

Zentrum für Psychiatrie Reichenau
Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie
Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Klaus Hoffmann

Prädiktoren für Therapieerfolg bei suchtkranken Straftätern im Maßregelvollzug

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin der Medizinischen Fakultät
der Universität Ulm

Verena Juliane Seibold, geb. Makowe
Titisee-Neustadt

2015

Amtierender Dekan: Prof. Dr. T. Wirth
1. Berichterstatter: apl. Prof. Dr. T. Ross
2. Berichterstatter: apl. Prof. Dr. N. Vasic
Tag der Promotion: 22.06.2017

Meinem Sohn Lennard

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----|
| Abkürzungsverzeichnis..... | III |
| 1 Einleitung..... | 1 |
| 1.1 Forensische Psychiatrie und das deutsche Maßregelvollzugssystem..... | 3 |
| 1.2 Unterbringung im Maßregelvollzug nach § 64 StGB..... | 4 |
| 1.3 Die Vorhersage von Therapieerfolg..... | 10 |
| 1.4 Hypothesen..... | 24 |
| 2 Material und Methoden..... | 25 |
| 2.1 Stichprobe..... | 25 |
| 2.2 Datenerhebung..... | 30 |
| 2.3 Statistische Auswertung..... | 40 |
| 3 Ergebnisse..... | 41 |
| 3.1 Allgemeine Informationen und soziodemografische Daten..... | 41 |
| 3.2 Ergebnisse zur ersten Hypothese..... | 43 |
| 3.3 Ergebnisse zur zweiten Hypothese..... | 45 |
| 3.4 Ergebnisse zur dritten Hypothese..... | 46 |
| 3.5 Ergebnisse zur vierten Hypothese..... | 47 |
| 3.6 Ergebnisse zur fünften Hypothese..... | 58 |
| 4 Diskussion..... | 60 |
| 4.1 Diskussion der Methodik..... | 60 |

| | |
|------------------------------------|-----|
| 4.2 Diskussion der Ergebnisse..... | 61 |
| 5 Zusammenfassung..... | 82 |
| Literaturverzeichnis..... | 84 |
| Danksagung..... | 101 |
| Lebenslauf..... | 102 |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|-----------------|---|
| BEST-Index | Behavioural Status Index |
| BtMG | Betäubungsmittelgesetz |
| E-ASI, EuropASI | European Addiction Severity Index |
| HAq | Helping Alliance Questionnaire |
| HAq-P | Helping Alliance Questionnaire, Patientenversion |
| HAq-TH | Helping Alliance Questionnaire, Therapeutenversion |
| HCR-20 | Historical-Clinical-Risk Management-20 |
| ICD-10 | Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, Version 10 |
| M | Mittelwert |
| n.s. | nicht signifikant |
| OPD | Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik |
| PCL-R | Psychopathy Checklist-Revised |
| PCL:SV | Psychopathy Checklist: Screening Version |
| SD | Standardabweichung |
| StGB | Strafgesetzbuch |
| StPO | Strafprozessordnung |
| StVollzG | Strafvollzugsgesetz |

1 Einleitung

Die Situation in den Entzugskliniken des deutschen Maßregelvollzugs hat sich in den letzten Jahren kontinuierlich verschärft. Steigende Unterbringungszahlen und ein Anstieg der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer sorgen für ernsthafte Kapazitätsprobleme (Schalast et al., 2004; Schalast et al., 2005; Kemper, 2008; für Baden-Württemberg: Hoffmann et al., 2013). Abbildung 1 zeigt die Entwicklung der Zahl der Unterbringungen in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 Strafgesetzbuch (StGB) (bzw. § 42c StGB für das Jahr 1970) in Deutschland zwischen 1970 und 2013.

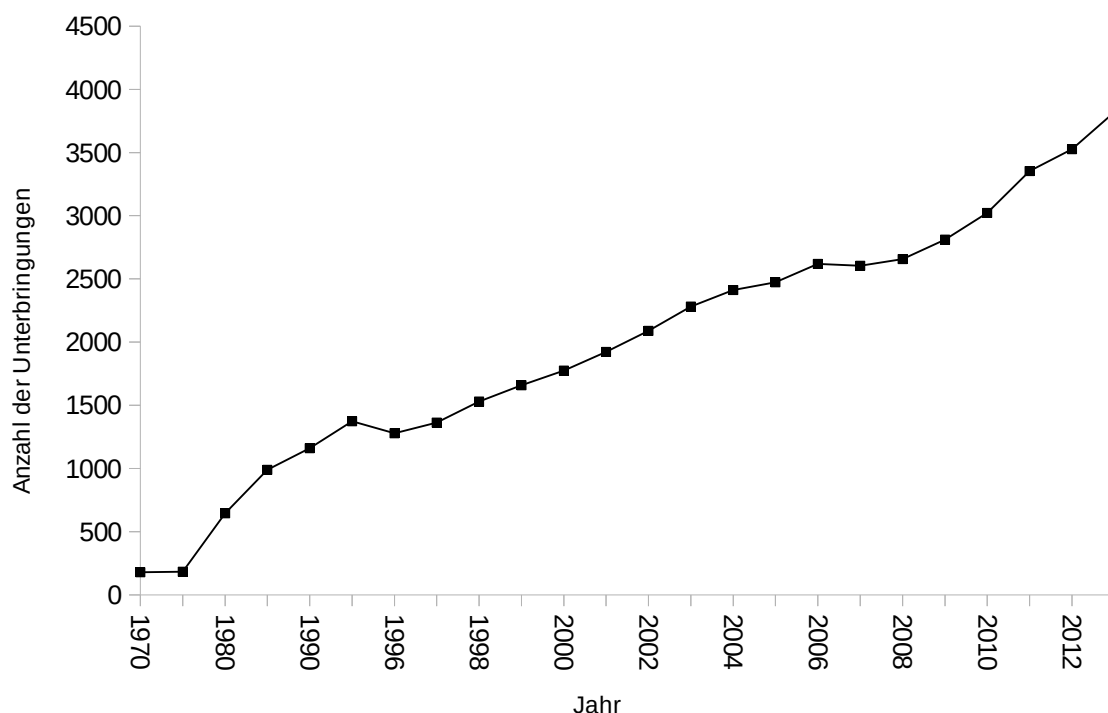


Abbildung 1: Anzahl der Unterbringungen in einer Entziehungsanstalt aufgrund strafgerichtlicher Anordnung in Deutschland von 1970 bis 2013 (Quelle: Statistisches Bundesamt, 2014)

Ein weiteres schwerwiegendes Problem der Maßregelvollzugsbehandlung gemäß § 64 StGB ist die hohe Zahl an vorzeitigen Erledigungen mangels Erfolgsaussicht der Behandlung (§ 67 d Abs. 5 StGB). Obwohl zur Anordnung einer Maßregel nach § 64 StGB ein Sachverständiger gemäß § 246 a StPO hinzugezogen werden muss, um sich zu den Behandlungsaussichten zu äußern, und die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nur bei konkreter Erfolgsaussicht angeordnet werden soll, belaufen sich die Erledigungsquoten je nach Studie und untersuchten Kliniken

auf etwa die Hälfte der Patienten (Schalast et al., 2009 b; von der Haar, 2011) oder mehr (Schalast et al., 2004; Kemper, 2008). Da jedoch für die Gutachter keine allgemein gültigen Leitlinien zur Erstellung solcher Erfolgsprognosen existieren, basiert ihre Einschätzung meist hauptsächlich auf ihrer klinischen Erfahrung (Hoffmann et al., 2013; Querengässer et al., 2015). Es wurde gezeigt, dass Gutachter die Relevanz verschiedener prognostischer Faktoren sehr unterschiedlich bewerten (Lindemann et al., 2013).

Die Problematik der vielen vorzeitigen Erledigungen kann mitunter im Zusammenhang mit einer überzogenen Sicherheitsorientierung der Bevölkerung gesehen werden (Schalast et al., 2005). Durch Entweichungen und Straftaten, die während des Freigangs von Patienten des Maßregelvollzugs begangen wurden, wurde die forensische Psychiatrie immer wieder ins Zentrum einer kritischen medialen Aufmerksamkeit gerückt. In Folge dessen wuchs die Angst der Gesellschaft vor weiteren Vorfällen, die Forderung nach strengeren Sicherheitsmaßnahmen wurde lauter und der Druck auf den Gesetzgeber sowie auf die Maßregelvollzugskliniken erhöhte sich. Ein Resultat war eine im Jahr 1998 in Kraft getretene Gesetzesänderung, durch die unter anderem die Bedingungen für eine Entlassung aus dem Maßregelvollzug erheblich erschwert wurden. Zusammenfassend lässt sich heute an vielen Stellen die Grundeinstellung erkennen, es solle keinerlei Risiko eingegangen werden, wodurch sich der Behandlungsauftrag der Maßregelvollzugskliniken sehr schwer umsetzen lässt.

Darüber hinaus betonten Schalast et al. die Überforderung der Einrichtungen, denn „aus erheblich entwicklungsgestörten Tätern mit Suchtproblemen sollen durch ein- bis zweijährige Behandlung stabile, sozial kompetente Mitbürger werden, von denen keinerlei Gefahr mehr ausgeht“ (Schalast et al., 2005, S. 10). Dieser Satz macht ein Grundproblem der Behandlung deutlich: es handelt sich bei fast allen Patienten, für die eine Unterbringung in der Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB in Frage kommt, um Straftäter, bei denen ein hohes Rückfallrisiko besteht. Denn schon die bei ihnen bestehende Suchtproblematik ist ein häufig verwendetes Prognosekriterium für Kriminalität (vgl. z.B. Gendreau et al., 1996). Wenn bei einem Patienten „ein relativ stabiler Zusammenhang von Suchtproblemen und strafbarem Verhalten besteht, so hat er kaum eine Chance,

zur Bewährung entlassen zu werden“ (Schalast et al., 2005, S. 4).

In der Diskussion um eine treffsichere Prognosestellung vor Anordnung einer Entwöhnungsbehandlung sowie einer damit verbundenen Verminderung der Anzahl an vorzeitigen Erledigungen mangels Erfolgsaussicht kommen neben der Gegensteuerung der Überbelegung auch wirtschaftliche Aspekte zum Tragen. So ist die Behandlung im Maßregelvollzug deutlich kostenintensiver als die Unterbringung in der Justizvollzugsanstalt (Entorf, 2007). Daneben stellt das Scheitern einer Behandlung sowohl für den Patienten als auch für den Therapeuten eine frustrierende Erfahrung dar (Westendarp & Hollenberg, 2012).

All diese Punkte werfen die Frage auf, wie Einweisungen in den Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB in Zukunft gezielter gesteuert werden können. Das Ziel dieser Arbeit ist es daher, Hinweise und Tendenzen für die Vorhersage eines erfolgreichen Abschlusses der Maßregelvollzugsbehandlung gemäß § 64 StGB zu finden.

Im Folgenden werden die theoretischen und gesetzlichen Grundlagen sowie empirische Befunde bisheriger Arbeiten zum Thema erläutert und beschrieben.

1.1 Forensische Psychiatrie und das deutsche Maßregelvollzugssystem

Die forensische Psychiatrie ist ein Teilgebiet der Psychiatrie, das sich mit der Begutachtung und der Behandlung psychisch kranker Rechtsbrecher beschäftigt. Sie erfordert ein hohes Maß an Interdisziplinarität und weist unter anderem Überschneidungspunkte zu den Fachrichtungen Kriminologie, Soziologie, Psychologie, Rechtswissenschaften und Rechtsmedizin auf. Nach Nedopil „deckt das Fach jenen breiten Überlappungsbereich zwischen Recht und Psychiatrie ab, der sich sowohl aus den rechtlichen Problemen im Umgang mit psychisch Kranken und Gestörten für Ärzte, Gerichte und Behörden ergibt, als auch aus den Auswirkungen der medizinischen und psychologischen Probleme dieser Menschen auf ihre Fähigkeit zu rechtsrelevantem Handeln“ (Nedopil & Müller, 2007, S. 18).

Im Maßregelvollzug werden Patienten behandelt, die aufgrund einer psychischen

Erkrankung straffällig geworden sind. Dies wird in speziellen Fachkrankenhäusern realisiert. Der in § 61 des deutschen Strafgesetzbuches beschriebene Ausdruck „Maßregeln zur Besserung und Sicherung“ macht die zweifache Zielbestimmung der Unterbringung im Maßregelvollzug deutlich: neben der psychiatrischen Behandlung der Patienten wird auch das Ziel verfolgt, potentiell gefährliche Rechtsbrecher zu sichern, um dadurch die Allgemeinheit vor weiteren Straftaten zu schützen (Kammeier, 2008). Obwohl die Zeit der Unterbringung im Maßregelvollzug auf eine zu verbüßende Haftstrafe mit bis zu zwei Dritteln angerechnet werden kann, ist die Bestrafung für ein Vergehen nicht der Sinn der Anordnung einer Maßregel (Nedopil & Müller, 2007).

Nach dem deutschen Strafgesetzbuch kann eine freiheitsentziehende Maßregel in einer Maßregelvollzugseinrichtung nach zwei Paragraphen angeordnet werden: § 63 StGB „Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus“ und § 64 StGB „Unterbringung in einer Entziehungsanstalt“. Während eine Maßregel nach § 63 StGB nur angeordnet werden kann, wenn eine verminderte Schuldfähigkeit oder eine Schuldunfähigkeit des Täters nach § 20 StGB bzw. § 21 StGB festgestellt wird, ist die Anordnung einer Maßregel nach § 64 StGB auch bei voller Schuldfähigkeit möglich.

Die Gesetzgebungszuständigkeit für den Maßregelvollzug ist weitgehend den Ländern überlassen (§ 138 StVollzG). Vom Bundesgesetzgeber werden durch das Strafvollzugsgesetz (StVollzG) lediglich die Rahmenbedingungen vorgegeben (§ 136 StVollzG - § 138 StVollzG).

1.2 Unterbringung im Maßregelvollzug nach § 64 StGB

1.2.1 Rechtliche Grundlagen

§ 64 StGB, nach dem die „Unterbringung in einer Entziehungsanstalt“ angeordnet werden kann, lautet wie folgt:

„Hat eine Person den Hang, alkoholische Getränke oder andere berausende Mittel im Übermaß zu sich zunehmen, 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.“

Die Anordnung einer Entwöhnungsbehandlung nach § 64 StGB kann demnach nur dann erfolgen, wenn die begangene Straftat durch die Abhängigkeit begründet ist bzw. eng damit in Verbindung steht und vom Täter eine Gefährdung für die Allgemeinheit ausgeht. Eine weitere wichtige Bedingung ist die Erfolgsaussicht der Behandlung. Es muss folglich eine realistische Chance bestehen, die Person durch die Therapie von ihrer Sucht zu heilen bzw. Rückfälle und weitere Straftaten auf längere Sicht zu verhindern.

Wird parallel zur Anordnung einer Maßregel eine Freiheitsstrafe verhängt, so wird laut § 67 Abs. 1 StGB die „Maßregel vor der Strafe“ vollzogen. Die Zeit des Maßregelvollzuges wird dann auf die Strafe angerechnet, bis zwei Drittel der Strafe erledigt sind (§ 67 Abs. 4 StGB).

In Ausnahmefällen kann die Strafe oder ein Teil davon vor der Maßregel vollzogen werden. Diese Ausnahmeregelung greift dann, „wenn der Zweck der Maßregel dadurch leichter erreicht wird“ (§ 67 Abs. 2 StGB). Für den Fall der Anordnung der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt neben einer zeitlich drei Jahre überschreitenden Freiheitsstrafe soll das Gericht einen Teil der Strafe der Maßregelvollzugsbehandlung vorziehen, damit die Möglichkeit besteht, die Vollstreckung der Reststrafe nach erfolgreicher Behandlung im Maßregelvollzug zur Bewährung auszusetzen (§ 67 Abs. 2 StGB).

Die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nach § 64 StGB ist prinzipiell auf zwei Jahre begrenzt. Wird neben der Maßregel eine Freiheitsstrafe verhängt, kann sich diese Höchstfrist um die Dauer der zu verbüßenden Strafe verlängern, sofern die Zeit des Maßregelvollzuges auf die Haftstrafe angerechnet wird (§ 67d Abs. 1

StGB).

Um einen ungerechtfertigten Freiheitsentzug zu verhindern, muss das Gericht nach § 67e StGB regelmäßig jeweils vor Ablauf bestimmter Fristen überprüfen, ob die weitere Vollstreckung der Maßregel zur Bewährung ausgesetzt werden kann oder für erledigt zu erklären ist. Bei der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nach § 64 StGB beträgt diese Frist sechs Monate (§ 67e Abs. 2 StGB).

Ist zu erwarten, dass der Untergebrachte außerhalb der Maßregelvollzugseinrichtung keine weiteren Straftaten begehen wird, wird die weitere Vollstreckung der Unterbringung zur Bewährung ausgesetzt und der Untergebrachte in die Führungsaufsicht entlassen (§ 67d Abs. 2 StGB).

Ist die Höchstfrist der Unterbringung im Maßregelvollzug abgelaufen, so wird der Untergebrachte nach § 67d Abs. 4 StGB entlassen. Auch in diesem Fall tritt Führungsaufsicht ein.

Neben den beschriebenen Möglichkeiten einer regulären Beendigung der Maßregelvollzugsbehandlung wird durch das Strafgesetzbuch auch indirekt die Möglichkeit des Abbruchs der Behandlung aufgezeigt. So wird die Entziehungsmaßregel nach § 67d Abs. 5 StGB für erledigt erklärt, wenn die Voraussetzungen des § 64 Satz 2 StGB nicht mehr erfüllt sind, also die Aussicht auf Heilung oder Verhinderung eines Rückfalls und weiterer Straftaten nicht mehr besteht.

1.2.2 Soziodemografische Beschreibung der Patientenpopulation

Die meisten der Patienten im Maßregelvollzug sind Männer. Der Anteil an Frauen in deutschen Maßregelvollzugseinrichtungen betrug 2013 insgesamt nur rund 7 % und unter den nach § 64 StGB Untergebrachten war der Anteil mit rund 6 % noch etwas geringer (Statistisches Bundesamt, 2014). Das durchschnittliche Alter eines Patienten in einer Entziehungsanstalt des deutschen Maßregelvollzugs beträgt etwa 34 Jahre (von der Haar, 2011).

Gemäß den Bedingungen für die Anordnung einer freiheitsentziehenden Maßregel

nach § 64 StGB weisen alle in einer Entziehungsanstalt untergebrachten Patienten ein Abhängigkeitssyndrom bzw. einen schädlichen Gebrauch berauschender Substanzen wie Alkohol oder Drogen auf. Dabei lässt sich ein deutlicher Trend in Richtung der Drogenabhängigen aufzeigen, die mittlerweile gut zwei Drittel der Patienten ausmachen (von der Haar, 2011).

Darüber hinaus werden bei Patienten des Maßregelvollzugs häufig Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert. In der Stichtagserhebung von von der Haar zeigten sich Persönlichkeitsstörungen mit einem Anteil von ca. 25-30 % als zweithäufigste psychiatrische Diagnose neben der Abhängigkeit (von der Haar, 2011). Nach Herpertz und Saß wird die Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen bei forensisch-psychiatrischen Patienten auf bis zu 80 % geschätzt (Herpertz & Saß, 2003). Im Vordergrund stehen dabei die dissoziale und die emotional instabile Persönlichkeitsstörung sowie kombinierte Persönlichkeitsstörungen (Schalast et al., 2010; von der Haar, 2011).

Zu den Haupteinweisungsdelikten zählen vorrangig Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) sowie Delikte im Rahmen des Strafgesetzbuches, die vermutlich mit der Suchtproblematik in Verbindung stehen (Heinz, 2011). Dabei zeigten sich in der bundesweiten Erhebung von von der Haar aus dem Jahr 2011 Eigentumsdelikte und Körperverletzungen mit jeweils 30 % als die häufigsten hauptsächlichen Unterbringungsdelikte. 25 % der Patienten hatten ausschließlich gegen das BtMG verstoßen. Der Anteil der Unterbringungsdelikte, die mit Gewalt assoziiert waren, betrug etwa 60 %. Ein Tötungsdelikt war bei etwa 7 % der Patienten das Haupteinweisungsdelikt. Sexualdelikte spielten mit 4 % der Haupteinweisungsdelikte eine vergleichsweise geringe Rolle (von der Haar, 2011).

Bei den meisten Patienten wird parallel zur Maßregelvollzugsbehandlung eine Freiheitsstrafe verhängt. Dabei belief sich in der Stichtagserhebung die Dauer der Parallelhaftstrafe bei etwa 50 % der Patienten auf über 3 Jahre. Der Anteil der Patienten, bei denen keine Parallelstrafe angeordnet wurde, betrug unter 5 %. Die Gesamthafterfahrung, d.h. die Zeit, die ein Patient bisher in Haft verbracht hat, belief sich im Durchschnitt auf 40 Monate. Die Patienten hatten durchschnittlich neun Einträge ins Bundeszentralregister (von der Haar, 2011).

1.2.3 Behandlungsansätze

Durch das Strafvollzugsgesetz (StVollzG) wird das Therapieziel einer Entwöhnungsbehandlung im Maßregelvollzug folgendermaßen formuliert: „Ziel der Behandlung des Untergebrachten in einer Entziehungsanstalt ist es, ihn von seinem Hang zu heilen und die zugrunde liegende Fehlhaltung zu beheben“ (§ 137 StVollzG).

Die Wirksamkeit von psychotherapeutischen Behandlungen von Straftätern im Allgemeinen ist vielfach belegt (Fontao et al., 2011). Für die Therapie von Patienten, die an einer Abhängigkeitserkrankung leiden, beschrieb die Literatur ebenfalls beachtliche Erfolge (vgl. Emrick, 1975; Süß, 1995; Magill & Ray, 2009).

Bezüglich der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt, wie sie nach § 64 StGB angeordnet wird, fehle laut Wilms die Legitimation, da sich in ihrer Arbeit keine unmittelbare Kausalität zwischen Delinquenz und Suchtproblemen zeigte (Wilms, 2005). Jedoch haben mehrere Studien gezeigt, dass eine geeignete psychotherapeutische Behandlung von Suchtmittelabhängigkeit sowohl mit einer Verringerung krimineller Handlungen als auch mit einem verminderten Drogenkonsum einherging (Broome et al., 1996; Heckmann et al., 2003; Schaub et al., 2010).

Laut Schalast et al. könne hinsichtlich der Effektivität von Psychotherapien für Patienten, bei denen eine freiheitsentziehende Maßregel nach § 64 StGB angeordnet wurde, auf Basis der vorhandenen Studienlage noch keine endgültige Beurteilung abgegeben werden, da bisherige Arbeiten zu diesem Thema große methodische Schwächen aufwiesen. So befassten sich den Autoren zufolge klinikbasierte Nachuntersuchungen ausschließlich mit solchen Patienten, die in die Freiheit entlassenen wurden und dadurch eine vorselektierte Gruppe bildeten. Überdies fehle es in den vorhandenen Studien an Referenzgruppen (Schalast et al., 2009 a). Dieses Problem zeigte sich z.B. in der Arbeit von Gossop et al., die die Straffälligkeit der Probanden vor und nach einer Drogentherapie untersuchte. Dabei verringerte sich der Anteil der delinquenten Probanden von 34 % vor der Maßnahme auf 18 % im fünften Jahr nach der Maßnahme (Gossop et al., 2005). Jedoch hat diese Studie aufgrund der fehlenden Kontrollgruppe nur geringe

Aussagekraft.

Insgesamt sehen Schalast et al. die Datenlage „mit der These eines Nutzens der Maßregel grundsätzlich vereinbar“ (Schalast et al., 2009 a, S. 186). Zur Zeit wird durch eine groß angelegte Studie in mehreren Bundesländern, unter weitgehender Vermeidung der genannten methodischen Fehler, der Ertrag der Maßregelvollzugsbehandlung bei Patienten in der Entziehungsanstalt untersucht (Schalast et al., 2009 a).

Die psychotherapeutische Behandlung im forensischen Umfeld ist durch einige Schwierigkeiten geprägt. So beschreibt Schmidt-Quernheim fehlendes Selbstvertrauen, Misstrauen gegenüber menschlichen Beziehungen, mangelnde Krankheitseinsicht, fehlende Fähigkeit zur Selbstreflexion und die doppelte Stigmatisierung als „kriminell und krank“ als wesentliche Probleme, die der forensischen Psychotherapie innewohnen (Schmidt-Quernheim, 2008, S. 96). Überdies steht der Therapeut in einem stetigen Spannungsfeld zwischen psychiatrischer Therapie, rechtlichen Rahmenbedingungen und dem Sicherheitsinteresse der Allgemeinheit und befindet sich - ebenso wie der Patient - in einem Behandlungssetting mit limitierten Freiheitsgraden (Ross & Fontao, 2006; Habermeyer, 2009).

Obwohl es eine Vielzahl unterschiedlicher Ansätze für die psychotherapeutische Behandlung von Straftätern gibt, lassen sich nach Huchzermeier und Aldenhoff vereinfacht dargestellt zwei Hauptrichtungen beschreiben: ein psychoanalytischer Ansatz, der „Delinquenz als Ausdruck einer tiefer liegenden Störung“ auffasst und ein verhaltensorientiertes Konzept, das davon ausgeht, dass „delinquentes Verhalten erlernt“ ist (Huchzermeier & Aldenhoff, 2002, S. 377). In vielen Einrichtungen wird mittlerweile auch theorienübergreifend gearbeitet (Ross et al., 2007 a).

Die forensische Psychotherapie arbeitet vorrangig auf Basis der zuerst genannten Theorie, da sie sich „bei der Behandlung von forensischen Patienten bzw. Straftätern mehrheitlich als psychodynamischen Konzepten verpflichtete Psychotherapie versteht“ (Ross & Fontao, 2006, S. 276). Durch den Ursprung der Fachrichtung im Umfeld von psychodynamisch denkenden Therapeuten wird das

„Erklären/ Verstehen“ dem „Beobachten/ Zählen“ deutlich vorgezogen (Ross & Fontao, 2006, S. 276). Im Mittelpunkt des psychodynamischen Behandlungsansatzes steht die kriminelle Handlung an sich, die die Basis der forensischen Psychotherapie darstellt. Der Patient soll den Sinn seines Grenzübertretes erkennen, seine Selbstwahrnehmung ausbauen, den Umgang mit seiner aktuellen und zukünftigen Situation erlernen und eigene Interaktionsmuster wahrnehmen (Hoffmann & Kluttig, 2006).

Die zweite große Therapierichtung gründet auf einem verhaltensorientierten Behandlungskonzept für Straftäter. Zur Anwendung kommen hierbei in vielen Fällen strukturierte und manualisierte Behandlungsprogramme, die auf kognitiv-behavioralen Theorien basieren und bei jugendlichen Straftätern die am häufigsten angewandte Behandlungsart darstellen (Ross & Fontao, 2010). Dabei wird angestrebt, kognitive und soziale Fähigkeiten der Straftäter, die häufig schlecht oder gar nicht ausgebildet sind, zu stärken und ihnen Strategien zu vermitteln, die ihnen helfen können, mit schwierigen Situationen zukünftig besser und reflektierter umzugehen. So zielen moderne Behandlungsprogramme darauf ab, die antisoziale Denkweise der Straftäter anzusprechen und Eigenschaften wie Impulsivität oder mangelhafte Affektkontrolle, geringe Empathiefähigkeit, Defizite des sozialen und moralischen Verständnisses, Substanzmissbrauch und schwach ausgebildeten Problemlösungsstrategien entgegenzuwirken. Die Therapie soll in einer Form gestaltet werden, die für die Patienten interessant und fordernd ist und den Patienten - angepasst an dessen individuelle Möglichkeiten - aktiv am Therapieprozess teilnehmen lässt (Hollin, 1999; Ross & Fontao, 2010).

1.3 Die Vorhersage von Therapieerfolg

Seit vielen Jahren beschäftigt sich die Forschung mit der Suche nach Faktoren, die den Ausgang einer Therapie vorhersagen können. So kann die Identifikation solcher Prädiktoren dazu verhelfen, vor Beginn der Behandlung Populationen auszumachen, die voraussichtlich einen schlechteren Therapieerfolg erzielen werden als andere. Es wird die Möglichkeit gegeben, gezielt auf die Bedürfnisse solcher Gruppen einzugehen, um diese Ungleichheit zu verringern. Überdies können veränderbare prädiktive Eigenschaften dem Therapeuten als Ansatzpunkte für die Behandlung dienen (Adamson et al., 2009).

1.3.1 Prädiktoren für Therapieerfolg bei der Behandlung suchtkranker Patienten

Die Wirksamkeit von Suchtbehandlungen wird von vielen Autoren auf Basis des Konsumverhaltens nach einer Therapie definiert. Emrick beschrieb für den Behandlungserfolg bei Alkoholikern in seiner Metaanalyse eine „Drittel“-Regel: rund ein Drittel der Patienten blieb nach der Behandlung abstinent, bei einem weiteren Drittel hatte sich das Konsumverhalten gebessert und etwa 33 % der Patienten wiesen eine unveränderte Symptomatik auf (Emrick, 1975). Auch die Literaturübersicht von Süß zeigte mit einer Abstinenzrate von 34 % ein ähnliches Ergebnis (Süß, 1995).

In anderen Arbeiten wird der Erfolg von Abhängigkeitstherapien daran gemessen, ob eine Therapie regulär beendet oder vorzeitig abgebrochen wird. Vor allem bei der Behandlung von Drogenabhängigen sind die Abbruchraten sehr hoch. In der Metaanalyse von Roch et al. schlossen nur 20-25 % der Drogenabhängigen eine stationäre Entwöhnungsbehandlung regulär ab (Roch et al., 1992).

