung wird insbesondere nach außen gerichteten aggressiven Verhaltensweisen und einer gering entwickelten (oder fehlenden) Empathiefähigkeit Rechnung getragen. Unsichere Bindungserfahrungen und traumatisierenden Lebensereignissen finden, wie in der DBT auch, ebenfalls Berücksichtigung.

Für die spezifischen Strukturen des Maßregelvollzugs wurden als planerische Einheiten zusätzlich das Konzept der „Koordinationsgruppe“ (Schneider u. Weißig 2008, S. 378), d. h. einer Gruppe von zwei oder drei Mitarbeitern, die die zeitlichen Abläufe koordinieren und organisieren eingefügt. Diese erhalten im Rahmen des Maßregelvollzugs eine besondere Bedeutung, da z.B. bei stationsübergreifenden Konzepten mit mehreren Stationen zu planen ist, wie die Patienten (sofern sie noch keinen Freigang im Gelände haben) zu der Station kommen, in deren Räumen die IBT stattfindet.

Des Weiteren „Commitment-Gruppen“ (Schneider u. Weißig 2008, S. 378), die aus dem Behandlungsteam (zumeist zwei Mitarbeiter der Pflege), einem therapeutischen Leiter und einem Patienten bestehen. Hier werden gemeinsam Ziele erarbeitet, der Behandlungsverlauf evaluiert, Schwierigkeiten besprochen und Ziele nach Bedarf re-formuliert oder adaptiert.

Ein weiterer zentraler Punkt ist die Supervision des Behandlerteams. Hier findet das Team die Möglichkeit z.B. Schwierigkeiten und Fragen in Bezug auf die Behandlung immer wieder kritisch zu reflektiert, sich abzustimmen aber auch gemeinsam Fortschritte und positive Erlebnisse mit den Patienten bewusst festzuhalten (Schneider u. Weißig 2008).

Die Phasen der IBT (Darstellung angelehnt an Schneider u. Weißig 2008, S. 379-383)

Die *Vorbereitungsphase* umfasst inhaltlich ähnliche Elemente wie die der DBT. Spezifisch für forensische Patienten enthält diese Phase zusätzlich Vorbereitungen für die Tätertherapie, d.h. eine tatspezifische Diagnostik sowie eine Verhaltens- und Bedingungsanalyse der begangenen Straftaten der Patienten.

Erste Therapiephase

Sie umfasst das Fertigkeitstraining und, ergänzend zum ursprünglichen DBT-Konzept, die Übungsgruppen sowie die Einzeltherapie. Das Fertigkeitstraining orientiert sich zunächst an den von Linehan (1993) entwickelten vier Modulen der Inneren Achtsamkeit, Emotionsregulation, Stresstoleranz und zwischenmenschliche Fertigkeiten.

Wie auch bei der DBT bildet das Modul Innere Achtsamkeit den Anfang. Inhaltlich werden Teile der im Manual vorgeschlagenen Vorgehensweisen an die besonderen Bedingungen des Maßregelvollzugs adaptiert. Elemente, die sich auf Situationen aus einem normalen Lebenskontext beziehen, wie z.B. Einkaufen oder sich in Menschenmengen bewegen, werden auf Situationen im Stationsalltag bezogen. Die Innere Achtsamkeit wird dabei als offene fortlaufende Gruppe (d. h. zweiwöchentlich während der ganzen Laufzeit) angeboten, neue Patienten können dort hineinschnuppern, was die Hemmschwelle senken und den Einstieg in die Gruppenarbeit erleichtern soll. Die weiteren Skillsgruppen (Emotionsregulation, Stresstoleranz, Zwischenmenschliche Fertigkeiten und Normen und Werte) werden als geschlossene Gruppen durchgeführt.

Jede Skillsgruppe kann auch mehrfach durchlaufen werden, sofern die vorherige erfolgreich beendet wurde. Inhaltlich wurden die Module um die Dimension Moral und Werte erweitert. Hierbei war die Überlegung zentral, dass ohne diese Komponente die Gefahr besteht, dass die Patienten ihre Impulse zwar besser wahrnehmen und steuern können, dies aber möglicherweise auch zur effektiveren Ausübung manipulierenden und letztlich delinquenten Verhaltens beiträgt, sofern nicht auch Moral und Werte berücksichtigt werden.

Ergänzt werden die regulären Skillsgruppen darüber hinaus durch Übungsgruppen, welche in der Regel durch das Pflegepersonal geleitet werden. In diesen treffen sich die Patienten des jeweiligen Moduls, sie haben dort die Möglichkeit bei Unklarheiten Fragen zu stellen oder Schwierigkeiten bei den Hausaufgaben zu besprechen.

Nach Abschluss aller fünf Module wird gemeinsam mit dem Patienten, dem Skillsleiter und dem Einzeltherapeuten beurteilt, ob der Patient für die zweite Therapiephase bereit ist oder nochmals eines der Module durchlaufen sollte (Schneider u. Weißig 2008).

Zweite Therapiephase

In dieser Therapiephase wird den schweren Persönlichkeitsstörungen der Patienten und ihren eventuellen Traumatisierungen wie auch ihrem Tätersein Rechnung getragen. Die Durchführung der Trauma- und/oder Tätertherapie erfolgt dabei ausschließlich durch in Traumatherapie weitergebildete psychologische oder ärztliche Therapeuten. Die Tätertherapie bildet den Schwerpunkt der zweiten Therapiephase. Im Fokus stehen hier das Delikt, die Täterpersönlichkeit, Rückfallprophylaxe sowie die Entwicklung von Opferempathie (Schneider u. Weißig 2008).

Dritte Therapiephase

Nach positiver Bewertung durch alle am Therapieprozess Beteiligten tritt der Patient in die letzte Phase ein. Hierbei sollten auch Inhalte eines externen Prognosegutachtens mitberücksichtigt werden. Das Ende der Therapie erfolgt dann mittels eines Rituals. Der Patient erhält im Beisein des Behandlerteams und des Leiters der Einrichtung ein Zertifikat und wird offiziell erfolgreich aus der IBT entlassen. Er tritt nun in die Rehabilitationsphase ein (Schneider u. Weißig 2008).

1.2.4 Ziel der Arbeit, Fragestellung, Hypothesen

Diese Arbeit entstand in der Sektion Forensische Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm. In vier Maßregelvollzugseinrichtungen wurde die Wirksamkeit von Dialektisch-Behavioraler Therapie (DBT) und/oder Integrativ-Behavioraler Therapie (IBT) evaluiert. Neben Aussagen über Veränderungen bei der Gesamtstichprobe wurde untersucht, ob sich Unterschiede zwischen Frauen und Männern sowie zwischen psychisch kranken Patienten (§ 63 StGB) und Suchtpatienten (§ 64 StGB) zeigen.

Fragestellung:

1. Ist die vorliegende Stichprobe repräsentativ für Maßregelvollzugspatienten?
2. Wie unterscheidet sich die Patientenstichprobe beim Vergleich vor und nach Teilnahme an der DBT/IBT in Bezug auf die über die SCL-90-R, das BDI, den FAF und das IIP-D erfassten Beschwerdebereiche?
3. Gibt es Unterschiede im Hinblick auf die Wirksamkeit der DBT/IBT für die mittels SCL-90-R, BDI, FAF und IIP-D erfassten Beschwerdebereiche zwischen weiblichen und männlichen Patienten?
4. Gibt es Unterschiede im Hinblick auf die Wirksamkeit der DBT/IBT für die mittels SCL-90-R, BDI, FAF und IIP-D erfassten Beschwerdebereiche zwischen § 63 StGB und § 64 StGB Patienten?

Vor dem Hintergrund dieser Fragestellungen werden folgende **Hypothesen** formuliert:

1. Es wird erwartet, dass die hier untersuchte Patientenstichprobe repräsentativ für Patienten im Maßregelvollzug ist.
2. Es wird erwartet, dass sich in der Gesamtpatientenstichprobe beim Prä-Post-Vergleich signifikant positive Veränderungen der mittels SCL-90-R, BDI, FAF und IIP-D erfassten Symptomatik zeigen.
3. Es wird erwartet, dass Frauen und Männer gleichermaßen positive Veränderungen in der mittels SCL-90-R, BDI, FAF und IIP-D erfassten Symptomatik aufweisen. Die DBT/IBT wirkt für Frauen und Männern gleichermaßen.
4. Es wird erwartet, dass § 63 StGB und § 64 StGB Patienten gleichermaßen positive Veränderungen in der mittels SCL-90-R, BDI, FAF und IIP-D erfassten Symptomatik aufweisen. Die DBT/IBT wirkt für § 63 StGB und § 64 StGB Patienten gleichermaßen.

2 Material und Methode

Im diesem Kapitel werden die Herkunft der Daten der Stichprobe, die Zusammensetzung der Stichprobe nach Einrichtungen, die in die Untersuchung einbezogen wurden, die rechtlichen Gründe der Unterbringung (§ 63 StGB bzw. § 64 StGB), Geschlecht sowie Alter dargestellt. Es folgt die Beschreibung von Ausschlusskriterien, die verwendeten Erhebungsinstrumente sowie die angewendeten statistischen Verfahren.

2.1 Stichprobe

Die Sektion Forensische Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm unter Leitung von Prof. Dr. F. Pfäfflin und unter Projektleitung von Frau Prof. Dr. F. Lamott übernahm im Rahmen der Qualitätssicherung in vier Maßregelvollzugseinrichtungen die wissenschaftliche Überprüfung der Wirksamkeit von DBT und/oder IBT. Die Datenerhebungen erfolgten im Rahmen von Drittmittelprojekten, die von den Aufsichtsbehörden der beteiligten Kliniken bezüglich der Einhaltung der Datenschutzbestimmungen geprüft und genehmigt worden waren.

In der Klinik des Landschaftsverbandes Rheinland – LVR-Klinik Bedburg-Hau (im Folgenden Bedburg-Hau) – wurde von 2003 bis 2005 Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) mit Übertragungsfokussierter Therapie (TFP) verglichen (Lamott et al. 2005) verglichen. Aus diesem Projekte stammen Datensätze von 18 Patienten.

Im Zentrum für Forensische Psychiatrie Lippstadt des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (im Folgenden Eickelborn) wurde von 2005 bis 2007 die Wirksamkeit von Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) auf einer Männerstation untersucht (Lamott et al. 2007). In einem zweiten Projekt wurde von 2007 bis 2010 Wirksamkeit von Integrativ-Behaviorale Therapie (IBT) auf einer Frauenstation (Lamott et al. 2009 a) untersucht. Es wurden Daten von 16 Patienten aufgenommen.

In der Maßregelvollzugsklinik Schloss Haldem (im Folgenden Schloss Haldem) des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe wurde von 2007 bis 2010 auf zwei Stationen die Wirksamkeit von Integrativ-Behaviorale Therapie in der Behandlung von Suchtpatienten überprüft (Lamott et al. 2010 a). Es wurden Daten von 22 Patienten aufgenommen.

Im Fachkrankenhaus für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie Moringen des Maßregelvollzugszentrums Niedersachsens (MRVZN) (im Folgenden Moringen) wurde auf zwei Stationen, einer für Frauen (Lamott et al. 2011) und einer für Männer (Lamott et al. 2010 b), die Wirksamkeit von IBT untersucht. Aus Moringen stammen Datensätze von 8 Patienten.

Die Stichprobe der 64 Patienten setzt sich somit wie folgt zusammen (Tabelle 1).

Tabelle 1 Stichprobe der N = 64 Patienten aus den Maßregelvollzugseinrichtungen Bedburg-Hau, Eickelborn, Schloss Haldem und Moringen. Darstellung der Geschlechterverteilung sowie der Maßregeln nach §§ 63, 64 StGB (Erhebungszeitraum 2003 bis 2007)

N: Gesamtstichprobengröße
n: Größe Teilstichprobe
StGB: Strafgesetzbuch
§ 64 StGB: Unterbringung in einer Entziehungsanstalt
§ 63 StGB: Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus

Maßregelvoll-zugseinrichtung	**Anzahl der Patienten**		**Geschlecht**		**Maßregel gemäß**	
	n	**%**	**männlich**	**weiblich**	**§ 63 StGB**	**§ 64 StGB**
Bedburg-Hau	18	28	12	6	18	0
Eickelborn	16	25	12	4	16	0
Schloss Haldem	22	34	22	0	2	20
Moringen	8	13	4	4	8	0

2.2 Ausschlusskriterien, Drop-Out, zeitlicher Rahmen

Für die vorliegende Arbeit wurden Daten von Patienten, die mindestens ¾ der DBT/IBT-Module absolviert hatten, integriert. Aufgrund unterschiedlicher Messzeitpunkte wurden einheitlich die Prä- (vor Therapiebeginn) und Post-Daten (nach Ende der Therapieteilnahme) miteinander in Beziehung gesetzt.

Als Ausschlussgründe für eine Teilnahme an den DBT-/IBT-Programmen galten:

- Das Vorliegen einer akut psychotischen Symptomatik
- Ein Ausmaß von selbstverletzendem Verhalten, welches intermittierend längere Zeiten von Fixierungen oder kontinuierliche Überwachung erforderte
- Deutliche Minderbegabung / zu geringe kognitive Fähigkeiten
- Zu geringe Motivation
- Eine zu geringe zeitliche Restdauer der Maßregel.

Anfangsdaten wurden, über alle Projekte, von insgesamt 89 Patienten erhoben. Vollständige Datensätze liegen (je nach Erhebungsinstrument) für maximal 64 Patienten vor. Für Fragebogeninstrumente, für die keine vollständigen Datensätze vorliegen, wird dies jeweils dem Ergebnisteil vorangestellt.

Vorzeitig schieden insgesamt 25 Patienten aus dem DBT/IBT-Programm aus. Damit reduzierte sich die Stichprobe um knapp 30 %. Ein Überblick über die Gründe dafür findet sich in Tabelle 2.

Tabelle 2 Drop-Out Gründe für N = 25 Patienten, die vorzeitig aus den implementierten Therapieprogrammen aus den Maßregelvollzugseinrichtungen Bedburg-Hau, Schloss Haldem, Moringen und Eickelborn ausgeschieden sind (Erhebungszeitraum 2003 bis 2007)

Patienten Drop-Out (N = 25)		
Gründe	**Anzahl**	**Prozent**
Verlegungen auf andere Stationen/Einrichtungen	5	20
Entwicklung einer psychotischen Symptomatik	2	8
Ablehnung der Begleitforschung	1	4
Tod	1	4
Kontinuierliche Selbstverletzung und Notwendigkeit häufiger Fixierung	1	4
Ausscheiden auf eigenen Wunsch bei Verbleib auf der Station	8	32
Aufhebung der Maßregel / Entlassung aus der Einrichtung	1	4
Abbruch Teilnahme / Gründe aus den Daten nicht näher eruierbar	6	24

Alle Patienten wurden vor Teilnahme in einem persönlichen Einzel- oder Gruppengespräch über den Hintergrund der Datenerhebung informiert und es wurde ihnen Gelegenheit gegeben, Fragen zu stellen.

Es lagen von allen Patienten (oder deren gesetzlichen Betreuern) schriftliche Einwilligungserklärungen vor. Alle Fragebogen wurden mittels Code anonymisiert.

2.3 Erhebungsinstrumente und statistische Methode der Auswertung

2.3.1 Instrumente der Datenerhebung

Die quantitative Befragung der Patienten erfolgte ausschließlich mittels Selbsteinschätzungsinstrumenten, d. h. alle Angaben sind subjektiv von den Patienten gegebene Aussagen über ihre Befindlichkeit, Schwierigkeiten im interpersonalen Bereich und die Einräumung aggressiver Tendenzen.

Fragebogen zur Erfasssung von Aggressivitätsfaktoren (FAF)

Der Fragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren (FAF; Hampel u. Selg 1998) ermöglicht Aussagen zu fünf Aggressionsbereichen bei Gesunden, Straftätern, Drogenabhängigen und psychosomatischen sowie psychoneurotischen Patienten ab dem 16. Lebensjahr: *1) Spontane Aggressivität*: Hohe Werte stehen für phantasierte, verbale oder körperliche Aggressionen gegen andere Menschen und Tiere. Niedrige Testwerte stehen u. a. für Beherrschtheit und Ruhe. *2) Reaktive Aggressivität*: Hohe Werte bilden Durchsetzungsstreben bei konformistischer Grundhaltung ab. Niedrige Werte stehen für eine tendenzielle Ablehnung eines aggressiven Verhaltensstils. *3) Erregbarkeit*: Hohe Werte sprechen für die Bereitschaft, sich von einem negativen Affekt „anstecken“ zu lassen. Niedrige Werte sprechen für Ausgeglichenheit. *4) Selbstaggression*: Hohe Werte sprechen für depressive Züge, Unzufriedenheit und eine negative Einstellung zum Leben. Niedrige Werte lassen eher auf eine ausgeglichene Stimmungslage, aber unter Umständen auch auf unreflektierte Selbstzufriedenheit schließen. *5) Aggressionshemmungen*: Hohe Werte sprechen für selbstquälerische "Gewissensaktivitäten", niedrige eher für skrupellose Einstellungen im sozialen Bereich.

Die Testwerte der ersten drei Skalen (spontane und reaktive Aggressivität sowie Erregbarkeit) können zu einem umfangreichen Wert "*Summe der Aggressivität*" zusammengefasst werden. Offenheit wird über eine Kontrollskala erfasst. Bei Offenheitswerten kleiner als 4 und zugleich Aggressionshemmungswerten größer 5 empfehlen die Autoren, insbesondere bei Männern unter 30 Jahren, eine zurückhaltende Interpretation der Ergebnisse (Hampel u. Selg 1998).

Beck-Depressions-Inventar (BDI)

Das Beck-Depressions-Inventar (BDI, Hautzinger et al. 2005) ist ein valides und bewährtes Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung des Schweregrades einer depressiven Symptomatik. Es korreliert mit anderen Depressionsskalen zwischen r = .68 und r = .89. Mit einem Cronbachs-Alpha von 0,89 bis 0,94 für klinische Stichproben ist die Reliabilität als eindeutig gesichert anzusehen (Hautzinger et al. 2006).

Die häufigsten Beschwerden werden über 21, keiner ätiologischen Theorie verpflichteten, Items erfragt. Es können, bei vier Antwortmöglichkeiten pro Aussage (0 – 3), welche die Intensität des Items beschreiben, insgesamt 0 bis 63 Punkte erzielt werden. Der als kritisch angesehene Wert liegt bei 18. Summenwerte unter 11 gelten als unauffällig. Bei Summenwerten von 11 bis 17 kann von einer leichten/milden depressiven Symptomatik ausgegangen werde. Werte größer 18 sprechen für den Beginn einer klinisch relevanten Symptomatik, wobei erst bei Werten von 30 und größer diagnostisch das Vorliegen einer schweren depressiven Symptomatik anzunehmen ist.

Symptom-Checkliste-R (SCL-90-R)

Die Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis (SCL-90-R, Franke 1995) misst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome einer Person innerhalb eines Zeitraumes von sieben Tagen. Die 90 Items der neun Skalen beschreiben die Bereiche *Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken* und *Psychotizismus*.

Drei Globale Kennwerte geben Auskunft über das Antwortverhalten bei allen Items. Der *GSI* misst die grundsätzliche psychische Belastung. Der *PSDI* erfasst die Intensität der empfundenen Belastung bei denjenigen Items, bei welchen eine Belastung angeben wurde (Antwort > 0). Der *PST* gibt Auskunft über die Anzahl der Items, bei denen eine Belastung vorliegt.

Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP-D)

Das Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme – Deutsche Version (Horowitz et al. 1994) misst auf der Grundlage des Circumplexmodell interpersonelles Verhalten (Leary 1957) im Sinne von acht Interaktionsstilen: “autokratisch-dominant“ (im Folgenden IIP1), “streitsüchtig-konkurrierend“ (im Folgenden IIP2), “abweisend-kalt“ (im

Folgenden IIP3), “introvertiert-sozial vermeidend“ (im Folgenden IIP4), “selbstunsicher-unterwürfig“ (im Folgenden IIP5), “ausnutzbar/nachgiebig“(im Folgenden IIP6), “fürsorglich-freundlich“ (im Folgenden IIP7) und “expressiv-aufdringlich“ (im Folgenden IIP8).

Die Skalen bestehen jeweils aus 8 Items, die auf einer fünfstufigen Likert-Skala von 0 = nicht (zutreffend), 1 = wenig (zutreffend), 2 = mittelmäßig (zutreffend), 3 = ziemlich (zutreffend) bis 4 = sehr (zutreffend) beantwortet werden.

Es stehen zwei Versionen, das IIP-D (128 Items) und IIP-C (64 Items) zur Verfügung. Bei der vorliegenden Untersuchung wurde die Langversion IIP-D mit 128 Items gewählt.

2.3.2 Angewendete statistische Verfahren

Die Datenerhebung erfolgte mittels der unter 2.3.1 beschriebenen Fragebogen. Die Daten wurden aus den Originalfragebogen in das Statistikprogramm SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), Version 17 eingegeben und ausgewertet.

Die Auswertung der soziodemographischen, unterbringungs- und krankheitsrelevanten Merkmale erfolgte zunächst deskriptiv für die Gesamtpatientenstichprobe. Für nominalskalierte Items wurden absolute und relative Häufigkeiten berechnet. Da insbesondere die Merkmale Persönlichkeitsstörung (antisoziale/dissoziale sowie Borderline Persönlichkeitsstörung) und Suchterkrankung mit schlechterem Therapieerfolg assoziiiert sind wurde für diese Merkmale untersucht, ob die Teilgruppen diesbezüglich als vergleichbar gelten können. Es wurden, dem Skalenniveau und der Stichprobengröße entsprechend, Chi-Quadrat-Tests, Exakte Fisher Tests oder T-Tests angewendet.

Die Prä-/Post-Veränderungen der erhobenen Daten wurden zunächst für die Gesamtgruppe sowie für die einzelnen Teilgruppen (Frauen, Männer, § 63 StGB Patienten, § 64 StGB Patienten) mittels parametrischer Tests (t-Tests für verbundene Stichproben) untersucht. Für die gefunden Effekte wurden Effektstärken berechnet und Cohens *d* ausgewiesen. Zur inhaltlichen Bewertung der gefundenen Effekte wird auf die von Cohen (1962) vorgeschlagene Klassifikation zurückgegriffen und Effektstärken von $d = 0.20$ als kleiner Effekt, $d = 0.50$ als mittlerer/moderater Effekt und ab $d = 0.80$ als großer Effekt gewertet.

In einem weiteren Schritt erfolgte die Überprüfung auf signifikante Unterschiede zwischen den zu vergleichenden Teilgruppen (Frauen vs. Männer, § 63 StGB Patienten vs. § 64 StGB Patienten) mittels Varianzanalysen mit Messwiederholung.

Da es sich bei den angewendeten Tests überwiegend um parameterische Verfahren handelt, wurde das Vorliegen der Normalverteilungsvoraussetzung der Rohwerte mittels Reliabilitätsanalysen überprüft. Es zeigte sich, dass die Normalverteilungsvoraussetzung dabei überwiegend als erfüllt angesehen werden konnte. Da „Allgemein gilt (…), dass der F-Test der Varianzanalyse auch bei kleineren Stichproben robust gegenüber Nicht-Normalität ist“ (Stevens 1999, S. 75), wurde den parametrischen Verfahren der Vorzug gegeben.

Alle interessierenden Mittelwertsvergleiche wurden auf dem Signifikanzniveau von $p < 0,05$ (zweiseitig) getestet.

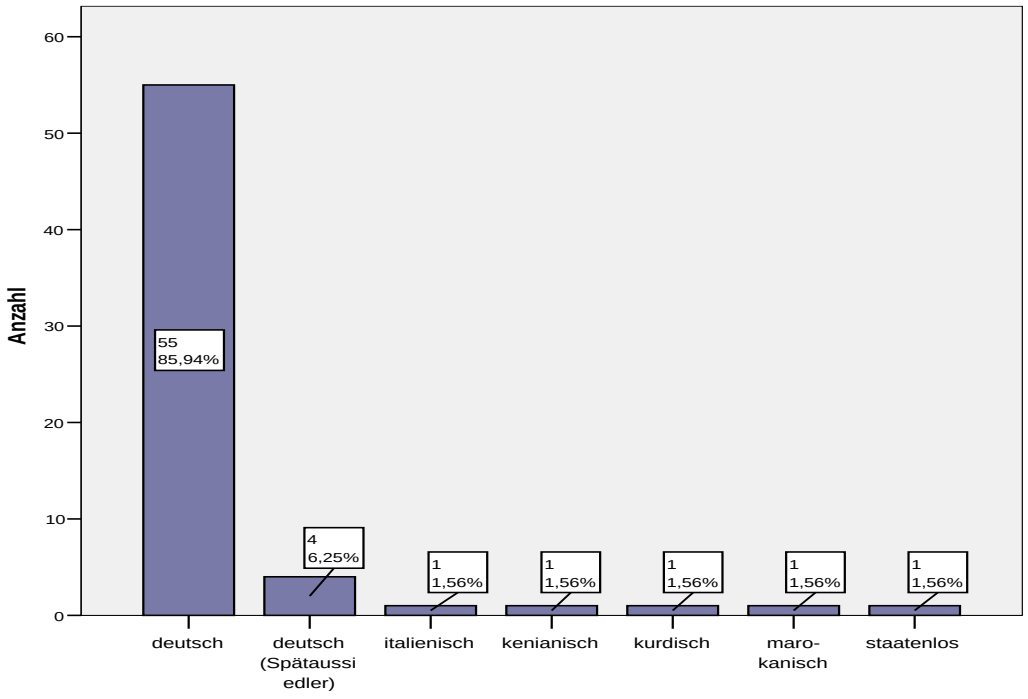
3 Ergebnisse

3.1 Beschreibung der Patientenstichprobe

Die Gesamtgruppe der Patienten wird im Folgenden anhand soziodemographischer, unterbringungs- und krankheitsrelevanter Daten beschrieben.

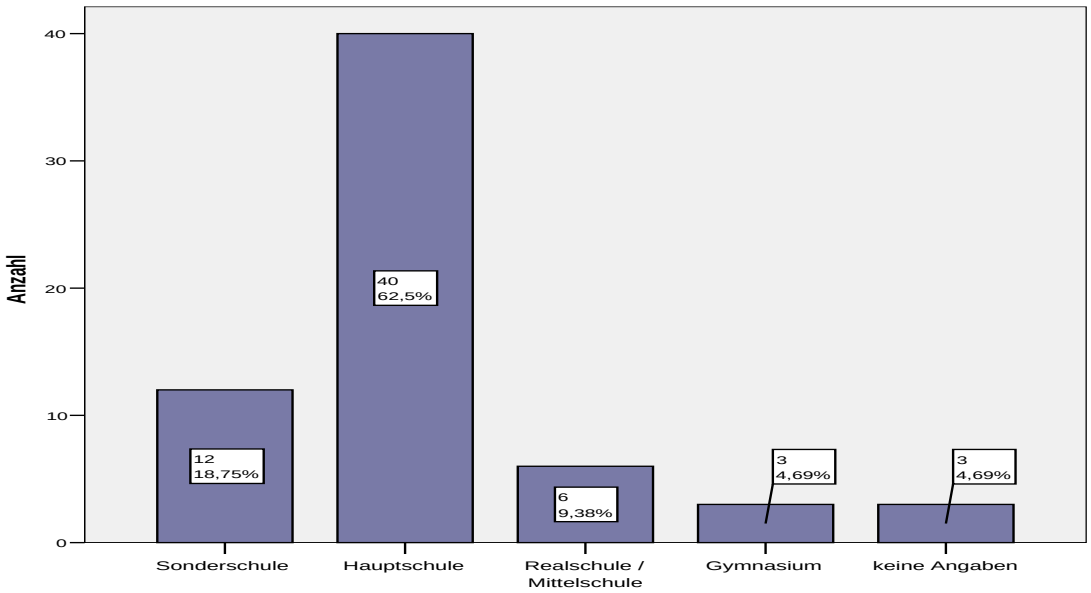
Soziodemographische Merkmale

Von den 64 Patienten waren 14 (22 %) der Patienten weiblich und 50 (78 %) männlich. Die Altersspanne vor Beginn der DBT/IBT befand sich zwischen einem Alter von 20 bis 60 Jahren, im Durchschnitt waren die Patienten 34,73 Jahre alt (SD 9.53). Über 90 % der Patienten sind Deutsche (einschließlich deutscher Spätaussiedler) (vgl. Abbildung 1).



N: Gesamtstichprobengröße

Abbildung 1 Nationalität für die Gesamtgruppe der Patienten (N = 64) aus den Maßregelvollzugseinrichtungen Bedburg-Hau, Schloss Haldem, Moringen und Eickelborn (Erhebungszeitraum 2003 bis 2007)



N: Gesamtstichprobengröße n: Größe Teilstichprobe

Abbildung 2 Schulbildung nach höchster besuchter Schulart für n = 61 Patienten (von N = 64) aus den Maßregelvollzugseinrichtungen Bedburg-Hau, Schloss Haldem, Moringen und Eickelborn (Erhebungszeitraum 2003 bis 2007)

Für 61 Patienten lagen Angaben über die höchste besuchte Schulform vor (vgl. Abbildung 2). Die überwiegende Mehrzahl der Patienten (65,57 %) hatte die Hauptschule besucht. Knapp 19 % waren auf einer Sonderschule. Einen höheren Bildungsabschluss erreichten nur 3 Patienten. Einer von ihnen studierte im Anschluss nach dem Abitur und schloss die Hochschule auch ab. Für 3 Patienten lagen keine Angaben vor.

Von der Hälfte der Patienten lagen Angaben über die Lebensform vor: Alleinleben stellte mit 62 % die häufigste Lebenssituation dar. Etwas über die Hälfte der Patienten sind Eltern. Die Mehrzahl von ihnen (40 %) ist Vater oder Mutter eines Kindes (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3 Soziodemographische Merkmale weiterführende Bildung, Familienstand und Lebensform sowie Kinder der N = 64 Patienten, die in den Maßregelvollzugseinrichtungen Bedburg-Hau, Schloss Haldem, Moringen und Eickelborn untergebracht waren (Erhebungszeitraum 2003 bis 2007)

N: Gesamtstichprobengröße n: Größe Teilstichprobe

Soziodemographische Merkmale (Gesamtgruppe N = 64)	**Anzahl**	**Prozent**
Weiterführende Bildung	**N = 64**	**%**
keine Ausbildung	30	46.88
Ausbildung mit Abschluss	21	32.81
Ausbildung ohne Abschluss	11	17.19
Hochschulstudium mit Abschluss	1	1.56
Hochschulstudium ohne Abschluss	1	1.56
Familienstand und Lebensform	**n = 32**	**%**
Ledig und alleinlebend	16	50
Ledig und mit Partner lebend	5	15.63
Verheiratet mit Ehepartner lebend	6	18.75
Verheirat und alleine lebend	2	6.25
Geschieden und alleinlebend	2	6.26
Geschieden mit neuem Partner lebend	1	3.13
fehlende Angaben	*32*	*50*
Kinder	**n = 33**	**%**
1 Kind	13	39.39
2 Kinder	4	12.12
4 Kinder	1	3.03
keine Kinder	15	45.45
fehlende Angaben	*31*	*48.44*

Unterbringungsrelevante Merkmale

Indexdelikt

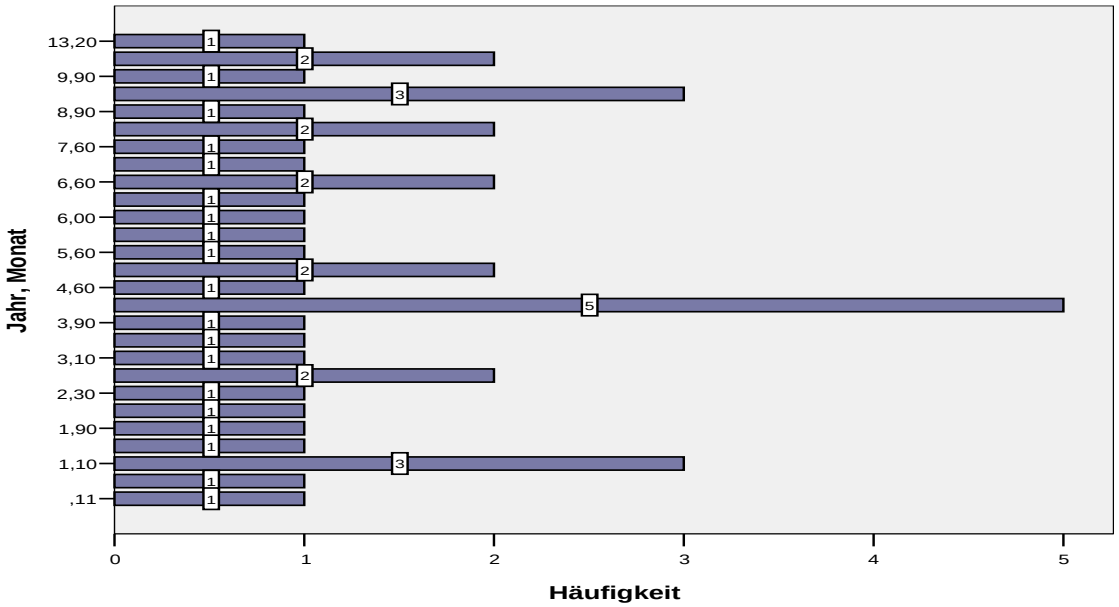
Über die Hälfte der Patienten hatte ein Delikt gegen Leib und Leben (Delikte gegen die körperliche Unversehrtheit oder das Leben eines anderen) begangen (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4 Unterbringungsmerkmal Indexdelikt für die N = 64 Patienten der Maßregelvollzugseinrichtungen Bedburg-Hau, Schloss Haldem, Moringen und Eickelborn untergebrachten Patienten (Erhebungszeitraum 2003 bis 2007)

N: Gesamtstichprobengröße Indexdelikt: Hauptunterbringungsdelikt

Unterbringungsmerkmal (Gesamtgruppe N = 64)	**Anzahl**	**Prozent**
Indexdelikt	**N**	**%**
Tötung und versuchte Tötung	13	20.31
Sexualdelikte	18	28.12
Anderes Gewaltdelikt (gefährliche Körperverletzung zum Teil in Tateinheit mit Bedrohung, Nötigung und/oder Stalking)	10	15.63
Eigentumsdelikt mit Gewalt (Raub [mit Freiheitsberaubung], Schwere Räuberische Erpressung)	7	10.94
Eigentumsdelikt ohne Gewalt (v. a. Diebstahl)	3	4.69
Brandstiftung	10	15.63
Drogendelikt (Handeltreiben mit Betäubungsmitteln)	3	4.69

Strafhöhe, Ersttäterschaft, Alter bei Erstverurteilung



N: Gesamtstichprobengröße n: Größe Teilstichprobe

Abbildung 3 Angabe der Strafhöhe für n = 40 Patienten (von N = 64) aus den Maßregelvollzugseinrichtungen Bedburg-Hau, Schloss Haldem, Moringen und Eickelborn (Erhebungszeitraum 2003 bis 2007)

Dokumentierte Strafhöhen lagen für 40 Patienten vor. Die durchschnittlich verhängte Strafhöhe lag bei 5 Jahren und 4 Monaten (SD 3 Jahre, 4 Monate).

