



universität  
wien

# Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

Typologische Beschreibung des stationären  
Inanspruchnahmeverhaltens von an Schizophrenie  
erkrankten geistig abnormalen Rechtsbrechern

Verfasser:

Norman Meuschke

Angestrebter akademischer Grad

Magister der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, 2014

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

Betreuer: Mag. Dr. Reinhold Jagsch



*„If there is no struggle, there is no progress”*

Frederick Douglass



## **Danksagung**

Zu aller erst möchte ich mich bei den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des psychologischen Dienstes der JA Göllersdorf bedanken, die es durch die vielfältigen Einblicke während meiner Praktikumszeit geschafft haben, meine Begeisterung für den Bereich der forensischen Psychologie und Psychiatrie zu wecken.

Ein weiterer großer Dank geht an Univ.-Prof. Dr. Thomas Stompe, der mich in den letzten zwei Jahren in unzähligen Treffen mit Rat und Tat unterstützt und so entscheidend dazu beigetragen hat, dass diese Diplomarbeit überhaupt erst möglich geworden ist.

Auch Herrn Dr. Mag. Reinhold Jagsch möchte ich für die kompetente und freundliche Betreuung danken. Ohne ihn hätte ich wohl nicht Möglichkeit bekommen, diese Arbeit umzusetzen.

Der größte Dank aber gilt meiner Familie, insbesondere meiner Mutter und meinen Großeltern, die schon mein ganzes Leben zu mir halten und mich dazu ermuntern, nach den Sternen zu greifen.

Zuletzt möchte ich auch meinen Freunden und Freundinnen, die mir, egal ob nah oder fern, in den letzten Jahren viel Rückhalt gegeben haben, von Herzen für die vielen schönen Momente danken.



# Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis .....	7
I Einleitung.....	11
II Theoretischer Hintergrund .....	13
1. Allgemeine Kriminalitätstheorien.....	14
1.1 Klassische kriminologische Schulen.....	14
1.2 Moderne kriminologische Theorien und Ansätze .....	16
1.2.1 Personenbezogene Theorien und Ansätze.....	16
1.2.2 Gesellschaftsbezogene Theorien und Ansätze .....	28
2. Maßnahmenvollzug in Österreich.....	31
2.1 Verurteilungsgrundlagen.....	32
2.2 Geistig abnorme Rechtsbrecher nach §21/1 und §21/2 StGB.....	33
2.3 Maßnahmenvollzug §21/1 – Situation in Österreich.....	34
2.4 Erklärungsansätze für die Veränderungen in den vergangenen 20 Jahren.....	35
3. Psychische Erkrankung und Delinquenz .....	36
4. Schizophrenie.....	38
4.1 Entstehungsgeschichte .....	38
4.2 Epidemiologie und Ätiologie .....	39
4.3 Psychopathologie .....	40
4.4 Subtypen der Schizophrenie .....	40
4.5 Krankheitsstadien der Schizophrenie .....	42
4.6 Therapie.....	43
5. Schizophrenie und Delinquenz .....	45
6. Prädiktoren für Delinquenz bei an Schizophrenie Erkrankten .....	48
6.1 Prädiktor schizophrene Grunderkrankung .....	48
6.2 Prädiktor Soziales Herkunftsmilieu .....	49

6.3 Prädiktor medikamentöse Compliance.....	51
6.4 Prädiktor Komorbiditäten.....	52
6.5 Prädiktor Psychopathie.....	54
6.6 Prädiktor Neurobiologie .....	55
6.7 Zusammenfassung .....	57
7. Kriminalprognose bei psychiatrischen Straftätern.....	57
7.1 Intuitive Prognose .....	58
7.2 Statistische Prognose.....	58
7.3 Klinische Prognose.....	59
7.4 Gegenwärtige Prognosepraxis.....	60
7.5 Gängige Prognoseverfahren .....	65
8. Neuer Prädiktor: stationäres Inanspruchnahmeverhalten .....	71
III Empirischer Teil.....	74
9. Methoden .....	75
9.1 Untersuchungsplan .....	75
9.2 Erhebungsinstrument.....	76
9.3 Statistische Verfahren .....	79
10. Zielsetzung, Fragestellungen und Hypothesen .....	83
10.1 Zielsetzung der Untersuchung.....	83
10.2 Fragestellungen und Hypothesen .....	84
11. Stichprobenbeschreibung .....	89
11.1 Soziodemografische und familiäre Aspekte.....	90
11.2 Komorbiditäten und Aspekte der schizophrenen Grunderkrankung.....	95
11.3 Aspekte des stationären Inanspruchnahmeverhaltens .....	100
11.4 Aspekte der Delinquenz .....	103
12. Hypothesenprüfung.....	106

12.1 Ergebnisse hinsichtlich der Identifikation der stationären Vorgeschiede zugrunde liegenden Faktoren .....	106
12.2 Ergebnisse hinsichtlich des Zusammenhangs der Komponenten des Inanspruchnahmeverhaltens und ausgewählten Faktoren .....	110
12.3 Ergebnisse hinsichtlich der Unterschiede in der Ausprägung der gefundenen Komponenten des Inanspruchnahmeverhaltens .....	116
12.4 Ergebnisse hinsichtlich des Unterschiedes zwischen aufgenommenen und nicht-aufgenommenen Probanden .....	122
12.5 Ergebnisse hinsichtlich der Prädikatoren für die Behandlungsunwilligkeit sowie die Behandlungsdauer .....	124
12.6 Ergebnisse hinsichtlich der Unterschiede zwischen den gefundenen Inanspruchnahmetypen.....	129
12.7 Ergebnisse hinsichtlich der Prädiktoren für die vier Inanspruchnahmetypen.....	140
13. Interpretation und Diskussion der Ergebnisse .....	146
14. Zusammenfassung und Ausblick .....	158
15. Abstrakt.....	161
16. Literaturverzeichnis .....	163
17. Tabellenverzeichnis .....	175
18. Abbildungsverzeichnis.....	177
19. Anhang.....	180
Anhang A .....	180
Anhang B.....	182
20. Lebenslauf.....	186



## I Einleitung

Schon seit dem Altertum üben Verbrecher und Verbrechen eine besondere Faszination auf die Menschen aus. Neben historischen Kunstwerken von Verbrechen, wie dem „Mord an Abel“ von Jacopo Tintoretto, liefern insbesondere die Heiligen Schriften großer Weltreligionen und die darin enthaltene Annahme des sündenstrafenden göttlichen Gerichts nach dem Tod eindrucksvolle Nachweise dieses weit zurückgehenden Interesses an von der Norm abweichendem Verhalten.

Heutzutage sind es jedoch vor allem Tötungsdelikte, die unsere Aufmerksamkeit erregen. Die mediale Überrepräsentation dieser Delikte trägt einen entscheidenden Teil dazu bei, dass wir nahezu jeden Tag von einem neuen schweren Verbrechen lesen oder hören (Gleich & Groebel, 1993). Jedoch gibt es unter den Tötungsdelikten immer wieder Fälle, die einen nachhaltigeren Eindruck hinterlassen als andere. Die jeweiligen Straftäter werden in der breiten Öffentlichkeit zumeist in Verbindung mit psychiatrischen Krankheiten gebracht (Gaebel, Baumann, Witte & Zaeske, 2002). Die Schizophrenie wird hierbei als besonders gefährliche Erkrankung eingeschätzt, da Betroffene zumeist mit Aggressionen und unkontrollierbarem Verhalten assoziiert werden (Link, Cullen, Frank & Wozniak, 1987). Dass es sich dabei nicht nur um ein Vorurteil handelt, bestätigen aktuelle Studienergebnisse, die zu dem Schluss kommen, dass es insbesondere an Schizophrenie erkrankte psychiatrische Patienten sind, die häufig durch delinquentes und gewalttägliches Verhalten auffallen.

Von höchster Relevanz ist in diesem Zusammenhang die Suche nach geeigneten Prognosefaktoren für die Vorhersage des zukünftigen delinquenden Verhaltens schizophrener Patienten. Aufgrund der multifaktoriellen Genese von Delinquenz ist es aber insbesondere bei dieser Risikogruppe schwer, die für jeden Einzelnen individuell zu gewichtenden Risikofaktoren zu identifizieren und bereits vor der eigentlichen Tatbegehung zu erheben. Die Durchführung einer Kriminalprognose mittels ausführlicher Exploration sowie dem Einsatz psychologischer Testverfahren erfolgt aufgrund des sehr hohen Zeitaufwandes zumeist erst nach der Begehung eines Deliktes im Rahmen eines juristischen Verfahrens. Jedoch bietet sich speziell bei psychiatrischen Delinquenten eine Möglichkeit der Verhaltensprognose, die in der bisherigen Forschungsliteratur aber nur wenig Beachtung findet, obwohl Autoren wie Haller und Kollegen (2001) bereits vor

vielen Jahren die Vermutung äußerten, dass das straffällige Verhalten dieser Klientel maßgeblich von der grundsätzlichen Inanspruchnahme stationärer Einrichtungen abhängt.

Ziel der vorliegenden Studie ist es daher, das stationäre Inanspruchnahmeverhalten von männlichen nach §21/1 StGB verurteilten schizophrenen Rechtsbrechern der Justizanstalt Göllersdorf (NÖ) einer detaillierten Untersuchung zu unterziehen. Dabei steht in einem ersten Schritt die Identifizierung charakteristischer Muster der Inanspruchnahme stationärer Einrichtungen im Zentrum des Interesses. Im Anschluss wird versucht, mögliche Zusammenhänge dieser Verhaltensmuster mit potentiellen Einflussfaktoren sowie der späteren Delinquenz aufzuzeigen, bevor in einem letzten Schritt die prognostische Güte der extrahierten Inanspruchnahmetypen hinsichtlich der begangenen Delikte untersucht wird.

Neben einer erstmaligen Typologisierung des Inanspruchnahmeverhaltens schizophrener Straftäter soll so ein empirischer Versuch unternommen werden, dass die Art und Weise, wie diese Straftäter stationäre Hilfsangebote nutzen in Zusammenhang mit den von ihnen gezeigten kriminellen Verhaltensweisen steht.

## **II Theoretischer Hintergrund**

# **1. Allgemeine Kriminalitätstheorien**

Obwohl es sich bei der Kriminologie als solche um eine Wissenschaftsrichtung handelt, die erst mit dem Ende des 19. Jahrhunderts immer mehr Bedeutung erlangte, finden sich bereits in frühgeschichtlichen Kulturen Hinweise für die Auseinandersetzung mit der Entstehung und Bestrafung von Kriminalität. Die damaligen Erklärungsansätze lassen sich grob in dämonologische und naturalistische Erklärungen unterteilen. Erstere begründen die Entstehung von Delinquenz in vom Diesseits nicht wahrnehmbaren oder kontrollierbaren Kräften, denen eine Bestrafung im Sinne eines göttlichen Gerichts zugesprochen wird. Da bereits die alten Griechen erkannten, dass diese Erklärungsansätze nicht nur unüberprüfbar, sondern auch in der Praxis unbrauchbar sind, setzten sich die naturalistischen Erklärungsversuche, die nachweisbare Dinge, Beziehungen und Ereignisse als potentielle Einflussvariablen ansahen, letztendlich durch. Geistesgeschichtlich bilden sie somit die Anfänge der heutigen Kriminologie (Lamnek, 1990).

## **1.1 Klassische kriminologische Schulen**

Die klassischen kriminologischen Schulen sind als Produkt der Aufklärung zu betrachten, im Rahmen derer die Idee des Gesellschaftsvertrages immer mehr in den Mittelpunkt rückt. Da alle Menschen grundsätzlich als frei, rational und gleich angesehen werden, können sie als Individuum auch eigenverantwortlich handeln und daher auch für ihr Handeln verantwortlich gemacht werden. Im Rahmen eines Gesellschaftsvertrages „übertragen die Individuen Teile ihrer Rechte auf eine Gemeinschaft bzw. deren Repräsentanten und gestehen ihr (bzw. ihnen) das Recht zu, zu strafen“ (Lamnek, 1990, S. 62). Diese Institutionalisierung der Bestrafung innerhalb der Gesellschaft und insbesondere ihre negativen Auswirkungen, wie Justizwillkür im Sinne von ungerechten oder übermäßig harten Urteilen, die zumeist die Langzeitverwahrung der Delinquenten und nicht ihre Resozialisierung zum Ziel hatten, führten letztendlich zu den ersten empirisch-kriminologischen Untersuchungen (Lamnek, 1990).

### **1.1.1 Italienische kriminal-anthropologische Schule**

Innerhalb der Kriminalitätstheorien stellen die klassischen Schulen die ersten Versuche dar, die Charakteristika von Delinquenten empirisch zu erfassen. Basierend auf Cesare Lombrosos Hauptwerk „L’Uomo delinquente“ aus dem Jahre 1876 steht innerhalb der

italienischen kriminal-anthropologischen Schule die Annahme des geborenen Verbrechers im Mittelpunkt. Straftäter seien aufgrund ihrer angeborenen und physisch begründeten psychischen Anomalien dazu prädestiniert, unverbesserliche Delinquenten zu werden, was selbst durch ein günstiges soziales Umfeld nicht verhindert werden kann. Da Lombroso noch zu Lebzeiten seine Auffassung insofern revidierte, als er anerkannte, dass auch wirtschaftliche und gesellschaftliche Faktoren Einfluss auf die Delinquenz ausüben können, stellt weniger seine Theorie, sondern vielmehr die Tatsache, dass er die ersten empirisch-kriminologischen Untersuchungen durchführte, seinen eigentlichen Beitrag zur Entstehung der Lehre vom Verbrechen dar, die 1885 von Raffael Garofalo erstmals als „Criminologia“ bezeichnet wurde. Heutzutage findet sich zwar kaum noch ein Wissenschaftler, der eine ausschließlich biologische Genese kriminellen Verhaltens annimmt, jedoch sind im Alltagshandeln und im institutionellen Kontext durchaus noch Überbleibsel dieser Schule wahrnehmbar (Bock, 2008e; Lamnek, 1990).

### **1.1.2 Französische kriminal-soziologische Schule**

Im Gegensatz dazu steht die französische kriminal-soziologische Schule, die sich klar von den Annahmen der italienischen Schule abgrenzt. Kernelement dieser Forschungsrichtung ist die Milieutheorie von Alexandre Lacassagne, in der er postuliert, dass jede Gesellschaft die Delinquenten hervorbringt, die sie verdient. Im Gegensatz zu Lambroso, der kriminelles Verhalten maßgeblich im Verbrecher selbst begründet sieht, dient für Lacassagne das Milieu als Nährboden für delinquentes Verhalten. Ähnlich einer Mikrobe, die erst durch einen geeigneten Nährboden der Bedeutungslosigkeit entzweigt und aufkeimt, benötigt auch ein Verbrecher ein Umfeld, das seine delinquenten Verhaltensweisen speist (Bock, 2008e).

### **1.1.3 Marburger Schule**

Die Überwindung dieser Dichotomisierung der Einflussfaktoren steht im Zentrum der deutschen Marburger Schule, hauptsächlich vorangetrieben von Franz von Liszt. Dieser betont 1882 einerseits, dass die bisherige Strafrechtswissenschaft um die Bereiche der Kriminalpsychologie, Kriminalanthropologie sowie Kriminalstatistik erweitert werden sollte, um ein sich an der wissenschaftlichen Forschung orientierendes Strafrecht und eine angemessene Kriminalpolitik gewährleisten zu können. Andererseits hebt er hervor, dass Straftaten das Produkt sowohl der Eigenheiten des Täters im Augenblick der Begehung als auch den ihn in diesem Moment umgebenden Verhältnissen darstellt, was eine

erstmalige Synthese der sonst als gegensätzlich angesehenen Anlage- und Umweltaspekte darstellt. Zudem war von Liszt der Initiator und einer der Mitbegründer der 1888 ins Leben gerufenen Internationalen Kriminalistischen Vereinigung (IKV), die sich „die wissenschaftliche Erforschung des Verbrechens, seiner Ursachen und der Mittel zu seiner Bekämpfung“ (Bock, 2008e, S. 17), unabhängig von den Konflikten zwischen den einzelnen Schulen, zur Aufgabe gemacht hat (Bock, 2008e).

## **1.2 Moderne kriminologische Theorien und Ansätze**

Aktuelle kriminologische Theorien lassen sich hinsichtlich ihrer Ausrichtung in personenbezogene und gesellschaftsbezogene Ansätze aufteilen. Ähnlich den klassischen Schulen steht hierbei auf der einen Seite das Individuum und auf der anderen Seite das umgebende soziale Umfeld im Zentrum des Forschungsinteresses. Sie unterscheiden sich jedoch von ihren klassischen Vorgängern dahingehend, als nicht mehr das Aufstellen von allumfassenden Theorien primäres Forschungsziel ist, sondern vielmehr die Realitätsnähe. Da es sich bei Kriminalität um ein multifaktoriell bedingtes Konstrukt handelt, spiegelt sich die Realitätsnähe innerhalb der Fachliteratur in Form von Theorien, die sich meist auf einen speziellen Einflussbereich fokussieren, wider. Der nachfolgende Überblick bezieht sich, insofern nicht anders angegeben, auf eine ausführliche Zusammenfassung des aktuellen Forschungsstandes durch Bock (2008d), der die Theorien und Ansätze zu diesem Thema sowie deren historische Entwicklung erschöpfend darstellt.

### **1.2.1 Personenbezogene Theorien und Ansätze**

Die Ansätze und Theorien, die den Straftäter in den Mittelpunkt der Betrachtung stellen, stammen aus den unterschiedlichsten Forschungsbereichen. Jedoch leisten sie alle, auf ihre Weise, einen Beitrag dazu, die Entstehung von kriminellem Verhalten besser zu verstehen und zu erklären.

#### **1.2.1.1 Ethologische Konzepte**

Grundsätzlich befasst sich die Ethologie mit dem Auffinden struktureller Gemeinsamkeiten im Verhalten von Mensch und Tier. Diese Gemeinsamkeiten liefern nicht nur Informationen bezüglich der angeborenen Komponenten des Verhaltens, sondern auch hinsichtlich der Prädispositionen von Wahrnehmungs- und

Reaktionsweisen. Zu den angeborenen Einflüssen tierischen als auch menschlichen Verhaltens zählen neben Schlüsselreizen und Trieben auch Lerndispositionen.

Ethologische Aspekte, die auch für die Kriminologie Relevanz besitzen, stellen Instinkte, Fluchtreaktionen sowie Fehlprägungen dar. Letztere können erheblichen negativen Einfluss auf die Entwicklung von Gefühlen, Sprache, Intellekt und Motorik ausüben. Fluchtreaktionen sind in der direkten Konfrontation mit Straftätern von großer Bedeutung, da die Flucht zumeist die erste Reaktion auf eine Bedrohung darstellt. Besteht keine Möglichkeit zur Flucht, schlägt das Verhalten oftmals um. Tiere und Menschen sehen sich in diesen Fällen zu Verteidigungsreaktionen gezwungen, was sich häufig in aggressiven Handlungen gegenüber der Bedrohung äußert. Daher sollte Straftätern nicht nur im Falle einer Konfrontation, sondern auch innerhalb ihrer eigenen Zelle ein gewisser Freiraum gewährt werden, um keine aggressiven Handlungen zu provozieren.

Instinkte hingegen spielen insbesondere bei chronischen Wiederholungstätern eine wichtige Rolle, da diese in bestimmten Situationen scheinbar ohne vorherige Prüfung durch höhere Bewusstseinsinstanzen kriminelles Verhalten an den Tag legen. Diese Umgehung der höheren kognitiven Prüfinstanzen resultiert in einer direkten Beeinflussung des Verhaltens durch endogene Erregungen und ist somit dem Handlungsprozess von sich instinktiv verhaltenden Tieren sehr ähnlich. Die Anfälligkeit für eine derart enthemmte körpereigene Erregungsproduktion kann durch eine beeinträchtigte Kommunikation zwischen limbischem System und Neopallium erhöht werden.

Von besonderem Interesse der ethologisch-kriminologischen Forschung ist des Weiteren das Auffinden von verhaltensbiologischen Einflussfaktoren auf gewalttägliches und aggressives Verhalten. Dieses wird im ethologischen Kontext weder als erlernte Verhaltensweise noch als Reaktion auf Frustration angesehen, sondern vielmehr als angeborener Trieb. Ähnlich den meisten anderen Trieben lässt sich auch der Aggressionstrieb anhand von vier Komponenten charakterisieren. So geht eine zunehmende Triebstärke mit einem spontanen Anstieg der Handlungsbereitschaft einher, was meist zum aktiven „Aufsuchen und Nutzen auslösender Reize“ (Bock, 2008d, S. 126) führt und in der Durchführung der eigentlichen Triebhandlung mündet. Ziel der

Durchführung ist die Endhandlung, die mit lustvollem Erleben und der Abnahme der Triebstärke einhergeht.

Im Falle der Aggression stellt der Sieg über den Kontrahenten die angestrebte Endhandlung dar. Dieses Verhalten findet sich bei den meisten Lebewesen in Form von Rangordnungskämpfen oder Revierverhalten. Im Gegensatz zur Gewalt geht es bei diesen Verhaltensweisen nicht um die Zerstörung des Kontrahenten, sondern vielmehr um die Demonstration von Dominanz. Die Vernichtung des Rivalen rückt erst im Zuge der Kompensation der geringer werdenden erlebten Lust aufgrund einer zunehmenden Gewöhnung an das resultierende Machtgefühl in den Handlungsfokus. Einen besonderen Einfluss üben zudem die moderne Lebensweise und die mit Wohlstandsgesellschaften einhergehende deutlich erleichterte Triebbefriedigung aus. Da Menschen rein biologisch auf ein gewisses Ausmaß an Anstrengung zur Befriedigung ihrer Triebe programmiert sind, kommt es besonders unter Jugendlichen häufig zu einem Überschuss innerer Aktionsbereitschaft, der sich in Form der „aggressiven Langeweile“ (Bock, 2008d, S. 127) äußert. Charakteristisch für derartige Handlungen ist, dass im Sinne einer Herabsetzung der Reizhemmschwelle meist bereits geringe Reize ausreichen, um aggressive Verhaltensweisen auszulösen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass, obwohl das Übertragen von Kenntnissen über tierische Verhaltensweisen auf den Menschen den wesentlichen Kritikpunkt an der ethologischen Perspektive darstellt, da animalische Verhaltensweisen der Komplexität der Vorgänge im menschlichen Gehirn nicht gerecht werden können, insbesondere Erkenntnisse hinsichtlich der natürlichen Grundlagen von Aggressionen und deren Entstehung von besonderer Bedeutung für die Kriminologie sind.

### ***1.2.1.2 Psychoanalytische Ansätze***

Basierend auf den Arbeiten von Sigmund Freud unterteilt die Psychoanalyse den Grad der Bewusstheit eines seelischen Vorganges in das Unterbewusstsein, das Vorbewusstsein und das Bewusstsein, wobei lediglich ein geringer Teil der psychischen Vorgänge bewusst wahrgenommen wird und der Großteil unbewusst von statthen geht. Von Natur aus wird der Mensch als „ein asoziales Wesen und [in] seinen Trieben (insbesondere Sexualität und Aggression) von sich aus maß- und hemmungslos“ (Bock, 2008d, S. 127) beschrieben. Der unmittelbare Durchbruch dieser Triebe kann im Regelfall einerseits

durch externen Zwang, in Form von Erziehung, und andererseits durch den Aufbau einer internen Kontrolle verhindert werden. Dies führt jedoch nicht zu einem Verschwinden der Triebe und Wünsche, sondern zu deren Verdrängung aus dem Bewusstsein ins Unterbewusstsein, wo sie weiterhin bestehen bleiben.

Zur Regulierung des Zusammenspiels der persönlichen Triebe und den Anforderungen, die das Zusammenleben in einer Gesellschaft an den Menschen stellt, postuliert Freud drei psychische Instanzen. Den Sitz der elementaren Triebe bildet das „Es“, das bereits von Geburt an dem Menschen innewohnt. Das „Über-Ich“ hingegen wird erst im Laufe der Entwicklung erworben. Diese Instanz umfasst die grundlegenden Moral-, Norm- und Wertevorstellungen, die durch den Kontakt zu Bezugspersonen in den ersten Lebensjahren erlernt werden. Sowohl das „Über-Ich“ als auch das „Es“ befinden sich im Unterbewusstsein. Die einzige teilweise bewusste Instanz stellt das „Ich“ dar, das die psychischen Grundfunktionen wie Wahrnehmung, Bewegungssteuerung, Denken und Gedächtnis repräsentiert. Das „Ich“ dient als entscheidende Instanz zur Triebsteuerung, indem es zwischen den Triebregungen des „Es“ und den Moralvorstellungen des „Über-Ichs“ vermittelt und nur Triebe zulässt, die mit den verinnerlichten Normen in Einklang stehen. Zur Unterdrückung unerwünschter Triebe stehen dem „Ich“ verschiedene Abwehrmechanismen zur Verfügung. Ein erfolgreiches Zusammenwirken der Instanzen basiert, gemäß psychoanalytischen Theorien, maßgeblich auf der erfolgreichen Vermittlung adäquater Moralvorstellungen im Rahmen der Erziehung, die im besonderen Ausmaß über die Identifikation mit den Bezugspersonen, vor allem mit den Eltern, erfolgt.

Die kriminologische Relevanz der Psychoanalyse liegt einerseits in ihrer Betrachtung der Delinquenten als Individuen, da Kriminalität als Ergebnis von spezifischen Fehlentwicklungen im Laufe des Lebens gedeutet wird. Hinzukommt, dass die Psychoanalyse auch die psychischen Mechanismen beschreibt, die in Folge der rechtmäßigen Bestrafung einer Straftat innerhalb des Gesamtkollektives einer Gesellschaft wirken.

Bei der Betrachtung der Gesellschaft als ein strafendes Kollektiv kommt der Projektion, einem Abwehrmechanismus des „Ichs“, besondere Bedeutung zu. Dabei handelt es sich um einen Verdrängungsvorgang, bei dem Menschen ihre eigenen Schwächen und

unangemessenen Triebe anderen Menschen, Tieren oder Gegenständen zuschreiben. Unter der sogenannten *Sündenbocktheorie* versteht man die Annahme, dass Verbrecher die unangemessenen Triebe stellvertretend für die nichtkriminellen Mitglieder der Gesellschaft ausleben, was sich seit jeher in der besonderen Faszination, die Straftäter ausüben, widerspiegelt. Die Bestrafung des Delinquenten sorgt beim Kollektiv nicht nur für eine Entlastung, in Form der Reduktion des potentiellen Kriminalitätsrisikos, sie reduziert auch die unterbewussten Strafbedürfnisse und Schuldgefühle jedes einzelnen Mitgliedes der Gesellschaft.

Es ist jedoch anzumerken, dass, obwohl die Sündenbocktheorie das allgemeine Interesse an schweren Straftaten vor dem Hintergrund psychoanalytischer Konstrukte scheinbar treffend beschreibt, eine ausgiebige empirische Untersuchung der Annahmen bisher aussteht. Zudem wird der mögliche Einfluss der Darstellung von Kriminalität in den Massenmedien vollständig vernachlässigt (Bock, 2008d), in denen insbesondere Tötungsdelikte und Vergewaltigungen massiv überrepräsentiert sind. So konnten Gleich und Groebel (1993) zeigen, dass im Gesamtprogramm deutscher Fernsehsender täglich bis zu 70 Mordszenen gezeigt werden. Insbesondere auf den Privatsendern finden sich fast ständig Darstellungen von echten und fiktiven Morden. Ob und inwieweit diese Einfluss auf die Entstehung von Gewalt und Kriminalität haben, ist bisher ebenfalls noch nicht eindeutig geklärt.

Auf der Ebene des Individuums sind Entwicklungsstörungen von „Über-Ich“ und „Ich“ von besonderer Relevanz, da diese zu Fehlanpassungen und Persönlichkeitsstörungen unterschiedlichster Art beitragen und somit auch für die Entstehung von Kriminalität von Bedeutung sein können. Im Rahmen der Psychoanalyse wird postuliert, dass der Aufbau der Mutter-Kind-Dyade, die für gewöhnlich die erste Beziehung eines Neugeborenen zu einem sich außerhalb des eigenen Körpers befindlichen Objekts repräsentiert, als Basis für die folgenden Entwicklungsschritte gilt. Fehlt es dem Kind während dieses Entwicklungsstadiums an Zuwendung seitens der Mutter, kann dies die frühkindliche Triebbefriedigung in bedeutendem Ausmaß stören. Besonders häufig resultiert eine derartige Verwahrlosung im Beibehalten der kindlichen Tendenz, Triebe und Bedürfnisse umgehend zu befriedigen, was in der Unfähigkeit, diese aufzuschieben und in adäquater Weise an die gesellschaftlichen Anforderungen anzupassen, eigentlich eine Funktion des „Ichs“, begründet liegt.