Die reguläre Beendigung einer begonnenen Therapie erwies sich bei der beschriebenen Metaanalyse für Drogensüchtige als der wichtigste prognostische Faktor für einen längerfristigen Therapieerfolg und damit eine anhaltende Abstinenz (Roch et al., 1992). Auch Baekeland und Lundwall fanden heraus, dass sowohl alkoholsüchtige als auch drogenabhängige Patienten, die eine Therapie vorzeitig beendeten, ein schlechteres Ergebnis bezüglich zukünftigen Konsumverhaltens aufwiesen als Patienten, die die Behandlung regulär abschlossen. Überdies konnte ein positiver Zusammenhang zwischen der Dauer der Teilnahme an einer Entwöhnungsbehandlung und deren Langzeiterfolg beschrieben werden (Baekeland & Lundwall, 1975). Brewer et al. sind ebenfalls zu dem Ergebnis gelangt, dass bei vorzeitigem Therapieabbruch und kurzer Behandlungsdauer bei Drogenabhängigen signifikant schlechtere Behandlungsergebnisse erzielt wurden (Brewer et al., 1998).

Soziodemografische Variablen wurden in vielen Studien hinsichtlich ihrer prädiktiven Eigenschaften für den Ausgang einer Therapie untersucht und stellten sich als eher schwache Vorhersagekriterien heraus. Dennoch wurden in einigen

Studien bestimmte soziodemografische Variablen als signifikante Prädiktoren für den Therapieerfolg ausgemacht. Die Literaturübersicht von Roch et al. beschrieb einen positiven Zusammenhang zwischen einem höherem Lebensalter und der regulären Beendigung einer Entwöhnungstherapie. Überdies zeigten sich in einigen der dort untersuchten Studien eine höhere Schulbildung sowie eine Vollzeitbeschäftigung bzw. das Verfügen über Arbeitserfahrung als positive Vorhersagekriterien für einen erfolgreichen Therapieabschluss (Roch et al., 1992). Ein höherer sozioökonomischer Status bzw. ein höheres Einkommen waren in der Hälfte der von Adamson et al. untersuchten Arbeiten bei Alkoholikern signifikante Faktoren für die Prädiktion eines besseren Behandlungsausgangs (Adamson et al., 2009). Beschäftigungsprobleme bzw. Probleme mit Arbeitslosigkeit wurden auch in der Metaanalyse von Brewer et al. als signifikante Prädiktoren für fortgesetzten Drogenkonsum während und nach der Behandlung beschrieben (Brewer et al., 1998).

Als hoch signifikante Vorhersagekriterien bildeten sich in einigen Arbeiten solche Variablen heraus, die direkt mit der Sucht der Patienten und deren Suchtgeschichte assoziiert waren. Bei alkoholabhängigen Patienten zeigten sich ein niedrigerer Schweregrad der Abhängigkeit und eine höhere auf den Alkohol bezogene Selbstwirksamkeit als Schlüsselprädiktoren für ein besseres Langzeitergebnis (Adamson et al., 2009). In einer Studie zur Alkoholrückfälligkeit bei Arbeitslosen wurden Substanzkonsum während der Therapie und eine hohe Zahl bisheriger Suchtbehandlungen als signifikante Rückfallrisikofaktoren gefunden (Henkel et al., 2005). Auch bei drogenabhängigen Patienten wurden ähnliche Ergebnisse berichtet. So wurden als Prädiktoren für weiteren Konsum während und nach der Behandlung folgende auf die Sucht bezogenen Variablen gefunden: hohes Konsumlevel vor der Therapie, frühere Entwöhnungstherapien und fehlende Abstinenz vor der Behandlung (Brewer et al., 1998).

Darüber hinaus stellten sich eine hohe Behandlungsmotivation und das Verfolgen eines Behandlungsziels als wichtige Prädiktoren für ein gutes Therapieergebnis heraus (Henkel et al., 2005; Adamson et al., 2009).

Des Weiteren zeigten sich niedrige Werte bei Instrumenten, die den Grad der Psychopathologie erfassen, als signifikante Vorhersagekriterien für einen guten

Behandlungserfolg bei alkoholabhängigen Patienten (Adamson et al., 2009).

Unzufriedenheit mit der Partnersituation und der Freizeitgestaltung zeigte sich bei alkoholkranken Arbeitslosen als Prädiktor für Rückfälligkeit (Henkel et al., 2005).

Bei Drogenabhängigen konnten das Vorliegen einer Depression, ein hohes Stresslevel und der Umgang mit anderen abhängigen Menschen im näheren Umfeld als Prädiktoren für ein schlechtes Behandlungsergebnis ausgemacht werden (Brewer et al., 1998).

Zusammenfassend kann in Bezug auf die Vorhersage von Therapieerfolg bei der Behandlung suchtkranker Patienten festgehalten werden, dass ein regulärer Therapieabschluss und damit das Durchhalten einer Therapie über längere Zeit einen wichtigen Prädiktor für Therapieerfolg darstellt, während die vielfältig untersuchten soziodemografischen Faktoren offensichtlich nur eine begrenzte Aussagekraft besitzen. Außerdem kann festgestellt werden, dass suchtbezogene Variablen künftige Rückfälligkeit bzw. Therapieabbrüche mit einer hohen Treffsicherheit voraussagen können und auch Faktoren wie die Behandlungsmotivation und die Psychopathologie wichtige Anhaltspunkte für die Einschätzung des Therapieausgangs von Suchtpatienten bieten.

1.3.2 Prädiktoren für Therapieerfolg bei Straftätern

Der Erfolg der Behandlung von Straftätern kann auf unterschiedliche Art und Weise definiert werden. In vielen Studien ist das zentrale Erfolgsmaß die delinquente Rückfallquote nach der Therapie. Ross et al. fanden im Rahmen ihrer Übersichtsarbeit eine um 10 % niedrigere Rezidivrate bei behandelten Straftätern im Vergleich zu unbehandelten (Ross et al., 2009). In der Übersichtsarbeit von Endrass et al. kamen 63 % der eingeschlossenen Arbeiten zu dem Ergebnis, dass die allgemeine, deliktunspezifische Rückfälligkeit bei Straftätern durch eine Therapie gesenkt wurde. Bei den bearbeiteten Studien, die die einschlägige, deliktunspezifische Rückfälligkeit untersuchten, berichteten 62 % von einer Reduktion der Rückfälle durch eine Therapie. Acht von neun Arbeiten, die speziell die einschlägige Rückfälligkeit von Gewaltstraftätern untersucht haben, fanden eine reduzierte Rückfallquote nach Behandlung (Endrass et al., 2008). Auch Endres kam in seinem Vortrag zu dem Schluss, dass eine Straftäterbehandlung in

der Regel wirksam ist und ordnet den Behandlungseffekt mit durchschnittlich 20 % in einen ähnlichen Bereich wie andere medizinische Standardbehandlungen ein (Endres, 2012).

Die Vorhersagbarkeit von Rückfälligkeit bei erwachsenen Straftätern untersuchten Gendreau et al. im Rahmen einer Metaanalyse und fanden eine Reihe statistisch signifikanter Prädiktoren, die in statische und dynamische Faktoren eingeteilt werden können. Die stärkste statistische Signifikanz zeigten bei den statischen, unveränderbaren Faktoren das Alter zum Zeitpunkt der Datenerhebung, die kriminelle Vorgeschichte des Probanden (frühere Haft- oder Jugendstrafen, Bewährungs-, Schuldsprüche), sowie die Erziehungsmethoden der Eltern (fehlende Aufsicht und Zuneigung, Konflikte, Missbrauch). Die dynamischen Faktoren, die Rückfälle am stärksten signifikant vorhersagen konnten, waren der Kontakt und die Identifikation mit anderen Straftätern, zwischenmenschliche Konflikte mit Familienmitgliedern oder anderen bedeutsamen Menschen, soziale Aspekte (Familienstand, Bildungsniveau, berufliche Entwicklung, Einkommen, Änderungen der Anschrift), Substanzmissbrauch, sogenannte „criminogenic needs“, das heißt antisoziale Einstellungen, Werte und Verhaltensweisen des Patienten (vgl. Andrews et al., 1990) sowie eine antisoziale Persönlichkeit (anhand von Psychopathie- oder Soziopathieskalen gemessen) (Gendreau et al., 1996).

Auch in vielen anderen Arbeiten wurde Psychopathie als wichtiger Risikofaktor für Rückfälligkeit bei Straftätern beschrieben (z.B. Rice & Harris, 1992; Salekin et al., 1996; Dolan & Doyle, 2000; Gray et al., 2003; Endres, 2012). Hemphill et al. ermittelten eine dreimal höhere Wahrscheinlichkeit für einen delinquenten Rückfall bei Psychopathen als bei Nicht-Psychopathen. Für gewalttätige Rückfälle war das Risiko sogar viermal so hoch (Hemphill et al., 1998). In einer Studie von Grann et al. wurde das kriminelle Rückfallrisiko bei Patienten mit Werten von 26 und mehr in der Psychopathy Checklist Revised (PCL-R) als doppelt so hoch betitelt wie bei Personen mit PCL-R-Werten unter 26 (Grann et al., 1999).

Ein weiterer Indikator für den Erfolg bei der Behandlung von Straftätern ist, analog zur oben beschriebenen Suchtbehandlung, der erfolgreiche Abschluss einer Therapie. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass ein vorzeitiger Behandlungsabbruch als Kriterium für den Misserfolg einer Therapie gelten kann.

Der Zusammenhang zwischen einem Behandlungsabbruch und einer erhöhten Rückfallquote ist vielfach belegt (z.B. Daly & Pelowski, 2000; Wormith & Olver, 2002; van Voorhis et al., 2004). In der Metaanalyse von Olver et al. war ein Therapieabbruch in jedem untersuchten Behandlungsprogramm mit einer steigenden Rückfälligkeit assoziiert (Olver et al., 2011). In der beschriebenen Metaanalyse mit 114 Studien und 41438 Probanden fanden sich zahlreiche signifikante Prädiktoren für einen vorzeitigen Therapieabbruch. Unter den soziodemografischen Faktoren zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen höheren Abbruchraten und folgenden Kriterien: Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit, unverheiratet sein, jüngeres Alter, Arbeitslosigkeit, ein niedrigeres Bildungsniveau sowie ein niedrigeres Einkommenslevel. In Bezug auf die kriminologischen Daten der Probanden waren das Vorliegen einer antisozialen Persönlichkeit bzw. Psychopathie (beides durch die PCL-R gemessen) und frühere Straftaten und Haftstrafen signifikant mit einer höheren Abbruchquote assoziiert. Überdies wurde festgestellt, dass zukünftige Abbrecher in kürzeren Sätzen sprachen als die anderen Patienten. Schwere psychische Erkrankungen wie Psychosen und Persönlichkeitsstörungen sagten einen Therapieabbruch signifikant voraus, während Krankheiten wie Depressionen oder Angststörungen dies nicht taten. Höhere Intelligenzwerte waren mit signifikant niedrigeren Abbruchraten assoziiert. Des Weiteren wurden von der Arbeitsgruppe Kriterien untersucht, die sich auf die Behandlung selbst bezogen. Faktoren wie störendes Verhalten während der Therapie, negative Behandlungseinstellung und Ablehnung standen in Verbindung mit einer gesteigerten Abbruchquote, während höhere Werte für Therapiemotivation und Engagement eine niedrigere Abbruchrate zur Folge hatten. Andere signifikante Prädiktoren für den Abbruch einer Therapie waren Wut und Feindseligkeit, Impulsivität, Alkohol- und Drogenprobleme sowie sexueller Missbrauch in der Kindheit (Olver et al., 2011).

Zusammenfassend kann in Bezug auf die Prädiktoren für Therapieerfolg bei der Behandlung von Straftätern festgehalten werden, dass in vielen Arbeiten eine Reihe solcher Vorhersagekriterien identifiziert werden konnte. Hervorzuheben sind dabei für einen negativen Therapieausgang die Faktoren Antisozialität bzw. Psychopathie sowie der Abbruch einer angefangenen Therapie.

1.3.3 Prädiktoren für Therapieerfolg bei strafrechtlicher Unterbringung in der Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB

Der Therapieerfolg von Patienten, die nach § 64 StGB in einer Entziehungsanstalt untergebracht sind, wird von vielen Autoren durch den Behandlungsausgang definiert. So lassen sich im Allgemeinen zwei Gruppen von Patienten differenzieren: Patienten mit einem positiven Ende der Maßnahme und Patienten mit einem negativen Behandlungsausgang. In den meisten Arbeiten werden der Gruppe mit positivem Abschluss Patienten zugeordnet, die nach § 67d Abs.2 StGB in die Bewährung entlassen werden konnten bzw. Patienten, deren Höchstfrist der Maßnahme nach § 67d Abs.4 abgelaufen war und die ebenfalls in die Führungsaufsicht entlassen wurden. Die Gruppe mit negativem Ausgang definiert sich in der Regel durch eine vorzeitige Erledigung der Maßnahme nach § 67d Abs.5 StGB.

Es wurde schon an anderer Stelle auf die Problematik der sehr hohen Erledigungsquoten sowie der zunehmenden Kapazitätsprobleme in den Entzugskliniken des deutschen Maßregelvollzugs aufgrund steigender Anordnungszahlen eingegangen. Für eine gezielte und erfolgreiche Behandlung im Maßregelvollzug wäre es von großem Nutzen, zuverlässige Prädiktoren für einen erfolgreichen Abschluss der Behandlung zu identifizieren.

Schalast et al. stellten folgende Tabelle zusammen, die verschiedene frühere Studien zum Zusammenhang zwischen Patientenmerkmalen und Unterbringungsverlauf zusammenfasst (Schalast et al., 2009 b, S. 20):

Tabelle 1: Zusammenhänge zwischen Patientenmerkmalen und Unterbringungsverlauf bzw. -ergebnis nach verschiedenen Studien (Quelle: Schalast et al., 2009 b, S. 20)

| | Koch 1988 n = 102 | Schalast 1994 n = 136 | Pfaff 1998 n = 68 | Berger et al. 1999 n = 103 | Schalast 2000 n = 83 | Gerl et al. 2001 n = 157 |
|--|----------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|---|-------------------------------------|---|
| Früher Beginn des Suchtmittelmissbrauchs | | | | 0 | - | - |
| Früher Beginn sozialer Auffälligkeit | - | - | 0 | - | - | - |
| Therapieabbrüche in der Vorgeschichte | | - | - | | - | |
| Abgeschlossene Berufsausbildung | | | + | + | + | + |
| Schulabschluss | 0 | 0 | + | + | + | |
| Höheres Lebensalter bei der Aufnahme | + | + | 0 | + | + | + |
| Anzahl früherer Verurteilungen | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Gesamthafterfahrung | x | 0 | 0 | | 0 | 0 |
| Bestehende Partnerbeziehung | + | + | + | | 0 | + |

n: Anzahl der Patienten in der Studie

+: Merkmal prädizierte einen günstigen Verlauf

-: Merkmal prädizierte einen ungünstigen Verlauf

0: es wurde geprüft und zeigte keinen signifikanten Zusammenhang

x: sowohl keine Haft als auch vieljährige Haft erschien prognostisch ungünstig

Aus der Tabelle ist ersichtlich, dass ein früher Beginn des Suchtmittelmissbrauchs und sozialer Auffälligkeit sowie Therapieabbrüche in der Vorgeschichte in einigen Erhebungen mit einem ungünstigen Therapieausgang einhergingen. Faktoren wie eine abgeschlossene Berufsausbildung sowie ein Schulabschluss, ein höheres Lebensalter und eine bestehende Partnerschaft konnten in einigen Arbeiten als Prädiktoren für einen positiven Verlauf identifiziert werden. Bezüglich der Anzahl früherer Verurteilungen sowie der Gesamthafterfahrung konnte kein signifikanter Zusammenhang gezeigt werden.

In aktuelleren Studien wurden diese Ergebnisse nur teilweise bestätigt. So gingen sowohl in den in Tabelle 1 beschriebenen Studien als auch in der Untersuchung von Schalast et al. Therapieabbrüche in der Vorgeschichte mit einem schlechteren Ausgang einher (Schalast et al., 2009 b). Die Studie von Kemper dagegen konnte keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Abbruch früherer Therapien

und einem ungünstigen Behandlungsausgang nachweisen (Kemper, 2008). Des Weiteren gibt es zwischen den Arbeiten Widersprüche bezüglich des Einflusses von Vorstrafen bzw. der Haftdauer auf den Ausgang der Therapie. Während die in Tabelle 1 beschriebenen Untersuchungen fast alle berichteten, dass die Anzahl früherer Verurteilungen sowie die Gesamthaftdauer keine prognostische Bedeutung hatten, erwies sich bei Gericke und Kallert eine hohe Vorstrafenbelastung als prognostisch ungünstig (Gericke & Kallert, 2007). Kemper berichtete im Rahmen ihrer Arbeit, dass Patienten mit mehr als vier Jahren Vorhafterfahrung signifikant seltener einen regulären Abschluss der Behandlung erzielten als Patienten mit einer kürzeren Haftdauer in der Vergangenheit. Auch die Erhebung von Schalast et al. zeigte, dass eine längere Gesamthaftdauer aufgrund früherer Verurteilungen signifikant häufiger mit einem ungünstigen Behandlungsverlauf einherging (Schalast et al., 2009 b).

Die aktuellste Übersicht über den Stand der Forschung findet sich in der Arbeit von Fries et al.. In dieser wurde unter anderem ein niedriges Lebensalter als starker Risikofaktor für ein schlechtes Outcome identifiziert (Fries et al., 2011). Diese Aussage deckt sich zum Großteil mit den Ergebnissen der Studien aus Tabelle 1. Jedoch konnte in einigen Erhebungen kein Zusammenhang des Lebensalters mit dem Therapieausgang festgestellt werden (Pfaff, 1998; Pollähne & Kemper, 2007; Kemper, 2008).

Ein weiterer auffälliger Widerspruch betrifft die Schlussfolgerungen der verschiedenen Autoren aus deren Untersuchungen. Im Rahmen ihrer Arbeit über die Totalerhebung für den Entlassungsjahrgang 2005 in Nordrhein-Westfalen kam Kemper zu dem Ergebnis, dass „die Eingangsinformationen keine treffsichere Vorhersage des Behandlungsverlaufs“ erlaubten (Kemper, 2008, S. 15). Schalast und Kollegen dagegen fanden in ihrer Arbeit heraus, dass bei Patienten mit ungünstigem Therapieausgang besonders häufig solche biografischen Faktoren vorkamen, deren Bedeutung in der Kriminologie bekannt sind und sahen durch die Ergebnisse ihrer Studie sehr wohl „allgemeine kriminologische und psychologische Erkenntnisse zu Risikofaktoren für Sucht und chronisches Sozialversagen“ für die Anwendung auf die Unterbringung in der Entziehungsanstalt bestätigt (Schalast et al., 2009 b, S. 27-28).

Zur Ermittlung der von Schalast et al. angesprochenen bekannten Risikofaktoren für kriminelles und gewalttätiges Verhalten gibt es einige gut untersuchte Instrumente. Dazu zählen die Psychopathy Checklist Revised (PCL-R) bzw. die Screening Version der Psychopathy Checklist (PCL: SV), sowie der HCR-20, die zu den besten Methoden der Risikoprognose der Gefährlichkeit einer Person gehören (Ross et al., 2007 a) und auch in der Studie von Schalast et al. Anwendung gefunden haben. Wie schon an anderer Stelle beschrieben, ist mit hohen Werten in der Psychopathy Checklist die Rückfallgefahr von Straftätern erhöht (Rice & Harris, 1992; Salekin et al., 1996; Dolan & Doyle, 2000; Gray et al., 2003; Endres, 2012). Schalast et al. schilderten in ihrem Projekt-Zwischenbericht signifikant höhere Werte in der PCL: SV bei der Gruppe mit schlechtem Outcome (Schalast et al., 2004). Auch einige Items des HCR-20 unterschieden sich signifikant zwischen den Gruppen.

Darüber hinaus ist der Zusammenhang zwischen Delinquenz und Sucht durch viele Studien belegt. Der Substanzmissbrauch wurde als stärkster einzelner Risikofaktor für gewalttätiges Verhalten beschrieben (Lexcen & Redding, 2000). Außerdem wurde in Studien berichtet, dass Suchtmittelrückfälle häufige und bedeutsame Abbruchgründe für eine Behandlung nach § 64 StGB darstellten und der Konsum von Drogen und Alkohol sich in vielen Abbrucharträgen als Abbrucharlass fand (Querengässer et al., 2013; Querengässer et al., 2014 b). Die Ergebnisse der bisherigen Arbeiten zum Thema Prädiktion von Therapieerfolg bei suchtkranken Straftätern im Maßregelvollzug widersprechen sich jedoch auch zum Thema Suchtverhalten teilweise. So ging bei den in Tabelle 1 beschriebenen Studien von Schalast und Gerl et al. ein früher Beginn des Suchtmittelmissbrauchs mit einem ungünstigen Therapieausgang einher (Schalast, 2000 a; Gerl & Bischof, 2001). Berger et al. dagegen konnten keinen signifikanten Zusammenhang nachweisen und auch Schalast et al. fanden in einer aktuelleren Untersuchung keine signifikante Beziehung zwischen einem frühen Beginn des Substanzmissbrauchs und dem Outcome (Berger et al., 1999; Schalast et al., 2009 b). Schalast und Kollegen konnten den Aspekten des Suchtverhaltens durch ihre Untersuchung insgesamt nur eine sehr geringe prognostische Aussagekraft beimessen. Einzig in den Punkten „Gebrauch von Beruhigungs- und Schlafmitteln“ sowie „Suchtproblematik mindestens eines Elternteils“ unterschieden sich die

beiden Outcome-Gruppen signifikant voneinander (Schalast et al., 2009 b). Zu beachten ist hierbei, dass diese Untersuchung nur Patienten mit einschloss, bei denen Alkohol das wesentliche Suchtmittel darstellte. Patienten, die hauptsächlich illegale Drogen konsumierten, wurden in die beschriebene Studie nicht miteinbezogen. Es wäre hier wünschenswert, eine gemischte und damit für den Maßregelvollzug repräsentative Gruppe zu untersuchen und detaillierte Informationen über das Suchtverhalten und die Suchtgeschichte sowie den Schweregrad der Abhängigkeit zu erhalten. Studien haben gezeigt, dass, umso schwerwiegender ein Patient in den Substanzmissbrauch involviert war, desto ernster war er auch in delinquentes Verhalten verwickelt und umgekehrt (Greenbaum, 1994; Lexcen & Redding, 2000).

Ein weiterer interessanter Punkt den Schalast und Kollegen in ihrem Projekt-Zwischenbericht ansprachen, ist die therapeutische Beziehung zwischen dem Patienten und dem Behandlungsteam. Die Gruppe berichtete, dass die vom Patienten erlebte Qualität der therapeutischen Beziehung den Behandlungsausgang signifikant vorhersagen konnte. Des Weiteren wurden bei der Gruppe mit günstigem Verlauf die auf die Therapeuten bezogenen Kompetenzerwartungen sowie die erlebte Beziehung zum Team signifikant besser bewertet als bei Mitgliedern der anderen Gruppe (Schalast et al., 2004). Diese Daten wurden in der beschriebenen Studie wöchentlich erhoben und dienten hauptsächlich als Verlaufsparemeter, weshalb sie in dieser Form als Prädiktoren nicht gut geeignet sind. Interessant für diesen Zweck wären vielmehr Informationen über die Qualität der therapeutischen Beziehung zu Beginn der Behandlung. So wurde beispielsweise berichtet, dass für den Erfolg einer Psychotherapie eine frühe Allianz ein besserer Prädiktor sei als eine späte Allianz (Hersoug et al., 2002). Darüber hinaus konstatierten auch andere Autoren, dass gerade das frühe Zustandekommen einer hilfreichen therapeutischen Beziehung für einen günstigen Therapieausgang wichtig sei und dass das Scheitern des Aufbaus einer solchen Beziehung vor allem in der frühen Phase der Behandlung schlechtere Therapieergebnisse mit sich bringe (Safran et al., 1990; Horvath & Symonds, 1991).

Auffallend an zahlreichen Arbeiten, in denen Anhaltspunkte für eine treffsichere

Prognose des Behandlungsausgangs forensisch-psychiatrischer Patienten gesucht wurden, ist, dass der Fokus vieler Autoren zu einem großen Teil auf die Identifikation von Defiziten und ungünstig zu bewertenden Eigenschaften gelegt wurde. Die Evaluation positiver Faktoren, wie lebenspraktischer Fertigkeiten und Fähigkeiten, fand in diesem Umfeld bisher nur vereinzelt statt. Die Tatsache, dass in den Entzugskliniken des Maßregelvollzugs ausschließlich Patienten untergebracht werden, die eine oder mehrere Straftaten begangen haben, macht jedoch deutlich, dass jeder einzelne Patient die Schwelle zur Illegalität schon einmal überschritten hat und damit offenbar kriminelle Tendenzen aufweist. Darüber hinaus besteht bei all diesen Personen eine Suchtproblematik, welche ebenso ein bekanntes Prognosekriterium für Kriminalität darstellt (vgl. z.B. Gendreau et al., 1996). Dies zeigt, dass jeder Patient, bei dem eine Entzugsbehandlung nach § 64 StGB denkbar ist, von Anfang an ähnliche prognostisch ungünstige Eigenschaften aufweist. Positive Merkmale wie Fähigkeiten und Fertigkeiten im Alltag dagegen können individuell ganz unterschiedlich ausgeprägt sein. Sie dienen dem Patienten als Ressourcen und können ihm dabei helfen, sich im Stationsalltag besser einzuleben, sich mit seiner Umgebung zu arrangieren und dadurch das Durchhalten der Therapie zu erleichtern sowie Rückfälle zu vermeiden. Wünschenswert wäre in Hinblick auf die Identifikation möglicher Prädiktoren für Therapieerfolg also eine ausführliche und systematische Erhebung lebenspraktischer Fähigkeiten und Fertigkeiten der Patienten.

Darüber hinaus ist es denkbar, dass zur Vorhersage des Therapieausgangs bei Straftätern im Maßregelvollzug auch multiaxiale Diagnoseinstrumente, wie die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik 2 (OPD-2), beitragen können. Die ersten vier der fünf Achsen der OPD-2 entstammen einer aus der Psychoanalyse abgeleiteten psychodynamischen Theorie (Arbeitskreis OPD, 2009), wodurch die OPD-2 nach Aussagen des Arbeitskreises OPD eine „erhebliche Bereicherung des diagnostischen Horizontes“ darstelle, weil „mit ihrer Hilfe psychodynamische Konstrukte messbar“ würden, „die therapie- und veränderungsrelevant sind“ (Arbeitskreis OPD, 2009, S. 47). Einige Studien, die sich mit der Identifikation von Prädiktoren für den Ausgang einer Psychotherapie befassten, lieferten Hinweise darauf, dass vor allem einige Items der Achse I

„Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen“ signifikante Vorhersagequalitäten aufweisen könnten (Schneider et al., 2000; Cierpka et al., 2001). Eine weitere Untersuchung befasste sich mit der Vorhersage des Erfolges einer ambulanten Familientherapie bei adoleszenten und jungen erwachsenen Drogenabhängigen durch die Items der Achse I der OPD. Auch hier wurden zumindest Tendenzen gefunden, die zwischen der erfolgreichen und der nicht erfolgreichen Gruppe unterscheiden ließen (Thomasius et al., 2001). Die OPD-2 kann sowohl für die Status- als auch für die Prozessdiagnostik genutzt werden und kann ebenfalls zur Therapieplanung und -evaluation dienen (Arbeitskreis OPD, 2009). Sie wird in vielen Bereichen der Psychiatrie und der Psychotherapie angewandt und findet auch in vielen Einrichtungen des Maßregelvollzugs Verwendung. Interessant wäre es allerdings, dieses Instrument hinsichtlich seiner prognostischen Möglichkeiten im forensisch-psychiatrischen Bereich zu überprüfen. Dabei fokussiert sich die vorliegende Erhebung v.a. auf einige Items der Achse I, die aus theoretischen Überlegungen für eine Vorhersage des Therapieverlaufs infrage kommen und für die in einem anderen Setting bereits Hinweise auf ihre prädiktive Qualität beschrieben wurden. Diese Items sind folgende:

- Leidensdruck (Strauß et al., 1997; Ringsdorf, 2002; Klauer et al., 2007) als negativer Prädiktor
- sekundärer Krankheitsgewinn (Strauß et al., 1997; Ringsdorf, 2002) als negativer Prädiktor
- Darstellung psychischer Beschwerden und Probleme (Cierpka et al., 2001; Ringsdorf, 2002) als positiver Prädiktor
- Gewünschte Behandlungsform: Psychotherapeutische Behandlung (Schneider et al., 2000; Klauer et al., 2007) als positiver Prädiktor

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Kapazitätsprobleme in deutschen Maßregelvollzugseinrichtungen sowie der hohen Zahl an frühzeitigen Erledigungen wegen Aussichtslosigkeit, ist es weiterhin wichtig und nötig, Forschung an der Vorhersage von Therapieverläufen zu betreiben, um an einer Verbesserung der Prognosestellung vor der Anordnung einer

Maßregelvollzugsbehandlung nach § 64 StGB zu arbeiten. Bislang ist es nicht gelungen, ein treffsicheres Modell für diese Aufgabe auszuarbeiten (Pollähne & Kemper, 2007; Schalast et al., 2009 b). In einigen Arbeiten zeigten sich typische Prädiktoren für gewalttätiges Verhalten auch als gute Vorhersagekriterien für den Therapieverlauf und man könnte annehmen, dass früheres Verhalten das spätere mit einer gewissen Treffsicherheit vorhersagen kann (Schalast et al., 2004). Allerdings sind diese Faktoren allein nicht der Schlüssel zu einer verlässlichen Prognose, da diese Eigenschaften, wenn auch in unterschiedlichen Ausprägungen, bei allen Patienten vorhanden sind. Aus diesem Grund wäre es sinnvoll, bei der Suche nach Prädiktoren für Therapieerfolg den Rahmen etwas weiter zu fassen und die Untersuchungen um andere Bereiche, wie z.B. die gezielte Suche nach lebenspraktischen Fertigkeiten, zu erweitern. Schon seit längerem wird vermutet, dass für eine Prognosestellung im forensischen Umfeld auch andere Faktoren einbezogen werden müssen (Hoffmann et al., 2006). So scheint der Therapieerfolg einer Unterbringung nach § 64 StGB „auf komplexe Art und Weise multifaktoriell bedingt“ zu sein (Querengässer, 2014, S. 85).