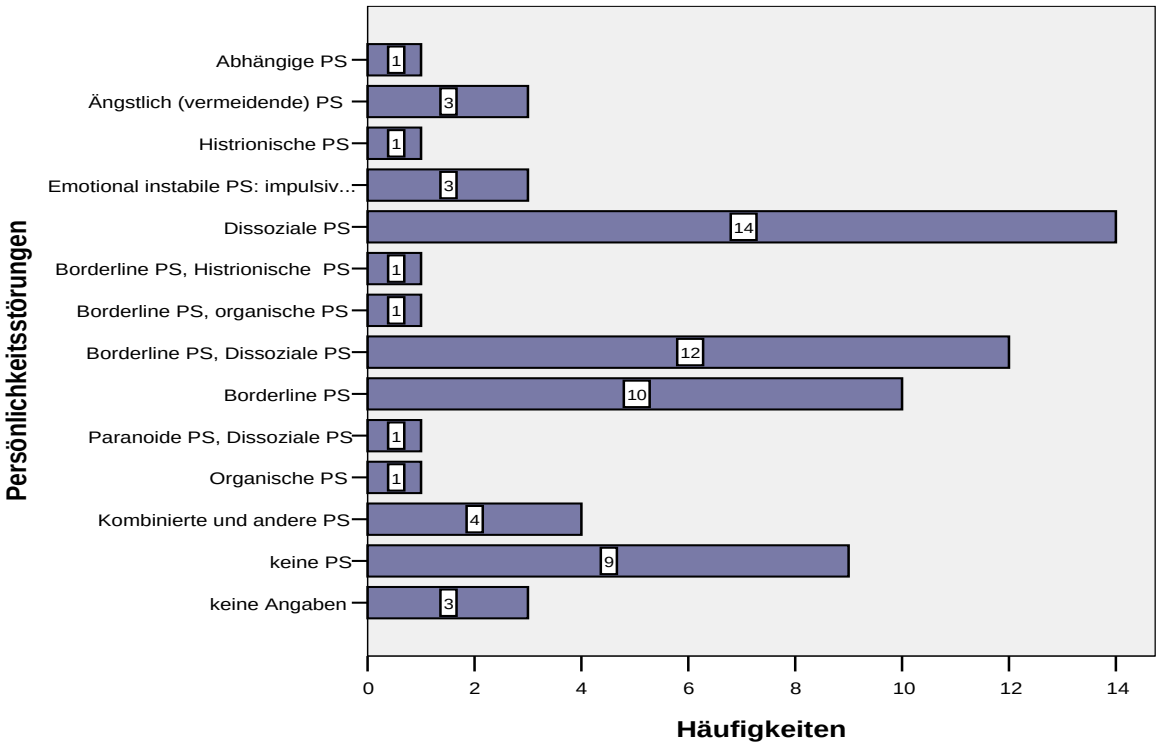
13 (20,3 %) Patienten waren Ersttäter, 7 (10,9 %) hatten eine Vorstrafe, 41 (64,1 %) mehrere Vorstrafen. Für 3 Patienten lagen keine Angaben vor.

Für 37 Patienten lagen Angaben über ihr Alter bei Erstverurteilung vor. Das durchschnittliche Alter bei Erstverurteilung betrug 22,22 Jahre. Der jüngste Patient war bei seiner Erstverurteilung 14 Jahre, der älteste 41 Jahre alt. Der Median lag bei 19 Jahren.

Krankheitsrelevante Merkmale

Persönlichkeitsstörungen

In der Gesamtgruppe der Patienten wurde bei 24 (39,34%) von 61 Patienten, für die Angaben in den Akten vorlagen, eine Borderline Persönlichkeitsstörung, alleine oder in Kombination mit einer weiteren Persönlichkeitsstörung, diagnostiziert. Eine Dissoziale Persönlichkeitsstörung, alleine oder in Kombination mit einer weiteren Persönlichkeitsstörung, wiesen 27 (44,26 %) der Patienten auf. 9 Patienten litten laut Aktenlage an keiner Persönlichkeitsstörung. Für 3 Patienten fehlten darüber Angaben (vgl. Abbildung 4).

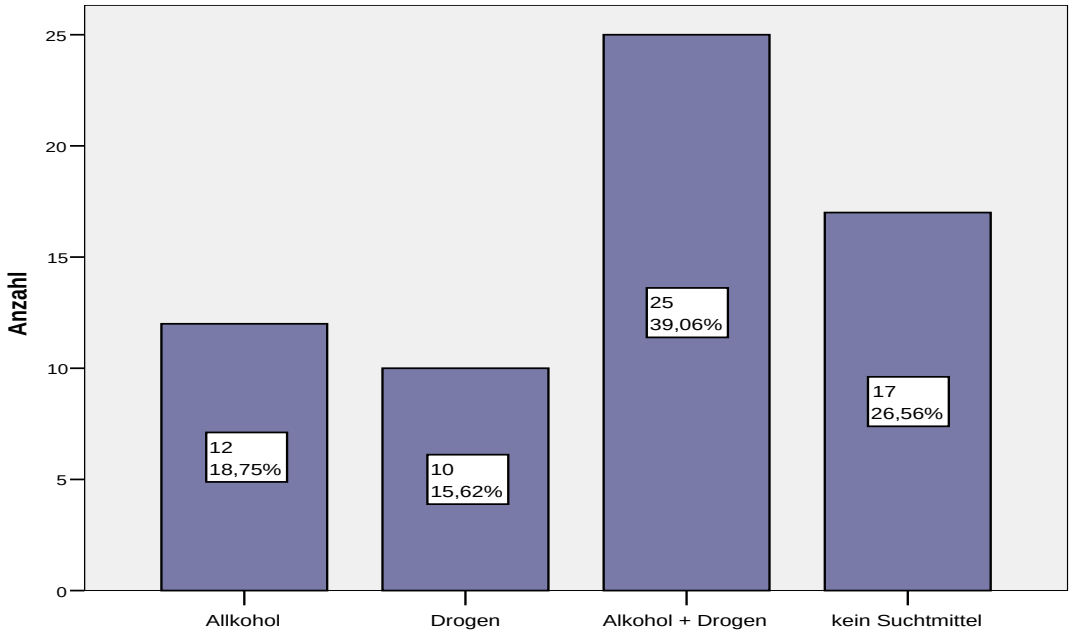


N: Gesamtstichprobengröße PS: Persönlichkeitsstörung
n: Größe Teilstichprobe

Abbildung 4 Nach Aktenlage diagnostizierte Persönlichkeitsstörungen für n = 61 Patienten (von N = 64) aus den Maßregelvollzugseinrichtungen Bedburg-Hau, Schloss Haldem, Moringen und Eickelborn (Erhebungszeitraum 2003 bis 2007)

Suchterkrankung

Bei zwei Drittel aller Patienten fand sich eine Suchtmittelabhängigkeit. Bei knapp 40 % der Patienten lag eine Polytoxikomanie, d. h. eine multiple Abhängigkeit, vor. 17 (26,6 %) Patienten wiesen keinen Substanzmissbrauch auf (vgl. Abbildung 5).



N: Gesamtstichprobengröße Drogen: Heroin, Kokain, Ectasy, sonstige chemische Substanzen

Abbildung 5 Suchtmittel von dem eine Abhängigkeit besteht, erhoben für die Gesamtgruppe der Patienten (N = 64) aus den Maßregelvollzugseinrichtungen Bedburg-Hau, Schloss Haldem, Moringen und Eickelborn (Erhebungszeitraum 2003 bis 2007)

3.1.1 Verteilung von Persönlichkeitsstörung und Suchterkrankung zwischen Frauen und Männern

Persönlichkeitsstörung

Frauen und Männer unterschieden sich nur bezüglich des Vorliegens der dissozialen Persönlichkeitsstörung bedeutsam voneinander (Exakter Fisher Test: p = .016). Bei signifikant mehr Männern als Frauen wurde eine solche diagnostiziert. Im Hinblick auf die Verteilung der übrigen Persönlichkeitsstörungen zeigten sich keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen Frauen und Männern (vgl. Tabelle 5). Für drei Männer lagen keine Angaben zu Persönlichkeitsstörungen vor.

Tabelle 5 Krankheitsrelevantes Merkmal Persönlichkeitsstörung für die Teilstichproben der 14 Frauen und 47 Männer der Maßregelvollzugseinrichtungen Bedburg-Hau, Schloss Haldem, Moringen und Eickelborn (Erhebungszeitraum 2003 bis 2007)

n: Größe Teilstichprobe
Sign.: Signifikanz
p: Signifikanzwert (Exakter Fisher Test)
n.s. nicht signifikant
PS: Persönlichkeitsstörung
Andere PS: Organisch bedingte Persönlichkeitsänderung, kombinierte und andere Persönlichkeitsstörung

Signifikanzniveau p < .05, zweiseitig.

Persönlichkeitsstörung	**Geschlecht**				**Sign.**
	Frauen (n = 14)		**Männer (n = 47)**		
	Ja	Nein	Ja	Nein	**p**
Paranoide PS	0 0 %	14 100 %	1 2.13 %	46 97.87 %	n.s.
Emotional Instabile PS: Borderline Typ	8 57.14 %	6 42.86 %	16 34.04 %	31 65.96 %	n.s.
Emotional Instabile PS: Impulsiver Typ	2 14.29 %	12 85.71 %	1 2.13 %	46 97.87 %	n.s.
Histrionische PS	1 7.14 %	13 92.86 %	1 2.13 %	46 97.87 %	n.s.
Dissoziale PS	2 14.29 %	12 85.71 %	24 51.06 %	23 48.94 %	.016
Ängstliche PS	0 0 %	14 100 %	3 6.38 %	44 93.62 %	n.s.
Abhängige PS	1 7.14 %	13 92.86 %	0 0 %	47 100 %	n.s.
Andere PS	1 7.14 %	13 92.86 %	5 10.64 %	42 89.36 %	n.s.
Keine PS	2 14.29 %	12 85.71 %	7 14.89 %	40 85.11 %	n.s.

Suchterkrankung

Bei signifikant weniger Frauen als Männern wurde eine Alkoholabhängigkeit diagnostiziert (Exakter Fisher Test: p = .016). Für Drogenabhängigkeit, Polytoxikomanie oder auch im Hinblick auf das Fehlen einer Suchterkrankung, zeigten sich keine signifikanten Gruppenunterschiede (vgl. Tabelle 6).

Tabelle 6 Krankheitsrelevantes Merkmal Suchterkrankung, differenziert nach Suchtmittel von dem Abhängigkeit besteht, für die Teilstichproben der Frauen und Männer der Maßregelvollzugseinrichtungen Bedburg-Hau, Schloss Haldem, Moringen und Eickelborn (Erhebungszeitraum 2003 bis 2007)

n:	Größe Teilstichprobe	Drogen:	Heroin, Kokain, Ectasy, sonstige chemische Substanzen
Sign.:	Signifikanz		
p:	Signifikanzwert (Exakter Fisher Test)	n.s.:	nicht signifikant

Signifikanzniveau p < .05, zweiseitig.

Suchtmittel	**Geschlecht**				**Sign.**
	Frauen (n = 14)		**Männer (n = 50)**		
	Ja	Nein	Ja	Nein	p
Alkohol	4 29 %	10 71 %	33 66 %	17 34 %	.016
Drogen	10 71 %	4 29 %	25 50 %	15 50 %	n.s.
Alkohol + Drogen	4 29 %	10 71 %	21 42 %	29 58 %	n.s.
Kein Suchtmittel	4 29 %	10 71 %	13 26 %	37 74 %	n.s.

3.1.2 Verteilung Persönlichkeitsstörung und Suchterkrankung zwischen § 63 StGB und § 64 StGB Patienten

Persönlichkeitsstörung

Im Hinblick auf die Verteilung der Diagnose Persönlichkeitsstörungen zeigte sich, dass sich § 63 StGB und § 64 StGB Patienten nicht signifikant voneinander unterschieden (vgl. Tabelle 7). Die beiden Teilgruppen können in Bezug auf dieses Merkmal als vergleichbar gelten.

Tabelle 7 Krankheitsrelevantes Merkmal Persönlichkeitsstörung für die Teilstichproben der nach § 63 StGB und § 64 StGB in den Maßregelvollzugseinrichtungen Bedburg-Hau, Schloss Haldem, Moringen und Eickelborn untergebrachten Patienten (Erhebungszeitraum 2003 bis 2007)

n:	Größe Teilstichprobe	StGB:	Strafgesetzbuch
Sign.:	Signifikanz	§ 63 StGB:	Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus
p:	Signifikanzwert (Exakter Fisher Test)	§ 64 StGB:	Unterbringung in einer Entziehungsanstalt
n.s.	nicht signifikant		
PS:	Persönlichkeitsstörung		
Andere PS:	Organisch bedingte Persönlichkeitsänderung, kombinierte und andere Persönlichkeitsstörung		

Signifikanzniveau $p < .05$, zweiseitig.

Persönlichkeitsstörung	**Unterbringungsparagraph**				**Sign.**
	§ 63 StGB (n = 42)		**§ 64 StGB (n =19)**		
	Ja	Nein	Ja	Nein	p
Paranoide PS	1 2.38 %	41 97.62 %	0 0 %	19 100 %	n.s.
Emotional Instabile PS: Borderline Typ	20 47.62%	22 52.38 %	4 21.05 %	15 78.95 %	n.s.
Emotional Instabile PS: Impulsiver Typ	2 4.76 %	40 95.24 %	1 5 %	18 95 %	n.s.
Histrionische PS	2 4.76 %	40 95.24 %	0 0 %	19 100 %	n.s.
Dissoziale PS	15 35.71 %	27 64.29 %	11 57.89 %	8 42.11 %	ns.
Ängstliche PS	3 7.14 %	39 92.86 %	0 0 %	19 100 %	n.s.
Abhängige PS	1 2.38 %	41 97.62 %	0 0 %	19 100 %	n.s.
Andere PS	4 9.52 %	38 90.48 %	2 10.53 %	17 89.47 %	n.s.
Keine PS	5 11.90 %	37 88.10 %	4 21.05 %	15 78.95 %	n.s.

Suchterkrankung

Im Hinblick auf eine Suchterkrankung unterschieden sich die Patientengruppen bezüglich aller erfassten Arten von Suchterkrankungen signifikant voneinander (vgl. Tabelle 8).

Tabelle 8 Krankheitsrelevantes Merkmal Suchterkrankung, differenziert nach Suchtmittel von dem Abhängigkeit besteht, für die Teilstichproben der nach § 63 StGB und § 64 StGB in den Maßregelvollzugseinrichtungen Bedburg-Hau, Schloss Haldem, Moringen und Eickelborn untergebrachten Patienten (Erhebungszeitraum 2003 bis 2007)

n:	Größe Teilstichprobe	StGB:	Strafgesetzbuch
Sign.:	Signifikanz	§ 63 StGB:	Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus
p:	Signifikanzwert (Exakter Fisher Test)	§ 64 StGB:	Unterbringung in einer Entziehungsanstalt
Drogen:	Heroin, Kokain, Ectasy, sonstige chemische Substanzen		

Signifikanzniveau p < .05, zweiseitig.

Suchtmittel	**Unterbringungsparagraph**				**Sign.**
	§ 63 StGB (n = 44)		**§ 64 StGB (n = 20)**		
	Ja	Nein	Ja	Nein	p
Alkohol	21 48 %	23 52 %	16 80 %	4 20 %	.028
Drogen	19 43 %	25 57 %	4 20 %	16 80 %	.007
Alkohol + Drogen	13 30 %	31 70 %	8 40 %	12 60 %	.028
Kein Suchtmittel	17 39 %	27 61 %	0 0 %	20 100 %	.001

3.2 Ergebnisse der Fragebogen

3.2.1 Belastung mit körperlichen und psychischen Symptomen

Das Ausmaß der Belastung mit körperlichen und psychischen Symptomen der letzten sieben Tage wurde mittels der Symptom-Checkliste (SCL-90-R, Franke 1995) erhoben. Die SCL-90-R wurde in allen Projekten eingesetzt. Es liegen vollständige Datensätze von 64 Patienten vor.

3.2.1.1 Ergebnisse der SCL-90-R für die Gesamtpatientengruppe

Wie in Tabelle 9 dargestellt, zeigten sich beim Prä-Post-Vergleich signifikant positive Veränderungen in Richtung einer Symptomreduktion für 6 Einzelskalen sowie für den globalen Schweregradindex GSI.

Die Effektstärken lagen dabei im kleinen bis knapp mittleren Bereich. Der leichte Rückgang der Mittelwerte im Bereich Zwanghaftigkeit (ZWG) war lediglich marginal signifikant.

Tabelle 9 Skalenwerte der SCL-90-R vor Beginn und nach Ende der Dialektisch-Behavioralen/Integrativ-Behavioralen Therapie (DBT/IBT) für 64 Patienten aus den Maßregelvollzugseinrichtungen Bedburg-Hau, Schloss Haldem, Eickelborn (Projekt I und II) und Moringen (Erhebungszeitraum 2003 bis 2010)

DBT:	Dialektisch-Behaviorale Therapie	SCL-90-R:	Symptom-Checkliste
IBT:	Integrativ-Behaviorale Therapie	SOM:	Somatisierung
N:	Größe Gesamtpatientengruppe	ZWG:	Zwanghaftigkeit
MW:	Mittelwert	SOZ:	Unsicherheit im Sozialkontakt
SD:	Standardabweichung	DPR:	Depressivität
t:	Prüfgröße mit Freiheitsgraden	ANX:	Ängstlichkeit
Sign.:	Signifikanz	AGG:	Aggressivität/Feindseligkeit
p:	Signifikanzwert (t-Test)	PHO:	Phobische Angst
n.s.:	nicht signifikant	PAR:	Paranoides Denken
ES:	Effektstärke	PSY:	Psychotizismus
d:	Effektstärkemaß Cohen´s *d*	GSI:	Global Severity Index

Signifikanzniveau $p < .05$, zweiseitig.

Skalen SCL-90-R	**vor Beginn DBT/IBT (N = 64)**		**nach Ende DBT/IBT (N = 64)**		**Prüfgröße**	**Sign.**	**ES**
	MW	**SD**	**MW**	**SD**	**t(63)**	**p**	**d**
SOM	0.56	0.64	0.45	0.61	2.13	.037	0.18
ZWG	0.65	0.78	0.53	0.75	1.17	.n.s.	0.16
SOZ	0.80	0.77	0.53	0.72	3.51	.001	0.36
DPR	0.88	0.79	0.55	0.68	4.32	.001	0.45
ANX	0.59	0.78	0.43	0.61	2.21	.031	0.23
AGG	0.56	0.68	0.48	0.68	1.10	n.s.	0.11
PHO	0.31	0.67	0.27	0.48	0.64	n.s.	0.07
PAR	0.82	0.81	0.56	0.65	3.20	.002	0.35
PSY	0.55	0.67	0.40	0.58	2.19	.032	0.24
GSI	0.67	0.65	0.49	0.58	3.27	.003	0.29

3.2.1.2 Ergebnisse der SCL-90-R für Frauen und Männer

Bei den Frauen zeigte sich, dass keine der Skalen eine signifikante Veränderung aufwies. Die positive Veränderung der Skala Depressivität erreichte mit einem *d* von .041 die größte Effektstärke. Zugleich fand sich für einige Skalen eine, wenn auch nicht signifikante, Mittelwertevergrößerung und damit Symptomzunahme (vgl. Tabelle 10).

Tabelle 10 Skalenwerte der SCL-90-R vor Beginn und nach Ende der Dialektisch-Behavioralen/Integrativ-Behavioralen Therapie (DBT/IBT) für 14 Frauen der Maßregelvollzugseinrichtungen Bedburg-Hau, Eickelborn (Projekt I und II) und Moringen (Erhebungszeitraum 2003 bis 2010)

DBT:	Dialektisch-Behaviorale Therapie	SCL-90-R:	Symptom-Checkliste
IBT:	Integrativ-Behaviorale Therapie	SOM:	Somatisierung
n:	Gruppengröße Teilstichprobe	ZWG:	Zwanghaftigkeit
MW:	Mittelwert	SOZ:	Unsicherheit im Sozialkontakt
SD:	Standardabweichung	DPR:	Depressivität
t:	Prüfgröße mit Freiheitsgraden	ANX:	Ängstlichkeit/Feindseligkeit
Sign.:	Signifikanz	AGG:	Aggressivität
p:	Signifikanzwert (t-Test)	PHO:	Phobische Angst
n.s.:	nicht signifikant	PAR:	Paranoides Denken
ES:	Effektstärke	PSY:	Psychotizismus
d:	Effektstärkemaß Cohen´s *d*	GSI:	Global Severity Index

Signifikanzniveau $p < .05$, zweiseitig.

Skalen SCL-90-R	Frauen vor Beginn DBT/IBT (n = 14)		Frauen nach Ende DBT/IBT (n = 14)		Prüfgröße	Sign.	ES
	MW	SD	MW	SD	t(13)	p	d
SOM	0.83	0.98	0.82	0.94	0.06	n.s.	0.01
ZWG	1.08	1.30	1.00	1.15	0.44	n.s.	0.06
SOZ	1.10	1.06	0.99	0.89	0.56	n.s.	0.11
DPR	1.46	1.15	1.02	0.97	2.14	n.s.	0.41
ANX	1.24	1.16	0.94	0.86	1.26	n.s.	0.29
AGG	0.78	1.02	0.93	0.84	-1.17	n.s.	-0.16
PHO	0.69	1.10	0.72	0.69	-0.21	n.s.	-0.03
PAR	0.99	1.12	1.00	0.77	-0.07	n.s.	-0.01
PSY	0.89	1.05	0.94	0.70	-0.20	n.s.	-0.06
GSI	1.08	0.99	0.96	0.79	0.76	n.s.	0.13

Bei den Männern wies der Rückgang der Symptomatik für die Bereiche Depressivität (DPR), Paranoides Denken (PAR) und Unsicherheit im Sozialkontakt (SOZ) signifikante Veränderungen mit moderaten Effektstärken auf. Für die ebenfalls signifikant positive Veränderung der Belastung durch Psychotizismus (PSY), Somatisierung (SOM) wie auch für den Gesamtwert der psychischen Belastung (GSI) fanden sich lediglich Effektstärken im kleinen Bereich auf (vgl. Tabelle 11).

Tabelle 11 Skalenwerte der SCL-90-R vor Beginn und nach Ende der Dialektisch-Behavioralen/Integrativ-Behavioralen Therapie (DBT/IBT) für 50 Männer der Maßregelvollzugseinrichtungen Bedburg-Hau, Schloss Haldem, Eickelborn (Projekt I und II) und Moringen (Erhebungszeitraum 2003 bis 2010)

DBT:	Dialektisch-Behaviorale Therapie	SCL-90-R:	Symptom-Checkliste
IBT:	Integrativ-Behaviorale Therapie	SOM:	Somatisierung
n:	Gruppengröße Teilstichprobe	ZWG:	Zwanghaftigkeit
MW:	Mittelwert	SOZ:	Unsicherheit im Sozialkontakt
SD:	Standardabweichung	DPR:	Depressivität
t:	Prüfgröße mit Freiheitsgraden	ANX:	Ängstlichkeit/Feindseligkeit
Sign.:	Signifikanz	AGG:	Aggressivität
p:	Signifikanzwert (t-Test)	PHO:	Phobische Angst
n.s.:	nicht signifikant	PAR:	Paranoides Denken
ES:	Effektstärke	PSY:	Psychotizismus
d:	Effektstärkemaß Cohen´s *d*	GSI:	Global Severity Index

Signifikanzniveau $p < .05$, zweiseitig.

Skalen SCL-90-R	**Männer vor Beginn DBT/IBT (n = 50)**		**Männer nach Ende DBT/IBT (n = 50)**		**Prüfgröße**	**Sign.**	**ES**
	MW	**SD**	**MW**	**SD**	**t(49)**	**p**	**d**
SOM	0.48	0.06	0.34	0.06	2.31	.025	0.37
ZWG	0.53	0.53	0.40	0.53	1.74	n.s.	0.25
SOZ	0.71	0.65	0.40	0.60	3.90	.001	0.50
DPR	0.72	0.54	0.42	0.50	3.74	.001	0.58
ANX	0.41	0.51	0.29	0.42	1.85	n.s.	0.26
AGG	0.52	0.56	0.37	0.58	1.72	n.s.	0.26
PHO	0.20	0.44	0.15	0.31	1.06	n.s.	0.13
PAR	0.77	0.69	0.45	0.56	3.75	.001	0.55
PSY	0.45	0.48	0.26	0.46	3.21	.002	0.40
GSI	0.56	0.45	0.36	0.43	3.48	.001	0.45

Die durchgeführten Varianzanalysen bestätigten den Eindruck der t-Tests, dass die Frauen mehr Symptome berichteten als die Männer. Für acht Einzelsaklen wie auch für den GSI zeigten sich positive Gruppenvergleichseffekte. In diesen Skalen gaben Frauen eine signifikant höhere Symptombelastung an als die Männer (vgl. Tabelle 12).

Bei der Frage der Veränderung zwischen Therapiebeginn und –ende zeigten sich für die SCL-90-Bereiche Unsicherheit im Sozialkontakt (SOZ), Depressivität (DPR), Ängstlichkeit (ANX) sowie für den GSI signifikant positive Veränderungen. Alle übrigen Skalen wiesen beim Vergleich über die Zeit keine bedeutsamen Veränderungen auf (vgl. Tabelle 12)

Die überprüften Wechselwirkungseffekte (Zeitpunkt der Erhebung x Geschlecht) verwiesen jedoch darauf, dass nicht von einem geschlechtsspezifischen Wirken der Therapie gesprochen werden kann (vgl. Tabelle 12).

Tabelle 12 Skalenwerte der SCL-90-R vor Beginn und nach Ende der der Teilnahme an der Dialektisch-Behavioralen/Integrativ-Behavioralen Therapie (DBT/IBT), für Frauen und Männer der Maßregelvollzugseinrichtungen Bedburg-Hau, Schloss Haldem, Eickelborn (Projekt I und II) und Moringen (Erhebungszeitraum 2003 bis 2010)

DBT:	Dialektisch-Behaviorale Therapie
IBT:	Integrativ-Behaviorale Therapie
n:	Gruppengröße Teilstichprobe
MW:	Mittelwert
SD:	Standardabweichung
p:	Signifikanzwert (ANOVA)
n.s.:	nicht signifikant
MWH:	Messwiederholung
GV:	Gruppenvergleich
WW:	Wechselwirkung

SCL-90-R:	Symptom-Checkliste
SOM:	Somatisierung
ZWG:	Zwanghaftigkeit
SOZ:	Unsicherheit im Sozialkontakt
DPR:	Depressivität
ANX:	Ängstlichkeit/Feindseligkeit
AGG:	Aggressivität
PHO:	Phobische Angst
PAR:	Paranoides Denken
PSY:	Psychotizismus
GSI:	Global Severity Index

Signifikanzniveau $p < .05$, zweiseitig.

SCL-90-R	Vor Beginn DBT/IBT				Nach Ende DBT/IBT				p		
	Frauen (n = 14)		Männer (n = 50)		Frauen (n = 14)		Männer (n = 50)		MWH	GV	WW
	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD			
SOM	0.83	0.98	0.48	0.06	0.82	0.94	0.34	0.06	n.s.	.017	n.s.
ZWG	1.08	1.30	0.53	0.53	1.00	1.15	0.40	0.53	n.s.	.006	n.s.
SOZ	1.10	1.06	0.71	0.65	0.99	0.89	0.40	0.60	.025	.016	n.s.
DPR	1.46	1.15	0.72	0.54	1.02	0.97	0.42	0.50	.001	.001	n.s.
ANX	1.24	1.16	0.41	0.51	0.94	0.86	0.29	0.42	.020	.001	n.s.
AGG	0.78	1.02	0.52	0.56	0.93	0.84	0.37	0.58	n.s.	.021	n.s.
PHO	0.69	1.10	0.20	0.44	0.72	0.69	0.15	0.31	n.s.	.001	n.s.
PAR	0.99	1.12	0.77	0.69	1.00	0.77	0.45	0.56	n.s.	n.s.	n.s.
PSY	0.89	1.05	0.45	0.48	0.94	0.70	0.26	0.46	n.s.	.001	n.s.
GSI	1.08	0.99	0.56	0.45	0.96	0.79	0.36	0.43	.023	.001	n.s.

3.2.1.3 Ergebnisse der SCL-90-R für § 63 StGB- und § 64 StGB-Patienten

Bei den § 63 StGB Patienten zeigte sich eine Verbesserung bezüglich Somatisierung (SOM), Unsicherheit im Sozialkontakt (SOZ), Depressivität (DPR), Ängstlichkeit (ANX), Paranoides Denken (PAR), Psychotizismus (PSY) und dem GSI-Wert. Signifikant war diese jedoch nur für die Skala Depressivität (DPR) (vlg. Tabelle 13).

Tabelle 13 Skalenwerte der SCL-90-R vor Beginn und nach Ende der Dialektisch-Behavioralen/Integrativ-Behavioralen Therapie (DBT/IBT) für 44 nach § 63 StGB untergebrachte Patienten aus den Maßregelvollzugseinrichtungen Bedburg-Hau, Schloss Haldem, Eickelborn (Projekt I und II) und Moringen (Erhebungszeitraum 2003 bis 2010)

DBT:	Dialektisch-Behaviorale Therapie	SCL-90-R:	Symptom-Checkliste
IBT:	Integrativ-Behaviorale Therapie	SOM:	Somatisierung
n:	Gruppengröße Teilstichprobe	ZWG:	Zwanghaftigkeit
MW:	Mittelwert	SOZ:	Unsicherheit im Sozialkontakt
SD:	Standardabweichung	DPR:	Depressivität
t:	Prüfgröße mit Freiheitsgraden	ANX:	Ängstlichkeit
Sign.:	Signifikanz	AGG:	Aggressivität/Feindseligkeit
p:	Signifikanzwert (t-Test)	PHO:	Phobische Angst
n.s.:	nicht signifikant	PAR:	Paranoides Denken
ES:	Effektstärke	PSY:	Psychotizismus
d:	Effektstärkemaß Cohen´s *d*	GSI:	Global Severity Index
StGB:	Strafgesetzbuch	§ 63 StGB:	Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus

Signifikanzniveau $p < .05$, zweiseitig.