Mangelnde Zuwendung seitens des Vaters oder gar seine vollständige Abwesenheit als Bezugs- und Identifikationsperson wirken sich hingegen prädominant auf das „Über-Ich“ aus, da ihm die zentrale Rolle bei der Entwicklung dieser Instanz zugeschrieben wird. Den Heranwachsenden fällt es, in Folge einer ungenügenden Vermittlung sozialer Regeln und Gebote durch den Vater, in der Pubertät schwer, ihre Triebe altersgemäß zu beschränken. Aufgrund dieses zu schwach ausgeprägten „Über-Ichs“ können auch Aggression und andere inadäquate Triebe nicht ausreichend kontrolliert werden, was oftmals in von der Norm abweichendem und kriminellem Verhalten resultiert.

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass sich die kriminologische Relevanz dieser mangelhaften Persönlichkeitsentwicklung hauptsächlich in einem zu schwach ausgeprägten „Über-Ich“ niederschlägt, das nicht in der Lage ist, Triebe adäquat zu kontrollieren und aufzuschieben. Problematisch ist jedoch auch in Bezug auf das Individuum die schwere empirische Überprüfbarkeit psychoanalytischer Annahmen. Zudem vernachlässigt die Psychoanalyse aufgrund ihrer Konzentration auf die frühkindliche Entwicklung mögliche spätere Sozialisationseinflüsse außerhalb der Familie, wodurch sich Phänomene wie der späte Einstieg in die Kriminalität im Erwachsenenalter oder der häufig vorkommende Ausstieg aus dieser nur schwer erklären lassen. Des Weiteren bleibt bisher ungeklärt, welche spezifischen Persönlichkeits- und Entwicklungsvoraussetzungen für die Entstehung von Kriminalität gegeben sein müssen.

### **1.2.1.3 Halt- und Bindungstheorien**

Halt- und Bindungstheorien sind eng mit den psychoanalytischen Konzepten verbunden und werden gelegentlich auch als „Theorien der inneren Kontrolle“ (Bock, 2008d, S. 130) bezeichnet. Das Besondere an diesen Theorien ist, dass sie die klassische Frage nach den Gründen für Straffälligkeit umdrehen und nicht das delinquente Verhalten als erkläruungsbedürftig erachten, da dieses „der ursprünglichen Natur des Menschen entspricht“ (Bock, 2008d, S. 130). Vielmehr steht die Untersuchung der Frage, warum sich Menschen entgegen ihrer Natur anderen Menschen zumeist sozial gegenüber verhalten, im Mittelpunkt dieser Ansätze.

#### *Theorien der inneren Kontrolle*

Konkret werden unter dem Oberbegriff „Theorien der inneren Kontrolle“ zwei Ansätze zusammengefasst. Zum einen das Konzept der inneren Kontrolle von Albert J. Reiss

(1951, zitiert nach Bock, 2008d, S. 130) und zum anderen die Theorie des „self-concept“ von Walter C. Reckless (1961, zitiert nach Bock, 2008d, S. 131).

Für Reiss liegt die Entstehung von kriminellem Verhalten hauptsächlich im Versagen der Kernfamilie begründet. Diese sollte dem Kind im Regelfall adäquate soziale Rollen und Verhaltensweisen vermitteln und ihm dabei mittels Kontrolle helfen, diese Rollen mit seinen eigenen Wünschen und Trieben in Übereinstimmung zu bringen. Gelingt diese Vermittlung nicht, führt dies, laut Reiss, zu einem gering ausgeprägten inneren Halt. Ähnlich dem „Über-Ich“ in der Psychoanalyse repräsentiert die innere Kontrolle das Ausmaß, mit dem gesellschaftlich akzeptierte Normen und Wertevorstellung verinnerlicht werden. Demnach resultiert Kriminalität aus einer defizitären inneren Kontrolle, die mit einem geringen Ausmaß an Verinnerlichung von anerkannten gesellschaftlichen Regeln und Werten gleichzusetzen ist.

Reckless sieht hingegen im sogenannten „self-concept“ ein entscheidendes Konstrukt bei der Klärung der Frage, warum manche Menschen eher gesellschaftlich unangemessenes Verhalten zeigen, wohingegen andere sich deutlich davon distanzieren. Unter dem „Konzept von sich selbst“ (Bock, 2008d, S. 131) versteht Reckless das, was von den Erfahrungen und Erlebnissen eines Menschen in diesem zurückbleibt. Dazu zählen nicht nur Haltungen und Ansichten, sondern unter anderem auch Vorurteile. Dieses Selbstkonzept gewährt, insofern es günstig ausgeprägt ist, nicht nur Halt bei der inneren Verarbeitung schwieriger Lebensereignisse, sondern auch im Widerstand gegen unangemessenes Verhalten, krimelle Tendenzen und impulsiven Frustabbau infolge von Unzufriedenheit. In Abhängigkeit der Intaktheit und der Stärke dieser Form des inneren Haltes spricht man von einem günstigen oder einem ungünstigen Selbstkonzept. Zudem ist Reckless der Ansicht, dass günstige umgebende gesellschaftliche und familiäre Strukturen und Verhältnisse gewisse Defizite im Bereich des Selbstkonzeptes kompensieren können, da sie ebenfalls ein gewisses Ausmaß an Halt bieten.

Zusammenfassend lässt sich bezüglich der Theorien des inneren Halts bzw. der inneren Kontrolle sagen, dass beide Ansätze neue potentielle Einflussfaktoren auf die Entstehung von delinquentem Verhalten postulieren. Neben der Tatsache, dass eine eindeutige empirische Bestätigung der Konstrukte sowie ihrer funktionellen Zusammenhänge bisher aussteht, stellt vor allem die fehlende Erklärung des Phänomens, dass von zwei

Angehörigen derselben Familie einer straffällig wird und der andere nicht, einen entscheidenden Schwachpunkt dieser Ansätze dar, da die Frage, warum sich in einem Fall eine intakte und in dem anderen eine mangelhafte innere Kontrolle entwickelt, ungeklärt bleibt.

### *Hirschis Bindungstheorie*

Einen ersten Versuch zur systematischen Verbindung der Konzepte vom inneren und äußeren Halt stellt die kriminologische „Bindungstheorie“ von Travis Hirschi (1969, zitiert nach Bock, 2008d, S. 131) dar, der sich zudem bemühte, möglichst viele empirisch gesicherte kriminologische Erkenntnisse in diese Theorie einzuarbeiten. Hirschi betrachtet das Ausmaß der Einbindung eines Menschen in die ihn umgebende Gesellschaft als Maßstab für die Anpassung des Verhaltens an anerkannte Normen und Werte. Er postuliert vier Ebenen, auf denen sich die Bindung zwischen Individuum und Gesellschaft entwickeln kann.

Zum einen stellt die emotionale Bindung, die ein Individuum zu seinen Bezugspersonen hat, einen wichtigen Einflussfaktor für die Angepasstheit des Verhaltens dar. Diese Verbindung erzeugt eine beständige Verpflichtung, sich diesen Personen gegenüber rücksichtsvoll und somit angepasst zu verhalten. Des Weiteren wirkt sich auch eine an konventionellen Lebenszielen ausgerichtete Lebensplanung positiv auf das Verhalten aus, da um diese Ziele zu erreichen das Verhalten mit seinen Konsequenzen vorausschauend bedacht, strukturiert und ausgerichtet werden muss. Die Aufrechterhaltung der Angepasstheit entsteht durch das Bewusstsein für den möglichen Verlust dieser Ziele im Falle von unangepassten Verhaltensweisen. Hirschi postuliert zudem, dass auch die Involviertheit in konventionelle Beschäftigungen wie Arbeit und Freizeitaktivitäten abweichendem Verhalten vorbeugen, da Personen, die im Beruf eingebunden sind und ihre Freizeit zeitlich und örtlich klar strukturieren, weder über die Gelegenheit noch die Zeit für kriminelles Verhalten verfügen. Der Glaube in die sozialen Regeln hingegen bezieht sich auf die innere Zustimmung zu konventionellen Werten, die persönliche und gesellschaftliche Werte und Normen in Einklang bringt.

Die Stärke von Hirschis Bindungstheorie liegt vor allem in seinem Versuch, möglichst viele bereits bekannte Ergebnisse der kriminologischen Forschung in seinen Ansatz zu integrieren. Jedoch geht Hirschi von einer Kontinuität krimineller Entwicklungsverläufe

aus, die in neueren Studien nicht belegt werden konnte. Des Weiteren ist auch der umfassende Erklärungsanspruch der Theorie durchaus als kritisch zu betrachten.

### *Theorie der Kontrollbalance*

Einen modernen Vertreter der Halt- und Bindungstheorien stellt Charles Tittles „Theorie der Kontrollbalance“ (1995, zitiert nach Bock, 2008d, S. 132) dar. Im Zentrum dieser Theorie steht die sogenannte Kontroll-Ratio. Diese repräsentiert das individuelle Verhältnis zwischen der Autonomie, also dem Ausmaß an Macht, über andere Kontrolle auszuüben, und der Repression, die dem Ausmaß, in dem ein Individuum von anderen Menschen kontrolliert wird, entspricht. Laut dem Autor der Theorie ist ein der Gesellschaft angepasstes Verhalten nur zu erwarten, wenn beide Komponenten der Kontroll-Ratio gleich stark ausgeprägt sind. Kommt es hingegen zu einem Kontrollüberschuss beziehungsweise einem Kontrollmangel, zeigen sich eher delinquente Verhaltensweisen.

Ein Kontrollüberschuss bezeichnet eine ausgeprägte Fähigkeit, Kontrolle über andere auszuüben, ohne sich dabei anderen Menschen unterwerfen zu müssen. Typisch für einen derartigen Überschuss, der vor allem bei Individuen mit hohem sozialen Status auftritt, ist die Tendenz, die wahrgenommene Macht auszunutzen. Hierbei kommt es vor allem zu Straftaten mit ausbeuterischem Charakter. Zu diesen zählen neben Vermögens- und Eigentumsdelikten, bei denen eine finanzielle Bereicherung im Vordergrund steht, auch sexuelle und häusliche Gewalt.

Bei Individuen mit einem eher niedrigen sozialen Status findet sich hingegen häufiger ein Kontrollmangel. Dieser ist geprägt von Ohnmachtsgefühlen und einem geringen Selbstwert aufgrund einer übermäßigen Kontrolle durch andere, ohne selbst Macht ausüben zu können. Bei leichtem Kontrollmangel zeigt sich häufig „räuberisches Verhalten“ (Bock, 2008d, S. 133), wohingegen sich eine mittelschwere Ausprägung eher in trotzigem und aufsässigem Verhalten in Form von Drogenmissbrauch sowie Vandalismus niederschlägt. Bei einem stark ausgeprägten Mangel an Kontrolle kommt es hingegen zu einer vollständigen Unterwerfung bis hin zu einer Duldung von physischem und psychischem Missbrauch.

Aufgrund ihrer Aktualität besticht die Theorie der Kontrollbalance durch ein einfaches und einheitliches Grundmodell, das es erlaubt, einen großen Teil der unterschiedlichen Kriminalitätserscheinungen adäquat zu erklären. Zudem erweitert Tittle mit seinem Modell den Forschungsfokus dahingehend, dass nun auch die Entstehung von Kriminalität bei sozial hochgestellten Personen entschlüsselt und in kriminologische Untersuchungen einbezogen werden kann.

#### ***1.2.1.4 Lerntheoretische Ansätze***

Grundsätzlich steht innerhalb der Lerntheorien die Annahme im Mittelpunkt, dass Verhalten erlernt wird. Diese wird auch auf die Entstehung von von der Norm abweichendem Verhalten sowie Delinquenz übertragen. Bei der Klärung der Frage nach dem grundsätzlichen Ablauf und den Faktoren, die einen erfolgreichen Lernprozess bedingen, finden sich jedoch unterschiedliche Auffassungen in der Forschungsliteratur.

##### ***Behavioristische Lerntheorien***

Im Zentrum der behavioristisch orientierten Lerntheorien steht der Mechanismus der Konditionierung, der 1918 erstmals von Iwan P. Pawlow beschrieben wurde. Dieser konnte in seinem bekannten Versuch aufzeigen, dass bereits das Läuten der Futterglocke (konditionierter Reiz) bei einem Hund zu Speichelfluss (unkonditionierte Reaktion) führen kann, da er seine Mahlzeit (unkonditionierter Reiz) antizipiert. Der Erfolg der Verbindung des konditionierten Reizes (Glockenton) mit der unkonditionierten Reaktion (Speichelfluss) ist dabei nicht nur von der Anzahl der Wiederholungen, sondern auch maßgeblich von der zeitlichen Nähe des Auftretens von konditioniertem und unkonditioniertem Reiz abhängig.

Hans J. Eysenck überträgt dieses Prinzip auf den Menschen und betrachtet Delinquenz und auffälliges Verhalten als Konsequenz fehlgeschlagener Lernprozesse. Im Normalfall sollte im Rahmen der Erziehung durch das regelmäßige, zeitnahe gemeinsame Auftreten von unangemessenem Verhalten und negativen Reizen wie Strafen die Vermeidung von unerwünschtem Verhalten erlernt werden. Diese erlernte Furcht vor der drohenden Bestrafung in Folge von abweichenden Verhaltensweisen bildet für Eysenck die Instanz des Gewissens. Die Entstehung von Delinquenz steht somit in engem Zusammenhang mit der erfolgreichen Absolvierung dieses Lernprozesses.

Zudem postuliert Eysenck, dass sich die Konditionierbarkeit von Kriminalität bei Individuen in Abhängigkeit der Persönlichkeitsmerkmale Introversion sowie Extraversion unterscheidet. Typische extravertierte Menschen sind zumeist umgänglich, redselig und gern in der Gesellschaft Anderer. Sie sind stets auf der Suche nach aufregenden Ereignissen und verhalten sich meist unbekümmert und sorglos, wobei ihr Verhalten oftmals als wenig zuverlässig beschrieben wird. Des Weiteren fällt es ihnen häufig schwer, ihre Gefühle angemessen zu kontrollieren. Im Gegensatz dazu sind typisch introvertierte Menschen eher zurückhaltend und ruhig. In Gesellschaft von anderen Personen verhalten sie sich zumeist schweigsam und reserviert. Grundsätzlich stehen sie Aufregungen und impulsivem Verhalten eher ablehnend gegenüber. Vielmehr bevorzugen sie einen wohl strukturierten Lebensstil und betrachten die Anforderungen des alltäglichen Lebens mit einem gewissen Maß an Ernsthaftigkeit, wodurch ihr Verhalten als sehr zuverlässig und ihre Einstellung häufig als pessimistisch beschrieben wird. Dementsprechend haben sie auch ihre Gefühle unter strenger Kontrolle und legen selten aggressive und von Ungeduld geprägte Verhaltensweisen an den Tag. Außerdem legen Introvertierte einen besonderen Wert auf moralische Grundsätze, an denen sie ihr Verhalten ausrichten.

Für die Kriminologie sind diese beiden Persönlichkeitsdimensionen insofern interessant, als laut Eysenck extravertierte Personen in deutlich niedrigerem Ausmaß konditionierbar sind als Introvertierte. Dies liegt zum einen in ihrer schlechteren Antizipation etwaiger negativer Konsequenzen und zum anderen in ihrer niedriger ausgeprägten Angst vor Strafen begründet.

Die Erweiterung des Konzeptes der klassischen Konditionierung um eine operante Komponente erfolgt durch Burrhus F. Skinner, der ebenfalls seine Erkenntnisse über den Lernprozess bei Tieren auf den Menschen überträgt. Kernannahme der operanten Konditionierung ist, dass der Erfolg des Konditionierungsprozesses maßgeblich davon abhängt, ob auf ein sonst zufälliges Verhalten eine positive oder negative Verstärkung folgt. Grundsätzlich wird das Verhalten erlernt, das positiv in Form von Belohnungen verstärkt wird. Bestrafungen, also negative Verstärkungen, führen hingegen dazu, dass sich eine bestimmte Verhaltensweise reduziert. Diese Erkenntnisse sind für die Kriminologie insofern von Relevanz, als sie einen Erklärungsansatz für die Frage liefern, warum Täter wiederholt Straftaten begehen, wenn diese nicht entdeckt werden. Skinner

postuliert, dass das Verhalten von Delinquenten durch die erfolgreiche und sanktionslose Durchführung der Straftat sowie durch die Anerkennung anderer Straftäter verstärkt wird, was zu einer Aufrechterhaltung der abweichenden Verhaltensweisen führt.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich die allgemeine Kritik am Behaviorismus auch auf die Konzepte der klassischen und operanten Konditionierung übertragen lässt. Insbesondere die Annahme, dass einfache Reiz-Reaktionsmuster der Komplexität des menschlichen Denken und Handelns gerecht werden, stellt die größte und offensichtlichste Schwachstelle dieses Forschungsparadigmas dar, da sich Individuen auch explizit entgegengesetzt zu gewissen Reizen verhalten können.

### *Theorie des sozialen Lernens*

Im Zuge der „kognitiven Wende“ innerhalb der Psychologie erfolgt seit Mitte der 1960er Jahre eine zunehmende Abwendung vom Behaviorismus und eine damit einhergehende stärkere Betonung der kognitiven Komponenten des Lernprozesses. Von besonderer Bedeutung ist hierbei die „Theorie des sozialen Lernens“ von Albert Bandura (1979, zitiert nach Bock, 2008d, S. 137), in deren Zentrum der Mechanismus des Lernens am Modell beziehungsweise das Lernen durch Beobachtung steht. Den entscheidenden Unterschied zum klassischen oder operanten Konditionieren stellt die Annahme dar, dass Verhaltensmuster nicht nur durch das positive oder negative Verstärken des eigenen Verhaltens erlernt werden, sondern auch durch das Beobachten von Reaktionen auf das Verhalten anderer, insbesondere der engen Bezugspersonen. Dabei werden die in der Interaktion der Bezugspersonen gezeigten Verhaltensmuster besonders häufig von Kindern imitiert, da diese den Kindern als Vorbilder dienen.

Bandura bezieht sich zudem explizit auf das Erlernen aggressiver Verhaltensweisen. Dabei verneint er die bisherigen Konditionierungsansätze nicht vollständig, sondern limitiert ihren Einfluss auf die Aufrechterhaltung und Änderung aggressiven Verhaltens. Hinsichtlich des eigentlichen Erwerbes liegt der Fokus jedoch auf dem Modell- und Beobachtungslernen, wobei der Interaktion zwischen den Eltern, ihren Erziehungspraktiken, dem Umgang innerhalb der Gruppe der Gleichaltrigen sowie dem Ausmaß der medialen Gewaltdarstellung besonderer Einfluss beigemessen wird. Die Beobachtung von aggressivem Verhalten führt jedoch nicht zu deren direkten Imitation. Vielmehr werden das beobachtete Verhalten und dessen Konsequenzen bei zukünftigen

Verhaltensplanungen berücksichtigt und modellieren das Verhalten in Abhängigkeit von der spezifischen Handlungssituation sowie den individuellen Erfahrungen in unterschiedlichem Ausmaß.

Die Stärke von Banduras Theorie liegt hauptsächlich in ihrer Überwindung der stark simplifizierenden Annahmen des Behaviorismus und der Berücksichtigung sozialer Einflüsse auf den Lernprozess von Verhaltensweisen. Jedoch stellt dies auch die größte Schwäche dieses Ansatzes dar, da Bandura zwar auf die vielen potentiellen situativen und individuellen Einflussfaktoren hinweist, eine genaue Beschreibung und Untersuchung der entscheidenden Aspekte hingegen bisher noch aussteht.

### **1.2.2 Gesellschaftsbezogene Theorien und Ansätze**

Grundsätzlich steht bei den meisten gesellschaftsbezogenen Ansätzen zur Entstehung von Kriminalität der Einfluss der gesellschaftlichen Gegebenheiten im Mittelpunkt, wobei sie sich, ähnlich ihren personenbezogenen Pendants, zumeist auf spezifische Gesellschaftsaspekte fokussieren. Da die meisten dieser Theorien im anglo-amerikanischen Sprachraum entstanden sind und sich deren Annahmen und Ergebnisse somit nur begrenzt auf die europäischen Gesellschaftsverhältnisse übertragen lassen, wird im Folgenden lediglich ein Ansatz vorgestellt, der sich aufgrund seines universalgesellschaftlichen Anspruches auf die Gesellschaft als grundlegende Form des menschlichen Zusammenlebens anwenden lässt. Ähnlich dem vorangegangenen Paragraph bezieht sich auch der folgende Überblick, insofern nicht anders angegeben, auf eine ausführliche Zusammenfassung von Bock (2008c), auf die an dieser Stelle im Falle tiefergehenden Interesses verwiesen wird.

#### **1.2.2.1 Etikettierungsansatz**

Etikettierungsansätze sind von besonders hoher Relevanz bei der Klärung der Frage nach der Entstehung von Kriminalität, da sie bisher den wohl am weitreichendsten und auch nachhaltigsten Einfluss auf die kriminologische Forschung ausgeübt haben. Begründet liegt dies in der diesen Ansätzen zuzuschreibenden Verlagerung des Forschungsinteresses auf den „Prozess der Kriminalisierung“ (Bock, 2008c, S. 158), der bis dahin lediglich eine untergeordnete Rolle spielte. Die Annahmen, die diesem Umdenken zu Grunde liegen, stammen zumeist aus den Bereichen der Soziologie und der Sozialpsychologie.

Ein grundlegendes Element der Etikettierungsansätze stellt die Annahme, dass Menschen ihre Wirklichkeit aktiv konstruieren und dabei von ihren Mitmenschen beeinflusst werden, dar. Basierend auf den Ideen des „symbolischen Interaktionismus“ (Bock, 2008b, S. 158) wird den Menschen das sie umgebende Abbild der Realität maßgeblich durch Symbole und deren Bedeutungen vermittelt, was sich in einer nicht rein physikalischen Wahrnehmung von Gegenständen niederschlägt. Neben den rein äußerlichen Qualitäten wird zeitgleich auch die Bedeutung dieses Gegenstandes wahrgenommen, zum Beispiel inwieweit er als Werkzeug genutzt werden kann oder ob ihm magische Kräfte innewohnen. Analog gilt dies auch für die Wahrnehmung von Menschen, deren Aussehen und Verhalten ebenfalls Bedeutung, zum Beispiel hinsichtlich ihrer ethnischen, geographischen und sozialen Herkunft oder ihrer Bereitschaft, sich sozialen Gepflogenheiten anzupassen, zugesprochen wird.

Besonders ist dabei, dass, obwohl es sich bei diesen Symbolen und deren Bedeutung um soziale Festlegungen handelt, diese keineswegs grundsätzliche Gültigkeit besitzen, sondern erst in der konkreten Interaktion zwischen Menschen relevant werden. So wird von der Norm abweichendes und kriminelles Verhalten erst im Rahmen einer Vernehmung durch die Polizei oder eines Gerichtsverfahrens als solches bezeichnet oder etikettiert. Ohne den spezifischen Einfluss des konkreten Interaktionskontextes wird abweichendes Verhalten zwar wahrgenommen, aber nicht zwangsläufig mit dem Etikett „kriminell“ versehen.

In den meisten im Alltag auftretenden Interaktionen herrscht zwischen den Teilnehmern Einstimmigkeit darüber, wie eine Verhaltensweise oder eine Situation zu bewerten ist. Kommt es aber aufgrund von verschiedenen Interessen oder einer unterschiedlichen Wahrnehmung zu Streitigkeiten, muss die adäquate Etikettierung unter den Beteiligten ausgehandelt werden, was die Frage nach dem Einfluss der jeweiligen Verhandlungsteilnehmer aufwirft.

Der Einfluss der Beteiligten beim Aushandeln des passenden Etiketts wird als Definitionsmacht bezeichnet. Diese steigt einerseits in Abhängigkeit vom sozialen Status einer Person, dazu zählen ihr Alter, ihre Schichtzugehörigkeit oder ihre berufliche Position, und andererseits mit ihren Fähigkeiten, insbesondere durch Intelligenz und ausgeprägte sprachliche Fähigkeiten. Überträgt man diesen Gedanken auf das gesamte

Strafrechtssystem, drängt sich der Verdacht auf, dass Situationen für Individuen mit einer geringen Definitionsmacht, die ihren Verhandlungspartnern zumeist unterlegen sind, häufiger zu deren Nachteil ausgelegt werden, was eine ungleiche Verteilung von Sanktionen innerhalb der Gesellschaft zur Folge hat.

Der Versuch, diese „sozial selektive Sanktionierung“ (Bock, 2008c, S. 159) aufzudecken, führte zum Aufblühen zweier Forschungsfelder, die bis dahin in der Kriminologie kaum Beachtung fanden, nämlich der Dunkelfeld- und der Instanzenforschung. Ziel der Dunkelfeldforschung war es aufzuzeigen, dass die übermäßige Häufung von Delinquenzen aus unteren sozialen Schichten in offiziellen Kriminalregistern eine Folge der Benachteiligung dieser Bevölkerungsgruppe darstellt, indem versucht wurde nachzuweisen, dass sich Delinquenz in allen sozialen Schichten gleichermaßen finden lässt. Die Aufgabe der Instanzenforschung war es hingegen, die informelle Arbeitsweise der strafrechtlichen Einrichtungen genauer zu untersuchen und etwaige Ungleichbehandlungen oder Diskriminierungen von Verdächtigen zu identifizieren, da diese rein formell auf der Basis des Straf- und Strafprozessrechtes explizit zu vermeiden sind.

Die letzte wichtige Grundannahme der Etikettierungsansätze bezieht sich auf die Identität des Einzelnen. Im Einklang mit dem symbolischen Interaktionismus stellt auch die Identität keineswegs ein Konstrukt dar, über das das Individuum frei verfügen kann. Vielmehr wird auch sie durch Definitions-, Zuschreibungs- und Etikettierungsprozesse in Interaktionen konstruiert, was dazu führt, dass das Selbstbild eines Menschen das Ergebnis dessen ist, „was seine Interaktionspartner als seine Eigenschaften sozial verbindlich“ (Bock, 2008c, S. 159) festlegen. Für die Kriminologie ist dies insofern von Relevanz, als dass auch die institutionell erfolgte Etikettierung als „Delinquent“ Einfluss auf die Identität und das Selbstbild des Betroffenen hat. Wird diese Zuschreibung auch durch andere Familien- und Gesellschaftsmitglieder konsistent bekräftigt, „so gibt es keine Möglichkeit mehr, von sich selbst etwas anderes zu glauben, als was man im Spiegel der erfahrenen Zuschreibung sieht“ (Bock, 2008c, S. 159). Ist ein derartig negatives Selbstbild erst einmal entstanden, wird auch das Verhalten an die Erwartungen angepasst, und in weiterer Folge werden vermehrt Straftaten begangen. Da sich die darauffolgende Etikettierung erneut negativ auf das Selbstbild auswirkt, kommt es zu

einer weiteren Intensivierung der kriminellen Handlungen und einer längerfristigen Aufrechterhaltung dieser Verhaltensweisen.

Insgesamt lässt sich also festhalten, dass die Etikettierungsansätze durch ihre radikale Kritik an der Kriminologie und dem vorherrschenden Strafrechtssystems der 1970er Jahre maßgeblich dazu beigetragen haben, dass Bereichen wie der Dunkelfeldforschung mehr Aufmerksamkeit geschenkt wird. Zudem bekräftigten sie die bis dahin noch eher wenig verbreiteten Diversionsmaßnahmen, die Jugendliche und junge Erwachsene mittels alternativer Strafen davor bewahren sollen, frühzeitig als „Kriminelle“ abgestempelt zu werden. Hierbei sind es insbesondere die Ergebnisse der Dunkelfeldforschung, die bestätigen, „dass fast alle männlichen Mitglieder einer Gesellschaft im Laufe ihres Lebens eine oder mehrere Straftaten begehen“ (Bock, 2008c, S. 162), die entscheidende Argumente für die verstärkte Implementierung von alternativen Strafformen im Strafrechtssystem darstellen. Jedoch zeigte sich auch, dass inhaftierte Straftäter meist eine Vielzahl von schweren Delikten begehen, wodurch sie sich massiv von der männlichen Allgemeinbevölkerung unterscheiden und ihre Inhaftierung gerechtfertigt erscheint. Zudem ist anzumerken, dass die im Rahmen dieser Ansätze angedeutete Stigmatisierung zwar ein soziales Problem darstellt, jedoch nicht zwangsläufig zu einer Intensivierung der Kriminalität führen muss. Da nicht nur ein Großteil der Erstverurteilten keine kriminelle Karriere einschlägt, sondern auch Langzeitdelinquenten in vielen Fällen aus der Kriminalität aussteigen, erscheint der Einfluss der Etikettierung bei weitem nicht so umfassend wie angenommen.