Die vorliegende Arbeit soll dazu dienen, die Suche nach Prädiktoren für Therapieerfolg bei Patienten, bei denen eine Maßregelvollzugsbehandlung nach § 64 StGB angeordnet wurde, explorativ auszuweiten. An n = 16 Patienten wurde eine große Menge an Daten erhoben und ein breites Spektrum an Instrumenten und Fragebögen eingesetzt. Es sollen durch die vorliegende Arbeit vorrangig Tendenzen herausgearbeitet werden, die als Anhaltspunkte für künftige Studien dienen können.

1.4 Hypothesen

Aus den beschriebenen Erkenntnissen lassen sich folgende Hypothesen zur Vorhersage von Therapieerfolg bei suchtkranken Straftätern im Maßregelvollzug ausmachen:

1. Ein hohes Risiko für kriminelles und gewalttätiges Verhalten geht mit einem ungünstigen Therapieausgang einher.
2. Eine schwerere Abhängigkeit geht mit einem ungünstigen Therapieausgang einher.
3. Eine positive Beziehung zum Therapeuten zu Beginn der Behandlung geht mit einem günstigen Therapieausgang einher.
4. Patienten mit einem positiven Therapieausgang weisen eine höhere Anzahl an lebenspraktischen Fertigkeiten und Fähigkeiten auf als Patienten mit einem negativen Therapieausgang.
5. Die Items „Leidensdruck“, „Sekundärer Krankheitsgewinn“, „Darstellung psychischer Beschwerden und Probleme“ sowie „Geeignete Behandlungsform: psychotherapeutische Behandlung“ der Achse I „Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen“ der OPD-2 unterscheiden sich signifikant zwischen den beiden Outcome-Gruppen.

2 Material und Methoden

2.1 Stichprobe

Rekrutiert wurden 16 suchtkranke, männliche Patienten, die nach § 64 StGB in einer süddeutschen Einrichtung des Maßregelvollzugs untergebracht waren und dort zwischen dem 31.07.2008 und dem 31.07.2009 an einer hochfrequenten, psychodynamisch orientierten Gruppentherapie teilnahmen. Im Rahmen eines übergeordneten, umfangreichen Forschungsprojektes wurde durch die behandelnden Therapeuten bzw. die Pflegekräfte der Station eine Vielzahl von Daten erhoben. Diese Erhebung erfolgte mittels verschiedener Instrumente sowohl zu Beginn der Therapie sowie in deren Verlauf. Das beschriebene Forschungsprojekt diente der Quantifizierung von Gruppenpsychotherapieprozessen in forensischen Therapien und verfolgte das Ziel der Qualitätssicherung sowie Prozessoptimierung im Maßregelvollzug.

Die Gruppentherapiesitzungen fanden viermal pro Woche statt, umfassten jeweils 90 Minuten und wurden in der Regel gemeinsam von zwei versierten Therapeuten geleitet. Es handelte sich um eine slow-open bzw. halboffene Gruppe. Dabei können neue Patienten in eine bestehende Gruppe aufgenommen werden, während andere am Ende der Unterbringung aus der Gruppe ausscheiden.

Jeder Patient wurde über die Inhalte und Ziele des Forschungsprojektes umfassend informiert und erteilte sein schriftliches Einverständnis für die Teilnahme am Projekt sowie zur Nutzung der erhobenen Daten für wissenschaftliche Zwecke.

2.1.1 Patienten

Es wurden 16 männliche Patienten in die Studie eingeschlossen, bei denen eine freiheitsentziehende Maßregel nach § 64 StGB angeordnet wurde. Bei allen Patienten bestand ein Suchtproblem und eine damit in Verbindung stehende Straftat, die zur Einweisung führte.

Das Durchschnittsalter der Patienten betrug zu Beginn der Therapie 29,9 Jahre.

Bei zehn der 16 Patienten wurde die Therapie nach § 67d Absatz 5 StGB vorzeitig abgebrochen (im Folgenden „Abbrecher“ genannt), sechs Patienten wurden nach § 67d Absatz 2 bzw. 4 StGB regulär entlassen (im Folgenden „Durchhalter“ genannt). Der Anteil der Abbrecher betrug demzufolge 62,5 %, der der Durchhalter 37,5 %.

In der folgenden Tabelle sind Daten über Alter und Diagnosen der Patienten sowie die Art der Beendigung der Therapie dargestellt. Die Codenummern der Patienten sind nicht kontinuierlich; sie entsprechen der in der Studie verwendeten Nummerierung.

Tabelle 2: Überblick über Alter, Diagnosen und Art der Beendigung der Therapie

| Code-nummer | Alter | Diagnosen nach ICD-10 | Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 | Einweisungsdelikt(e) | Art der Beendigung der Therapie |
|-------------|----------|-----------------------------|------------------------------------|--|---------------------------------|
| 1 | 47 Jahre | F 12.1 F 14.1 | - | Verstoß gegen BtMG | Ausgliederung |
| 2 | 32 Jahre | F 10.20 | F 60.31 | Eigentumsdelikt Verkehrsdelikt | Abbruch |
| 3 | 28 Jahre | F 11.21 F 19.1 | - | Eigentumsdelikt Verstoß gegen BtMG | Abbruch |
| 5 | 21 Jahre | F 10.21 F 19.1 | - | Körperverletzung | Abbruch |
| 6 | 28 Jahre | F 19.21 F 12.21 | - | Sonstiges Gewaltdelikt | Ausgliederung |
| 7 | 32 Jahre | F 11.21 F 14.1 F 12.1 | - | k.A. | Abbruch |
| 9 | 38 Jahre | F 14.21 | F 60.8 | Verstoß gegen BtMG | Ausgliederung |
| 10 | 23 Jahre | F 10.21 F 19.1 | - | Körperverletzung | Abbruch |
| 11 | 36 Jahre | F 10.2 F 19.1 | F 60.2 | Tötungsdelikt | Ausgliederung |
| 12 | 26 Jahre | F 19.21 | - | Sonstiges Gewaltdelikt Verstoß gegen BtMG | Abbruch |
| 13 | 35 Jahre | F 11.2 F 19.1 F 90.1 | F 60.31 | Sonstiges Gewaltdelikt Verstoß gegen BtMG | Abbruch |
| 14 | 25 Jahre | F 19.2 | - | Sonstiges Gewaltdelikt | Abbruch |
| 15 | 27 Jahre | F 10.2 F 19.1 | F 61.0 | Körperverletzung Sonstiges Gewaltdelikt | Abbruch |
| 16 | 28 Jahre | F 14.2 | - | Verstoß gegen BtMG | Ausgliederung |
| 18 | 20 Jahre | F 10.2 F 19.2 F 91.2 | - | Körperverletzung Sonstiges Gewaltdelikt | Ausgliederung |
| 19 | 35 Jahre | F 10.2 F 19.2 | F 60.2 | Körperverletzung | Abbruch |

Anmerkungen:

ICD-10 = Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, Version 10

Ausgliederung bedeutet die reguläre Beendigung der Behandlung nach § 67d Absatz 2 bzw. 4 StGB, Abbruch bedeutet die vorzeitige Beendigung der Maßregelvollzugsbehandlung nach § 67d Absatz 5 StGB.

Hauptdiagnose und Haupteinweisungsdelikt sind jeweils als erstes aufgeführt, darunter folgen die Nebendiagnosen und -einweisungsdelikte.

BtMG = Betäubungsmittelgesetz

k.A. = keine Angaben verfügbar

Die Grundlage der gestellten Diagnosen ist die „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, Version 10“ (ICD-10, Weltgesundheitsorganisation, 2012). Bei sieben Patienten bestand als Hauptdiagnose ein Alkoholabhängigkeitssyndrom (F 10.2x), bei jeweils drei Patienten wurden eine Opiodabhängigkeit (F 11.2x) und ein Abhängigkeitssyndrom von multiplen Substanzen (F 19.2x) diagnostiziert. Weitere führende Diagnosen waren Kokainabhängigkeit (14.2x) bei zwei Patienten sowie schädlicher Gebrauch von Cannabinoiden (F 12.1) bei einem Patienten. Als Nebendiagnosen traten schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit von multiplen Substanzen (F 19.1, F 19.2), Cannabinoiden (12.1, F 12.21) und Kokain (F 14.1) auf. Des Weiteren wurde bei einem Patienten eine hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F 90.1) festgestellt, bei einem weiteren lag eine Störung des Sozialverhaltens bei bestehenden sozialen Bindungen (F 91.2) vor.

Persönlichkeitsstörungen lagen bei sechs der 16 Patienten vor und machten einen Anteil von 37,5 % aus. Bei der untersuchten Stichprobe wurden in jeweils zwei Fällen eine dissoziale Persönlichkeitsstörung (F 60.2) und eine Borderline-Persönlichkeitsstörung (F 60.31) diagnostiziert, ein Patient hatte eine „sonstige spezifische Persönlichkeitsstörung“ (F 60.8) und in einem Fall wurde die Diagnose „kombinierte und andere Persönlichkeitsstörung“ (F 61.0) vergeben.

Das aktuelle Haupteinweisungsdelikt war bei sechs Patienten Körperverletzung, vier Patienten wurde ein anderes Gewaltdelikt, wie Raub, Erpressung oder Nötigung zur Last gelegt. In drei Fällen war der Haupteinweisungsgrund ein Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz, zwei Patienten wurden aufgrund von Diebstahl verurteilt und ein Patient beging ein Tötungsdelikt. Zusätzliche Straftaten waren vor allem Verkehrsdelikte und Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz.

2.1.2 Therapiekonzept

Die therapeutische Behandlung auf der Station basiert auf dem Konzept der therapeutischen Gemeinschaft (vgl. dazu Hoffmann et al., 1999; Hoffmann & Kluttig, 2006). Im Rahmen einer therapeutischen Gemeinschaft wird die Behandlung auf alle Lebensbereiche der Patienten ausgedehnt und alle Therapeuten und Pfleger treten den Patienten mit einer therapeutischen

Grundhaltung gegenüber. „Das alltägliche Zusammenleben in der Wohngruppe selbst wird als therapeutische Ressource nutzbar gemacht“ (Schmidt-Quernheim, 2008, S. 121). Die therapeutische Arbeit soll auf allen Beziehungsebenen im klinischen Setting geleistet werden und nicht nur auf die Therapeut-Patient-Ebene beschränkt bleiben.

Im Zentrum der Therapie stehen dabei die hochfrequenten Gruppentherapiesitzungen, an denen alle Patienten teilnehmen. Das behandelnde Therapeutenteam ist in der Regel aus folgenden Berufsgruppen zusammengesetzt: Ärzte, Diplompsychologen und Pflegekräfte. Einzeltherapien sind nicht vorgesehen, die Patienten können aber auf ausdrücklichen Wunsch in Krisen- und Ausnahmesituationen Einzelgespräche mit den Therapeuten führen. Überdies ist jedem Patienten ein Bezugspfleger zugeteilt, der regelmäßig für Gespräche zur Verfügung steht. Weitere Bestandteile des Behandlungskonzeptes sind Arbeitstherapie, Sport- und Freizeitangebote sowie die Möglichkeit zur schulischen und beruflichen Aus- und Weiterbildung.

Ein wichtiges Grundprinzip der Behandlung ist die Gewaltfreiheit. Auch Alkohol- und Drogenabstinenz sind Pflicht und werden regelmäßig durch Screenings kontrolliert.

Das Hauptziel der Therapie ist für die Patienten zu lernen, ihr Tun und dessen Auswirkungen auf ihre Umgebung zu reflektieren, ein realistischeres Selbstbild zu entwickeln und in der Folge mehr Verantwortung für ihr eigenes Handeln zu übernehmen. Um diese Ziele zu erreichen, werden in den Therapiesitzungen Interventionen angewandt, die die differenzierte Wahrnehmung des subjektiven Erlebens, die Affektwahrnehmung und die Selbstbeobachtung schulen. Die Patienten werden mit schwierigen Themen konfrontiert und darin unterstützt, ihr Erleben und ihr Handeln möglichst präzise wahrzunehmen und wiederzugeben. Dabei werden sowohl Streitsituationen in der Gruppe als auch individuelle Probleme, wie beispielsweise Rückfälle, thematisiert. Die Gruppenmitglieder werden ermutigt, sich aktiv in Diskussionen einzubringen und sich an der Behandlung anderer Gruppenmitglieder zu beteiligen. Die Therapeuten stimmen die Therapieinhalte auf die Gruppe ab und richten Interventionen an die ganze Gruppe, an Untergruppen oder an einzelne Mitglieder, je nach dem, was in der

jeweiligen Situation als wirkungsvollste Methode erachtet wird (Lorentzen & Høglend, 2005; Hoffmann & Kluttig, 2006). Dieses Vorgehen soll neben der Förderung der Selbstbeobachtung vorhandene Ressourcen der Patienten aufzeigen und ihnen dadurch zu einem realistischen Selbstwertgefühl verhelfen.

2.2 Datenerhebung

Die Daten wurden zu Beginn des Erhebungszeitraumes bzw. bei Eintritt in die Gruppe von den behandelnden Therapeuten bzw. den Pflegekräften mithilfe der nachfolgend beschriebenen Instrumente erhoben.

2.2.1 Soziodemografische, störungsbezogene und kriminologische Eckdaten

Die Basisdaten der Studienteilnehmer wurden anhand eines durch die Forschungsgruppe für das beschriebene Projekt zur Qualitätssicherung und Prozessoptimierung im Maßregelvollzug entwickelten Instrumentes erhoben. Auf Basis der Patientenakten wurden von den Therapeuten verschiedene soziodemografische Daten erfasst, die sich in fünf Kategorien zusammenfassen lassen:

„Allgemeine Informationen“: Alter und Geschlecht

„Allgemeine soziodemografische Daten des Patienten“: Familienstand, Anzahl der Kinder, Art des Wohnsitzes vor Inhaftierung, Migrationshintergrund und Aufenthaltsstatus

„Familiärer Hintergrund des Patienten“: familiäres Umfeld des Patienten inklusive Familienstand, psychiatrische Erkrankungen und Straftaten in der Familie

„Bildungs- und Arbeitssituation des Patienten“: Schulabschlüsse, Berufsausbildungen, Berufstätigkeit vor dem Einweisungsdelikt

„Störungsbezogene Eckdaten“: forensische, psychiatrische und suchtmmedizinische Vorgeschichte des Patienten, aktuelles Einweisungsdelikt mitsamt Haft- bzw. Parallelstrafen, besondere Vorkommnisse während der aktuellen Unterbringung,

aktuelle prognostische Einschätzungen

2.2.2 Psychopathy Checklist Revised (PCL-R)

Die Psychopathy Checklist (PCL) ist ein Instrument zur Erfassung charakteristischer Verhaltensweisen und Persönlichkeitsmerkmale, die man im angloamerikanischen Raum als „Psychopathy“ zusammenfasst und wurde von Hare erstmalig im Jahr 1980 veröffentlicht (Hare, 1980). Hare orientierte sich bei der Entwicklung der PCL an den sogenannten „Cleckley- Kriterien“. In der im Jahr 1941 erschienenen Monographie „The Mask of Sanity“ ist es Cleckley gelungen, als Erster eine detaillierte und differenzierte Beschreibung des Störungsbildes „Psychopathy“ darzulegen (Cleckley, 1988).

Die überarbeitete Version der PCL, die Psychopathy Checklist Revised (PCL-R), die in dieser Arbeit Verwendung fand, wurde 1991 von Hare publiziert und gilt heutzutage als „Eckpfeiler der Prognosebegutachtung“ im Straf- und Maßregelvollzug in Deutschland (Hare, 1991; Ross & Pfäfflin, 2005, S. 1). Sie wird standardmäßig zur Erstellung von Kriminalprognosen verwendet (Berger, 2010). In mehreren Arbeiten wurden die interne Konsistenz und die Interrater-Reliabilität mit mittleren bis hohen Werten dokumentiert (Hare et al., 1990; Grann et al., 1998; Kroner & Mills, 2001). Auch die prädiktive Validität des Instrumentes zur Vorhersage von Rückfälligkeit bewegte sich in verschiedenen Studien in einem Bereich zwischen moderat und gut (Rice & Harris, 1995; Grann et al., 1998; Dolan & Doyle, 2000; Hartmann et al., 2001; Gray et al., 2003).

Die PCL-R setzt sich aus 20 Items zusammen, die mit den Werten 0 (Merkmal trifft nicht zu), 1 (Merkmal trifft vielleicht oder zu einem gewissen Grad zu) oder 2 (Merkmal trifft voll zu) durch einen Therapeuten geratet werden. Es lässt sich dann ein Gesamtscore errechnen, der Werte zwischen 0 und 40 annehmen kann. In Nordamerika liegt der Cut-Off-Wert, ab dem man von „Psychopathy“ spricht, bei 30 Punkten, in Europa werden in der Regel niedrigere Werte vergeben, sodass man hier einen Wert von 25 Punkten als Grenze sieht. Erfasst werden interpersonelle Auffälligkeiten, wie z.B. pathologisches Lügen und betrügerisch-manipulatives Verhalten, affektive Auffälligkeiten, etwa oberflächliche Gefühle und ein Mangel an Empathie, außerdem Auffälligkeiten im Verhalten der Person durch

das Abschätzen einer unzureichenden Verhaltenskontrolle oder eines übermäßigen Stimulationsbedürfnisses.

Die Merkmalsausprägungen wurden im Rahmen des Projekts zur Gruppenpsychotherapieprozessforschung von zwei Personen eingeschätzt: einem Facharzt für Neurologie und Psychiatrie und einem Psychologischen Psychotherapeuten. Beide verfügen über langjährige Erfahrung in der Beurteilung und Behandlung von forensischen Patienten.

Neben der Berechnung des Gesamtscores hat Hare im Manual der PCL-R die Möglichkeit aufgezeigt, ein 2-Faktoren-Modell anzuwenden. Dabei werden 17 der 20 Items entweder Faktor 1 oder Faktor 2 zugeordnet. Faktor 1 steht dabei für einen „selbstüchtigen, gemütsarmen Menschen, der gewissenlos andere gebraucht“ und fasst affektiv-interpersonelle Persönlichkeitsmerkmale zusammen, während Faktor 2 einen Menschen darstellt, der „einen chronisch instabilen und antisozialen Lebensstil und sozial abweichendes Verhalten“ aufweist (Hare, 1991, S. 54). Die Items „Promiskuität“, „viele kurzzeitige (eheähnliche) Beziehungen“ sowie „polytrope Kriminalität“ werden keinem der beiden Faktoren zugeordnet.

2.2.3 Historical-Clinical-Risk Management-20 (HCR-20)

Der HCR-20 wurde 1995 in Kanada erstmals veröffentlicht, die überarbeitete zweite Version folgte im Jahr 1997 (Webster et al., 1995; Webster et al., 1997). Die deutsche Bearbeitung wurde auf Grundlage der zweiten kanadischen Originalversion vorgelegt (Müller-Isberner et al., 1998).

Der HCR-20 ist eine Checkliste zur Einschätzung des Risikos für gewalttätiges Verhalten und wird in vielen Maßregelvollzugseinrichtungen und Justizvollzugsanstalten als Standardinstrument für die Gefährlichkeitsprognose verwendet (Ross et al., 2007 c). Für die Reliabilität und Validität des Instrumentes konnten in zahlreichen Studien durchweg zufriedenstellende bis gute Ergebnisse aufgezeigt werden (vgl. z.B. Douglas et al., 1999; Douglas & Webster, 1999; Belfrage & Douglas, 2002; Dernevik et al., 2002; Douglas et al., 2003; Gray et al., 2003).

Die Einschätzung der Items erfolgte hier durch das in der forensischen Psychiatrie sehr erfahrene Therapeutenteam, bestehend aus einem Facharzt für Psychiatrie und Neurologie und einem Psychologischen Psychotherapeuten.

Das Instrument setzt sich aus 20 Items zusammen, die sich in drei Kategorien einteilen lassen. Die ersten zehn Items setzen sich mit der Vergangenheit des Patienten auseinander (H-Items, historisch) und erfragen unter anderem frühere Gewalttaten und Verhaltensauffälligkeiten sowie psychiatrische Erkrankungen. Durch die fünf C-Items (klinisch) wird die aktuelle klinische Anamnese erhoben und unter anderem eine Einschätzung zu negativen Einstellungen und zur Behandelbarkeit gegeben. Die dritte Gruppe der Items befasst sich mit Risikofaktoren für zukünftiges gewalttätiges Verhalten (R-Items, Risikomanagement). Dazu zählen unter anderem destabilisierende Faktoren, Stressoren und Non-Compliance (Webster et al., 1997).

Während die H-Items als statische Variablen gelten, da sie in der Vergangenheit liegen und damit festgeschrieben und nicht veränderbar sind, stellen die C- und die R-Items dynamische Variablen dar. Die C-Variablen sind besonders für eine Verlaufskontrolle geeignet, da sie den momentanen psychischen und klinischen Befund beschreiben und dieser durch einen psychiatrischen Prozess beeinflussbar ist. Durch die R-Items wird das zukünftige Risiko von gewalttätigem Verhalten des Untersuchten beurteilt, welches sich ebenfalls durch eine psychiatrische Therapie verringern lassen sollte.

Jedes Item wird mit 0 (das Item trifft definitiv nicht zu), 1 (das Item trifft möglicherweise zu) oder 2 (das Item trifft sicher zu) kodiert. Für jede Kategorie wird dann die Summe der Wertungen der Items berechnet, außerdem wird ein Gesamtscore gebildet, dessen Höhe mit dem Grad des Risikos für zukünftige Gewalttaten korrelieren soll.

2.2.4 European Addiction Severity Index (E-ASI)

Der Addiction Severity Index (ASI) wurde 1980 von McLellan und Kollegen in den USA eingeführt und stellt ein Instrument dar, mithilfe dessen ein Interviewer Daten über Patienten, bei denen eine Suchtproblematik besteht, erfassen kann und den

Schweregrad des Suchtproblems einzuschätzen vermag.

Die deutsche Übersetzung wurde 1994 von Gsellhofer et al. auf Basis des Originals von McLellan et al. in der fünften Auflage und der europäischen Ausgabe EuropASI der Autorengruppe um Kokkevi erarbeitet (McLellan et al., 1992; Gsellhofer et al., 1994; Kokkevi et al., 1994). Es handelt sich um ein semi-strukturiertes Interview und wurde hier von einem Facharzt für Neurologie und Psychiatrie sowie einem Psychologischen Psychotherapeuten, die über eine langjährige Erfahrung im Bereich der forensischen Psychiatrie verfügen, bewertet.

Für die interne Konsistenz der deutschen Version des EuropASI wurden von Scheurich et al. Werte nach Cronbach zwischen 0,69 und 0,92 ermittelt und Korrelationskoeffizienten für die Interrater-Reliabilität im Bereich zwischen 0,62 und 0,99 angegeben. Auch eine hohe Validität konnte aufgezeigt werden (Scheurich et al., 2000).

Die deutsche Version des Addiction Severity Index ist in sieben unabhängige Skalen und einen Bereich für allgemeine Angaben unterteilt. Am Ende jeder Skala erfolgt eine Selbsteinschätzung des Patienten bezüglich des Ausmaßes des Problems und des Behandlungsbedarfes, welche er mit Werten von 0 (gar nicht) bis 4 (extrem) bewerten kann. Ebenfalls am Schluss jeder Unterkategorie steht das Schweregrad-Rating des Interviewers als zusammenfassendes Maß, welches die Einschätzung des Therapeuten zum Behandlungsbedarf aufgrund der erhobenen Daten darstellt. Diese Skala erstreckt sich von 0 (keine Behandlung erforderlich) bis 9 (Behandlung notwendig wegen lebensbedrohlicher Situation). Durch das anschließende Zuverlässigkeits-Rating gibt der Interviewer seinen Eindruck wieder, ob die Angaben des Patienten aufgrund von mangelndem Verständnis oder unzutreffender Selbstdarstellung verfälscht sind.

Um Redundanz zu vermeiden, wurden „allgemeine Angaben“ wie Wohnort, Alter etc. hier nicht erfasst.

Die Skala „Körperlicher Zustand“ erhebt eine ausführliche Anamnese zum physischen Gesundheitszustand des Patienten (Krankheiten, Medikamenteneinnahme, HIV-/ Hepatitisstatus).

Die Skala „Arbeits- und Unterhaltssituation“ wurde nicht berücksichtigt, da auch hier ein Teil der Daten über andere Instrumente erhoben wird. Außerdem sind einige zu erhebende Daten aufgrund der institutionellen Umgebung des Maßregelvollzugs für diese Stichprobe irrelevant.

In der Skala „Drogen- und Alkoholgebrauch“ wird eine umfassende Suchtanamnese erhoben (Suchtmittel, Gebrauch, zeitlicher Rahmen des problematischen Konsums, ggf. Abstinenz).

Die Skala „Rechtliche Delikte“ wurde aus Redundanzgründen ausgelassen.

„Familie / Sozialbeziehungen“ erfasst den Familienstand, die Wohnsituation, Zahl und Qualität der Sozialbeziehungen sowie Freizeitbeschäftigungen.

In der Skala „Familiärer Hintergrund“ werden Abhängigkeiten und psychiatrische Erkrankungen in der Familie des Patienten erfragt.

„Psychischer Status“ erfasst Daten über psychische Probleme sowie vergangene Psychotherapien.

Schweregrad-Ratings wurden in folgenden Bereichen angestellt: Körperliche Probleme, Alkoholprobleme, Drogenprobleme, familiäre und soziale Probleme und psychische Probleme. Darüber hinaus wurde das arithmetische Mittel aus allen Schweregrad-Werten berechnet, welches das Maß für den „Schweregrad insgesamt“ darstellt und somit der Einschätzung der Schwere der Abhängigkeit dient.

2.2.5 Helping Alliance Questionnaire (HAq)

Die Originalversion des Helping Alliance Questionnaire stammt von den amerikanischen Autoren Alexander und Luborsky (Alexander & Luborsky, 1986) und wurde von Bassler und Kollegen ins Deutsche übersetzt. Die zufriedenstellende Reliabilität und Validität der deutschen Version des Instrumentes konnte von diesen Autoren gezeigt werden (Bassler et al., 1995).

Die Items des HAq dienen dazu, die therapeutische Arbeitsbeziehung zwischen

dem Therapeuten und dem Patienten zu evaluieren. Dies geschieht unabhängig voneinander sowohl vonseiten des Patienten als auch seitens des Therapeuten.

Die Patientenversion (HAq-P) besteht aus elf Items, durch die wichtige Komponenten der therapeutischen Beziehung aus Patientensicht bewertet werden und mit Werten von 1 (sehr zutreffend) bis 6 (sehr unzutreffend) beurteilt werden (z.B. „Ich glaube, dass mein Therapeut mir hilft“). Das zwölfte Item der Patientenversion dient der globalen Erfolgseinschätzung und misst die momentane Zufriedenheit des Patienten mit der Therapie und der Arbeitsbeziehung insgesamt. Dafür werden Wertungen zwischen 1 (sehr viel verschlechtert) und 7 (sehr viel verbessert) vergeben.

Die Items des HAq-P lassen sich zwei Unterkategorien zuordnen. Durch die Subskala „Beziehungszufriedenheit“ wird die durch den Patienten empfundene Hilfestellung durch den Therapeuten evaluiert. Die Subskala „Erfolgswzufriedenheit“ erfasst die subjektiv durch den Patienten empfundene Qualität der Beziehung zum Therapeuten hinsichtlich des Erreichens der therapeutischen Ziele.

Die insgesamt zehn Items des HAq-TH (Therapeutenversion) evaluieren Bestandteile der therapeutischen Allianz aus der Sicht des Behandlers (z.B. „Der Patient ist für die Behandlung ausreichend motiviert“). Das Rating der Items des HAq-TH erfolgt in der selben Art wie beim HAq-P. Die ersten neun Items werden mithilfe der oben beschriebenen sechsstufigen Likert-Skala bewertet, während analog zum HAq-P das letzte Item „globale Erfolgseinschätzung“ Werte von 1 bis 7 annehmen kann. Die Therapeutenversion wurde in der vorliegenden Arbeit von den Gruppenleitern erhoben: einem Facharzt für Psychiatrie und Neurologie und einem Psychologischen Psychotherapeuten.

2.2.6 Behavioural Status Index (BEST-Index)

Der BEST-Index wurde in Großbritannien entwickelt (Reed & Woods, 1999). Die englische Originalversion diente als Grundlage für die Entwicklung und Überprüfung der deutschen Version durch Ross et al., die in der vorliegenden Untersuchung zur Anwendung kam (Ross et al., 2007 a; Ross et al., 2007 b; Ross et al., 2007 c; Reed et al., 2008).