Skalen SCL-90-R	Patienten § 63 StGB vor Beginn DBT/IBT (n = 44)		Patienten § 63 StGB nach Ende DBT/IBT (n = 44)		Prüfgröße	Sign.	ES
	MW	SD	MW	SD	t(43)	p	d
SOM	0.54	0.65	0.48	0.67	0.86	n.s.	0.09
ZWG	0.60	0.82	0.63	0.83	-0.37	n.s.	-0.04
SOZ	0.76	0.82	0.64	0.81	1.36	n.s.	0.15
DPR	0.92	0.83	0.64	0.74	3.02	.004	0.36
ANX	0.58	0.85	0.50	0.69	0.90	n.s.	0.10
AGG	0.45	0.67	0.57	0.75	-1.56	n.s.	-0.17
PHO	0.32	0.70	0.33	0.52	-0.13	n.s.	-0.02
PAR	0.73	0.83	0.64	0.71	1.04	n.s.	0.12
PSY	0.53	0.68	0.49	0.63	0.49	n.s.	0.06
GSI	0.66	0.68	0.57	0.64	1.36	n.s.	0.14

Bei den § 64 StGB Patienten zeigte sich bezüglich Unsicherheit im Sozialkontakt (SOZ), Paranoides Denken (PAR), Aggressivität (AGG) Zwanghaftigkeit (ZWG) sowie des GSIs ein signifikanter Symptomrückgang mit großen Effektstärken. Auch in den übrigen Bereichen wurden nach Ende der Therapie, fast durchweg signifikant geringere Belastungen durch körperliche oder psychische Beschwerden von den Patienten berichtet. Die Effektstärken dieser Symptombereiche befanden sich auf kleinem und mittlerem Niveau (vgl. Tabelle 14).

Tabelle 14 Skalenwerte der SCL-90-R vor Beginn und nach Ende der Integrativ-Behavioralen Therapie (IBT) für 20 nach § 64 StGB untergebrachte Patienten aus der Maßregelvollzugseinrichtung Schloss Haldem (Erhebungszeitraum 2007 bis 2010)

IBT:	Integrativ-Behaviorale Therapie	SCL-90-R:	Symptom-Checkliste
n:	Gruppengröße Teilstichprobe	SOM:	Somatisierung
MW:	Mittelwert	ZWG:	Zwanghaftigkeit
SD:	Standardabweichung	SOZ:	Unsicherheit im Sozialkontakt
t:	Prüfgröße mit Freiheitsgraden	DPR:	Depressivität
Sign.:	Signifikanz	ANX:	Ängstlichkeit
p:	Signifikanzwert (t-Test)	AGG:	Aggressivität/Feindseligkeit
n.s.:	nicht signifikant	PHO:	Phobische Angst
ES:	Effektstärke	PAR:	Paranoides Denken
d:	Effektstärkemaß Cohen´s *d*	PSY:	Psychotizismus
StGB:	Strafgesetzbuch	GSI:	Global Severity Index
§ 64 StGB:	Unterbringung in einer Entziehungsanstalt		

Signifikanzniveau $p < .05$

Skalen SCL-90-R	Patienten § 64 StGB vor Beginn der IBT (n = 20)		Patienten § 64 StGB nach Ende der IBT (n = 20)		Prüfgröße	Sign.	ES
	MW	SD	MW	SD	t(19)	p	d
SOM	0.60	0.60	0.36	0.43	2.69	.014	0.46
ZWG	0.76	0.68	0.30	0.45	4.87	.001	0.80
SOZ	0.87	0.65	0.28	0.35	4.67	.001	1.13
DPR	0.76	0.65	0.34	0.45	3.31	.004	0.75
ANX	0.59	0.60	0.25	0.31	2.93	.009	0.71
AGG	0.79	0.64	0.27	0.41	4.15	.001	0.97
PHO	0.27	0.61	0.12	0.31	1.39	n.s.	0.31
PAR	1.00	0.74	0.37	0.43	4.17	.001	1.04
PSY	0.58	0.62	0.20	0.38	3.86	.001	0.74
GSI	0.69	0.56	0.30	0.36	4.24	.001	0.83

Die Varianzanalysenen verwiesen für alle Skalen der SCL-90-R darauf, dass kein bedeutsamer Einfluss des Faktors unterbringender Paragraph (§ 63 StGB vs. § 64 StGB) bestand, keiner der Gruppenvergleiche war signifikant. Im Hinblick auf körperliche oder psychische Beschwerden unterschieden sich Patienten, die nach § 64 StGB untergebracht sind somit nicht bedeutsam von Patienten die nach § 63 StGB untergebracht sind (vgl. Tabelle 15).

In den Messwiederholungen zeigten sich hingegen, mit Ausnahme der Skala Phobisches Denken (PHO), durchweg signifikante Veränderungen. Die Mittelwerte nach Therapieende waren, außer für den Bereich Phobischen Denkens (PHO), statistisch bedeutsam verkleinert, die Symptomatik dieser Skalen somit bedeutsam geringer als vor Therapiebeginns (vgl. Tabelle 15).

Für die Skalen Unsicherheit im Sozialkontakt (SOZ), Paranoides Denken (PAR), Psychotizismus (PSY) wie auch für den GSI ergab die Wechselwirkung einen signifikanten Effekt. Die Effektstärke für die Skala Paranoides Denken (PAR) lag im großen Bereich. Für die Skalen Unsicherheit im Sozialkontakt (SOZ), Psychotizismus (PSY) und den Globalen Schwergrandindex (GSI) wies der Wechselwirkungseffekt moderate Effektstärken auf. Die Veränderung über die Zeit der Therapie ging dabei für beide Patientengruppen in dieselbe Richtung: Sie berichteten nach Therapieende über weniger körperliche und psychische Beschwerden in diesen Bereichen (vgl. Tabelle 15).

Auch für die Bereiche Zwanghaftigkeit (ZWG) und Aggressivität (AGG) zeigten sich signifikante Wechselwirkungseffekte mit großen Effektstärken. Die Mittelwerte der nach § 64 StGB Untergebrachten veränderten sich hier in Richtung einer Symptomreduktion, wohingegen sich bei den § 63 StGB Patienten ein Symptomanstieg abbildete. Bezüglich dieser zwei Symptombereiche wirkte die Therapie damit selektiv: Suchtpatienten berichteten nach Therapieende über weniger Zwanghaftigkeit und Aggressivität, wohingegen die nach § 63 StGB untergebrachten Patienten über ein Mehr an Zwanghaftigkeit und Aggressivität berichteten (vgl. Tabelle 15).

Tabelle 15 Skalenwerte der SCL-90-R, vor Beginn und nach Ende der der Teilnahme an der Dialektisch-Behavioralen/Integrativ-Behavioralen Therapie (DBT/IBT), für nach § 63 StGB und § 64 StGB in den Maßregelvollzugseinrichtungen Bedburg-Hau, Schloss Haldem, Eickelborn (Projekt I und II) und Moringen, untergebrachte Patienten (Erhebungszeitraum 2003 bis 2010)

DBT:	Dialektisch-Behaviorale Therapie	SCL-90-R:	Symptom-Checkliste
IBT:	Integrativ-Behaviorale Therapie	SOM:	Somatisierung
n:	Gruppengröße Teilstichprobe	ZWG:	Zwanghaftigkeit
MW:	Mittelwert	SOZ:	Unsicherheit im Sozialkontakt
SD:	Standardabweichung	DPR:	Depressivität
p:	Signifikanzwert (ANOVA)	ANX:	Ängstlichkeit
n.s.:	nicht signifikant	AGG:	Aggressivität/Feindseligkeit
MWH:	Messwiederholung	PHO:	Phobische Angst
GV:	Gruppenvergleich	PAR:	Paranoides Denken
WW:	Wechselwirkung	PSY:	Psychotizismus
StGB:	Strafgesetzbuch	GSI:	Global Severity Index
§ 63 StGB:	Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus		
§ 64 StGB:	Unterbringung in einer Entziehungsanstalt		

Signifikanzniveau $p < .05$, zweiseitig.

SCL-90-R	Vor Beginn DBT/IBT				Nach Ende DBT/IBT				p		
	Patienten § 63 StGB (n = 44)		Patienten § 64 StGB (n = 20)		Patienten § 63 StGB (n = 44)		Patienten § 64 StGB (n = 20)		MWH	GV	WW
	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD			
SOM	0.54	0.65	0.60	0.60	0.48	0.67	0.36	0.43	.011	n.s.	n.s.
ZWG	0.60	0.82	0.76	0.68	0.63	0.83	0.30	0.45	.004	n.s.	.001
SOZ	0.76	0.82	0.87	0.65	0.64	0.81	0.28	0.35	.001	n.s.	.003
DPR	0.92	0.83	0.76	0.65	0.64	0.74	0.34	0.45	.001	n.s.	n.s.
ANX	0.58	0.85	0.59	0.60	0.50	0.69	0.25	0.31	.009	n.s.	n.s.
AGG	0.45	0.67	0.79	0.64	0.57	0.75	0.27	0.41	.005	n.s.	.001
PHO	0.32	0.70	0.27	0.61	0.33	0.52	0.12	0.31	n.s.	n.s.	n.s.
PAR	0.73	0.83	1.00	0.74	0.64	0.71	0.37	0.43	.001	n.s.	.001
PSY	0.53	0.68	0.58	0.62	0.49	0.63	0.20	0.38	.004	n.s.	.017
GSI	0.66	0.68	0.69	0.56	0.57	0.64	0.30	0.36	.001	n.s.	.012

3.2.2 Bereitschaft zu aggressiven Verhaltensweisen

Die Bereitschaft zu aggressiven Verhaltensweisen wurde mittels des Fragebogens zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren (FAF) erfasst. Es liegen für die Gesamtgruppe (N = 64) vollständige Datensätze vor.

3.2.2.1 Ergebnisse des FAF für die Gesamtpatientengruppe

Es zeigte sich dass mit Ausnahme des Faktors 5 (Aggressionshemmung) und der Kontrollskala Offenheit, alle Veränderungen der Mittelwerte signifikant waren. Die Patienten gaben eine gesunkene Bereitschaft für fast alle erfassten aggressiven Verhaltensstile an (vgl. Tabelle 16).

Tabelle 16 Skalenwerte des FAF vor Beginn und nach Ende der Dialektisch-Behavioralen/Integrativ-Behavioralen Therapie (DBT/IBT) für 64 Patienten aus den Maßregelvollzugseinrichtungen Bedburg-Hau, Schloss Haldem, Eickelborn (Projekt I und II) und Moringen (Erhebungszeitraum 2003 bis 2010)

DBT:	Dialektisch-Behaviorale Therapie	FAF:	Fragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren
IBT:	Integrativ-Behaviorale Therapie	Faktor 1:	Skala 1 des FAF spontane Aggressionen
N:	Anzahl der Patienten	Faktor 2:	Skala 2 des FAF reaktive Aggressionen
MW:	Mittelwert	Faktor 3:	Skala 3 des FAF Erregbarkeit
SD:	Standardabweichung	∑:	Summe Faktor 1 bis Faktor 3
t:	Prüfgröße mit Freiheitsgraden	Faktor 4:	Skala 4 des FAF Selbstaggression bzw. Depressionen
Sign.:	Signifikanz	Faktor 5:	Skala 5 des FAF Aggressionshemmung
p:	Signifikanzwert (t-Test)	KS	Kontrollskala Offenheitswerte
n.s.:	nicht signifikant		
ES:	Effektstärke		
d:	Effektstärkemaß Cohens´s *d*		

Signifikanzniveau p < .05, zweiseitig.

Skalen FAF	**vor Beginn DBT/IBT (N = 64)**		**nach Ende DBT/IBT (N = 64)**		**Prüfgröße**	**Sign.**	**ES**
	MW	**SD**	**MW**	**SD**	**t (63)**	**p**	**d**
Faktor 1	4.56	3.58	3.67	3.01	2.78	.007	0.27
Faktor 2	3.69	3.01	2.73	2.54	3.21	.002	0.34
Faktor 3	6.59	3.67	5.88	3.75	2.17	.034	0.19
∑	14.84	8.92	12.28	8.18	3.64	.001	0.30
Faktor 4	5.88	2.81	4.78	2.95	3.87	.001	0.38
Faktor 5	5.61	2.09	5.80	2.55	0.64	n.s.	0.08
KS	4.95	1.84	4.72	2.27	0.98	n.s.	-0.11

3.2.2.2 Ergebnisse des FAF für Frauen und Männer

Bei den Frauen erwies sich einzig die Verringerung der berichteten Selbstaggression/Depression (Faktor 4) als signifikant mit moderater Effektstärke. Für den Bereich Aggressionshemmung (Faktor 5) ist diese Veränderung, obgleich nicht signifikant, auch als inhaltlich bedeutsam einzustufen, da sie eine Effektstärke von d = 0.63 aufweist (vgl. Tabelle 17).

Tabelle 17 Skalenwerte des FAF vor Beginn und nach Ende der Dialektisch-Behavioralen/Integrativ-Behavioralen Therapie (DBT/IBT) für 14 Frauen der Maßregelvollzugseinrichtungen Bedburg-Hau, Eickelborn (Projekt I und II) und Moringen (Erhebungszeitraum 2003 bis 2010)

DBT:	Dialektisch-Behaviorale Therapie	FAF:	Fragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren
IBT:	Integrativ-Behaviorale Therapie	Faktor 1:	Skala 1 des FAF spontane Aggressionen
n:	Gruppengröße Teilstichprobe	Faktor 2:	Skala 2 des FAF reaktive Aggressionen
MW:	Mittelwert	Faktor 3:	Skala 3 des FAF Erregbarkeit
SD:	Standardabweichung	∑:	Summe Faktor 1 bis Faktor 3
t:	Prüfgröße mit Freiheitsgraden	Faktor 4:	Skala 4 des FAF Selbstaggressionen bzw. Depressionen
Sign.:	Signifikanz	Faktor 5:	Skala 5 des FAF Aggressionshemmung
p:	Signifikanzwert (t-Test)	KS:	Kontrollskala Offenheitswerte
n.s.:	nicht signifikant		
ES:	Effektstärke		
d:	Effektstärkemaß Cohen´s *d*		

Signifikanzniveau p < .05, zweiseitig.

Skalen FAF	**Frauen vor Beginn DBT/IBT (n = 14)**		**Frauen nach Ende DBT/IBT (n = 14)**		**Prüfgröße**	**Sign.**	**ES**
	MW	**SD**	**MW**	**SD**	**t (13)**	**p**	**d**
Faktor 1	6.86	5.27	5.00	3.80	1.96	n.s.	0.40
Faktor 2	5.79	2.72	5.00	2.18	1.13	n.s.	0.32
Faktor 3	7.21	3.92	7.50	3.71	-0.31	n.s.	0.08
∑	19.86	10.70	17.50	8.65	1.24	n.s.	0.24
Faktor 4	7.93	2.09	6.36	2.79	2.24	.043	0.64
Faktor 5	5.62	2.50	7.15	2.34	1.61	n.s.	0.63
KS	5.64	1.29	4.93	2.24	-1.47	n.s.	0.38

Bei den Männern bildeten sich die positiven Veränderungen statistisch klarer ab: In den Bereichen der reaktiven Aggression (Faktor 2), Erregbarkeit (Faktor 3) sowie Selbstaggression/Depression (Faktor 4) lagen die Mittelwerte nach Therapieende signifikant

unter den Anfangswerten. Folglich war auch der Summenwert der Aggression (∑) zum Post-Messzeitpunkt signifikant gesunken (vgl. Tabelle 21).

Tabelle 18 Skalenwerte des FAF vor Beginn und nach Ende der Dialektisch-Behavioralen/Integrativ-Behavioralen Therapie (DBT/IBT) für 50 Männer der Maßregelvollzugseinrichtungen Bedburg-Hau, Schloss Haldem, Eickelborn (Projekt I und II) und Moringen (Erhebungszeitraum 2003 bis 2010)

DBT:	Dialektisch-Behaviorale Therapie	FAF:	Fragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren
IBT:	Integrativ-Behaviorale Therapie	Faktor 1:	Skala 1 des FAF spontane Aggressionen
n:	Gruppengröße Teilstichprobe	Faktor 2:	Skala 2 des FAF reaktive Aggressionen
MW:	Mittelwert	Faktor 3:	Skala 3 des FAF Erregbarkeit
SD:	Standardabweichung	∑:	Summe Faktor 1 bis Faktor 3
t:	Prüfgröße mit Freiheitsgraden	Faktor 4:	Skala 4 des FAF Selbstaggressionen bzw. Depressionen
Sign.:	Signifikanz	Faktor 5:	Skala 5 des FAF Aggressionshemmung
p:	Signifikanzwert (t-Test)	KS:	Kontrollskala Offenheitswerte
n.s.:	nicht signifikant	d:	Effektstärkemaß Cohen´s *d*
ES:	Effektstärke		

Signifikanzniveau $p < .05$, zweiseitig.

Skalen FAF	**Männer vor Beginn DBT/IBT (n = 50)**		**Männer nach Ende DBT/IBT (n = 50)**		**Prüfgröße**	**Sign.**	**ES**
	MW	**SD**	**MW**	**SD**	**t (49)**	**p**	**d**
Faktor 1	3.92	2.67	3.30	2.67	2.01	n.s.	0.23
Faktor 2	3.10	2.83	2.10	2.27	3.04	.004	0.39
Faktor 3	6.42	3.62	5.42	3.67	2.99	.004	0.27
∑	13.44	7.92	10.82	7.49	3.55	.001	0.34
Faktor 4	5.30	2.73	4.34	2.86	3.15	.003	0.34
Faktor 5	5.68	1.95	5.52	2.48	0.59	n.s.	0.07
KS	4.76	1.91	4.66	2.30	0.36	n.s.	-0.05

Die Varianzanalysen bestätigten, dass zwischen Männer und Frauen hinsichtlich spontaner Aggressivität (Faktor 1), reaktiver Aggressivität (Faktor 2), Depressivität (Faktor 4) und folglich des Summenwertes (Skala ∑) statistisch relevante Unterschiede bestehen (Gruppenvergleich, vgl. Tabelle 19).

Die Messwiederholung zeigte für spontane Aggression (Faktor 1), reaktive Aggression (Faktor 2), den Aggressionssummenwert (Skala ∑) sowie Selbstaggression (Faktor 4) einen signifikanten Rückgang aggressiver Tendenzen. Bezüglich der Frage eines ge-

schlechtsspezifischen Wirkens der Therapie zeigte sich lediglich für den Bereich der Aggressionshemmung (Faktor 5) ein signifikanter Effekt mit mittlerer Effektstärke. Die Frauen gaben zum Post-Messzeitpunkt einen Anstieg der Hemmung aggressive Phantasien auszuleben an, die Männer gaben hingegen eine leicht gesunkene Aggressionshemmung an (vgl. Tabelle 19).

Tabelle 19 Skalenwerte des FAF vor Beginn und nach Ende der Teilnahme an der Dialektisch-Behavioralen/Integrativ-Behavioralen Therapie (DBT/IBT), für Frauen und Männer der Maßregelvollzugseinrichtungen Bedburg-Hau, Schloss Haldem, Eickelborn (Projekt I und II) und Moringen (Erhebungszeitraum 2003 bis 2010)

DBT:	Dialektisch-Behaviorale Therapie	FAF:	Fragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren
IBT:	Integrativ-Behaviorale Therapie	Faktor1:	Skala 1 des FAF spontane Aggressionen
n:	Gruppengröße Teilstichprobe	Faktor2:	Skala 2 des FAF reaktive Aggressionen
MW:	Mittelwert	Faktor3:	Skala 3 des FAF Erregbarkeit
SD:	Standardabweichung	∑:	Summe Faktor 1 bis Faktor 3
p:	Signifikanzwert (ANOVA)	Faktor4:	Skala 4 des FAF Selbstaggressionen bzw. Depressionen
MWH:	Messwiederholung	Faktor5:	Skala 5 des FAF Aggressionshemmung
GV:	Gruppenvergleich	KS	Kontrollskala Offenheitswerte
WW:	Wechselwirkung	n.s.	nicht signifikant

Signifikanzniveau $p < .05$, zweiseitig.

FAF	Vor Beginn DBT/IBT				Nach Ende DBT/IBT				p		
	Frauen (n = 14)		Männer (n = 50)		Frauen (n = 14)		Männer (n = 50)		MWH	GV	WW
	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD			
Faktor 1	6.86	5.27	3.92	2.67	5.00	3.80	3.30	2.67	.002	.011	n.s.
Faktor 2	5.79	2.72	3.10	2.83	5.00	2.18	2.10	2.27	.016	.001	n.s.
Faktor 3	7.21	3.92	6.42	3.62	7.50	3.71	5.42	3.67	n.s.	n.s.	n.s.
∑	19.86	10.70	13.44	7.92	17.50	8.65	10.82	7.49	.005	.006	n.s.
Faktor 4	7.93	2.09	5.30	2.73	6.36	2.79	4.34	2.86	.001	.003	n.s.
Faktor 5	5.62	2.50	5.68	1.95	7.15	2.34	5.52	2.48	n.s.	n.s.	.021
KS	4.93	2.23	4.66	2.30	5.64	1.39	4.76	1.19	n.s.	n.s.	n.s.

3.2.2.3 Ergebnisse des FAF für § 63 StGB- und § 64 StGB-Patienten

Bei den § 63 StGB Patienten zeigte der Prä-Post-Vergleich, dass sich die Mittelwerte der Skalen für reaktive Aggression (Faktor 2) sowie Selbstaggression/Depression (Faktor 4) signifikant positiv verändert haben. Die Effektstärke war klein. Der Aggressionssummenwert (∑) verkleinerte sich ebenfalls signifikant (vgl. Tabelle 20).

Tabelle 20 Skalenwerte des FAF vor Beginn und nach Ende der Dialektisch-Behavioralen/Integrativ-Behavioralen Therapie (DBT/IBT) für 44 nach § 63 StGB untergebrachte Patienten der Maßregelvollzugseinrichtungen Bedburg-Hau, Schloss Haldem, Eickelborn (Projekt I und II) und Moringen (Erhebungszeitraum 2003 bis 2010)

DBT:	Dialektisch-Behaviorale Therapie	FAF:	Fragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren
IBT:	Integrativ-Behaviorale Therapie	Faktor 1:	Skala 1 des FAF spontane Aggressionen
n:	Gruppengröße Teilstichprobe	Faktor 2:	Skala 2 des FAF reaktive Aggressionen
MW:	Mittelwert	Faktor 3:	Skala 3 des FAF Erregbarkeit
SD:	Standardabweichung	∑:	Summe Faktor 1 bis Faktor 3
t:	Prüfgröße mit Freiheitsgraden	Faktor 4:	Skala 4 des FAF Selbstaggressionen bzw. Depressionen
Sign.:	Signifikanz	Faktor 5:	Skala 5 des FAF Aggressionshemmung
p:	Signifikanzwert (t-Test)	KS	Kontrollskala Offenheitswerte
n.s.:	nicht signifikant	StGB	Strafgesetzbuch
ES:	Effektstärke	§ 63 StGB:	Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus
d:	Effektstärkemaß Cohen´s *d*		

Signifikanzniveau p < .05, zweiseitig.

Skalen FAF	Patienten § 63 StGB vor Beginn DBT/IBT (n = 44)		Patienten § 63 StGB nach Ende DBT/IBT (n = 44)		Prüfgröße	Sign.	ES
	MW	SD	MW	SD	t (43)	p	d
Faktor 1	4.84	3.83	4.07	3.35	1.85	n.s.	0.21
Faktor 2	3.93	3.05	3.14	2.53	2.22	.032	0.28
Faktor 3	6.77	3.49	6.27	3.89	1.29	n.s.	0.14
∑	15.55	8.98	13.48	8.55	2.47	.017	0.24
Faktor 4	6.45	2.61	5.48	2.75	2.54	.015	0.36
Faktor 5	5.84	1.87	6.30	2.39	1.19	n.s.	0.21
KS	5.20	1.69	4.98	2.20	0.89	n.s.	-0.11

Bei den 64 StGB Patienten zeigte sich für die Faktoren spontane Aggression (Faktor 1), reaktive Aggression (Faktor 2), Selbstaggression/Depression (Faktor 4) und den Aggressionssummenwert (∑) eine signifikante Verbesserung mit fast mittleren Effektstärken (vgl. Tabelle 21).

Des Weiteren schilderten sich die Patienten nach Therapieende als nicht mehr so affizierbar durch die Affekte von anderen (Faktor 3 Erregbarkeit). Diese Veränderung blieb jedoch jenseits eines signifikanten Niveaus, die Effektstärke mit einem *d* von 0.32 ist im kleinen Bereich (vgl. Tabelle 21).

Tabelle 21 Skalenwerte des FAF vor Beginn und nach Ende der Integrativ-Behavioralen Therapie (IBT) für 20 nach § 64 StGB untergebrachte Patienten der Maßregelvollzugseinrichtung Schloss Haldem (Erhebungszeitraum 2007 bis 2010)

IBT:	Integrativ-Behaviorale Therapie	FAF:	Fragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren
n:	Gruppengröße Teilstichprobe	Faktor 1:	Skala 1 des FAF spontane Aggressionen
MW:	Mittelwert	Faktor 2:	Skala 2 des FAF reaktive Aggressionen“
SD:	Standardabweichung	Faktor 3:	Skala 3 des FAF Erregbarkeit
t:	Prüfgröße mit Freiheitsgraden	∑:	Summe Faktor 1 bis Faktor 3
Sign.:	Signifikanz	Faktor 4:	Skala 4 des FAF Selbstaggressionen bzw. Depressionen
p:	Signifikanzwert (t-Test)	Faktor 5:	Skala 5 des FAF Aggressionshemmung
n.s.:	nicht signifikant	KS	Kontrollskala Offenheitswerte
ES:	Effektstärke	StGB	Strafgesetzbuch
d:	Effektstärkemaß Cohen´s *d*	§ 64 StGB:	Unterbringung in einer Entziehungsanstalt

Signifikanzniveau $p < .05$, zweiseitig.

Skalen FAF	**Patienten § 64 StGB vor Beginn der IBT (n = 20)**		**Patienten § 64 StGB nach Ende der IBT (n = 20)**		**Prüfgröße**	**Sign.**	**ES**
	MW	**SD**	**MW**	**SD**	**t (19)**	**p**	**d**
Faktor 1	3.95	2.92	2.80	1.85	2.47	.023	0.47
Faktor 2	3.15	2.90	1.85	2.39	2.44	.025	0.49
Faktor 3	6.20	4.09	5.00	3.34	1.90	n.s.	0.32
∑	13.30	8.81	9.65	6.76	2.82	.011	0.46
Faktor 4	4.60	2.89	3.25	2.85	4.24	.001	0.47
Faktor 5	5.30	2.40	4.90	2.59	0.95	n.s.	0.16
KS	4.40	2.06	4.15	2.36	0.47	n.s.	-0.11

Die Varianzanalysen wiesen für spontane Aggression (Faktor 1), reaktive Aggression (Faktor 2), Erregbarkeit (Faktor 3), Selbstaggression/Depression (Faktor 4) und für den Summenwert der Aggression (∑) eine signifikant positive Veränderung aus (vgl. Tabelle 22, Messwiederholung).

Für den Faktor 4 - Selbstaggression/Depression – war der Gruppenvergleich positiv. § 64 StGB Patienten zeigten signifikant weniger depressive Züge, Unzufriedenheit oder eine negative Einstellung zum Leben, als § 63 Patienten (vgl. Tabelle 22).

Positive Wechselwirkungseffekte fanden sich hingegen nicht (vgl. Tabelle 22).

Tabelle 22 Skalenwerte des FAF, vor Beginn und nach Ende der der Teilnahme an der Dialektisch-Behavioralen/Integrativ-Behavioralen Therapie (DBT/IBT), für nach § 63 StGB und § 64 StGB in den Maßregelvollzugseinrichtungen Bedburg-Hau, Schloss Haldem, Eickelborn (Projekt I und II) und Moringen

DBT:	Dialektisch-Behaviorale Therapie	FAF:	Fragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren
IBT:	Integrativ-Behaviorale Therapie	Faktor 1:	Skala 1 des FAF spontane Aggressionen
n:	Gruppengröße Teilstichprobe	Faktor 2:	Skala 2 des FAF reaktive Aggressionen
MW:	Mittelwert	Faktor 3:	Skala 3 des FAF Erregbarkeit
SD:	Standardabweichung	∑:	Summe Faktor 1 bis Faktor 3
p:	Signifikanzwert (ANOVA)	Faktor 4:	Skala 4 des FAF Selbstaggressionen bzw. Depressionen
n.s.:	nicht signifikant	Faktor 5:	Skala 5 des FAF Aggressionshemmung
MWH:	Messwiederholung	KS	Kontrollskala Offenheitswerte
GV:	Gruppenvergleich	StGB	Strafgesetzbuch
WW:	Wechselwirkung	§ 64 StGB:	Unterbringung in einer Entziehungsanstalt
		§ 63 StGB:	Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus

Signifikanzniveau $p < .05$, zweiseitig.

FAF	Vor Beginn DBT/IBT				Nach Ende DBT/IBT				p		
	Patienten § 63 StGB (n = 44)		Patienten § 64 StGB (n = 20)		Patienten § 63 StGB (n = 44)		Patienten § 64 StGB (n = 20)		MWH	GV	WW
	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD			
Faktor 1	4.84	3.83	3.95	2.92	4.07	3.35	2.80	1.85	.007	n.s.	n.s.
Faktor 2	3.93	3.05	3.15	2.90	3.14	2.53	1.85	2.39	.002	n.s.	n.s.
Faktor 3	6.77	3.49	6.20	4.09	6.27	3.89	5.00	3.34	.021	n.s.	n.s.
∑	15.55	8.98	13.30	8.81	13.48	8.55	9.65	6.76	.001	n.s.	n.s.
Faktor 4	6.45	2.61	4.60	2.89	5.48	2.75	3.25	2.85	.001	.004	n.s.
Faktor 5	5.84	1.87	5.30	2.40	6.30	2.39	4.90	2.59	n.s.	n.s.	n.s.
KS	5.20	1.69	4.40	2.06	4.98	2.20	4.15	2.36	n.s.	n.s.	n.s.

3.2.3 Beeinträchtigung durch depressive Symptome

Die wahrgenommene Beeinträchtigung durch depressive Symptome wurde mittels Beck-Depressions-Inventar (BDI) erhoben. Es liegen 51 komplette Datensätze vor. Ein Fragebogen konnte bei einer Patientin aus Bedburg-Hau aufgrund von nicht eindeutig beantworteten Fragen, nicht ausgewertet werden. Des Weiteren wurde im ersten Projekt in Eickelborn (Projekt I, Start 2005) das BDI nicht als Erhebungsinstrument eingesetzt. Es fehlten somit ebenfalls die Daten von 12 Patienten (4 Frauen und 8 Männer) aus der Maßregelvollzugseinrichtung Eickelborn.

3.2.3.1 Ergebnisse des BDI für die Gesamtpatientengruppe

Die Angabe der wahrgenommenen Belastung durch depressive Symptome, erfasst über den Summenwert des BDI, lag im Durchschnitt zu beiden Messzeitpunkten unterhalb des kritischen cutt-of-Wertes von 18. Die Veränderung des Summenwertes beim Vergleich vor und nach der Therapie war signifikant, mit mittlerer Effektstärke (vgl. Tabelle 23).

Tabelle 23 Summenmittelwert BDI vor Beginn und nach Ende der Dialektisch-Behavioralen/Integrativ-Behavioralen Therapie (DBT/IBT) für 51 Patienten aus den Maßregelvollzugseinrichtungen Bedburg-Hau, Schloss Haldem, Eickelborn (Projekt II) und Moringen (Erhebungszeitraum 2003 bis 2010)

DBT: Dialektisch-Behaviorale Therapie
IBT: Integrativ-Behaviorale Therapie
N: Anzahl der Patienten
MW: Mittelwert
SD: Standardabweichung
t: Prüfgröße mit Freiheitsgraden
BDI: Beck-Depressions-Inventar
ES: Effektstärke
d: Effektstärkemaß Cohens´s *d*
Sign.: Signifikanz
p: Signifikanzwert (t-Test)

Signifikanzniveau $p < .05$, zweiseitig.

BDI	vor Beginn DBT/IBT (N = 51)		nach Ende DBT/IBT (N = 51)		Prüfgröße	Sign.	ES
	MW	SD	MW	SD	t(50)	p	d
Summenwert	15.31	9.83	9.51	7.64	4.60	.001	0.66

3.2.3.2 Ergebnisse des BDI für Frauen und Männer

Bei den Frauen zeigte der Prä-Post-Vergleich keine signifikante Veränderung. Die Effektstärke lag jedoch – mit einem *d* von 0.70 im moderaten Bereich (vgl. Tabelle 24).