## 2. Maßnahmenvollzug in Österreich

Das am 1. Jänner 1975 in Kraft getretene österreichische Strafrecht basiert auf dem Grundsatz, dass Täter nur für ihre Straftaten belangt werden können, wenn bei ihnen vom Vorliegen von schuldhaftem Verhalten auszugehen ist (§4 StGB). Eine grundlegende Voraussetzung für Schuldhaftigkeit stellt die Willensfreiheit dar, die sich maßgeblich auf die freie und bewusste Entscheidung des Täters zur Begehung der Straftat bezieht. Bei der Festnahme von Verdächtigen mit schweren psychiatrischen Erkrankungen bestehen häufig erhebliche Zweifel an ihrer Schuldhaftigkeit. In einem solchen Falle ordnen Untersuchungsrichter nach einem ersten Gutachten zumeist Untersuchungshaft an, die in

einem psychiatrischen Krankenhaus verbüßt wird und mit der Behandlung und ausführlichen Begutachtung des Verdächtigen einhergeht (§429/4 StPO) (Stompe & Schanda, 2010a).

## **2.1 Verurteilungsgrundlagen**

Die Verurteilung von geistig abnormen Rechtsbrechern wird im §21 StGB geregelt. Die Voraussetzung für eine Verurteilung nach diesem Paragraphen stellt neben der Begehung einer Straftat, die mit einer Freiheitsstrafe von über einem Jahr bedroht ist, das Vorliegen einer geistigen oder seelischen Abartigkeit von höherem Grad dar. Erfüllt ein Verdächtiger diese Voraussetzungen, stellt sich im nächsten Schritt die Frage nach dessen Zurechnungsfähigkeit. Diese wird im §11 StGB beschrieben und bezieht sich auf die Fähigkeit des Täters, im Moment der Begehung das Unrecht seiner Tat zu erkennen. Ist diese Fähigkeit aufgrund von Geisteskrankheit, Schwachsinn, tiefgreifender Bewusstseinsstörung oder einer anderen gleichwertigen seelischen Störung beeinträchtigt, so spricht man von Zurechnungsunfähigkeit (Stompe & Schanda, 2010a).

Nach österreichischem Recht umfasst der Begriff Geisteskrankheit neben hirnorganischen Psychosyndromen auch exogene sowie endogene Psychosen. Extrem stark ausgeprägte Persönlichkeitsstörungen und Neurosen fallen ebenfalls unter dieses Rechtsmerkmal. Schwere intellektuelle Behinderungen mit gravierendem Einfluss auf die Dispositionsfähigkeit Betroffener werden hingegen unter dem Begriff Schwachsinn zusammengefasst. Das Merkmal tiefgreifende Bewusstseinsstörungen umfasst neben akuten Substanzintoxikationen und schweren Affektzuständen auch Dämmerzustände, Schlaftrunkenheit sowie exogene Reaktionstypen. Die verbleibenden psychiatrischen Beeinträchtigungen wie Neurosen, substanzbedingte und substanzunabhängige Persönlichkeitsstörungen, schizophrene und organische Residualzustände sowie Störungen der Impulskontrolle zählen zu den anderen gleichwertigen seelischen Störungen (Stompe & Schanda, 2010a).

Die letzte Voraussetzung für eine Verurteilung nach §21 StGB stellt eine „ungünstige krankheitsbedingte Kriminalprognose“ (Stompe & Schanda, 2010a, S. 30) dar. Es muss also davon auszugehen sein, dass ein Angeklagter aufgrund der Art seiner Erkrankung ohne die Einweisung in den Maßnahmenvollzug weitere schwere Straftaten begeht (Stompe & Schanda, 2010a).

## **2.2 Geistig abnorme Rechtsbrecher nach §21/1 und §21/2 StGB**

Auf der Basis dieser Verurteilungsgrundlagen lassen sich geistig abnorme Rechtsbrecher in zwei Kategorien einteilen, die sich hauptsächlich im Hinblick auf ihre Zurechnungsfähigkeit bei der Tatbegehung unterscheiden.

Kommen die vom Gericht bestellten Gutachter zu dem Schluss, dass ein Angeklagter, der eine mit einer Freiheitsstrafe von über einem Jahr bedrohte Straftat begangen hat, zwar unter einer psychischen Erkrankung leidet, die erwarten lässt, dass er weitere Straftaten begeht, die jedoch keinen Einfluss auf seine Zurechnungsfähigkeit hat, so erfolgt die Verurteilung nach §21/2 StGB. Zu dieser Kategorie zählen hauptsächlich Sexualstraftäter, die aufgrund ihrer gestörten Sexualpräferenz zwar unter einer gravierenden psychischen Störung leiden, das Recht und Unrecht ihres Handelns jedoch in den meisten Fällen sehr wohl erkennen. Eine Verurteilung nach diesem Paragraphen geht aufgrund der Zurechnungsfähigkeit mit einer Haftstrafe einher. Zusätzlich erfolgt jedoch auch die zeitlich unbestimmte Einweisung in den Maßnahmenvollzug, wobei beide Strafen zeitgleich vollzogen werden. Die zusätzlich verhängte Haftstrafe stellt hierbei die Mindestverwahrdauer dar, da eine Entlassung aus der unbestimmten Maßnahme unabhängig vom Delikt in Abhängigkeit vom Behandlungsfortschritt erfolgt (Stompe & Schanda, 2010b).

Der Großteil der Angeklagten mit psychischen Erkrankungen erfüllt zudem den Aspekt der Zurechnungsunfähigkeit. In diesen Fällen kommt es bei einer Verurteilung zur Anwendung des §21/1 StGB. Bei einem derartigen Schulterspruch wird die Anhaltung im Maßnahmenvollzug auf unbestimmte Zeit angeordnet und die Notwendigkeit ihrer Fortsetzung einmal jährlich überprüft. Eine bedingte Entlassung erfolgt nur unter einer festgelegten Probezeit, die im Regelfall fünf oder zehn Jahre beträgt (§47/2 StGB). Zudem ist es dem Gericht möglich, dem Entlassenen diverse Weisungen für seine Probezeit zu erteilen. Dazu zählt in den meisten Fällen nicht nur das Fortsetzen der psychotherapeutischen Behandlung sowie die regelmäßige Medikamenteneinnahme, sondern auch Alkohol- und Drogenabstinenz (§54 StGB). Bei einem Verstoß gegen diese Weisung hat das Gericht die Möglichkeit, die bedingte Entlassung zu widerrufen oder die Probezeit zu verlängern (Stompe & Schanda, 2010a).

## **2.3 Maßnahmenvollzug §21/1 – Situation in Österreich**

Im Laufe der ersten 16 Jahre des mit 1.1.1975 in Österreich eingeführten Maßnahmenvollzugs nach §21/1 StGB befand sich die jährliche Prävalenz der in dieser Vollzugsform unterbrachten Straftäter auf einem gleichbleibenden Niveau von etwa 100 Insassen. Als Grund für dieses gleichmäßige Insassenniveau führen Stompe und Schanda (2010a) die in diesen Jahren ausgewogene Einweisungs- und Entlassungsinzidenz an, die seit 1992 immer mehr ins Ungleichgewicht geriet. Seit 2003 beläuft sich die jährliche Einweisungsinzidenz auf 80 bis 100 Personen, wohingegen die Anzahl der jährlich aus dem Maßnahmenvollzug entlassenen Insassen im gleichen Zeitraum lediglich 30 bis 75 betrug. Somit kommt es zu einer beständigen Zunahme der nach §21/1 verurteilten Maßnahmenpopulation in Österreich, die im Jahre 2009 bereits 339 Personen umfasste.

Über ein Drittel dieser Patienten sind in der Justizanstalt Göllersdorf untergebracht und werden dort behandelt. Diese 1985 in Betrieb genommene Justizanstalt stellt mit 136 Betten auf sechs Wohnstationen sowie 17 Betten auf der Akutstation seit ihrer Inbetriebnahme die zentrale Einrichtung zur Behandlung der nach §21/1 StGB in den Maßnahmenvollzug eingewiesenen Straftätern dar. Da die Kapazitäten der Justizanstalt Göllersdorf seit Beginn der 1990er Jahre nicht mehr ausreichen, wurden die Unterbringungsmöglichkeiten stetig erweitert und die verbleibenden Insassen sowohl auf weitere justizeigene Institutionen als auch auf forensische Abteilungen in psychiatrischen Krankenhäusern innerhalb der jeweiligen Bundesländer verteilt (Stompe & Schanda, 2010a).

Den wohl am direktesten mit dieser Entwicklung im Zusammenhang stehenden Einflussfaktor stellt eine deutliche Veränderung der jährlichen Inzidenz der Einweisungsdelikte dar. Seit 1990 zeigt sich eine drastische Zunahme der Inzidenz für Tötungs- und schwere Körperverletzungsdelikte von 20 (1990) auf über 100 Fälle pro Jahr (2007), bei nahezu gleichbleibender Inzidenz für alle anderen Delikte. Durch diese zunehmende Anzahl schwerer Straftaten kommt es immer häufiger zu langen Anhaltungen im Maßnahmenvollzug, da Insassen, die ein schweres Delikt begehen, oftmals eine lange Behandlung benötigen, bis eine günstige Gefährlichkeitsprognose gestellt und der Insasse somit entlassen werden kann (Stompe & Schanda, 2010a). Dass es sich dabei um ein Verfahren von besonderer Güte handelt, zeigt die Rückfallquote der aus der Maßnahme nach §21/1 StGB entlassenen Straftätern, die mit 12% für einen

Beobachtungszeitraum von fünf Jahren deutlich unter der bei ca. 60% liegenden Rückfallquote regulärer Insassen im Strafvollzug liegt (Birklbauer, Hirtenlehner, Ott & Eher, 2009).

## **2.4 Erklärungsansätze für die Veränderungen in den vergangenen 20 Jahren**

Da sich bei einer derartigen epidemiologischen Entwicklung aufgrund der hohen Komplexität und der Vielzahl an möglichen Einflussfaktoren und Wechselwirkungen nur schwer einzelne ausschlaggebende Aspekte benennen lassen, schlagen Stompe und Schanda (2010a) im Zuge eines Erklärungsversuches Ursachen vor, die auf einer gesamtgesellschaftlichen Betrachtungsweise basieren. Die Autoren führen neben der zunehmenden Individualisierung in den westlichen Gesellschaften auch die steigenden Scheidungsraten, die zu einer vermehrten Auflösung der traditionellen Familienstrukturen führen, als mögliche gesamtgesellschaftliche Einflussfaktoren auf die steigende Einweisungsinzidenz an. Zudem liegt die Vermutung nahe, dass die zunehmende Verbreitung des Konsums von Alkohol und Drogen mit einem Anstieg der Gewaltkriminalität in Zusammenhang steht.

Des Weiteren weisen die Kriminalstatistiken auf eine wachsende Kriminalisierung der österreichischen Bevölkerung hin. Ganz allgemein zeigt sich im Zeitraum von 1992 bis 2007 ein deutlicher Anstieg der begangenen strafbaren Handlungen sowie der verhängten Freiheitsstrafen. Im Hinblick auf psychiatrische Patienten zeigt sich ein drastischer Anstieg der unfreiwilligen stationären Aufnahmen laut Unterbringungsgesetz von 15% auf 27% aller stationären Aufnahmen in psychiatrischen Krankenhäusern. Eine unfreiwillige Unterbringung darf nur im Falle einer bestehenden akuten Selbst- oder Fremdgefährdung angeordnet werden und erfolgt häufig im Anschluss an potentiell gefährliches Verhalten, auch wenn dieses nicht zur Anzeige gebracht wird (Stompe & Schanda, 2010a).

Einschränkend muss gesagt werden, dass diese Rückschlüsse zwar auf Indizien beruhen, die eine gewisse Plausibilität besitzen, jedoch im engeren Sinne aufgrund der fehlenden Möglichkeiten, die Zusammenhänge und Wechselwirkungen allumfassend zu untersuchen, nicht endgültig belegt oder widerlegt werden können.

### **3. Psychische Erkrankung und Delinquenz**

Schon in den Lehrbüchern aus der Entstehungszeit der forensischen Psychiatrie zu Beginn des 20. Jahrhunderts findet sich die eindeutige Überzeugung, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen hochgradig gewalttätig sind und daher zum Schutz der Gesellschaft frühzeitig und dauerhaft in psychiatrischen Anstalten angehalten werden sollten (Bumke, 1929). Unterstützt wird diese Forderung durch die Annahme, dass es sich bei psychischen Krankheiten grundsätzlich um körperliche Erkrankungen handelt, die mit einer in den meisten Fällen irreversiblen Veränderung der Physiologie des Gehirns einhergehen (Cramer, 1897). Bereits zu diesem frühen Stadium der Entwicklung der forensischen Psychiatrie liegt ein besonderes Augenmerk auf den Formen der Geisteskrankheit, die wenige Jahre später von Eugen Bleuler unter dem Oberbegriff Schizophrenie zusammengefasst wurden. Grund dafür sind die im Krankheitsverlauf häufig auftretenden Exacerbationen, im Rahmen derer Betroffene häufig Delikte, zum Teil auch schwere Gewaltdelikte setzten (Bumke, 1929; Cramer, 1897).

Dass diese radikal anmutenden Annahmen auch einen bedeutenden Einfluss auf die Allgemeinbevölkerung ausübten, der sich bis in die 1990er Jahre hielte, konnte in diversen Studien in Amerika und Deutschland eindeutig nachgewiesen werden. Es zeigte sich, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung als gefährlicher und feindseliger beschrieben werden. Hierbei sind es insbesondere von Schizophrenie Betroffene, die von der Allgemeinbevölkerung zumeist als angstauslösend, aggressiv und gefährlich wahrgenommen werden (Angermeyer & Matschinger, 2003; Link et al., 1987). Die Angst vor dieser Erkrankung geht sogar so weit, dass laut einer von Gaebel und Mitarbeitern (2002) durchgeführten Umfrage ein Großteil der Befragten bei einem Fall von Schizophrenie im Bekanntenkreis den Kontakt zu der oder dem Betroffenen umgehend abbrechen würde.

Handelt es sich bei dieser Einschätzung um ein nicht fundiertes Vorurteil oder ein Abbild der Realsituation? Zieht man zur Beantwortung dieser Frage die Studienergebnisse von Torrey (1994) sowie Böker und Häfner (1973) heran, so zeigt sich, dass von Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht mehr Gefahr für die Umwelt ausgeht als von der Allgemeinbevölkerung. Swanson, Holzer, Ganju und Jono (1990) kommen sogar zu dem Schluss, dass die Gefahr, die von einem Alkoholiker ausgeht, deutlich höher ist als das

Gefahrenpotential einer Person mit einer anderen psychischen Erkrankung. Verstärkt wird diese Gefahr zudem durch die Tatsache, dass es innerhalb der Allgemeinbevölkerung deutlich mehr Alkoholiker als Geisteskranke oder Schizophrene gibt.

Betrachtet man die Ergebnisse dieser Studien im Detail, so fällt auf, dass Torrey (1994) sich bei seiner Aussage lediglich auf den Großteil der Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen bezieht und eine kleine Subgruppe von besonders schwer erkrankten Patienten ausschließt, die sich durch hochgradig gewalttägiges Verhalten auszeichnet. Bei Swanson und Kollegen (1990) zeigt sich, dass innerhalb der Gruppe der psychiatrisch Erkrankten die Wahrscheinlichkeit der Begehung einer Straftat bei von Schizophrenie Betroffenen am höchsten ist. Noch deutlicher stellt sich die Situation bei Böker und Häfner (1973) dar. Betrachtet man die Subgruppe der an Schizophrenie Erkrankten, findet sich ein im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung fünffach erhöhtes Risiko, dass eine Straftat begangen wird. Dass es sich bei diesen Ergebnissen keinesfalls um Zufallsfunde handelt, spiegelt auch die Prävalenz der Erstdiagnosen im österreichischen Maßnahmenvollzug nach §21/1 wider. Im Jahre 2007 wurde bei über 70% der neu eingewiesenen Patienten Schizophrenie als Erstdiagnose gestellt (Stompe & Schanda, 2010a). Auch in anderen europäischen Ländern wie Deutschland ist diese Diagnose innerhalb der forensischen Maßnahmenpopulation prädominant (Habermeyer, Wolff, Gillner, Strohm & Kutscher, 2010). Zudem weist eine vorangegangene Teilerhebung der gesamten Maßnahmenpopulation darauf hin, dass an Schizophrenie erkrankte Insassen für einen Großteil der Köperverletzungs- und Tötungsdelikte verantwortlich sind (Schanda, Knecht & Poppe, 1998).

Abschließend lässt sich also sagen, dass von dem Großteil der psychiatrischen Patienten keine besondere Gefahr ausgeht und das in der Allgemeinbevölkerung weit verbreitete Bild des gefährlichen Geisteskranken letztendlich eine unzulässige Stigmatisierung vieler Betroffener darstellt. Jedoch bestätigen, wie sich im weiteren Verlauf noch zeigen wird, auch neuere Studien den bereits angedeuteten Zusammenhang von Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis und Delinquenz, insbesondere Gewaltverbrechen. Somit scheinen sich die bestehenden Vorurteile zumindest in Bezug auf diese Subgruppe zu bestätigen. Hierbei darf jedoch nicht außer Acht gelassen werden, dass die Inzidenz der Einweisungen nach §21/1 im Jahr 2007 111 Personen, umgerechnet 0,013% der

österreichischen Bevölkerung, betrug und im gleichen Jahr 23.464 reguläre Freiheitsstrafen verhängt wurden (Stompe & Schanda, 2010a).

## 4. Schizophrenie

### 4.1 Entstehungsgeschichte

Im Gegensatz zu psychischen Erkrankungen wie Depression oder Manie, die schon in der Antike als Krankheiten bekannt waren, wurden psychotische Symptome lange Zeit dem Einfluss von Dämonen oder Geistern zugeschrieben (Heinrichs, 2003; Kyziridis, 2005). Daher ist die Schizophrenie als eine Form der Erkrankung ein verhältnismäßig neues Konstrukt, das 1911 erstmals von Eugen Bleuler in dieser Form beschrieben wurde (Nedopil & Müller, 2012). Die Bedeutung des Begriffes Schizophrenie leitet sich von den griechischen Worten „schizein – spalten“ und „phren – Geist/Gemüt“ ab, was dazu führte, dass das Krankheitsbild der Schizophrenie im Volksmund häufig fälschlicherweise mit dem Spalten der Persönlichkeit in mehrere Teile, eigentlich ein Merkmal der multiplen Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F44.81; DSM-IV: 300.14), in Verbindung gebracht wird (Sulzenbacher, Schmid, Kemmler, De Col & Meise, 2002). Tatsächlich bezieht sich der Name vielmehr auf die Dissoziation von Grundfunktionen wie Denken und Wahrnehmen, die sonst miteinander assoziiert sind und aufgrund der Erkrankung nicht mehr zusammenpassen scheinen (Häfner, 2005; Nedopil & Müller, 2012).

Einige Jahre vor Bleulers Begriffsfindung hatte Emil Kraepelin mit der Einführung der dementia praecox bereits 1878 den entscheidenden Entwicklungsschritt in der Entstehungsgeschichte des Krankheitsbildes Schizophrenie getan. Kraepelin erkannte als erster die Ähnlichkeiten zwischen den bis dahin unabhängigen Krankheitsbildern der Hebephrenie, die bereits 1871 von Hecker beschrieben wurde, sowie Kahlbaums 1874 erstmals dokumentierten Katatonie und fasste diese unter einem gemeinsamen Krankheitsbegriff zusammen. Zudem erweiterte er das Konstrukt der „Demenz mit frühem Beginn“ um den simplen und den paranoiden Subtypus und schuf so die erste basale Einteilung der Schizophreniesubtypen, die sich auch in heutigen Krankheitsklassifikationen wiederfindet (Kyziridis, 2005).

## 4.2 Epidemiologie und Ätiologie

Die Lebenszeitprävalenz für Schizophrenie liegt kultur- und geschlechtsübergreifend bei ca. 1%, wobei beide Geschlechter zwar gleich häufig betroffen sind, Männer im Regelfall jedoch bei Ersterkrankung drei bis vier Jahre jünger sind als Frauen. Zudem ist Schizophrenie eine Erkrankung, die sich zumeist erst zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr manifestiert. Ersterkrankungen vor dem 15. Lebensjahr sind hingegen eher selten (3–4%) (Klingelhöfer & Rentrop, 2003).

Die Entstehung dieses Krankheitsbildes ist bisher nicht eindeutig geklärt. Derzeit stellt das „ätiopathogenetische Modell“ das präferierte Erklärungsmodell dar. Dabei handelt es sich um einen Ansatz, der sowohl biologische und psychologische als auch soziale Einflussfaktoren miteinander vereint. Grundsätzlich werden drei entscheidende Faktoren für die Entstehung und Chronifizierung einer schizophrenen Erkrankung postuliert. Der sogenannte *first hit* bezieht sich auf genetische und epigenetische Veränderungen, die bereits vor oder kurze Zeit nach der Geburt zu frühen Störungen der Entwicklung des Gehirns führen. Diese durch Geburtskomplikationen, giftige Einflüsse, Infektionen oder Fehlernährung hervorgerufenen funktionellen und anatomischen Veränderungen erhöhen die Anfälligkeit (Vulnerabilität) für die Entstehung einer schizophrenen Erkrankung (Nedopil & Müller, 2012).

Im Rahmen des *second hit* kommt es aufgrund von außergewöhnlichen Belastungen wie Stress, kritischen Lebensereignissen, einer schweren Infektionserkrankung oder einer genetisch bedingten Fehlsteuerung der Entwicklung des Gehirns zur akuten psychotischen Exacerbation. Die letztendliche Chronifizierung und Aufrechterhaltung der schizophrenen Erkrankung wird entscheidend durch neurotoxische Einflüsse mitbedingt, die zur maßgeblichen Reduktion der kognitiven Fähigkeiten, des Antriebs sowie der Affektivität der Betroffenen beitragen. Zum Ausbruch einer schizophrenen Erkrankung kommt es zumeist, wenn Faktoren aus allen drei Bereichen zusammentreffen (Nedopil & Müller, 2012).

In Bezug auf konkrete Gründe für die Entstehung von Schizophrenie kommen Bromet und Fenning (1999) zu dem Schluss, dass eine familiäre Häufung von Schizophrenie sowie eine niedrige soziale Schichtzugehörigkeit die Entstehungsfaktoren darstellen, deren starker Einfluss als gesichert angesehen werden kann. Weitere Aspekte, deren

Zusammenhang mit der Entstehung von Schizophrenie als sehr wahrscheinlich betrachtet werden kann, stellen rheumatische Arthritis, Auffälligkeiten in der frühkindlichen Entwicklung sowie Substanzenmissbrauch dar. Zudem findet sich bei von Schizophrenie Betroffenen häufig eine Fehlregulierung der Neurotransmitter Dopamin und Glutamat, die in engem Zusammenhang mit der Art der gezeigten Symptome steht (Klingelhöfer & Rentrop, 2003).

### **4.3 Psychopathologie**

Die Grundsymptome der Schizophrenie können in zwei Kategorien eingeteilt werden. Die Gruppe der positiven oder produktiven Symptome zeichnet sich durch eine Zunahme von Wahrnehmungs- und Erlebensinhalten aus. Dazu zählen vor allem Halluzinationen, aber auch Zerfahrenheit im Sinne von sprunghaftem Gedankengang sowie desorganisiertes oder bizarres Verhalten. Im Gegensatz dazu stehen die Negativ- oder Minus-Symptome, die sich meist in Form einer Reduktion bzw. dem Verlust bisher ausgeprägter Persönlichkeitsmerkmale manifestieren. Charakteristisch für diese Erkrankung ist zudem die Beeinträchtigung der empfundenen Autonomie, Individualität und Einzigartigkeit, was bei Betroffenen zu inadäquatem Realitätsbezug und Schwierigkeiten bei der sozialen Lebensbewältigung, insbesondere im Bereich der Kommunikation, führt (Klingelhöfer & Rentrop, 2003).

### **4.4 Subtypen der Schizophrenie**

Wie schon die Entstehungsgeschichte des Konstrukts Schizophrenie zeigt, handelt es sich um eine Krankheit mit vielen unterschiedlichen Subtypen, die sich durch charakteristische Symptomkonstellationen und zeitliche Verläufe auszeichnen.

Die häufigste Unterform stellt die paranoide Schizophrenie (ICD-10: F20.0) dar. Sie imponiert einerseits durch einen relativ stabilen, meist paranoiden Wahn und einem eher späten Krankheitsbeginn. Zudem kommt es bei diesem Subtyp hauptsächlich zu auditiven Halluzinationen, in vielen Fällen mit imperativem Charakter, sowie Wahrnehmungsstörungen. Störungen des Affektes, der Volition und der Sprache finden sich eher selten bei dieser Unterform (World Health Organization [WHO], 1992). Grundsätzlich ist von einer eher günstigen Prognose des Krankheitsverlaufes auszugehen (Klingelhöfer & Rentrop, 2003).

Bei der Hebephrenie (ICD-10: F20.1) handelt es sich um einen Subtypus, der in seinen Grundzügen schon 1871 von Ewald Hecker beschrieben wurde. Hecker erkannte, dass sich dieser Verlaufstyp insbesondere durch seine affektive Komponente und seinen frühen Erkrankungsbeginn (15.–25. Lj) auszeichnet (Klingelhöfer & Rentrop, 2003; Kyziridis, 2005; Schoelly, 1985). Charakteristisch für diesen Krankheitsverlauf sind zudem die stark ausgeprägten Negativsymptome wie sozialer Rückzug, Abflachung des Affekts und der Verlust von Zielen, die dazu führen, dass Betroffene häufig als antriebslos und wenig zielgerichtet in ihrem Verhalten wahrgenommen werden. Denkstörungen, Störungen der Volition und ein inkohärenter, weitschweifender Sprachstil stellen ebenfalls typische Symptome dieses Verlaufstypus dar. Halluzinationen spielen bei diesem Subtyp hingegen eine eher nachgeordnete Rolle (WHO, 1992). Aufgrund des sehr frühen Erkrankungsbeginns, der ausgeprägten Minussymptomatik und den häufig mit dieser Verlaufsform einhergehenden Störungen des Sozialverhaltens ist eher von einer ungünstigen Prognose auszugehen (Klingelhöfer & Rentrop, 2003).

Auch bei der Katatonie (ICD-10: F20.2) handelt es sich um einen Verlaufstypus, der bereits seit Ende des 19. Jahrhunderts bekannt ist. Kahlbaum (1874, zitiert nach Kyziridis, 2005, S. 45) stellte heraus, dass psychomotorische Störungen die prädominannten Symptome bei dieser Verlaufsform sind. Die psychomotorischen Auffälligkeiten sind dabei keineswegs statisch, vielmehr schwanken Betroffene zwischen oftmals gegensätzlichen Zustandsbildern wie Hyperkinese und Stupor oder unbedingtem Gehorsam und Negativismus. Häufig kommt es im Verlauf der Erkrankung zu gewalttätigen Erregtheitszuständen (WHO, 1992).

Die undifferenzierte Schizophrenie (ICD-10: F20.3) beschreibt einen Krankheitsverlauf, der sich aufgrund fehlender oder übermäßig vorhandener Symptome keinem der vorangegangenen Subtypen zuordnen lässt (WHO, 1992).

Verläuft eine Schizophrenie chronisch, mündet sie in einigen Fällen in einem schizophrenen Residuum (ICD-10: F20.5). In diesem Stadium steht eine ausgeprägte Negativsymptomatik im Vordergrund, die sich besonders in den Bereichen Sprache, Motorik und Affekt deutlich zeigt. Produktive Symptome sind hingegen auf ein Minimum reduziert (WHO, 1992).

Die schizophrénia simplex oder simple Schizophrenie (ICD-10: F20.6) ist eine Verlaufsform, die sich durch das vollständige Fehlen von produktiven bzw. psychotischen Symptomen auszeichnet. Es treten ausschließlich Negativ-Symptome, ähnlich dem Residualzustand auf, die sich zu Beginn häufig in Interessenverlust und Rückzug aus dem sozialen Umfeld manifestieren (WHO, 1992). Aufgrund des schleichenenden Beginns und des chronischen Verlaufs ist dieser Subtypus meist nur schwer zu behandeln (Klingelhöfer & Rentrop, 2003).

Die schizoaffektive Störung (ICD-10: F25.X) beschreibt ein Störungsbild, bei dem Schizophrenie und affektive Störung gemeinsam auftreten. Man unterscheidet ähnlich den affektiven Störungen auch hier zwischen dem manischen (ICD-10: F25.0), dem depressiven (ICD-10: F25.1) und dem gemischten Typus (ICD-10: F25.2) (WHO, 1992). Werden Betroffene dieser Verlaufsform frühzeitig und adäquat behandelt, kommt es überwiegend zu einer vollständigen Remission und nur selten zum Übergang in einen Residualzustand (Klingelhöfer & Rentrop, 2003).