Es handelt sich um ein beobachtungs-basiertes Instrument, das dazu dient, lebenspraktische Fertigkeiten, klinische Symptomatik und Risikoverhalten zu erfassen. Es wird verwendet, um festzustellen, inwiefern der Patient von der Norm spezifischer sozialer Verhaltensweisen, kognitiv-emotionaler Fähigkeiten und lebenspraktischer Fertigkeiten abweicht (Woods et al., 1999; Woods & Reed, 1999; Woods et al., 2001 a; Woods et al., 2001 b; Woods et al., 2001 c). Diese Erfassung von normalem, nicht pathologischem Verhalten unterscheidet den BEST-Index grundlegend von anderen klinischen Instrumenten (Ross et al., 2007 a; Ross et al., 2007 b).

Überdies dienen die Skalen des Behavioural Status Index dazu, den Behandlungsverlauf zu dokumentieren und Einstellungs- und Verhaltensänderungen des Patienten aufgrund von therapeutischer Intervention zu bestimmen.

Die interne Konsistenz der Skalen „Riskantes Sozialverhalten“, „Einsicht“ und „Kommunikation und soziale Fertigkeiten“ bewegte sich in Studien aus Großbritannien im Bereich zwischen 0,90 („Riskantes Sozialverhalten“) und 0,97 („Einsicht“) (Woods & Reed, 1999; Woods, 2000). In einem großen europäischen Verbundprojekt (COMSKILLS) fanden sich für die interne Konsistenz der einzelnen Skalen Werte zwischen 0,66 („Arbeits- und Freizeitverhalten“) und 0,73 („Einsicht“) (Ross et al., 2007 a). Die Test-Retest-Reliabilität sowie die Interrater-Reliabilität erwiesen sich bei der englischen Stichprobe als zufriedenstellend (Woods, 2000). Auch im Rahmen des COMSKILLS-Projektes zeigten sich durchweg zufriedenstellende bis gute Reliabilitäten und damit deutliche Hinweise auf die Konstrukt-Validität des BEST-Index (Ross et al., 2007 a; Ross et al., 2007 b).

Die Daten werden von speziell geschulten Ratern erhoben, die zum jeweiligen Patienten einen sehr engen, im besten Fall täglichen Kontakt haben sollen, um eine möglichst realistische Einschätzung zu erlauben. In der vorliegenden Arbeit wurde der BEST-Index im Rahmen des oben beschriebenen Forschungsprojektes von Pflegekräften bearbeitet, die im Vorfeld durch einen autorisierten Trainer entsprechend geschult wurden.

Der BEST-Index gliedert sich in sechs Skalen: „Riskantes Sozialverhalten“, „Einsicht“, „Kommunikation und soziale Fertigkeiten“, „Arbeits- und Freizeitaktivitäten“, „Selbst- und Familienunterhalt“ und „Empathie“ und verfügt über insgesamt 150 Items.

Die Skala „Riskantes Sozialverhalten“ erfragt riskante und gefährliche Verhaltensweisen sowie Zwänge, psychische Störungen und Suchtmittelmissbrauch.

Durch die Skala „Einsicht“ gilt es zu erörtern, wie der Patient sich selbst und seine Umgebung einschätzt und bewertet. Daneben wird die Mitarbeit des Patienten an der Therapie beurteilt.

Die Items der Skala „Kommunikation und soziale Fertigkeiten“ zielen darauf ab, die Interaktion des Patienten mit seiner Umwelt zu bewerten. Dabei werden unter anderem Mimik, Gestik und das Verhalten in Gesprächen begutachtet.

„Arbeits- und Freizeitaktivitäten“ befasst sich mit alltäglichen Aktivitäten des Patienten, sowohl am Arbeitsplatz (Pünktlichkeit, Fehlzeiten, Zeitmanagement, Interesse, Konzentration, Qualität, Teamfähigkeit) als auch in der Freizeit (Hobbys, Interessen, Aktivitäten). Außerdem wird auf dessen Umgang mit dem anderen Geschlecht eingegangen.

Die Skala „Selbst- und Familienunterhalt“ dient dazu, die Bewältigung wesentlicher Aufgaben des Alltags einzuschätzen (Ernährung, Selbstunterhalt, Haushalt, Mobilität, persönliches Erscheinungsbild). In der vorliegenden Arbeit wurde auf die Auswertung dieser Skala verzichtet, da durch den institutionellen Rahmen der Maßregelvollzugseinrichtung die Beurteilung vieler Items nicht möglich war.

Durch die Skala „Empathie“ wird die Fähigkeit des Patienten untersucht, sich in eine andere Person hineinzusetzen und deren Gefühle und Handlungen nachzuvollziehen.

Die einzelnen Items werden auf einer Likert-Skala jeweils mit Werten von 1 bis 5 bewertet. Dabei gilt, dass je höher der Wert ist, desto besser sind die lebenspraktischen Fertigkeiten des Patienten.

Für jede Skala wurde der arithmetische Mittelwert über die dazugehörigen Items gebildet, außerdem wurde der Gesamtmittelwert über alle Items berechnet.

2.2.7 Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik 2 (OPD-2)

Der 1992 gegründete Arbeitskreis „Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik“ (OPD) entwickelte dieses psychodynamische Diagnoseinstrument mit dem Ziel, „die symptomatologisch-deskriptiv orientierte ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen um psychodynamische Dimensionen zu erweitern“ (Arbeitskreis OPD, 2009, Seite 33) und gibt geschulten Experten die Möglichkeit, Patienten in Hinblick auf relevante psychodynamische Merkmale zu evaluieren. Die zweite, neu überarbeitete Version OPD-2 ist 2006 erschienen und bietet neben der reinen Diagnostik Möglichkeiten zur Prozessbeobachtung und Psychotherapieplanung.

Die OPD-2 ist ein multiaxiales System und umfasst fünf Achsen. Für die Verwendung des Instrumentes im Forschungskontext konnten zufriedenstellende bis gute Reliabilitäten dokumentiert werden. Des Weiteren wurde eine gute Validität der einzelnen Achsen beschrieben (Cierpka et al., 2001).

Achse I „Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen“ beschäftigt sich mit der Schwere und Dauer der Störung, schätzt das allgemeine Funktionsniveau im psychischen, sozialen und beruflichen Bereich sowie den Gesundheitszustand ein, beschreibt das Krankheitserleben und den Leidensdruck des Patienten und evaluiert die jeweilige Darstellung körperlicher, psychischer und sozialer Probleme. Daneben wird erörtert, an welchen Faktoren das Krankheitskonzept des Patienten orientiert ist (somatische, psychologische, soziale Faktoren) und aus welchem dieser Bereiche sich der Patient eine Behandlung wünscht. Des Weiteren werden in Achse I Veränderungsressourcen sowie Veränderungshemmnisse erfasst. Die Items werden jeweils mit Punktzahlen zwischen 0 (nicht / kaum vorhanden) und 4 (sehr hoch) bewertet. Die vorliegende Erhebung beschäftigt sich ausschließlich mit Items der Achse I. Der Vollständigkeit halber werden jedoch im Folgenden auch die weiteren Achsen kurz erläutert:

In der zweiten Achse „Beziehung“ wird das Beziehungsverhalten des Patienten evaluiert und maßgebende dysfunktionale Beziehungsmuster ermittelt. Die dritte Achse „Konflikt“ behandelt innere Konflikte zwischen sich widersprechenden Bedürfnissen. Die vierte Achse „Struktur“ beschreibt das Persönlichkeitsgefüge des Patienten und stellt dessen Kompetenz zur Bewältigung innerer und äußerer Konflikte dar. In der fünften Achse „Psychische und Psychosomatische Störungen nach dem Kapitel V der ICD-10“ werden die syndromal-deskriptiven Diagnosen der ICD-10 festgehalten.

Die Einschätzung der Items erfolgte hier durch einen Facharzt für Psychiatrie und Neurologie und einen Psychologischen Psychotherapeuten, die beide viel Erfahrung im Bereich der forensischen Psychiatrie aufweisen.

2.3 Statistische Auswertung

Die Datenaufbereitung sowie die statistische Auswertung der Daten hinsichtlich ihrer Prädiktorqualitäten wurden durch die Autorin vorgenommen. Für die statistische Datenauswertung wurde das Statistikprogramm SPSS 17.0 verwendet. Das Signifikanzniveau wurde auf $p < 0,05$ festgelegt.

Zur Beschreibung der Merkmalsverteilungen wurden deskriptive Verfahren verwendet und unter anderem folgende Größen berechnet: arithmetisches Mittel (Mittelwert, M), Standardabweichung (SD), Minima und Maxima für intervall-skalierte Daten sowie Häufigkeiten für ordinal- bzw. dichotom-skalierte Daten.

Zur Signifikanzprüfung wurde für intervall- und ordinal-skalierte Daten aufgrund der geringen Stichprobengröße ($n = 16$) der Mann-Whitney-U-Test als verteilungsfreier Test für unabhängige Stichproben herangezogen (Bortz & Lienert, 2008). Für dichotome bzw. kategoriale Daten fand der Chi-Quadrat-Test Verwendung.

3 Ergebnisse

3.1 Allgemeine Informationen und soziodemografische Daten

In den nachfolgenden Tabellen 3 und 4 sind die deskriptive Statistik der allgemeinen Informationen und soziodemografischen Daten sowie die Ergebnisse der statistischen Signifikanzprüfung dargestellt. In der Gruppe der Patienten, bei denen die Therapie vorzeitig abgebrochen wurde, ist zu beachten, dass für einen der zehn Patienten diese Daten nicht erhoben wurden. In der Gruppe der Durchhalter wurden die Daten für alle sechs Mitglieder erfasst. Items, für die bei einem Großteil der Patienten keine Angaben verfügbar waren, wurden nicht ausgewertet und werden nicht aufgeführt.

Tabelle 3: Deskriptive Statistik und Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests zum Alter ($n = 15$)

| | Gruppe | n | Mittelwert | Standardabweichung | Minimum | Maximum | Asymptotische Signifikanz (2-seitig) |
|-------|-------------|---|------------|--------------------|---------|---------|--------------------------------------|
| Alter | Durchhalter | 6 | 32,83 | 9,47 | 20 | 47 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 28,00 | 5,02 | 21 | 35 | |

n: Anzahl der Probanden, für welche die Daten erhoben werden konnten

n.s. : nicht signifikant

Zu Beginn der Therapie waren die Patienten im Mittel $M = 29,9$ Jahre ($SD = 7,25$) alt. Wie aus Tabelle 3 ersichtlich ist, war das durchschnittliche Alter der Probanden, welche die Therapie erfolgreich abgeschlossen haben, höher als das der Abbrecher.

Tabelle 4: Deskriptive Statistik und Ergebnisse der Chi-Quadrat-Tests zu den soziodemografischen Daten (jeweils n = 15, außer Familienstand n = 14)

| | Anzahl der Antworten in der Gruppe | | Signifikanz |
|--|------------------------------------|-----------|------------------|
| | Durchhalter | Abbrecher | |
| Familienstand | 5 | 9 | n.s. |
| ledig | 3 | 5 | |
| verheiratet | 1 | 2 | |
| geschieden | 1 | 2 | |
| Migrationshintergrund | 6 | 9 | n.s. |
| ja | 0 | 4 | |
| nein | 6 | 5 | |
| Besondere Familienformen | 6 | 9 | < 0,05 |
| ja | 2 | 8 | |
| nein | 4 | 1 | |
| Abhängigkeitserkrankungen in der Familie | 6 | 9 | n.s. |
| ja | 0 | 3 | |
| nein | 6 | 6 | |
| Registrierte Straffälligkeit in der Familie | 6 | 9 | n.s. |
| ja | 1 | 6 | |
| nein | 5 | 3 | |
| Schulabschluss | 6 | 8 | n.s. |
| keiner | 0 | 3 | |
| Hauptschule | 4 | 4 | |
| Mittlere Reife | 2 | 2 | |
| Berufsausbildung | 6 | 9 | n.s. |
| keine | 2 | 6 | |
| Lehre mit Abschluss | 3 | 1 | |
| Lehre ohne Abschluss | 0 | 1 | |
| Fachschule mit Abschluss | 1 | 0 | |
| (Fach-) Hochschule ohne Abschluss | 0 | 1 | |
| Arbeitslosigkeit vor Inhaftierung | 6 | 9 | n.s. |
| ja | 4 | 6 | |
| nein | 2 | 3 | |

n: Anzahl der Probanden, für welche die Daten erhoben werden konnten

n.s. : nicht signifikant

Mit Ausnahme von „Besondere Familienformen“ erreichte keines der Items das Signifikanzniveau. Abbrecher verbrachten signifikant häufiger ($p = 0,025$, $\chi^2 = 5,000$) einen Teil der Kindheit in besonderen Familienformen, wie z.B. im

Heim oder über einen längeren Zeitraum getrennt von den Eltern.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die deskriptive Statistik und die Ergebnisse des Chi-Quadrat-Tests des Items „Berufsausbildung“ bei dichotomer Betrachtung mit den Werten „abgeschlossene Berufsausbildung“ und „keine abgeschlossene Berufsausbildung“.

Tabelle 5: Deskriptive Statistik und Ergebnisse des Chi-Quadrat-Tests zur Berufsausbildung bei dichotomer Betrachtung (n = 15)

| | Anzahl der Patienten in der Gruppe | | Signifikanz |
|--|------------------------------------|-----------|-------------|
| | Durchhalter | Abbrecher | |
| Abgeschlossene Berufsausbildung | 6 | 9 | < 0,05 |
| Abgeschlossene Berufsausbildung | 4 | 1 | |
| Keine abgeschlossene Berufsausbildung | 2 | 8 | |

n: Anzahl der Probanden, für welche die Daten erhoben werden konnten

n.s. : nicht signifikant

Es zeigte sich bei dieser Betrachtungsweise, dass die Durchhalter signifikant häufiger ($p = 0,025$, $\chi^2 = 5,000$) eine abgeschlossene Berufsausbildung vorweisen konnten.

3.2 Ergebnisse zur ersten Hypothese

Tabelle 6 zeigt die deskriptive Statistik und die Ergebnisse der statistischen Signifikanzprüfung der PCL-R und des HCR-20. Keiner der Patienten erreichte bei der PCL-R den in Europa üblichen Cut-Off-Wert von 25 für das Konstrukt „Psychopathy“.

Tabelle 6: Deskriptive Statistik und Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests zur PCL-R und zum HCR-20 (jeweils n = 16)

| | Gruppe | n | Mittelwert | Standardabweichung | Minimum | Maximum | Asymptotische Signifikanz (2-seitig) |
|------------------------------------|-------------|----|------------|--------------------|---------|---------|--------------------------------------|
| PCL-R Gesamtscore | Durchhalter | 6 | 16,33 | 3,45 | 11 | 20 | n.s. |
| | Abbrecher | 10 | 14,50 | 4,86 | 7 | 22 | |
| PCL-R Faktor 1 | Durchhalter | 6 | 6,67 | 3,78 | 2 | 11 | n.s. |
| | Abbrecher | 10 | 4,30 | 2,71 | 1 | 9 | |
| PCL-R Faktor 2 | Durchhalter | 6 | 6,83 | 2,93 | 3 | 10 | n.s. |
| | Abbrecher | 10 | 8,00 | 2,79 | 5 | 14 | |
| HCR-20 Globalwert | Durchhalter | 6 | 12,20 | 5,91 | 5 | 19 | n.s. |
| | Abbrecher | 10 | 17,80 | 6,55 | 8 | 28 | |
| HCR-20 Subskala „historisch“ | Durchhalter | 6 | 7,00 | 3,46 | 2 | 11 | n.s. |
| | Abbrecher | 10 | 10,60 | 4,38 | 4 | 18 | |
| HCR-20 Subskala „klinisch“ | Durchhalter | 6 | 1,70 | 1,21 | 0 | 3 | n.s. |
| | Abbrecher | 10 | 2,30 | 1,64 | 0 | 4 | |
| HCR-20 Subskala „Risikomanagement“ | Durchhalter | 6 | 3,50 | 2,07 | 1 | 6 | n.s. |
| | Abbrecher | 10 | 4,90 | 1,52 | 2 | 7 | |

PCL-R: Psychopathy Checklist Revised

HCR-20: Historical-Clinical-Risk Management-20

n: Anzahl der Probanden, für welche die Daten erhoben werden konnten

n.s. : nicht signifikant

Wie aus Tabelle 6 zu entnehmen ist, erreichten weder der PCL-R-Gesamtscore noch die Faktoren 1 oder 2 das Signifikanzniveau. Auch bei der Überprüfung der einzelnen Items fand sich kein signifikanter Hinweis zur Unterscheidung zwischen den beiden Outcome-Gruppen. Auch beim HCR-20 konnte beim Globalwert und den einzelnen Subskalen kein signifikanter Unterschied zwischen den Durchhaltern und den Abbrechern festgestellt werden.

Zu erwähnen sei allerdings das fünfte H-Item „Alkohol- oder Drogenkonsum“, da sich dieses mit einer asymptotischen Signifikanz von $p = 0,004$ ($U = 10,000$, $z = -2,887$) hoch signifikant zwischen den beiden Gruppen unterschied. Im Mittelwertvergleich über alle Werte dieses Items zeigte sich in der Gruppe der Abbrecher ein Wert von $M = 2,0$ ($SD = 0$), während bei den Durchhaltern das arithmetische Mittel dieses Items $M = 1,3$ ($SD = 0,5$) betrug.

Insgesamt hat sich die erste Hypothese „Ein hohes Risiko für kriminelles und gewalttätiges Verhalten geht mit einem ungünstigen Therapieausgang einher.“ nicht bestätigt.

3.3 Ergebnisse zur zweiten Hypothese

In der nachfolgenden Tabelle sind die deskriptive Statistik des European Addiction Severity Index und die Ergebnisse der Überprüfung auf statistisch signifikante Unterschiede dargestellt.

Tabelle 7: Deskriptive Statistik und Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests zum European Addiction Severity Index (n = 16)

| | Gruppe | n | Mittelwert | Standardabweichung | Minimum | Maximum | Asymptotische Signifikanz (2-seitig) |
|--------------------------------|-------------|----|------------|--------------------|---------|---------|--------------------------------------|
| Körperliche Probleme | Durchhalter | 6 | 3,83 | 2,48 | 1 | 8 | n.s. |
| | Abbrecher | 10 | 3,60 | 1,35 | 2 | 6 | |
| Alkoholprobleme | Durchhalter | 6 | 2,67 | 3,45 | 0 | 7 | < 0,05 |
| | Abbrecher | 10 | 6,30 | 1,89 | 3 | 8 | |
| Drogenprobleme | Durchhalter | 6 | 6,33 | 1,51 | 4 | 8 | n.s. |
| | Abbrecher | 10 | 6,60 | 2,55 | 0 | 8 | |
| Familiäre und soziale Probleme | Durchhalter | 6 | 4,17 | 1,84 | 1 | 6 | n.s. |
| | Abbrecher | 10 | 5,50 | 1,51 | 2 | 8 | |
| Psychische Probleme | Durchhalter | 6 | 4,83 | 0,98 | 4 | 6 | n.s. |
| | Abbrecher | 10 | 6,00 | 1,05 | 5 | 8 | |
| Schweregrad insgesamt | Durchhalter | 6 | 4,37 | 1,45 | 6,80 | 2,80 | n.s. |
| | Abbrecher | 10 | 5,60 | 0,94 | 7,00 | 3,80 | |

n: Anzahl der Probanden, für welche die Daten erhoben werden konnten

n.s.: nicht signifikant

„Schweregrad insgesamt“: arithmetisches Mittel aus den Schweregraden für „Körperliche Probleme“, „Alkoholprobleme“, „Drogenprobleme“, „Familiäre und soziale Probleme“ und „Psychische Probleme“

Einzig auf der Skala „Alkoholprobleme“ unterschieden sich die schwerwiegenderen Probleme der Abbrecher signifikant von denen der Durchhalter. Für die Kategorien „psychische Probleme“ und „Schweregrad insgesamt“ mit Werten von $p = 0,056$ ($U = 13,000$, $z = -1,908$) bzw. $p = 0,057$ ($U = 12,500$, $z = -1,901$) wurde das Niveau einer Tendenz erreicht.

Zusammenfassend kann man sagen, dass die zweite Hypothese „Eine schwerere

Abhängigkeit geht mit einem ungünstigen Therapieausgang einher.“ nicht bestätigt werden konnte.

3.4 Ergebnisse zur dritten Hypothese

Tabelle 8 zeigt die deskriptive Statistik und die Ergebnisse der statistischen Auswertung des HAq.

Tabelle 8: Deskriptive Statistik und Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests zum HAq-P (n = 13) und HAq-TH (jeweils n = 16)

| | Gruppe | n | Mittelwert | Standardabweichung | Minimum | Maximum | Asymptotische Signifikanz (2-seitig) |
|---|-------------|----|------------|--------------------|---------|---------|--------------------------------------|
| HAq-P Globale Erfolgseinschätzung des Patienten | Durchhalter | 5 | 4,97 | 0,72 | 4,29 | 6,00 | n.s. |
| | Abbrecher | 8 | 4,61 | 0,79 | 3,43 | 6,00 | |
| HAq-P Mittelwert | Durchhalter | 5 | 4,79 | 0,69 | 3,69 | 5,56 | n.s. |
| | Abbrecher | 8 | 4,75 | 0,58 | 3,94 | 5,58 | |
| HAq-P Faktor „Beziehungszufriedenheit“ | Durchhalter | 5 | 4,73 | 0,72 | 3,67 | 5,67 | n.s. |
| | Abbrecher | 8 | 4,92 | 0,54 | 4,33 | 5,50 | |
| HAq-P Faktor „Erfolgszufriedenheit“ | Durchhalter | 5 | 4,84 | 0,68 | 3,71 | 5,43 | n.s. |
| | Abbrecher | 8 | 4,58 | 0,87 | 3,21 | 5,67 | |
| HAq-TH Globale Erfolgseinschätzung des Therapeuten | Durchhalter | 6 | 4,14 | 0,65 | 3,43 | 5,14 | n.s. |
| | Abbrecher | 10 | 3,60 | 1,20 | 0,86 | 5,14 | |
| HAq-TH Mittelwert | Durchhalter | 6 | 4,26 | 0,51 | 3,64 | 5,01 | n.s. |
| | Abbrecher | 10 | 4,06 | 0,81 | 2,44 | 5,01 | |

HAq-P: Patientenversion des Helping Alliance Questionnaire

HAq-TH: Therapeutenversion des Helping Alliance Questionnaire

n: Anzahl der Probanden, für welche die Daten erhoben werden konnten

n.s.: nicht signifikant

Weder die Auswertungen der Patientenversion noch der Therapeutenausgabe des HAq erreichten das Signifikanzniveau. Demnach konnte der HAq zu Beginn der Therapie nicht signifikant zwischen den beiden Outcome-Gruppen unterscheiden.

Die dritte Hypothese „Eine positive Beziehung zum Therapeuten zu Beginn der Behandlung geht mit einem günstigen Therapieausgang einher.“ fand keine Bestätigung.

3.5 Ergebnisse zur vierten Hypothese

Die nachfolgenden Tabellen stellen die deskriptive Statistik zum Behavioural Status Index und die Resultate der Überprüfung auf statistisch signifikante Unterschiede zwischen den beiden Outcome-Gruppen dar.

Tabelle 9: Deskriptive Statistik und Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests zur Subskala „Riskantes Sozialverhalten“ des Behavioural Status Index (n = 15)

| | Gruppe | n | Mittelwert | Standardabweichung | Minimum | Maximum | Asymptotische Signifikanz (2-seitig) |
|--|-------------|---|------------|--------------------|---------|---------|--------------------------------------|
| Unterstützung durch die Familie | Durchhalter | 6 | 4,33 | 1,21 | 2 | 5 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 4,56 | 0,53 | 4 | 5 | |
| Schwere Gewalttätigkeit gegen andere ohne ersichtlichen Auslöser | Durchhalter | 6 | 5,00 | 0,00 | 5 | 5 | n.s.* |
| | Abbrecher | 9 | 5,00 | 0,00 | 5 | 5 | |
| Schwere Gewalttätigkeit gegen andere nach ersichtlichem Auslöser | Durchhalter | 6 | 5,00 | 0,00 | 5 | 5 | n.s.* |
| | Abbrecher | 9 | 5,00 | 0,00 | 5 | 5 | |
| Leichtere Gewalttätigkeit gegen andere ohne ersichtlichen Auslöser | Durchhalter | 6 | 5,00 | 0,00 | 5 | 5 | n.s.* |
| | Abbrecher | 9 | 5,00 | 0,00 | 5 | 5 | |
| Leichtere Gewalttätigkeit gegen andere nach ersichtlichem Auslöser | Durchhalter | 6 | 5,00 | 0,00 | 5 | 5 | n.s.* |
| | Abbrecher | 9 | 5,00 | 0,00 | 5 | 5 | |
| Schwere Selbstverletzung | Durchhalter | 6 | 5,00 | 0,00 | 5 | 5 | n.s.* |
| | Abbrecher | 9 | 5,00 | 0,00 | 5 | 5 | |
| Leichtere Selbstverletzung | Durchhalter | 6 | 5,00 | 0,00 | 5 | 5 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 4,89 | 0,33 | 4 | 5 | |
| Verbale Aggression ohne ersichtlichen Auslöser | Durchhalter | 6 | 5,00 | 0,00 | 5 | 5 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 4,89 | 0,33 | 4 | 5 | |
| Verbale Aggression nach ersichtlichem Auslöser | Durchhalter | 6 | 4,33 | 1,03 | 3 | 5 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 3,56 | 0,88 | 2 | 4 | |
| Angriffe gegen Sachen ohne ersichtlichen Auslöser | Durchhalter | 6 | 5,00 | 0,00 | 5 | 5 | n.s.* |
| | Abbrecher | 9 | 5,00 | 0,00 | 5 | 5 | |
| Angriffe gegen Sachen nach ersichtlichem Auslöser | Durchhalter | 6 | 5,00 | 0,00 | 5 | 5 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 4,89 | 0,33 | 4 | 5 | |

n: Anzahl der Probanden, für welche die Daten erhoben werden konnten

n.s.: nicht signifikant

*: identische Antworten aller Patienten. Keine Auswertung mit dem Mann-Whitney-U-Test möglich.

Fortsetzung Tabelle 9: Deskriptive Statistik und Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests zur Subskala „Riskantes Sozialverhalten“ des Behavioural Status Index (n = 15)

| | Gruppe | n | Mittelwert | Standardabweichung | Minimum | Maximum | Asymptotische Signifikanz (2-seitig) |
|-------------------------------------|-------------|---|------------|--------------------|---------|---------|--------------------------------------|
| Sicherheitsverstöße | Durchhalter | 6 | 5,00 | 0,00 | 5 | 5 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 4,78 | 0,67 | 3 | 5 | |
| Provokantes Störverhalten | Durchhalter | 6 | 4,00 | 1,09 | 3 | 5 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 4,56 | 0,53 | 4 | 5 | |
| Imitatives Störverhalten | Durchhalter | 6 | 5,00 | 0,00 | 5 | 5 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 4,56 | 0,53 | 4 | 5 | |
| Unangemessenes Sexualverhalten | Durchhalter | 6 | 4,83 | 0,41 | 4 | 5 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 4,67 | 0,71 | 3 | 5 | |
| Sadomasochistische Verhaltensweisen | Durchhalter | 6 | 5,00 | 0,00 | 5 | 5 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 4,78 | 0,67 | 3 | 5 | |
| Ausstattung mit Machosymbolen | Durchhalter | 6 | 5,00 | 0,00 | 5 | 5 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 4,50 | 0,76 | 3 | 5 | |
| Zwangshandlungen | Durchhalter | 6 | 5,00 | 0,00 | 5 | 5 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 4,89 | 0,33 | 4 | 5 | |
| Suchtmittelmissbrauch | Durchhalter | 6 | 5,00 | 0,00 | 5 | 5 | < 0,01 |
| | Abbrecher | 9 | 1,89 | 1,76 | 1 | 5 | |
| Psychische Störung | Durchhalter | 6 | 5,00 | 0,00 | 5 | 5 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 4,56 | 1,33 | 1 | 5 | |

n: Anzahl der Probanden, für welche die Daten erhoben werden konnten

n.s.: nicht signifikant

*: identische Antworten aller Patienten. Keine Auswertung mit dem Mann-Whitney-U-Test möglich.

Mit Ausnahme des Items „Suchtmittelmissbrauch“ zeigte keines der Items der Subskala „Riskantes Sozialverhalten“ einen signifikanten Unterschied zwischen den Outcome-Gruppen. Beim Item „Suchtmittelmissbrauch“ ergab sich ein hoch signifikanter Unterschied ($p = 0,004$, $U = 6,000$, $z = -2,858$). Bei Patienten, die die Therapie vorzeitig abgebrochen haben, wurden signifikant häufiger Belege für den Missbrauch während der Therapie gefunden als bei der Gruppe mit positivem Therapieausgang, bei der es bei keinem Patienten einen belegbaren Suchtmittelmissbrauch gab.