Tabelle 24 Summenmittelwert BDI vor Beginn und nach Ende der Dialektisch-Behavioralen/Integrativ-Behavioralen Therapie (DBT/IBT) für 13 Patientinnen aus den Maßregelvollzugseinrichtungen Bedburg-Hau, Eickelborn (Projekt II) und Moringen (Erhebungszeitraum 2003 bis 2010)

DBT:	Dialektisch-Behaviorale Therapie	BDI:	Beck-Depressions-Inventar
IBT:	Integrativ-Behaviorale Therapie	p:	Signifikanzwert (t-Test)
n:	Gruppengröße Teilstichprobe	n.s.:	nicht signifikant
MW:	Mittelwert	ES:	Effektstärke
SD:	Standardabweichung	d:	Effektstärkemaß Cohen´s *d*
t:	Prüfgröße mit Freiheitsgraden	Sign.:	Signifikanz

Signifikanzniveau p < .05, zweiseitig.

BDI	Frauen vor Beginn DBT/IBT (n = 13)		Frauen nach Ende DBT/IBT (n = 13)		Prüfgröße	Sign.	ES
	MW	SD	MW	SD	t (12)	p	d
Summenwert	23.38	10.18	17.15	6.90	1.84	n.s.	0.70

Bei den Männern zeigte sich, dass der Summenwert sich von einer leichten depressiven Symptomatik derart verkleinerte, dass er nach Therapieende im klinisch unauffälligen Bereich lag. Die Veränderung war signifikant, die Effektstärke groß (vgl. Tabelle 25).

Tabelle 25 Summenmittelwert BDI vor Beginn und nach Ende der Dialektisch-Behavioralen/Integrativ-Behavioralen Therapie (DBT/IBT) für 38 Patienten aus den Maßregelvollzugseinrichtungen Bedburg-Hau, Schloss Haldem und Moringen (Erhebungszeitraum 2003 bis 2010)

DBT:	Dialektisch-Behavioralen Therapie	BDI:	Beck-Depressions-Inventar
IBT:	Integrativ-Behaviorale Therapie	p:	Signifikanzwert (t-Test)
n:	Gruppengröße Teilstichprobe	n.s.:	nicht signifikant
MW:	Mittelwert	ES:	Effektstärke
SD:	Standardabweichung	d:	Effektstärkemaß Cohen´s *d*
t:	Prüfgröße mit Freiheitsgrade	Sign.:	Signifikanz

Signifikanzniveau p < .05, weitseitig.

BDI	Männer vor Beginn DBT/IBT (n = 38)		Männer nach Ende DBT/IBT (n = 38)		Prüfgröße	Sign.	ES
	MW	SD	MW	SD	t (37)	p	d
Summenwert	12.55	8.14	6.89	5.98	4,46	.001	0.80

In den Varianzanalysen fand sich ein signifikanter Gruppenunterschied. Die Gruppe der Frauen erwiesen sich als signifikant stärker durch eine depressive Symptomatik belastet, als die Männergruppe (Gruppenvergleich, vgl. Tabelle 26).

Beim Vergleich vor und nach der Therapie zeigte sich eine signifikante Abnahme des Summenwertes des BDI und damit eine bedeutsame Verringerung der depressiven Symptomatik (Messwiederholung). Die Wechselwirkung hingegen war nicht signifikant (vgl. Tabelle 26).

Tabelle 26 Skalensummenwert des BDI vor Beginn und nach Ende der Teilnahme an der Dialektisch-Behavioralen/Integrativ-Behavioralen Therapie (DBT/IBT), für Frauen und Männer der Maßregelvollzugseinrichtungen Bedburg-Hau, Schloss Haldem, Eickelborn (Projekt II) und Moringen (Erhebungszeitraum 2003 bis 2010)

DBT: Dialektisch-Behaviorale Therapie
IBT: Integrativ-Behaviorale Therapie
n: Gruppengröße Teilstichprobe
MW: Mittelwert
SD: Standardabweichung
p: Signifikanzwert (ANOVA)
n.s.: nicht signifikant

BDI: Beck-Depressions-Inventar
SU: Summenwert der Depression
MWH: Messwiederholung
GV: Gruppenvergleich
WW: Wechselwirkung

Signifikanzniveau $p < .05$, zweiseitig.

BDI	**Vor Beginn DBT/IBT**				**Nach Ende DBT/IBT**				**p**		
	Frauen (n = 13)		**Männer (n = 38)**		**Frauen (n = 13)**		**Männer (n = 38)**		**MWH**	**GV**	**WW**
	MW	**SD**	**MW**	**SD**	**MW**	**SD**	**MW**	**SD**			
SU:	23.38	10.18	12.55	8.14	17.15	6.90	6.89	5.98	.001	.001	n.s.

3.2.3.3 Ergebnisse des BDI für § 63 StGB- und § 64 StGB-Patienten

Der Summenmittelwert der § 63 StGB Patienten nahm beim Prä-Post-Vergleich signifikant mit mittlerer Effektstärke ab. Dabei lagen sowohl Ausgangs- als auch Endwert des BDI im Bereich einer leichten depressiven Symptombelastung (vgl. Tabelle 27).

Tabelle 27 Summenmittelwert BDI vor Beginn und nach Ende der Dialektisch-Behavioralen/Integrativ-Behavioralen Therapie (DBT/IBT) für 31 nach § 63 untergebrachte Patienten aus den Maßregelvollzugseinrichtungen Bedburg-Hau, Schloss Haldem, Eickelborn (Projekt II) und Moringen (Erhebungszeitraum 2003 bis 2010)

DBT:	Dialektisch-Behaviorale Therapie	BDI:	Beck-Depressions-Inventar
IBT:	Integrativ-Behaviorale Therapie	ES:	Effektstärke
n:	Gruppengröße Teilstichprobe	d:	Effektstärkemaß Cohen´s *d*
MW:	Mittelwert	StGB	Strafgesetzbuch
SD:	Standardabweichung	§ 63 StGB:	Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus
t:	Prüfgröße mit Freiheitsgrade		
Sign.	Signifikanz		
p:	Signifikanzwert (t-Test)		

Signifikanzniveau $p < .05$, zweiseitig.

BDI	Patienten § 63 StGB vor Beginn DBT/IBT (n = 31)		Patienten § 63 StGB nach Ende DBT/IBT (n = 31)		Prüfgröße	Sign.	ES
	MW	SD	MW	SD	t(30)	p	d
Summenwert	17.61	10.02	12.48	8.20	2.85	.008	0.56

Der Summenmittelwert für die nach § 64 StGB Untergebrachten befand sich vor Beginn der Therapie am unteren Grenzwert einer leichten depressiven Symptomatik (Werte zwischen 11 und 17), nach Ende der Therapie im klinisch unauffälligen Bereich (Werte < 11). Die positive Veränderung des Summenmittelwertes war statistisch signifikant mit großer Effektstärke (vgl. Tabelle 28).

Tabelle 28 Summenmittelwert BDI vor Beginn und nach Ende der Integrativ-Behavioralen Therapie (IBT) für 20 nach § 64 untergebrachte Patienten aus der Maßregelvollzugseinrichtung Schloss Haldem (Erhebungszeitraum 2007 bis 2010)

IBT:	Integrativ-Behaviorale Therapie	BDI:	Beck-Depressions-Inventar
n:	Gruppengröße Teilstichprobe	ES:	Effektstärke
MW:	Mittelwert	d:	Effektstärkemaß Cohen´s *d*
SD:	Standardabweichung	StGB	Strafgesetzbuch
t:	Prüfgröße mit Freiheitsgraden	§ 64 StGB:	Unterbringung in einer Entziehungsanstalt
Sign.:	Signifikanz		
p:	Signifikanzwert (t-Test)		

Signifikanzniveau $p < .05$, zweiseitig.

BDI	**Patienten § 64 StGB vor Beginn der IBT (n = 20)**		**Patienten § 64 StGB nach Ende der IBT (n = 20)**		**Prüfgröße**	**Sign.**	**ES**
	MW	**SD**	**MW**	**SD**	**t(19)**	**p**	**d**
Summenwert	11.75	8.60	4.90	3.23	4.20	.001	1.06

In der Varianzanalyse zeigte sich ein signifikanter Einfluss des messwiederholten Faktors Zeit (vor Therapiebeginn und nach Therapieende). Die Messwiederholung verweist auf einen signifikanten Symptomrückgang beim Prä-Post-Vergleich des BDI-Summenwertes.

Zugleich erwies sich der Zwischensubjektfaktor (Paragraph der Unterbringung) als bedeutsam: § 63 StGB und § 64 StGB Patienten unterscheiden sich signifikant hinsichtlich des Ausmaßes der depressiven Symptomatik (Gruppenvergleich). Diese ist bei § 64 StGB Patienten maßgeblich geringer ausgeprägt. Die Wechselwirkung hingegen war nicht signifikant (vgl. Tabelle 29).

Tabelle 29 Summenwert des BDI, vor Beginn und nach Ende der der Teilnahme an der Dialektisch-Behavioralen/Integrativ-Behavioralen Therapie (DBT/IBT), für nach § 63 StGB und § 64 StGB in den Maßregelvollzugseinrichtungen Bedburg-Hau, Schloss Haldem, Eickelborn (Projekt II) und Moringen (Erhebungszeitraum 2003 bis 2010)

DBT:	Dialektisch-Behaviorale Therapie	BDI:	Beck-Depressions-Inventar
IBT:	Integrativ-Behaviorale Therapie	SU:	Summenwert der Depression
n:	Gruppengröße Teilstichprobe	StGB	Strafgesetzbuch
MW:	Mittelwert	§ 64 StGB:	Unterbringung in einer Entziehungsanstalt
SD:	Standardabweichung	§ 63 StGB:	Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus
p:	Signifikanzwert (ANOVA)		
n.s.:	nicht signifikant		
MWH:	Messwiederholung		
GV:	Gruppenvergleich		
WW:	Wechselwirkung		

Signifikanzniveau $p < .05$, zweiseitig.

BDI	Vor Beginn DBT/IBT				Nach Ende DBT/IBT				p		
	Patienten § 63 StGB (n = 31)		Patienten § 64 StGB (n = 20)		Patienten § 63 StGB (n = 31)		Patienten § 64 StGB (n = 20)		MWH	GV	WW
	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD			
SU:	17.61	10.01	11.75	8.59	12.48	8.20	4.90	3.22	.001	.001	n.s.

3.2.4 Interpersonelle Schwierigkeiten

Die Bereitschaft zu aggressiven Verhaltensweisen wurde mit dem Fragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren - Deutsche Fassung (IIP-D) erfasst. Das IIP-D wurde nicht in Bedburg-Hau eingesetzt, somit liegen 46 Datensätze vor.

3.2.4.1 Ergebnisse des IIP-D für die Gesamtpatientengruppe

Beim Vergleich der Anfangs- mit den Endwerten zeigte sich für sieben von acht Skalen des IIIP-D sowie für den IIP-Gesamtwert ein signifikanter Unterschied in Richtung einer Problemabnahme. Die Effektstärken lagen im kleinen Bereich (vgl. Tabelle 30).

Tabelle 30 Skalenwerte des IIP vor Beginn und nach Ende der Dialektisch-Behavioralen/Integrativ-Behavioralen Therapie (DBT/IBT) für 46 Patienten aus den Maßregelvollzugseinrichtungen Schloss Haldem, Eickelborn (Projekt I und II) und Moringen (Erhebungszeitraum 2005 bis 2010)

DBT:	Dialektisch-Behaviorale Therapie	IIP-D:	Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme – Deutsche Version
IBT:	Integrativ-Behaviorale Therapie		
N:	Anzahl der Patienten	IIP1:	Skala 1 des IIP-D zu autokratisch/dominant
MW:	Mittelwert	IIP2:	Skala 2 des IIP-D zu streitsüchtig/konkurrierend
SD:	Standardabweichung	IIP3:	Skala 3 des IIP-D zu abweisend/kalt
t:	Prüfgröße mit Freiheitsgrade	IIP4:	Skala 4 des IIP-D zu introvertiert/sozial vermeidend
Sign.:	Signifikanz	IIP5:	Skala 5 des IIP-D zu selbstunsicher/unterwürfig
p:	Signifikanzwert (t-Test)	IIP6:	Skala 6 des IIP-D zu ausnutzbar/nachgiebig
n.s.:	nicht signifikant	IIP7:	Skala 7 des IIP-D zu fürsorglich/freundlich
ES:	Effektstärke	IIP8:	Skala 8 des IIP-D zu expressiv/aufdringlich
d:	Effektstärkemaß Cohen´s *d*		

Signifikanzniveau $p < .05$, zweiseitig.

Skalen IIP-D	vor Beginn DBT/IBT (N = 46)		nach Ende DBT/IBT (N = 46)		Prüfgröße	Sign.	ES
	MW	SD	MW	SD	t(45)	p	d
IIP1	0.98	0.70	0.80	0.70	1.73	.090	0.26
IIP2	1.25	0.76	0.94	0.62	3.41	.001	0.44
IIP3	1.18	0.82	0.87	0.69	3.30	.002	0.41
IIP4	1.23	0.95	0.89	0.70	3.40	.001	0.41
IIP5	1.32	0.86	1.03	0.66	3.14	.003	0.38
IIP6	1.35	0.77	1.08	0.67	3.29	.002	0.39
IIP7	1.57	0.77	1.25	0.80	3.33	.002	0.41
IIP8	1.29	0.71	0.96	0.70	3.55	.001	0.47

3.2.4.2 Ergebnisse des IIP-D für Frauen und Männer

Bei den Frauen zeigte sich, beim Prä-Post-vergleich, dass alle IIP-D Bereiche zwar eine Verkleinerung der Mittelwerte aufwiesen. Diese Verkleinerung war allerdings lediglich für die Skala 8 (zu expressiv/aufdringlich) signifikant. Die Effektstärke war groß. Ebenfalls fast große Effektstärken wiesen die therapeutisch erwünschten Veränderungen in den Bereichen der Skalen 5 (selbstunsicher/unterwürfig) und 6 (ausnutzbar/nachgiebig) auf (vgl. Tabelle 31).

Tabelle 31 Skalenwerte des IIP-D vor Beginn und nach Ende der Dialektisch-Behavioralen/Integrativ-Behavioralen Therapie (DBT/IBT) für 8 Frauen aus den Maßregelvollzugseinrichtungen Eickelborn (Projekt II) und Moringen (Erhebungszeitraum 2007 bis 2010)

DBT: Dialektisch-Behaviorale Therapie
IBT: Integrativ-Behaviorale Therapie
n: Gruppengröße Teilstichprobe
MW: Mittelwert
SD: Standardabweichung
t: Prüfgröße mit Freiheitsgrade
Sign.: Signifikanz
p: Signifikanzwert (t-Test)
n.s.: nicht signifikant
ES: Effektstärke
d: Effektstärkemaß Cohen´s *d*

IIP-D Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme – Deutsche Version
IIP1: Skala 1 des IIP-D zu autokratisch/dominant
IIP2: Skala 2 des IIP-D zu streitsüchtig/konkurrierend
IIP3: Skala 3 des IIP-D zu abweisend/kalt
IIP4: Skala 4 des IIP-D zu introvertiert/sozial vermeidend
IIP5: Skala 5 des IIP-D zu selbstunsicher/unterwürfig
IIP6: Skala 6 des IIP-D zu ausnutzbar/nachgiebig
IIP7: Skala 7 des IIP-D zu fürsorglich/freundlich
IIP8: Skala 8 des IIP-D zu expressiv/aufdringlich

Signifikanzniveau $p < .05$, zweiseitig.

Skalen IIP-D	Frauen vor Beginn DBT/ IBT (n = 8)		Frauen nach Ende DBT/IBT (n = 8)		Prüfgröße	Sign.	ES
	MW	SD	MW	SD	t(7)	p	d
IIP1	1.58	0.76	1.31	0.63	0.84	n.s.	0.38
IIP2	1.81	0.85	1.45	0.63	2.04	n.s.	0.48
IIP3	1.61	0.84	1.55	0.52	0.26	n.s.	0.09
IIP4	1.86	0.87	1.52	0.47	2.11	n.s.	0.49
IIP5	2.31	0.84	1.78	0.44	1.88	n.s.	0.79
IIP6	2.20	0.69	1.77	0.54	2.32	n.s.	0.71
IIP7	2.28	0.56	1.95	0.77	1.11	n.s.	0.49
IIP8	1.88	0.62	1.34	0.66	3.76	.007	0.83

Bei den Männern zeigte sich, dass die Mittelwerteveränderung durchweg signifikant mit kleinen und mittleren Effektstärken war. Für den Rückgang von expressivem oder auf-

dringlichem Verhalten (IIP8) sogar mit großer Effektstärke. Im Hinblick auf eine verbesserte Fähigkeit Zuneigung auszudrücken bzw. sich von anderen nicht zu sehr zu distanzieren, weist die Mittelwerteveränderung der Skala 3 eine signifikante Veränderung aus. Bei einer Effektstärke von d = 0.09 ist diese jedoch inhaltlich als nicht bedeutsam zu werten (vgl. Tabelle 32).

Tabelle 32 Skalenwerte des IIP-D vor Beginn und nach Ende der Dialektisch-Behavioralen/Integrativ-Behavioralen Therapie (DBT/IBT) für 38 Männer aus den Maßregelvollzugseinrichtungen Schloss Haldem, Eickelborn (Projekt I) und Moringen (Erhebungszeitraum 2005 bis 2010)

DBT: Dialektisch-Behaviorale Therapie
IBT: Integrativ-Behaviorale Therapie
n: Gruppengröße Teilstichprobe
MW: Mittelwert
SD: Standardabweichung
t: Prüfgröße mit Freiheitsgrade
Sign.: Signifikanz
p: Signifikanzwert (t-Test)
n.s.: nicht signifikant
ES: Effektstärke
d: Effektstärkemaß Cohen´s *d*

IIP-D Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme – Deutsche Version
IIP1: Skala 1 des IIP-D zu autokratisch/dominant
IIP2: Skala 2 des IIP-D zu streitsüchtig/konkurrierend
IIP3: Skala 3 des IIP-D zu abweisend/kalt
IIP4: Skala 4 des IIP-D zu introvertiert/sozial vermeidend
IIP5: Skala 5 des IIP-D zu selbstunsicher/unterwürfig
IIP6: Skala 6 des IIP-D zu ausnutzbar/nachgiebig
IIP7: Skala 7 des IIP-D zu fürsorglich/freundlich
IIP8: Skala 8 des IIP-D zu expressiv/aufdringlich

Signifikanzniveau p < .05, zweiseitig.

Skalen IIP-D	**Männer vor Beginn DBT/IBT (n = 38)**		**Männer nach Ende DBT/IBT (n = 38)**		**Prüfgröße**	**Sign.**	**ES**
	MW	**SD**	**MW**	**SD**	**t(37)**	**p**	**d**
IIP1	0.86	0.62	0.69	0.67	1.48	n.s.	0.38
IIP2	1.13	0.69	0.84	0.57	2.86	.007	0.48
IIP3	1.09	0.80	0.73	0.64	3.59	.001	0.09
IIP4	1.10	0.93	0.76	0.67	2.91	.006	0.49
IIP5	1.11	0.72	0.87	0.59	2.52	.016	0.79
IIP6	1.17	0.66	0.93	0.61	2.59	.014	0.71
IIP7	1.42	0.73	1.10	0.73	3.16	.003	0.49
IIP8	1.17	0.68	0.88	0.69	2.66	.011	0.83

In den Varianzanalysen konnten signifikante Geschlechtsunterschiede nachgewiesen werden. Die Frauen berichten für alle zwischenmenschlichen Bereiche, die das IIP-D erfasst, signifikant mehr Schwierigkeiten, als die Männer. Die Mittelwerte der Frauen

liegen durchweg über denen der Männer. Der Gruppenvergleich war für alle Skalen signifikant (vgl. Tabelle 33).

In den Messwiederholungen fanden sich für sechs der acht Bereiche signifikante Unterschiede beim Vergleich vor und nach Therapieteilnahme. Die Prä-Messwerte lagen erfreulicherweise unter denen der Post-Messwerte. Die fehlende Signifikanz der überprüften Wechselwirkungseffekte zeigte an, dass die DBT/IBT nicht selektiv wirkte (vgl. Tabelle 33).

Tabelle 33 Skalenwerte des IIP-D vor Beginn und nach Ende der Teilnahme an der Dialektisch-Behavioralen/Integrativ-Behavioralen Therapie (DBT/IBT), für Frauen und Männer der Maßregelvollzugseinrichtungen Schloss Haldem, Eickelborn (Projekt I und II) und Moringen (Erhebungszeitraum 2005 bis 2010)

DBT:	Dialektisch-Behaviorale Therapie	IIP-D:	Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme – Deutsche Version
IBT:	Integrativ-Behaviorale Therapie		
n:	Gruppengröße Teilstichprobe	IIP1:	Skala 1 des IIP-D zu autokratisch/dominant
MW:	Mittelwert	IIP2:	Skala 2 des IIP-D zu streitsüchtig/konkurrierend
SD:	Standardabweichung	IIP3:	Skala 3 des IIP-D zu abweisend/kalt
p:	Signifikanzwert (ANOVA)	IIP4:	Skala 4 des IIP-D zu introvertiert/sozial vermeidend
n.s.:	nicht signifikant	IIP5:	Skala 5 des IIP-D zu selbstunsicher/unterwürfig
MWH:	Messwiederholung	IIP6:	Skala 6 des IIP-D zu ausnutzbar/nachgiebig
GV:	Gruppenvergleich	IIP7:	Skala 7 des IIP-D zu fürsorglich/freundlich
WW:	Wechselwirkung	IIP8:	Skala 8 des IIP-D zu expressiv/aufdringlich

Signifikanzniveau $p < .05$, zweiseitig.

IIP-D	Vor Beginn DBT/IBT				Nach Ende DBT/IBT				p		
	Frauen (n = 8)		Männer (n = 38)		Frauen (n = 8)		Männer (n = 38)		MWH	GV	WW
	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD			
IIP1	1.58	0.76	0.86	0.62	1.31	0.63	0.69	0.67	n.s.	.003	n.s.
IIP2	1.81	0.85	1.13	0.69	1.45	0.63	0.84	0.57	.009	.006	n.s.
IIP3	1.61	0.84	1.09	0.80	1.55	0.52	0.73	0.64	.092	.011	n.s.
IIP4	1.86	0.87	1.10	0.93	1.52	0.47	0.76	0.67	.014	.009	n.s.
IIP5	2.31	0.84	1.11	0.72	1.78	0.44	0.87	0.59	.003	.001	n.s.
IIP6	2.20	0.69	1.17	0.66	1.77	0.54	0.93	0.61	.004	.001	n.s.
IIP7	2.28	0.56	1.42	0.73	1.95	0.77	1.10	0.73	.016	.001	n.s.
IIP8	1.88	0.62	1.17	0.68	1.34	0.66	0.88	0.69	.002	.016	n.s.

3.2.4.3 Ergebnisse des IIP-D für § 63 StGB- und § 64 StGB-Patienten

Bei den § 63 StGB Patienten zeigte sich für vier (IIP5, IIP6, IIP7, IIP8) der acht Skalen eine signifikante Abnahme der Mittelwerte, mit kleinen Effektstärken. Die Abnahmen der Mittelwerte der übrigen vier Skalen war hingegen nicht signifikant (vgl. Tabelle 34).

Tabelle 34 Skalenwerte des IIP-D vor Beginn und nach Ende der Dialektisch-Behavioralen/Integrativ-Behavioralen Therapie (DBT/IBT) für 26 nach § 63 StGB untergebrachten Patienten aus den Maßregelvollzugseinrichtungen Schloss Haldem, Eickelborn (Projekt I und II) und Moringen (Erhebungszeitraum 2005 bis 2010)

DBT:	Dialektisch-Behaviorale Therapie	IIP-D:	Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme – Deutsche Version -
IBT:	Integrativ-Behaviorale Therapie		
n:	Gruppengröße Teilstichprobe	IIP1:	Skala 1 des IIP-D zu autokratisch/dominant
MW:	Mittelwert	IIP2:	Skala 2 des IIP-D zu streitsüchtig/konkurrierend
SD:	Standardabweichung	IIP3:	Skala 3 des IIP-D zu abweisend/kalt
t:	Prüfgröße mit Freiheitsgrade	IIP4:	Skala 4 des IIP-D zu introvertiert/sozial vermeidend
Sign.:	Signifikanz	IIP5:	Skala 5 des IIP-D zu selbstunsicher/unterwürfig
p:	Signifikanzwert (t-Test)	IIP6:	Skala 6 des IIP-D zu ausnutzbar/nachgiebig
n.s.:	nicht signifikant	IIP7:	Skala 7 des IIP-D zu fürsorglich/freundlich
ES:	Effektstärke	IIP8:	Skala 8 des IIP-D zu expressiv/aufdringlich
d:	Effektstärkemaß Cohen´s *d*	StGB	Strafgesetzbuch
§ 63 StGB:	Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus		

Signifikanzniveau $p < .05$, zweiseitig.

Skalen IIP-D	Patienten § 63 StGB vor Beginn DBT/IBT (n = 26)		Patienten § 63 StGB nach Ende DBT/IBT (n = 26)		Prüfgröße	Sign.	ES
	MW	SD	MW	SD	t(25)	p	d
IIP1	1.04	0.75	0.99	0.75	0.34	n.s.	0.07
IIP2	1.24	0.82	0.99	0.64	2.05	n.s.	0.34
IIP3	1.15	0.79	0.96	0.68	1.52	n.s.	0.26
IIP4	1.26	0.87	0.99	0.64	2.01	n.s.	0.35
IIP5	1.50	0.88	1.19	0.64	2.23	.035	0.41
IIP6	1.54	0.79	1.23	0.70	2.64	.014	0.41
IIP7	1.79	0.75	1.42	0.83	2.56	.017	0.48
IIP8	1.45	0.66	1.16	0.74	2.30	.030	0.41

Bei den § 64 StGB Patienten fanden sich beim Prä-Post-Vergleich, mit Ausnahme der Skala 6 (zu ausnutzbar/nachgiebig), signifikante Veränderungen in eine therapeutisch

indizierte Richtung einer Problemreduzierung. Diese Verbesserungen wiesen für die Bereiche zu autokratisch/dominant (IIP1), zu streitsüchtig/konkurrierend (IIP2), zu abweisend/kalt (IIP3) und zu expressiv/aufdringlich (IIP8) mittlere Effektstärken auf (vgl. Tabelle 35).

Tabelle 35 Skalenwerte des IIP-D vor Beginn und nach Ende der Integrativ-Behavioralen Therapie (IBT) für 20 nach § 64 StGB untergebrachte Patienten aus der Maßregelvollzugseinrichtung Schloss Haldem (Erhebungszeitraum 2007 bis 2010)

IBT: Integrativ-Behaviorale Therapie
n: Gruppengröße Teilstichprobe
MW: Mittelwert
SD: Standardabweichung
t: Prüfgröße mit Freiheitsgrade
Sign.: Signifikanz
p: Signifikanzwert (t-Test)
ES: Effektstärke
d: Effektstärkemaß Cohen´s *d*
StGB: Strafgesetzbuch
§ 64 StGB: Unterbringung in einer Entziehungsanstalt
IIP-D: Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme – Deutsche Version -
IIP1: Skala 1 des IIP-D zu autokratisch/dominant
IIP2: Skala 2 des IIP-D zu streitsüchtig/konkurrierend
IIP3: Skala 3 des IIP-D zu abweisend/kalt
IIP4: Skala 4 des IIP-D zu introvertiert/sozial vermeidend
IIP5: Skala 5 des IIP-D zu selbstunsicher/unterwürfig
IIP6: Skala 6 des IIP-D zu ausnutzbar/nachgiebig
IIP7: Skala 7 des IIP-D zu fürsorglich/freundlich
IIP8: Skala 8 des IIP-D zu expressiv/aufdringlich

Signifikanzniveau $p < .05$, zweiseitig.

Skalen IIP-D	**Patienten § 64 StGB vor Beginn der IBT (n = 20)**		**Patienten § 64 StGB nach Ende der IBT (n = 20)**		**Prüfgröße**	**Sign.**	**ES**
	MW	**SD**	**MW**	**SD**	**t(19)**	**p**	**d**
IIP1	0.91	0.64	0.56	0.56	2.89	.009	0.57
IIP2	1.26	0.68	0.89	0.61	2.84	.010	0.58
IIP3	1.23	0.88	0.76	0.70	3.34	.003	0.59
IIP4	1.19	1.07	0.76	0.77	2.86	.010	0.47
IIP5	1.08	0.80	0.82	0.64	2.30	.033	0.36
IIP6	1.11	0.69	0.88	0.59	1.93	n.s.	0.37
IIP7	1.28	0.71	1.03	0.72	2.15	.045	0.35
IIP8	1.09	0.75	0.71	0.56	2.72	.014	0.58

Der Gruppenvergleich der Varianzanalysen bestätigte, dass für die Skalen IIP7 (zu fürsorglich/freundlich) und IIP8 (zu expressiv/aufdringlich) aber auch für die Skala IIP6 (zu ausnutzbar/nachgiebig) die § 64 StGB Patienten signifikant weniger zwischenmenschliche Probleme berichteten, als die § 63 StGB Patienten.

Die Messwiederholung wies für sieben von acht Skalen (Skala IIP2 bis Skala IIP8) signifikante Unterschiede auf. Signifikante Wechselwirkungseffekte fanden sich nicht in den Varianzanalysen nicht (vgl. Tabelle 36).

Tabelle 36 Skalenwerte des IIP-D, vor Beginn und nach Ende der Teilnahme an der Dialektisch-Behavioralen/Integrativ-Behavioralen Therapie (DBT/IBT), für nach § 63 StGB und § 64 StGB, in den Maßregelvollzugseinrichtungen Schloss Haldem, Eickelborn (Projekt I und II) und Moringen, untergebrachte Patienten (Erhebungszeitraum 2005 bis 2010)

DBT: Dialektisch-Behaviorale Therapie
IBT: Integrativ-Behaviorale Therapie
n: Gruppengröße Teilstichprobe
MW: Mittelwert
SD: Standardabweichung
p: Signifikanzwert (ANOVA)
n.s.: nicht signifikant
MWH: Messwiederholung
GV: Gruppenvergleich
WW: Wechselwirkung
StGB: Strafgesetzbuch
§ 63 StGB: Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus
§ 64 StGB: Unterbringung in einer Entziehungsanstalt

IIP-D: Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme – Deutsche Version -
IIP1: Skala 1 des IIP-D zu autokratisch/dominant
IIP2: Skala 2 des IIP-D zu streitsüchtig/konkurrierend
IIP3: Skala 3 des IIP-D zu abweisend/kalt
IIP4: Skala 4 des IIP-D zu introvertiert/sozial vermeidend
IIP5: Skala 5 des IIP-D zu selbstunsicher/unterwürfig
IIP6: Skala 6 des IIP-D zu ausnutzbar/nachgiebig
IIP7: Skala 7 des IIP-D zu fürsorglich/freundlich
IIP8: Skala 8 des IIP-D zu expressiv/aufdringlich

Signifikanzniveau $p < .05$, zweiseitig.

IIP-D	Vor Beginn DBT/IBT				Nach Ende DBT/IBT				p		
	Patienten § 63 StGB (n = 26)		Patienten § 64 StGB (n = 20)		Patienten § 63 StGB (n = 26)		Patienten § 64 StGB (n = 20)		MWH	GV	WW
	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD			
IIP1	1.04	0.75	0.91	0.64	0.99	0.75	0.56	0.56	n.s.	n.s.	n.s.
IIP2	1.24	0.82	1.26	0.68	0.99	0.64	0.89	0.61	.001	n.s.	n.s.
IIP3	1.15	0.79	1.23	0.88	0.96	0.68	0.76	0.70	.001	n.s.	n.s.
IIP4	1.26	0.87	1.19	1.07	0.99	0.64	0.76	0.77	.001	n.s.	n.s.
IIP5	1.50	0.88	1.08	0.80	1.19	0.64	0.82	0.64	.004	n.s.	n.s.
IIP6	1.54	0.79	1.11	0.69	1.23	0.70	0.88	0.59	.003	.046	n.s.
IIP7	1.79	0.75	1.28	0.71	1.42	0.83	1.03	0.72	.002	.033	n.s.
IIP8	1.45	0.66	1.09	0.75	1.16	0.74	0.71	0.56	.001	.029	n.s.

4 Diskussion

Im Nachfolgenden werden die unter 1.2.4 aufgestellten Hypothesen und die zu ihrer Beantwortung gefundenen Ergebnisse unter Einbezug vorhandener wissenschaftlicher Erkenntnisse diskutiert. Es folgt eine Bewertung der Stärken und Schwächen dieser Arbeit sowie eine abschließende Zusammenfassung.

4.1 Repräsentativität der Stichprobe (Hypothese 1)

Die erste Hypothese lautete:

> *Es wird erwartet, dass die hier untersuchte Patientenstichprobe repräsentativ für Patienten im Maßregelvollzug ist.*

Die erste Hypothese wurde bestätigt:

4.1.1 Soziodemographische Merkmale

Patienten im Maßregelvollzug sind zu über 90 % männlichen Geschlechts (92 %, Statistisches Bundesamt 2011), ihre Schulbildung ist gekennzeichnet durch niedrige Bildungsabschlüsse (Schalast et al. 2009 a) die Mehrzahl sind Deutsche (Müller-Isberner et al. 2007), vom Familienstand sind sie eher ledig oder geschieden als verheiratet und sie leben eher allein als in festen Partnerschaften, d. h. es fehlen ihnen häufig stabile Bindungen (Gericke u. Kallert 2007, Müller-Isberner u. Eucker 2009).