## **4.5 Krankheitsstadien der Schizophrenie**

Grundsätzlich lässt sich der zeitliche Verlauf der Schizophrenie in vielen Fällen in unterschiedliche Krankheitsstadien unterteilen. Im Rahmen der Prodromalphase äußern sich die ersten Anzeichen für eine beginnende Schizophrenie zumeist in Form von unspezifischen Minus-Symptomen. Hierbei stellen die Abnahme des Leistungsniveaus, der Rückzug aus dem bisherigen sozialen Umfeld, Kommunikationsstörungen sowie Depressivität oder zunehmende Ängste charakteristische Symptome dieser Phase dar.

Unmittelbar vor einem Übergang in das darauffolgende Stadium berichten Betroffene häufig von Schlafstörungen, Unruhe und Geräuschempfindlichkeit. Im Rahmen dieser floriden Phase, die auch als akute Psychose bezeichnet wird, treten die für die Schizophrenie charakteristischen produktiven Symptome, insbesondere ausgeprägte Halluzinationen, in den Vordergrund. Diese Phasen dauern trotz umgehender medikamentöser Behandlung meist einige Tage bis Wochen. Zudem kommt es in vielen Fällen im Verlauf der Erkrankung immer wieder zu Phasen mit akut psychotischen Symptomen.

Diese werden häufig nur von den sogenannten postremissiven Phasen unterbrochen. Über einen Zeitraum von mehreren Wochen und Monaten befinden sich Betroffene in einem

ausgeprägten Erschöpfungszustand, der sich maßgeblich in Form einer depressiven Verstimmung und einem Verlust des Antriebes manifestiert. Jedoch stellt diese Phase meist auch die Phase dar, in der sich Betroffene aufgrund der vorangegangenen Exacerbation mit ihrer Krankheit auseinandersetzen. Verbleibt ein Patient für eine längere Zeit in einer postremissiven Phase, so spricht man von einem schizophrenen Residuum (ICD-10: F20.5), das das letzte Krankheitsstadium darstellt.

## 4.6 Therapie

Da es sich bei der Schizophrenie um ein komplexes Krankheitsbild mit multifaktorieller Ätiologie handelt, geht eine erfolgreiche Behandlung unweigerlich mit einer Therapie einher, die nicht nur die biologische, sondern auch die psychosoziale Komponente der Erkrankung berücksichtigt. Hierbei hat sich eine Kombination aus medikamentöser sowie nicht-medikamentöser Therapie bewährt (Klingelhöfer & Rentrop, 2003).

Im Bereich der medikamentösen Therapie stellen Neuroleptika oftmals die Mittel der Wahl dar. Diese greifen, je nach verwendetem Präparat, in unterschiedlichem Ausmaß in eine Vielzahl von Neurotransmittersystemen ein. Neben dem Einfluss der Neuroleptika auf das Glutamat- und das Serotonin-System stellt sich eine Besserung des Zustandes maßgeblich durch deren Wirkung auf das Dopaminsystem ein. Entscheidend ist hierbei die dopaminantagonistische Wirkweise vieler Neuroleptika, die zu einer raschen Besserung insbesondere der produktiven Symptomatik führt, weshalb sie häufig zur Behandlung akuter Symptome eingesetzt werden. Im Hinblick auf die längerfristige Reduktion der Minus-Symptome sind sie jedoch trotz beständigen pharmakologischen Weiterentwicklungen nicht erfolgversprechend (Klingelhöfer & Rentrop, 2003).

Vielmehr sind es die nicht-medikamentösen Behandlungsansätze, deren Wirkung sich besonders im Bereich der Minus-Symptomatik zeigt. Hervorzuheben sind dabei die Psychotherapie und die Soziotherapie (Klingelhöfer & Rentrop, 2003).

Aus der großen Anzahl an unterschiedlichen psychotherapeutischen Schulen zählt die kognitive Verhaltenstherapie (Butler, Chapman, Forman & Beck, 2006) neben der Familientherapie zu den effektivsten Therapieansätzen im Hinblick auf die langfristige Minus-Symptomreduktion (Klingelhöfer & Rentrop, 2003). Die kognitive Verhaltenstherapie unterstützt Betroffene bei der Auffindung und Umbewertung ungünstiger krankheitsbezogener Verhaltens- und Bewertungsmustern sowie dem Aufbau

adäquater Problem- und Stressbewältigungsstrategien (Klingelhöfer & Rentrop, 2003). Dies erscheint besonders im Hinblick auf die Minus-Symptome wichtig, da Rowland und Kollegen (2013) zeigen konnten, dass sich Schizophrenie-Patienten von einer gesunden Kontrollgruppe deutlich in ihren Emotionsregulations- und Krisenbewältigungsstrategien unterscheiden. So berichten von Schizophrenie Betroffene weitaus häufiger von Rumination, Katastrophisierung sowie Selbst- und Fremdbeschuldigungen. Im Hinblick auf die Symptome konnten die Autoren zudem zeigen, dass die Katastrophisierungstendenzen und die Selbstvorwürfe entscheidende Prädiktoren zur Vorhersage des Ausmaßes der Minus-Symptome darstellen.

Im Rahmen der Familientherapie steht die Verbesserung der intrafamiliären Beziehungen im Vordergrund. Dies ist insbesondere für von Schizophrenie Betroffene von höchster Relevanz, da es nach Erstmanifestation der Erkrankung häufig zu einem Rückzug aus dem sozialen Umfeld kommt und der einzige Kontakt meist zu Familienangehörigen besteht. Da ein konfliktarmer und adäquater Umgang aller Familienmitglieder miteinander im Mittelpunkt der Familientherapie steht, stellt diese ein wichtiges Mittel zur Reduktion der familiären Spannungen dar (Klingelhöfer & Rentrop, 2003).

Die Reintegration der Betroffenen in die Gesellschaft und das Vermitteln von Grundlagen für eine möglichst unabhängige Lebensführung stehen im Fokus der Soziotherapie. Hierbei stellen die schrittweise Wiederübernahme der Eigenverantwortung, die sinnvolle Tagesstrukturierung und das Finden von angemessenen Freizeit- oder Arbeitsangeboten wichtige Hilfestellungen dar, die die Soziotherapie Betroffenen bietet (Klingelhöfer & Rentrop, 2003). Besonders hervorzuheben sind zudem psychoedukative Verfahren, die zwar nicht zu den psychotherapeutischen Methoden im engeren Sinn zählen, jedoch in Form einer umfassenden Aufklärung viel zur Verbesserung des Krankheitsbildes beitragen können. Besonders positiv wirkt sich die Psychoedukation Betroffener auf deren Compliance sowie die Behandlungs- und Lebenszufriedenheit aus. Zudem wird die Gefahr einer erneuten stationären Aufnahme oder eines Rückfalles deutlich reduziert. Hervorzuheben ist, dass Betroffene diese Veränderungen auch langfristig, bis zu 18 Monaten, aufrechterhalten können. Insgesamt kann also von einer deutlichen Besserung der Krankheitsprognose bei Teilnehmern von psychoedukativen Programmen ausgegangen werden (Chien, Leung, Yeung & Wong, 2013; Xia, Merinder & Belgamwar, 2011).

Entscheidend bei der Auswahl der richtigen Behandlung ist darauf zu achten, den Patient weder zu über- noch zu unterfordern, um Reaktanz gegenüber der Behandlung zu vermeiden und den gewünschten Erfolg zu erzielen. Hierbei ist es besonders wichtig, die Therapie nicht nur auf die individuellen Krankheitssymptome, sondern auch auf die Fähigkeiten und Wünsche des Patienten abzustimmen, da die beste Therapie nicht zum Erfolg führen kann ohne die Bereitschaft des Patienten, diese anzunehmen.

## 5. Schizophrenie und Delinquenz

Die Annahme, dass von Schizophrenie Betroffenen ein im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erhöhtes Risiko, eine Straftat zu begehen, ausgeht, konnte in diversen Studien belegt werden. Die ersten dieser meist großangelegten Studien kamen noch zu dem Ergebnis, dass bei männlichen Schizophrenie-Patienten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung lediglich ein zwischen 0,9–1,2fach erhöhtes Risiko einer Verurteilung jeglicher Art besteht (Lindqvist & Allebeck, 1990; Modestin & Ammann, 1996). In neuere Studien findet sich hingegen, dass für dieselbe Klientel ein 3,0–3,7fach erhöhtes Risiko (Hodgins, Mednick, Brennan, Schulsinger & Engberg, 1996; Mullen, Burgess, Wallace, Palmer & Ruschena, 2000; Wallace et al. 1998) besteht, im Verlauf ihres Lebens für eine Straftat verurteilt zu werden, was deutlich über den Ergebnissen früherer Studien liegt.

Noch deutlicher werden die Ergebnisse im Hinblick auf Gewaltdelikte. In der wohl größten zu diesem Thema durchgeführten Studie verglichen Fazel und Grann (2006) alle 98.082 zwischen 1988 und 2000 aus schwedischen psychiatrischen Krankhäusern mit der Diagnose „Psychose“ entlassenen Patienten mit den Daten des schwedischen Strafregisters und kamen zu dem Schluss, dass für diese Patienten ein 4fach erhöhtes Risiko besteht, ein Gewaltverbrechen zu begehen. Betrachtet man andere Studienergebnisse für die Diagnose Schizophrenie im Detail, so kommen Brennan, Mednick und Hodgins (2000) zu dem Ergebnis, dass für diese Patienten das Risiko, ein Gewaltverbrechen zu begehen, im Vergleich zur Allgemeinpopulation um das 1,9fache erhöht ist. Die meisten anderen Studien hingegen decken sich mit den Funden von Fazel und Grann (2006) und weisen zumindest auf ein 4,4fach (Wallace et al. 1998)

beziehungsweise 4,5fach (Hodgins et al., 1996) oder gar ein 5,2fach (Modestin & Ammann, 1996) bis 6fach (Mullen et al., 2000) erhöhtes Risiko hin.

In Bezug auf die schwerstmöglichen Delikte kommen Schanda und Kollegen (2004) zu dem Schluss, dass für an Schizophrenie Erkrankte ein im Vergleich zur Allgemeinpopulation 5,9fach erhöhtes Risiko besteht, ein Tötungsdelikt zu begehen. Noch deutlicher fallen die Ergebnisse bei Eronen, Tiihonen und Hakola (1996) sowie Wallace und Mitarbeitern (1998) aus, die von einem 10fach erhöhten Risiko für Tötungsdelinquenz bei Schizophrenie-Patienten ausgehen. Schanda und Knecht (1998) weisen jedoch darauf hin, dass Geschworene und Richter der genauen Klassifizierung der begangenen Straftat bei geistig abnormen Rechtsbrechern wohlmöglich weniger Bedeutung zumessen als bei psychisch unauffälligen Straftätern, da eine Verurteilung nach §21/1 StGB ohnehin auf unbestimmte Zeit erfolgt. Diese Ungenauigkeiten können dazu beitragen, dass psychiatrisch auffällige Patienten häufig für schwere Straftaten verurteilt werden, da die genaue Bestimmung der Schwere des Deliktes zumeist eine nachgeordnete Rolle spielt.

Im Hinblick auf die Beziehung zu den jeweiligen Opfern weisen verschiedene Studien darauf hin, dass 43% bis 88% der Opfer psychiatrischer Gewaltdelinquenten aus der Kernfamilie oder dem näheren Freundes- und Bekanntenkreises des Erkrankten stammen (Böker & Häfner 1973; Nordström, 2004; Schanda & Knecht 1998; Steadman et al., 1998). Schanda und Knecht (1998) heben zudem hervor, dass 50% der Opfer von Tötungsdelikten, begangen von psychiatrischen Tätern, im letzten halben Jahr vor der Begehung mit dem Täter zusammenwohnten, wobei zumeist die Mutter des Patienten zu Schaden kommt (Nordström, 2004). Übergriffe auf Fremde sind hingegen eher selten. Lediglich bei 9% bis 12% der Opfer handelt es sich um dem Täter völlig unbekannte Personen (Böker & Häfner 1973; Schanda & Knecht, 1998). Im Gegensatz dazu kommen Nordström und Kullgren (2003) zwar zu dem Schluss, dass Fremde häufiger Opfer von schizophrenen Straftätern werden, jedoch fallen die Delikte in ihrer Schwere gegenüber Unbekannten eher leicht aus. Gegen Familienmitglieder und Personen aus dem Bekanntenkreis werden hingegen meist schwere oder gar fatale Gewalttaten gesetzt.

Jedoch besteht für an Schizophrenie Erkrankte nicht nur ein erhöhtes Risiko, eine Straftat zu begehen, sie werden während ihres Krankheitsverlaufes verglichen mit der

Allgemeinbevölkerung auch häufiger Opfer von Kriminalität. Teplin, McClelland, Abram und Weiner (2005) weisen darauf hin, dass Patienten mit psychotischen Erkrankungen ein im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich erhöhtes Risiko aufweisen, Opfer eines Raubes oder eines Diebstahles (59fach) zu werden. Im Hinblick auf die Gewaltdelinquenz zeigt sich, dass auch hier für psychiatrische Patienten im Allgemeinen (4,3fach) (Sturup, Sorman, Lindqvist & Kristiansson, 2011) und psychotische Patienten im Speziellen (4fach) (Teplin et al., 2005) im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein erhöhtes Risiko besteht, viktimisiert zu werden. Dies schlägt sich auch in der Exzessmortalität von Patienten mit Schizophrenie nieder. Im Vergleich zum Bevölkerungsdurchschnitt weisen diese eine 1,2–2fach erhöhte natürliche Sterberate auf (Brown, 1997; Ösby, Correia, Brandt, Ekbom & Sparén, 2000), was für eine Übersterblichkeit, d.h. einer mit dieser Erkrankung einhergehenden geringeren Lebenserwartung, dieser Patientengruppe spricht. Zudem wird deutlich, dass das Risiko von Betroffenen, an einer unnatürlichen Todesursache zu sterben, gegenüber der Allgemeinbevölkerung um das 5,9–8,9fache erhöht ist (Brown, 1997; Ösby et al., 2000). Brown (1997) kommt in seiner Meta-Analyse zu dem Ergebnis, dass 80% der von Schizophrenie Betroffenen an einer natürlichen Todesursache sterben. In der Allgemeinbevölkerung beläuft sich dieser Anteil hingegen auf 97%. Hiroeh, Appelby, Mortensen und Dunn (2001) untersuchten mittels einer 257.720 Personen umfassenden Studie die Häufigkeit verschiedener unnatürlicher Todesursachen im Detail und kamen zu dem Schluss, dass Schizophrenie-Patienten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung doppelt so oft Opfer eines Unfalles mit Todesfolge werden. Für Mord als Todesursache ergibt sich eine 7,34fach und für Suizid sogar eine 10,73fach erhöhte standardisierte Sterberate dieser Patienten. Somit stellt der Suizid die häufigste unnatürliche Todesursache bei Schizophrenen dar und bietet daher das größte Potential, im Zuge neuer Behandlungskonzepte, die Sterblichkeit dieser Patientengruppe zu reduzieren (Brown, 1997).

Abschließend lässt sich also sagen, dass für an Schizophrenie Erkrankte ein im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich erhöhtes Risiko besteht, Straftaten, insbesondere Gewaltverbrechen im näheren Familienumfeld, zu begehen, was eine weitere Untersuchung dieser Patientengruppe, vor allem im Hinblick auf die Prognose des späteren delinquenden Verhaltens, unabdingbar macht. Jedoch handelt es sich bei

Betroffenen nicht immer nur um Täter, sondern oftmals auch um Geschädigte, die nicht selten ihrer eigenen krankheitsbedingten Gewalttendenz zum Opfer fallen.

## **6. Prädiktoren für Delinquenz bei an Schizophrenie Erkrankten**

Wie bei nicht Schizophrenen sind auch bei an Schizophrenie erkrankten Straftätern die Ursachen des delinquentsen Verhaltens sehr vielfältig. Grundsätzlich sind sich die meisten Autoren einig, dass psychotische Erkrankungen nie der alleinige Auslöser für aggressives oder delinquentes Verhalten sind, sondern dieses lediglich innerhalb eines Netzwerkes von sozialen, psychopathologischen und kriminogenen Risikofaktoren mitbedingen (Hiday, 1997; Stompe & Schanda, 2013; Volavka & Citrome, 2011).

### **6.1 Prädiktor schizophrene Grunderkrankung**

Ein wichtiges Bindeglied des Zusammenhangs zwischen psychiatrischen Erkrankungen und gewalttätigem Verhalten stellen die Threat/Control-Override-Symptome dar. Die grundlegende Idee hinter diesem Konzept besagt, dass eine schwere psychotische Erkrankung zur Aufhebung der Verhaltenskontrolle führt und somit aggressives Verhalten bedingt. Jedoch konnte gezeigt werden, dass es nicht die mit der Erkrankung einhergehenden psychotischen Symptome wie Halluzinationen, selbst wenn diese über einen imperativen Charakter verfügen, sind, die einen direkten Einfluss auf die Verhaltenskontrolle ausüben. Vielmehr sind es stark ausgeprägte Gefühle der Angst und Bedrohung, die bei Betroffenen oftmals aggressive Verhaltensweisen im Sinne einer Verteidigungsreaktion auslösen. Das Ausmaß dieser empfundenen Angst ist maßgeblich von krankheitsbedingten Wahrnehmungsveränderungen wie der Angst, verfolgt oder von einer fremden Person gesteuert zu werden, die besonders typisch für Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis sind, abhängig (Hiday, 1997).

In Bezug auf den potentiellen Einfluss des Subtyps der Schizophrenie weisen die bisherigen Forschungsergebnisse darauf hin, dass insbesondere Patienten, die am paranoiden Typus (F20.0) leiden, häufig durch delinquentes und aggressives Verhalten auffallen (Haller et al., 2001; Kruse, Kutscher & Leygraf, 2013), was sich auch in der Prädominanz dieser Diagnose innerhalb nicht nur der österreichischen, sondern auch der

europäischen Maßnahmenpopulation widerspiegelt (Habermeyer et al., 2010; Stompe & Schanda, 2010a).

Zudem finden sich auch Studien, die den Zusammenhang zwischen der Art des Wahns sowie dessen Inhalten und der Delinquenz bei schizophrenen Straftätern untersuchen. Stompe und Schanda (2013) kommen dabei zu dem Schluss, dass sich bei delinquenten Schizophrenie-Patienten häufiger ein Eifersuchs- oder Vergiftungswahn findet als bei nicht-delinquenten. Unterteilt man die Gruppe der Delinquenten anhand der Schwere des begangenen Einweisungsdeliktes in eine Teilgruppe, die sich durch leichte, und eine Subgruppe, die sich durch schwere Delikte auszeichnet, so wird deutlich, dass sich bei Patienten, die eine schweres Delikt begehen, signifikant häufiger ein Verfolgungs- oder Vergiftungswahn findet als bei den schizophrenen Straftätern mit einem leichten Delikt. Zudem präsentiert sich die Struktur des Wahns bei ersterer Teilgruppe zumeist als strukturiert und logisch. Auch in Bezug auf wahnhafte Personenverkennungen findet sich eine Häufung in der Teilgruppe mit einem schweren Anlassdelikt, ebenso hinsichtlich der Symptome Gedankeneingebung sowie Willensbeeinflussung.

Setzt man hingegen die Art der Halluzinationen in Beziehung zur späteren Delinquenz, wird deutlich, dass delinquente Schizophrenie-Patienten im Vorfeld der Tat häufiger von Coästhesien berichten als nicht-delinquente. Auch hier zeigen sich beim Vergleich von Straftätern mit leichtem beziehungsweise schwerem Anlassdelikt weitere Unterschiede. So findet sich sowohl hinsichtlich der Lebenszeitprävalenz als auch der Punktprävalenz kurz vor dem Delikt, dass Patienten mit einem schweren Delikt signifikant häufiger von akustischen Halluzinationen mit imperativem Charakter berichten. Diese lösen insbesondere dann gewalttägiges Verhalten aus, wenn sie mit den Wahninhalten übereinstimmen, wobei die Bereitschaft, den Befehlen der Stimmen nachzukommen, mit zunehmendem Alter zu steigen scheint. Zudem finden sich in den Krankengeschichten der Patienten dieser Subgruppe, bezogen auf die Lebenszeitprävalenz, häufiger gustatorische Halluzinationen und Coästhesien als bei Patienten mit einem leichten Anlassdelikt (Stompe & Schanda, 2013).

## 6.2 Prädiktor Soziales Herkunfts米尔ieu

Jedoch sind es nicht nur direkt mit der Krankheit in Verbindung stehende Aspekte, die einen Einfluss auf das Erleben der Betroffenen ausüben, sondern auch Faktoren aus dem

sozialen Umfeld, insbesondere dessen Umgang mit der erkrankten Person. So konnte gezeigt werden, dass es aufgrund des von der Norm abweichenden und bizarren Verhaltens Betroffener häufig zu Spannungen zwischen diesen und ihrem Umfeld kommt. Hierbei ist es nicht ungewöhnlich, dass Betroffene über einen langen Zeitraum das Opfer von Beleidigungen und im Falle einer Eskalation von aggressivem Verhalten werden. Dieses Ausmaß der im bisherigen Krankheitsverlauf auftretenden Konfrontationen steht im Zusammenhang mit den später auftretenden aggressiven Tendenzen, da mit steigender Anzahl der Auseinandersetzungen auch die Bereitschaft, Gewalt einzusetzen, deutlich zunimmt (Hiday, 1997).

Ein weiterer wichtiger Faktor, der die Entstehung von spannungsgeladenen Konflikten begünstigt, stellt das Aufwachsen in niedrigen Einkommensschichten dar. Grundsätzlich zeigt sich sowohl in Studien (Stompe et al., 2006; Stompe & Schanda, 2013; Volavka & Citrome, 2011) als auch in offiziellen Aufzeichnungen, dass gewalttägiges Verhalten häufig mit Armut einhergeht. Hierbei erleben Betroffene während ihres Aufwachsens nicht nur regelmäßig Gewalt und kriminelles Verhalten in ihrer Nachbarschaft, sondern werden auch innerhalb ihrer eigenen Familie Opfer gewalttätiger Übergriffe, was auf lange Sicht ein gewisses Maß an Gewalt als normal erscheinen lässt (Hiday, 1997).

Zudem kommt es durch die andauernden Konflikte nicht nur zu einer Steigerung der Bereitschaft, Gewalt anzuwenden. Unabhängig von einer etwaigen psychiatrischen Erkrankung entwickeln Opfer von Gewalt oftmals ein beträchtliches Misstrauen gegenüber ihren Mitmenschen, das bei Patienten mit Schizophrenie häufig in einen paranoiden Wahn übergeht und so das Risiko für die Entstehung von gewalttätigen Konflikten weiter erhöht (Hiday, 1997).

Erschwerend kommt hinzu, dass eine niedrige soziale Schichtzugehörigkeit in vielen Fällen mit der Auflösung traditioneller Familienstrukturen, hauptsächlich durch den Verlust eines Elternteiles durch Trennung oder Tod, einhergeht (Stompe et al., 2006). Stompe und Kollegen (2006) haben die familiären Strukturen schizophrener Delinquenten im Detail untersucht und diverse Risikofaktoren für späteres kriminelles Verhalten dieser Klientel identifiziert. Es zeigte sich, dass schizophrene Kriminelle meist Erstgeborene sind, die häufig mit vielen Geschwistern aufwachsen und nicht selten aus einer im Hinblick auf kriminelles Verhalten und Schizophrenie vorbelasteten Familie stammen.

Außerdem findet sich in den Krankengeschichten dieser Patientengruppen häufig das Eingehen einer neuen Partnerschaft des verbleibenden Elternteils, ebenso wie Heimbeziehungsweise Pflegefamilienaufenthalte und eine abgebrochene Schulausbildung.

### **6.3 Prädiktor medikamentöse Compliance**

Den wohl am intensivsten untersuchten Einflussfaktor auf die Delinquenz von Schizophrenie-Patienten stellt medikamentöse Compliance dar. Diverse Studien und Reviews zeigen, dass es sich bei Non-Compliance um eine typische Verhaltensweise für von Schizophrenie Betroffenen handelt und zwischen 40% und 90% ihre Medikation im Verlauf ihrer Erkrankung, zumindest zeitweise, nicht regelmäßig einnehmen (Byerly et al., 2005; Cramer & Rosenheck, 1998; Gilmer et al., 2004; Lacro, Dunn, Dolder, Leckband & Jeste, 2002; Rittmannsberger, Pachinger, Keppelmüller & Wancata, 2004; Valenstein et al., 2006). Hierbei ist es insbesondere die fehlende Krankheitseinsicht, die sich als maßgeblicher Einflussfaktor auf die Compliance dieser Patientengruppe herauskristallisiert (Schanda, 2005; Volavka & Citrome, 2011). Im Hinblick auf die Delinquenz stellen Haller und Kollegen (2001) heraus, dass ein Großteil der schizophrenen Delinquenten bei der Begehung ihrer Straftaten keine Medikation zu sich genommen hatte. In einer Untersuchung von Schanda und Knecht (1998) zeigte sich sogar, dass lediglich 8% der Patienten, die ein Tötungsdelikt begehen, im Monat vor der Tat compliant bezüglich ihrer Medikation waren. Zudem weisen einige Studien darauf hin, dass sich bis zu 93% der schizophrenen Straftäter während der Tatbegehung in einem akut psychotischen Zustand befinden, was nicht zwangsläufig auf mangelnde Compliance, zumindest aber auf eine unangemessene Behandlung insbesondere in den Tagen vor dem Delikt, hinweist (Barlow, Grenyer & Ilkiw-Lavalle, 2000; Dura, 1997).

Bezüglich des konkreten Zusammenhangs zwischen Non-Compliance und straffälligem Verhalten kommt einer Studie von Swartz und Kollegen (1998) besondere Bedeutung zu. Die Autoren konnten zeigen, dass insbesondere die Kombination aus Substanzenmissbrauch und mangelnder Compliance einen entscheidenden Einfluss auf das gewalttätige Verhalten von schizophrenen Patienten darstellt. Des Weiteren weisen Schanda und Knecht (1998) darauf hin, dass ein hochsignifikanter Zusammenhang zwischen Non-Compliance und der erneuten Straffälligkeit bedingt aus der Maßnahme entlassener Patienten besteht.

## 6.4 Prädiktor Komorbiditäten

Betrachtet man die Komorbiditäten, zählen Substanzenmissbrauch beziehungsweise Substanzenabhängigkeit, ein häufig in niedrigen Einkommensschichten vorkommendes Phänomen, in Bezug auf das Gefährlichkeitspotential schizophrener Patienten ebenfalls zu den zentralen Einfluss- und Prognosefaktoren. Bereits in einer frühen Studie zum Zusammenhang von psychotischen Erkrankungen und kriminellem Verhalten kommen Swanson und Kollegen (1990) zu dem Schluss, dass komorbider Substanzenkonsum das Risiko einer Straftatbegehung bei schizophrenen Patienten (14,8 Mal häufiger) im Vergleich zu einer abstinenter Vergleichsgruppe (4,1 Mal häufiger) deutlich erhöht. Ähnliche Ergebnisse fanden sich innerhalb der letzten 20 Jahre in einer Fülle von Studien (Fazel, Längström, Hjern, Grann & Lichtenstein, 2009; Modestin & Ammann, 1996; Modestin, Nussbaumer, Angst, Scheidegger & Hell, 1997; Räsänen et al., 1998; Steadman et al., 1998; Wallace, Mullen & Burgess, 2004), die übereinstimmend zu dem Ergebnis kommen, dass komorbider Substanzenkonsum ein zentrales Bindeglied zwischen Schizophrenie und kriminellem Verhalten darstellt, obwohl sich zwischen Substanzenkonsum und der Schwere der begangenen Delikte kein signifikanter Zusammenhang zeigt (Stompe & Schanda, 2013). Wichtig ist jedoch anzumerken, dass das im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erhöhte Kriminalitätsrisiko von abstinenter Schizophrenie-Patienten darauf hinweist, dass der Substanzenkonsum kriminelles Verhalten nicht bedingt, sondern sich additiv auf den Zusammenhang zwischen Delinquenz und Erkrankung auswirkt (Walsh, Buchanan & Fahy, 2002). Stompe und Schanda (2013) stellen zudem heraus, dass insbesondere Polysubstanzenmissbrauch sowie der Konsum von sedierenden Substanzen von schizophrenen Delinquenten präferiert wird, wohingegen antriebsbeschleunigende Drogen lediglich eine nachgeordnete Rolle spielen. Bezuglich des Rückfallpotentials konnten Räsänen und Kollegen (1998) zeigen, dass schizophrene Delinquenten, die komorbide Alkoholkonsum praktizieren, signifikant häufiger nach einer Erstverurteilung wegen weiterer Delikte verurteilt werden als Delinquenten, die keinerlei Alkoholmissbrauch betreiben.