Tabelle 10: Deskriptive Statistik und Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests zur Subskala „Einsicht“ des Behavioural Status Index (jeweils n = 15 außer: „Spannungsreduzierende Vorstellungen benennen“, „Unsicherheit auslösende Ereignisse“ und „Sicherheit auslösende Ereignisse“: n = 14)

| | Gruppe | n | Mittelwert | Standardabweichung | Minimum | Maximum | Asymptotische Signifikanz (2-seitig) |
|---|---------------|----------|-------------------|---------------------------|----------------|----------------|---|
| Wahrnehmung von Anspannung | Durchhalter | 6 | 3,00 | 0,63 | 2 | 4 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 2,78 | 0,83 | 2 | 4 | |
| Beschreibung von Anspannung | Durchhalter | 6 | 2,33 | 1,03 | 1 | 4 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 2,33 | 0,50 | 2 | 3 | |
| Strategien der Reduktion von Anspannung | Durchhalter | 6 | 3,67 | 1,63 | 1 | 5 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 3,22 | 1,09 | 2 | 5 | |
| Anerkennung von negativen Gefühlen oder Wut | Durchhalter | 6 | 2,50 | 0,84 | 1 | 3 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 3,11 | 0,78 | 2 | 4 | |
| Anspannung erzeugende Vorstellungen | Durchhalter | 6 | 3,17 | 1,17 | 1 | 4 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 3,00 | 0,87 | 2 | 4 | |
| Anspannung erzeugende Ereignisse | Durchhalter | 6 | 3,17 | 0,75 | 2 | 4 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 3,44 | 0,53 | 3 | 4 | |
| Persönliche Strategie der Spannungsreduktion | Durchhalter | 6 | 4,00 | 0,89 | 3 | 5 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 3,33 | 1,00 | 2 | 5 | |
| Spannungsreduzierende Vorstellungen benennen | Durchhalter | 6 | 2,17 | 1,17 | 1 | 4 | n.s. |
| | Abbrecher | 8 | 2,37 | 0,52 | 2 | 3 | |
| Spannungsreduzierende Aktivitäten benennen | Durchhalter | 6 | 3,50 | 1,38 | 2 | 5 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 2,78 | 0,83 | 2 | 4 | |
| Als unangenehm empfundene Eigenschaften anderer | Durchhalter | 6 | 2,50 | 1,38 | 1 | 5 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 2,78 | 0,67 | 2 | 4 | |
| Als angenehm empfundene Eigenschaften anderer | Durchhalter | 6 | 3,50 | 1,22 | 2 | 5 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 3,11 | 0,78 | 2 | 4 | |
| Unsicherheit auslösende Ereignisse | Durchhalter | 6 | 2,83 | 0,75 | 2 | 4 | n.s. |
| | Abbrecher | 8 | 3,00 | 0,76 | 2 | 4 | |
| Sicherheit auslösende Ereignisse | Durchhalter | 6 | 3,67 | 0,52 | 3 | 4 | n.s. |
| | Abbrecher | 8 | 2,87 | 0,99 | 2 | 4 | |
| Ereignisse, die zur Behandlung führten | Durchhalter | 6 | 4,33 | 0,82 | 3 | 5 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 3,56 | 0,88 | 2 | 5 | |
| Zuschreibung von Verantwortung | Durchhalter | 6 | 3,50 | 1,22 | 2 | 5 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 3,22 | 0,67 | 2 | 4 | |

n: Anzahl der Probanden, für welche die Daten erhoben werden konnten

n.s.: nicht signifikant

Fortsetzung Tabelle 10: Deskriptive Statistik und Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests zur Subskala „Einsicht“ des Behavioural Status Index (jeweils n = 15 außer: „Spannungsreduzierende Vorstellungen benennen“, „Unsicherheit auslösende Ereignisse“ und „Sicherheit auslösende Ereignisse“: n = 14)

| | Gruppe | n | Mittelwert | Standardabweichung | Minimum | Maximum | Asymptotische Signifikanz (2-seitig) |
|--------------------------------------|-------------|---|------------|--------------------|---------|---------|--------------------------------------|
| Selbsteinschätzung | Durchhalter | 6 | 2,67 | 0,82 | 2 | 4 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 2,56 | 0,53 | 2 | 3 | |
| Probleme in eine Rangordnung bringen | Durchhalter | 6 | 2,33 | 1,21 | 1 | 4 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 2,33 | 0,87 | 1 | 4 | |
| Behandlungsziele formulieren | Durchhalter | 6 | 2,67 | 0,82 | 2 | 4 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 2,00 | 0,71 | 1 | 3 | |
| Mitarbeit bei der Therapie | Durchhalter | 6 | 3,50 | 0,84 | 2 | 4 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 2,78 | 1,09 | 2 | 5 | |
| Erwartungen | Durchhalter | 6 | 2,17 | 0,75 | 1 | 3 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 2,56 | 0,53 | 2 | 3 | |

n: Anzahl der Probanden, für welche die Daten erhoben werden konnten

n.s.: nicht signifikant

Auf der Subskala „Einsicht“ zeigte die statistische Signifikanzprüfung der einzelnen Items keine signifikanten Unterschiede zwischen den Abbrechern und den Durchhaltern.

Tabelle 11: Deskriptive Statistik und Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests zur Subskala „Kommunikation und soziale Fertigkeiten“ des Behavioural Status Index (n = 15)

| | Gruppe | n | Mittelwert | Standardabweichung | Minimum | Maximum | Asymptotische Signifikanz (2-seitig) |
|-------------------------------|-------------|---|------------|--------------------|---------|---------|--------------------------------------|
| Mimik | Durchhalter | 6 | 4,00 | 1,26 | 2 | 5 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 3,67 | 1,00 | 2 | 5 | |
| Blickkontakt | Durchhalter | 6 | 4,67 | 0,52 | 4 | 5 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 4,11 | 0,60 | 3 | 5 | |
| Zuwendung zu anderen | Durchhalter | 6 | 4,83 | 0,41 | 4 | 5 | < 0,05 |
| | Abbrecher | 9 | 3,78 | 1,09 | 2 | 5 | |
| Körperhaltung | Durchhalter | 6 | 4,33 | 0,82 | 3 | 5 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 3,78 | 0,67 | 3 | 5 | |
| Expressive Gestik | Durchhalter | 6 | 4,17 | 0,75 | 3 | 5 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 3,56 | 0,88 | 2 | 5 | |
| Soziale Distanz | Durchhalter | 6 | 4,50 | 0,84 | 3 | 5 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 4,33 | 0,50 | 4 | 5 | |
| Tonfall | Durchhalter | 6 | 4,00 | 0,89 | 3 | 5 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 3,67 | 0,87 | 2 | 5 | |
| Modulation der Stimme | Durchhalter | 6 | 4,67 | 0,52 | 4 | 5 | < 0,01 |
| | Abbrecher | 8 | 3,44 | 0,73 | 2 | 4 | |
| Sprechtempo | Durchhalter | 6 | 4,50 | 0,55 | 4 | 5 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 4,00 | 0,87 | 3 | 5 | |
| Gesprächsinitiative ergreifen | Durchhalter | 6 | 4,17 | 0,41 | 4 | 5 | < 0,05 |
| | Abbrecher | 9 | 3,44 | 0,53 | 3 | 4 | |
| Umfang der Gesprächsbeiträge | Durchhalter | 6 | 3,50 | 1,05 | 2 | 5 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 3,56 | 0,88 | 2 | 5 | |
| Sprachfluss | Durchhalter | 6 | 4,83 | 0,41 | 4 | 5 | n.s. |
| | Abbrecher | 8 | 4,33 | 0,50 | 4 | 5 | |
| Der Reihe nach sprechen | Durchhalter | 6 | 4,50 | 0,55 | 4 | 5 | n.s. |
| | Abbrecher | 8 | 4,11 | 0,60 | 3 | 5 | |
| Zuhören können | Durchhalter | 6 | 4,00 | 0,89 | 3 | 5 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 3,67 | 0,87 | 2 | 5 | |
| Reaktion auf Fragen | Durchhalter | 6 | 4,33 | 0,52 | 4 | 5 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 3,89 | 0,33 | 3 | 4 | |
| Gesprächsthemen | Durchhalter | 6 | 3,83 | 1,17 | 2 | 5 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 3,78 | 0,67 | 3 | 5 | |

n: Anzahl der Probanden, für welche die Daten erhoben werden konnten

n.s.: nicht signifikant

Fortsetzung Tabelle 11: Deskriptive Statistik und Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests zur Subskala „Kommunikation und soziale Fertigkeiten“ des Behavioural Status Index (n = 15)

| | Gruppe | n | Mittelwert | Standardabweichung | Minimum | Maximum | Asymptotische Signifikanz (2-seitig) |
|------------------------------------|-------------|---|------------|--------------------|---------|---------|--------------------------------------|
| Egozentrische Konversation | Durchhalter | 6 | 3,33 | 0,82 | 2 | 4 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 3,22 | 0,67 | 2 | 4 | |
| Offenheit | Durchhalter | 6 | 3,17 | 0,75 | 2 | 4 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 3,11 | 0,78 | 2 | 4 | |
| Meinungen äußern | Durchhalter | 6 | 3,83 | 0,98 | 3 | 5 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 3,56 | 1,24 | 2 | 5 | |
| Abweichende Meinungen | Durchhalter | 6 | 4,67 | 0,52 | 4 | 5 | < 0,05 |
| | Abbrecher | 9 | 3,67 | 1,00 | 2 | 5 | |
| Wortwechsel | Durchhalter | 6 | 3,67 | 0,52 | 3 | 4 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 3,56 | 0,73 | 3 | 5 | |
| Um etwas bitten | Durchhalter | 6 | 4,83 | 0,41 | 4 | 5 | < 0,05 |
| | Abbrecher | 9 | 3,67 | 1,12 | 2 | 5 | |
| Selbstsicherheit | Durchhalter | 6 | 4,17 | 0,41 | 4 | 5 | < 0,05 |
| | Abbrecher | 9 | 3,56 | 0,53 | 3 | 4 | |
| Erscheinungsbild | Durchhalter | 6 | 4,83 | 0,41 | 4 | 5 | n.s. |
| | Abbrecher | 8 | 5,00 | 0,00 | 5 | 5 | |
| Soziale Aktivitäten | Durchhalter | 6 | 4,17 | 0,41 | 4 | 5 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 3,89 | 0,78 | 3 | 5 | |
| Affektkontrolle | Durchhalter | 6 | 4,00 | 0,00 | 4 | 4 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 3,78 | 0,67 | 3 | 5 | |
| Beziehungen zu anderen | Durchhalter | 6 | 4,33 | 0,52 | 4 | 5 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 4,11 | 0,33 | 4 | 5 | |
| Leichtigkeit der Kommunikation | Durchhalter | 6 | 3,67 | 0,82 | 3 | 5 | n.s. |
| | Abbrecher | 8 | 4,00 | 0,71 | 3 | 5 | |
| Geselligkeit und Hilfsbereitschaft | Durchhalter | 6 | 3,33 | 1,03 | 2 | 5 | n.s. |
| | Abbrecher | 8 | 3,78 | 0,44 | 3 | 4 | |
| Anderen gegenüber nachgeben | Durchhalter | 6 | 3,17 | 0,75 | 2 | 4 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 3,33 | 0,50 | 3 | 4 | |

n: Anzahl der Probanden, für welche die Daten erhoben werden konnten

n.s.: nicht signifikant

Auf der Subskala „Kommunikation und soziale Fertigkeiten“ zeigte die statistische Auswertung bei einer Reihe von Items statistisch signifikante Zusammenhänge mit dem Therapieergebnis:

Die Items „Zuwendung zu anderen“ ($p = 0,046$, $U = 11,500$, $z = -1,998$), „Gesprächsinitiative ergreifen“ ($p = 0,021$, $U = 10,000$, $z = -2,313$), „Abweichende Meinungen“ ($p = 0,046$, $U = 11,000$, $z = -1,994$), „Um etwas bitten“ ($p = 0,038$, $U = 11,000$, $z = -2,069$) und „Selbstsicherheit“ ($p = 0,039$, $U = 12,500$, $z = -2,061$) unterschieden sich signifikant zwischen den Gruppen. So gehörten Patienten, die höhere Wertungen in diesen Bereichen erhielten, signifikant häufiger der Gruppe der Durchhalter an. Das Item „Modulation der Stimme“ zeigte bei der statistischen Signifikanzprüfung sogar einen hoch signifikanten Zusammenhang mit dem Therapieergebnis ($p = 0,006$, $U = 5,000$, $z = -2,772$).

Tabelle 12: Deskriptive Statistik und Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests zur Subskala „Arbeits- und Freizeitverhalten“ des Behavioural Status Index (jeweils $n = 15$ außer: „Hobbies und Interessen“ $n = 14$, „Potentielle Sexualpartner“ $n = 12$)

| | Gruppe | n | Mittelwert | Standardabweichung | Minimum | Maximum | Asymptotische Signifikanz (2-seitig) |
|---------------------------|-------------|---|------------|--------------------|---------|---------|--------------------------------------|
| Anwesenheit | Durchhalter | 6 | 5,00 | 0,00 | 5 | 5 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 4,78 | 0,44 | 4 | 5 | |
| Mit Zeit umgehen können | Durchhalter | 6 | 4,83 | 0,41 | 4 | 5 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 4,56 | 0,73 | 3 | 5 | |
| Fehlen wegen Krankheit | Durchhalter | 6 | 4,67 | 0,82 | 3 | 5 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 4,00 | 1,22 | 1 | 5 | |
| Anpassungsfähigkeit | Durchhalter | 6 | 4,33 | 0,52 | 4 | 5 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 4,00 | 0,87 | 2 | 5 | |
| Konzentration | Durchhalter | 6 | 4,67 | 0,52 | 4 | 5 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 4,00 | 1,12 | 2 | 5 | |
| Arbeiten im Team | Durchhalter | 6 | 3,83 | 0,75 | 3 | 5 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 4,44 | 0,73 | 3 | 5 | |
| Interesse | Durchhalter | 6 | 4,17 | 0,75 | 3 | 5 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 4,11 | 0,93 | 2 | 5 | |
| Qualität der Arbeit | Durchhalter | 6 | 4,00 | 0,89 | 3 | 5 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 4,00 | 1,12 | 2 | 5 | |
| Initiative | Durchhalter | 6 | 4,33 | 0,52 | 4 | 5 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 3,67 | 1,12 | 1 | 5 | |
| Reaktion auf Intervention | Durchhalter | 6 | 4,33 | 0,52 | 4 | 5 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 4,00 | 0,71 | 3 | 5 | |

n: Anzahl der Probanden, für welche die Daten erhoben werden konnten

n.s.: nicht signifikant

Fortsetzung Tabelle 12: Deskriptive Statistik und Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests zur Subskala „Arbeits- und Freizeitverhalten“ des Behavioural Status Index (jeweils n = 15 außer: „Hobbies und Interessen“ n = 14, „Potentielle Sexualpartner“ n = 12)

| | Gruppe | n | Mittelwert | Standardabweichung | Minimum | Maximum | Asymptotische Signifikanz (2-seitig) |
|---|-------------|---|------------|--------------------|---------|---------|--------------------------------------|
| Freizeit | Durchhalter | 6 | 5,00 | 0,00 | 5 | 5 | < 0,01 |
| | Abbrecher | 9 | 3,89 | 0,78 | 3 | 5 | |
| Freizeit und Entspannung | Durchhalter | 6 | 5,00 | 0,00 | 5 | 5 | < 0,05 |
| | Abbrecher | 9 | 4,44 | 0,53 | 4 | 5 | |
| Planung von Freizeitaktivitäten | Durchhalter | 6 | 4,33 | 0,82 | 3 | 5 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 3,44 | 0,88 | 2 | 5 | |
| Angemessenheit der Freizeitplanung | Durchhalter | 6 | 4,50 | 0,55 | 4 | 5 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 3,67 | 1,00 | 2 | 5 | |
| Teilnahme an Freizeitaktivitäten | Durchhalter | 6 | 4,83 | 0,41 | 4 | 5 | < 0,05 |
| | Abbrecher | 9 | 3,56 | 1,24 | 2 | 5 | |
| Hobbies und Interessen | Durchhalter | 6 | 4,67 | 0,52 | 4 | 5 | n.s. |
| | Abbrecher | 8 | 3,87 | 1,25 | 2 | 5 | |
| Interesse an gemeinsamen Freizeitaktivitäten | Durchhalter | 6 | 4,17 | 0,41 | 4 | 5 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 3,44 | 1,24 | 1 | 5 | |
| Motivation für gemeinsame Freizeitaktivitäten | Durchhalter | 6 | 4,00 | 0,89 | 3 | 5 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 3,89 | 0,93 | 3 | 5 | |
| Interaktion mit dem anderen Geschlecht | Durchhalter | 6 | 4,33 | 0,52 | 4 | 5 | < 0,01 |
| | Abbrecher | 9 | 3,22 | 0,67 | 2 | 4 | |
| Potentielle Sexualpartner | Durchhalter | 6 | 4,17 | 1,17 | 2 | 5 | n.s. |
| | Abbrecher | 6 | 3,33 | 1,37 | 1 | 5 | |

n: Anzahl der Probanden, für welche die Daten erhoben werden konnten

n.s.: nicht signifikant

Auf der Subskala „Arbeits- und Freizeitverhalten“ unterschieden sich die Werte der Items „Freizeit“ ($p = 0,006$, $U = 6,000$, $z = -2,725$) und „Interaktion mit dem anderen Geschlecht“ ($p = 0,008$, $U = 6,000$, $z = -2,665$) hoch signifikant zwischen den Outcome-Gruppen. Darüber hinaus zeigten die Items „Freizeit und Entspannung“ ($p = 0,031$, $U = 12,000$, $z = -2,160$) und „Teilnahme an Freizeitaktivitäten“ ($p = 0,040$, $U = 11,000$, $z = -2,058$) signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen.

Tabelle 13: Deskriptive Statistik und Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests zur Subskala „Empathie“ des Behavioural Status Index (jeweils n = 15 außer: „Das Opfer als Person“ n = 13)

| | Gruppe | n | Mittelwert | Standardabweichung | Minimum | Maximum | Asymptotische Signifikanz (2-seitig) |
|---|-------------|---|------------|--------------------|---------|---------|--------------------------------------|
| Sich in die Lebenswelt einer anderen Person hineinversetzen | Durchhalter | 6 | 2,50 | 1,05 | 1 | 4 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 2,44 | 0,73 | 1 | 3 | |
| Die Gefühle einer anderen Person im Unterschied zu den eigenen Gefühlen verstehen | Durchhalter | 6 | 2,67 | 0,82 | 2 | 4 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 2,33 | 0,50 | 2 | 3 | |
| Einfühlungsvermögen in andere | Durchhalter | 6 | 2,50 | 0,55 | 2 | 3 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 2,44 | 0,53 | 2 | 3 | |
| Verständnis für die Wünsche und Bedürfnisse einer anderen Person ausdrücken | Durchhalter | 6 | 2,33 | 0,52 | 2 | 3 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 2,67 | 0,50 | 2 | 3 | |
| Sich für andere freuen können | Durchhalter | 6 | 2,33 | 0,82 | 1 | 3 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 2,22 | 0,83 | 1 | 4 | |
| Anderen Raum geben | Durchhalter | 6 | 3,33 | 0,82 | 2 | 4 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 3,56 | 0,53 | 3 | 4 | |
| Interessiert an wechselseitigem Austausch | Durchhalter | 6 | 2,67 | 0,82 | 2 | 4 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 2,78 | 0,67 | 2 | 4 | |
| Umgang mit Konflikten | Durchhalter | 6 | 2,67 | 1,21 | 1 | 4 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 2,56 | 0,53 | 2 | 3 | |
| Sich an Unterhaltungen beteiligen | Durchhalter | 6 | 2,83 | 0,75 | 2 | 4 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 3,33 | 0,87 | 2 | 4 | |
| Eigene Interessen zurückstellen | Durchhalter | 6 | 2,33 | 0,82 | 1 | 3 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 2,44 | 0,73 | 1 | 3 | |
| Anderen Zuhören | Durchhalter | 6 | 3,17 | 0,75 | 2 | 4 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 3,22 | 0,83 | 2 | 4 | |
| Körperliche Spiegelantworten | Durchhalter | 6 | 1,83 | 0,75 | 1 | 3 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 2,22 | 0,83 | 1 | 4 | |
| Unterstützung anbieten | Durchhalter | 6 | 3,33 | 0,52 | 3 | 4 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 3,22 | 0,83 | 2 | 4 | |
| Missbrauch vermeiden | Durchhalter | 6 | 3,33 | 1,63 | 1 | 5 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 2,89 | 1,27 | 1 | 5 | |
| Zuhören und Fragen stellen | Durchhalter | 6 | 3,33 | 1,21 | 2 | 5 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 3,33 | 0,87 | 2 | 4 | |

n: Anzahl der Probanden, für welche die Daten erhoben werden konnten

n.s.: nicht signifikant

Fortsetzung Tabelle 13: Deskriptive Statistik und Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests zur Subskala „Empathie“ des Behavioural Status Index (jeweils n = 15 außer: „Das Opfer als Person“ n = 13)

| | Gruppe | n | Mittelwert | Standardabweichung | Minimum | Maximum | Asymptotische Signifikanz (2-seitig) |
|--|-------------|---|------------|--------------------|---------|---------|--------------------------------------|
| Bedauern zum Ausdruck bringen | Durchhalter | 6 | 2,83 | 0,98 | 2 | 4 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 2,67 | 0,87 | 2 | 4 | |
| Andere Ansichten akzeptieren | Durchhalter | 6 | 3,17 | 1,17 | 2 | 5 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 2,89 | 0,78 | 2 | 4 | |
| Andere trösten | Durchhalter | 6 | 2,00 | 1,09 | 1 | 4 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 2,00 | 0,71 | 1 | 3 | |
| Das Opfer anerkennen | Durchhalter | 6 | 1,67 | 0,52 | 1 | 2 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 2,33 | 0,87 | 1 | 3 | |
| Den anderen „Raum zum Atmen“ geben | Durchhalter | 6 | 3,83 | 0,75 | 3 | 5 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 4,00 | 0,71 | 3 | 5 | |
| Das Opfer als Person | Durchhalter | 5 | 2,00 | 0,71 | 1 | 3 | < 0,01 |
| | Abbrecher | 8 | 2,75 | 1,03 | 1 | 4 | |
| Anteilnahme an den Schwierigkeiten anderer | Durchhalter | 6 | 2,33 | 1,03 | 1 | 4 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 2,33 | 0,71 | 1 | 3 | |
| Intrusion | Durchhalter | 6 | 3,50 | 1,52 | 1 | 5 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 3,67 | 0,87 | 2 | 5 | |
| Belastende Erfahrungen teilen | Durchhalter | 6 | 2,00 | 1,26 | 1 | 4 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 2,00 | 0,87 | 1 | 3 | |
| Rücksicht nehmen | Durchhalter | 6 | 3,17 | 0,75 | 2 | 4 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 2,78 | 0,67 | 2 | 4 | |
| Interesse zeigen | Durchhalter | 6 | 3,17 | 0,75 | 2 | 4 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 2,78 | 0,83 | 2 | 4 | |
| Nach Gefühlen fragen | Durchhalter | 6 | 1,83 | 0,75 | 1 | 3 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 2,22 | 0,83 | 1 | 3 | |
| Augenkontakt aufnehmen | Durchhalter | 6 | 4,50 | 0,55 | 4 | 5 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 3,67 | 1,00 | 2 | 5 | |
| Interessen ausbalancieren | Durchhalter | 6 | 3,00 | 0,89 | 2 | 4 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 2,56 | 1,01 | 1 | 4 | |
| Für andere etwas tun | Durchhalter | 6 | 3,17 | 1,17 | 2 | 5 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 3,00 | 0,87 | 2 | 4 | |

n: Anzahl der Probanden, für welche die Daten erhoben werden konnten

n.s.: nicht signifikant

Mit Ausnahme des Items „Das Opfer als Person“ zeigte keines der Items der

Subskala „Empathie“ des BEST-Index einen statistisch signifikanten Zusammenhang mit dem Therapieergebnis. Das Item „Das Opfer als Person“ hingegen unterschied sich hoch signifikant zwischen der Gruppe der Abbrecher und der Gruppe der Durchhalter ($p = 0,000$, $U = -5,000$, $z = -3,838$).

Über die Auswertung des BEST-Index auf Item-Ebene hinaus wurden auch die Mittelwerte der einzelnen Skalen und der Mittelwert des BEST-Index überprüft. Die nachfolgende Tabelle zeigt die deskriptive Statistik und die Resultate dieser Überprüfung auf statistisch signifikante Unterschiede zwischen den beiden Outcome-Gruppen.

Tabelle 14: Deskriptive Statistik und Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests zum Behavioural Status Index (n = 15)

| | Gruppe | n | Mittelwert | Standardabweichung | Minimum | Maximum | Asymptotische Signifikanz (2-seitig) |
|---|-------------|---|------------|--------------------|---------|---------|--------------------------------------|
| Subskala „Riskantes Sozialverhalten“ | Durchhalter | 6 | 4,88 | 0,10 | 4,80 | 5,00 | < 0,01 |
| | Abbrecher | 9 | 4,60 | 0,16 | 4,30 | 4,85 | |
| Subskala „Einsicht“ | Durchhalter | 6 | 3,06 | 0,49 | 2,45 | 3,75 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 2,86 | 0,43 | 2,40 | 3,55 | |
| Subskala „Kommunikation und soziale Fertigkeiten“ | Durchhalter | 6 | 4,13 | 0,36 | 3,67 | 4,60 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 3,78 | 0,18 | 3,43 | 4,00 | |
| Subskala „Arbeits- und Freizeitverhalten“ | Durchhalter | 6 | 4,46 | 0,33 | 3,95 | 4,95 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 3,93 | 0,68 | 2,47 | 4,80 | |
| Subskala „Empathie“ | Durchhalter | 6 | 2,78 | 0,72 | 1,90 | 3,80 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 2,78 | 0,45 | 2,13 | 3,57 | |
| BEST-Index gesamt | Durchhalter | 6 | 3,93 | 0,33 | 3,55 | 4,40 | n.s. |
| | Abbrecher | 9 | 3,69 | 0,23 | 3,18 | 3,97 | |

BEST-Index: Behavioural Status Index

n: Anzahl der Probanden, für welche die Daten erhoben werden konnten

n.s.: nicht signifikant

In der Subskala „Riskantes Sozialverhalten“ konnte ein hoch signifikanter Unterschied zwischen den beiden Outcome-Gruppen festgestellt werden ($p = 0,005$, $U = 3,500$, $z = -2,787$). Die Patienten, welche die Therapie vorzeitig abgebrochen haben, zeigten ein signifikant höheres Maß an selbst- oder fremdgefährdendem Verhalten als die Gruppe mit positivem Therapieausgang. Die statistische Signifikanzprüfung aller anderen Skalen, sowie des Mittelwerts über

alle Items zeigte dagegen keine signifikanten Unterschiede.

Die Hypothese „Patienten mit einem positiven Therapieausgang weisen eine höhere Anzahl an lebenspraktischen Fertigkeiten und Fähigkeiten auf als Patienten mit einem negativen Therapieausgang.“ konnte demnach nicht bestätigt werden.

3.6 Ergebnisse zur fünften Hypothese

Tabelle 15 zeigt die deskriptive Statistik und die Resultate der statistischen Signifikanzprüfung der Items „Leidensdruck“, „Sekundärer Krankheitsgewinn“, „Darstellung psychischer Probleme“ und „Gewünschte Behandlungsform: psychotherapeutische Behandlung“ der Achse I der OPD-2.

Tabelle 15: Deskriptive Statistik und Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests zur Achse I der OPD-2 (n = 16)

| | Gruppe | n | Mittelwert | Standardabweichung | Minimum | Maximum | Asymptotische Signifikanz (2-seitig) |
|---|-------------|----|------------|--------------------|---------|---------|--------------------------------------|
| Leidensdruck | Durchhalter | 6 | 1,83 | 0,75 | 1 | 3 | n.s. |
| | Abbrecher | 10 | 2,00 | 0,00 | 2 | 2 | |
| Sekundärer Krankheitsgewinn | Durchhalter | 6 | 1,83 | 0,41 | 1 | 2 | n.s. |
| | Abbrecher | 10 | 1,60 | 0,70 | 0 | 2 | |
| Darstellung psychischer Probleme | Durchhalter | 6 | 1,50 | 1,05 | 0 | 3 | n.s. |
| | Abbrecher | 10 | 1,70 | 0,48 | 1 | 2 | |
| Gewünschte Behandlungsform: psychotherapeutische Behandlung | Durchhalter | 6 | 2,00 | 0,89 | 1 | 3 | n.s. |
| | Abbrecher | 10 | 2,10 | 0,74 | 1 | 3 | |

OPD-2: Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik 2

n: Anzahl der Probanden, für welche die Daten erhoben werden konnten

n.s.: nicht signifikant

Wie aus der Tabelle ersichtlich ist, erreichte keines der überprüften Items der Achse I der OPD-2 das geforderte Signifikanzniveau von $p < 0,05$. Daher konnte die Hypothese „Die Items „Leidensdruck“, „Sekundärer Krankheitsgewinn“, „Darstellung psychischer Beschwerden und Probleme“ sowie „Geeignete Behandlungsform: psychotherapeutische Behandlung“ der Achse I „Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen“ der OPD-2 unterscheiden

sich signifikant zwischen den beiden Outcome-Gruppen.“ keine Bestätigung finden.

4 Diskussion

Das Ziel dieser Arbeit war es, Prädiktoren für das erfolgreiche Abschließen einer Therapie bei suchtkranken Straftätern im Maßregelvollzug zu identifizieren. Hierfür wurden im Rahmen eines übergeordneten Projekts zur Gruppenpsychotherapieprozessforschung eine Reihe von Daten mithilfe verschiedener Instrumente erfasst, welche jeweils unterschiedliche Merkmale des Patienten abzubilden versuchen. Die so erfassten Daten wurden auf statistisch signifikante Unterschiede der Ausprägungen bei Patienten, welche die Therapie erfolgreich abschließen konnten und bei jenen, deren Therapie vorzeitig abgebrochen wurde, überprüft.