Die hier untersuchte Patientenstichprobe bestand zu 78 % aus Männern und zu 22 % aus Frauen. Sie erwies sich damit als grundsätzlich nicht repräsentativ für die Geschlechterverteilung von Maßregelvollzugspatienten. Der hohe Männeranteil wird dabei häufig auf die Deliktstruktur zurückgeführt, denn Maßregelvollzugspatienten weisen, neben der psychischen oder Suchtstörung, häufig ein schwereres Delikt wie z.B. Sexualdelikte, Mord, Totschlag oder schwere Körperverletzungsdelikte auf. Diese werden häufiger von Männern als Frauen begangen (Heinz 2007). Das zeigte sich auch in dieser Untersuchung: Bei den Frauen stellte Brandstiftung mit 57 % das häufigste Delikt dar. Lediglich 2 Frauen (14 %) hatten ein Tötungsdelikt begangen.

Im Hinblick auf das *Alter* kann die hier untersuchte Stichprobe mit einem Durchschnittsalter von knapp 35 Jahren (SD 9,53 Jahre) als repräsentativ für bisherige Studien

Maßregelvollzug gelten (z.B. Seifert u. Leygraf 1999; Timmermann u. Emmelkamp 2001; Schalast et al. 2009 a, Ross et al. 2008).

Die Verteilung der *Nationalitäten* zeigte, dass in der vorliegenden Untersuchungsgruppe gut 85 % der Patienten Deutsche waren. Rechnet man die deutschen Spätaussiedler hinzu, die ebenfalls als Deutsche im Sinne des Grundgesetzes gelten, sind es über 90 %. Insofern ist die vorliegende Patientenkohorte nicht repräsentativ für Maßregelvollzugspatienten im Allgemeinen. Müller-Isberner et al. (2007) beschreibt für Hessen, dass zwar die Mehrzahl der Maßregelvollzugspatienten Deutsche sind, der Anteil der Patienten, die keinen deutschen Kulturhintergrund haben, jedoch bis zu einem Drittel beträgt. Kemper (2008) gibt ein Viertel Nichtdeutsche von den 2005 aus der Entziehungsanstalt Entlassenen an, gleiche Zahlen finden sich bei Bannenberg (2003) für den Strafvollzug.

In Bezug auf den *Bildungsstand* hingegen entsprach die Tatsache, dass die meisten Patienten (62,5 %) die Hauptschule besucht hatten und höhere Bildungsabschlüsse sich bei ihnen seltener fanden, wiederum dem Befund anderer Studien (z.B. Marneros et al. 1993, Schalast et al. 2009 b, Seifert u. Leygraf 1997, Seifert u. Leygraf 1999, Seiffge-Krenke et al. 2006). Als Erklärung für Schulschwierigkeiten oder -versagen wird neben ungünstigen Entwicklungsbedingungen auch der Zusammenhang zwischen Schulbildung und Persönlichkeitsstörung diskutiert. Fädrich und Pfäfflin (2000) weisen diesbezüglich darauf hin, dass Schulschwierigkeiten oder -versagen ein frühes Symptom für eine beginnende Persönlichkeitsstörung sein könnte.

Im Hinblick auf ihren *Familienstand* und ihre *Lebensform* bestätigte sich bei der hier untersuchten Patientengruppe ebenfalls, das bei Maßregelvollzugspatienten häufig feste und verlässliche soziale Bindungen fehlen (z.B. Flora et al. 2012, Gericke u. Kallert 2007, Ille et al. 2005, Pfaff 1998, Pfaff et al. 1993, Seifert u. Leygraf 1999, Statistisches Bundesamt 2011). Bei der hier untersuchten Patientenstichprobe waren die Hälfte ledig und alleinlebend oder nach Trennung und Scheidung alleinlebend (12,5 %). Etwas über die Hälfte der 33 Patienten, haben *Kinder*, die meisten von ihnen ein Kind. Ob sie mit diesem zusammenlebten, d. h. Elternschaft im Sinne von Erziehungsverantwortung und Bindung erlebt und gelebt hatten, ist allerdings offen, da dies den Daten nicht zu entnehmen war.

4.1.2 Unterbringungsrelevante Merkmale

Das *Anlassdelikt* der Unterbringung war bei 47 (73,43 %) Patienten eines, das zu den schwereren Formen der Kriminalität gezählt wird: Mord/Totschlag, Raub, räuberische Erpressung, gefährliche Körperverletzung, Vergewaltigung und Nötigung – teils versucht, teils vollendet. Der hohe Anteil an vorgefundenen Gewaltdelikten deckt sich mit Angaben diverser Autoren (z.B. Heinz 2007, Schalast et al. 2004, Seifert u. Leygraf 1999, Timmermann u. Emmelkamp 2001). Die durchschnittlich verhängte Strafhöhe – 5 Jahre und 4 Monate (SD 3 Jahre, 4 Monate) – spiegelt auch die relative Schwere der Delikte der Patienten wider.

Knapp 80 % der Patienten waren keine *Ersttäter*; ein Befund, der ebenfalls mit anderen Untersuchungsergebnissen übereinstimmt (z.B. Schalast et al. 2009 b, Seifert u. Leygraf 1997, 1999). Die männlichen Patienten dieser Stichprobe waren bei *Erstverurteilung* im Durchschnitt 22,34 Jahre alt, die Frauen 21,40 Jahre. Von den 13 Patienten die Ersttäter waren, waren 8 Frauen. Somit schien die Anordnung einer Maßregel bei den hier untersuchten Männern meist nicht das Mittel der Wahl bei einer ersten Tat gewesen zu sein, entgegengesetzt zur Situation der Frauen. Denkbar wäre, dass die Ersttaten der Männer eher minderschwerer Art waren, die psychische Störung damals nicht vorhanden oder nicht erkannt wurde oder nicht in einem erkennbaren Zusammenhang zur Tat stand. Die Frauen hingegen schienen in einem klarer erkennbaren Maße psychisch erkrankt zu sein, der Zusammenhang zwischen Delikt und psychischer Erkrankung war vermutlich klarer und es muss eine erkennbare Gefahr der erneuten Begehung von relevanten Taten von ihnen ausgegangen sein.

4.1.3 Krankheitsrelevante Befunde

In Bezug auf das Vorliegen einer *Persönlichkeitsstörung* zeigte sich, dass gut 85 % der hier untersuchten Patienten die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung aufwiesen. Somit kann die hier untersuchte Patientengruppe diesbezüglich im internationalen Vergleich als repräsentativ für eine forensische Stichprobe gelten (z.B. finden sich bei De Ruiter u. Greeven [2000] oder Long et al. [2011] Raten von 70 – 80 %). Beim Vergleich mit deutschen Untersuchungen ist ein Anteil von 85 % Persönlichkeitsstörungen jedoch eher hoch (z.B. werden 51 % bei Seifert u. Leygraf [1997], 40 % von Müller-Isberner [2004] angegeben). Hier wäre die nahe liegende Erklärung, dass es sich bei DBT/IBT

gerade um eine Therapieform für Patienten mit Persönlichkeitsstörung handelt und somit anzunehmen ist, dass bevorzugt Patienten mit Persönlichkeitsstörung als Teilnehmer ausgewählt wurden.

Eine *Suchterkrankung* wiesen, neben den 20 nach § 64 StGB untergebrachten Patienten auch 61% der nach § 63 StGB untergebrachten Patienten auf. Damit litten – primär oder komorbid – insgesamt 73 % der Patienten unter einer Abhängigkeitserkrankung. Hohe Raten von komorbiden Suchterkrankungen bei forensischen Patienten wie auch bei Insassen des allgemeinen Strafvollzugs sind gut untersucht und abgesichert (z.B. Müller-Isberner et al. 2007, Nee u. Farman 2005, van Horn u. Frank 1998). Die hier untersuchte Patientenstichprobe kann diesbezüglich als repräsentativ für forensische Patienten gelten.

Insgesamt ist festzuhalten, dass die hier untersuchte Patientengruppe insgesamt als eine Stichprobe, die repräsentativ für Patienten im Maßregelvollzug ist, gelten kann. Ihre Ergebnisse können somit mit denen vorheriger Untersuchungen in Beziehung gesetzt werden.

4.2 Veränderungen in der Gesamtpatientenstichprobe (Hypothese 2)

Die zweite Hypothese lautete:

Es wird erwartet, dass sich in der Gesamtpatientenstichprobe beim Prä-Post-Vergleich signifikant positive Veränderungen in der mittels SCL-90-R, BDI, FAF und IIP-D erfassten Symptomatik zeigen.

Die zweite Hypothese wurde bestätigt:

4.2.1 Belastung durch körperliche und psychische Beschwerden

Forensische Patienten gelten als schwer krank und doch werden häufig psychische und somatische Beschwerden nicht differenziert erfasst, möglicherweise, weil diese – im Unterschied zu Persönlichkeitsstörungen oder Suchterkrankungen – als weniger relevant für die Tat oder die Legalprognose gelten. Zugleich fanden einige Studie, die, mittels SCL-90-R, psychische und somatische Beschwerden erhoben, dass forensische Patienten über wenig Symptome klagten (z.B. Fontao et al. 2006, Ross et al. 2008). Dieser unerwartete Befund replizierte sich zum Teil auch in dieser Untersuchung:

Beim Prä-Post-Vergleich zeigte sich für 6 der 9 Skalen sowie für den Globalen Schweregradindex (GSI) eine signifikante Verbesserung. In den Bereichen Zwanghaftigkeit (ZWG), Aggressivität (AGG) und Phobische Angst (PHO) verbesserten sich die Mittelwerte ebenfalls, allerdings jenseits eines signifikanten Niveaus. Dies kann als positiver Trend gewertet werden. Die Effektstärken der signifikant verbesserten Skalen Unsicherheit im Sozialkontakt (SOZ), Depressivität (DPR), Ängstlichkeit (ANX), Paranoides Denken (PAR), Psychotizismus (PSY) sowie des GSI befanden sich im kleinen bis knapp moderaten Bereich (vgl. Tabelle 9).

Beim Vergleich dieser Ergebnisse mit den Daten von Hessel et al. (2001) zeigte sich über alle Skalen der SCL-90-R (Franke 1995), dass die Mittelwerte der Gesamtpatientengruppe über denen der repräsentativen Eichstichprobe lagen. Dieser Effekt einer gegenüber der Norm berichteten höheren Belastung, blieb auch beim Vergleich mit den Post-Messwerten bestehen. Da forensische Patienten, die alle eine oder mehrere psychiatrische Diagnosen aufwiesen war zu erwarten, dass ihre Werte über denen der Normalbevölkerung lagen.

Unerwartet war hingegen das Ergebnis des Vergleichs anderen klinischen Untersuchungen und Studien: Beim Vergleich des Globalen Schweregrad Indexes (GSI) der Gesamtpatientengruppe mit denen einer groß angelegten europäischen Netzwerkstudie in Maßregelvollzugskliniken zeigte sich eine deutlich geringere Belastungsausprägung bei den hier untersuchten Patienten (Ross et al. [2008] T1 = 0.8, T3 = 0.7; Gesamtpatientengruppe GSI T1 = 0.67, T2 = 0.49, vgl. Tabelle 9). Gleiches fand sich beim Vergleich mit Patienten aus klinischen Studien außerhalb des Maßregelvollzugs: Über alle SCL-90-R-Skalen wiesen die hier untersuchten Patienten geringere Belastungswerte auf als z.B. ambulante Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (Brassington u. Krawitz 2006), stationären (Franke 1995) und teilstationären Psychotherapiepatienten (Agarwalla u. Küchenhoff 2004; Kocar 2010; Zeek et al. 2009).

Somit wurden bei der Gesamtpatientenstichprobe zwei relevante Ergebnisse gefunden:

Es zeigte sich zum einen das erfreuliche Ergebnis einer Symptomreduktion für die überwiegende Mehrzahl der Symptomskalen der SCL-90-R. Dass die Teilnahme an der DBT positiven Einfluss auf psychische und somatische Beschwerden nehmen kann, hatten bereits diverse Studien in der Vergangenheit nachgewiesen (Bohus et al. 2000, 2004, Brassington u. Krawitz 2006, Fassbinder 2007). Dieser Effekt konnte nun auch für die hier untersuchte forensische Patientenstichprobe belegt werden.

Zum anderen war auffallend, dass die forensischen Patienten, beim Vergleich mit anderen klinischen Patientengruppen eine geringer ausgeprägte Symptomatik berichteten. Ross et al. (2008) diskutierten den Befund einer eher gering berichteten Ausprägung von psychischen und somatischen Beschwerden und sie sahen darin eine Beeinträchtigung der Selbstwahrnehmung. Psychodynamisch verstanden die Autoren dies als Zeichen von Verleugnungen und Rationalisierungen mit dem Ziel, das Selbstbild aufrechtzuerhalten.

4.2.2 Bereitschaft zu aggressiven Verhaltensweisen

Bei der Interpretation der Ergebnisse des FAF wurde zunächst geprüft, ob die Ergebnisse uneingeschränkt interpretierbar waren. Hampel und Selg (1998) verweisen in ihrem Handbuch darauf, dass niedrige Aggressionshemmungs-Werte (Faktor 5 <= 5) bei zugleich geringen Offenheitswerten (Offenheit < 4) bei Probanden unter 40 Jahren die Interpretationsfähigkeit der Ergebnisse deutlich einschränken. Der Hemmungswert

(Faktor 5) lag für die Gesamtgruppe nach Therapieende bei 5.80, der Offenheitswert bei 4.72 (vgl. Tabelle 16). Die Interpretierbarkeit war daher gegeben.

Es fand sich für die Patientengesamtgruppe beim Prä-Post-Vergleich in den Dimensionen des spontanen und reaktiven Ärgererlebens, der Erregbarkeit (Faktor 1 bis Faktor 3) sowie der Selbstaggression/Depression (Faktor 4) ein signifikanter Rückgang des berichteten Ärgererlebens. Dies spiegelte auch folgerichtig der Summenwert (∑) wider. Die berechneten Effektstärken waren für die Skala Selbstaggression (Faktor 4) mit einem *d* von 0.38 am höchsten (vgl. Tabelle 16). Insgesamt war die Veränderung für die Gesamtpatientengruppe somit als positiv d.h. therapeutisch wünschenswert anzusehen.

Zur allgemeinen Einordnung der Mittelwerte der Patientengruppe zeigte der Vergleich mit Referenzwerten des Manuals, über alle FAF-Skalen und für beide Messzeitpunkte, niedrigere Mittelwerte als eine von Selg (1968) untersuchte Gruppe von Strafgefangenen. Es könnte vermutet werden, dass dieser Umstand dadurch bedingt wurde, dass die hier untersuchte Stichprobe auch Frauen umfasste. Für diese wird, im Vergleich zu Männern, eine geringere nach außen gerichtete Aggressionsbereitschaft beschrieben (Hampel u. Selg 1998). Bei geschlechtsspezifischer Betrachtung der Mittelwerte zeigte sich jedoch, dass die Frauen dieser Stichprobe zu beiden Messzeitpunkten signifikant höhere Aggressionswerte aufwiesen, als die Männer (vgl. Tabelle 19).

Es zeigte sich allerdings auch, beim Vergleich mit einer Stichprobe von Ille et al. (2005) deren Werte die Autoren aus 128 psychiatrisch-forensische Gutachten ermittelten, dass die Mittelwerte der hier untersuchten Patienten für die ersten drei Aggressionsbereiche höher war. Diese nach außen gerichtete höhere Aggressionsbereitschaft könnte u. U. in dem hohen Prozentsatz von Persönlichkeitsstörungen, insbesondere von Borderline Persönlichkeitsstörung und emotional instabiler Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ, der hier untersuchten Patienten vermutet werden. Denn, je stärker die Fähigkeit zur Emotionswahrnehmung und –regulation eingeschränkt ist (höhere Erregbarkeit), desto stärker ist auch die Reaktionsmöglichkeit in konflikthaften Situationen eingeengt. Und eine solche eingeengte Reaktionsmöglichkeit äußert sich neben einer erhöhten Bereitschaft zu fremdaggressivem Verhalten, auch in verstärkt selbstaggressiven Verhaltensweisen bis hin zu Suizidversuchen (Deister 2009).

Ein direkter inhaltlicher Vergleich der mittels FAF erfassten Veränderungen mit Befunden von Untersuchungen im Rahmen von DBT-Studien war leider nicht möglich. Aller-

dings lagen Ergebnisse von der Arbeitsgruppe um Fontao et al. (2006) vor: Diese berichteten bei der von ihnen untersuchten Maßregelvollzugsstichprobe, die an Übertragungsfokussierter Therapie (TFP) teilgenommen hatten, über positive Veränderungen der Aggressionsbereitschaft gemessen mittels FAF.

Auch die Ergebnisse einer Studie von Evershed et al. (2003) belegten, einen Zusammenhang zwischen Ärgererleben und – in dieser Studie spezifisch – Feindseligkeit. Sie wiesen für männliche forensischen Patienten die an DBT teilgenommen hatten signifikant positive Veränderungen in den Bereichen Ärger und Feindseligkeit, gemessen mit dem Buss-Durkee Hostility Inventory, Dutch Version (BDHI-D), nach.

Dass die Zunahme der Fähigkeit zur Ärgerkontrolle durch die Anwendung der DBT-Skills tatsächlich beeinflusst wird, konnte auch in einer neueren Studie von Neacsiu et al. (2010) bestätigt werden. Die Ergebnisse dieser Untersuchung reihen sich insofern ein und bestätigen die Wirksamkeit der DBT/IBT im Hinblick auf eine positive Beeinflussung von Aggressivität und Ärgererleben.

4.2.3 Belastung durch depressive Symptome

Das BDI gehört zu den Messinstrumenten, für die auch der Einsatz bei forensischen Stichproben untersucht und hierbei eine gute Validität gefunden wurde (Boothby u. Durham 1999, Chambers et al. 2009, Scott et al. 1982).

Der Prä-Post-Vergleich ergab für die Gesamtpatientengruppe einen signifikanten Rückgang der depressiven Symptomatik (vgl. Tabelle 23).

Bei Betrachtung der Gesamtgruppe der Patienten mit den von Hautzinger et al. (2005) angegebenen cut-off-Werten zeigte sich, dass ihr Summenwert, der vor Teilnahme an der IBT mit 15.31, im Bereich einer leicht erhöhten depressiven Symptomatik (Werte > 11, Hautziger et al. 2005) lag. Diese leichte Symptomatik fand sich nicht mehr zum Zeitpunkt der Postmessung, d. h. nach Therapieende; der BDI-Summenwert sank auf 9.51 und befand sich somit im unauffälligen oder remittierten Bereich (vgl. Tabelle 23).

Damit wurde der, bereits durch Studien gestützte Befund (z.B. Black et al. 2009, Bohus et al. 2004, Fassbinder et al. 2007, Kröger et al. 2013, Yen et al. 2009), dass Dialektisch-Behaviorale Therapie einen Einfluss auf eine komorbid vorhandene depressive Störung nehmen kann, in der vorliegenden Untersuchung bestätigt.

4.2.4 Belastung durch interpersonale Probleme

Der Prä-Post-Vergleich zeigte für die Gesamtpatientengruppe, über alle IIP-D-Skalen eine erfreuliche Verkleinerung der Mittelwerte. Dieser Rückgang war mit Ausnahme des Bereichs zu autokratisch/dominant (IIP1) signifikant. Die Effektstärken lagen im kleinen bis knapp mittleren Bereich (vgl. Tabelle 30). Die Frage, ob gefundene Ergebnisse für straffällig gewordene Menschen überhaupt mit denen der Normstichprobe verglichen und somit interpretiert werden können, d. h. ob sich gefundene Testgütekriterien übertragen lassen, wurde von Kunst und Hoyer (2003) anhand von zwei Studien im Maßregelvollzug sowie einer im Regelvollzug untersucht und positiv beantwortet.

Zur inhaltlichen Einordnung dieser Effekte wurden die hier gefundenen Ergebnisse mit zwei Stichproben von Wolf et al. (2005) verglichen: Die Autorengruppe untersuchten eine größere Anzahl von Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörung (n = 268) im Hinblick auf die 8 IIP-Dimensionen. Beim Vergleich mit Wolf´s Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, erwies sich, dass die Mittelwerte mit Ausnahme der Skala zu streitsüchtig/konkurrierend (IIP2), niedriger waren. Die hier untersuchten forensischen Patienten beschrieben sich somit als Personen die weniger interpersonelle Probleme haben als die psychosomatisch-psychotherapeutischen Patienten von Wolf et al. (2005).

Beim Vergleich mit Wolfs Patientengruppe ohne Persönlichkeitsstörungen zeigte sich, dass die Gesamtpatientengruppe nun in den ersten drei Bereichen wie auch im Bereich des IIP8 (zu expressiv/aufdringlich) höhere Mittelwerte aufwies. Somit beschrieben sich die hier untersuchten Patienten als dominanter (IIP1), streitsüchtiger (IIP2), abweisender und expressiver (IIP3) als Psychotherapiepatienten die unter keiner Persönlichkeitsstörung leiden. Zugleich beschrieben sie sich als weniger introvertiert, weniger unterwürfig, nachgiebig und freundlich empfinden (IIP 4 – 7). Somit waren die hier untersuchten forensischen Patienten Psychotherapiepatienten ohne Persönlichkeitsstörung ähnlicher als solchen mit Persönlichkeitsstörung. Dies war ein Befund der, angesichts des hohen Prozentsatzes von Persönlichkeitsstörungen, so nicht zu erwarten gewesen war. Eine Erklärung hierfür könnte sein, dass gerade Selbstaussagen im Bereich aggressiver Verhaltensweisen von Maßregelvollzugspatienten vorsichtiger beantwortet werden, als von Psychotherapiepatienten. Denn aggressive Verhaltensweisen könnten aus Sicht der forensischen Patienten und hier insbesondere der § 63 StGB Patienten mit der

Angst vor negativen Prognosegutachten verbunden sein. Folglich wäre an die Tendenz sozial erwünscht zu antworten zu denken.

Das DBT eine Verbesserung interpersonaler Kompetenzen, bzw. zur (z.B. Bohus et al. 2004, Evershed et al. 2003, Trupin et al. 2002, Turner 2000). Die hier gefundenen Ergebnisse stehen insofern mit vorgenannten im Einklang und bestätigen die Wirksamkeit.

Im Hinblick auf Hypothese zwei ist somit festzuhalten, dass in allen erfassten Symptombereichen signifikant positive Veränderungen nachgewiesen werden konnten.

4.3 Veränderungen bei Frauen und Männern (Hypothese 3)

Die dritte Hypothese lautete:

Es wird erwartet, dass Frauen und Männer gleichermaßen positive Veränderungen in der mittels SCL-90-R, BDI, FAF und IIP-D erfassten Symptomatik aufweisen. Die DBT/IBT wirkt für Frauen und Männern gleichermaßen.

Die dritte Hypothese wurde nicht bestätigt:

4.3.1 Belastung durch körperliche und psychische Beschwerden

Die Gruppe der Frauen wies vor Beginn der IBT über alle Bereiche eine höhere Symptomausprägung auf, als die Männergruppe (vgl. Tabelle 12). Innerhalb der Geschlechtergruppen stellte sich ein deutlich unterschiedlicher Verlauf dar:

Bei den Frauen war keine der Veränderungen beim Prä-Post-Vergleich signifikant. Die Effektstärken waren mit Ausnahme der Skalen Depressivität und Ängstlichkeit im trivialen Bereich (vgl. Tabelle 10).

In der Gruppe der männlichen Patienten hingegen zeigte der Prä-Post-Vergleich für Somatisierung (SOM), Unsicherheit im Sozialkontakt (SOZ), Depressivität (DPR), paranoides Denken (PAR), Psychotizismus (PSY) wie auch für den Globlen Schweregradindex (GSI) eine signifikante Symptomreduktion. Diese Veränderungen wiesen für die Bereiche Unsicherheit im Sozialkontakt (SOZ), Depressivität (DPR) und paranoides Denken (PAR) mittlere Effektstärken auf (vgl. Tabelle 11).

Die Überprüfung geschlechtsspezifischer Unterschiede mittels Varianzanalysen bestätigte, dass Frauen und Männer sich bezüglich der meisten Symptombereiche bedeutsam unterschieden. Neun von zehn Gruppenvergleichen waren signifikant. Die Frauen wiesen insgesamt im Vergleich zu den Männern, mit Ausnahme der Skala Paranoides Denken (PAR), höhere Belastungswerte auf (vgl. Tabelle 12). Sie litten somit signifikant unter höheren psychischen und physischen Belastungen als die Männer.

Dies ist ein Befund, der sich bereits in der Vergangenheit für diverse Patientengruppen zeigte z.B. neben der Eichstichprobe bei einer Gruppe von HIV-Infizierten (Franke 1995), für eine Gruppe von sehbehinderten Menschen (Reimer et al. 1997) oder auch für ambulante Adipositaspatienten (Werner 2007).

Beim Vergleich der Mittelwerte der Frauen- und Männerstichprobe dieser Untersuchung mit denen von stationären Psychotherapiepatienten mit Persönlichkeitsstörungen, fand sich jedoch, dass die Mittelwerte der Frauen und Männer zu beiden Messzeitpunkten niedriger waren als die der Psychotherapiepatienten (Franke 1995). Somit wiesen die hier untersuchten Frauen zwar höhere Mittelwerte auf als die Vergleichsgruppe der Männer, jedoch im Vergleich zu Psychotherapiepatienten mit Persönlichkeitsstörungen keine auffallend hohen Werte.

Trotz dieser deutlichen Unterschiede bei separater Betrachtung der Gruppen, der vermuten lassen könnte, dass lediglich die Männer von der Teilnahme an der DBT/IBT profitieren konnten wiesen die Varianzananlysen in einer andere Richtung: Eine signifikante Wechselwirkung, d. h. ein selektives Wirken der Therapie, zeigte sich für keine der Skalen. Somit können die Unterschiede der Frauen und Männern nicht auf die Therapie zurückgeführt werden. Für die fehlende Signifikanz der Veränderung der Frauen könnte z.B. das, im Vergleich zur Männerstichprobe, deutlich kleinere n verantwortlich sein.

4.3.2 Bereitschaft zu aggressiven Verhaltensweisen

Im Hinblick auf die mittels FAF erfasste Bereitschaft zu aggressiven Verhaltensweisen oder Verhaltensstile beschreiben die Autoren des FAF, dass Männer höhere Werte in den ersten beiden Faktoren aufweisen als Frauen. Hingegen sind „Depressive Tendenzen (Faktor 4) sind bei Frauen über 40 Jahren ausgeprägter als bei Männern“ (Hampel u. Selg 1998, S. 15). Zudem verweisen sie darauf, dass „aus der Literatur eine größere Aggressionshemmung (Faktor 5) für Frauen abgeleitet werden“ darf (Hampel u. Selg 1998, S. 15).

Bei der Gegenüberstellung der hier untersuchten Frauen- mit der Männergruppe fiel diesbezüglich auf, dass sich die hier gefundenen Ergebnisse fast konträr entgegengesetzt zu den von Hampel und Selg (1998) beschriebenen Geschlechtsunterschieden darstellten: Mit Ausnahme der berichteten Aggressionshemmung (Faktor 5), wiesen die Frauen durchweg höhere Werte auf, als die Männer (vgl. Tabelle 19). Die signifikanten Gruppenvergleiche der Varianzanalysen bestätigten, dass sich Frauen und Männer in den Bereichen der spontanen Aggression (Faktor 1), reaktiven Aggression (Faktor 2), der Selbstaggression/Depression (Faktor 4) sowie bezüglich des Summenwertes der Aggression (∑) signifikant unterschieden (vgl. Tabelle 19).

Der separate Vergleich für Frauen und Männern ergab dann Folgendes: Der Vergleich der Werte der forensischen Frauen mit denen der weiblichen Eichstichprobe zeigte, das die Mittelwerte der forensischen Frauen sich deutlich oberhalb derer der Eichstichprobe befanden (Hampel u. Selg 1998, S. 24). Dieser Befund verwunderte insofern nicht, als das nicht davon auszugehen war, dass straffällig gewordene Frauen ähnlich niedrige aggressive Verhaltenstendenzen aufweisen wie Frauen im Allgemeinen.

Was unerwartet war, war die Tatsache, dass die Mittelwerte der hier untersuchten Frauen für die Skalen spontane Aggression (Faktor 1), reaktive Aggression (Faktor 2), Selbstaggression bzw. Depression (Faktor 4) und den Summenwertes der Aggression (∑)oberhalb von denen von männlichen Straftätern lagen (Selg 1968). Des Weiteren fand sich bei den forensischen Frauen im Mittel eine geringere Aggressionshemmung (Faktor 5) sowie eine geringere Offenheit als bei den männlichen Straftätern der Untersuchung von Selg (1968). Somit war festzustellen, dass Frauen im Maßregelvollzug nicht den Frauen der Normstichprobe ähneln. Im Hinblick auf vorhandene aggressive Tendenzen sind sie vielmehr mit straffälligen Männern vergleichbar. Ob straffällige Frauen, im Unterschied zu straffälligen Männern, höhere Werte aufweisen und sich für diese Gruppe die Geschlechtsunterschiede der Normstichproben umkehren, bleibt eine offene Frage, da keine Referenzwerte für straffällige Frauen vorlagen.

Bei Betrachtung der Entwicklung über die Zeit der Therapie zeigte sich, dass die Frauen einen Rückgang im Bereich spontaner Aggression (Faktor 1), reaktiver Aggression (Faktor 2) sowie im Bereich Selbstaggression/Depression (Faktor 4) angaben. Für den Bereich der Selbstaggression war diese Veränderung signifikant und mit einer Effektstärke von d = 0.64 als relevant einzuschätzen (vgl. Tabelle 17). Da die Frauen im Rahmen ihrer Störungsproblematik insbesondere sehr belastet durch selbstaggressive Verhaltensweisen waren (vgl. Lamott et al. 2007, Lamott et al. 2011) stellte dies ein sehr erfreuliches Ergebnis dar.

Beim Vergleich der Mittelwerte der hier untersuchten forensischen Männer mit denen der Straftätergruppe von Selg (1968) in Relation zeigte sich, dass sie zu allen Messzeitpunkten geringere Aggressionswerte aufwies, allerdings auch deutlich geringere Offenheitswerte (Hampel u. Selg 1998, S. 25; MW Offenheit 7.07 [SD 3.35], Gruppe der hier untersuchten Männer: MW Offenheit 4.76 [SD 1.19] vgl. Tabelle 21). Die Ausgangs-

mittelwerte der hier untersuchten Männerstichprobe lagen dabei etwa im Bereich derer von 41 bis 50 jährigen Psychotherapiepatienten (Hampel u. Selg 1998).

Von ihrem als eher niedrig einzuordnenden Ausgangsniveau verbesserten sich die Männer über die Zeit signifikant in den Bereichen reaktive und spontane Aggression (Faktoren 1 und 2), Erregbarkeit (Faktor 3) sowie Selbstaggression/Depression (Faktor 4). Der Summenwert der Aggression ist folgerichtig nach Therapieende auch signifikant geringer als vor Therapiebeginn (vgl. Tabelle 18).

In den Varianzanalysen zeigte sich einzig für den Bereich Aggressionshemmung (Faktor 5) ein signifikanter Wechselwirkungseffekt (vgl. Tabelle 19): Beim Vergleich der Geschlechtergruppen unter dem Aspekt der zeitlichen Veränderung, zeigte sich ein Anstieg der Hemmung (Faktor 5) bei den Frauen und ein Sinken der Hemmung (Faktor 5) bei den Männern (vgl. Tabelle 19). Wobei insbesondere der Anstieg der Aggressionshemmung bei der Frauengruppe relevant erschien, darauf verwies die Effektstärke von $d = 0.63$ des zuvor durchgeführten t-Tests (vgl. Tabelle 17). Der Anstieg der Hemmung Aggressionen auszuleben bei den Frauen, könnte als eine erhöhte Gewissenaktivität gedeutet werden, aber auch auf einen verbesserten Umgang mit eigenem Ärgererleben, d. h. einer Zunahme an Selbstkontrolle hinweisen. Denkbar wäre weiterhin, dass sich die Frauen zu Beginn aggressiver dargestellt hatten, als sie es tatsächlich waren. Es ist nicht zu vergessen, dass die Selbstüberzeugung eher ein Mehr an Aggressionen in sich zu tragen einerseits beängstigend, andererseits aber auch beruhigend im Sinne größerer Wehrhaftigkeit wirken kann.