Einen weiteren wichtigen Aspekt im Bereich der Komorbiditäten stellen komorbide Persönlichkeitsstörungen dar. Frädrich und Pfäfflin (2000) untersuchten die Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen unter Strafgefangenen im offenen Vollzug und

psychiatrischen Delinquenten. Die Prävalenz innerhalb der Gesamtstichprobe belief sich auf 50%, wobei sich zwischen den einzelnen Gruppen keine maßgeblichen Unterschiede ergaben. Prädominant sind die gestellten Diagnosen dem Cluster B zuzuordnen, der neben den histriischen, narzisstischen und emotional-instabilen auch die antisoziale Persönlichkeitsstörung (DSM-IV: 301.7; ICD-10: F60.2 dissoziale Persönlichkeitsstörung) umfasst. Letztere ist es auch, die mit 36,7% die häufigste Diagnose innerhalb der Gesamtstichprobe darstellt. Dieses Krankheitsbild geht mit Verantwortungslosigkeit und fehlendem Respekt vor sozialen Normen, Regeln und Verpflichtungen einher. Zudem zeigt sich bei Betroffenen häufig eine verminderte Frustrationstoleranz, eine mangelnde Aggressionskontrolle sowie eine Unfähigkeit, Schuld zu empfinden, weshalb sie häufig durch von der Norm abweichendes und delinquentes Verhalten auffallen (WHO, 1992). Im Gegensatz zur Unterbringungsform zeigen sich bezüglich der Delikte deutliche Unterschiede hinsichtlich der Prävalenz zwischen den Strafgefangenen. Hierbei kommt es insbesondere innerhalb der Gruppe der Verkehrs- und Gewaltdelinquenten zu einer Häufung im Aufkommen der antisozialen Persönlichkeitsstörung.

Moran und Kollegen (2003) beschränkten sich hingegen bei ihrer Untersuchung der Frage nach dem Einfluss komorbider Persönlichkeitsstörungen auf das gewalttätige Verhalten von delinquenten Schizophrenie-Patienten. Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass das grundsätzliche Vorhandensein einer Persönlichkeitsstörung das Risiko einer gewalttätigen Handlung erhöht. Hierbei ist es insbesondere die dissoziale Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.2; DSM-IV: 301.7 antisoziale Persönlichkeitsstörung), deren verstärkender Einfluss besonders auffällt. Zudem weisen Schanda und Kollegen (1998) darauf hin, dass das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung, unabhängig davon ob diese als primäre oder sekundäre Diagnose gestellt wird, insbesondere hinsichtlich der Prognose der Rückfälligkeit als ein sich negativ auswirkender Faktor zu betrachten ist. Hinsichtlich des Verlaufes oder der Symptomatik der schizophrenen Grunderkrankung zeigen sich jedoch keine Unterschiede zwischen delinquenten Patienten mit komorbider antisozialer Persönlichkeitsstörung und ohne (Moran & Hodgins, 2004).

Analog zu nicht-psychiatrischen Straftätern lässt sich auch die Gruppe der schizophrenen Delinquenten in die sogenannten *early starters* und die *late starters* unterteilen.

Wohingegen *late starters* vor Beginn der Schizophrenie keine Anzeichen von kriminellem oder antisozialem Verhalten zeigen, fallen die *early starters* meist schon in ihrer frühen Kindheit durch dissoziale Verhaltensweisen auf, die sich nach Erkrankungsbeginn, im Laufe der Adoleszenz und des frühen Erwachsenenalters zu persistierender Kriminalität steigern. Zudem erhöhen diese früh einsetzenden antisozialen Tendenzen das Risiko für in der Jugend beginnenden Alkohol- oder Substanzenmissbrauch sowie für die Begehung polytroper Straftaten. Jedoch erfüllt nur ein Teil der schizophrenen Früh-Delinquenten im Erwachsenenalter die diagnostischen Kriterien einer dissozialen Persönlichkeitsstörung (Tengström, Hodgins, Grann, Längström & Kullgren, 2004).

## 6.5 Prädiktor Psychopathie

Da sich die antisoziale Persönlichkeitsstörung nicht nur aufgrund ihrer hohen Prävalenz innerhalb der Gefangenenzpopulation (Hare, Clark, Grann & Thornton, 2000; Ogloff, 2006), sondern auch wegen ihrer weit gefassten Symptome (Frädrich & Pfäfflin, 2000) nur schwer zur Unterscheidung zwischen Delinquenten eignet, hat sich insbesondere im Bereich der forensischen Psychologie die Verwendung des Konstrukts Psychopathie zur Beschreibung des Ausmaßes der antisozialen Tendenzen einer Person etabliert. Die Prägung des Begriffes Psychopathie (*psyché* - Seele und *páthos* – Leiden) sowie eine erste differenzierte Beschreibung erfolgte 1941 durch Hervey M. Cleckley. Im Gegensatz zur antisozialen Persönlichkeitsstörung, die sich maßgeblich auf Aspekte des Verhaltens bezieht (Hare et al., 2000), stehen beim Störungsbild Psychopathie die Persönlichkeitseigenschaften im Vordergrund (Ogloff, 2006). Cleckley (1941, zitiert nach Freese, 1998, S. 81) beschreibt 17 charakteristische Merkmale eines Psychopathen. Dazu zählen neben einem oberflächlichen Charme, ausreichender Intelligenz, Egozentrismus, der mit einer Unfähigkeit, Liebe und Mitgefühl zu empfinden, einhergeht, auch Unzuverlässigkeit, Unehrlichkeit sowie ein Mangel an Reue- und Schuldgefühlen. Diese Merkmale lassen sich grundsätzlich in vier miteinander im Zusammenhang stehende Dimensionen unterteilen. Hierbei zeigt sich, dass sich Psychopathie nicht nur in Form von antisozialen Verhaltensweisen äußert, sondern sich auch charakteristisch im grundsätzlichen Lebensstil, dem zwischenmenschlichen Umgang sowie der Affektivität eines Straftäters niederschlägt (Hare & Neumann, 2008).

Trotz dieser deutlichen Unterschiede zwischen antisozialer Persönlichkeitsstörung und dem Konstrukt Psychopathie stellt laut DSM-IV die Psychopathie ein Äquivalent zur antisozialen Persönlichkeitsstörung dar (American Psychiatric Association [APA], 1996), was laut Hare und Kollegen (2000) einer Gleichsetzung zweier unterschiedlicher Krankheitsbilder gleichkommt. Den Autoren zufolge entsprechen die diagnostischen Kriterien der Psychopathie vielmehr der dissozialen Persönlichkeitsstörung, wie sie in der ICD-10 beschrieben wird. Ungeachtet der Tatsache, dass aktuelle Klassifikationssysteme das Krankheitsbild der Psychopathie als solches nicht mehr beinhalten (ICD-10; DSM-IV), basieren auf diesem Konstrukt sowie dessen Erweiterungen aufgrund seiner deutlich besseren Differenzierung zwischen Straftätern (Hare et al., 2000; Ogloff, 2006) die meisten gängigen klinischen Instrumente zur Gefährlichkeitsprognose von sowohl psychiatrischen als auch nicht-psychiatrischen Straftätern.

Nolan, Volavka, Mohr und Czobor (1999) untersuchten den Zusammenhang zwischen der mit der *Psychopathy Checklist Revised* (PCL-R) (Hare, 1991) erhobenen Psychopathie und dem gewalttätigen Verhalten schizophrener Patienten. Sie kommen zu dem Schluss, dass die Probanden mit mittleren und hohen Werten im PCL-R, was auf ein wahrscheinliches beziehungsweise gesichertes Vorliegen von Psychopathie hinweist, häufiger gewalttätiges Verhalten zeigten als Untersuchte, die einen unauffälligen Testwert erreichten. Des Weiteren wird Psychopathie innerhalb dieser Subgruppe psychiatrischer Patienten mit einem früheren Erkrankungsbeginn sowie einer im Vergleich zu nicht psychopathischen Patienten erhöhten Anzahl von Verhaftungen in Verbindung gebracht.

## 6.6 Prädiktor Neurobiologie

Die Auswirkungen von strukturellen und funktionellen Abnormalitäten des Gehirns äußern sich maßgeblich in ihrem kausalen Einfluss auf die Entstehung von schweren psychiatrischen Erkrankungen und Substanzenabhängigkeiten. Hierbei liefern insbesondere Adoptions- und Zwillingsstudien eindeutige Hinweise, dass sich bei Schizophrenie-Patienten und Alkoholabhängigen häufig eine familiäre Vorbelastung für ihre Problematik findet. Zudem weisen einige Autoren darauf hin, dass insbesondere pränatale Infektionen und Sauerstoffmangel die Entstehung einer Schizophrenie begünstigen können (Hiday, 1997).

Wie diese Veränderungen des Gehirns im Detail zur Entstehung von Schizophrenie führen, bleibt bisher jedoch ungeklärt. Die pharmakologische Wirkung einiger Präparate weißt zwar darauf hin, dass diese Erkrankung auch über eine neurochemische Komponente verfügt, die exakten Gegebenheiten, die für die Manifestation einer Psychose verantwortlich sind, konnten bislang nicht identifiziert werden (Hiday, 1997). Grundsätzlich weist Siever (2008) darauf hin, dass neben dem Einfluss der Neurochemie vor allem eine mangelhafte Regulierung aggressiver Handlungen durch den präfrontalen Kortex die Entstehung von gewalttätigen Handlungen durch Wut auslösende Stimuli fördert. Zudem ist auszuschließen, dass die Veränderungen in der Neurobiologie den alleinigen Auslöser für ein so komplexes Krankheitsbild wie die Schizophrenie darstellen. Vielmehr bedingen diese Veränderungen, seien sie nun genetisch oder in Folge äußerer Einflüsse entstanden, die grundsätzliche Vulnerabilität gegenüber Stress und somit die Anfälligkeit für eine schwere psychische Erkrankung sowie deren Verlauf. Für die letztendliche Entstehung von gewalttätigem oder delinquentem Verhalten können sie jedoch ebenfalls nicht alleinig verantwortlich gemacht werden (Hiday, 1997).

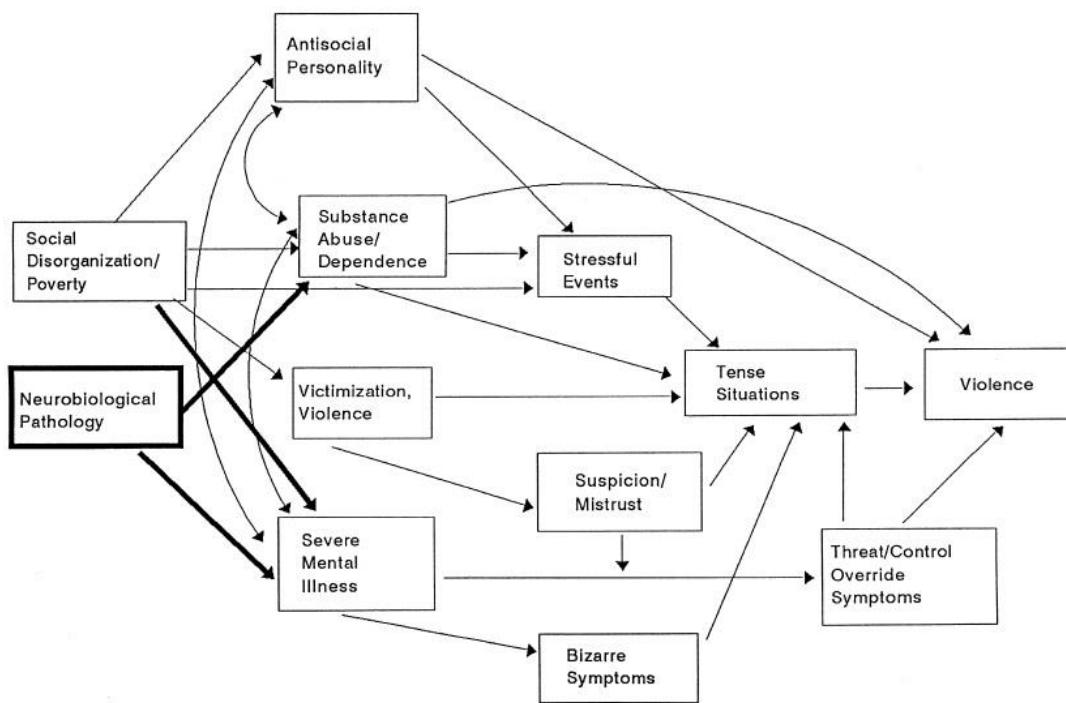


Abbildung 1: Einflussfaktoren auf die Entstehung von gewalttätigem Verhalten bei psychiatrischen Straftätern (aus Hiday, 1997, S. 410)

## 6.7 Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass sich ähnlich den gesunden Straftätern auch bei schizophrenen Delinquenten die Entstehung der Kriminalität nicht an einem konkreten Aspekt festmachen lässt, sondern sie vielmehr aus dem Zusammenwirken unterschiedlichster Risikofaktoren resultiert (vgl. Abbildung 1). Besonders ist jedoch, dass die Gruppe der schizophrenen Straftäter keineswegs als homogen zu beschreiben ist. Wie bereits in einigen Studien gezeigt wurde, scheinen sich gesunde und psychotische Delinquenten hinsichtlich der Verteilung der Risikofaktoren auf den ersten Blick nicht zu unterscheiden (Stompe, 2009; Stompe et al., 2006). Bei genauerer Betrachtung wird jedoch deutlich, dass dies lediglich auf die Gruppe der Delinquenten mit leichten Delikten zutrifft. Die Gruppe der Patienten mit schweren Delikten nimmt dabei hinsichtlich der Ausprägung der einzelnen Risikofaktoren zumeist die mittlere Position, zwischen den beiden Subgruppen der nicht-delinquenten und der Patienten mit einem leichten Delikt ein (Stompe & Schanda, 2013). Auch Rasmussen (1998) weist bereits darauf hin, dass sich psychotische Straftäter in eine niedrig- und eine hochfrequent gewalttätige Gruppe einteilen lassen, wobei es die niederfrequenten Patienten sind, die häufig durch schwere Delikte auffallen, wohingegen hochfrequente Delinquenten zumeist leichtere Delikte begehen, was sich auch in der von Rasmussen postulierten negativen Korrelation zwischen PCL-Score und häufigen Gewalttaten widerspiegelt.

## 7. Kriminalprognose bei psychiatrischen Straftätern

Der Prognose des späteren delinquenten Verhaltens von psychiatrischen Patienten kommt insbesondere in der forensischen Psychiatrie eine besondere Bedeutung zu. Die Notwendigkeit einer zuverlässigen Prognose ergibt sich einerseits in einem gesamtgesellschaftlichen Nutzen im Sinne einer frühzeitigen Identifizierung von Risikogruppen. Zudem besteht im Rahmen von Gerichtsverfahren immer wieder die Notwendigkeit einer zuverlässigen Kriminalprognose, insbesondere bei der Entscheidung über eine Unterbringung im Maßnahmenvollzug, da eine Voraussetzung hierfür eine ungünstige Kriminalprognose darstellt (Leygraf & Nowara, 1992; Stompe & Schanda, 2010a). Des Weiteren besteht auch im stationären Setting forensischer Betreuungseinrichtungen im Rahmen von Lockerungsentscheidungen regelmäßig die Notwendigkeit einer Prognose des Patientenverhaltens (Leygraf & Nowara, 1992).

Bisher stehen den Behandelnden und Gutachtern drei Möglichkeiten zur Verfügung, eine Prognose des zukünftigen delinquenten Verhalten des Patienten zu erstellen, die im Anschluss genauer beschrieben werden. Grundsätzlich ist jedoch hervorzuheben, dass aufgrund der Dynamik psychologischer Variablen Prognosen lediglich für einen begrenzten Zeitraum zu stellen sind. Hierbei wird zwischen kurzfristigen Prognosen, die sich meist nur auf einen Zeitraum von wenigen Tagen und Wochen beziehen, mittelfristigen Prognosen für einen Zeitrahmen von bis zu zwei Jahren und langfristigen Prognosen, die über einen Zeitraum von zwei Jahren hinausgehen, unterschieden (Hinz, 1987).

## 7.1 Intuitive Prognose

Die intuitive Prognose stellt das am wenigsten wissenschaftlich fundierte Prognoseverfahren dar, da Fachwissen nicht mit in die Prognosestellung einbezogen wird. Stattdessen steht die „rein gefühlsmäßige [...] Erfassung der betreffenden Persönlichkeit“ (Leygraf & Nowara, 1992, S. 45) im Vordergrund. Trotz ihrer mangelnden wissenschaftlichen Fundierung ist sie dennoch das am häufigsten eingesetzte Prognoseverfahren. Zum Beispiel entscheiden Richter die Frage nach einer etwaigen Aussetzung der Freiheitsstrafe zur Bewährung im direkten Anschluss an eine Verhandlung ohne die Erhebung weiterer Informationen. Dass diese Entscheidung nie rein intuitiv erfolgen kann, sondern stets von den individuellen Vorerfahrungen des jeweiligen Beurteilers beeinflusst ist, stellt einen weiteren wichtigen Kritikpunkt an diesem Prognoseverfahren dar (Leygraf & Nowara, 1992).

## 7.2 Statistische Prognose

Im Gegensatz zur intuitiven Prognose, die ausschließlich den Einzelfall berücksichtigt, basieren die statistischen Prognoseverfahren auf empirische Daten. Hierbei wird versucht, mittels quantitativer Verallgemeinerung vieler einzelner Lebensläufe kriminogene Aspekte der Persönlichkeit abzuleiten. In den 1950er und 1960er Jahren wurden lediglich anamnestische Daten, deren negativer Einfluss auf die Kriminalprognose als gesichert angesehen wurde, in Form von wenigen, leicht erhebbaren Items zusammengefasst. Zur Bewertung der potentiellen Einflussfaktoren steht dem Untersucher dabei eine dichotome Skala zur Verfügung, auf der das Vorhanden- oder Nichtvorhandensein eines Items vermerkt wird. Diese statistischen Prognosetafeln verfügen zwar über eine höhere

Validität als intuitive Prognosen, jedoch ermöglichen auch sie nur selten zuverlässige Verhaltensvorhersagen. Hauptproblem stellt dabei neben der damals angenommenen statistischen Gleichwertigkeit der einzelnen Items die Tatsache, dass auf der Basis anamnestischer Daten immer eine retrospektive Beurteilung, die keinerlei Dynamik zulässt, erfolgt, dar. Daher wurden die statistischen Prognosetafeln, trotz ihrer Einfachheit und augenscheinlichen Transparenz, bald als überholt angesehen (Leygraf & Nowara, 1992).

Vielmehr stehen im aktuellen Forschungsgeschehen die sogenannten statistisch-nomothetischen Prognoseverfahren im Vordergrund, die aufgrund der massiven Kritik an den statistischen Prognosetafeln entwickelt wurden. Diese Verfahren beschränken sich nicht mehr ausschließlich auf anamnestische Aspekte, sondern beinhalten auch variable Aspekte der Persönlichkeit. Zudem wird im Gegensatz zu ihren Vorgängern nicht lediglich das grundsätzliche Vorhandensein eines Einflussfaktors erhoben, sondern wie im Falle der *Psychopathy Checklist Revised* (PCL-R) (Hare, 1991) zumindest eine dreistufige Skala zur Beurteilung des Ausmaßes einer Variable verwendet. Dies ermöglicht neben einer besseren Differenzierung innerhalb der Delinquenten zudem, dass Veränderungen der Straftäter berücksichtigt werden können (Hare & Neumann, 2008).

### 7.3 Klinische Prognose

Unter der klinischen Prognose versteht man die Erstellung eines psychiatrisch-psychologischen Prognosegutachtens durch einen Psychiater. Hierbei steht, ähnlich wie bei der intuitiven Prognose, die Betrachtung des Einzelfalles im Vordergrund. Ziel ist es, die Bedeutung aller für den Einzelfall relevanten Aspekte zu erfassen und individuell zu gewichten. Dadurch gewährleistet dieses Verfahren die Möglichkeit der Individualisierung der Kriminalprognose, was jedoch beim Gutachter ein fachspezifisches Wissen voraussetzt, dessen subjektive Zusammensetzung nur schwer beurteilbar ist (Leygraf & Nowara, 1992). Grundsätzlich wies Rasch (1985, 1986, zitiert nach Leygraf & Nowara, 1992, S. 47) darauf hin, dass im Rahmen einer adäquaten klinischen Prognoseerstellung Informationen bezüglich früherer Straffälligkeit, der Persönlichkeit, der Erkrankung, dem Verlauf seit der Tatbegehung sowie den Zukunftsperspektiven vom Gutachter erhoben werden sollten. Zudem steht nicht eine Prognose des straffälligen Verhaltens im Zentrum dieses Verfahrens, sondern vielmehr die Identifikation der individuellen Risikofaktoren für den jeweiligen Delinquenten (Nedopil, 1992).

## 7.4 Gegenwärtige Prognosepraxis

Grundsätzlich ergibt sich bei der Erstellung einer Kriminalprognose, insbesondere aber bei psychiatrischen Patienten das Problem der Auswahl des richtigen Prognoseverfahrens. Die Erstellung einer Prognose ausschließlich auf der Basis einer ausgiebigen psychiatrischen Begutachtung ermöglicht zwar die detaillierte Erfassung des Einzelfalles, jedoch unterliegen sowohl die Auswahl der für die Prognose relevanten Aspekte sowie deren Bewertungen erheblichen subjektiven Schwankungen. Durch den Einsatz von statistischen Verfahren hingegen werden zwar potentielle subjektive Einflussfaktoren verringert, jedoch reduzieren sie auch die zur Begutachtung herangezogenen Aspekte auf ein Minimum. Zudem liefern statistische Verfahren lediglich Wahrscheinlichkeitsaussagen, was die Übertragbarkeit auf den Einzelfall sowie eine individuelle Prognosestellung nur schwer möglich macht (Brettel, 2008). Daher wird insbesondere im Rahmen des Maßnahmenvollzuges und damit verbundenen Entscheidungen Wert auf die Erstellung nicht nur einer klinisch-psychiatrischen, sondern auch einer statistischen Prognose gelegt und die Ergebnisse der individuellen Untersuchung und Exploration im Zuge einer klinisch-ideographischen Kriminalprognose zusammengefasst (Dahle, Schneider & Ziehnen, 2007; Nedopil & Müller, 2012).

Ziel dieser Einzelfallanalyse ist es, die Reaktions- und Verhaltensweisen des Untersuchten sowohl in der Gegenwart als auch der Vergangenheit zu erheben. Dabei steht im ersten Analyseschritt neben der längsschnittlichen Erhebung des Probandenverhaltens von der Kindheit bis zum Anlassdelikt auch die Querschnittsbetrachtung des Verhaltens kurz vor der Tatbegehung, das zu ausgewählten, für die Entstehung von Kriminalität relevanten Faktoren in Beziehung gesetzt wird, im Mittelpunkt. Der Identifikation der moralischen und ethischen Werte sowie Interessen und Intentionen des Probanden kommt dabei besondere Bedeutung zu. Anschließend wird der bis dahin gesondert betrachtete Bereich der Delinquenz mit den anderen Lebensbereichen in Beziehung gesetzt. Hierbei wird versucht, auf der Basis der Einbettung des Deliktes in den Lebenslängsschnitt, der Ergebnisse der Querschnittsuntersuchung sowie der Werteorientierung eine Aussage darüber treffen zu können, inwieweit die Straffälligkeit des Untersuchten aus seinem Verhalten und seinem sozialen Umfeld entstanden ist (Bock, 2008a).

Die Aspekte, die im Rahmen der Anamneseerhebung bezüglich des Sozialverhaltens des Untersuchten berücksichtigt werden sollten, sind sehr vielfältig, wobei sich diese in vier grundlegende Bereiche einteilen lassen: den Kontaktbereich, den Aufenthaltsbereich, den Leistungsbereich und den Freizeitbereich.

#### **7.4.1 Kontaktbereich**

Der Kontaktbereich umfasst die vorgegebenen und selbstgewählten sozialen Kontakte des Untersuchten. In Bezug auf die Familie ist neben den grundsätzlichen sozio-ökonomischen Rahmenbedingungen vor allem das Verhalten des Probanden während der Kindheit von besonderem Interesse. Auch der vorherrschende Erziehungsstil ist insofern relevant, als er Aufschluss darüber gibt, ob dem Untersuchten altersgemäße Rechte und Pflichten übertragen worden sind und wie er auf diese Verantwortung reagiert hat. Zudem sollten auch etwaige Unterbringungen in Heimen und Pflegefamilien berücksichtigt werden, da sich während dieser Aufenthalte ebenso Verhaltensauffälligkeiten zeigen können. Grundsätzlich sollte der Fokus aber immer auf dem Probanden liegen. Daher wird sich bei der Erhebung der Informationen bezüglich der Eltern und Geschwister auf leicht zu erhebende Faktoren beschränkt. Dazu zählen neben dem Alter, der Herkunft sowie dem erlernten und ausgeübten Beruf auch Auffälligkeiten wie Substanzenmissbrauch oder -abhängigkeit, Straffälligkeit oder schwere Erkrankungen (Bock, 2008a).

Im Unterschied dazu stehen die selbstgewählten Kontakte, die mit der zunehmenden Abnabelung vom Elternhaus von immer größer werdender Bedeutung für die Entwicklung des Einzelnen sind. Neben der Erfassung der Frage, ob ein Proband über derartige Kontakte verfügt, ist es besonders wichtig zu erfragen, wie der Kontakt zu diesen Personen im Detail aussieht, da Bezeichnungen wie „Kumpel“ oder „Freund“ für unterschiedliche Probanden unterschiedliche Bedeutungen haben können. Hierbei liefert insbesondere die Dauer der Beziehung Hinweise, ob es sich um feste oder eher lose Kontaktpersonen oder um Kontakte aus einem bestimmten Milieu handelt. Verfügt der Proband zudem über eine eigene Familie, so ist diese bei der Erhebung des Lebenslängsschnittes ebenfalls zu berücksichtigen. Von besonderer kriminologischer Relevanz sind dabei die Folgen der Eheschließung, die sich in allen Lebensbereichen bemerkbar machen können. Zudem lassen sich auf der Basis des Verhaltens des Probanden während des Zusammenlebens in einer eigenen Familie häufig Rückschlüsse

bezüglich seiner zukunftsorientierten und vorausschauenden Lebensweise ziehen (Bock, 2008a).

#### **7.4.2 Aufenthaltsbereich**

Der Aufenthaltsbereich bezieht sich hauptsächlich auf den geographischen Aufenthalts- und Wohnort und repräsentiert somit den „Raum, in dem sich üblicherweise das alltägliche Leben des Probanden abspielt“ (Bock, 2008a, S. 261). Hierbei sind besonders die Umgebung des Wohnortes, die Atmosphäre und Ausgestaltung der eigentlichen Wohnung sowie des Zimmers von besonderer Bedeutung, da sie Aufschluss über die Beziehung des Probanden zu seinem Zuhause geben. Im Falle von Wohnortwechseln sollte nicht nur ein besonderes Augenmerk auf deren Gründe, sondern auch auf die mit ihnen einhergehenden Veränderungen gelegt werden (Bock, 2008a).

#### **7.4.3 Leistungsbereich**

Alle Gesichtspunkte, die mit Leistungs- und Verhaltensanforderungen an den Probanden in Zusammenhang stehen, werden dem Leistungsbereich zugeordnet. Die kriminologisch relevanten Aspekte lassen sich dabei anhand der drei Etappen des individuellen Werdeganges kategorisieren.

Grundsätzlich sollten bei allen untersuchten Probanden die formalen Aspekte der Schulzeit erhoben werden. Dazu zählen unter anderem die besuchte Schulform, die Dauer der Schulzeit sowie der erreichte Abschluss. Da sich häufig Parallelen zwischen dem Verhalten in der Schule und dem späteren Arbeitsverhalten ziehen lassen, sind Informationen zum Verhalten in der Schule von besonderem kriminologischen Interesse. Neben einer Einschätzung der Schule und des eigenen Verhaltens in der Schule durch den Probanden liefern insbesondere etwaige Klassenwiederholungen, ein fehlender Schulabschluss, das Ausmaß des selbstbestimmten Fernbleibens von der Schule sowie deren Gründe wichtige Hinweise auf die Bereitschaft des Untersuchten, Leistung zu erbringen (Bock, 2008a).

Bezüglich der Berufsausbildung gilt es in einem ersten Schritt die Frage zu klären, ob nach der Schulzeit überhaupt eine Lehre beziehungsweise eine weiterführende Ausbildung begonnen wurde. Auch hier sind im Falle des Nichtvorhandenseins oder des Abbruches einer Berufsausbildung die jeweiligen Gründe und eingeleiteten Maßnahmen detailliert zu erheben. Falls eine Berufsausbildung begonnen wurde, interessiert weniger,

für welchen Beruf sich der Proband entschieden hat, sondern vielmehr, ob er bereit und in der Lage war, die an ihn gestellten Anforderungen angemessen zu erfüllen und die Ausbildung erfolgreich abzuschließen. Ähnlich der Schulzeit können auch im Bereich der Berufsausbildung Informationen bezüglich des unerlaubten Fernbleibens von der Arbeit oder der Berufsschule und die Einschätzung des Verhaltens gegenüber den Vorgesetzten sowie Mitkollegen wichtige Hinweise zur Beurteilung des Probandenverhaltens liefern. Zudem kann auch die Frage nach der Verwendung des Gehaltes aufschlussreiche und kriminologisch relevante Informationen zu Tage fördern (Bock, 2008a).