4.1 Diskussion der Methodik

Die vorliegende Studie schließt mit einer Stichprobengröße von $n = 16$ eine nur vergleichsweise geringe Anzahl von Patienten ein. Dies hat zur Folge, dass die Unterschiede der Werte zwischen den Gruppen sehr groß sein müssen, um mit $p < 0,05$ eine statistische Signifikanz zu erreichen (Bortz & Lienert, 2008). Entsprechend signifikante Unterschiede zwischen den Outcome-Gruppen erschienen schon zu Beginn der Arbeit eher unwahrscheinlich. Vielmehr zielte die Arbeit darauf ab, Tendenzen herauszuarbeiten, die ihrerseits als Ansatzpunkte für zukünftige Studien dienen können. Die Problematik der erforderlichen großen Effektstärke aufgrund der kleinen Stichprobe gilt es bei der Interpretation der Ergebnisse zu beachten. Weiterhin muss bedacht werden, dass selbst statistisch signifikante Ergebnisse bei einer kleinen Stichprobe in Folgestudien überprüft werden sollten, um auszuschließen, dass es sich um rein zufällige Resultate handelt (Bortz & Lienert, 2008).

Die Aussagekraft einer Studie wird maßgeblich von der Auswahl der Probanden beeinflusst. In der vorliegenden Erhebung waren alle Teilnehmer männlich und Patienten der gleichen Maßregelvollzugseinrichtung. Die Stichprobe ist nicht repräsentativ für die Grundgesamtheit der Straftäter im Maßregelvollzug nach § 64 StGB. Der Anteil der Frauen im Maßregelvollzug ist allerdings im Allgemeinen sehr gering (2013: 6 % der Einweisungen nach § 64 StGB, Statistisches Bundesamt, 2014), so dass die ausschließliche Auswahl männlicher Probanden die

Repräsentativität nicht stark einschränkt. Der Tatsache, dass alle Teilnehmer Patienten der gleichen Maßregelvollzugsanstalt waren und des möglichen Effektes dieser Einschränkung auf die Ergebnisse der Studie, sollte man sich bewusst sein. Denn neben der Problematik, dass es sehr unwahrscheinlich ist, auf diese Art eine für die Gesamtpopulation repräsentative Gruppe zu erhalten, wurde von Pollähne und Kemper ein beachtenswerter Zusammenhang zwischen dem erfolgreichen Beenden der Therapie und der Einrichtung, in welcher die Patienten untergebracht sind, beschrieben (Pollähne & Kemper, 2007).

Ein weiteres Problem ergibt sich durch die Tatsache, dass sich die Stichprobe in dieser Erhebung ausschließlich aus Patienten zusammensetzte, die nach § 64 StGB in den Maßregelvollzug eingewiesen worden waren und dadurch bereits einer Vorselektion unterzogen wurden. Dies bedeutet, dass für alle Teilnehmer schon im Vorfeld durch das Gericht eine „hinreichend konkrete Aussicht“ (§ 64 StGB) auf ein positives Therapieergebnis festgestellt werden musste. Diese Problematik ist de facto aber unumgänglich, da durch § 64 StGB eine völlig zufällige Auswahl – also ohne Rücksicht auf konkrete Aussichten auf das reguläre Beenden der Therapie – von Therapieteilnehmern aus der Gesamtheit suchtkranker Straftäter nicht möglich ist.

4.2 Diskussion der Ergebnisse

4.2.1 Allgemeine Informationen und soziodemografische Daten

Bei der Überprüfung der allgemeinen Informationen und soziodemografischen Daten (Alter, Familienstand, Migrationshintergrund, besondere Familienformen, Abhängigkeitserkrankungen sowie registrierte Straffälligkeit in der Familie, Schulabschluss, Berufsausbildung und Arbeitslosigkeit vor der Inhaftierung) hinsichtlich ihrer Funktion als Prädiktoren, erwiesen sich die Berufsausbildung bei dichotomer Betrachtung (abgeschlossene Ausbildung oder nicht) sowie besondere Familienformen in der Kindheit als signifikant. So konnte gezeigt werden, dass Patienten, die über eine abgeschlossene Berufsausbildung verfügten, die Therapie signifikant häufiger erfolgreich abschlossen. Patienten, die ihre Kindheit oder einen Teil davon in besonderen Familienformen, wie etwa im Heim oder über

einen längeren Zeitraum getrennt von den Eltern, verbracht haben, konnten die Therapie signifikant seltener erfolgreich beenden.

Alter

Das Durchschnittsalter der nach § 64 StGB in den Maßregelvollzug eingewiesenen Patienten betrug in der bundesweiten Stichtagserhebung von von der Haar im Jahr 2010 ca. 34 Jahre (von der Haar, 2011). Die Patienten, die im Rahmen der vorliegenden Arbeit erfasst wurden, waren mit durchschnittlich $M = 29,9$ Jahre etwas jünger. Auch hinsichtlich der Altersverteilung war der Anteil der jüngeren Patienten bei den Studienteilnehmern der vorliegenden Arbeit höher. So lag der Anteil der Patienten unter 30 Jahren in der vorliegenden Stichprobe bei 56,25 %, während in der genannten Stichtagserhebung der Anteil mit 39,5 % geringer ausfiel. Die einzelnen Altersspannen bis 40 Jahre (unter 25 Jahre, 25-30 Jahre, 30-40 Jahre) für sich genommen waren bei den Patienten der vorliegenden Erhebung ebenfalls jeweils stärker vertreten als in der Arbeit von von der Haar sowie im Vergleich zur Gesamtheit der 2010 registrierten Maßregelvollzugspatienten, die nach § 64 StGB eingewiesen wurden (Statistisches Bundesamt, 2014). Ähnliche Daten bezüglich des Alters findet man in der Literatur. In der Übersichtsarbeit von Fries et al., die sich mit der Suche nach Indikatoren für den Verlauf einer stationären Behandlung bei substanzabhängigen Straftätern befasste, lag das Durchschnittsalter in allen neun eingeschlossen Studien ebenfalls zwischen 30 und 35 Jahren (Fries et al., 2011), so dass das Durchschnittsalter der Probanden der vorliegenden Studie durchaus charakteristisch in Hinsicht auf die Grundgesamtheit war.

Das Ergebnis der hier vorliegenden Studie, nach welchem der Faktor „Alter“ sich nicht als Prädiktor für ein erfolgreiches Beenden der Therapie herausstellte, deckt sich mit der Aussage der Erhebung von Schalast et al., bei der 149 alkoholabhängige Patienten untersucht wurden, die nach § 64 StGB in einer Entziehungsanstalt untergebracht waren sowie mit den Ergebnissen von Querengässer et al., in deren Studie 777 Patienten des § 64 StGB Maßregelvollzugs eingeschlossen wurden. Auch in diesen beiden Arbeiten konnten der Variable „Alter“ keine prädiktiven Eigenschaften zur Vorhersage des Therapieausgangs zugesprochen werden (Schalast et al., 2009 b; Querengässer

et al., 2015). Fries et al. jedoch, in deren Arbeit eine Reihe von Studien zur Vorhersage des Therapieerfolgs verglichen wurden, bezeichneten die Variable „junges Lebensalter“ sogar als einen der „robustesten Indikatoren für einen erfolglosen Therapieverlauf im § 64 StGB Maßregelvollzug“ (Fries et al., 2011, S. 404). Darüber hinaus konnten sowohl in der Übersicht von Roch et al. über 125 Studien bei Drogenabhängigen als auch im Review über 51 Studien über den Erfolg von Alkoholtherapien von Adamson et al. Zusammenhänge zwischen dem Alter und dem Therapieerfolg ausgemacht werden. So zeigte sich bei Roch in einem Drittel der Studien ein positiver Zusammenhang zwischen einem höheren Alter und der regulären Beendigung der Therapie. Bei Adamson zeigte sich ein Zusammenhang in knapp 27 % der Studien, wenngleich sich hier in knapp einem Drittel der Studien dieser Zusammenhang genau entgegengesetzt darstellte (Roch et al., 1992; Adamson et al., 2009). Es gilt jedoch zu beachten, dass sich die dort beschriebenen Studien nicht speziell auf Therapien von suchtkranken Patienten im Maßregelvollzug, sondern auf Suchtkranke generell bezogen. Eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse ist aufgrund der unterschiedlichen Grundgesamtheit und anders gearteter Therapie im Allgemeinen also fragwürdig. Da sich darüber hinaus jedoch auch in Studien über Straftäter im Allgemeinen Zusammenhänge zwischen dem Alter und einem positiven Outcome zeigten (Gendreau et al., 1996; Olver et al., 2011), sollten die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit in Folgestudien überprüft bzw. vertieft werden.

Familienstand

Im Vergleich zur Grundgesamtheit der Straftäter, die nach § 64 StGB in die forensische Psychiatrie eingewiesen wurden, war 2010 der Anteil an Verheirateten bei den Patienten der vorliegenden Studie etwas höher (Statistisches Bundesamt, 2014). Sowohl in der Grundgesamtheit als auch in der Stichprobe dieser Arbeit überwogen jedoch klar die ledigen Patienten.

Das Merkmal „Familienstand“ konnte in der vorliegenden Erhebung nicht signifikant zwischen den beiden Outcome-Gruppen unterscheiden. Dieses Ergebnis deckt sich mit dem der Untersuchung von Gericke und Kallert im sächsischen Maßregelvollzug (Gericke & Kallert, 2007). Von Therapeuten des Maßregelvollzugs wurde eine Partnerschaft bzw. Ehe jedoch als Prädiktor für

einen positiven Verlauf angesehen, wie in einer Arbeit, im Rahmen derer 35 Therapeuten des Maßregelvollzugs in Baden-Württemberg den prognostischen Wert von Prädiktorvariablen einschätzten, berichtet wurde (Querengässer et al., 2014 a). In einer Reihe anderer Arbeiten, bei denen der Einfluss des Familienstandes auf den Erfolg einer Suchttherapie untersucht wurde, konnte allerdings auch nur ein verhältnismäßig geringer Effekt festgestellt werden (Roch et al., 1992; Brewer et al., 1998; Adamson et al., 2009). Für den Abbruch von Behandlungen von Straftätern im Allgemeinen wird im Gegensatz dazu von Olver et al. ein hoch signifikanter Zusammenhang zwischen dem Faktor „ledig sein“ und dem Therapieabbruch beschrieben (Olver et al., 2011).

Obwohl es theoretisch durchaus denkbar wäre, dass Patienten, die in einer stabilen Partnerschaft oder Ehe leben, eine Therapie eher erfolgreich zu Ende bringen, zum Beispiel aufgrund von sozialem Rückhalt oder Beständigkeit im Leben der Patienten, so wird durch diese und andere Untersuchungen doch klar, dass der Familienstand nicht als verlässlicher Indikator für den Therapieerfolg gelten kann. Zu erklären ist dieser Umstand unter anderem damit, dass sich viele unterschiedliche Faktoren auf den Familienstand des Patienten auswirken können, die nicht in Zusammenhang mit der Therapiefähigkeit des Patienten stehen müssen.

Migrationshintergrund

Der Anteil an Migranten war mit knapp 27 % bei den Therapieteilnehmern der vorliegenden Studie etwas geringer als in der Stichtagserhebung von von der Haar, bei der rund 31 % der Patienten einen Migrationshintergrund aufwiesen (von der Haar, 2011). Das Statistische Bundesamt enthält zum Migrationsstatus in seiner Strafvollzugsstatistik von 2010 keine Angaben.

Wenngleich der Einfluss des Migrationsstatus auf das erfolgreiche Beenden der Therapie in der vorliegenden Studie kein statistisch signifikantes Ausmaß erreichte, so zeigte sich mit $p = 0,057$ dennoch eine ebensolche Tendenz, nach welcher Patienten mit Migrationshintergrund die Therapie seltener erfolgreich beendeten. In einer Arbeit, in der der Verlauf einer Behandlung nach § 64 StGB von Patienten mit und ohne Migrationshintergrund untersucht wurde, wird

ebenfalls beschrieben, dass die Therapie bei Migranten deutlich häufiger abgebrochen wurde als bei Patienten ohne Migrationshintergrund (Baumann et al., 2013).

Als Erklärungsansatz ist hier zunächst das offenkundig mögliche Problem des Sprachverständnisses zu nennen. Oftmals ist Migranten die deutsche Sprache nicht ausreichend bekannt, um gerade im Umfeld einer Therapie dem Gesagten im notwendigen Maß folgen zu können. Darüber hinaus spielen Sprachkenntnisse für die subjektiv erlebte Stressbelastung eine entscheidende Rolle (Ross et al., 2004). Im nächsten Schritt ist es auch notwendig, den Sinn des Gesagten zu verstehen, was bei Migranten aufgrund ihrer persönlichen Lebenserfahrungen und ihres kulturellen Hintergrundes problematisch sein kann und möglicherweise einen deutlichen Einfluss auf die subjektiv wahrgenommene Qualität der Therapie und ihrer Effekte haben kann. Aus diesem Grund stellen Sprachbarrieren auch die Mitarbeiter im Umfeld des Patienten vor besondere Herausforderungen und können eine alltagsnahe Kommunikation und insbesondere therapeutische Gespräche fast unmöglich machen (Schmidt-Quernheim, 2008).

Neben der Sprache spielen möglicherweise auch kulturelle Differenzen, die auf der Station aufeinanderprallen, eine entscheidende Rolle beim Therapieausgang. „Gesellschaftliche Machtverhältnisse und Vorurteile spiegeln sich in multikulturellen Gruppen wider, wie sie in der forensischen Psychotherapie Realität sind“ (Hoffmann, 2009, S. 72). Persönliche Erfahrungen, wie die beschriebenen Vorurteile und eine daraus resultierende negative Grundhaltung des Patienten sowie eine mögliche Ausgrenzung innerhalb der Station, stellen Hindernisse für eine erfolgreiche Beendigung der Therapie dar. Hinzu kommt nicht zuletzt eine mögliche Perspektivlosigkeit vor dem Hintergrund einer drohenden Abschiebung.

Aufgrund dieser Tatsachen erscheint der mögliche Einfluss des Faktors „Migrationshintergrund“ auf das Outcome der Therapie erklärbar. Wichtig wäre jedoch vor allem herauszufinden, auf welche Besonderheiten man sich bei einer Therapie von Migranten einstellen muss, um die Chancen der Patienten zu verbessern, die Therapie erfolgreich zu beenden.

Besondere Familienformen

Zwei Drittel der Probanden in der vorliegenden Erhebung berichteten von „besonderen Familienformen“, wie einem Heimaufenthalt oder wechselnden Bezugspersonen in der Kindheit. Ähnliche Zahlen fanden Gericke und Kallert in ihrer Arbeit, in der Patienten im sächsischen Maßregelvollzug untersucht wurden (Gericke & Kallert, 2007, „wechselnde Bezugspersonen“ als besondere Familienform), während bei der Datenerhebung von Schalast etwa 25 % der Teilnehmer einen Heimaufenthalt vorwies bzw. etwa 38 % ihre Kindheit nicht durchgängig bei den Eltern verbracht haben (Schalast et al., 2009 b).

Im Rahmen der vorliegenden Erhebung konnte beschrieben werden, dass Patienten, die in ihrer Kindheit oder einem Teil davon in besonderen Familienformen aufgewachsen sind, signifikant häufiger die Therapie vorzeitig abbrechen. Auch andere Autoren kamen zu dem Schluss, dass Patienten, die in einer Institution wie z.B. einem Heim aufgewachsen sind, einen signifikant schlechteren Therapieausgang hatten (Gericke & Kallert, 2007; Schalast et al., 2009 b). Ein Erklärungsansatz für diesen Zusammenhang sind die langfristig negativen Folgen, welche die mit einem Heimaufenthalt verbundene Trennungserfahrung auf die psychische Entwicklung beherbergt. In der Übersichtsarbeit von van der Horst und van der Veer wird dargestellt, dass sich eine vor allem frühkindliche Trennung vom familiären Umfeld und eine Hospitalisierung für Kinder nachteilig auswirke (van der Horst & van der Veer, 2008). Schalast et al. weisen auf das Risiko hin, dass ein Aufenthalt im Kinderheim auf das heimähnliche Setting im Maßregelvollzug projiziert werden könne. Vor diesem Hintergrund berichtet die Arbeitsgruppe weiter von einem starken Streben dieser Patienten nach größtmöglicher Selbstbestimmung in der Klinik und dem Suchen nach "Lücken im System", um sich der Kontrolle der Institution zu entziehen (Schalast et al., 2004, S. 77). Bei Drogenabhängigen konnte jedoch kein deutlicher Zusammenhang zwischen Trennungserfahrungen in der Kindheit und Jugend und der Art der Beendigung einer Entzugstherapie ausgemacht werden (Roch et al., 1992).

Das Ergebnis der vorliegenden Studie sollte vor dem Hintergrund der beschriebenen Erkenntnisse aus der Literatur Anlass geben, in weiteren, größer

angelegten Studien den Einfluss von „besonderen Familienformen“ auf den Therapieerfolg zu überprüfen.

Abhängigkeitserkrankungen in der Familie

20 % der in der vorliegenden Studie eingeschlossenen Patienten (n = 15, also drei Patienten) berichteten von einer Abhängigkeitsproblematik in der Familie, das heißt bei Eltern oder Geschwistern, wobei hinsichtlich des Suchtmittels Alkohol und Drogen zu etwa gleichen Teilen genannt wurden. Diese Zahl erscheint jedoch verhältnismäßig gering. Im Vergleich dazu berichteten Schalast et al., in deren Arbeit nur nach § 64 StGB eingewiesene alkoholabhängige Patienten betrachtet wurden, von gut 54 % der Probanden, bei denen eine Suchtproblematik bei mindestens einem Elternteil bestand (Schalast et al., 2009 b).

In dieser Erhebung zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Faktor „Abhängigkeitserkrankungen in der Familie“ und dem Therapieausgang. Schalast et al. berichteten jedoch, dass Patienten mit Suchtproblemen in der Familie signifikant häufiger einen negativen Behandlungsausgang aufwiesen (Schalast et al., 2009 b). Dies erklärten die Autoren damit, dass Abhängigkeitsprobleme der Eltern bedeutsame Belastungsfaktoren darstellen, "die die Entwicklung sozialer Kompetenzen und das Hineinwachsen in das gesellschaftliche Ordnungsgefüge von Kindern und Jugendlichen erschweren" (Schalast et al., 2004, S. 15). Arbeiten zu Therapien von Abhängigkeitserkrankungen im Allgemeinen kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen hinsichtlich der Eignung dieses Merkmals als Prädiktor für das Outcome. So wurde in einer Arbeit von einem signifikant negativen Effekt auf den Behandlungserfolg berichtet (Ellis & McClure, 1992), während in anderen kein Zusammenhang gefunden werden konnte (Roch et al., 1992; Adamson et al., 2009).

Anhand einer größeren Datenbasis sollte hinsichtlich des Ergebnisses von Schalast et al. sowie vor dem Hintergrund theoretischer Überlegungen der Einfluss von Abhängigkeitserkrankungen in der Familie auf das Therapieergebnis nochmals überprüft werden. Aufgrund der kleinen Stichprobe und der daraus resultierenden Anzahl von nur drei Patienten mit familiären Vorbelastungen kann

dem Ergebnis der vorliegenden Erhebung nur wenig Aussagekraft beigemessen werden.

Straffälligkeit in der Familie

Fast die Hälfte (47 %) der in der vorliegenden Studie untersuchten Patienten berichteten von Straffälligkeit im familiären Umfeld. Die Untersuchungen von Farrington lassen diesen hohen Anteil plausibel erscheinen, denn es wird dargelegt, dass Kriminalität bei den Eltern einer der besten unabhängigen Prädiktoren für die Straffälligkeit der Kinder sei (z.B. Farrington, 1995). Was jedoch in der vorliegenden Erhebung auffiel, war, dass der Prozentsatz bei den Abbrechern mit 66 % deutlich höher lag als bei den Durchhaltern (17 %).

Während in der vorliegenden Arbeit zwar kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Faktor „Straffälligkeit in der Familie“ und dem Outcome der Therapie gefunden werden konnte, so zeigte sich dennoch eine Tendenz für diese Tatsache ($p = 0,057$). Dieses Ergebnis, sowie das Wissen um die kleine Stichprobe der vorliegenden Erhebung und die damit nötige Effektstärke für das Erreichen des Signifikanzniveaus, bieten eine Basis für weitere Untersuchungen zu diesem Zusammenhang anhand einer größeren Stichprobe.

Schulabschluss

Bei den Teilnehmern dieser Studie lag das Bildungsniveau im Vergleich zum bundesdeutschen Durchschnitt im unteren Bereich. Während 53 % der Probanden einen Hauptschulabschluss aufweisen konnten (deutsche Bundesbürger: 39,3 %, Autorengruppe Bildungsberichterstattung, 2010), verfügten 20 % der Patienten über gar keinen Schulabschluss (deutsche Bundesbürger: 3,9 %, Autorengruppe Bildungsberichterstattung, 2010). Alle Patienten ohne Schulabschluss gehörten der Gruppe der Abbrecher an, wodurch der Anteil der Patienten dieser Gruppe, die nicht über einen Schulabschluss verfügten, 33 % betrug, und damit mehr als achtmal so hoch lag wie im bundesdeutschen Durchschnitt.

In der vorliegenden Untersuchung konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den Outcome-Gruppen hinsichtlich des Schulabschlusses gefunden werden. Dieses Ergebnis findet sich auch in anderen Arbeiten wieder, in denen der Therapieausgang von Patienten im § 64 StGB Maßregelvollzug untersucht wurde

(Schalast et al., 2009 b; Querengässer et al., 2015). Andere Studien kamen jedoch zu einem anderen Ergebnis und beschrieben einen fehlenden Schulabschluss als wichtigen Indikator für einen negativen Therapieausgang (Schalast, 2000 b; Fries et al., 2011). Auch Übersichtsarbeiten über Studien zu Therapien bei Abhängigkeitserkrankungen sowie zu Behandlungen von Straftätern berichteten von signifikanten Zusammenhängen zwischen der Schulbildung und dem Outcome (Roch et al., 1992; Adamson et al., 2009; Olver et al., 2011). Aufgrund der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit sowie anderer Erhebungen mit den selben Resultaten, lässt sich jedoch trotzdem nicht annehmen, dass der Schulabschluss den Therapieausgang einer Maßregelvollzugsbehandlung zuverlässig vorhersagen kann.

Berufsausbildung

Während das Niveau der Berufsausbildung in der vorliegenden Studie keinen signifikanten Zusammenhang mit dem Outcome der Therapie aufwies, so zeigte sich bei dichotomer Betrachtung der Berufsausbildung – also ob der Patient über eine abgeschlossene Berufsausbildung verfügte oder nicht – sehr wohl ein signifikanter Zusammenhang mit dem Therapieerfolg ($p = 0,025$). Bei Patienten mit einer abgeschlossenen Berufsausbildung wurde die Therapie signifikant häufiger erfolgreich beendet. Das deckt sich mit den Erkenntnissen, die Fries et al. in ihrer Arbeit beschreiben. Eine fehlende Berufsausbildung wurde auch dort als wichtiges Vorhersagekriterium für einen schlechten Behandlungsausgang gefunden (Fries et al., 2011). Die Maßregelvollzugs-Therapeuten, die in der Arbeit von Querengässer et al. hinsichtlich des prognostischen Wertes von Prädiktorvariablen befragt wurden, teilten die Einschätzung, dass eine abgeschlossene Berufsausbildung einen positiven Effekt auf den Therapieausgang habe (Querengässer et al., 2014 a). Jedoch gibt es auch Arbeiten, bei denen kein nennenswerter Unterschied der Berufsausbildung zwischen der Gruppe mit positivem Outcome und der Gruppe mit einem negativen Behandlungsverlauf gefunden wurde (Schalast, 2009).

Man kann hinsichtlich des Einflusses einer abgeschlossenen Berufsausbildung auf den Therapieausgang argumentieren, dass jemand, der sich für mindestens zwei Jahre in einen geregelten Alltag mit Arbeits- und Unterrichtszeiten einfinden kann,

auch eher in der Lage sein sollte, sich im Alltag auf der Station einzuleben sowie an regelmäßig stattfindenden Therapiesitzungen teilzunehmen. Das signifikante Ergebnis der vorliegenden Erhebung sollte demnach vor dem Hintergrund der oben beschriebenen Resultate von Fries et al. dazu führen, dass in größeren Studien überprüft wird, ob dieses Ergebnis repliziert werden kann.

Arbeitslosigkeit vor der Inhaftierung

„Arbeitslosigkeit vor der Inhaftierung“ konnte in der vorliegenden Erhebung nicht signifikant zwischen den beiden Outcome-Gruppen unterscheiden. Sowohl in der Gruppe der Therapieabbrecher als auch in der Gruppe der Durchhalter ging jeweils ein Drittel der Patienten vor der Inhaftierung einer regelmäßigen Arbeit nach, während jeweils zwei Drittel von ihnen arbeitslos waren. In der Literatur findet man jedoch eine Reihe anderer Ergebnisse. So berichteten Schalast et al. von signifikanten Unterschieden hinsichtlich des Arbeitsverhaltens der Patienten in den beiden Outcome-Gruppen. Dabei beendeten in der beschriebenen Studie signifikant weniger Patienten die Therapie erfolgreich, die im Jahr vor dem Delikt bzw. vor der Festnahme durchgehend arbeitslos waren. Darüber hinaus zeigte auch der Faktor „Erheblich instabiles Arbeitsverhalten“ einen signifikant negativen Effekt auf den Therapieausgang (Schalast et al., 2009 b). Bei Querengässer et al. wurde berichtet, dass Arbeitstätigkeit vor der ersten Diagnosestellung positiv mit der Entlassart zusammenhing (Querengässer et al., 2015). Auch Arbeiten, die sich mit der Therapie von suchtkranken Patienten im Allgemeinen beschäftigten, fanden Effekte des Faktors Arbeit auf das Therapieergebnis und zeigen auf, dass Patienten, die einer Beschäftigung nachgingen, ein besseres Outcome aufwiesen (Roch et al., 1992; Adamson et al., 2009).

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Datenlage zu dem Thema muss man zu dem Schluss kommen, dass trotz des Ergebnisses der vorliegenden Erhebung ein Zusammenhang zwischen der Arbeitssituation eines Patienten und dessen Therapieerfolg zumindest möglich und denkbar ist. Daher wäre es wünschenswert, diese Fragestellung im Rahmen einer Studie mit einer größeren Stichprobe zu überprüfen.

4.2.2 Hypothesen

Die erste Hypothese „Ein hohes Risiko für kriminelles und gewalttätiges Verhalten geht mit einem ungünstigen Therapieausgang einher.“ konnte in dieser Studie nicht bestätigt werden. Zur Einschätzung des Risikos für kriminelles und gewalttätiges Verhalten wurde hier sowohl die PCL-R als auch der HCR-20 herangezogen.

Psychopathischen Persönlichkeitszügen, die mithilfe der PCL-R erfasst werden sollen, wurden von einem Großteil der im Rahmen einer Studie befragten Therapeuten des baden-württembergischen Maßregelvollzugs ein hoher prognostischer Wert im Sinne eines Risikofaktors zugesprochen (Querengässer et al., 2014 a). In der vorliegenden Erhebung wurden jedoch ausschließlich PCL-R-Gesamtscores im niedrigen bis mittleren Bereich erzielt (Werte zwischen 7 und 22). Dementsprechend wurde für keinen Patient der in Europa übliche Cut-Off-Wert für das Konstrukt „Psychopathy“ von 25 Punkten erreicht. Dieses Ergebnis deckt sich mit Angaben aus der Literatur, denn laut Berger liegen rund 80 % der Patienten im Maßregelvollzug auf der PCL-R bei Punktwerten zwischen 12 und 24. Der Effekt dieser Werte im mittleren Bereich auf den Behandlungsverlauf und die Behandelbarkeit ist bisher wissenschaftlich noch nicht ausreichend untersucht (Berger, 2010) und dem Ergebnis kann daher wenig spezifische Aussagekraft beigemessen werden. Auch Ross und Pfäfflin zufolge haben PCL-R-Scores im mittleren Bereich sowohl für die Einschätzung des Risikos, das von einem Patienten ausgeht, als auch hinsichtlich der Prognose der Therapierbarkeit eine geringe Bedeutung (Ross & Pfäfflin, 2005).

In der vorliegenden Arbeit zeigten weder der PCL-R-Gesamtwert noch die Werte der beiden Faktoren des 2-Faktoren-Modells signifikante Unterschiede zwischen den beiden Outcome-Gruppen. Im Gegensatz dazu berichteten Schalast et al. im Rahmen einer Studie mit 150 alkoholkranken Maßregelvollzugspatienten von signifikanten Ergebnissen der Kurzversion der PCL-R, der PCL:SV (Screening-Version), hinsichtlich des Zwei-Faktoren-Modells. So bekamen die Patienten, die später die Therapie abbrachen, von deren Bezugstherapeuten signifikant höhere Punktzahlen bei den Items beider Faktoren. Anzumerken ist hierbei jedoch, dass sich bei der Erhebung der Items für die selben Patienten durch andere

Untersucher wiederum nur der Faktor 2 als signifikantes Unterscheidungskriterium zwischen den Gruppen zeigte (Schalast et al., 2004).

Auch hinsichtlich des Gesamtwertes des HCR-20 oder einer der Subskalen desselben konnten im Rahmen der vorliegenden Erhebung keine signifikanten Unterschiede zwischen den Outcome-Gruppen gefunden werden.