Darüber hinaus verwiesen die Autoren darauf, dass eine als höher berichtete Aggressionsbereitschaft nicht bedeutet, dass diese Person z.B. in konflikthaften Situationen tatsächlich aggressiver handeln würde (Hampel u. Selg 1998).

4.3.3 Belastung durch depressive Symptome

Wie unter 1.1.4 beschrieben, leiden Frauen im Straf- und Maßregelvollzug u. a. häufiger unter einer depressiven Erkrankung bzw. depressiven Symptomen. Bei der Gegenüberstellung von Frauen und Männern bestätigte sich dieser Befund auch in der hier untersuchten Stichprobe. Die Frauen wiesen im Vergleich zu den Männern die höheren Ausgangs- und Endwerte (vgl. Tabelle 26). Der Summenwert zu Beginn der DBT/IBT von 23.38 bei der Frauenstichprobe befand sich deutlich über dem cut-off-Wert von 18 und

damit im Bereich einer klinisch bedeutsamen Symptomatik. Nach Ende der Therapie lag er mit einem Wert von 17.15 knapp unter dem cut-off-Wert. Im Vergleich dazu befand sich der Wert der Männerstichprobe zu Beginn der DBT/IBT mit einem Summenwert von 12.55 im Bereich einer milden bis mäßig depressiven Symptomausprägung. Nach Ende der DBT/IBT lag er mit einem Wert von 6.89 im unauffälligen Bereich. Dass der Unterschied zwischen Frauen und Männern auch statistisch bedeutsam war, bestätigte der signifikante Gruppenvergleich der Varianzanalyse (vgl. Tabelle 26).

Die Veränderung zwischen Ausgangs- und Endmesswert stellte sich allerdings für beide Geschlechtergruppen positiv dar. Bei den Frauen war diese Veränderung jedoch statistisch nicht signifikant. Die Effektstärke lag mit einem Cohen´s *d* von 0.70 hingegen fast im großen Bereich. Die Belastungsreduktion kann daher inhaltlich, trotz fehlender Signifikanz als bedeutsam interpretiert werden (vgl. Tabelle 24). Bei den Männern war die Veränderung sowohl statistisch signifikant, als auch inhaltlich bedeutsam. Die Effektstärke lag im großen Bereich (vgl. Tabelle 25).

Die fehlende Signifikanz für die Wechselwirkungen der Varianzanalysen (vgl. Tabelle 26) verwies allerdings darauf, dass sich kein geschlechtsspezifisches Wirken der DBT/IBT zeigte.

4.3.4 Belastung durch interpersonale Probleme

Beim Vergleich der Männer- mit der Frauenstichprobe zeigte sich zunächst, dass die Mittelwerte der Frauen zu beiden Messzeitpunkten über denen der Männer lagen (vgl. Tabelle 33). Frauen berichteten über mehr interpersonale Schwierigkeiten als Männer. Dass dieser augenscheinliche Befund auch statistisch bedeutsam war, zeigte sich in der Varianzanalyse: Für Skalen des IIP-D wiesen die Frauen signifikant höhere Belastungswerte auf als die Männer, alle Gruppenvergleiche waren signifikant (vgl. Tabelle 33).

Bei getrennter Betrachtung der Teilgruppen und beim Vergleich zur Referenzstichprobe normal Gesunder fand sich, dass die Mittelwerte der 8 Frauen vor Beginn der DBT/IBT über alle Skalen höher waren als die von normal gesunden Frauen. Hingegen zeigte sich für die Männer, dass ihre Mittelwerte unterhalb denen von normal gesunden Männern lagen, sie also weniger interpersonale Probleme berichteten als gesunde Männer.

Um die höheren Werte der Frauen einzuordnen, bot es sich an, die Befunde der Patientinnen mit denen von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (Wuchner et al. 1993) in Relation zu setzten. Dieser Vergleich zeigte, dass die Frauenstichprobe, mit Ausnahme der IIP-Skalen 3 und 4 (zu abweisend/kalt und zu introvertiert/sozial vermeidend) vor Teilnahme an der IBT höhere Mittelwerte aufwies, als die Vergleichsgruppe der 84 persönlichkeitsgestörten Patienten von Wuchner et al. (1993). Zum zweiten Untersuchungszeitpunkt, d. h. nach Therapieende, lagen ihre Mittelwerte durchweg unter denen der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen. Mithin kann nicht pauschal davon gesprochen werden, dass die hier untersuchten Frauen außergewöhnlich viele Probleme im zwischenmenschlichen Bereich aufwiesen. Sie gaben lediglich deutlich mehr Probleme an, als normal Gesunde d. h. als Menschen ohne diagnostizierte Störungen.

Die insgesamt positiven Veränderungen bei den weiblichen Patienten wiesen für die Bereiche Expressivität/Aufdringlichkeit (IIP8) eine große Effektstärke, für die Bereiche selbstunsicher/unterwürfig (IIP5) und ausnutzbar/nachgiebig (IIP6) moderate Effektstärken auf und konnten als relevant und somit als positiver Therapieeffekt gelten.

Für die Männerstichprobe zeigte sich, dass sie schon vor Teilnahme an der DBT/IBT niedrigere Werte aufwies als die (gesunde) Normstichprobe. Nach Therapieende sanken ihre Mittelwerte nochmals signifikant, mit Ausnahme des Bereiches der Skala IIP1 autokratisch/dominant (vgl. Tabelle 32). Ob die hier untersuchten Männer tatsächlich so geringe Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Bereichen aufwiesen darf jedoch, zum Einen aufgrund der zugrunde liegenden Delikte, aber auch in Bezug auf die Krankheitsbilder (Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankungen) bezweifelt werden. Auf der anderen Seite ist der Stationsalltag im Maßregelvollzug geprägt von einem engen Regelwerk, genauer Beobachtung der Patienten d. h. beständiger Fremdkontrolle. Dieser Umstand könnte für sich genügen um angepasstes Verhalten zu bewirken bzw. dazu führen, dass sozial erwünschte Selbsteinschätzungen gegeben werden, insbesondere bei einer Patientengruppe deren Hauptzahl von Delikten im Bereich schwerer Straftaten liegt.

Für die Wirksamkeit der DBT/IBT war jedoch festzuhalten, dass die Interaktion zwischen Gruppenzugehörigkeit und Messzeitpunkt (Wechselwirkung) für keine der 8 zwischenmenschlichen Interaktionsbereiche signifikant war. Somit zeigte sich kein geschlechtsspezifisch selektives Wirken (vgl. Tabelle 33).

4.4 Veränderung bei § 63 StGB und § 64 StGB Patienten (Hypothese 4)

Die vierte Hypothese lautete:

Es wird erwartet, dass § 63 StGB und § 64 StGB Patienten gleichermaßen positive Veränderungen in der mittels SCL-90-R, BDI, FAF und IIP-D erfassten Symptomatik aufweisen. Die DBT/IBT wirkt für § 63 StGB und § 64 StGB Patienten gleichermaßen.

Die vierte Hypothese wurde nicht bestätigt:

4.4.1 Belastung mit körperlichen und psychischen Symptomen

Es zeigte sich, dass die Suchtpatienten (§ 64 StGB) in fast allen Symptombereiche der SCL-90-R mit höheren Ausgangswerten starteten, als Patienten die nach § 63 StGB untergebracht waren. Bei selektiver Betrachtung der beiden Unterbringungsgruppen fanden sich folgende Ergebnisse:

Eine signifikante Symptomreduktion mit kleiner Effektstärke zeigte sich bei den § 63 Patienten nur für den Bereich Depressivität (DPR) (vgl. Tabelle 13). Alle übrigen Symptombereiche wiesen Veränderungen ohne statistische Signifikanz auf; auch die Effektstärken wiesen auf die fehlende inhaltliche Bedeutung.

Bei den § 64 StGB Patienten hingegen veränderten sich die Mittelwerte, beim Prä-Post-Vergleich, in allen Bereichen in Richtung einer gesunkenen Belastung. Mit Ausnahme der Skala Phobische Angst (PHO) war dieser positive Effekt signifikant mit zum Teil großen Effektstärken (vgl. Tabelle 14). Beim Vergleich ihrer Ergebnisse mit den Referenzwerten der männlichen Eichstichprobe wurde deutlich, auf welchem geringem Niveau sich die Belastungswerte der § 64 Patienten (insbesondere die Post-Werte) befanden: Mit Ausnahme der Skala Depressivität (DPR) lagen ihre Mittelwerte nach Therapieende unter denen der männlichen Eichstichprobe (Hessel et al. 2001).

Interessanterweise zeigte sich dann in der Varianzanalyse, dass für keine der Skalen, ein bedeutsamer Unterschied zwischen den beiden Patientengruppen bestand: Keiner der Gruppenvergleiche war signifikant.

Unter Berücksichtigung des messwiederholten Faktors Zeit (vor und nach der Therapie) zeigte sich allerdings für die Skalen Zwanghaftigkeit (ZWG), Unsicherheit im Sozial-

kontakt (SOZ), Aggressivität (AGG), paranoides Denken (PAR), Psychotizismus (PSY) sowie für den GSI eine positive Wechselwirkung (vgl. Tabelle 15). Für die Bereiche Unsicherheit im Sozialkontakt (SOZ), paranoides Denken (PAR), Psychotizismus (PSY) sowie den GSI galt dabei, dass sowohl § 63 StGB, als auch § 64 StGB Patienten hier eine gesunkene Belastung angaben. Der Mittelwertetrend beim Prä-Post-Vergleich verlief somit für beide Patientengruppen gleich in Richtung Symptomreduktion (vgl. Tabelle 15)

Der ebenfalls positive Wechselwirkungseffekt für die Bereiche Zwanghaftigkeit (ZWG) und Aggressivität (AGG) stellte sich hingegen für die beiden Unterbringungsgruppen divergent dar: § 64 StGB Patienten erlebten, beim Vergleich vor und nach der Therapie, eine Symptomreduktion. Bei den § 63 StGB war der Verlauf konträr, sie berichteten nach Ende der Therapie eine gestiegene Aggressivität, wie auch eine gestiegene Zwanghaftigkeit (vgl. Tabelle 15).

Bei diesem Ergebnis erschien zweierlei diskussionswürdig. Zum einen die sehr niedrigen Werte der § 64 StGB Patienten. Insbesondere für die Skala Aggressivität (AGG) könnte ein Grund darin gesehen werden, dass zum Zeitpunkt der zweiten Datenerhebung einige der nach § 64 StGB untergebrachten Patienten höhere Lockerungsstufen erreicht hatten und sie diese möglicherweise, trotz Verweis auf die Anonymität der Untersuchung sowie die Unabhängigkeit in Bezug auf die Beurteilung, fürchteten mit einem zuviel an eingeräumter Aggression zu gefährden. Eine Erklärung in diese Richtung findet sich bereits bei Höfer (1977) der in den 70er Jahren, der eine Untersuchung unter jugendlichen Strafgefangenen durchgeführt hatte: Renitentes Verhalten erschwerte die bedingte Entlassung, sozial gepasstes Verhalten erhöhte hingegen die Wahrscheinlichkeit schneller solch einen Status zu erreichen. Kury (1988) replizierte Höfers Ergebnis.

Zum anderen war die gestiegene selbst berichtetet Aggressivität und Zwanghaftigkeit der § 63 StGB Patienten auffällig: Sie könnte als Versagen der Therapie gedeutet werden. Allerdings könnte der Anstieg von berichteten aggressiven wie auch zwanghaften Symptomen auch als Bewältigungsversuch gegen eine Veränderung, bzw. die sie begleitenden Ängste angesehen werden. Gunderson (2005) verweist in der Behandlung von Borderline Persönlichkeitsstörungen darauf, dass gerade unterschiedliche Symtpome wie z.B. depressive Stimmungen in den Vordergrund treten können „wenn die Patienten ihre Verhaltensprobleme korrigieren und diese bisher der Abwehr dienten“

(Grunderson 2005, S. 99). Ähnliches kann für eine klarere Wahrnehmung von aggressiven Gefühlen vermutet werden: Die gestiegene Fähigkeit zur differenzierten Gefühlswahrnehmung steigert die Fähigkeit eigene Aggressionen oder Feindseligkeit zu empfinden. Ein bewusstes Empfinden solcher Emotionen kann zu vermehrten Ängsten führen und Angst wiederum lässt sich durch Zwang binden. Dies könnte eine Erklärung für einen möglichen Symptomanstieg auf den Skalen Aggressivität und Zwanghaftigkeit darstellen.

Geht man nochmals auf die Seite des insgesamt sehr positiveren Ergebnisses für die nach § 64 StGB Untergebrachten, könnte man darin u. a. eine Auswirkung des Erreichens höherer Lockerungsstufen und Entlassvorbereitungen sehen. Weiterhin könnte man allgemein aus der Tatsache, dass die nach § 64 StGB untergebrachten Patienten ihre Maßregel abbrechen können, eine grundsätzlich höhere Motivation ableiten als bei § 63 StGB Patienten. Spezifisch für die hier teilnehmenden § 64 StGB Patienten galt, dass die meisten sich nicht erst am Anfang ihrer Behandlungszeit befanden, d. h. sich bewusst dafür entschieden hatten, die Maßregel auch durchzuhalten.

4.4.2 Bereitschaft zu aggressiven Verhaltensweisen

Es zeigte sich, dass die § 64 StGB Patienten zu beiden Erhebungszeitpunkten eine geringer ausgeprägte spontane und reaktive Aggression (Faktoren 1 und 2), innere Erregbarkeit (Faktor 3) und Selbstaggression/Depression (Faktor 4) angaben als § 63 StGB Patienten. Zugleich wiesen sie aber auch geringere Offenheitswerte auf; dies war insbesondere zum Zeitpunkt nach Therapieende zu beachten, denn hier erreichten sie mit einem Mittelwert von 4.15 (vgl. Tabelle 21) einen Wert, der nur knapp über dem Wert von 4.0, der von Hampel und Selg (1998) als gerade noch tolerierbar für eine uneingeschränkte Interpretierbarkeit genannt wird, lag.

Allgemein zeigte sich beim getrennten Vergleich der beiden Maßregelgruppen folgender Verlauf: Die § 64 StGB Patienten berichteten nach Therapieende insbesondere für die Bereiche Selbstaggression (Faktor 4), spontane (Faktor 1) und reaktive Aggression (Faktor 2) eine signifikant gesunkene Beeinträchtigung. Diese Veränderungen wiesen fast mittlere Effektstärken auf und konnten inhaltlich als relevante Ergebnisse gelten (vgl. Tabelle 21).

Bei den § 63 StGB Patienten zeigte sich ebenfalls ein Rückgang von aggressiven Tendenzen: Für den Bereich der reaktiven Aggression (Faktor 2) sowie den Aggressionssummenwert (∑) und den Bereich Selbstaggression/Depression (Faktor 4) war diese Veränderung signifikant mit kleiner Effektstärke (vgl. Tabelle 20). Ihre Offenheitswerte waren für eine Ergebnisinterpretation ausreichend hoch.

Dass beide Patientengruppen von der DBT/IBT Teilnahme profitieren konnten, zeigten die durchgeführten Varianzanalysen: Lediglich im Bereich der Selbstaggression/Depression (Faktor 4) war der Gruppenvergleich signifikant, d. h. § 64 StGB Patienten wiesen signifikant geringere Depressionswerte auf, als § 63 StGB Patienten (vgl. Tabelle 22). Zur Interpretation dieses Unterschieds schein eine mögliche Erklärung zu sein, dass es sich um einen geschlechtsspezifisch moderierten oder mediierten Effekt handelte, da alle Frauen, die die höheren Symptombelastungen aufwiesen (vgl. Tabelle 19), nach § 63 StGB untergebracht waren. Es zeigte sich allerdings beim Vergleich der männlichen § 63 StGB Patienten mit denen § 64 StGB Patienten (die ebenfalls alle männlich waren) in einer durchgeführten ANOVA, dass der Gruppenvergleich für den Faktor 4 nach wie vor signifikant war ($F(1,48) = 4{,}255$, $p = .045$).

Bei einem Vergleich zwischen den einzelnen Messzeitpunkten sah man, dass sich männliche § 63 StGB und § 64 StGB Patienten vor Teilnahme an der IBT nicht signifikant bezüglich einer depressiven Symptomatik unterschieden ($t(48) = 1{,}50$, $p = .141$). Nach Ende der DBT/IBT hingegen fanden sich für die § 64 StGB Männer signifikant geringere Selbstaggressions- bzw. Depressionswerte ($t(48) = 2{,}29$, $p = .027$).

Daraus lässt sich schlussfolgern, dass zu Therapiebeginn die männlichen Patienten – egal ob sie nach § 63 StGB oder § 64 StGB untergebracht waren – nicht signifikant im Hinblick auf Selbstaggressionen/Depressionen unterschieden. Im Verlauf gelange es jedoch den § 64 StGB Patienten sich deutlich mehr zu verbessern, als § 63 StGB untergebrachten Patienten. Hier wäre wiederum die Interpretationen, wie sie bereits unter 4.4.1 angestellt wurden, denkbar: Eine höhere Motivation könnte sich, vielleicht vor der Aussicht auf baldige Lockerung bzw. Entlassung aus der Maßregel, positiv auf eine depressive Symptomatik ausgewirkt haben. Eine Lockerungs- bzw. Entlassaussicht verstärkte aber möglicherweise zugleich die Neigung sozial erwünscht zu antworten. Allerdings ist die Neigung sozial erwünscht zu antworten in Bezug auf eine berichtete

depressive Symptomatik in deutlich geringerem Maße anzunehmen, als z.B. im Hinblick auf aggressive Verhaltensbereitschaften.

Bezüglich der Frage der Wirksamkeit der DBT/IBT für die beiden Unterbringungsgruppen war abschließend festzuhalten, dass sich in Bezug auf den FAF kein selektives Wirken der Therapie zeigte, d. h. keine der Wechselwirkungen war signifikant (vgl. Tabelle 22).

4.4.3 Belastung durch depressive Symptome

Im Hinblick auf den unterbringenden Paragraphen gab es bei Stellung der Hypothesen keine Vorannahme welche der beiden Gruppen durch eine höhere Belastung gekennzeichnet sein könnte. Allerdings wurde durch die Auswertung des geschlechtsspezifischen Vergleichs deutlich, dass die Frauen signifikant mehr durch depressive Symptome belastet waren, als die Männer und alle Frauen waren bekanntlich nach § 63 StGB untergebracht. Beim Vergleich der beiden Unterbringungsgruppen zeigte sich nun, dass die § 63 StGB Patienten zu beiden Erhebungszeitpunkten einen deutlich höheren BDI Gesamtwert aufwiesen als die § 64 StGB Patienten (vgl. Tabelle 27 u. 28). Die Varianzanalyse bestätigte, dass der Gruppenunterschied statistisch signifikant war (vgl. Tabelle 29).

Es war somit zu vermuten, dass die bedeutsam höheren Summenwerte der § 63 StGB Patienten durch die deutlich höheren Depressionswerte der Frauen zu erklären sein würden. Bei einer Überprüfung der Prä-Post-Veränderungen ohne die Werte der Frauen zeigte sich dann auch, diese Annahme bestätigend, ein signifikanter Effekt für die Messwiederholung ($F(1,36) = 19{,}33$; $p = .001$), der Gruppenvergleich hingegen war nicht (mehr) signifikant ($F(1,36) = 2{,}40$, $p = .130$). Dies belegte, dass sich die männlichen forensischen Patienten, gleich ob sie nach § 63 StGB oder § 64 StGB untergebracht waren, nicht im Hinblick auf eine depressive Symptomatik unterschieden. Der signifikante Gruppenvergleich lässt sich somit über die höheren Depressionswerte der Frauen, die alle in den Summenwert der § 63 StGB Patienten einfließen, erklären.

Hingegen zeigte sich auch beim BDI, wie schon beim FAF, kein signifikant positiver Wechselwirkungseffekt und damit kein selektives Wirken der Therapie.

4.4.4 Belastung durch interpersonale Probleme

Es zeigte sich, für § 63 StGB wie auch für § 64 StGB Patienten, dass sich ihre Mittelwerte beim Prä-Post-Vergleich positiv veränderten, d. h. interpersonale Probleme abnahmen.

Dieser Befund war für die § 63 StGB Patienten für vier Bereiche des IIP (IIP6 bis IIP8) signifikant mit annähernd moderaten Effektstärken (vgl. Tabelle 34). Für die § 64 StGB Patientengruppe war die Mittelwerteverkleinerung, mit Ausnahme der Skala 6 des IIP, durchweg signifikant. Für die Bereiche autokratisch/dominant (IIP1), streitsüchtig/konkurrierend (IIP2), abweisend/kalt (IIP3) sowie expressiv/aufdringlich (IIP8) wies die Abnahme der Belastung mittlere Effektstärken auf und war insbesondere für diese Bereiche als bedeutsam anzusehen (vgl. Tabelle 35).

Beim Vergleich der beiden Patientengruppen (Gruppenvergleiche der Varianzanalysen) zeigte sich, dass für die Problembereiche der Ausnutzbarkeit oder der Schwierigkeit nein zu sagen (IIP6), des Gefühls anderen zu sehr gefallen zu müssen/gemocht werden zu wollen (IIP7) und sich als zu gesprächig, beachtungssuchend zu erleben (IIP8) signifikante Unterschiede bestanden (vgl. Tabelle 36). Die nach § 64 StGB untergebrachten Suchtpatienten berichteten hier über substantiell weniger Schwierigkeiten.

Angesichts der Tatsache, dass die Frauen über deutlich mehr Probleme im zwischenmenschlichen Bereich klagten und dass alle 8 Frauen nach § 63 StGB untergebracht waren, wurde überprüft, ob der gefundene Gruppenunterschied der Skalen IIP6, IIP7 und IIP8 durch die Zugehörigkeit der Frauen zur Gruppe der § 63 StGB Patienten bedingt war. Dies bestätigte sich für alle drei Skalen des IIP-D: In den Varianzanalysen (ohne die Werte der Frauen) zeigte sich für keinen dieser drei IIP-D Bereiche ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden männlichen Patientengruppen. Somit scheint für die hier untersuchten männlichen forensischen Patienten der unterbringende Paragraph, keinen bedeutsamen Einfluss auf das Ausmaß zwischenmenschlicher Probleme zu haben. Für die Frauenstichprobe konnte ein solcher Vergleich nicht durchgeführt werden, da es keine nach § 64 StGB untergebrachten Frauen in dieser Untersuchung gab.

Allgemein war jedoch festzustellen, dass sich in der hier untersuchten Stichprobe kein selektives Wirken im Hinblick auf interpersonale Probleme zeigte.

4.5 Stärken und Limitation der Untersuchung

4.5.1 Das Design

Die referierten und diskutierten Ergebnisse stammen aus einer naturalistischen Untersuchung in verschiedenen Maßregelvollzugseinrichtungen. Die Stärke dieser Untersuchungen ist ihre Nähe zur Realität des Maßregelvollzugs. Die Forschung war in den Alltag der Patienten eingebunden – Forschung findet hier mit den „Beforschten" statt und nicht über sie. Bezüglich des naturalistischen Forschungsansatzes ist zu sagen, dass, allen unkontrollierbaren Einflüssen zum Trotz, gerade die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf den Alltag im Maßregelvollzug für ein solches Vorgehen spricht. Denn dieser Mangel wohnt gerade RCT-Studien (randomised controlled trial) inne, worauf Tschuschke (2005) kritisch hinweist.

Zu denken wäre jedoch an ein quasi-experimentelles Design. Schalast et al. (2009 a) weisen hierzu insbesondere auf die Möglichkeit des Matching hin, d. h. „jedem Probanden der Interventionsgruppe (wird) aus der Gesamtheit nicht behandelter Personen ein Zwilling zugewiesen" (Schalast et al 2009 a, S. 186). Diese, die Daten stärkende, Methode wäre auch für Untersuchungen im Maßregelvollzug denkbar. Hierzu müssten aber insbesondere größere finanzielle Ressourcen für die Begleitforschung zur Verfügung gestellt werden. Die Aussagekraft der Daten wäre jedoch ungleich höher.

Die größte Limitation der hier vorgestellten Ergebnisse entstammt der Datenaggregation, d. h. des Zusammenfassens von Daten, die keinem einheitlichen Forschungskonzept entstammten. So wurden unterschiedlich umfassend sozio-demographische Angaben erhoben und es kamen nicht überall dieselben Fragebogen zum Einsatz. Eine gemeinsame Bewertung der Wirksamkeit von Dialektisch-Behavioraler Therapie und Integrativ-Behavioraler Therapie erschien jedoch trotzdem, da die IBT auf DBT aufbaut und die wesentlichen Module somit identisch sind, legitim.

Jenseits von methodischen Fragen der Zusammenführung von Daten ist die Frage nach dem Wirken unspezifischer Faktoren wie z.B. des Stationsklimas, der Beziehung zwischen Mitarbeitern und Patienten, der Frage, ob das Therapieprogramm stationsintern (alle Patienten und die Gruppenleiter entstammen einer Station) oder stationsübergreifend (Patienten verschiedener Stationen bilden eine DBT-/IBT Gruppe) angeboten wird.

Für nachfolgende Untersuchungen wäre es aufschlussreich, Patienten nach Stationen getrennt zu untersuchen bzw. Patienten, die auf einer Station sind, auf der DBT oder IBT angeboten wird, mit solchen zu vergleichen, die an stationsübergreifenden Gruppen teilnehmen. Des Weiteren wäre es interessant mehr über die Veränderung der Stimmung, des Stationsklimas und der Beziehungen zwischen Patienten und Mitarbeitern zu erfahren. Dies kann einerseits mittels eines Fragebogens, den beide ausfüllen, erfolgen. Andererseits durch qualitative Erhebungen, z.B. Interviews, die sich spezifisch solchen Inhalten zuwenden.

Bezüglich der Wirksamkeit wäre es, da es sich ja um forensische Patienten handelt, besonders interessant, wie der weitere Verlauf ist. Wie sieht es ein oder zwei Jahre später, wie nach Entlassung (sofern diese erfolgt) aus? Um dies zu beantworten wären längerfristige Forschungsansätze notwendig. Diese sind aufwendig, könnten aber auch helfen, in die breite Therapielandschaft, die mittlerweile im Maßregelvollzug etabliert ist, mehr Klarheit bezüglich der Wirksamkeit zu bringen.

4.5.2 Repräsentativität der Daten

In einem ersten Schritt wurde untersucht, wie repräsentativ die Patientenstichprobe für Maßregelvollzugspatienten im Allgemeinen ist. Die hierzu ausgewählten Vergleichsparameter Geschlecht, Alter, Nationalität, Schulbildung, weitere Bildung, Nationalität, Familienstand, Kinder, das Hauptunterbringungsdelikt, die Strafhöhe, Persönlichkeitsstörungen und Substanzabhängigkeit sind gängige Parameter, welche grundsätzlich eine gute Stichprobenbeschreibung und Vergleichbarkeit mit anderen Untersuchungsergebnissen ermöglichte. Kritisch anzumerken ist, dass die Diagnosen einer Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankung auf Aktenlage beruhen. Formal wurden sie überwiegend während der Erstellung der Gutachten zur Beurteilung der Voraussetzungen zur Anwendung der §§ 20, 21, 63, 64 StGB erstellt. Die Qualität forensicher Gutachten lässt jedoch häufig zu wünschen übrig (z.B. Pfäfflin 1978, Pfäfflin 2006 b, Habermeyer 2004, Kunzl 2011). Oft werden schon die von Boetticher et al. (2005) aufgestellten Mindeststandards nicht eingehalten. In Bezug auf Aussagen zu psychologisch relevanten Phänomenen wie Intelligenzleistungen findet Kunzl (2011) in einer Überprüfung österreichischer Gutachten zur Zurechnungsfähigkeit und Gefährlichkeitsprognose von Sexualstraftätern, dass knapp 40 % der Gutachter zwar durchaus Aussagen treffen, allerdings ohne einen psychometrischen Test entweder selber durchgeführt oder in Auf-

trag gegeben zu haben. Leygraf (2004) kritisiert allgemein die vorschnelle Feststellung einer Persönlichkeitsstörung aufgrund der Erfüllung der entsprechenden DSM-IV oder ICD-10 Kriterien ohne hinreichend kritische Prüfung, ob überhaupt die allgemeinen Merkmale einer Persönlichkeitsstörung vorliegen. Dies führt seines Erachtens dann auch zur vorschnellen Diagnose einer antisozialen Persönlichkeitsstörung, bei der es sich neben der Emotional instabilen Persönlichkeitsstörung um die häufigste im Maßregelvollzug vergebene Persönlichkeitsstörungsdiagnose handelt, wobei gerader der Antisozialen Persönlichkeitsstörung laut Untersuchungen von Schalast et al. (2009 b) prognostisches Gewicht zukommt.

Allgemein ist jedoch festzustellen, dass in den meisten der hier referierten und publizierten Ergebnisse in der Regel darauf verzichtet wird darzustellen, wer mit welcher Qualifikation oder Schulung Daten erhoben hat. In Gesamtbetrachtung kann man das Fazit ziehen, dass die hier erhobenen Daten einigen Limitationen unterliegen. Diese können jedoch kaum als spezifisch für diese Untersuchung gelten und somit scheint es gerechtfertigt die Ergebnisse, wenn auch mit der gebotenen kritischen Sicht, denen anderer Untersuchungen an die Seite zu stellen und mit diesen in Beziehung zu setzten.

Die Auswahl der hier untersuchten Konstrukte psychischer und somatischer Symptome, Aggressivitätsfaktoren, interpersonale Probleme sowie depressive Symptome stellt eine Einschränkung, aber zugleich auch gute Auswahl dar. Insbesondere interpersonale Schwierigkeiten und Aggressivität erschienen für eine forensische Klientel als besonders geeignet, denn die Defizite spiegeln sich auch in den Delikten der Patienten wider. Weitere relevante Aspekte wie z.B. familiäre Belastungen durch Risikofaktoren wie Alkoholabhängigkeit der Eltern, Armut, Delinquenz oder psychische Störungen in der Herkunftsfamilie wurden nicht untersucht.

4.5.3 Erhebung mittels Fragebogen

Die Erhebung mittels standardisierter Fragebogen gewährleistet eine gute Auswertbarkeit und Vergleichbarkeit sowohl zwischen den Gruppen als auch zwischen Messzeitpunkten. Die vorliegend ausgewählten Fragebogen zählen alle zu den bewährten Messinstrumenten, für welche die Gütekriterien der Validität, Reliabilität und Objektivität gesichert sind.

Inhaltlich ist jedoch anzumerken, dass die Fragebogen nicht für forensische Patienten konstruiert wurden. Alle Fragebogen enthalten Items, die unter normalen Lebensumständen einfach zu beantworten sind und sich auf alltägliche Gegebenheiten beziehen, die jedoch außerhalb der Lebensrealität von Maßregelvollzugspatienten liegen. Diese bewegen sich nicht im öffentlichen Raum und können Fragen wie z.B. „wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße“ (SCL-90-R, Frage 13) oder „Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug“ (SCL-90-R, Frage 47) meist nicht beantworten. Und auch Fragen wie z.B. „Nach einer Party habe ich oft Lust, mit den anderen noch irgendwie Leute zu ärgern“ (FAF, Frage 48) regte einige Patienten zu schriftlichen Bemerkungen wie „keine Ahnung wann ich das letzte Mal auf einer Party war“ an. Dies ist verständlich, da der Lebensalltag der Patienten oft schon seit vielen Jahren durch den begrenzenden Rahmen der Maßregelvollzugsanstalt geprägt ist.

Ein formales Problem stellte das Ausfüllen der Fragebogen dar. Die Fragebogen wurden in der Regel zeitlich vor der Durchführung der Interviews (die in dieser Arbeit nicht referiert wurden) in die Einrichtungen versandt. Ziel war es, den Patienten Zeit zu geben die Fragebogen in Ruhe auszufüllen. Es schien gerade für belastete Patienten sinnvoll keinen zeitlichen Druck bezüglich der Beantwortung auszuüben. Andererseits konnte so nicht sichergestellt werden, dass alle Patienten ihre Fragebogen selbständig ausfüllten.

Zudem haben zum Teil die Therapeuten die Fragebogenmappen der Patienten nach dem Ausfüllen aufbewahrt. Dadurch ging auf der einen Seite kein Fragebogen verloren. Auf der anderen Seite könnte dies bei einigen Patienten die Befürchtung ausgelöst haben, dass die Therapeuten ihre Angaben kontrollieren. Dies könnte sich ungünstig auf die Offenheit ausgewirkt haben. Für die psychisch stabileren Patienten wäre daher zu überlegen, ob man ihnen nicht die Fragebogen direkt aushändigt und um Sofortbeantwortung bittet. Für schwächere und belastete Patienten, die Zeit und unter Umständen auch Hilfe in Anspruch nehmen müssen, wäre ein solches Vorgehen allerdings nicht geeignet.