Besonders bei der Untersuchung älterer Probanden sollte ein Hauptaugenmerkt auf dem Bereich der Berufstätigkeit liegen. Dabei ist es wichtig, neben der Anzahl und Dauer der einzelnen Arbeitsverhältnisse auch die spezifischen Tätigkeitsbereiche zu erheben und sich nicht nur auf oberflächliche und zum Teil irreführende Berufsbezeichnungen zu beschränken. Ähnlich den vorhergehenden Bildungsetappen kann auch hier die Beschreibung der Umstände, die zu Arbeitsstellenwechseln führten, der allgemeinen Arbeitshaltung sowie dem Verhältnis zum Betrieb und zu den anderen Mitarbeitern wichtige Informationen zum Leistungsverhalten des Probanden liefern. Ergänzend können auch Auskünfte bezüglich der Bereitschaft des Probanden, an beruflichen Fort- und Weiterbildungen teilzunehmen, helfen, das Bild des Untersuchten zu präzisieren. Von besonderer kriminologischer Relevanz ist zudem der Umgang des Probanden mit seinem erwirtschafteten Geld, da bei einer Vielzahl von Straftaten finanzielle Bereicherung im Mittelpunkt steht (Bock, 2008a).

#### **7.4.4 Freizeitbereich**

Der Zeitraum des Tages, der nach dem Abzug der Arbeitszeit sowie der Zeit, die für die Befriedigung der alltäglichen Bedürfnisse aufgewendet werden muss, zur freien Verfügung steht, wird dem Freizeitbereich zugeordnet. Dabei sind weniger die eigentlichen Freizeitaktivitäten von Interesse, sondern vielmehr, ob diese dazu führen, dass andere Lebensbereiche wie Schule oder Arbeit vernachlässigt werden. Auch hier sind die Gründe, die der Untersuchte für sein Verhalten angibt, von besonderem Interesse (Bock, 2008a).

#### **7.4.5 Alkohol- und Drogenkonsum**

Informationen bezüglich des Alkohol- und Drogenkonsums eines Probanden sind insofern häufig interessant, als eine Vielzahl der begangenen Straftaten im Zusammenhang mit Drogen steht. Dabei können genaue Angaben zum Konsumbeginn, zur Menge und zur Regelmäßigkeit ebenso wie Informationen zu den zeitlichen und örtlichen Rahmenbedingungen des Konsums wichtige Hinweise auf die Verhaltensweisen des Probanden liefern. Im Mittelpunkt der Erhebung sollte jedoch die Erfassung der „Auswirkungen des Konsums auf die übrigen Lebensbereiche“ (Bock, 2008a, S. 265) stehen. Des Weiteren können auch die Maßnahmen, die der Untersuchte gegen etwaige Probleme durch seinen übermäßigen Konsum eingeleitet hat, Aufschluss über kriminologisch relevante Persönlichkeitseigenschaften und Verhaltensweisen liefern (Bock, 2008a).

#### **7.4.6 Krankheitsanamnese**

Insbesondere bei der Beurteilung von Straftätern mit psychiatrischen Störungen kommt der Erhebung der Krankheitsanamnese besondere Bedeutung zu. Neben der Erhebung von neurologischen und körperlichen Grunderkrankungen sowie frühkindlichen Entwicklungsauffälligkeiten wie Sprachschwierigkeiten oder Bettlägerigkeit ist bei psychiatrischen Straftätern insbesondere die Erhebung der Informationen zur psychiatrischen Erkrankung und etwaigen Selbstmordversuchen unerlässlich (Bock, 2008a). Wichtige Informationen stellen dabei das erste Auftreten von Symptomen, die bisherigen Behandlungsversuche sowie deren Erfolg dar. Auch im Hinblick auf das familiäre Umfeld sollte, insbesondere bei Patienten mit einer psychiatrischen Störung, eine etwaige familiäre Häufung physischer oder psychischer Erkrankungen und deren Verlauf abgeklärt werden. Zudem besteht die Möglichkeit und in manchen Fällen sogar die Notwendigkeit, die in der Exploration gewonnenen Informationen durch körperliche und neurologische Zusatzuntersuchungen wie Elektroenzephalographie (EEG), kraniale Computertomographie (CCT) oder Positronen-Emissionstomographie (PET) zu ergänzen (Nedopil & Müller, 2012).

#### **7.4.7 Delinquenzbereich**

Alle Straftaten, die ein Proband im Laufe seines Lebens begeht, werden dem Delinquenzbereich zugeordnet. Dieser Bereich umfasst somit nicht nur die aufgedeckten

und zur Anzeige gebrachten Straftaten, sondern auch delinquente Handlungen im Kindes- und Jugendalter und Straftaten, die bisher noch nicht bekannt geworden sind.

Eine der wichtigsten Quellen in diesem Bereich stellt der Strafregisterauszug dar. Dieser gibt einen zuverlässigen Aufschluss darüber, welche Vorstrafen bei einem Probanden bestehen. Jedoch liefert auch hier erst die detaillierte Exploration der einzelnen Straftaten im Sinne einer genauen Beschreibung des Tathergangs sowie der Zeit unmittelbar vor und nach der Tatbegehung die für die Kriminalprognose relevanten Informationen. Zusätzlich sollten auch die genauen Zeiten der Haftaufenthalte mit erhoben werden, da dies eine Identifikation der delikt- bzw. straffreien Intervalle ermöglicht.

Von besonderer Wichtigkeit ist zudem die detaillierte Besprechung des Anlassdeliktes. Dieses sollte möglichst facettenreich erhoben werden, wobei neben dem eigentlichen Tatgeschehen insbesondere Informationen zur Stimmungslage während der Begehung, die konkrete Beschreibung des Zustandekommens der Tat, die vorherrschende Lebenssituation, das Verhalten gegenüber dem Opfer sowie die innere Einstellung des Täters zu seiner Tat von hoher kriminologischer Relevanz sein können. Sie geben nicht nur Aufschluss über das Motiv der Tat, sondern liefern auch wichtige Hinweise auf die Einstellung des Probanden zu seinem Delikt und den Opfern (Bock, 2008a).

## **7.5 Gängige Prognoseverfahren**

Zur Erstellung einer Kriminalprognose steht dem Untersucher eine Vielzahl von Verfahren zur Verfügung. Drei Varianten, die sich im Zusammenhang mit psychiatrischen Straftätern bewährt haben und daher auch im österreichischen Maßnahmenvollzug zur Anwendung kommen, werden im Anschluss vorgestellt. Es sei aber darauf hingewiesen, dass je nach Land und Ausrichtung der jeweiligen Justizanstalten und forensischen Einrichtungen deutliche Unterschiede in den präferierten Verfahren bestehen können.

### **7.5.1 Basisratenprognose**

Ein statistisches Prognoseverfahren, das aufgrund seiner Einfachheit häufig für eine erste basale Einschätzung verwendet wird, stellt die Basisratenprognose dar. Die Basisrate der Rückfälligkeit, auch Rezidivrate genannt, beschreibt, mit welcher Wahrscheinlichkeit ein Täter einer bestimmten Tätergruppe erneut eine Straftat begeht. Sie berechnet sich aus der Division der Anzahl der rückfällig gewordenen Delinquenten durch die Anzahl aller

Straftäter und kann Werte zwischen 0 und 1 annehmen. Da Menschen trotz ihrer Individualität entscheidende Merkmale mit anderen ihnen ähnlichen Menschen gemeinsam haben, gelingt es mit Hilfe der Basisratenprognose, insbesondere langfristige Rückfallprognosen treffend zu stellen. Die Zuordnung zu einer bestimmten Tätergruppe, für die die Rückfallrate bekannt ist, erfolgt entweder anhand soziodemographischer Variablen oder anhand des Deliktes (Gross, 2004).

Gross (2004) fasst Daten und Studien bezüglich der Rückfallrate einiger Tätergruppen aus über 60 Ländern zusammen und kommt hinsichtlich soziodemographischer Variablen zu dem Schluss, dass es insbesondere Täter in der Altersgruppe bis 24 Jahren sind, für die mit 50% bis 75% eine besonders hohe Wahrscheinlichkeit besteht, erneut verurteilt zu werden. Ein merklicher Rückgang der Rückfallgefahr auf 20% bis 40% ist erst ab dem 40. Lebensjahr zu vermerken. Entscheidenden negativen Einfluss auf die Prognose übt zudem eine hohe Anzahl von Vordelikten aus. Bezuglich des Geschlechts weist der Autor darauf hin, dass Frauen nicht nur seltener straffällig werden als Männer, sondern auch im Hinblick auf die Rückfallgefahr niedrigere Raten (max. 40%) aufweisen. Hinsichtlich der Straftaten ergibt sich für Gewaltdelikte für einen Beobachtungszeitraum ab drei Jahren eine Rezidivrate von 29,1% bis 66,1%. Ähnliche Raten ergeben sich für räuberische Delikte (48,3%) sowie Vergewaltigungen (36% bis 85%). Die Rezidivraten von Brandstiftungen (25%) und insbesondere Kapitaldelikte wie Mord und Totschlag (15% bis 27,9%) sind hingegen deutlich geringer.

### **7.5.2 Psychopathy Checklist Revised (PCL-R)**

Nach dieser ersten Einschätzung des Rückfallrisikos erfolgt eine detaillierte Untersuchung der Persönlichkeits- und Verhaltensvariablen mittels eines statistisch-nomothetischen Verfahrens, im Rahmen des österreichischen Maßnahmenvollzuges nach §21/1 zumeist die *Psychopathy Checklist Revised* (PCL-R) (Hare, 1991), die die Überarbeitung der ebenfalls von Hare bereits 1980 entwickelten *Psychopathy Checklist* darstellt. Bei diesem Verfahren wird anhand von 20 Items, die zum einen aus der Fallgeschichte entnommen und zum anderen im Rahmen eines semi-strukturierten Interviews erhoben werden, untersucht, inwieweit die Persönlichkeitseigenschaften und das Verhalten einer Person einem prototypischen Psychopathen entsprechen. Die Auswahl dieser Items erfolgte maßgeblich auf Basis der Arbeiten von Cleckley (1941, zitiert nach Freese, 1998), wobei die von ihm vorgeschlagenen 17 Merkmale zum Teil

ersetzt beziehungsweise erweitert wurden (vgl. Tabelle 1). Nachdem der Autor des Instrumentes zu Beginn eine zweifaktorielle Kategorisierung der Items anhand der Faktoren *psychopathische Persönlichkeitseigenschaften* und *antisoziale Verhaltensweisen* vorgeschlagen hat, revidiert Robert Hare in neueren Publikationen seine Meinung dahingehend, dass er ein Vier-Faktoren-Modell postuliert, das 18 der 20 Items umfasst. Die extrahierten Faktoren beziehen sich dabei sowohl auf den Umgang des Probanden mit seinen Mitmenschen (*Interpersonal*) und seinen grundsätzlichen Lebensstil (*Lifestyle*) als auch seine antisozialen Verhaltensweisen (*Antisocial*). Der vierte und letzte Faktor hingegen umfasst die Items, die darauf abzielen, die Affektivität (*Affective*) des Untersuchten zu erfassen (Hare & Neumann, 2008).

Zur Bewertung der einzelnen Items steht dem Untersucher eine dreistufige Skala (0-1-2) zur Verfügung, wobei ein Punktewert von 1 ein teilweises und ein Punktewert von 2 das vollständige Vorhandensein eines Items darstellt. Somit ist ein maximaler Punktewert von 40 zu erreichen, wobei im europäischen Raum Werte zwischen 0 und 15 als niedriges, Werte zwischen 16 und 25 als mittleres und Werte über 25 als hohes Ausmaß der vorhandenen Psychopathie angesehen werden (Hartmann, Hollweg & Nedopil, 2001).

Zudem weist die PCL-R hohe Werte von über 0.80 bezüglich der Reliabilität auf, wenn dieses Verfahren von ausgebildeten und erfahrenen Untersuchern angewendet wird (Hare et al., 2000). Eine gewisse Erfahrung mit dem Instrument und dessen Durchführung ist insofern unerlässlich, als das Manual des PCL-R die einzelnen Items sehr offen und weit gefasst beschreibt. Dies bietet dem Untersucher einerseits zwar die Möglichkeit, Items im Hinblick auf die individuelle Krankengeschichte zu bewerten, andererseits eignet sich die PCL-R daher nicht für den Einsatz im Behandlungsalltag nicht-forensischer Einrichtungen, da sich die adäquate Durchführung und Erhebung aller relevanten Aspekte oftmals als schwierig und mit einer Mindestdauer von drei Stunden pro Proband als sehr zeitintensiv erweist (Freese, 1998). Daher kommt es zumeist erst im Rahmen einer Straftatbegehung zu einer derartigen Begutachtung.

Tabelle 1: Items des PCL-R (Hare, 1991, in der deutschen Übersetzung nach Hartmann, Hollweg & Nedopil, 2001)

<i>Faktor 1: Interpersonal</i>
trickreich-sprachgewandter Blender mit oberflächlichem Charme
übersteigertes Selbstwertgefühl
Pathologisches Lügen
Betrügerisch-manipulatives Verhalten
<i>Faktor 2: Lifestyle</i>
Erlebnishunger/ständiges Gefühl der Langeweile
Impulsivität
Verantwortungslosigkeit
Parasitärer Lebensstil
Fehlen von realistischen langfristigen Zielen
<i>Faktor 3: Antisocial</i>
Unzureichende Verhaltenskontrolle
Frühe Verhaltensauffälligkeiten
Jugendkriminalität
Widerruf der bedingten Entlassung
Polytrope Kriminalität
<i>Faktor 4: Affective</i>
Mangel an Gewissensbissen oder Schuldbewusstsein
Oberflächliche Gefühle
Mangel an Empathie/Gefühlskälte
Mangelhafte Bereitschaft und Fähigkeit, Verantwortung für eigenes Handeln zu übernehmen
<i>keinem Faktor zugeordnet</i>
Promiskuität
Viele kurzzeitige ehe(ähn)liche Beziehungen

Obwohl es sich bei diesem Verfahren nicht in erster Linie um ein Verfahren zur Prognose, sondern zur Erfassung des Ausmaßes des Persönlichkeitskonstrukts Psychopathie handelt, weisen Hare und Kollegen (2000) auch auf den prognostischen Wert des Instrumentes hin. Grundsätzlich konnte sowohl anhand europäischer als auch nord-amerikanischer Stichproben gezeigt werden, dass das Risiko einer Wiederverurteilung mit steigendem PCL-R-Wert zunimmt beziehungsweise bei abnehmendem PCL-R-Wert deutlich geringer wird. In einer Meta-Analyse der Vorhersagevalidität zeigte sich, dass die PCL-R insbesondere hinsichtlich der Frage nach der angemessenen Platzierung eines Straftäters im Vollzug und bei Lockerungs- sowie Entlassungsentscheidungen Vorhersagen von besonderer Güte liefert (Salekin, Rogers & Sewell, 1996). Andere Autoren weisen hingegen ausdrücklich darauf hin, dass es sich beim PCL-R nicht um eine Prognose-Checkliste handelt und die Anwendung dieses Verfahrens auf die Fragstellungen beschränkt werden sollte, für deren Beantwortung es konstruiert wurde (Dahle, 2007).

### **7.5.3 Historical Clinical Risk Assesment-20 (HCR-20)**

Ein Verfahren, das ebenfalls häufig im forensischen Kontext zur Anwendung kommt, ist das *Historical Clinical Risk Assessment-20* (HCR-20) (Webster, Douglas, Eaves & Hart, 1997, zitiert nach Franqué, 2013). Ähnlich dem PCL-R werden auch die 20 Items des HCR-20 mittels einer drei-stufigen Skala bewertet, jedoch wurde dieses Instrument speziell für die Prognose von delinquentem Verhalten im forensisch-psychiatrischen Kontext konstruiert. Die enthaltenen Items lassen sich anhand von drei Dimensionen gruppieren. Dabei umfasst die Gruppe der statistischen Variablen Items, die sich hauptsächlich auf die Vergangenheit beziehen, die klinischen Variablen beschreiben den gegenwärtigen Zustand des Probanden, und die Risikovariablen befassen sich mit Aspekten, die seine Zukunft betreffen (vgl. Tabelle 2) (Tondorf & Tondorf, 2011). Somit erlauben es insbesondere die Items der klinischen und der Risikodimension Veränderungen des Patienten sowie in seinem Umfeld zu berücksichtigen (Franqué, 2013).

Tabelle 2: Items des HCR-20 (Webster et al., 1997 nach Tondorf & Tondorf, 2011)

<i>Dimension 1: statistische Variablen (Vergangenheit)</i>	
Frühe Gewaltanwendung	Gravierende seelische Störung
Geringes Alter bei 1. Gewalttat	Psychopathie (PCL-Score)
Instabile Beziehungen	Frühe Fehlanpassung
Probleme im Arbeitsbereich	Persönlichkeitsstörung
Substanzenmissbrauch	Frühere Verstöße gegen Auflagen
<i>Dimension 2: klinische Variablen (Gegenwart)</i>	
Mangel an Einsicht	Fehlen realisierbarer Pläne
Negative Einstellungen	Destabilisierende Einflüsse
Aktive Symptome	Mangel an Unterstützung
Impulsivität	Fehlende Compliance
Fehlender Behandlungserfolg	Stressoren
<i>Dimension 3: Risikovariablen (Zukunft)</i>	

Aufgrund des nachgewiesenen Zusammenhangs der Persönlichkeitsdimension Psychopathie mit persistierender Straffälligkeit ist der PCL-Score Bestandteil dieses Prognoseinstrumentes (Tondorf & Tondorf, 2011). Hinsichtlich der prädiktiven Validität, insbesondere hinsichtlich der Vorhersage weiterer Gewalttaten, ergeben sich für dieses Verfahren durchgehend zufriedenstellende Werte in verschiedenen europäischen Ländern (Dahle et al., 2007; Franqué, 2013; Rossegger, Urbaniok, Elbert, Fries & Endrass, 2010), weshalb die Einschätzung des Rückfallrisikos auch im österreichischen Maßnahmenvollzug unter anderem mit Hilfe des HCR-20 erfolgt.

Für die Durchführung mit Inhaftierten ist jedoch darauf zu achten, dass die Risikovariablen der dritten Dimension lediglich für einen Zeitraum von 12 Monaten bewertet werden (Franqué, 2013). Hierbei kann es von Vorteil sein, die Zukunftsperspektiven des Probanden für seine Zeit in der Haftanstalt (*in*) sowie seine Zukunftspläne im Anschluss an die Haft (*out*) zu erheben, da diese erhebliche Unterschiede aufweisen können und auch die Entlassung eine Erhöhung des Rückfallrisikos mit sich bringen kann.

Ähnlich der Durchführung des PCL-R ist auch beim HCR-20 ein ausführliches Aktenstudium vor der eigentlichen Exploration unerlässlich, um etwaige Diskrepanzen zwischen den Selbstbeschreibungen des Untersuchten und Tatsachen bereits während des Gesprächs aufdecken zu können. Die reine Durchführungsdauer der Exploration beträgt abhängig von der Erfahrung des Untersuchers zwischen 30 und 60 Minuten, weshalb es vergleichsweise aufwendig in der Durchführung ist. Zudem setzt es ein hohes Maß an Expertise sowohl in der Erstellung multimodaler Persönlichkeitsbeschreibungen als auch im Bereich Gewalttätigkeit voraus und ist daher nur für speziell ausgebildete klinische Praktiker geeignet (Franqué, 2013).

## **8. Neuer Prädiktor: stationäres Inanspruchnahmeverhalten**

Zusätzlich zu den bereits beschriebenen Einfluss- und Vorhersagefaktoren gibt es einen Prädiktor, der bisher außerhalb des Forschungsinteresses steht, obwohl bereits eine Vielzahl von Publikationen auf die Inanspruchnahme von stationären Einrichtungen sowie das Verhalten während der Aufnahmen als möglichen Einflussfaktor auf das delinquente Verhalten psychiatrischer Patienten hinweist. Weig (2009) thematisiert den „schwierigen“ Patient in forensischen Einrichtungen und stellt heraus, dass es sich dabei meist um junge, an Schizophrenie oder einer Persönlichkeitsstörung aus dem Cluster B leidende Männer handelt. Zudem findet sich innerhalb der Gruppe der „schwierigen“ Patienten, die ca. 5–10% aller stationär behandelten Patienten umfasst, häufig komorbider Substanzenmissbrauch oder -abhängigkeit, insbesondere von Cannabis, Alkohol und Opiaten, wobei es auch zu einem polytoxikomanen Konsumverhalten kommen kann. Diese Patientengruppe ist insofern von besonderer Relevanz, als sie nicht nur für das betreuende Personal schwer zu handhaben ist, sondern auch deutlich höhere Behandlungskosten verursacht.

Als *schwierige Trias* beschreibt Weig (2009) charakteristische Verhaltensauffälligkeiten für „schwierige“ Patienten. Dazu zählt neben unangemessenem Verhalten und Aggressivität auch Noncompliance sowohl hinsichtlich der Medikation als auch der Therapie. Im Hinblick auf die Compliance zeichnet sich diese Patientengruppe durch eine mangelnde „Bereitschaft bzw. Fähigkeit aus, therapeutische Bündnisse einzugehen und ärztlichen Anweisungen zu folgen“ (Weig, 2009, S. 850). Gründe hierfür stellt neben

krankheitsspezifischen Störungen der Impulskontrolle, der Handlungsplanung und der Kognition maßgeblich mangelnde Krankheitseinsicht dar. Außerdem fallen „schwierige“ Patienten häufig durch aggressives Verhalten, gerichtet gegen ihnen zumeist nahestehenden Personen oder sich selbst, auf. Die des Weiteren in vielen Fällen auftretenden unangemessenen Verhaltensweisen finden meist in einem sexuellen Kontext statt und können sich sowohl in Form von stark sexualisiertem als auch ängstlichem Verhalten äußern. Als Folgen dieser Therapieresistenz und der damit verbundenen Aufrechterhaltung der Grundsymptomatik sowie der aggressiven und unangemessenen Handlungen zeigt sich neben Arbeits- und Wohnungslosigkeit auch häufig der Verlust des bisherigen sozialen Umfeldes, was letztendlich die Wahrscheinlichkeit eines Kontaktes mit der Drogen- und Obdachlosenszene oder zu Straftätern erhöht (Weig, 2009).

Auch andere Studien weisen darauf hin, dass es zwischen der Art und Weise der Inanspruchnahme stationärer Einrichtungen und delinquentem Verhalten psychiatrischer Patienten einen Zusammenhang gibt. Dabei werden einerseits grundlegende Konzepte wie die Behandlungsmotivation oder die Bereitschaft, therapeutische Angebote wahrzunehmen (Leygraf & Nowara, 1992; Schanda, 2005), und andererseits konkrete Aspekte wie die Gesamtzahl der stationären Aufnahmen (Habermeyer et al., 2010; Schanda, 2005), die Anzahl der unfreiwilligen (Habermeyer et al., 2010; Schanda & Knecht 1998; Torrey, 1994) oder abgebrochenen Aufnahmen (Schanda, 2005) als mögliche Einflussfaktoren genannt.

Auch im Hinblick auf die potentielle Nutzung der stationären Vorgeschichte zur Prognose von delinquentem Verhalten finden sich Hinweise in der Fachliteratur (Leygraf & Nowara, 1992; Torrey, 1994). Im Gegensatz zu anderen Prädiktoren zeichnet sich die Art und Weise der Inanspruchnahme stationärer Hilfsangebote durch eine leichte und valide Erhebarkeit aus, da stationäre Aufenthalte, ähnlich einem Krankenhausaufenthalt, anhand von Aufnahme- und Entlassungsbrieften sowie regelmäßigen Statusberichten während der Aufnahmen eindeutig nachvollziehbar sind. Des Weiteren weisen Böker und Häfner (1973) bereits darauf hin, dass lediglich 9% der schizophrenen Delinquenten innerhalb der ersten sechs Monate nach Erkrankungsbeginn straffällig werden. Vielmehr zeigt sich, dass diese Patientengruppe in vielen Fällen zumindest ein Jahr erkrankt ist, bevor ein Delikt gesetzt wird (Humphreys, Johnstone, MacMillan & Taylor, 1992). Daher sehen

Haller et al. (2001) in der stationären Vorgeschichte vor allem einen wichtigen potentiellen Prädiktor beim Screening von Schizophrenie-Patienten, da der Delinquenz meist eine längere Erkrankungsdauer vorausgeht. Betrachtet man die Ergebnisse von Schanda und Kollegen (1997), zeigt sich eine im Mittelwert neun Jahren betragende Erkrankungsdauer, bevor ein Tötungsdelikt begangen wird. In dieser Zeit sind die Patienten im Durchschnitt bereits 23 Monate in stationärer Behandlung gewesen. Auch Hodgins (2006) ist der Ansicht, dass das Risiko dieser Patienten, ein Tötungsdelikt zu begehen, weniger von der generellen Verfügbarkeit psychiatrischer Versorgung abhängt, sondern vielmehr von der Art und der Inanspruchnahme dieser psychiatrischen Hilfen.

Aufgrund der langen Vorlaufzeit der Erkrankung, bis es zur Begehung einer schweren Straftat kommt, bestünde mit einer Typologisierung des stationären Inanspruchnahmeverhaltens die Möglichkeit, in diesem Zeitraum die Patienten vorzuselektieren und Risikogruppen frühzeitig zu erkennen und bereits vor der Begehung eines schweren Deliktes adäquat zu behandeln. Zudem setzt die Erhebung der Informationen zur stationären Vorgeschichte kein fachspezifisches Wissen und keinen direkten Kontakt zum Patienten voraus, was die praktische Durchführung im Vergleich zu den gängigen Instrumenten wie PCL-R und HCR-20 deutlich erleichtert, zumal diese meist erst im Anschluss an eine erfolgte Verurteilung zur Anwendung kommen.

Trotz dieser vielen und sich beständig haltenden Vermutungen und potentiellen Vorteile stellt die stationäre Vorgeschichte in vielen Studien nur eine Randnotiz dar, was auch für ihre bisherige Rolle im forensisch-psychologischen Forschungsgeschehen gilt. Daher erscheint es unerlässlich, dieses Versäumnis nachzuholen und die bestehenden Vermutungen einer empirischen Überprüfung zu unterziehen, da die potentiellen Vorteile, insbesondere hinsichtlich der einfachen frühzeitigen Identifizierung von Risikopatienten, in vielen Bereichen von großem Nutzen wären.

### **III Empirischer Teil**

## 9. Methoden

### 9.1 Untersuchungsplan

Das Design der vorliegenden Studie ist der Gruppe der Fall-Kontroll-Studien (*case-control-studies*) zuzuordnen und geht daher mit einer retrospektiven Betrachtung der einzelnen Merkmale einher. Im Gegensatz zu herkömmlichen Studien dieser Art wird im vorliegenden Falle auf die Erhebung einer Kontrollgruppe verzichtet, da in dieser Studie vielmehr die Identifikation potentiell relevanter Einflussfaktoren auf das stationäre Inanspruchnahmeverhalten der untersuchten Gruppe als das Ableiten von Implikationen für den Einzelnen im Vordergrund steht. Daher werden statt Inter- vielmehr Intragruppenvergleiche herangezogen, da so die Unterschiede in der Ausprägung eines bestimmten Merkmals in Abhängigkeit von der jeweiligen Subgruppenzugehörigkeit untersucht werden kann.

Da die Stichprobe in einer psychiatrisch-forensischen Justizanstalt in Niederösterreich erhoben wurde, ist bei einer wie in dieser Studie angedachten umfassenden Erhebung zum Teil sehr detaillierter anamnestischer Daten aufgrund des Krankheits- und Medikationseinflusses seitens der Patienten mit massiven Wahrheitsverzerrungen zu rechnen. Da es sich dabei um ein typisches Problem der forensischen Forschung handelt, weist Bock (2008b) darauf hin, dass es sich bei den Unterlagen, die sowohl die Zeit vor der Kriminalität als auch die einzelnen Verfahren dokumentieren, um „die wichtigsten schriftlichen Unterlagen kriminologischer Forschung“ (Bock 2008b, S. 65) handelt. Neben Straf-, Polizei- und Vollzugsakten dienen auch Berichte von Jugendämtern oder Bewährungshelfern als wichtige Informationsquellen. Einen besonderen Vorteil der Zusammenführung dieser Einzelberichte stellt die hohe Validität der resultierenden Informationen dar, da die Vielzahl von unabhängigen Personen aus unterschiedlichsten Bereichen, die an der Entstehung beteiligt waren, deutlich objektivere Daten generieren als subjektive Einzeluntersuchungen.