Insgesamt lassen diese Erkenntnisse den Schluss zu, dass Instrumente, die sich bei der Vorhersage von krimineller Rückfälligkeit bzw. von Gewalttätigkeit bewährt haben, nicht automatisch auch für die Vorhersage des Verlaufs einer Behandlung im Maßregelvollzug nach § 64 StGB geeignet sind. Die Tatsache, dass die meisten Patienten in der PCL-R in einem ähnlichen, mittelhohen Bereich eingeschätzt werden, macht vielmehr deutlich, dass alle Patienten in dieser forensischen Umgebung über ein Grundmaß an krimineller Energie verfügen und dass damit auch jeder ein gewisses Rückfallrisiko aufweist. Die Nuancen auszumachen, welche die Abbrecher von den Durchhaltern unterscheiden, vermögen diese Instrumente aber allem Anschein nach nicht zu leisten.

Die Überprüfung der zweiten Hypothese „Eine schwerere Abhängigkeit geht mit einem ungünstigen Therapieausgang einher.“ brachte kein signifikantes Ergebnis hervor. Allerdings konnte ein tendenzieller Zusammenhang des Gesamt-Schweregrads des European Addiction Severity Index (E-ASI) mit dem Therapieausgang aufgezeigt werden ($p = 0,057$), demzufolge Patienten mit höheren Werten ein schlechteres Outcome bei der Therapie aufwiesen.

Neben dem Gesamtscore wurde auch der Zusammenhang zwischen den Interviewer-Schweregrad-Ratings der einzelnen Skalen und dem Therapieerfolg untersucht. Hierbei zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Rating der Skala „Alkoholprobleme“ und dem Outcome ($p = 0,035$). Ein derartiger Einfluss von Alkoholproblemen auf den Therapieausgang fand sich auch in einer Reihe anderer Studien wieder. So fanden López-Goñi et al. bei ihrer Untersuchung von 252 suchtkranken Patienten, welche an einer ambulanten Drogentherapie in Spanien teilnahmen, ebenfalls heraus, dass Patienten mit höheren Interviewer-Schweregrad-Ratings bei der Subskala „Alkoholprobleme“ die Therapie eher abbrachen (López-Goñi et al., 2012). In anderen Erhebungen mit anderen

Patientenzahlen und Behandlungszeiträumen kamen diese Autoren zu dem gleichen Ergebnis (López-Goñi et al., 2011; Fernández-Montalvo & López-Goñi, 2010). Allerdings kann diese Übereinstimmung auch auf Überschneidungen der untersuchten Stichproben zurückzuführen sein. Eine mögliche Erklärung für den negativen Effekt von Alkoholproblemen auf das Therapieergebnis sehen Fernández-Montalvo und López-Goñi in dem Umstand der Komorbidität von Alkohol und Drogen und damit einhergehend einer schlechteren Verfassung, einem früheren Drogenmissbrauch, stärkeren Drogenproblemen und einer höheren Rate an gleichzeitigen psychopathologischen Erkrankungen (Fernández-Montalvo & López-Goñi, 2010). Diese Vermutung deckt sich mit der Tatsache, dass in der vorliegende Studie ebenfalls ein zumindest tendenzieller Effekt des Interviewer-Schweregrad-Ratings für „Psychische Probleme“ ($p = 0,056$) gefunden wurde. Ein nach dieser Erklärung ebenfalls zu erwartender Zusammenhang zwischen dem Rating für „Drogenprobleme“ und dem Therapieverlauf konnte in dieser Studie jedoch nicht bestätigt werden ($p = 0,253$). Ein statistisch signifikanter Effekt der „Psychischen Probleme“ auf den Therapieerfolge zeigte sich ebenfalls in den bereits beschriebenen Studien (López-Goñi et al., 2012; Fernández-Montalvo & López-Goñi, 2010). Es erscheint darüber hinaus jedoch auch unabhängig von den vermuteten Zusammenhängen zwischen „Alkoholproblemen“, „Drogenproblemen“ und „Psychischen Problemen“ naheliegend, dass schwerwiegendere psychische Probleme generell die Therapie erschweren und einen eher schlechten Behandlungsausgang nach sich ziehen.

Insgesamt erscheint die Schwere der Abhängigkeit bzw. der Schweregrad der damit einhergehenden Probleme einen vielversprechenden Ansatz zur Vorhersage des Therapieverlaufs liefern zu können. Auch wenn in dieser Studie nur wenige signifikante Zusammenhänge gefunden werden konnten, wäre es dennoch wünschenswert, eine derartige Untersuchung auf Basis einer größeren Stichprobe zu wiederholen, um aussagekräftigere Ergebnisse zu erhalten.

Die dritte Hypothese „Eine positive Beziehung zum Therapeuten zu Beginn der Behandlung geht mit einem günstigen Therapieausgang einher.“ konnte in dieser Studie nicht bestätigt werden. Die Qualität der Beziehung zwischen dem Therapeuten und dem Patienten wurde hierbei mithilfe des Helping Alliance

Questionnaire (HAq) zu Beginn der Datenerhebung bzw. der Behandlung evaluiert.

Die statistische Auswertung der erhobenen Daten brachte keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Outcome-Gruppen hervor, was die Bewertung der therapeutischen Beziehung zu Beginn der Therapie betrifft. So konnten weder das Item "Globale Erfolgseinschätzung", der Mittelwert über alle Items, die Subskala "Beziehungszufriedenheit", noch die Subskala "Erfolgszufriedenheit" das Outcome signifikant vorhersagen.

Auffallend an den Ergebnissen der vorliegenden Erhebung ist, dass generell hohe Werte von Seiten sowohl der Patienten als auch der Therapeuten vergeben wurden. So lagen die Durchschnittswerte des HAq-P hierbei alle im oberen Drittel der Skala und auch der HAq-TH zeigte Durchschnittswerte im oberen Bereich, wenn auch generell etwas niedrigere. Sowohl die Patienten als auch die Therapeuten betrachteten somit zu Beginn der Behandlung das Verhältnis als eher positiv. Eine gewisse Skepsis bei der Interpretation der Bewertung ganz zu Beginn der Therapie, insbesondere vonseiten des Patienten, ist jedoch sicherlich angebracht. So ist anzunehmen, dass eine verlässliche Einschätzung der Aspekte einer therapeutischen Beziehung zu einem solch frühen Zeitpunkt aufgrund fehlender Erfahrungen miteinander für beide Seiten sehr schwer sein dürfte. Darüber hinaus berichteten Dinger et al., dass bei einer stationären Psychotherapie die Eindrücke und Beziehungen zu verschiedenen wichtigen, an der Therapie beteiligten Personen verschmelzen und die untersuchten Patienten Schwierigkeiten haben, zwischen diesen Personen zu unterscheiden. Die Ratings könnten damit zu diesem Zeitpunkt offenbar durch die Beziehung des Patienten zu anderen Personen des therapeutischen Teams beeinflusst werden (Dinger et al., 2007).

Auch in Arbeiten, die sich mit dem Einfluss der therapeutischen Beziehung auf den Erfolg einer stationären Psychotherapie beschäftigten, konnten die Werte des HAq keine frühzeitige treffsichere Prognose hinsichtlich des Ausgangs der Behandlung liefern (Bassler et al., 1995; Duba, 2007). In einer anderen Studie wurde zwar konstatiert, dass die Qualität der therapeutischen Beziehung bereits in der Anfangsphase der stationären Therapie ein relevanter Prädiktor sei, jedoch

wurden auch hier die Daten des HAq erst nach zwei Wochen erfasst (Konzag et al., 2004).

Aufgrund sowohl der eigenen Ergebnisse, die keine nennenswerten Unterschiede beim HAq zwischen den beiden Outcome-Gruppen zeigten, als auch der Resultate der anderen Studien, erscheint die Arbeitsbeziehung als Prädiktor, der sehr früh eine verlässliche Aussage über das Therapieergebnis zulässt, nicht geeignet. Auch wenn die eigenen Ergebnisse auf einer kleinen Stichprobe beruhen, unterstützen sie dennoch das Bild, dass das Bewerten der Beziehung zwischen dem Patienten und dem Therapeuten durch den HAq bestenfalls zu einem späteren Zeitpunkt die für eine sinnvolle Vorhersage des Outcomes notwendig hohe Korrelation zeigt. Im Therapieverlauf dagegen kann die wiederholte Einschätzung der Qualität der therapeutischen Allianz Anhaltspunkte zur Verbesserung der Behandlung bieten. Diese Schlussfolgerung deckt sich auch mit der Aussage von Martin et al., die angeben, dass eine gute therapeutische Beziehung eher das Resultat einer erfolgreichen Therapie sei als die Voraussetzung hierfür (Martin et al., 2000).

Im Rahmen der vierten Hypothese, „Patienten mit einem positiven Therapieausgang weisen eine höhere Anzahl an lebenspraktischen Fertigkeiten und Fähigkeiten auf als Patienten mit einem negativen Therapieausgang.“ wurde überprüft, inwieweit zwischen den Werten des BEST-Index und dem Outcome signifikante Zusammenhänge existieren. Hierbei zeigte sich ausschließlich zwischen der Subskala „Riskantes Sozialverhalten“ und dem Therapieergebnis ein signifikanter Zusammenhang, während für die Subskalen „Kommunikation und soziale Fertigkeiten“ sowie „Arbeits- und Freizeitverhalten“ das Niveau einer Tendenz erreicht wurde.

Patienten, die höhere Werte in der Subskala „Riskantes Sozialverhalten“ erhielten, wiesen signifikant häufiger einen positiven Therapieausgang auf. Jedoch wurde bei Betrachtung auf Item-Ebene deutlich, dass nur das Item „Suchtmittelmissbrauch“ hoch signifikant zwischen den beiden Outcome-Gruppen unterschied ($p = 0,004$), während alle anderen Items der Subskala das Signifikanzniveau nicht erreichten. Aufgrund der Tatsache, dass unter anderem die Suchtmittelabstinenz als Grundvoraussetzung der Therapie Pflicht war, war der

signifikante Einfluss des Suchtmittelmissbrauchs wenig verwunderlich. Dies zeigte sich auch an der Verteilung der Werte dieses Items, bei der ausschließlich Patienten der Gruppe mit negativem Outcome einen Score von 5 („Beleg für Missbrauch während der letzten drei Monate“) erhielten, während es für alle Durchhalter keinen Beleg für Suchtmittelmissbrauch während des Klinikaufenthalts gab (Score von 1).

Die Mittelwerte der Subskala „Einsicht“ lieferten keinen nennenswerten Zusammenhang mit dem Therapieausgang und auch auf Item-Ebene konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen festgestellt werden. Es wäre zu erwarten gewesen, dass Patienten, die über eine realistische Selbsteinschätzung verfügen sowie Einsicht für die Vorgänge innerhalb ihrer Umgebung und in ihnen selbst zeigen, eine Therapie eher erfolgreich abschließen können als Patienten, die nicht über diese Eigenschaften verfügen. Diese Vermutung konnte in der vorliegenden Arbeit jedoch nicht bestätigt werden.

Während die Subskala „Kommunikation und soziale Fertigkeiten“ das Signifikanzniveau bei der untersuchten Stichprobe knapp verfehlte ($p = 0,059$), zeigte sich hier doch eine deutliche Tendenz, was die Vorhersage des Therapieausgangs betrifft. Auch aus theoretischen Überlegungen heraus erscheint eine Relation zwischen kommunikativen und sozialen Fertigkeiten und dem Therapieergebnis naheliegend. Gerade im Rahmen einer Gruppentherapie sind kommunikative Fähigkeiten einerseits und das soziale Miteinander andererseits Grundbausteine der Interaktion zwischen den Teilnehmern und schaffen eine Basis für die Therapie. Das Sprechen und die Fähigkeit, sich anderen mitzuteilen, aber auch das Zuhören, ermöglichen einem Patienten erst eine über die bloße Anwesenheit hinausgehende Teilnahme an der Therapie und sollten somit wichtige Voraussetzungen für den erfolgreichen Abschluss derselben sein. Bei genauer Betrachtung der einzelnen Items der Skala zeigte sich jedoch ein unerwartet inkohärentes Bild. Während hier einzelne Items wie die „Modulation der Stimme“ und das Äußern einer „abweichenden Meinung“ das Signifikanzniveau erreichten, zeigten andere für eine Kommunikation ebenso wichtige und teilweise mit diesen signifikanten Items eng verknüpfte Faktoren, wie z.B. das „Äußern von Meinungen“, keinen nennenswerten Zusammenhang. Das Item „Umfang der

Gesprächsbeiträge“ zeigte hier im Gegensatz zu den Ergebnissen von Querengässer, der Zusammenhänge zwischen dem Redeverhalten und dem Erfolg einer forensischen Gruppentherapie untersuchte (Querengässer, 2011), kaum Unterschiede zwischen den Outcome-Gruppen. Aufgrund dieser scheinbaren Widersprüche erscheint eine Überprüfung auf Basis einer größeren Patientenpopulation sinnvoll und vielversprechend.

Auch die Subskala „Arbeits- und Freizeitverhalten“ konnte das Signifikanzniveau nicht erreichen, erreichte aber das Niveau einer Tendenz ($p = 0,077$). Insbesondere die Items der Subskala, welche sich mit der Arbeitssituation befassen, sind jedoch aufgrund der Situation im Maßregelvollzug schwierig zu bewerten. Auf Faktoren wie Anwesenheit und Zeitmanagement hat der Patient im Rahmen der institutionellen Arbeit wenig Einfluss und dem Interesse des Patienten an der Arbeit kann nur in sehr beschränktem Umfang Rechnung getragen werden. Dagegen ist es dem Patienten eher möglich, seine Freizeit im Maßregelvollzug - in einem gewissen Rahmen- nach seinen Vorstellungen zu verbringen. So konnten bei den Items, welche sich mit der Freizeitgestaltung des Patienten beschäftigen, mit nur wenigen Ausnahmen („Hobbies und Interessen“, „Interesse an gemeinsamen Freizeitaktivitäten“ und „Motivation für gemeinsame Freizeitaktivitäten“) Tendenzen zur Unterscheidung zwischen den beiden Gruppen festgestellt werden. Die Items „Freizeit“ sowie „Teilnahme an Freizeitaktivitäten“, erreichten sogar das Signifikanzniveau ($p = 0,031$ bzw. $p = 0,04$). Unter der Arbeitshypothese, dass die Freizeit und deren Gestaltung als Ausgleich zu den Belastungen durch das Umfeld während der Therapie dienen könnten, erscheint dieser positive Effekt auf den Therapieverlauf erklärbar und bietet einen guten Ansatzpunkt für Folgestudien zu diesem Thema.

Der Vergleich der Mittelwerte der Subskala „Empathie“ zeigte bei den untersuchten Patienten keinen nennenswerten Zusammenhang mit dem Ausgang der Therapie. Auf Item-Ebene unterschied das Item „Opfer als Person“ ($p = 0,000$) zwar hoch signifikant zwischen den Outcome-Gruppen, jedoch war dieser Zusammenhang unerwartet negativ. Patienten, die das Opfer eher als Person wahrnahmen, schlossen die Gruppentherapie häufiger mit einem negativen Ergebnis ab. Ein derartiger Effekt erscheint nicht erklärbar und ist als

Zufallsbefund zu bewerten. Darüber hinaus zeigte das Item „Augenkontakt aufnehmen“ ($p = 0,093$) einen tendenziellen Zusammenhang mit dem Outcome der Therapie. Patienten, die häufiger Blickkontakt aufnahmen, konnten die Therapie öfter erfolgreich abschließen. In Anbetracht des Gesamtbildes der Skala „Empathie“ besitzt dieser Unterschied jedoch nur wenig Aussagekraft. Insgesamt ließ sich zur Subskala „Empathie“ sowie deren Items in der vorliegenden Erhebung kein Effekt auf das Therapieergebnis ausmachen. Dieses Ergebnis ist insofern überraschend, als dass ein Mangel an Empathie gemeinhin mit Gewalttätigkeit und einem Mangel an Impulskontrolle in Verbindung gebracht wird (Hosser & Beckurts, 2005). Daraus ließe sich schließen, dass durch fehlende Empathie auch der Therapieerfolg gefährdet sein könnte. Dies hat sich in der vorliegenden Erhebung nicht bestätigt.

Auf eine Auswertung der Skala „Selbst- und Familienunterhalt“ wurde verzichtet. Durch die geringe Anzahl an Patienten und eine hohe Quote an fehlenden Werten (im Durchschnitt 38 %, häufig bis zu 47 %), beziehungsweise Items, die Aspekte wie die „Lagerung und Bevorratung von Lebensmitteln“ bewerten, welche im gegebenen stationären Umfeld des Maßregelvollzuges nicht sinnvoll erhoben werden können, lässt sich zum spezifischen Effekt der in dieser Skala erfassten Kompetenzen auf das Outcome keine sinnvolle Aussage treffen.

Insgesamt konnte im Rahmen dieser Arbeit anhand der kleinen Stichprobe ($n = 16$) kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Gesamtdurchschnitt des BEST-Index und dem Outcome der Therapie festgestellt werden. Sehr wohl fanden sich jedoch einige Subskalen und Items, die signifikant bzw. tendenziell eine Unterscheidung zwischen den beiden Outcome-Gruppen erlaubten. In Anbetracht der Tatsache, dass positive Merkmale der Patienten wie lebenspraktische Fertigkeiten und Fähigkeiten bisher bei der Suche nach Prädiktoren für den Therapieerfolg bei Suchtkranken im Maßregelvollzug nur wenig Beachtung fanden und darüber hinaus gerade diese Faktoren durchaus individuell sehr unterschiedliche Ausprägungen zeigen können, erscheint eine Überprüfung der Effekte dieser Faktoren auf den Ausgang der Therapie anhand einer größeren Datenbasis auf jeden Fall sinnvoll und wünschenswert.

Die fünfte Hypothese lautete „Die Items „Leidensdruck“, „Sekundärer

Krankheitsgewinn“, „Darstellung psychischer Beschwerden und Probleme“ sowie „Geeignete Behandlungsform: psychotherapeutische Behandlung“ der Achse I „Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen“ der OPD-2 unterscheiden sich signifikant zwischen den beiden Outcome-Gruppen.“. Es erreichte in der statistischen Auswertung keines der Items statistische Signifikanz.

Das Item „Leidensdruck“ wurde für beide Gruppen durchschnittlich mit mittelhohen Scores bewertet. Jedoch war die Bandbreite der vergebenen Werte bei den Durchhaltern größer als bei den Abbrechern. So wurde der Leidensdruck bei den Durchhaltern zwischen niedrig und hoch eingestuft (1 bis 3), während alle Abbrecher den Wert 2 („mittel“) erhielten. Ringsdorf beschrieb in seiner Arbeit, im deren Rahmen Vorhersagekriterien für den Behandlungserfolg bei Patienten einer stationären Psychotherapie erforscht wurden, eine mittlere Ausprägung des Items als Vorhersagekriterium für einen erfolgreichen Therapieausgang (Ringsdorf, 2002). Dies konnte in der vorliegenden Studie übertragen auf den Maßregelvollzug nicht bestätigt werden. Die Effekte eines hohen Leidensdrucks auf das Outcome einer Psychotherapie werden in der Literatur kontrovers diskutiert. So kann der Leidensdruck laut Arbeitskreis OPD als Komponente der Behandlungsmotivation aufgefasst werden, da man erwarten könne, dass Patienten, die besonders unter einer Erkrankung leiden, auch gewillt seien, die Behandlung aktiv zu unterstützen (Arbeitskreis OPD, 2009). Dementsprechend wäre ein eher günstiger Therapieausgang bei hohem Leidensdruck zu erwarten. Klauer bestätigte diese Vermutung in seiner Arbeit und beschrieb, dass Patienten, die einen hohen Leidensdruck aufwiesen, deutlich seltener zu Therapieabbrüchen neigten als solche mit geringem Leidensdruck (Klauer et al., 2007). Andere Studien berichteten jedoch von gegenteiligen Ergebnissen (Strauß et al., 1997; Ringsdorf, 2002).

Das Item „Sekundärer Krankheitsgewinn“ wurde für die meisten Patienten beider Gruppen in der vorliegenden Erhebung mittelhoch (Wert 2) eingestuft. Diese Punktzahl war auch gleichzeitig der höchste vergebene Wert für dieses Item. Durchschnittlich wurde der sekundäre Krankheitsgewinn der Abbrecher etwas niedriger eingeschätzt als der der Durchhalter. Man würde erwarten, dass ein hoch eingeschätzter sekundärer Krankheitsgewinn die Chancen auf eine erfolgreiche

Behandlung verringert und eher dazu beiträgt, die Krankheit aufrecht zu erhalten, da der Patient die Vorteile, die die Erkrankung für ihn mit sich bringt, bewusst oder unbewusst, nicht aufgeben möchte. Dies konnte im Rahmen der vorliegenden Erhebung nicht gezeigt werden, wurde allerdings von anderen Autoren, die den Verlauf stationärer Psychotherapien untersuchten, bestätigt (Strauß et al., 1997; Ringsdorf, 2002).

Beide Gruppen waren beim Item „Darstellung psychischer Beschwerden und Probleme“ durchschnittlich im unteren bis mittleren Bereich platziert. Dabei zeigte sich bei den Abbrechern meistens die Punktzahl 2 (mit Ausnahme von drei Patienten, bei denen der Wert 1 vergeben wurde). In der Gruppe der Durchhalter dagegen waren die Werte weiter gestreut: es wurden Punktzahlen von 0 bis 3 vergeben. Durch das Item gilt es zu erfassen, wie viel Bedeutung der Patient seinen psychischen Beschwerden beimisst und inwiefern er seine Beeinträchtigungen als psychisch verursacht versteht. Die Vermutung liegt nahe, dass Patienten einer Psychotherapie eher von dieser profitieren und mit Erfolg abschließen, wenn sie ihre psychischen Probleme als hoch einstufen. Patienten, die ihrer Meinung nach gar keine oder nur sehr gering ausgeprägte psychische Probleme haben, dürften weniger Motivation zeigen, eine Psychotherapie erfolgreich zu beenden. Diese Annahmen wurden durch eine Reihe von Forschungsergebnissen zur stationären Psychotherapie bestätigt (Strauß et al., 1997; Schneider et al., 2000; Cierpka et al., 2001; Ringsdorf, 2002). In der vorliegenden Arbeit konnte kein derartiger Effekt festgestellt werden. So fand sich z.B. in der Gruppe der Durchhalter sowohl ein Patient, der seinen psychischen Beschwerden eine hohe Bedeutung zumaß, als auch ein Patient, der keinerlei Darstellung psychischer Probleme erkennen ließ.

Das Item „Gewünschte Behandlungsform: Psychotherapeutische Behandlung“ fand sich bei beiden Gruppen durchschnittlich in einer mittelhohen Ausprägung. Dabei wurden in beiden Gruppen niedrige bis hohe Werte vergeben (1 bis 3). Der Wunsch nach einer Psychotherapie variierte demnach sehr stark. Ein signifikanter Zusammenhang mit dem Therapieerfolg ließ sich daraus nicht ableiten, was dem Ergebnis der Erhebung von Ringsdorf entspricht (Ringsdorf, 2002). In anderen Arbeiten wurde jedoch von einem Zusammenhang zwischen dem Wunsch nach

einer Psychotherapie und dem Behandlungserfolg berichtet (Schneider et al., 2000; Klauer et al., 2007). Dies ist theoretisch damit zu erklären, dass Patienten, die sich eine psychotherapeutische Behandlung wünschen, im Rahmen dieser auch eher motiviert mitarbeiten und diese auch häufiger zu einem erfolgreichen Abschluss bringen können, als Patienten, die kein oder nur ein sehr geringes Bedürfnis verspüren, psychotherapeutisch behandelt zu werden.

Anhand der kleinen Stichprobe der vorliegenden Erhebung ließen sich keine nennenswerten Unterschiede der Items zwischen den Gruppen ausmachen. Es ist jedoch aufgrund theoretischer Überlegungen sowie der Forschungsergebnisse im Setting einer stationären Psychotherapie denkbar, dass die untersuchten Bereiche der OPD-2 auch im forensischen Kontext Anhaltspunkte zur Vorhersage des Behandlungserfolgs liefern könnten. Dazu wäre es im nächsten Schritt z.B. sinnvoll, die Überprüfung der OPD-2 Items hinsichtlich ihres prädiktiven Wertes im Maßregelvollzug anhand einer größeren Datenbasis anzustellen. Des Weiteren könnte die Erhebung von Daten über das Forensik-Modul der OPD-2 (OPD-F), einer Weiterentwicklung der OPD für den forensischen Bereich, einen Beitrag zur Suche nach Prädiktoren leisten.

5 Zusammenfassung

Die stetig steigende Anzahl an Unterbringungen in den Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB (Strafgesetzbuch) führt zu ernsthaften Kapazitätsproblemen im deutschen Maßregelvollzugssystem. Dazu kommt das Problem der hohen Erledigungsquote wegen Aussichtslosigkeit nach § 67 d Absatz 5 StGB, die je nach Quelle einen Anteil von 50 % oder mehr ausmacht, obwohl laut Gesetz eine Unterbringung nur dann angeordnet darf, wenn durch einen Sachverständigen eine konkrete Erfolgsaussicht für die Behandlung festgestellt wird. Bisherige Studien zur Prädiktorensuche für den Therapieerfolg im Maßregelvollzug nach § 64 StGB legten ihren Fokus vor allem auf soziodemografische und kriminologische Faktoren. Dabei ist es bisher noch nicht gelungen, ein treffsicheres Vorhersagemodell zu entwickeln. Das Ziel dieser Arbeit war es daher, die Untersuchungen explorativ auszuweiten und dadurch einen Beitrag zur Suche nach Prädiktoren für den Behandlungserfolg im Maßregelvollzug zu leisten.

Zu diesem Zweck wurden 16 suchtkranke Patienten rekrutiert, die gemäß § 64 StGB in einer süddeutschen Einrichtung des Maßregelvollzugs untergebracht waren. Es kamen zu Beginn der Erhebung Instrumente zur Beurteilung des kriminellen bzw. gewalttätigen Risikos, zur Einschätzung der Schwere der Abhängigkeit, zur Evaluation der therapeutischen Arbeitsbeziehung und zur Beurteilung der lebenspraktischen Fähigkeiten der Patienten zum Einsatz. Außerdem wurden Items der OPD-2 (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik 2) bearbeitet sowie kriminalprognostisch relevante soziodemografische Variablen erhoben. Sechs Patienten wurden nach § 67 d Absatz 2 bzw. 4 StGB regulär entlassen und bildeten die Gruppe der „Durchhalter“, während bei zehn Patienten die Therapie nach § 67 d Absatz 5 StGB vorzeitig abgebrochen wurde („Abbrecher“). Geprüft werden sollte, inwiefern man einen positiven Behandlungsausgang anhand der erhobenen Daten vorhersagen kann. Dazu wurden die Daten der beiden Outcome-Gruppen ausgewertet und einander gegenüber gestellt.

Der Vergleich der Gruppen brachte bei den soziodemografischen Daten eine abgeschlossene Berufsausbildung als signifikant positives sowie das Aufwachsen

in besonderen Familienformen (z.B. Heim) als signifikant negatives Kriterium für den Therapieverlauf hervor.

Kein nennenswerter Unterschied hinsichtlich des Therapieerfolgs konnte durch die Einschätzung des gewalttätigen bzw. kriminellen Risikos gefunden werden.

Ein tendenzieller Zusammenhang zwischen der Schwere der Abhängigkeit und dem Ausgang der Therapie konnte im Rahmen der vorliegenden Untersuchung gefunden werden. So konnten Patienten, bei denen eine geringere Schwere der Abhängigkeit festgestellt wurde, die Therapie tendenziell häufiger erfolgreich beenden.

Die Evaluation der therapeutischen Arbeitsbeziehung brachte keine nennenswerten Unterschiede zwischen den beiden Outcome-Gruppen hervor. Die Beurteilung der therapeutischen Beziehung scheint vielmehr als Faktor zur Verlaufsbeobachtung und Therapieplanung geeignet zu sein als zur Vorhersage des Therapieerfolgs.

Bei der Beurteilung der lebenspraktischen Fähigkeiten konnte zwar kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Gesamtwert des BEST-Index (Behavioural Status Index) und dem Therapieausgang gefunden werden, jedoch zeigten die Skalen „Kommunikation und soziale Fertigkeiten“ sowie „Arbeits- und Freizeitverhalten“ deutliche Tendenzen zur Unterscheidung zwischen den Outcome-Gruppen. Dabei wurden in beiden Fällen die Fähigkeiten der Durchhalter im Durchschnitt besser bewertet als die der Abbrecher.

Die Einschätzungen des Leidensdrucks, des sekundären Krankheitsgewinns, der Darstellung der psychischen Probleme sowie des Wunsches nach einer Psychotherapie brachten keinen Zusammenhang mit dem Outcome hervor.

Eine genauere Untersuchung lebenspraktischer Fertigkeiten in Bezug auf das Outcome von Behandlungen nach § 64 StGB sowie die Untersuchung des Einflusses der Abhängigkeitsschwere wären vielversprechende Zielgrößen für zukünftige Studien.