Grundsätzlich gilt für die Erhebung mittels Selbstbeurteilungsinstrumenten, dass die Ergebnisse durch Effekte der sozialen Erwünschtheit beeinflusst werden. Um diese Effekt zu minimieren, wurden die Patienten im Vorfeld schriftlich sowie im Rahmen einer persönlichen Informationsrunde darüber informiert, dass ihre Angaben ausschließlich

für die Evaluation der Therapie verwendet werden. Es wurde ihnen mitgeteilt, dass die Mitarbeiter der wissenschaftlichen Begleitforschung keinen Einfluss auf den Verlauf ihrer Maßregel (z.B. durch Berichte etc.) nehmen können und wollen. Trotzdem ist nicht auszuschließen, dass Patienten die Angabe von weniger oder leichteren Symptomen mit einer besseren Prognose und einem kürzeren Verlauf der Maßregel assoziiert haben.

Um die Aussagekraft der in dieser Untersuchung enthaltenen Ergebnisse aus den quantitativen Daten zu erhöhen, könnten diese mit den Ergebnissen der semistrukturierten Interviews in Beziehung gesetzt werden. Eine solche Untersuchung könnte Gegenstand einer weiteren wissenschaftlichen Arbeit sein.

4.5.4 Untersuchereffekte

Durch die oft mehrtägige Anwesenheit der wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen auf den Stationen entstand eine deutlich größere Nähe zwischen Untersucherinnen und Patienten als dies bei reinen Fragebogenerhebungen oft üblich ist. Dies stärkte einerseits den Vertrauensaufbau zwischen Untersucherinnen und Patienten und mithin die Bereitschaft zur Teilnahme an der Begleitforschung, stellte aber insbesondere zu den Endmesszeitpunkten einen Faktor dar, der möglicherweise auf die Daten Einfluss genommen hat, z.B. in dem Wunsch, in den Augen der Untersucherinnen positive Ergebnisse zu erlangen.

Dem könnte für künftige Forschungsprojekte begegnet werden, indem Datenerhebung und –auswertung personell getrennt voneinander erfolgen.

5 Zusammenfassung

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, Aussagen über die Wirksamkeit von Dialektisch-Behavioraler Therapie (DBT) und Integrativ-Behavioraler Therapie (IBT) in der Behandlung von Maßregelvollzugspatienten, zu erhalten. Dabei wurde neben Veränderungen für die Gesamtpatientengruppe untersucht, wie sich der Verlauf für Frauen und Männer sowie nach § 63 StGB und nach § 64 StGB untergebrachte Patienten darstellte. Es wurde für die Gesamtpatientengruppe wie auch für die Teilgruppen eine positive Veränderung beim Vergleich vor und nach Teilnahme an der DBT oder IBT erwartet. In einem weiteren Schritt wurde überprüft, ob die Therapie selektiv für eine der Teilgruppen wirkte, wovon nicht ausgegangen wurde.

Die 64 Patienten stammten aus vier Maßregelvollzugseinrichtungen: der LVR-Klinik Bedburg-Hau, den LWL-Maßregelvollzugskliniken Zentrum für Forensische Psychiatrie Lippstadt (Eickelborn) und Schloss Haldem sowie dem Fachkrankenhaus für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie Moringen. Dort wurden im Zeitraum von 2003 bis 2010 Daten in Einzelprojekten erhoben. Aus den Einzeluntersuchungen konnten für vier Messinstrumente, die SCL-90-R, den FAF, das BDI und das IIP-D, ausreichend große Datensätze für eine gemeinsame Auswertung gewonnen werden.

Die erste Hypothese, dass die hier untersuchte Stichprobe repräsentativ für Maßregelvollzugspatienten im Allgemeinen war, wurde bestätigt. Ebenso wurde die zweite Hypothese bestätigt, die Gesamtpatientengruppe verbesserte sich, in der Mehrzahl der erfassten Symptombereiche beim Vergleich vor und nach der Therapie, signifikant.

Anders als erwartet stellte sich der Verlauf für Männer und Frauen dar: Im geschlechtsspezifischen Vergleich zeigte sich in allen Krankheits- und Störungsbereichen, dass die Frauen durchweg stärker belastet waren als die Männer. Frauen wiesen häufig deutlich höhere Anfangs- und Endwerte auf als Männer. Dies belegte, dass die weiblichen Patienten in einem viel stärkeren Maße krank waren ihre männliche Vergleichsgruppe. Die dritte Hypothese bestätigte sich somit im Hinblick auf die Männer, nicht jedoch für die Frauen und gilt somit insgesamt als nicht bestätigt.

Auch die vierte Hypothese fand keine Bestätigung. Beim Vergleich von § 63 StGB und § 64 StGB Patienten zeigte sich, dass die Suchtpatienten meistens eine deutlichere Symptomreduktion erzielten. Hier verzerrten zwar die höhere Symptombelastung der

Frauen das Gruppenergebnis für die § 63 StGB Patienten. Andererseits zeigte sich, dass Suchtpatienten unabhängig davon häufig eine deutlichere Verbesserung erfuhren. Für diesen Befund wurde eine möglicherweise höhere Therapiemotivation durch in Aussicht stehenden Lockerungen oder anstehenden Entlassungen diskutiert. Kritisch gesehen wurde jedoch auch der Aspekt einer, gerade aus anstehenden Lockerungen möglicherweise resultierender Tendenz sozial erwünscht zu antworten.

Trotz aller in den t-Tests gefundenen Unterschiede zeigten die Varianzanalysen, dass die DBT und IBT grundsätzlich für alle Patienten geeignet ist.

Methodische Stärken dieses Forschungsansatzes waren insbesondere die Nähe zu den Beforschten und die Möglichkeit objektive Daten durch subjektive Eindrücke zu ergänzen. Als methodische Schwächen wurde die Zusammenführung der Daten unterschiedlicher Untersuchungen, die Auswahl der Konstrukte, die Erhebung mittels Fragebogen sowie Untersuchereffekte diskutiert. Als inhaltliche Stärke ist darüber hinaus zu nennen, dass nicht nur die Gesamtpatientengruppe untersucht wurde, sondern dass die Ergebnisse der Frauen und Männer und der Patienten, die nach den Maßregeln gemäß § 63 StGB und § 64 StGB untergebracht sind, verglichen wurden. Derartige Vergleiche wurden in der Vergangenheit selten unternommen, obwohl in der Literatur häufig auf Unterschiede z.B. zwischen Frauen und Männern hingewiesen wird, z.B. die höhere Rate an Traumatisierungen unter Frauen oder ihre häufig schwerere psychische Erkrankung. Interessanterweise scheint der direkte Vergleich zwischen § 63 StGB und § 64 StGB Patienten selten stattzufinden. Dabei liegt zumindest auf der Hand, dass sich diese Patientengruppen elementar unterscheiden, was die Ausgestaltung der Maßregel betrifft. Kritisch kann man fragen, ob dies evtl. so ist, weil es die Allgemeinheit wie auch die Fachwelt mehr interessiert, ob die Menschen wohl wieder straffällig werden, als der Frage nachzugehen, wie man ihnen am besten psychiatrisch und psychotherapeutisch helfen könnte. Vielleicht werden sie doch oft eher als Täter, denn als Patienten betrachtet.

Des Weiteren wurde für zukünftige Untersuchungen die Erfassung von Größen wie Stationsklima, Veränderungen des Umgangs zwischen Mitarbeitern und Patienten angeregt; ebenso ein längerfristiger Untersuchungsansatz, der Aufschluss darüber geben könnte, ob die gefundenen Effekte auch dauerhaften Bestand im normalen Leben haben.

6 Literaturverzeichnis

1. Agarwalla, P. & Küchenhoff, J. (2004). Teilstationäre Psychotherapie. Ergebnisse, Katamnese, Einflussfaktoren. *Psychotherapeut, 49,* 261-271.

2. Allen, B. (2008). An analysis of the impact of diverse forms of childhood psychological maltreatment on emotional adjustment in early *adulthood. Child Maltreatment, 13,* 307-312.

3. Bannenberg, B. (2003). Migration - Kriminalität - Prävention, Gutachten zum 8. Deutschen Präventionstag. In: Kerner, H.-J.; Marks, E. (Hrsg.): *Internetdokumentation Deutscher Präventionstag. Hannover* http://www.praeventionstag.de/content/8_praev/gutachten.html (12.01.2013).

4. Barley, W., Buie, S., Peterson, E., Hollingsworth, A. S., Griva, M., Hickerson, S. C., Lawson, J. E. & Bailey, B. J. (1993). Development of an inpatient cognitive treatment program for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, *7*, 232-240.

5. Bartlett, A. & Hassell, Y. (2001). Do women need special secure services? *Advances in Psychiatric Treatment*, *7*, 302-309.

6. Bateman, A. W. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalization-based treatment*. New York: Oxford University Press.

7. Becker, R., Heimberg, R. & Bellack, A. (1987). *Social skills training for treatment for depression*. New York: Pergamon.

8. Becker, P. & Quinten, C. (2003). Persönlichkeitstypen und Persönlichkeitsstörungen bei stationär behandelten Alkoholabhängigen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 32,* 104-116.

9. Benjamin, L. S. (1988). SASB. *Short form user´s manual*. Salt Lake City: INTREX Interpersonal Institute Inc.

10. Berger, J., Scheurer, H., Honecker, Y., Andritsch, F. & Six, A. T. I. (1999). Straffällige Alkohol- und Drogenabhängige. *Fortschritte Neurologische Psychiatrie, 67*, 502-508.

11. Berking, M., Ebert, D., Cuijpers, P. & Hofmann, S. G. (2013). Emotion regulation skills training enhances the efficacy of inpatient cognitive behavioral therapy for major depression: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *82*, 234-245.

12. Bertolote, J. M., Fleischmann, A., De Leo, D. & Wassermann, D. (2004). Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence. *Crisis*, *25*, 147-155.

13. Berzins, L. G. & Trestmann, R. L. (2004). The development and implementation of Dialectic Behavioral Therapy in forensic settings. *International Journal of Forensic Mental Health*, *3*, 93-103.

14. Best, D. & Rössner, D. (2006). Die Maßregel der Besserung und Sicherung. In: H.-L. Kröber, D. Dölling, N. Leygraf & H. Sass (Hrsg.) *Handbuch der Forensischen Psychiatrie. Band 1, Strafrechtliche Grundlagen der Forensischen Psychiatrie* (S. 250-297). Darmstadt: Steinkopff.

15. Bezzel, A. (2008). *Therapie im Maßregelvollzug – und dann? Eine Verlaufsuntersuchung an forensischen Patienten (§§ 63 und 64 StGB)*. Universität Regensburg: Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde der Philosophischen Fakultät II (Psychologie, Pädagogik und Sportwissenschaften).

16. Black, D. W., Allen, J., St. John, D., Pfohl, B., McCormick, B. & Blum, N. (2009). Predictors of response to Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for borderline personality disorder: an exploratory study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *120*, 53-61.

17. Blackburn, R. (2004). "What works" with mentally disordered offenders. Psychology. *Crime & Law*, *10*, 297-308.

18. Blackburn, R. & Coid, J.W. (1999). Empirical clusters of DSM-III personality disorders in violent offenders. *Journal of Personality Disorders*, *13*, 18-34.

19. Blow, F. C., Cook, C. L., Booth, B. M., Falcon, S. P. & Friedman, M. J. (1992). Age-related psychiatric comorbidities and level of functioning in alcoholic veterans seeking outpatient treatment. *Hospital & Community Psychiatry*, *43*, 990-995.

20. Boetticher, A., Nedopil, N., Bosinski, H. & Saß, H. (2005). Mindestanforderungen für Schuldfähigkeitsgutachten. *Neue Zeitschrift für Strafrecht*, *25*, 57-62.

21. Bohus, M. & Batruff, H. (2000). Dialektisch Behaviorale Therapie der Borderline-Störung im stationären Setting. *Psychotherapie im Dialog, 4*, 55-66.

22. Bohus, M. & Brokuslaus, I. (2006). Körpertherapie im Rahmen der dialektisch behavioralen Therapie. In: A. Remmel (Hrsg.). *Handbuch Körper und Persönlichkeit* (S. 272-284). Stuttgart: Schattauer.

23. Bohus, M., Dyer, A. S., Priebe, K., Krüger, A., Kleindienst, N., Schmahl, Ch., Niedtfeld, J. & Steil, R. (2013). Dialectical behaviour therapy for post-traumatic stress disorder after childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: A randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics, 82*, 221-233.

24. Bohus, M, Haaf, B., Simms, T., Limberger, M. F., Schmahl, Ch., Unckel, Ch., Lieb, K. & Linehan, M. M. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behaviour Research and Therapy, 42*, 487-499.

25. Bohus, M., Haaf, B., Stiglmayr, Ch., Pohl, U., Böhme, R. & Linehan, M. (2000). Evaluation of inpatient Dialectical-Behavioral Therapy for Borderline Personality Disorder – a prospective study. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 875-887.

26. Bohus, M. & Höschel, K. (2006). Psychopathologie und Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Psychotherapeut, 51*, 261-270.

27. Bohus, M. & Huppertz, M. (2006). Wirkmechanismen achtsamkeitsbasierter Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 54*, 265-276.

28. Bohus, M., Swenson, Ch., Sender, I., Kern, I. & Berger, M. (1996). Die Anwendung der „Dialektisch-Behavioralen Therapie“ für Borderline-Störungen im stationären Bereich. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutische Medizin und Klinischer Psychologie*, *1*, 32-43.

29. Bohus, M. & Wagner, A. W. (2000). Dialektisch-behaviorale Therapie früh traumatisierter Patientinnen mit Borderline-Störung. In U. T. Egle, S. O. Hoffmann & P. Joraschky (Hrsg.). *Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung* (S. 405-432). Stuttgart: Schattauer.

30. Boothby, J. L. & Durham, T. W. (1999). Screening for depression in prisoners using the Beck Depressions Inventory. *Criminal Justice and Behavior, 26*, 107-124.

31. Bottlender, M., Bottlender, R., Scharfenberg, C. D. & Soyka, M. (2003). Die Bedeutung von Persönlichkeitsstörungen für den Therapieverlauf einer ambulanten Alkoholentwöhnungstherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 53*, 384-389.

32. Brähler, E., Horowitz, L. M., Kordy, H., Schumacher, J. & Strauß, B. (1999). Zur Validierung des Inventars zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP) – Ergebnisse einer Repräsentativbefragung in Ost- und Westdeutschland. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 49*, 422-431.

33. Brassington, J. & Krawitz, R. (2006). Australasian dialectical behaviour therapy pilot outcome study: effectiveness, utility and feasibility. *Australasian Psychiatry, 14*, 313-319.

34. Carter, G. L., Willcox, Ch. H., Lewin, T. J., Conrad, A. M. & Bendit, N. (2010). Hunter DBT project: randomized controlled trial of dialectical behaviour therapy in women with borderline personality disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 44*, 162-173.

35. Chambers, J. C., Yiend, J., Barrett, B., Burns, T., Doll, H., Fazel, S., Jenkinson, C., Kaur, A., Knapp, M., Plugge, E., Sutton, L. & Fitzpatrick, R. (2009). Outcome measures used in forensic mental health research: a structured review. *Criminal Behaviour and Mental Health, 19*, 9-27.

36. Chapman, A. L. & Cellucci, T. (2007). The role of antisocial and borderline personality features in substance dependence among incarcerated females. *Addictive Behaviors, 32*, 1131-1145.

37. Chapman, A. L., Specht, M. W. & Cellucci, T. (2005). Factors associated with suicide attempts in female inmates: The hegemony of hopelessness. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 33*, 558-569.

38. Chen, E. Y., Matthews, L., Allen, Ch., Kuo, J. R. & Linehan, M. M. (2008). Dialectical Behavior Therapy for clients with binge-eating disorder or bulimia nervosa and borderline personality disorder. *International Journal of Eating Disorders*, *41*, 505-512.

39. Clarkin, J. F., Foelsch, P., Levy, K., Hull, J., Delaney, J. & Kernberg, O. F. (2001). The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: A preliminary study of behavioral change. *Journal of Personality Disorders*, *15*, 487-495.

40. Clarkin, J. F., Yeomans, F. E. & Kernberg, O. F. (1999). *Psychotherapy for Borderline Personality*. New York: Wiley.

41. Cohen, J. (1962). The statistical power of abnormal-social psychological research. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, *65*, 145-153.

42. Cohen, P., Chen, H., Crawford, T. N., Brook, J. S. & Gordon, K. (2007). Personality disorders in early adolescence and the development of later substance use disorders in the general population. *Drug and Alcohol Dependence*, *88*, 71-84.

43. Coid, J. W. (1992). DSM-III diagnosis in criminal psychopaths: a way forward. *Criminal Behaviour and Mental Health*, *2*, 78-94.

44. Coid, J., Kahtan, N., Gault, S. & Jarman, B. (2000). Women admitted to secure forensic psychiatry service I: Comparison of women and men. *The Journal of Forensic Psychiatry*, *11*, 275-295.

45. Cook, W. L. & Kenny, D. A. (2005). The Actor-Partner Interdependence Model: A model of bidirectional effects in development studies. *International Journal of Behavioural Development*, *29*, 101 – 109.

46. Côte, G. & Hodgins, S. (1992). The prevalence of major mental disorders among homicide offenders. *International Journal of Law and Psychiatry*, *15*, 89-99.

47. Courbasson, Ch., Nishikawa, Y. & Dixon, L. (2012). Outcome of dialectical behaviour therapy for concurrent eating and substance use disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *19*, 434-449.

48. Craig, R. J. & Olson, R. E. (1990). MCMI comparison of cocaine abusers and heroin addicts. *Journal of Clinical Psychology*, *46*, 230-237.

49. Davenport, S. (2004). A gender-sensitive therapeutic environment for women. In P. Campling, S. Davies & G. Farquharson (Eds.) *Toxic institutions to therapeutic environments*. London: Gaskell.

50. Deister, A. (2009). Persönlichkeitsstörungen. In: H-J. Möller, G. Laux & A. Deister (Hrsg.). *Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 355-375). 4. überarbeitete und erweiterte Auflage, Stuttgart: Georg Thieme.

51. De Ruiter, C. & Greeven, P. G. J. (2000). Personality disorders in a Dutch forensic psychiatric sample: convergence of interview and self-report measure. *Journal of Personality Disorders*, *14*, 162-170.

52. Dessecker, A. (2005). Die Überlastung des Maßregelvollzugs: Folge von Verschärfungen im Kriminalrecht? *Neue Kriminalpolitik*, *17*, 23-28.

53. Detter, K. (1999). Zum Strafzumessungs- und Maßregelrecht. *Neue Zeitschrift für Strafrecht*, *19*, 494-500.

54. DGPPN (2013). Enquete 1975 – Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. http://www.dgppn.de/schwerpunkte/versorgung/enquete.html (15.05.2013).

55. Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, W. M. (2005). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F).* (5. durchgesehene und ergänzte Auflage). Bern: Huber.

56. Dimeff, L., Rizvi, S. L., Brown, M. & Linehan, M. M. (2000). Dialectic Behavior Therapy for substance abuse: a pilot application to methamphetamine-dependent woman with borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, *7*, 457-468.

57. Driessen, M., Veltrup, C., Wetterling, T., John, U. & Dilling, H. (1998). Axis I and axis II comorbidity in alcohol dependence and the two types of alcoholism. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 22*, 77-86.

58. Du Bois, R. (2007). Externe Fallsupervision im Maßregelvollzug. *Recht & Psychiatrie*, *25*, 6-9.

59. Egg, R., Pearson, F. S., Cleland, C. M. & Lipton, D. S. (2001). Evaluation von Straftäterbehandlungsprogrammen in Deutschland. Überblick und Meta-Analyse. In: G. Rehn, B. Wischka & M. Walter (Hrsg) *„Behandlung gefährlicher Straftäter". Grundlagen, Konzepte, Ergebnisse* (S. 321-347). Herbolzheim: Centaurus.

60. Elzy, M. B. (2011). Examining the relationship between childhood sexual abuse and borderline personality disorder: does social support matter. *Journal of Child Sexual Abuse*, *20*, 284-304.

61. Ermer, A. (2008). Forensisch-psychiatrische Therapie. Störungs- und deliktorientierte Behandlung. *Zeitschrift für Psychiatrie*, *Psychologie und Psychotherapie*, *56*, 79-87.

62. Evershed, S., Tennant, A., Boomer, D., Rees, A., Barkham, M. & Watson, A. (2003). Pracitce-based outcomes of Dialectic Behaviour Therapy (DBT) targeting anger and violence, with male forensic patients: a pragmatic and non-contemporaneous comparison. *Criminal Behaviour and Mental Health, 13*, 198-213.

63. Fädrich, S. & Pfäfflin, F. (2000). Zur Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen bei Strafgefangenen. *Recht & Psychiatrie*, *18*, 95-104.

64. Fassbinder, E., Rudolf, S., Bussiek, A., Kröger, C., Arnold, R., Greggersen, W., Hüppe, M., Sipos, V. & Schweiger, U. (2007). Effektivität der dialektischen Verhaltenstherapie bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung im Langzeitverlauf. Eine 30-Monats-Katamnese nach stationärer Behandlung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, *57*, 1-9.

65. Federici, A. & Wisniewski, L. (2013). An intensive DBT program for patients with multidiagnostic eating disorder presentations: A case series analysis. *International Journal of Eating Disorders*, *46*, 322-331.

66. Fiedler, P. (2001) *Persönlichkeitsstörungen*. 5. Auflage. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

67. Flora, N., Barbaree, H., Simpson, A. I.F., Noh, S. & McKenzie, K. (2012). Pathways to forensic mental health care in Toronto: a comparison of European, African-Caribbean, and other ethnoracial groups in Toronto. *Canadian Journal of Psychiatry, 57,* 414-421.

68. Fonagy, P. (2006). Persönlichkeitsstörung und Gewalt. Ein psychoanalytisch-bindungstheoretischer Ansatz. In: O. F. Kernberg & H-P. Hartmann (Hrsg) *Narzissmus. Grundlagen – Störungsbilder – Therapie* (S. 326-365). Stuttgart, New York: Schattauer.

69. Fontao, M. I., Pfäfflin, F. & Lamott, F. (2006). Anwendung der Übertragungsfokussierten Psychotherapie (TFP) auf die Behandlung von Maßregelvollzugspatienten. Eine Pilotstudie. *Recht & Psychiatrie*, *24*, 193-200.

70. Ford, J. D., Chang, R., Levine, J. & Zhang, W. (2013). Randomized clinical trial comparing affect regulation and supportive group therapies for victimization-related PTSD with incarcerated women. *Behavior Therapy*, *44*, 262-276.

71. Franke, G.H. (1995). *Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version*. Göttingen: Beltz Test Gesellschaft.

72. Gericke, B. & Kallert, T. W. (2007). Zum Outcome der Maßregelvollzugsbehandlung nach § 64 StGB. *Psychiatrische Praxis*, *34*, 218-226.

73. Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D. & Rolfe, A. (2000). Reductions in acquisitive crime and drug use after treatment of addiction problems: 1-year follow-up outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, *58*, 165-172.

74. Gossop, M., Trakada, K., Stewart, D. & Witton, J. (2005). Reductions in criminal convictions after addiction treatment: 5-year follow-up. *Drug and Alcohol Dependence*, *79*, 295-302.

75. Grass, M. (2012). *Millionen für die Forensik*. http://www.rp-online.de/niederrhein-nord/kleve/nachrichten/millionen-fuer-forensik-1.2711658. (10.02.2013).

76. Greeven, P. G. J. & De Ruiter, C. (2004). Personality disorders in a Dutch forensic psychiatric sample: changes with treatment. *Criminal Behaviour and Mental Health*, *14*, 280-290.

77. Gunderson, J. G. (2005). *Borderline. Diagnostik Therapie Forschung*. Bern: Hans Huber.

78. Gunia, H., Huppertz, M., Friedrich, J. & J. Ehrental. (2000). Dialektisch Behaviorale Therapie von Borderline-Persönlichkeitsstörungen in einem ambulanten Netzwerk. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, *32*; 651-662.

79. Habermeyer, E. (2004). Typische Fallstricke bei der Begutachtung von Persönlichkeitsstörungen. *Persönlichkeitsstörungen*, *8*, 85-92.

80. Habermeyer, E. & Herpertz, S. C. (2006). Dissoziale Persönlichkeitsstörung. *Nervenarzt*, *77*, 605-617.

81. Habermeyer, E., Passow, D., Puhlmann, P. & Vohs, K. (2008). Die Maßregel der Sicherungsverwahrung: Empirische Befunde zu den Insassen und der psychiatrischen Gutachtenpraxis. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, *76*, 672-677.

82. Haffke, B. (2005). Vom Rechtsstaat zum Sicherheitsstaat? *Kritische Justiz*, *38*, 17-35.

83. Hall, W., Bell, J. & Carless, J. (1993). Crime and drug use among applicants for methadone maintenance. *Drug and Alcohol Dependence*, *31*, 123-129.

84. Hampel, R. & Selg, H. (1998). *FAF - Fragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren. Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.

85. Hare, R. D., Hart, S. D. & Harpur, T. L. (1991). Psychopathy and the DSM-IV criteria for antisocial personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, *100*, 391-398.

86. Hasin, D., Fenton, M. C., Skodol A., Krueger, R., Keyes, K., Geier, T., Greenstein, E., Blanco, C. & Grant, B. (2011). Personality disorders in the 3-year course of alcohol drug, and nicotine use disorders. *Archives of General Psychiatry*, *68*, 1158-1167.

87. Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (2005). *Beck-Depressions-Inventar (BDI)*. 2. überarbeitetete Auflage. Bern: Huber

88. Hautzinger, M., Keller, F. & Kühner, C. (2006) *Beck Depressions-Inventar (BDI-II). Revision.* Frankfurt/Main: Harcourt Test Services.

89. Heinz, W. (2007). Freiheitsentziehende Maßregeln der Besserung und Sicherung, insbesondere für suchtkranke Straftäter – statistische Eckdaten. *Sucht*, *53*, 214-227.

90. Henkel, K., Blocher, D. & Rösler, M. (2001). Erfassung des interpersonalen Verhaltens von inhaftierten Straftätern. *Monatszeitschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, *84*, 107-118.

91. Henriksson, M. M., Aro, H. M., Marttunen, M. J., Heikkinen, M. E., Isometsa, E. T., Kuoppasalmi, K. I. & Lonnqvist, J. K. (1993). Mental disorders and comorbidity in suicide. *American Journal of Psychiatry, 150*, 935-940.

92. Herpertz, C. S. & Sass, H. (2003). *Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart: Georg Thieme.

93. Hessel, A., Schumacher, J., Geyer, M. & Brähler, E. (2001). Symptom-Checkliste SCL-90-R: Testtheoretische Überprüfung und Normierung an einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *Diagnostica, 47*, 27-39.

94. Heubrock, D., Voukava, L. & Petermann, F. (2008). Sind Aussiedler aggressiver? Ein empirischer Vergleich zwischen delinquenten und nichtdelinquenten Deutschen und Russlanddeutschen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, *56*, 293-299.

95. Hodgins, S., Lapalme, M. & Toupin, J. (1999). Criminal activities and substance use of patients with major affective disorders and schizophrenia: A two year follow-up. *Journal of Affective Disorders*, *55*, 187-202.

96. Höfer, K. (1977). *Verhaltensprognose bei jugendlichen Gefangenen*. München: Goldmann.

97. Hoffmann, K. (2007). Strafrechtlich angeordnete Suchtbehandlung im Maßregelvollzug – Stiefkind der Suchttherapie oder fachliche Herausforderung? *Sucht, 53*, 69-71.

98. Hoffmann, K. &Mielke, R. (2007). Suchtkranke delinquente Aussiedler – ist eine schlechte Prognose unabwendbar? *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, 14*, 5-21.

99. Hofstetter, V. (2011). Offene Behandlung und Wiedereingliederung. In: R. Müller-Isberner & S. Eucker (Hrsg.) *Praxishandbuch Maßregelvollzug. Grundlagen, Konzepte und Praxis der Kriminaltherapie* (S. 247-252). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

100. Hollin, C. R. (2001). *Offender assessment and treatment*. New York: Wiley.

101. Horowitz, L. M., Strauß, B. & Kordy, H. (1994). *Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme - Deutsche Version*. Weinheim: Beltz Test GmbH.

102. Höschel, K. (2006). Dialektisch Behaviorale Therapie der Borderline Persönlichkeitsstörung in der Regelversorgung – Das Saarbrücker DBT-Modell. *Verhaltenstherapie, 16*, 17-24.

103. Huchzenmeier, C. & Aldenhoff, J. B. (2002). Zum gegenwärtigen Stand der Forensischen Psychotherapie in Deutschland. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie, 70*, 374-384.

104. Ille, R., Lahousen, T., Rous, F., Hofmann, P. & Kapfhammer, H.P. (2005). Persönlichkeitsprofile und psychische Abweichungen bei psychiatrisch-forensisch begutachteten Straftätern. *Nervenarzt, 76*, 52-60.

105. Jerschke, S., Meixner, K., Richter, H. & Bohus, M. (1998). Zur Behandlungsgeschichte und Versorgungssituation von Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Bundesrepublik Deutschland. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie, 66*, 545-552.

106. Johann, M., Lange, K. & Wodarz, N. (2007). Psychische Komorbiditäten bei Alkoholabhängigen. *Psychiatrische Praxis, 34* (Supplement 1), 47-48.

107. Kemper, A. (2008). Fehleinweisungen in die Entziehungsanstalt. Ergebnisse eines Forschungsprojekts zum Maßregelvollzug gem. § 64 StGB in NRW. *Recht & Psychiatrie, 26*, 15-26.

108. Kemper, A. (2010). Erfolgreiches Krisenmanagement für die Entziehungsanstalt? Eine erste Bilanz zu den Auswirkungen der Maßregelrechtsrefom 2007. *Recht & Psychiatrie, 28*, 81-87.

109. Kleindienst, N., Limberger, M. F., Schmahl, Ch., Steil, R., Ebner-Priemer, U. W. & Bohus, M. (2008). Do improvements after inpatient Dialectial Behavioral Therapy persists in the long term? *The Journal of Nervous and Mental Disease, 196*, 847-851.

110. Kocar, C. (2010). *Indikation und Verlauf Tagesklinischer und Stationärer Psychosomatischer Behandlung*. Medizinische Fakultät der Universität Ulm: Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin.

111. Koons, C. R., Robins, C. & Tweed, J. L., Lynch, T. R., Gonzalez, A. M., Morse, J. G., Bishop, G. K., Butterfield, M. I. & Bastian, L. A. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, *32*, 371-390.

112. Kotler, L. A., Boudreau, G. S. & Devlin, M. J. (2003). Emerging psychotherapies for eating disorders. *Journal of Psychiatric Practice*, *9*, 431-441.

113. Kröber, H-L. (2001). Psychiatrische Beurteilung der unbefristeten Maßregel nach § 63 StGB bei verminderter Schulfähigkeit. In: H-L. Kröber & H-J. Albrecht (Hrsg). *Verminderte Schuldfähigkeit und psychiatrische Maßregel* (S. 147-168). Baden-Baden: Nomos.

114. Kröber, H-L. (2004). Befristung der psychiatrischen Maßregel nach § 63 StGB? In: M. Osterheider (Hrsg.) *Krank und/oder kriminell? Behandlungs- und Organisationsmodell in der Forensik. 18. Eickelborner Fachtagung Forensik 2003* (S. 50-59). Dortmund: PsychoGen.

115. Kröger, C., Harebeck, S., Rickert, I., Wollburg, E., Gersch, K., Armbrust, M. & Kliem, S. (2013). Remission, Response und deren Prädiktion nach einer Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung im stationären Setting. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, *42*, 45-54.

116. Kröger, C., Theysohn, S., Harting, D., Vonau, M., Kahl, K. G., Schunert, T., Rudolf, S. & Reinecker, H. (2006). Effectiveness of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 1211-1217.

117. Küfner, H., Bühringer, G., Schumann, J. & Duwe, A. (1999). Die Rolle der Devianz und Delinquenz bei der Entwicklung und Aufrechterhaltung des Drogenmissbrauchs. In: R. Egg (Hrsg.) *Drogenmissbrauch und Delinquenz* (S. 9-36). Wiesbaden: Eigenverlag Kriminologische Zentralstelle.

118. Kunst, H. & Hoyer, J. (2003). Psychometrische Analysen von IIP und Neo-FFI bei Straftätern. *Diagnostica*, *49*, 24-33.

119. Kunzl, F. K. (2011). *Qualitätsanalyse österreichischer Gutachten zur Zurechnungsfähigkeit und Gefährlichkeitsprognose von Sexualstraftätern*. Medizinische Fakultät der Universität Ulm: Dissertation zur Erlangung des Doktorgrads der Humanbiologie.

120. Kury, H. (1988). *Die Behandlung Straffälliger*. Berlin: Duncker & Humboldt.

121. Lamott, F., Fontao, M. I. & Pfäfflin, F. (2005). *Implementation und Evaluation manualisierter psychodynamischer und kognitiv-behavioraler Psychotherapie im Maßregelvollzug.* Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Sektion Forensische Psychotherapie (unveröffentlichter Projektbericht).