Daher wurde zur Erhebung der Daten die jeweilige *Falldarstellung* des Patienten herangezogen. Diese wird für jeden Patienten nach der Einweisung in die unbedingte Maßnahme erstellt und enthält seine gesamte medizinische, psychiatrische und soziale Krankengeschichte, von seiner Kindheit bis hin zum Zeitpunkt des Anlassdeliktes. Darüber hinaus wird dort auch der Verlauf der bisherigen Unterbringung in regelmäßigen

Abständen dokumentiert. An der Entstehung einer derartigen Falldarstellung sind sowohl Psychologen und Psychiater als auch die zuständigen Sozialarbeiter maßgeblich beteiligt. Neben einer detaillierten Erhebung der sozialen Anamnese enthält sie Informationen zu jedem der bisherigen stationären Aufenthalte des Patienten, wie die Dauer der Aufnahme, den Aufnahmemodus und -zustand sowie den Entlassungsmodus und -zustand. Diese Informationen wurden von den einzelnen Einrichtungen, mit denen ein Patient Kontakt hatte, angefordert und zusammengetragen. Erst im Rahmen der Unterbringung wird der PCL-R durchgeführt, dessen Auswertungsbogen sich ebenfalls in vielen Fällen in der Falldarstellung findet. Die ausgewählten zu erhebenden Aspekte wurden in einem umfassenden Anamneseinventar zusammengefasst, dass sich am aktuellen Forschungsstand orientiert.

In der explorativen Komponente der Studie (Fragestellung 1) steht die Identifizierung der dem stationären Inanspruchnahmeverhalten zugrunde liegenden Verhaltenstypen im Vordergrund, wobei die Daten aller Patienten bezüglich Anzahl der stationären Aufnahmen, der durchschnittlichen Dauer der Aufnahmen, der Anzahl der abgebrochenen Aufnahmen, der Anteil der unfreiwilligen Aufnahmen sowie der Anteil der seit Geburt aufgenommenen Zeit als Komponenten des Inanspruchnahmeverhaltens herangezogenen wurden. In der deskriptiven Komponente liegt der Fokus zuerst auf der Beschreibung der dem Inanspruchnahmeverhalten zugrunde liegenden Faktoren. Neben potentiellen Zusammenhängen mit Aspekten, deren Einfluss auf das delinquente Verhalten bereits nachgewiesen wurde (Fragestellungen 2, 3, 4), werden auch mögliche Unterschiede in der Ausprägung der Faktoren aufgrund dieser Aspekte (Fragestellungen 5, 6, 7) sowie die Güte der extrahierten Verhaltensdimensionen hinsichtlich der Schwere der Delinquenz (Fragestellung 8) untersucht. Im vorletzten Teil der Studie erfolgt eine detaillierte Beschreibung der auf der Basis der gefundenen Faktoren gebildeten Inanspruchnahmetypen hinsichtlich etwaiger Unterschiede in Bezug auf Einflussfaktoren sowie Aspekte, die die Delinquenz betreffen (Fragestellung 9). Die Suche nach Prädiktoren, die eine Vorhersage der Zugehörigkeit zu den Inanspruchnahmetypen ermöglichen, steht im Fokus des letzten Teils (Fragestellung 10).

## **9.2 Erhebungsinstrument**

Da für die Erhebung der auf die Delinquenz Einfluss nehmenden Aspekte nur wenige standardisierte Verfahren zur Verfügung stehen, wurde eigens für diese Studie ein

Anamneseinventar (siehe Anhang B) entworfen, das sich am aktuellen Stand der Forschung orientiert und alle für diese Studie relevanten Aspekte umfasst.

Neben den soziodemographischen Daten wie Geburtsland, Geburtsdatum, Geschlecht und Familienstand des Patienten werden das Geburtsland der Eltern sowie deren Berufe erfasst. Aus dem Bereich der sozialanamnestischen Einflussfaktoren wird der Beziehungsstand der Eltern bis zum 18. Lebensjahr des Patienten, die Anzahl der Geschwister, die Position des Patienten in der Geburtsreihenfolge, der höchste erreichte Schulabschluss, der Stand der Berufsausbildung sowie aggressives Verhalten der Eltern erhoben. Fanden sich in der Krankengeschichte eindeutige Beschreibungen von Täglichkeiten seitens der Eltern gegenüber den Kindern, wurde das Vorliegen von aggressiven Verhaltensweisen kodiert. Beschrieben der Patient sowie andere Mitglieder der Kernfamilie die Atmosphäre als harmonisch und wurde ausdrücklich auf das Nicht-Vorhandensein von körperlichen Züchtigungen hingewiesen, wurde von einer Abwesenheit aggressiver Verhaltensweisen ausgegangen.

Bezüglich der schizophrenen Erkrankung enthält das Erhebungsinventar den Subtyp der Schizophrenie, den Erkrankungsbeginn sowie eine etwaige familiäre Vorbelastung hinsichtlich psychiatrischer Erkrankungen. Da Patienten in vielen Fällen nicht beim Auftreten erster Krankheitssymptome, sondern erst nach einiger Zeit Kontakt zu psychiatrischen Einrichtungen suchen, orientiert sich die Festsetzung des Erkrankungsbeginns an den Angaben des Patienten und dessen Angehörigen. Diese können aufgrund des engen Kontaktes das Einsetzen erster Symptome und damit verbundener Verhaltensänderungen rückblickend zumeist adäquat datieren.

Zudem wurden komorbide Persönlichkeitsstörungen sowie komorbider Substanzenkonsum erfasst, wobei sich die Diagnosen bezüglich der Persönlichkeitsstörungen am ICD-10 orientieren. Der Substanzenkonsum wird zum einen in allgemeiner Form bewertet. Hierbei wird zwischen der vollständigen Abwesenheit von Substanzenmissbrauch oder -abhängigkeit, dem Konsum von Alkohol, dem Konsum von illegalen Substanzen sowie dem multiplen Substanzengebrauch (ICD-10: F19.2; DSM-IV: 304.80), der ebenfalls ein Störungsbild des DSM-IV darstellt, unterschieden. Polysubstanzen-Gebrauch ist dann gegeben, wenn zumindest zwei bis drei unterschiedliche Substanzen, ausgenommen Nikotin und Koffein, regelmäßig konsumiert

werden, ohne dass dabei eine Präferenz für eine bestimmte Substanz besteht (APA, 1996; WHO, 1992). In Einklang mit beiden Klassifikationssystemen wird der Gebrauch von mindestens drei Substanzen als Richtwert für die Kodierung dieses Zustandsbildes vorausgesetzt. Zum anderen wird für die Substanzen Alkohol, Cannabis, Opiate, Kokain, Amphetamine, Ecstasy, Halluzinogene, Benzodiazepine einzeln kodiert, ob diese lediglich missbraucht wurden, ob der Patient davon abhängig war oder ob während der Begehung des Anlassdeliktes eine Substanzenintoxikation vorlag. Letzteres stellt dabei die schwerste Ausprägung des Substanzenkonsums dar, da in diesem Fall der Einfluss der Drogen in direktem Zusammenhang zum begangenen Anlassdelikt steht.

Bezüglich der stationären Vorgeschichte selbst wurden neben der Einrichtung, in der der Patient untergebracht war, auch das Aufnahme- sowie Entlassungsdatum erhoben. Zudem wurde vermerkt, ob eine Aufnahme unfreiwillig war und der Patient diese vorzeitig abgebrochen hat. Im Hinblick auf die forensische Anamnese wurden die Vordelikte, das Alter bei der Tatbegehung sowie die daraus resultierende Strafe erfasst. Als Vordelikt werden lediglich solche Delikte gewertet, die auch eine gerichtliche Verurteilung nach sich ziehen, da Anzeigen, die nicht weiter verfolgt wurden, sowie weitere Vormerkungen aus dem kriminalpolizeilichen Aktenindex nicht zwangsläufig auf die Schuld des jeweiligen Patienten hinweisen.

Zudem wurde die Schwere der begangenen Delikte erfasst. Dies erfolgte mittels einer Klassifikation von Taylor (1985, zitiert nach Stompe, Ortwein-Swoboda & Schanda, 2004, S. 34), die ursprünglich vier Abstufungen zur Beurteilung des Schweregrades einer Straftat bietet. Taylor unterscheidet die Delikte anhand der Gewalt, die mit diesen einhergeht. Zu den Delikten mit „minimaler“ Gewalt zählen verbale Aggressionen, das Tragen einer Waffe, ohne diese zu benutzen, und versehentliche Sachbeschädigung. Als „moderat“ gewalttätig werden Straftaten bewertet, die mit leichten Körperverletzungen, dem offensiven Gebrauch von Waffen, ohne Verletzungen zu verursachen, vorsätzlicher Sachbeschädigung und erzwungenen sexuellen Übergriffen einhergehen. Im Gegensatz zu diesen mit eher niedriger Gewalt einhergehenden Deliktgruppen stehen die Delikte, die mit einem hohen Maß an Gewalttätigkeit einhergehen. Unterschieden wird dabei zwischen schweren körperlichen Verletzungen und lebensgefährdender Sachbeschädigung, die als „mittelschwer“ kategorisiert werden. Delikte, die den Tod des Geschädigten oder einen länger als 24 Stunden andauernden Krankenhausaufenthalt zur

Folge haben, werden als „schwerwiegend“ hinsichtlich der zum Einsatz kommenden Gewalt bewertet (Stompe et al., 2004).

Da es aufgrund der rechtlichen Besonderheiten, die der Verurteilung der in der Justizanstalt Göllersdorf befindlichen Patienten zugrunde liegen, nicht sinnvoll erschien, alle vorgeschlagenen Abstufungen in ihrer ursprünglichen Form zu übernehmen, kommt eine an die Bedürfnisse der untersuchten Stichprobe angepasste Version der Klassifikation zum Einsatz (Stompe et al., 2004). Diese angepasste Klassifikation halbiert die Anzahl der Abstufungen und unterscheidet zwischen leichten und schweren Straftaten. Schwere Straftaten sind Delikte, die Leib und Leben einer anderen Person gefährden. Hierzu zählen neben Mord und Körperverletzung auch bewaffnete Raubüberfälle sowie menschengefährdende Brandstiftung. Alle anderen Delikte werden als leichte Delikte gewertet. Da auch die versuchte Begehung einer Straftat zu strafrechtlichen Konsequenzen führen kann (§15 StGB), wurden derartige Verurteilungen wie vollendete Straftaten bewertet. Entscheidend ist bei der Bestimmung der Schwere eines Deliktes die dem Delikt zu Grunde liegende Bereitschaft, anderen Menschen körperlichen Schaden zuzufügen, die als unabhängig vom Vollendungsgrad der Straftat anzusehen ist.

### **9.3 Statistische Verfahren**

Die statistische Auswertung der im Rahmen dieser Studie erhobenen Daten erfolgte mittels SPSS 18 für Windows. Das Signifikanzniveau wurde, falls nicht anders angegeben, auf  $p = 0.05$  festgesetzt. Ergebnisse mit einem  $p < 0.01$  werden als hoch signifikant bezeichnet. Zudem werden auch signifikante Tendenzen mit einem  $p < 0.10$  bei der Interpretation berücksichtigt. Aufgrund des zentralen Grenzwertsatzes kann ab einem  $n \geq 30$  von einer normalverteilten Verteilung der Mittelwerte ausgegangen werden (Bortz & Döring, 2006).

#### **Levene-Test**

Der Levene-Test prüft die Homogenität unterschiedlicher Varianzen, die eine entscheidende Voraussetzung vieler statistischer Verfahren darstellt. Im Falle eines nicht-signifikanten Ergebnisses können aufgrund der vorliegenden Homogenität Mittelwertvergleiche mit Hilfe von parametrischen Verfahren durchgeführt werden. Ist

das Ergebnis jedoch signifikant, muss auf ein nicht-parametrisches Verfahren ausgewichen werden (Field, 2009).

### **Explorative Faktorenanalyse**

Bei der explorativen Faktorenanalyse handelt es sich um ein Verfahren, das Variablen anhand ihrer Korrelationen in voneinander unabhängige Gruppen einteilt, wobei die Faktorenladung Informationen bezüglich dem Grad der Passung einer Variablen zu einer spezifischen Untergruppe liefert. Auf der Basis dieser Zusammenhänge werden künstliche Faktoren generiert, die mit den Variablen der einzelnen Subgruppen möglichst hoch korrelieren (Bortz & Döring, 2006). Die Auswahl der Anzahl der Faktoren erfolgt anhand des Kaiser-Kriteriums, das auf der Idee basiert, dass der Eigenwert den Anteil der durch den Faktor verursachten Veränderung repräsentiert und nur Faktoren mit einem Eigenwert größer als 1 einen substanzuellen Einfluss ausüben (Field, 2009).

Die Faktorenladungen, also die Korrelationen zwischen den Variablen und einem Faktor, wurden mittels Hauptkomponentenanalyse berechnet und anschließend zur besseren Interpretierbarkeit mittels der orthogonalen Varimax-Rotation nach Kaiser rotiert. Ziel dieses analytischen Rotationsverfahrens ist es, die Faktoren so zu rotieren, dass eine Maximierung der quadrierten Ladungsvarianzen pro Faktor erreicht wird, was zur Folge hat, dass die Variablen entweder sehr hoch oder sehr niedrig auf einem Faktor laden und somit eindeutig zugeordnet werden können. Eine weitere Besonderheit ist, dass die mit dieser Methode gewonnenen Faktoren als unabhängig voneinander zu betrachten sind. Die konkreten Faktorenwerte werden mittels der Anderson-Rubin-Methode berechnet, die zu unkorrelierten und standardisierten Werten führt (Field, 2009). Faktorenwerte, die aufgrund nicht vorhandener stationärer Aufnahmen fehlen, werden durch den jeweiligen Faktorenmittelwert ergänzt.

Neben der Intervallskalierung der Variablen und einer Stichprobengröße von über 60 Personen stellt die Durchführung des Bartlett-Tests eine wichtige Voraussetzung für die Faktorenanalyse dar. Dieser prüft die Korrelationen zwischen den in die Analyse einbezogenen Variablen, wobei ein signifikantes Ergebnis sowohl für das Vorliegen von Korrelationen als auch die Erfüllung der Durchführungsvoraussetzung steht. Des Weiteren liefert auch das Kaiser-Mayer-Olkin-Kriterium wichtige Hinweise, inwieweit sich die ausgewählten Variablen für die Faktorenanalyse eignen, indem es den

Zusammenhang der Ausgangsvariablen anhand der Korrelationsmatrix prüft. Die resultierende Prüfgröße sollte einen Wert von  $r = 0.5$  nicht unterschreiten, wobei Werte ab 0.7 als akzeptabel betrachtet werden (Field, 2009).

### **Produkt-Moment-Korrelation**

Mittels der Produkt-Moment-Korrelation wird der Grad des Zusammenhangs zweier intervallskalierter Variablen untersucht. Neben der Skalierung stellt auch das annähernde Vorliegen einer Normalverteilung innerhalb der untersuchten Variablen sowie die Annahme eines linearen Zusammenhangs wichtige Durchführungsvoraussetzung dar. Der sich ergebende Korrelationseffizient kann Werte von -1 bis +1 annehmen. Hierbei gibt das Vorzeichen Auskunft darüber, ob es sich um einen negativen oder einen positiven Zusammenhang handelt. Die jeweiligen Werte geben Aufschluss über das Ausmaß des Zusammenhangs, wobei Werte von  $r \leq 0.2$  als sehr gering,  $\leq 0.5$  als gering,  $\leq 0.7$  als mittel,  $\leq 0.9$  als hoch und  $> 0.9$  als sehr hoch interpretiert werden können (Bühl, 2008). Die Berechnung der Effektstärke erfolgt anhand folgender Formel:  $ES = \frac{2r}{\sqrt{1-r^2}}$ . (Bortz & Döring, 2006).

### **Spearmans Rangkorrelationskoeffizient**

Spearmans Rangkorrelationskoeffizient dient der Untersuchung des Zusammenhangs zweier nicht-intervallskalierter Variablen. Zur Durchführung dieses Verfahrens müssen die untersuchten Variablen zumindest ordinalskaliert sein (Bortz & Döring, 2006).

### **t-Test für unabhängige Stichproben**

Mittels t-Test für unabhängige Stichproben lässt sich bestimmen, ob sich die Mittelwerte zweier unabhängiger Gruppen signifikant voneinander unterscheiden. Voraussetzungen für die Durchführung dieses Verfahrens stellen die Intervallskalierung der Variablen, die Normalverteilung dieser sowie die Homogenität der Varianzen dar. Ist die Homogenität der Varianzen nicht gegeben, werden die Ergebnisse des t-Test für inhomogene Varianzen zur Interpretation herangezogen. Aufschluss über die praktische Relevanz der signifikanten Ergebnisse liefert Cohens d. Die Berechnung dieser Effektstärke erfolgt mittels der Formel:  $d = t \times \sqrt{\frac{1}{n_1} - \frac{1}{n_2}}$ . Bei der Interpretation der resultierenden Werte spricht man bei einem  $d > 0.2$  von einem kleinen, bei einem  $d > 0.5$  von einem mittleren und bei einem  $d > 0.8$  von einem großen Effekt (Bortz & Döring, 2006).

## **Einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA)**

Sollen mehr als zwei Gruppen hinsichtlich ihrer Mittelwerte verglichen werden, stellt die Varianzanalyse das Verfahren der Wahl dar. Da es sich bei diesem Verfahren um die Erweiterung des t-Tests für unabhängige Stichproben handelt, gelten dessen Durchführungsvoraussetzungen auch für die Varianzanalyse. Jedoch unterscheidet sich die Berechnung der Effektstärke dahingehend, dass diese im Rahmen der einfaktoriellen Varianzanalyse anhand folgender Formel bestimmt wird:  $f = \sqrt{\frac{\eta^2}{1-\eta^2}}$ . Laut Bortz und Döring (2008) wird bereits ab einem Wert von 0.1 von einer geringen Effektstärke ausgegangen. Ab einem Wert von 0.25 spricht man von einem mittleren und ab einem Wert von 0.4 bereits von einem starken Effekt.

## **Binäre logistische Regression**

Die binäre logistische Regression stellt ein Verfahren zur Vorhersage dichotomer Variable dar. Die Auswahl der relevanten Prädiktoren zur Vorhersage erfolgt mit der „Rückwärts Wald“-Methode (Bortz & Döring, 2006). Zudem lässt sich aus der resultierenden Vier-Felder-Tafel die Sensitivität sowie die Spezifität des Vorhersagemodells bestimmen. Dabei gibt die Sensitivität, berechnet anhand der Formel  $SE = \frac{a}{(a+c)}$ , Aufschluss darüber, mit welcher Güte Probanden korrekt erweisen als positiv klassifiziert werden. Die Spezifität beschreibt hingegen die korrekt negativ zugeordneten Patienten und wird mittels der Formel  $SP = \frac{d}{(b+d)}$  bestimmt (Meller & Fichter, 2005).

## **Chi<sup>2</sup>-Test**

Beim Chi<sup>2</sup>-Test handelt es sich um ein Verfahren zur Untersuchung von kategorialen Variablen. Dabei werden die erwarteten Häufigkeiten in den einzelnen Kategorien mit den tatsächlichen Häufigkeiten verglichen, um so ungewöhnliche Merkmalsverteilungen innerhalb der Kategorien zu identifizieren. Vor der Durchführung muss beachtet werden, dass jede Person nur Bestandteil einer Kategorie sein darf. Zudem stellt auch die Mindestanzahl von fünf Probanden pro Kategorie eine wichtige Voraussetzung dar, die im Falle einer 2x2 Matrix in jedem Falle gegeben sein sollte. Werden mehr als vier Kategorien untersucht, sollte dieses Kriterium zumindest in 80% der Kategorien erfüllt sein, wobei eine zu geringe Anzahl an Probanden immer mit einem Verlust an statistischer Macht einhergeht und daher, wenn möglich, vermieden werden sollte (Field, 2009).

## **Kruskal-Wallis-Test**

Beim Kruskal-Wallis-Test handelt es sich um ein nicht-parametrisches Verfahren zum Vergleich der Mittelwerte von mehr als zwei unabhängigen Gruppen. Da es auch verwendet werden kann, wenn die Homogenität der Varianzen nicht gegeben ist, stellt der Kruskal-Wallis-Test eine alternative zur einfaktoriellen Varianzanalyse dar (Field, 2009).

# **10. Zielsetzung, Fragestellungen und Hypothesen**

## **10.1 Zielsetzung der Untersuchung**

Die stationäre Vorgeschichte schizophrener Delinquenten stellt einen wichtigen potentiellen Einflussfaktor für das spätere straffällige Verhalten dieser Patientengruppe dar. Obwohl bereits eine Vielzahl von Einflussfaktoren identifiziert wurde, stellt sich nichtsdestotrotz weiterhin die Frage nach einer adäquaten Früherkennung möglicher Risikopatienten. Dies liegt maßgeblich in der intensiven Untersuchung des Einzelnen, die zur Prognosestellung nötig ist, begründet. Aufgrund ihrer zeitlichen Ausmaße kann diese nur schwer im Behandlungsalltag psychiatrischer Ambulatoen und stationärer Einrichtungen durchgeführt werden. Somit erfolgt eine erste umfassende forensisch-psychiatrische Begutachtung meist erst, nachdem ein Patient straffällig geworden ist. Da dieser Straffälligkeit in vielen Fällen eine lange Erkrankungsdauer vorausgeht, kann die Identifikation von Risikoverhaltensmustern hinsichtlich der Inanspruchnahme stationärer Einrichtungen einen entscheidenden Beitrag zur Verbesserung des Screenings schizophrener Patienten leisten.

In der vorliegenden Studie steht daher die typologische Beschreibung des stationären Inanspruchnahmeverhaltens von an Schizophrenie erkrankten geistig abnormalen Rechtsbrechern im Mittelpunkt. Hierbei besteht der erste Schritt in der Identifikation unterschiedlicher Faktoren, die der Inanspruchnahme stationärer Einrichtungen zugrunde liegen. Im Anschluss wird deren Zusammenhang mit Einflussfaktoren auf das delinquente Verhalten dieser Patientengruppe untersucht. Des Weiteren werden die durch die Einflussfaktoren hervorgerufenen Unterschiede auf die Ausprägung eines bestimmten Inanspruchnahmeverhaltensmusters im Detail betrachtet. Im Anschluss steht sowohl die Identifikation möglicher Prädiktoren für die unterschiedlichen Verhaltensdimension als auch die Untersuchung des prognostischen Wertes dieser im Hinblick auf die Schwere der

später begangenen Delikte im Mittelpunkt des Forschungsinteresses. Der letzte Teil der Studie befasst sich mit den aus den Verhaltensdimensionen gebildeten Inanspruchnahmetypen. Diese werden zuerst hinsichtlich etwaiger Unterschiede in Bezug auf ausgewählte Einflussfaktoren sowie die Delinquenz untersucht, bevor abschließend die Suche nach Prädiktoren für die Zugehörigkeit zu den unterschiedlichen Inanspruchnahmetypen erfolgt.

## **10.2 Fragestellungen und Hypothesen**

Basierend auf den vorhandenen Daten und den Erkenntnissen aus der Forschungsliteratur wurden folgende Fragestellungen ausgewählt, um sie im Rahmen dieser Studie zu untersuchen:

### **Fragestellung 1:**

**Forschungsfrage (FF) 1 befasst sich mit der Frage, ob der Anzahl der stationären Aufnahmen, der durchschnittlichen Dauer der Aufnahmen, dem Anteil der seit der Geburt in stationärer Aufnahme verbrachten Zeit, der Anzahl der abgebrochenen Aufenthalte und der Anzahl der unfreiwilligen Aufenthalte laut Unterbringungsgesetz (UbG) ein oder mehrere latente Faktoren zugrunde liegt.**

Im Folgenden wird für jede Fragestellung exemplarisch ein Hypothesenpaar dargestellt. Äquivalente Hypothesen ergeben sich jeweils für die anderen in der Fragestellung aufgeführten Aspekte.

### **Fragestellung 2:**

**Gibt es einen Zusammenhang zwischen den dem stationären Inanspruchnahmeverhalten zugrunde liegenden Faktoren und den sozialen Herkunftsvariablen (FF 2.1 Position in der Geburtsreihenfolge, FF 2.2 aggressives Verhalten der Eltern, FF 2.3 Familienstand der Eltern bis zum 18. Lebensjahr, FF 2.4 Höchster erreichter Schulabschluss, FF 2.5 Höchster erreichte Berufsausbildung, FF 2.6 Psychische Erkrankungen in der Familie, FF 2.7 Anzahl der Geschwister, FF 2.8 Anzahl erkrankter Familienmitglieder)?**

H2.0: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen den dem stationären Inanspruchnahmeverhalten zugrunde liegenden Faktoren und den sozialen Herkunftsvariablen.

H2.1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen den dem stationären Inanspruchnahmeverhalten zugrunde liegenden Faktoren und den sozialen Herkunftsvariablen.

Beispielhypotesenpaar:

H2.1.0: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der Anzahl der Geschwister und den dem stationären Inanspruchnahmeverhalten zugrunde liegenden Faktoren.

H2.1.1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Anzahl der Geschwister und den dem stationären Inanspruchnahmeverhalten zugrunde liegenden Faktoren.

### **Fragestellung 3:**

**Gibt es einen Zusammenhang zwischen den dem stationären Inanspruchnahmeverhalten zugrunde liegenden Faktoren und Aspekten der Erkrankung (FF 3.1 komorbider Substanzenmissbrauch, FF 3.2 komorbide Persönlichkeitsstörungen und FF 3.3 Subtypus der Schizophrenie)?**

H3.0: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen den dem stationären Inanspruchnahmeverhalten zugrunde liegenden Faktoren und den Aspekten der Erkrankung.

H3.1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen den dem stationären Inanspruchnahmeverhalten zugrunde liegenden Faktoren und den Aspekten der Erkrankung.

Beispielhypotesenpaar:

H3.1.0: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen komorbidem Substanzenmissbrauch und den dem stationären Inanspruchnahmeverhalten zugrunde liegenden Faktoren.

H3.1.1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen komorbidem Substanzenmissbrauch und den dem stationären Inanspruchnahmeverhalten zugrunde liegenden Faktoren.

#### **Fragestellung 4:**

**Gibt es einen Zusammenhang zwischen den dem stationären Inanspruchnahmeverhalten zugrunde liegenden Faktoren und den begangenen Straftaten sowie der Kriminalitätsprognose (FF 4.1 Anzahl der begangenen Straftaten, FF 4.2 PCL-R-Wert, FF 4.3 Alter bei Erstdelikt, FF 4.4 Anzahl der Gefängnisaufenthalte, FF 4.5 Schwere der begangenen Straftaten, FF 4.6 Schwere des Anlassdeliktes)?**

H4.0: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen den dem stationären Inanspruchnahmeverhalten zugrunde liegenden Faktoren und den Aspekten der Delinquenz.

H4.1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen den dem stationären Inanspruchnahmeverhalten zugrunde liegenden Faktoren und den Aspekten der Delinquenz.

Beispielhypotesenpaar:

H4.1.0: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der Anzahl der begangenen Straftaten und den dem stationären Inanspruchnahmeverhalten zugrunde liegenden Faktoren.

H4.1.1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Anzahl der begangenen Straftaten und den dem stationären Inanspruchnahmeverhalten zugrunde liegenden Faktoren.

#### **Fragestellung 5:**

**Unterscheiden sich Patienten hinsichtlich ausgewählter Merkmale (FF 5.1 Anzahl der Geschwister, FF 5.2 Position in der Geburtsreihenfolge, FF 5.3 aggressives Verhalten der Eltern, FF 5.4 Familienstand der Eltern, FF 5.5 Psychiatrische Erkrankungen in der Familie, FF 5.6 Subtyp der Schizophrenie, FF 5.7 komorbide Persönlichkeitsstörung, FF 5.8 komorbidem Substanzenkonsum, FF 5.9 Anzahl der Delikte, FF 5.10 PCL-R Score, FF 5.11 Schwere des Anlassdeliktes, FF 5.12 Durchschnittliche Schwere der Delikte) im Hinblick auf die Ausprägung der dem stationären Inanspruchnahmeverhalten zugrunde liegenden Faktoren?**

H5.0: Patienten mit niedrigen Werten in einem Merkmal unterscheiden sich nicht von Patienten mit hohen Werten hinsichtlich der Ausprägung der dem stationären Inanspruchnahmeverhalten zugrunde liegenden Faktoren.

H5.1: Patienten mit niedrigen Werten in einem Merkmal unterscheiden sich von Patienten mit hohen Werten hinsichtlich der Ausprägung der dem stationären Inanspruchnahmeverhalten zugrunde liegenden Faktoren.