Literaturverzeichnis

1. Adamson S J, Sellman J D, Frampton C M A: Patient predictors of alcohol treatment outcome: a systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment* 36: S. 75-86 (2009)
2. Alexander L B, Luborsky L: The Penn helping alliance scales. In: Greenberg L S, Pinsof W M (Hrsg.) *The Psychotherapeutic Process: A Research Handbook*, 1st Edition, Guilford Press, New York, S. 325-366 (1986)
3. Andrews D A, Bonta J, Hoge R D: Classification for Effective Rehabilitation: Rediscovering Psychology. *Criminal Justice and Behavior* 17: S. 19-52 (1990)
4. Arbeitskreis OPD: Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. 2., überarbeitete Auflage, Hans Huber, Bern (2009)
5. Autorengruppe Bildungsberichterstattung: Bildung in Deutschland 2010. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zu Perspektiven des Bildungswesens im demografischen Wandel. Bertelsmann, Bielefeld, S. 89-93 (2010)
6. Baekeland F, Lundwall L: Dropping Out of Treatment: A Critical Review. *Psychological Bulletin* 82: S. 738-783 (1975)
7. Bassler M, Potratz B, Krauthauser H: Der "Helping Alliance Questionnaire" (HAQ) von Luborsky. Möglichkeiten zur Evaluation des therapeutischen Prozesses von stationärer Psychotherapie. *Psychotherapeut* 40: S. 23-32 (1995)
8. Baumann A, Querengässer J, Hoffmann K, Ross T: Eine empirische Untersuchung zu Spätaussiedlern in der Entziehungsanstalt (§64 StGB). *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie* 20: S. 170-185 (2013)

9. Belfrage H, Douglas K S: Treatment Effects on Forensic Psychiatric Patients Measured With the HCR-20 Violence Risk Assessment Scheme. *International Journal of Forensic Mental Health* 1: S. 25-36 (2002)
10. Berger J, Scheurer H, Honecker Y, Andritsch F, Six A T I: Straffällige Alkohol- und Drogenabhängige. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie* 67: S. 502-508 (1999)
11. Berger K: Erfassung von forensischen Patienten (§ 64 StGB) unter besonderer Berücksichtigung der Psychopathy Checklist nach Hare (PCL-R). Eine epidemiologische Untersuchung von nach § 64 StGB untergebrachten Patienten in einer Maßregelvollzugsklinik. *Med. Dissertation, Charité - Universitätsmedizin Berlin* (2010)
12. Bortz J, Lienert G A: *Kurzgefasste Statistik für die Klinische Forschung*. 3. Auflage, Springer Medizin, Heidelberg, S. 140-151 (2008)
13. Brewer D D, Catalano R F, Haggerty K, Gaaney R R, Fleming C B: A meta-analysis of predictors of continued drug use during and after treatment for opiate addiction. *Addiction* 93: S. 73-92 (1998)
14. Broome K M, Knight K, Hiller M L, Simpson D D: Drug Treatment Process Indicators for Probationers and Prediction of Recidivism. *Journal of Substance Abuse Treatment* 13: S. 487-491 (1996)
15. Cierpka M, Grande T, Stasch M, Oberbracht C, Schneider W, Schüssler G, Heuft G, Dahlbender R, Schauenburg H, Schneider G: Zur Validität der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD). *Psychotherapeut* 46: S. 122-133 (2001)
16. Cleckley H M: *The mask of sanity: An Attempt to Clarify Some Issues About the So Called Psychopathic Personality*. http://www.cassiopaea.com/cassiopaea/sanity_1.PdF (30.1.2015), Cleckley E S (Hrsg.), 5th Edition, scanned facsimile produced for non-profit educational use (1988)

17. Daly J E, Pelowski S: Predictors of Dropout Among Men Who Batter: A Review of Studies With Implications for Research and Practice. *Violence and Victims* 15: S. 137-160 (2000)
18. Dernevik M, Grann M, Johansson S: Violent behaviour in forensic psychiatric patients: Risk assessment and different risk-management levels using the HCR-20. *Psychology, Crime & Law* 8: S. 93-111 (2002)
19. Dinger U, Strack M, Leichsenring F, Schauenburg H: Influences of patients' and therapists' interpersonal problems and therapeutic alliance on outcome in psychotherapy. *Psychotherapy Research* 17: S. 148-159 (2007)
20. Dolan M and Doyle M: Violence risk prediction: Clinical and actuarial measures and the role of the Psychopathy Checklist. *The British Journal of Psychiatry* 177: S. 303-311 (2000)
21. Douglas K S, Ogloff J R P, Nicholls T L, Grant I: Assessing Risk for Violence Among Psychiatric Patients: The HCR-20 Violence Risk Assessment Scheme and the Psychopathy Checklist: Screening Version. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67: S. 917-930 (1999)
22. Douglas K S, Webster C D: The HCR-20 Violence Risk Assessment Scheme. Concurrent Validity in a Sample of Incarcerated Offenders. *Criminal Justice and Behavior* 26: S. 3-19 (1999)
23. Douglas K S, Ogloff J R P, Hart S D: Evaluation of a Model of Violence Risk Assessment Among Forensic Psychiatric Patients. *Psychiatric Services* 54: S. 1372-1379 (2003)
24. Duba W H: Helping Alliance als Prädiktor für Therapie-Outcome stationärer Psychotherapie. Med. Dissertation, Universität Ulm (2007)
25. Ellis D, McClure J: In-patient treatment of alcohol problems – predicting and preventing relapse. *Alcohol & Alcoholism* 27: S. 449-456 (1992)

26. Emrick C D: A Review of Psychologically Oriented Treatment of Alcoholism. II. The Relative Effectiveness of Different Treatment Approaches and the Effectiveness of Treatment versus No Treatment. *Journal of Studies on Alcohol* 36: S. 88-108 (1975)
27. Endrass J, Rossegger A, Noll T, Urbaniok F: Wirksamkeit von Therapien bei Gewalt- und Sexualstraftätern. *Psychiatrische Praxis* 35: S. 8-14 (2008)
28. Endres J: Forschungsergebnisse zur Behandlung von Straftätern. Fortbildungsveranstaltung der Psychotherapeutenkammer Bayern "Psychotherapie mit (Sexual-)Straftätern" am 2. März 2012 im Staatsministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2012)
29. Entorf H: Evaluation des Maßregelvollzugs: Grundsätze einer Kosten-Nutzen-Analyse. Nr. 183, Arbeitspapiere des Instituts für Volkswirtschaftslehre, Technische Universität Darmstadt (2007)
30. Farrington D P: The Twelfth Jack Tizard Memorial Lecture. The development of offending and antisocial behaviour from childhood: key findings from the Cambridge Study in Delinquent Development. *Journal of child psychology and psychiatry and allied disciplines* 36: S. 929-964 (1995)
31. Fernández-Montalvo J, López-Goñi J J: Comparison of completers and dropouts in psychological treatment for cocaine addiction. *Addiction Research and Theory* 18: S. 433-441 (2010)
32. Fontao M I, Heinrich C, Hoffmann K, Ross T: Therapeutische Interventionen, Therapeutische Allianz und Erfolgserwartung in einer forensischen Gruppentherapie. *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie* 18: S. 37-57 (2011)
33. Fries D, Endrass J, Ridinger M, Urbaniok F, Rossegger A: Indikatoren für den Verlauf einer stationären Behandlung bei Straftätern mit Substanzmittelabhängigkeit. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie* 79: S. 404-410 (2011)

34. Gendreau P, Little T, Goggin C: A meta-analysis of the predictors of adult offender recidivism: What works! *Criminology* 34: S. 575-608 (1996)
35. Gericke B, Kallert T W: Zum Outcome der Maßregelvollzugsbehandlung nach § 64 StGB. *Psychiatrische Praxis* 34: S. 218-226 (2007)
36. Gerl S, Bischof H L: Auswirkungen des Bundesverfassungsgerichtsbeschlusses vom 16.03.1994 auf die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB) bei Alkoholabhängigen und Polytoxikomanen. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform* 84: S. 138-153 (2001)
37. Gossop M, Trakada K, Stewart D, Witton J: Reductions in criminal convictions after addiction treatment: 5-year follow-up. *Drug and Alcohol Dependence* 79: S. 295-302 (2005)
38. Grann M, Långström N, Tengström A, Stålenheim E G: Reliability of File-Based Retrospective Ratings of Psychopathy With the PCL-R. *Journal of Personality Assessment* 70: S. 416-426 (1998)
39. Grann M, Långström N, Tengström A, Kullgren G: Psychopathy (PCL-R) Predicts Violent Recidivism Among Criminal Offenders with Personality Disorders in Sweden. *Law and Human Behavior* 23: S. 205-217 (1999)
40. Gray N S, Hill C, McGleish A, Timmons D, MacCulloch M J, Snowden R J: Prediction of Violence and Self-Harm in Mentally Disordered Offenders: A Prospective Study of the Efficacy of HCR-20, PCL-R, and Psychiatric Symptomatology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 71: S. 443-451 (2003)
41. Greenbaum S: Drugs, Delinquency, and Other Data. *Juvenile Justice* 2: S. 2-8 (1994)
42. Gsellhofer B, Fahrner E-M, Platt J: European Addiction Severity Index EuropASI, deutsche Version. Institut für Therapieforschung, München, Vervielfältigtes Manuskript (1994)

43. Habermeyer E: Forensische Psychiatrie. Der Nervenarzt 80: S. 79-92 (2009)
44. Hare R D: A research scale for the assessment of psychopathy in criminal populations. Personality and Individual Differences 1: S. 111-119 (1980)
45. Hare R D, Harpur T J, Hakstian A R, Forth A E, Hart S D, Newman J P: The Revised Psychopathy Checklist: Reliability and Factor Structure. Psychological Assessment 2: S. 338-341 (1990)
46. Hare R D: The Hare Psychopathy Checklist–Revised. 2nd Edition, Multi-Health Systems, Toronto (1991)
47. Hartmann J, Hollweg M, Nedopil N: Quantitative Erfassung dissozialer und psychopathischer Persönlichkeiten bei der strafrechtlichen Begutachtung. Retrospektive Untersuchung zur Anwendbarkeit der deutschen Version der Hare-Psychopathie-Checkliste. Der Nervenarzt 72: S. 365-370 (2001)
48. Heckmann W, Kerschl V, Steffan E: QCT Europe Literaturübersicht Deutschland. <http://www.spi-research.eu/wp-content/uploads/2011/10/QCT-Literatur%C3%Bcbersicht.pdf> (30.1.2015), SPI Forschung, Berlin (2003)
49. Heinz W: Wie weiland Phönix aus der Asche – die Renaissance der freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung in rechtstatsächlicher Betrachtung. Recht und Psychiatrie 29: S. 63-78 (2011)
50. Hemphill J F, Hare R D, Wong S: Psychopathy and recidivism: A review. Legal and Criminological Psychology 3: S. 139-170 (1998)
51. Henkel D, Dornbusch P, Zemlin U: Prädiktoren der Alkoholrückfälligkeit bei Arbeitslosen 6 Monate nach Behandlung: Empirische Ergebnisse und Schlussfolgerungen für die Suchtrehabilitation. Suchttherapie 6: S. 165-175 (2005)
52. Herpertz S C, Saß H: Persönlichkeitsstörungen. 1. Auflage, Thieme, Stuttgart New York, S. 165-166 (2003)

53. Hersoug A G, Monsen J T, Havik O E, Høglend P: Quality of Early Working Alliance in Psychotherapy: Diagnoses, Relationship and Intrapsychic Variables as Predictors. *Psychotherapy and Psychosomatics* 71: S. 18-27 (2002)
54. Hoffmann K, Kluttig T, Lehmann K: Gruppenpsychotherapie auf einer forensischen Psychotherapiestation als Widerspiegelung der Entwicklung einer therapeutischen Gemeinschaft - ein Werkstattbericht. *Recht und Psychiatrie* 19: S. 80-84 (1999)
55. Hoffmann K, Kluttig T: Psychoanalytic and Group-Analytic Perspectives in Forensic Psychotherapy. *Group Analysis* 39: S. 9-23 (2006)
56. Hoffmann K, Mielke R, Dreßing H: Gutachterliche und therapeutische Probleme in der Umsetzung des § 64 StGB. *Psychiatrische Praxis* 33: S. 398-400 (2006)
57. Hoffmann K: Migranten im Maßregelvollzug. *Recht und Psychiatrie* 27: S. 67-74 (2009)
58. Hoffmann K, Ross T, Querengässer J, Mielke R: Indikationen und Erledigungen der Behandlung in der Entziehungsanstalt (§ 64 StGB) - Anregungen aus Baden-Württemberg. *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie* 20: S. 87-95 (2013)
59. Hollin C R: Treatment programs for offenders. Meta-analysis, "What Works," and Beyond. *International Journal of Law and Psychiatry* 22: S. 361-372 (1999)
60. Horvath A O, Symonds B D: Relation Between Working Alliance and Outcome in Psychotherapy: A Meta-Analysis. *Journal of Counseling Psychology* 38: S. 139-149 (1991)

61. Hosser D, Beckurts D: Empathie und Delinquenz.
<http://www.kfn.de/versions/kfn/assets/fb96.pdf> (30.1.2015), Nr. 96,
Forschungsberichte des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen
e.V. (KFN), Hannover (2005)
62. Huchzermeier C, Aldenhoff J B: Zum gegenwärtigen Stand der Forensischen
Psychotherapie in Deutschland. Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie 70:
S. 374-384 (2002)
63. Kammeier H: Die Maßregel – rechtliche Grundlagen. In: Schmidt-Quernheim
F, Hax-Schoppenhorst T (Autor) Professionelle forensische Psychiatrie.
Behandlung und Rehabilitation im Maßregelvollzug, 2., vollständig
überarbeitete und erweiterte Auflage, Hans Huber, Bern, S. 25-51 (2008)
64. Kemper A: Fehleinweisungen in die Entziehungsanstalt. Ergebnisse eines
Forschungsprojekts zum Maßregelvollzug gem. § 64 StGB in NRW. Recht
und Psychiatrie 26: S. 15-26 (2008)
65. Klauer T, Maibaum F, Schneider W: Selbst- und Fremdeinschätzungen der
Therapiemotivation als Prädiktoren von Behandlungsabbrüchen in der
stationären Psychotherapie. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und
Psychotherapie 55: S. 59-66 (2007)
66. Kokkevi A, Hartgers C, Blanken P, Fahrner E-M, Pozzi G, Tempesta E,
Uchtenhagen A: European Addiction Severity Index EuropASI. Cost A6. A
guide to training and administering EuropASI interviews. EuropASI Working
Group, Zürich (1994)
67. Konzag T A, Bandemer-Greulich U, Bahrke U, Fikentscher E: Therapeutische
Beziehung und Therapieerfolg bei der stationären Psychotherapie von
Persönlichkeitsstörungen. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie 50: S. 394-405 (2004)
68. Kroner D G, Mills J F: The accuracy of five risk appraisal instruments in
predicting institutional misconduct and new convictions. Criminal Justice and
Behavior 28: S. 471-489 (2001)

69. Lexcen F, Redding R E: Substance Abuse and Dependence in Juvenile Offenders. <http://www.ncjrs.gov/pdffiles1/183506.pdf> (30.1.2015), Juvenile Justice Fact Sheet, Institute of Law, Psychiatry and Public Policy, University of Virginia, Charlottesville (2000)
70. Lindemann V, Querengässer J, Hoffmann K, Ross T: Psychiatrische Prognosen für den Behandlungserfolg in einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB) – Ergebnisse einer Gutachterbefragung. *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie* 20: S. 121-147 (2013)
71. López-Goñi J J, Fernández-Montalvo J, Arteaga A: Addiction Treatment Dropout: Exploring Patients' Characteristics. *The American Journal on Addictions* 21: S. 78-85 (2011)
72. López-Goñi J J, Fernández-Montalvo J, Arteaga A: Predictive validity of the EuropASI: Clinical diagnosis or composite scoring? *Journal of Substance Abuse Treatment* 42: S. 392-399 (2012)
73. Lorentzen S, Høglend P: Predictors of Change After Long-Term Analytic Group Psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology* 61: S. 1541-1553 (2005)
74. Magill M, Ray L A: Cognitive-Behavioral Treatment With Adult Alcohol and Illicit Drug Users: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 70: S. 516-527 (2009)
75. Martin D J, Garske J P, Davis M K: Relation of the Therapeutic Alliance With Outcome and Other Variables: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68: S. 438-450 (2000)
76. McLellan A T, Kushner H, Metzger D, Peters R, Smith I, Grissom G, Pettinati H, Argeriou M: The Fifth Edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment* 9: S. 199-213 (1992)

77. Müller-Isberner R, Jöckel D, Cabeza S G: Die Vorhersage von Gewalttaten mit dem HCR 20: In der modifizierten und adaptierten Übersetzung der kanadischen Originalversion. Institut für Forensische Psychiatrie, Haina (1998)
78. Nedopil N, Müller J L: Forensische Psychiatrie. Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht. 4. Auflage, Thieme, Stuttgart, S. 18 (2007)
79. Olver M E, Stockdale K C, Wormith J S: A Meta-Analysis of Predictors of Offender Treatment Attrition and Its Relationship to Recidivism. Journal of Consulting and Clinical Psychology 79: S. 6-21 (2011)
80. Pfaff H: Ergebnisse einer prospektiven Katamnesestudie nach Entziehungstherapie gemäß § 64 StGB bei Alkoholkranken. Der Nervenarzt 69: S. 568-573 (1998)
81. Pollähne H, Kemper A: Fehleinweisungen in die Entziehungsanstalt (§ 64 StGB) : Ergebnisse einer empirischen Untersuchung zum nordrhein-westfälischen Maßregelvollzug - Entlassungsjahrgang 2005. 1. Auflage, LIT, Berlin Münster Wien, S. 3-120 (2007)
82. Querengässer J: Zusammenhänge zwischen Redebeiträgen und therapeutischen Erfolgsparametern in forensischer Gruppentherapie - eine explorative Studie. Diplomarbeit, Universität Konstanz (2011)
83. Querengässer J, Ross T, Hoffmann K: Was führt zum „Abbruch“? Ergebnisse einer internen Analyse von Stellungnahmen, in denen die Erledigung einer Therapie nach § 64 StGB wegen Aussichtslosigkeit angeregt wird. Forensische Psychiatrie und Psychotherapie 20: S. 148-169 (2013)
84. Querengässer J: Abbruchgründe und Risikofaktoren für Therapieabbrüche nach § 64 Strafgesetzbuch (StGB). Naturw. Dissertation, Universität Konstanz (2014)

85. Querengässer J, Hoffmann K, Ross T: Prädiktoren der Behandelbarkeit nach § 64 StGB aus Therapeutensicht. Sucht 60: S. 261-268 (2014 a)
86. Querengässer J, Hoffmann K, Ross T: Erledigungen von Unterbringungen nach § 64 StGB wegen Aussichtslosigkeit aus Therapeutensicht. Ergebnisse einer Therapeutenbefragung zu Abbrechern. Recht und Psychiatrie 32: S. 21-30 (2014 b)
87. Querengässer J, Bulla J, Hoffmann K, Ross T: Outcomeprädiktoren forensischer Suchtbehandlungen. Eine Integration patientenbezogener und nicht patientenbezogener Variablen zur Behandlungsprognose des § 64 StGB. Recht und Psychiatrie 33: S. 34-41 (2015)
88. Reed V, Woods P: Behavioural Status Index: A Life Skills Assessment for Selecting and Monitoring Therapy in Mental Health Care. 1st Edition, Psychometric Press, Sheffield (1999)
89. Reed V, Woods P, Collins M, Almvik R, van Erven A, Ross T, Pfäfflin F, Dönisch-Seidel U: BEST-Index. Ein Instrument zur Erfassung lebenspraktischer Fertigkeiten psychisch kranker Patienten mit dem Ziel der Therapieplanung und Evaluation. Deutsche Manualbearbeitung (Ross, Pfäfflin & Doenisch-Seidel). 2. vollständig überarbeitete Auflage, Ulmer Textbank, Universität Ulm (2008)
90. Rice M E, Harris G T: A Comparison of Criminal Recidivism Among Schizophrenic and Nonschizophrenic Offenders. International Journal of Law and Psychiatry 15: S. 397-408 (1992)
91. Rice M E, Harris G T: Violent Recidivism: Assessing Predictive Validity. Journal of Consulting and Clinical Psychology 63: S. 737-748 (1995)
92. Ringsdorf M P T: Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen als Prädiktoren für den Erfolg stationärer psychosomatischer Therapie – Ergebnisse zur Achse I der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD). Med. Dissertation, Universität Mainz (2002)

93. Roch I, Kufner H, Arzt J, Böhmer M, Denis A: Empirische Ergebnisse zum Therapieabbruch bei Drogenabhängigen: Ein Literaturüberblick. Sucht 38: S. 304-322 (1992)
94. Ross T, Malanin A, Pfäfflin F: Stressbelastung, Persönlichkeitsstörungen und Migration. Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin 25: S. 345-363 (2004)
95. Ross T, Pfäfflin F: Risk Assessment im Maßregelvollzug: Grenzen psychometrischer Gefährlichkeitsprognose im therapeutischen Umfeld. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform 88: S. 1-11 (2005)
96. Ross T, Fontao M I: Forensische Psychotherapieforschung - Status Quo, Aufgaben und Perspektiven. Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie 74: S. 275-280 (2006)
97. Ross T, Fontao M I, Reed V, Dean A, Dönisch-Seidel U, Pfäfflin F: Die Beurteilung von lebenspraktischen Fertigkeiten forensisch-psychiatrischer Patienten mit dem BEST-Index. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 57: S. 298-305 (2007 a)
98. Ross T, Kluttig T, Hoffmann K, Fontao M I, Doenisch-Seidel U, Pfäfflin F: Der BEST-Index: ein beobachtungs-basiertes Instrument zur Verhaltensbeurteilung im forensisch-psychiatrischen Feld. Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin 28: S. 243-259 (2007 b)
99. Ross T, Woods P, Reed V, Sookoo S, Dean A, Kettles A M, Almvik R, ter Horst P, Brown I, Collins M, Walker H, Pfäfflin F: Selecting and Monitoring Living Skills in Forensic Mental Health Care: Cross-Border Validation of the BEST-Index. International Journal of Mental Health 36: S. 3-16 (2007 c)
100. Ross T, Fontao M I, Hoffmann K, Kluttig T, Pfäfflin F: Psychological Offender Treatment. Minerva Medicolegale. A Journal on Forensic Medicine 129: S. 165-175 (2009)

101. Ross T, Fontao M I: Combatting juvenile delinquency: The use of violence prevention and treatment programmes for young offenders. *International Journal of Child and Adolescent Health* 3: S. 353-365 (2010)
102. Safran J D, Crocker P, McMain S, Murray P: Therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 27: S. 154-165 (1990)
103. Salekin R T, Rogers R, Sewell K W: A Review and Meta-Analysis of the Psychopathy Checklist and Psychopathy Checklist-Revised: Predictive Validity of Dangerousness. *Clinical Psychology: Science and Practice* 3: S. 203-215 (1996)
104. Schalast N: Therapiemotivation im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB. Patientenmerkmale, Rahmenbedingungen, Behandlungsverläufe. *Neue kriminologische Studien, Band 21*, Wilhelm Fink, München, S. 114 (2000 a)
105. Schalast N: Rückfälle während der Behandlung im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB. *Sucht* 46: S. 111-120 (2000 b)
106. Schalast N, Mushoff S, Demmerling : Alkoholabhängige Patienten im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB. <https://www.uni-due.de/imperia/md/content/rke-forensik/projekte/projektberichtpar64alkoholpatienten2004.pdf> (31.1.2015), Zwischenbericht für die Deutsche Forschungsgemeinschaft, DFG-Projekt Scha 773/2-1 (2004)
107. Schalast N, Dessecker A, von der Haar M: Unterbringung in der Entziehungsanstalt: Entwicklungstendenzen und gesetzlicher Regelungsbedarf. *Recht und Psychiatrie* 23: S. 3-10 (2005)
108. Schalast N: Drogenabhängige Patienten im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB: Verbesserung der Quote erfolgreicher Behandlung durch suchtspezifische Medikation? *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie* 3: S. 294-301 (2009)

109. Schalast N, Kösters C, Mushoff S, Demmerling R: Zur Prognose des Behandlungsverlaufs bei strafrechtlicher Unterbringung in der Entziehungsanstalt. Sucht 55: S. 19-29 (2009 a)
110. Schalast N, Palaschke M, Dönisch-Seidel U: Evaluation des Maßregelvollzugs gemäß §64 StGB. Recht und Psychiatrie 27: S. 183-190 (2009 b)
111. Schalast N, Steffen M, König A: Ertrag der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nach §64 StGB. Evaluationsstudie zum Vergleich von Maßregelvollzug und Strafvollzug bei suchtkranken Straftätern. https://www.uni-due.de/imperia/md/content/rke-forensik/projekte/evaluationsstudie_zwischenbericht_i.pdf (31.1.2010), Erster Projektzwischenbericht (2010)
112. Schaub M, Stevens A, Berto D, Hunt N, Kersch V, McSweeney T, Oeuvray K, Puppo I, Santa Maria A, Trinkl B, Werdenich W, Uchtenhagen A: Comparing Outcomes of 'Voluntary' and 'Quasi-Compulsory' Treatment of Substance Dependence in Europe. European Addiction Research 16: S. 53-60 (2010)
113. Scheurich A, Müller M J, Wetzel H, Anghelescu I, Klawe C, Ruppe A, Lörch B, Himmerich H, Heidenreich M, Schmid G, Hautzinger M, Szegedi A: Reliability and validity of the German version of the European Addiction Severity Index (EuropASI). Journal of Studies on Alcohol 61: S. 916-919 (2000)
114. Schmidt-Quernheim F: Behandlung im Maßregelvollzug. In: Schmidt-Quernheim F, Hax-Schoppenhorst T (Autor) Professionelle forensische Psychiatrie. Behandlung und Rehabilitation im Maßregelvollzug, 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Hans Huber, Bern, S. 93-171 (2008)
115. Schneider W, Klauer T, Freyberger H J, Hake K, von Wietersheim J: Die Achse I "Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen" der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD). Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 50: S. 454-463 (2000)

116. Statistisches Bundesamt: Strafvollzugsstatistik. Im psychiatrischen Krankenhaus und in der Entziehungsanstalt aufgrund strafrichterlicher Anordnung Untergebrachte (Maßregelvollzug).
https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Rechtspflege/StrafverfolgungVollzug/KrankenhausMassregelvollzugPDF_5243202.pdf?__blob=publicationFile (31.1.2015), Maßregelvollzugsstatistik 2012/2013 (2014)
117. Strauß B, Hüttmann B, Schulz N: Kategorienhäufigkeit und prognostische Bedeutung einer operationalisierten psychodynamischen Diagnostik. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 47: S. 58-63 (1997)
118. Süß H-M: Zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigen: Ergebnisse einer Meta-Analyse. Psychologische Rundschau 46: S. 248-266 (1995)
119. Thomasius R, Weiler D, Sack P-M, Schindler A, Gemeinhardt B, Schuhbert C, Küstner U: Validität der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) bei familientherapeutisch behandelten Drogenabhängigen im adoleszenten und jungen Erwachsenenalter. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 51: S. 365-372 (2001)
120. van der Horst F C P, van der Veer R: Loneliness in infancy: Harry Harlow, John Bowlby and Issues of Separation. Integrative Psychological and Behavioral Science 42: S. 325-335 (2008)
121. van Voorhis P, Spruance L M, Ritchey P N, Listwan S J, Seabrook R: The Georgia Cognitive Skills experiment: A Replication of Reasoning and Rehabilitation. Criminal Justice and Behavior 31: S. 282-305 (2004)
122. von der Haar M: Stichtagserhebung im Maßregelvollzug nach § 64 StGB. Jahrgang 2010, Eigenverlag Fachabteilung Bad Rehburg, Rehburg-Loccum (2011)

123. Webster C D, Eaves D, Douglas K S, Wintrup A: The HCR-20 scheme: The assessment of dangerousness and risk. Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University, and Forensic Psychiatric Services Commission, Vancouver (1995)
124. Webster C D, Douglas K S, Eaves D, Hart S D: HCR-20: Assessing risk for violence (Version 2). 2nd Edition, Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University, Vancouver (1997)
125. Weltgesundheitsorganisation: Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien. 9., überarbeitete Auflage, Hans Huber, Bern (2013)
126. Westendarp A M, Hollenberg S: § 67 d Satz 5 StGB – Erledigung der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt – Gedanken zum Thema. Forensische Psychiatrie und Psychotherapie 19: S. 318-331 (2012)
127. Wilms Y: Drogenabhängigkeit und Kriminalität. Eine kritische Analyse des § 64 StGB unter kriminalwissenschaftlichen und verfassungsrechtlichen Aspekten. Jur. Dissertation, Universität Münster (2005)
128. Woods P, Reed V: The Behavioural Status Index (BSI) some preliminary reliability studies. The International Journal of Psychiatric Nursing Research 5: S. 554-561 (1999)
129. Woods P, Reed V, Robinson D: The Behavioural Status Index: therapeutic assessment of risk, insight, communication and social skills. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 6: S. 79-90 (1999)
130. Woods P: The Behavioural Status Index (BSI): Descriptive Studies within a forensic context. Unveröffentlichte Ph.D. Thesis, Anglia Polytechnic University (2000)
131. Woods P, Reed V, Collins M: Measuring risk in a high security forensic setting through the behavioural status index. The International Journal of Psychiatric Nursing Research 7: S. 793-805 (2001 a)

132. Woods P, Reed V, Collins M: Measuring communication and social skills in a high security forensic setting using the behavioural status index. *The International Journal of Psychiatric Nursing Research* 7: S. 761-777 (2001 b)
133. Woods P, Reed V, Collins M: Measuring Insight in a High-security Forensic Setting Using the Behavioural Status Index. *The British Journal of Forensic Practice* 3: S. 3-12 (2001 c)
134. Wormith J D, Olver M E: Offender Treatment Attrition and its Relationship with Risk, Responsivity, and Recidivism. *Criminal Justice and Behavior* 29: S. 447-471 (2002)

Danksagung

Die Danksagung wurde aus Gründen des Datenschutzes entfernt.

Lebenslauf

Der Lebenslauf wurde aus Gründen des Datenschutzes entfernt.