122. Lamott, F., Longo, V. & Pfäfflin, F. (2007). *Implementation und Evaluation Dialektisch-Behavioraler Therapie im WZFP Lippstadt-Eickelborn*. Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Sektion Forensische Psychotherapie (unveröffentlichter Projektbericht).

123. Lamott, F., Longo, V. & Pfäfflin, F. (2009 a). *Abschlussbericht. Implementation und Evaluation Integrativ-Behavioraler Therapie im Zentrum für Forensische Psychiatrie Lippstadt*. Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Sektion Forensische Psychotherapie (unveröffentlichter Projektbericht).

124. Lamott, F., Mörtl, K. & Pfäfflin, F. (2009 b). *Zwischenbericht. Implementation und Evaluation Integrativ-Behavioraler Therapie im Niedersächsischen Landeskrankenhaus Moringen*. Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Sektion Forensische Psychotherapie (unveröffentlichter Projektbericht).

125. Lamott, F. & Pfäfflin, F. (2009). Psychotherapie für Straftäter. Ein Überblick. *Psychotherapeut*, *54*, 245-250.

126. Lamott, F., Rosenow, T. & Pfäfflin, F. (2010 a). *Projektbericht. Implementation und Evaluation Integrativ Behavioraler Therapie im Maßregelvollzug*. Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Sektion Forensische Psychotherapie (unveröffentlichter Projektbericht).

127. Lamott, F., Rosenow, T. & Pfäfflin, F. (2010 b). *Abschlussbericht. Implementation und Evaluation Integrativ-Behavioraler Therapie im Niedersächsischen Landeskrankenhaus Moringen. Ergebnisse Station 08*. Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Sektion Forensische Psychotherapie (unveröffentlichter Projektbericht).

128. Lamott, F., Rosenow, T. & Pfäfflin, F. (2011). *Abschlussbericht. Implementation und Evaluation Integrativ-Behavioraler Therapie im Niedersächsischen Landeskrankenhaus Moringen. Ergebnisse Station 31*. Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Sektion Forensische Psychotherapie (unveröffentlichter Projektbericht).

129. Lau, S. (2006). Internationale Perspektiven der Kriminaltherapie. In: *Handbuch der Forensischen Psychiatrie. Band 3: Psychiatrische Kriminalprognose und Kriminaltherapie*. (S. 369-389). Darmstadt: Steinkopff

130. Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality*. New York: Ronald Press.

131. Leonhart, R. (2009). *Lehrbuch Statistik* (2. Aufl.). Bern: Huber.

132. Leygraf, N. (1999). Rehabilitative Maßnahmen: Grenzen und Chancen aus Sicht des Gutachters. In: W. Weigand (Hrsg.) *Der Maßregelvollzug in der öffentlichen Diskussion* (S. 62-70). Münster: Votum.

133. Leygraf, N. (2004). Persönlichkeitsauffällige Täter im Straf- und Maßregelvollzug – wer gehört wohin? *Persönlichkeitsstörungen, 8*, 93-103.

134. Leygraf, N. & Schalast, N. (2005): Wodurch wird ein Maßregelpatient `schwer entlassbar´? In: I. Rode, H. Kammeier & M. Leipert (Hrsg.) *Neue Lust auf Strafen. Schriftenreihe des Instituts für Konfliktforschung* (S. 85-104), Band 27. Münster: LIT.

135. Leygraf, N. (2006 a). Maßregelvollzug und Strafvollzug. Psychiatrischer Maßregelvollzug (§ 63 StGB). In: H.-L. Kröber, D. Dölling, N. Leygraf & H. Sass (Hrsg.) *Handbuch der Forensischen Psychiatrie. Band 3: Psychiatrische Kriminalprognose und Kriminaltherapie* (S. 193-221). Darmstadt: Steinkopff.

136. Leygraf, N. (2006 b). Die Maßregel der Besserung und Sicherung – Anmerkungen aus psychiatrischer Sicht. In: H.-L. Kröber, D. Dölling, N. Leygraf & H. Sass (Hrsg.) *Handbuch der Forensischen Psychiatrie. Band 1: Strafrechtliche Grundlagen der Forensischen Psychiatrie* (S. 289-297). Darmstadt: Steinkopff.

137. Linehan, M. M. (1996 a). *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline Persönlichkeitsstörung, München*: CIP-Medien. Orginal: Linehan, M. M. (1993) *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

138. Linehan, M. M. (1996 b). Validation and Psychotherapy. In: A. Bohart & L. S. Greenberg. (Hrsg.). *Empathy and Psychotherapy: New directions to theory, Research, and Practice.* Washington DC: American Psychological Association.

139. Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D. & Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, *48*, 1060-1064.

140. Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Welch, S., Heagerty, P. & Kivlahan, D. R. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation plus 12-step for treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, *67*, 13-26.

141. Linehan, M. M., Heard, H. L. & Armstrong, H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioural treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, *50*, 971-974.

142. Linehan, M. M., Schmidt, H., Dimeff, L., Craft, Ch., Kanter, J. & Comtois, K. (1999). Dialectic Behavior Therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *The American Journal on Addictions, 8*, 279-292.

143. Linehan, M. M., Tutek, D., Heard, H. & Armstrong, H. (1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, *151*, 1771-1776.

144. Lobbestael, J., Arntz, A. & Sieswerda, S. (2005). Schema modes and childhood abuse in borderline and antisocial patients. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 36*, 240-253.

145. Lohmer, M. & Wernz, C. (1996). BorderlinePersönlichkeitsstörung: Der DBT-Ansatz von M. Linehan – eine Bewertung aus psychoanalytischer Sicht. *Psychotherapeut*, *1*, 44-46.

146. Long, C. G., Fulton, B., Dolley, O. & Hollin, C. R. (2011). Dealing with feelings: the effectiviness of cognitive behavioural group treatment for women in secure settings. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *39*, 243-247.

147. Long, C. G., Fulton, B. & Hollin, C. R. (2008). The Development of a ´Best Practice`Service for Women in a Medium-Secure Psychiatric Setting: Treatment Components and Evaluation. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *15*, 304-319.

148. Low, G., Jones, D., Duggan, C., Power, M. & MacLeod, A. (2001). The treatment of deliberate self-harm in Borderline Personality Disorder using Dialectical Behaviour Therapy: a pilot study in a high security hospital. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *29*, 85-92.

149. LVR-Klinik Bedburg-Hau (2013). *Forensische Psychiatrie*. http://www.rk-bedburg-hau.lvr.de/03forensik/ (08.02.2013).

150. LWL-Maßregelvollzugsklinik Schloss Haldem (2013). *Maßregelvollzug – was ist das?*http://www.lwl.org/LWL/Gesundheit/Massregelvollzug/Kliniken/Klinik_Haldem/ (12.01.2013).

151. LWL Zentrum für Forensische Psychiatrie Lippstadt (2013). *Die Geschichte des Zentrums*. http://www.forensik-lippstadt.de/default.asp?contentID=521 (02.02.2013).

152. Maden, A., Swinton, M. & Gunn, J. (1992). A survey of pre-arrest drug use in sentenced prisoners. *British Journal of Addiction*, *87*, 27-33.

153. Maier, W., Lichtermann, D. & Klingler, T. (1992) Prevalence of Personality Disorders (DSMIII-R) in the Community. *Journal of Personality Disorders*, *6*, 187-196.

154. Marlatt, G. A. & Gordon, J. (1985). *Relapse prevention*. New York: Guilford.

155. Marneros, A., Pierschkalla, U., Rohde, A., Fischer, J. & Schmitz, K. (1994). Die Vorgeschichte alkoholkranker Straftäter, untergebracht nach § 64 StGB. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, *77*, 13-21.

156. Marneros, A., Zolldann, D., Balzer, H., Rohde, A., Fischer, J. & Schmitz, K. (1993). Motivation und subjektive Einstellung zur Therapie von alkoholkranken Straftätern, untergebracht nach § 64 StGB. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, *76*, 169-176.

157. Marshall, W. L., Anderson, D. & Fernandez, Y. (1999). *Cognitive behavioural treatment of sexual offenders*. Chichester: Wiley.

158. Martens, W. (2000). What shall we do with untreatable forensic patients? *Medical Law*, *19*, 389-395.

159. Martinson, R. (1974). What works? – Questions and answers about prison reform. *Public Interest*, *35*, 22-54.

160. Maßregelvollzugszentrum Niedersachsen (2013). *Aufgaben des MRVZN Moringen*. http://www.nlkh-morin-gen.niedersachsen.de/prtal/live.php?navigation_id=25122&article_id=86430&_psman_d=191(18.01.2013).

161. Mayer-Bruns, F., Lieb, K., Danegger, E. & Jacob, G. A. (2005). Dialektisch-Behaviorale Therapie in der stationären Alkoholentwöhnung. *Nervenarzt*, *76*, 399-343.

162. McCann, R. A., Ball, E. M. & Ivanoff, A. (2000). DBT with an inpatient forensic population: the CMHIP forensic Model. *Cognitive and Behavioral Practice*, *7*, 447-456.

163. McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., Morey, L. C., Zanarini, M. C. & Stout, R. L. (2000). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: baseline Axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *102*, 256-264.

164. McGuire, J. (2002). Criminal sanctions versus psychologically based interventions with offenders: A comparative empirical analysis. *Psychology, Crime & Law*, *8*, 183-208.

165. McMain, S. F., Links, P. S., Gnam, W. H., Guimond, T., Cardish, R. J., Korman, L. & Streiner, D. L. (2009). A randomized trial of Dialectical Behavior Therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *166*, 1365-1374.

166. Miller, S. & Fritzon, K. (2007). Functional consistency across two behavioural modalities: fire-setting and self-harm in female special hospital patients. *Criminal Behaviour and Mental Health*, *17*, 31-44.

167. Monahan, J., Steadman, H. J., Silver, E., Appelbaum, P. S., Robbins, C., Mulvey, E. P., Roth, L. H., Grisso, T. & Banks, S. (2001). *Rethinking risk assessment: The McArthur Study of Mental Disorder and Violence.* New York: Oxford University Press.

168. Morgenstern, J., Langenbucher, J. Labouvie, E. & Miller K. J. (1997). The comorbidity of alcoholism and personality disorders in a clinical population: prevalence rates and relation to alcohol typology variables. *Journal of Abnormal Psychology*, *106*, 74-84.

169. MRV-Infobroschüre (2011). *Mit Sicherheit für die Menschen. Maßregelvollzug in Westfalen-Lippe*. http://www.lwl.org/massregelvollzug-download/Abt62/Publikationen/MRV-Infobroschuere_2._Auflage_Web_V2.pdf (11.02.2013).

170. Müller, J. (2005). Motivation oder Aussichtslosigkeit? – Konzept und 1-Jahres-Evaluation einer suchtforensischen Aufnahme-, Diagnostik- und Motivationsstation. *Psychiatrische Praxis*, *32*, 205-207.

171. Müller-Isberner, R. (2004). Therapie im psychiatrischen Maßregelvollzug (§ 63 StGB). In: U. Venzlaff & K. Foerster (Hrsg.) *Psychiatrische Begutachtung* (S. 417-435). Heidelberg: Gustav Fischer.

172. Müller-Isberner, R. & Eucker, S. (2006). Effektive Behandlung psychisch kranker Straftäter. *Neuropsychiatrie*, *20*, 32-39.

173. Müller-Isberner, R. & Eucker, S. (2009). Unterbringung im Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB. In: U. Venzlaff & K. Foerster (Hrsg). *Psychiatrische Begutachtung* (S. 411-468), 5. Auflage. München Jena: Urban & Fischer.

174. Müller-Isberner, R. & Eucker, S. (2011). Die Praxis der Behandlung. In: R. Müller-Isberner & S. Eucker (Hrsg.) *Praxishandbuch Maßregelvollzug. Grundlagen, Konzepte und Praxis der Kriminaltherapie* (S. 247-252). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

175. Müller-Isberner, R. & Hodgins, S. (2000). Evidence-based treatment for mentally disordered offenders. In: S. Hodgins & R. Müller-Isberner (Eds.) *Violence, crime and mentally disordered offenders: Concepts and methods for effective treatment and prevention* (pp. 7-38). Chicester, UK:Wiley.

176. Müller-Isberner, R., Jöckel, D., Neumeyer-Bubel, W. & Imbeck, J. (2007). Entwicklungen im psychiatrischen Maßregelvollzug Hessens. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, *1*, 43-49.

177. Neacsiu, A. D., Rizvi, S. & Linehan, M. M. (2010). Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *48*, 832-839.

178. Nee, C. & Farman, S. (2005). Female prisoners with borderline personality disorder: some promising treatment developments. *Criminal Behaviour und Mental Health*, *5*, 2-16.

179. Nedopil, N. & Müller, J. L. (2012). *Forensische Psychiatrie. Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht*. 4. überarb. Auflage, Stuttgart: Georg Thieme.

180. Nicholls, T. L., Lee, Z., Corrado, R. R. & Ogloff, J. R. P. (2004). Women inmates' mental health needs: evidence of the validity of the Jail Screening Assessment Tool (JSAT). *International Journal of Forensic Mental Health*, *3*, 167-184.

181. Nowara, S. (1993). Psychisch kranke Straftäterinnen. In: N. Leygraf, R. Volbert, H. Horstkotte & S. Fried (Hrsg.) *Die Sprache des Verbrechens – Wege zu einer klinischen Kriminologie* (S. 266-275). Stuttgart Berlin Köln: Kohlhammer.

182. Oermann, A., Bohus, M. & Eucker, S. (2007). Dialektisch-Behaviorale Therapie Forensik (DBT-F). http://www.upkbs.ch/Projects/Vortraege/Oermann.pdf. (11.06.2013).

183. Palmer, R. L., Birchall, H., Damani, S., Gatward, N., McGrain, L. & Parker, L. (2003). A dialectical behavior therapy program for people with an eating disorder and borderline personality disorder – description and outcome. International *Journal of Eating Disorders*, *33*, 281-286.

184. Pfaff, H., Stripf, L. & Steinberg, R. (1993). Entziehungstherapie nach § 64 StGB: Soziodemographische Daten und Therapieergebnisse einer anfallenden Dreijahresstichprobe. *Nervenarzt*, *64*, 606-611.

185. Pfaff, H. (1998). Ergebnisse einer prospektiven Katamnesestudie nach Entziehungstherapie gemäß § 64 StGB bei Alkoholkranken. *Nervenarzt*, *69*, 568-573.

186. Pfäfflin, F. (1978). *Vorurteilsstruktur und Ideologie psychiatrischer Gutachten über Sexualstraftäter. Beiträge zur Sexualforschung*, Band 57. Stuttgart: Enke.

187. Pfäfflin, F. (2006 a). Spezielle Therapieformen. In: H.-L. Kröber, D. Dölling, N. Leygraf & H. Sass (Hrsg.) *Handbuch der Forensischen Psychiatrie. Band 3: Psychiatrische Kriminalprognose und Kriminaltherapie* (S. 349-368). Darmstadt: Steinkopff.

188. Pfäfflin, F. (2006 b). Mängel in Prognosegutachten. In: S. Barton (Hrsg.). *„…weil er für die Allgemeinheit gefährlich ist!" Prognosegutachten, Neurobiologie, Sicherungsverwahrung. Interdisziplinäre Studien zu Recht und Staat* (S. 259-268), Band 39. Baden-Baden: Nomos.

189. Pfäfflin, F. & Ross, T. (2007). Begutachtung und Behandlung von Sexualstraftätern. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 50*, 44-51.

190. Pollähne, H. (2003). Mit Sicherheit Expansion? Zur Kapazitätsentwicklung im Maßregelvollzug – eine Replik, *Sozialpsychiatrische Informationen*, *33*, 4-10.

191. Pollähne, H. (2005). Gutachten über „Behandlungsaussichten" im Maßregelvollzug. *Recht & Psychiatrie, 23*, 171-185.

192. Randolph, M. J. & Yates, W. R. (1993). Antisocial personality in alcohol- and drug-dependent individuals. A study of gender effects. *The American Journal on Addictions*, *2*, 9-17.

193. Rauchfleisch, U. (2006). Narzisstische Persönlichkeitsstörungen bei dissozialen Patienten. In: O.F. Kernberg & H-P. Hartmann (Hrsg) *Narzissmus. Grundlagen – Störungsbilder – Therapie* (S. 453-464). Stuttgart: Schattauer.

194. Reed, M. K. (1994). Social skills training to reduce depression in adolescents. *Adolescence*, *29*, 293-302.

195. Reimer, J., Franke, G.H., Stäcker, K.-H. & Strunk, W. (1997). Psychosoziale Implikation bei Patienten mit malignem Aderhautmelanom nach Radioapplikatortherapie. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, *6*, 23-29.

196. Rich, C. L., Young, D. & Fowler, R. C. (1986). San Diego suicide study. I. Young vs. old subjects. *Archives of General Psychiatry*, *43*, 577-582.

197. Rizvi, S., Dimeff, L. A., Skutch, J., Carroll, D. & Linehan, M. M. (2011). A pilot study of DBT coach: an interactive mobile phone application for individuals with borderline personality disorder and substance use disorder. *Behavior Therapy*, *42*, 589-600.

198. Robert-Koch-Institut (2010). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 51. Depressive Erkrankungen.* Berlin: Robert-Koch-Institut.

199. Ross, T., Fontao, M. I. & Schneider, R. (2007). Aggressive behavior in male offenders: preliminary analyses of self-regulatory functions in a sample of criminals. *Psychological Reports*, *100*, 1171-1185.

200. Ross, T., Woods, P., Reed, V., Sookoo, S., Dean, A., Kettles, A. M., Almvik, R., Horst, R., Brown, I., Collins, M., Walker, H. & Pfäfflin, F. (2008). Selecting and Monitoring Living Skills in Forensic Mental Health Care. Cross-Border Validation of the BEST-Index. *International Journal of Mental Health*, *36*, 3-16.

201. Ross, T., Pfäfflin, F. & Fontao, M. I. (2009). Persönlichkeitsstörungen im Straf- und Massregelvollzug. *Schweizer Zeitschrift für Psychiatrie und Neurologie*, *9*, 9-14.

202. Sakdalan, J. A., Shaw, J. & Collier, V. (2010). Staying in the here-and-now: A pilot study of the use of dialectical behaviour therapy group skills training for forensic clients with intellectual disability.
Journal of Intellectual Disability Research, *54*, 568-572.

203. Safer, D. L., Robinson, A. H. & Jo, B. (2010). Outcome from a randomized controlled trail of group therapy for binge eating disorder: comparing Dialectical Behavior Therapy adapted for binge eating to an active comparison group therapy. *Behavior Therapy*, *41*, 106-120.

204. Safer, D. L., Telch, Ch. F. & Agras, W. S. (2001). Dialectical Behavior Therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, *158*, 632-634.

205. Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (1994). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV)*. Göttingen: Hogrefe.

206. Schalast, N. (1997). Zur Situation der Beschäftigten im Maßregelvollzug. Ergebnisse einer arbeitspsychologischen Untersuchung. *Recht & Psychiatrie*, 15, 24-33.

207. Schalast, N. (2000 a). *Motivation im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB*. München: Fink.

208. Schalast, N. (2000 b). Rückfälle während der Behandlung im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB. *Sucht*, *46*, 111-120.

209. Schalast, N. (2006). Suchtkranke Rechtsbrecher. In: H.-L. Kröber, D. Dölling, N. Leygraf & H. Sass (Hrsg.) *Handbuch der Forensischen Psychiatrie. Band 3: Psychiatrische Kriminalprognose und Kriminaltherapie* (S. 326 - 349). Darmstadt: Steinkopff.

210. Schalast, N. (2009). Drogenabhängige Patienten im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB: Verbesserung der Quote erfolgreicher Behandlung durch suchtspezifische Medikation? *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, *3*, 294-301.

211. Schalast, N., Dessecker, A. & von der Haar, M. (2005). Unterbringung in der Entziehungsanstalt: Entwicklungstendenzen und gesetzlicher Regelungsbedarf. *Recht & Psychiatrie*, *23*, 3-10.

212. Schalast, N., Kösters, C., Mushoff, S. & Demmerling, R. (2009 a). Zur Prognose des Behandlungsverlaufs bei strafrechtlicher Unterbringung in der Entziehungsanstalt. *Sucht*, *55*, 19-29.

213. Schalast, N., Mushoff, S. & Demmerling, R. (2004). *Alkoholabhängige Patienten des Maßregelvollzugs gemäß § 64 StGB – Projektzwischenbericht*. http://www.uni-due.de/imperia/md/content/rke-forensik/projekte/par64alkoholpatienten.pdf. (15.01.2013).

214. Schalast, N., Palaschke, M. & Dönisch-Seidel, U. (2009 b). Evaluation des Maßregelvollzugs gemäß § 64 StGB. *Recht und Psychiatrie, 27*, 183-190.

215. Schalast, N., Seifert, D. & Leygraf, N. (2007). Patienten des Maßregelvollzugs gemäß § 63 StGB mit geringen Entlassungsaussichten. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie, 1*, 34-42.

216. Schaumburg, C. (2003). *Basiswissen Maßregelvollzug*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

217. Schneider, W. & Weißig, N. (2008). Integrativ-behaviorale Psychotherpie. In: F. Lackinger, G. Dammann & B. Wittmann (Hrsg.) *Psychodynamische Psychotherapie bei Delinquenz. Praxis der Übertragungsfokussierten Psychotherapie* (S. 365-391). Stuttgart: Schattauer.

218. Schornstein, K., Mayer-Bruns, F., Dannegger, E., Knabe, M., Stoffers, J., Liebe, K. & Jacob, G. A. (2008). Dialektisch-Behaviorale Therapie bei Patienten mit Alkoholabhängigkeit und komorbider Borderline-Persönlichkeitsstörung – erste Ergebnisse einer Pilotstudie. *Sucht, 54*, 86-94.

219. Schott, M. (2009). Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie im Maßregelvollzug. Behandlung schwer gestörter Patienten. *Psychotherapeut, 54*, 251-256.

220. Scott, N.A., Hannum, T. E. & Christ, S. L. (1982). Assessment of depression among incarcerated females. *Journal of Personality Assessment, 46*, 372-379.

221. Seifert, D. & Leygraf, N. (1997). Die Entwicklung des psychiatrischen Maßregelvollzug (§ 63 StGB) in Nordrhein-Westfalen. *Psychiatrische Praxis, 24*, 237-335.

222. Seifert, D. & Leygraf, N. (1999). Drogenabhängige Straftäter im Maßregelvollzug. Ergebnisse einer Querschnittserhebung. *Nervenarzt, 70*, 450-456.

223. Seifert, D. & Möller-Mussavi, S. (2005). Aktuelle Rückfalldaten der Essener prospektiven Prognosestudie, *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie, 73*, 16-22.

224. Seiffge-Krenke, I., Roth, M. & von Irmer, J. (2006). Prädiktoren von lebenslanger Delinquenz. Welche Bedeutung haben frühe familiäre Belastungen, kindliche Delinquenz und maladaptive Copingstile zur Unterscheidung von Gefängnisinsassen mit unterschiedlicher Schwere der Delinquenz? *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 35*, 178-187.

225. Selg, H. (1968). *Diagnostik der Aggressivität*. Göttingen: Hogrefe.

226. Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness*. San Fransisco: W. H. Freeman.

227. Shearin, E. N. & Linehan, M. M. (1992). Patient-Therapist Ratings and Relationship to Progress in Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder. *Behavior Therapy*, *23*, 730-741.

228. Skodol, A. E., Oldham, J. M. & Gallaher, P. E. (1999). Axis II comorbidity of substance use disorders among patients referred for treatment of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, *156*, 733-738.

229. Springer, T., Lohr, N. E., Buchtel, H. A. & Silk, K. R. (1996). A preliminary report of short-term cognitive-behavioral group therapy for inpatient with personality disorders. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, *5*, 57-71.

230. Statistisches Bundesamt (2011). *Strafvollzugstatistik. Im psychiatrischen Krankenhaus und in der Entziehungsanstalt aufgrund strafrichterlicher Anordnung Untergebrachte (Maßregelvollzug) 2010/2011 (Stand: 31.10.2011)*. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Rechtspflege/StrafverfolgungVollzug/KrankenhausMassregelvollzugPDF_5243202.pdf (08.01.2013).

231. Stepp, S. D., Epler, A. J., Jahng, S. & Trull, T. J. (2008). The effect of dialectical behaviour therapy skills use on borderline personality disorder features. *Journal of Personality Disorders*, *22*, 549-563.

232. Stevens, J. (1999). *Intermediate statistics. A modern approach*. London: Erlbaum.

233. Stolpmann, G. (2001). *Psychiatrische Maßregelbehandlung. Eine Einführung*. Göttingen: Hogrefe.

234. Strafgesetzbuch (StGB) (1998). *Strafgesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. November 1998 (BGBI. I S. 3322), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 21. Januar 2013 (BGBl. I S. 95) geändert worden ist*. http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/stgb/gesamt.pdf (02.02.2013).

235. Streng, F. (2004). „Komorbidität“, Schuld(un)fähigkeit und Maßregelanordnung. *Strafverteidiger*, *24*, 614-620.

236. Swenson, C. R., Sanderson, C., Duilt, R. & Linehan, M. M. (2001). The application of dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder on inpatient units. *Psychiatric Quarterly*, *72*, 307-324.

237. Thomas, V. H., Melchert, T. P. & Banken, J. A. (1999). Substance dependence and personality disorders: comorbidity and treatment outcome in an inpatient treatment population. *Journal of Studies on Alcohol*, *60*, 271-277.

238. Timmermann, I. G. H. & Emmelkamp, P. M. G. (2001). The relationship between traumatic experiences, dissociation, and borderline personality pahtology among male forensic patients and prisoners. *Journal of Personality Disorders*, *15*, 136-149.

239. Tress, W., Wöller, W., Hartkamp, W., Langenbach, W. & Ott, J. (2002) *Persönlichkeitsstörungen. Leitlinie und Quellentext*. Stuttgart: Schattauer.

240. Trull, T., Sher, K., Minks-Brown, C., Durbin, J. & Burr, R. (2000). Borderline personality disorder and substance use disordes: A review and integration. *Clinical Psychology Review*, *20*, 235-253.

241. Trupin, E. W., Stewart, D. G., Beach, B. & Boesky, L. (2002). Effectiveness of a Dialectical Behaviour Therapy Program for incarcerated female juvenile offenders. *Child and Adolescent Mental Health*, *7*, 121-127.

242. Tschuschke, V. (2005). Die Psychotherapie in Zeiten evidenzbasierter Medizin. *Psychotherapeutenjournal*, *2*, 106-115.

243. Turner, R. (2000). Naturalistic evaluation of dialectical behavior therapy-oriented treatment for borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, *7*, 413-419.

244. Van den Bosch, L. M. C., Verheul, R., Schippers, G. M. & van den Brink, W. (2002). Dialectical Behaviour Therapy of borderline patients with and without substance use problems. Implemention and long-term effects. *Addictive Behaviors*, *27*, 911-923.

245. Van Horn, D. H. A. & Frank, A. F. (1998). Substance-use situations and abstinence predictions in substance abusers with and without personality disorders. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, *24*, 395-404.

246. Verheul, R., Kranzler, H. R., Poling, J., Tennen, H., Ball, S. & Rounsaville B. J. (2000). Co-occurence of Axis I and Axis II disorders in substance abusers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *101*, 110-118.

247. Verheul, R, van den Bosch, L. M. C., Koeter, M. W. J., de Ridder, M. A. J., Stijnen, T. & van den Brink, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder. *British Journal of Psychiatry, 182*, 135-140.

248. Volckart, B. & Grünebaum, B. (2009). *Maßregelvollzug. Das Recht des Vollzugs der Unterbringung nach §§ 63, 64 StGB in einem psychiatrischen Krankenhaus und in einer Entziehungsanstalt*. Köln: Carl Heymanns.

249. Von der Haar, M. (2007). *Stichtagserhebung im Maßregelvollzug nach § 64 StGB. Ergebnisse der bundesweiten Erhebung – Ausgabe 2006*. Bad Rehburg: Eigenverlag des NLKH Brauel.

250. Wagner, T., Krampe, H., Stawicki, S., Reinhold, J., Jahn, H., Mahlke, K., Barth, U., Sieg, S., Maul, O., Galwas, C., Aust, C., Kröner-Herwig, B., Brunner, E., Poser, W., Henn, F., Ruether, E. & Ehrenreich, H. (2004). Substantial decrease of psychiatric comorbidity in chronic alcoholics upon integrated outpatient treatment – results of a prospective study. *Journal of Psychiatric Research, 38*, 619-635.

251. Walter, M. & Dammann, G. (2012). Abhängigkeitserkrankungen und Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapeut, 57*, 425-433.

252. Walter, M., Gunderson, J. G., Zanarini, M. C., Sanislow, Ch. A., Grilo, C. M., McGlashan, T. H., Morey, L. C., Yen, S., Stout, R. L. & Skodol, A. E. (2009). New onset of substance use disorders in borderline personality disorder over 7 years of follow-ups: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Addiction, 104*, 97-103.

253. Watzke, S., Ulrich, S. & Marneros, A. (2006). Gender- and violence-related prevalence of mental disorders in prisoners. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 256*, 414-421.

254. Weimer, J. (2007). Juristische Grundlagen der Unterbringung alkohol- und drogenabhängiger Straftäter in Entziehungsanstalten nach § 64 StGB. *Sucht, 53*, 82-89.

255. Werner, C. C. (2007). *Die Symptomcheckliste 90 (SCL-90) in der ambulanten Adipositastherapie*. Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin.

256. Willenbruch, K. & Bischoff, K. (2006). Verfassungsrechtliche Zulässigkeit der Privatisierung des Maßregelvollzugs. *Neue Juristische Wochenschrift, 25*, 1176-1778.

257. Wilms, Y. (2005). *Drogenabhängigkeit und Kriminalität*. Münster: LIT.

258. Wischka, B. (2013). Das Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS-R). Erfahrungen und Evaluationsergebnisse. *Recht & Psychiatrie, 31*, 138-145.

259. Wolf, M., Gallas, Ch. & Kordy, H. (2005). Zur diskriminativen Validität des Inventars zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 34*, 233-240.

260. Wuchner, M., Eckert, J. & Biermann-Ratjen, E. M. (1993). Vergleich von Diagnosegruppen und Klientelen verschiedener Kliniken. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, 29*, 198-214.

261. Yen, S., Johnson, J., Costello, E. & Simpson, E. B. (2009). A 5-day dialectical behavioural therapy partial hospital program for women with borderline personality disorder: Predictors of outcome form a 3-month follow-up study. *Journal of Psychiatric Practice, 15*, 173-182.

262. Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: a practitioner`s guide*. New York: Guilford Press.

263. Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B. & Silk, K. R. (2004). Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6 year follow-up and prediction of time to remission. *American Journal of Psychiatry, 161*, 2108-2114.

264. Zeek, A., Hartmann, A., Hartmann, A., Küchenhoff, J., Weiss, H., Sammet, I., Gaus, E., Semm, E., Harms, D., Eisenberg, A., Rahm, R. & von Wietersheim, J. (2009). Differentielle Indikationsstellung stationärer und tagklinischer Psychotherapie: die DINSTAP-Studie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 59*, 354-363.

Danksagung

Ich möchte mich herzlich bei Herrn Professor Friedemann Pfäfflin und Frau Professor Franziska Lamott bedanken. Sie haben mir die Möglichkeit eröffnet, an den Projekten im Maßregelvollzug mitzuarbeiten. Ohne sie wäre diese Arbeit nicht entstanden.

Als nächstes sind die Patienten und Mitarbeiter der beteiligten Maßregelvollzugseinrichtungen zu nennen. Mein besonderer Dank gilt hierbei der Einrichtung Schloss Haldem, hier verbrachte ich die meiste Zeit „vor Ort“ und fühlte mich auf den Stationen immer willkommen. Besonders nennen und danken möchte ich an dieser Stelle Herrn Dipl.-Psych. Friedrich-Wilhelm Grabe.

Für die Hilfe bei Fragen zur statistischen Auswertung möchte ich Herrn Dr. Dan Pokorny und Frau Edit Rottler danken. Letzterer danke ich zudem für ihre beständige wohlwollend wie auch strenge Ermutigung.

Im Hinblick auf eine kritische Diskussion der Inhalte und der Form bin ich Frau Petra Mai sehr dankbar.

Daneben möchte ich mich bei den ehemaligen Mitarbeitern der Sektion für Forensische Psychotherapie für den fachlichen Austausch bedanken.

Zum Abschluss danke ich von Herzen meinen Eltern Marianne und Heinz Rosenow und meinem Mann Andreas Gräßle. Ihre liebevolle Ermutigungen und ihr Verständnis haben mir geholfen durchzuhalten und die Freude an der Arbeit nicht zu verlieren.