Beispielhypotesenpaar:

H5.1.0: Patienten mit wenigen Geschwistern (0-1) unterscheiden sich nicht von Patienten mit vielen Geschwistern (1+) hinsichtlich der Ausprägung der dem stationären Inanspruchnahmeverhalten zugrunde liegenden Faktoren.

H5.1.1: Patienten mit wenigen Geschwistern (0-1) unterscheiden sich von Patienten mit vielen Geschwistern (1+) hinsichtlich der Ausprägung der dem stationären Inanspruchnahmeverhalten zugrunde liegenden Faktoren.

#### **Fragestellung 6:**

**Gibt es Unterschiede zwischen Patienten mit niedrigen und hohen Werten in den dem stationären Inanspruchnahmeverhalten zugrunde liegenden Faktoren sowie Patienten, die vor ihrem Anlassdelikt nicht stationär aufgenommen waren, hinsichtlich der Schwere der begangenen Delikte?**

H6.0: Patienten mit niedrigen und hohen Werten in den dem stationären Inanspruchnahmeverhalten zugrunde liegenden Faktoren sowie Patienten, die vor ihrem Anlassdelikt nicht stationär aufgenommen waren, unterscheiden sich nicht hinsichtlich der Schwere der begangenen Delikte.

H6.1: Patienten mit niedrigen und hohen Werten in den dem stationären Inanspruchnahmeverhalten zugrunde liegenden Faktoren sowie Patienten, die vor ihrem Anlassdelikt nicht stationär aufgenommen waren, unterscheiden sich hinsichtlich der Schwere der begangenen Delikte.

## **Fragestellung 7**

**Gibt es signifikante Prädiktoren für die Vorhersage der dem stationären Inanspruchnahmeverhalten zugrunde liegenden Faktoren?**

H7.0: Es gibt keine signifikanten Prädiktoren für die Vorhersage.

H7.1: Es gibt signifikante Prädiktoren für die Vorhersage.

## **Fragestellung 8**

**Eignen sich die dem stationären Inanspruchnahmeverhalten zugrunde liegenden Faktoren als Prädiktoren für die Vorhersage der FF 8.1 Schwere des begangenen Anlassdeliktes, FF 8.2 durchschnittlichen Schwere der begangenen Delikte?**

H8.0: Die dem stationären Inanspruchnahmeverhalten zugrunde liegenden Faktoren eignen sich nicht als Prädiktoren für die Vorhersage.

H8.1: Die dem stationären Inanspruchnahmeverhalten zugrunde liegenden Faktoren eignen sich als Prädiktoren für die Vorhersage.

Beispielhypotesenpaar:

H8.1.0: Die dem stationären Inanspruchnahmeverhalten zugrunde liegenden Faktoren eignen sich nicht als Prädiktoren für die Vorhersage der Schwere des begangenen Anlassdeliktes.

H8.1.1: Die dem stationären Inanspruchnahmeverhalten zugrunde liegenden Faktoren eignen sich als Prädiktoren für die Vorhersage der Schwere des begangenen Anlassdeliktes.

## **Fragestellung 9**

**Unterscheiden sich die auf den extrahierten Faktoren basierenden Inanspruchnahmetypen hinsichtlich ausgewählter Merkmale (FF 9.1 Familienstand der Eltern, FF 9.2 Anzahl der Geschwister, FF 9.3 Position in der Geburtsreihenfolge, FF 9.4 Subtyp der Schizophrenie, FF 9.5 komorbider Substanzenkonsum, FF 9.6 PCL-R Score, FF 9.7 Anzahl der Gefängnisaufenthalte, FF 9.8 Anzahl der Delikte, FF 9.9 Schwere des Anlassdeliktes, FF 9.10 Durchschnittliche Schwere der Delikte)?**

H9.0: Die Inanspruchnahmetypen unterscheiden sich nicht in der Ausprägung der ausgewählten Faktoren.

H9.1: Die Inanspruchnahmetypen unterscheiden sich in der Ausprägung der ausgewählten Faktoren.

Beispielhypotesenpaar:

H9.10.0: Die Inanspruchnahmetypen unterscheiden sich nicht in der Schwere des begangenen Anlassdeliktes.

H9.10.1: Die Inanspruchnahmetypen unterscheiden sich in der Schwere des begangenen Anlassdeliktes.

### **Fragestellung 10**

**Gibt es signifikante Prädiktoren für die Vorhersage der Zugehörigkeit zu einem von zwei Inanspruchnahmetypen?**

H10.0: Es gibt keine signifikanten Prädiktoren für die Vorhersage.

H10.1: Es gibt signifikante Prädiktoren für die Vorhersage.

## **11. Stichprobenbeschreibung**

Die für diese Studie erhobene Stichprobe besteht aus ehemaligen und aktuellen Insassen der Justizanstalt Göllersdorf. Bei dieser Einrichtung handelt es sich um die österreichweit einzige Justizanstalt ausschließlich für männliche geistig abnorme Rechtsbrecher verurteilt nach §21/1 StGB. Nach dem Ausschluss der Patienten, die nicht an Schizophrenie erkrankt waren, sowie den Falldarstellungen, die fehlende Informationen bezüglich der stationären Vorgeschichte aufwiesen, wurden 132 Patienten in die Stichprobe aufgenommen. Die Falldarstellungen der Probanden stammen aus den Jahren 1993 bis 2013. Aufgrund der vorherrschenden Geschlechtertrennung im Strafvollzug handelt es sich dabei um eine ausschließlich männliche Stichprobe. Zudem haben alle Untergebrachten ein Delikt begangen, das die rechtlichen Grundlagen einer Verurteilung nach §21/1 StGB erfüllt (vgl. Kapitel 3.1). Außerdem sei darauf hingewiesen, dass je nach Häufigkeit von fehlenden Daten innerhalb eines untersuchten Aspekts auf eine in

unterschiedlichem Ausmaß reduzierte Stichprobe Bezug genommen wird, da fehlende Informationen nicht ergänzt wurden.

## 11.1 Soziodemografische und familiäre Aspekte

### Alter

Da es sich um eine retrospektive Betrachtung der Daten handelt und die Falldarstellungen der Patienten zu unterschiedlichsten Zeitpunkten entstanden sind, erscheint es wenig sinnvoll, das heutige Alter der Probanden einer näheren Betrachtung zu unterziehen. Zudem sind einige Probanden zum Zeitpunkt dieser Studie bereits verstorben, weshalb für die Darstellung der Altersverteilung der gezogenen Stichprobe das Geburtsjahr der Patienten herangezogen wird (Abbildung 2). Dabei zeigt sich, dass 54,6% (n=72) der Untersuchten aus den Jahrgängen 1960 bis 1979 stammen. Die drittstärkste Gruppe bilden die Patienten aus den Geburtsjahrgängen 1950 bis 1959 mit 23,5% (n=31). Ältere (n=16) und jüngere Probanden (n=13) halten sich mit 12,1% und 9,9% die Waage.

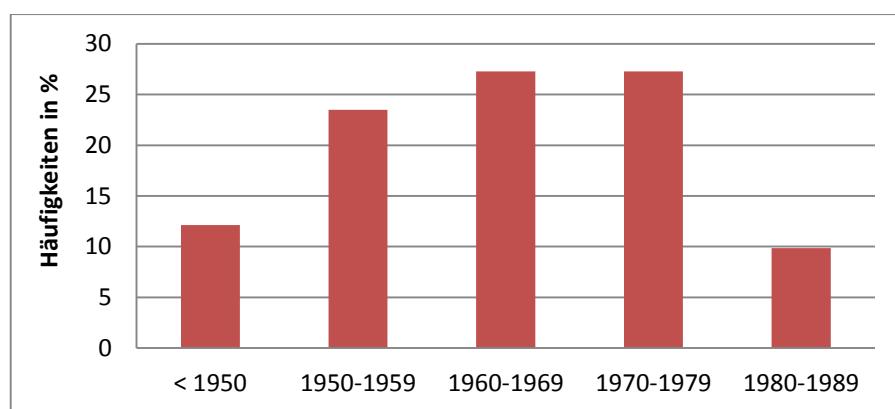


Abbildung 2: Verteilung der Geburtsjahre innerhalb der Stichprobe

### Familienstand

Hinsichtlich des Familienstandes der Untersuchten zeigt sich, dass 83,3% (n=110) zum Zeitpunkt der Inhaftierung ledig waren. Die zweitgrößte Gruppe bilden die geschiedenen Patienten mit 12,8% (n=17). Lediglich 3,8% (n=5) der Patienten befanden sich während der Begehung des Anlassdeliktes in einer festen Partnerschaft (vgl. Abbildung 3).

Bezüglich des Familienstandes der Eltern bis zum 18. Lebensjahr des Probanden wird deutlich, dass der Anteil von Probanden, deren Eltern sich nicht trennten (46,9%; n=61), annähernd gleich groß ist wie der Anteil der Untersuchten, die einen Elternteil vor dem

18. Lebensjahr durch Trennung oder Tod verloren haben (43,9%; n=57). 9,0% der Mütter standen bei der Geburt in keiner festen Beziehung zum Kindesvater.

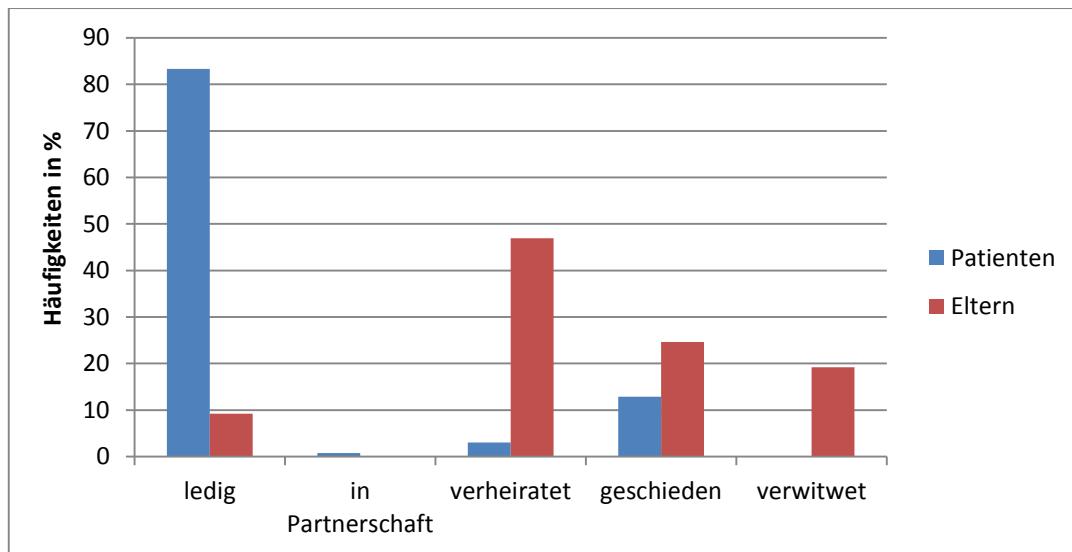


Abbildung 3: Verteilung des Familienstandes der Patienten und deren Eltern innerhalb der Stichprobe

### Schulbildung

Abbildung 4 zeigt die Verteilung der Schulbildung innerhalb der Stichprobe. Dabei zeigt sich, dass 55,5% (n=66) der Stichprobe über einen Hauptschulabschluss verfügen. Zweitgrößte Gruppe bilden die Probanden, die den polytechnischen Lehrgang (PTL) absolviert haben. Diese beläuft sich auf 17,6% (n=21) der Gesamtgruppe. Probanden, die über keinen Schulabschluss verfügen (10,9%; n=13), sind in gleichem Ausmaß vertreten wie Patienten, die ihre Schullaufbahn mit der Matura oder dem Abitur (10,1%; n=12) abgeschlossen haben. Ebenso finden sich Patienten mit Sonderschulabschluss (2,5%; n=3) in etwa so häufig in der Stichprobe wie Probanden mit mittlerer Reife (3,4%; n=4).

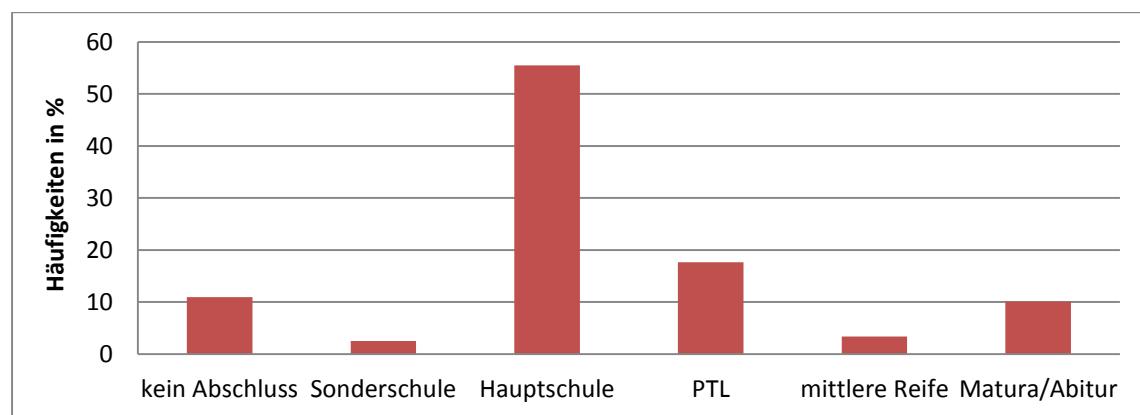


Abbildung 4: Verteilung der schulischen Bildung innerhalb der Stichprobe

## Berufsausbildung

Hinsichtlich der Berufsausbildung zeigt sich, dass 60,6% (n=80) der Patienten über keine abgeschlossene Schulausbildung verfügen. 37,9% (n=50) der Probanden waren im Anschluss an ihre Schulzeit in der Lage, eine Berufsausbildung erfolgreich abzuschließen (vgl. Abbildung 5).

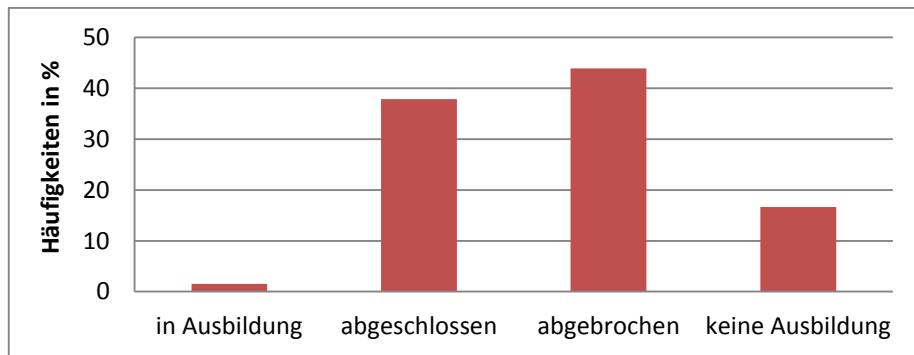


Abbildung 5: Verteilung der beruflichen Bildung innerhalb der Stichprobe

## Geschwister

In Bezug auf die Geschwisteranzahl der Patienten fasst Abbildung 6 die Ergebnisse zusammen. Dabei wird deutlich, dass die Probanden im Mittel mit  $M = 3,09$  ( $SD = 0,148$ ) Geschwistern aufwuchsen, obwohl 13,7% (n=18) der Stichprobe als Einzelkinder über keinerlei Geschwister verfügten. Der Großteil der Untersuchten (33,6%; n=44) wuchs jedoch zumindest mit drei oder mehr Geschwistern auf, wobei in dieser Anzahl auch Stief- sowie Halbgeschwister inkludiert sind. Probanden mit einem (32,8%; n=43) und zwei Geschwistern (19,8%; n=26) sind häufiger vertreten als Einzelkinder.

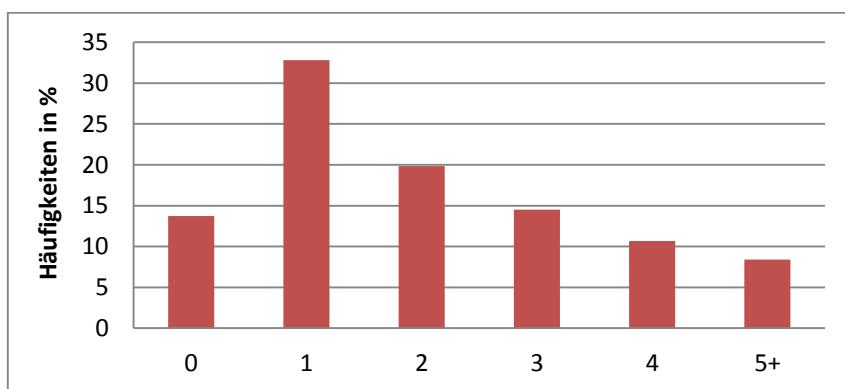


Abbildung 6: Verteilung der Geschwisteranzahl innerhalb der Stichprobe

Die Betrachtung der Position der Patienten in der Geburtsreihenfolge ergibt, dass die Probanden mit Geschwistern in dieser Studie zumeist Letzt- (33,1%; n=41) oder Erstgeborene (28,2%; n=35) sind. Patienten, die an mittlerer Position geboren wurden, sind in geringerem Ausmaß (24,2%; n=30) vertreten (vgl. Abbildung 7).

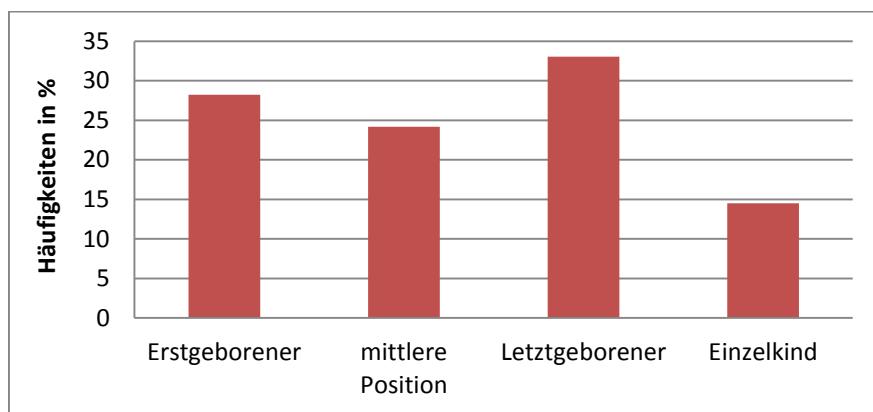


Abbildung 7: Verteilung der Geburtsreihenfolge innerhalb der Stichprobe

### **Heimaufenthalte vor dem 18. Lebensjahr**

Das Vorkommen von außerfamiliären Unterbringungen innerhalb der Stichprobe wird in Abbildung 11 zusammengefasst. Grundsätzlich zeigt sich dabei, dass 7,6% (n=10) der Probanden während ihrer Kindheit oder Jugend in einem Heim oder einer Pflegefamilie untergebracht waren. Der mit 90,9% (n=120) überwiegende Anteil der Stichprobe kann jedoch keine derartige Unterbringung vorweisen.

### **Aggressives Verhalten der Eltern**

Betrachtet man das Vorkommen von aggressiven Verhaltensweisen seitens der Eltern gegenüber ihren Kindern, so wird deutlich, dass dieses innerhalb der Stichprobe annähernd gleich verteilt ist. 56,4% (n=44) der Stichprobe gaben an, in einem harmonischen Familienumfeld aufgewachsen zu sein, wohingegen 43,6% (n=34) von körperlichen Aggressionen im Elternhaus berichteten (vgl. Abbildung 11).

### **Familiäre Vorbelastung durch psychische Erkrankungen**

Bezüglich der familiären Vorbelastung durch psychische Erkrankungen zeigt sich, dass bei 41,1% (n=53) der Probanden auch bei anderen Familienmitgliedern psychiatrische Krankheiten vorkamen (vgl. Abbildung 11), wobei bei 74,6% (n=39) dieser Fälle lediglich ein weiteres Familienmitglied psychisch erkrankt war (vgl. Abbildung 8).

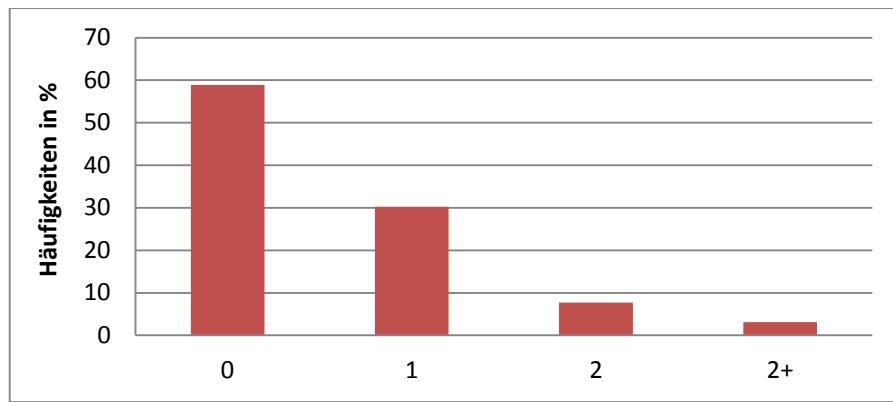


Abbildung 8: Verteilung der Anzahl psychisch erkrankter Familienmitglieder innerhalb der Stichprobe

Im Hinblick auf die verwandtschaftliche Beziehung der Probanden zu anderen psychisch erkrankten Familienangehörigen wird deutlich, dass es zumeist die Eltern sind (73,6%; n=39), die ebenfalls an einer klinisch relevanten Störung leiden (vgl. Abbildung 9).

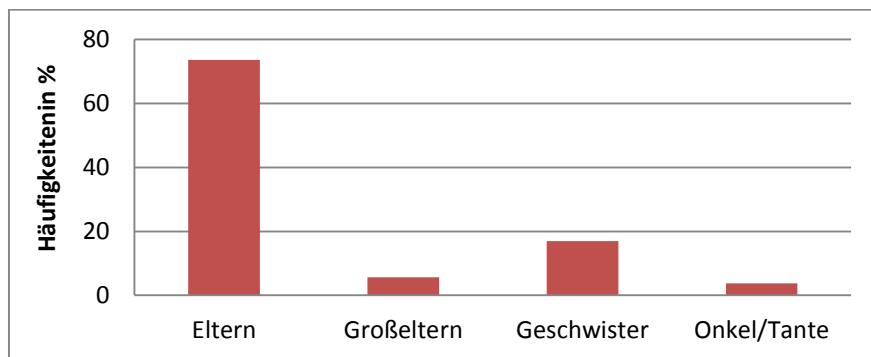


Abbildung 9: Verteilung des Verwandtschaftsgrads zu den psychisch erkrankten Familienmitgliedern innerhalb der Stichprobe

Der Großteil der Diagnosen der erkrankten Familienmitglieder stammt aus dem Bereich der Alkohol- und Substanzspezifischen Störungen (43,1%; n=22). Eine Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis findet sich hingegen bei 27,5% (n=14) der Angehörigen (vgl. Abbildung 10).

### **Familiäre Vorbelastung durch Delinquenz**

Die Betrachtung der Verteilung der familiären Vorbelastung durch Delinquenz innerhalb der Stichprobe ergab, dass sich bei 90,9% (n=120) der Probanden keine Familienmitglieder mit einschlägigen Vorstrafen finden. 9,1% (n=12) berichten jedoch sehr wohl von Angehörigen, die für die Begehung von Straftaten verurteilt wurden (vgl. Abbildung 11).

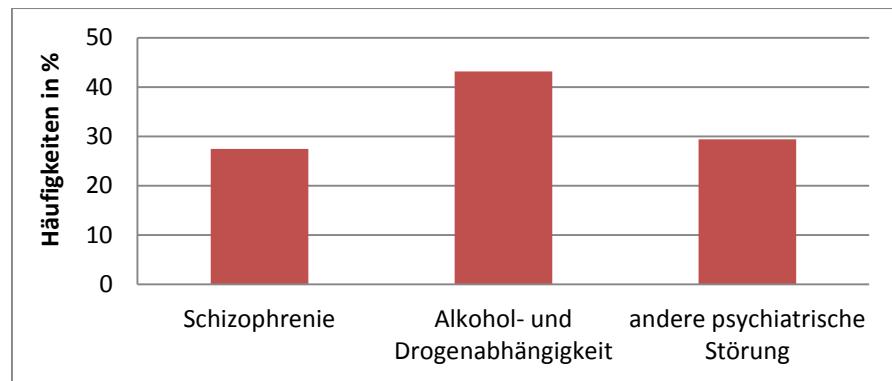


Abbildung 10: Verteilung der psychiatrischen Diagnosen innerhalb der erkrankten Familienmitglieder

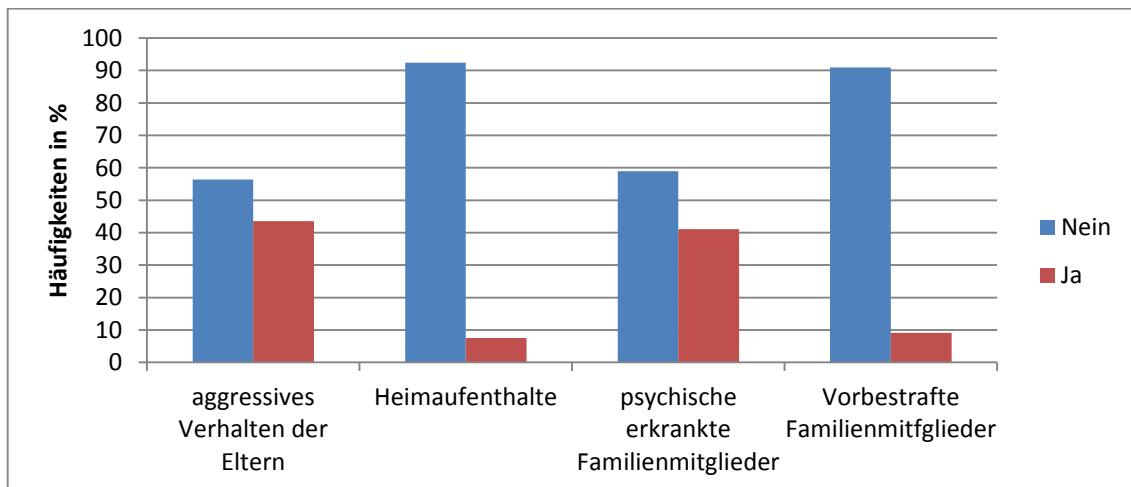


Abbildung 11: Verteilung des grundsätzlichen Vorkommens von aggressivem Verhalten der Eltern, Heimaufenthalten, psychisch erkrankten sowie vorbestraften Familienmitgliedern innerhalb der Stichprobe

## 11.2 Komorbiditäten und Aspekte der schizophrenen Grunderkrankung

### Substanzenabusus

Hinsichtlich des Substanzenkonsums zeigt sich, dass etwa die Hälfte der Stichprobe zu keiner Zeit illegale Substanzen (41,2%; n=54) regelmäßig konsumierte. Der Großteil der Probanden nahm jedoch sehr wohl Substanzen, zumindest in missbräuchlichem Ausmaß, zu sich (58,8%; n=77), wobei 13,7% (n=18) lediglich Alkohol, 45,0% (n=37) jedoch auch illegale Substanzen konsumierten. 16,8% (n=22) der Probanden erfüllten die Kriterien des multiplen Substanzgebrauchs (vgl. Abbildung 12).

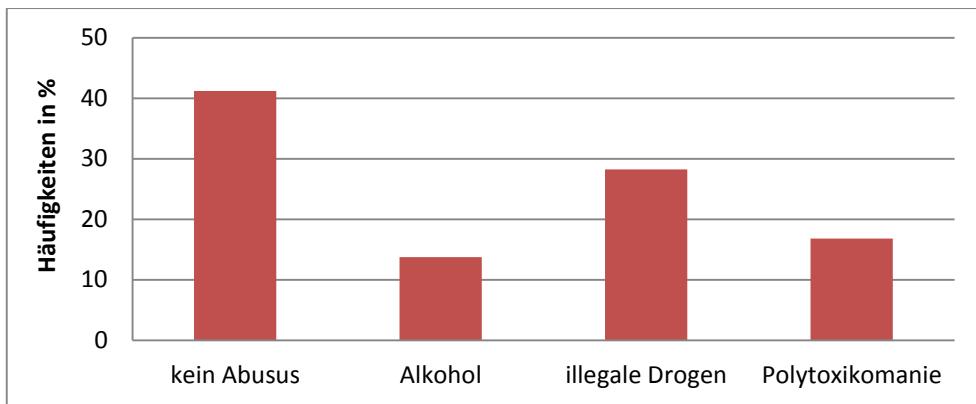


Abbildung 12: Verteilung des grundsätzlichen Konsumverhaltens legaler und illegaler Rauschsubstanzen innerhalb der Stichprobe

### **Alkoholkonsum**

Für die Verteilung des Alkoholkonsums innerhalb der Stichprobe ergaben sich die in Abbildung 13 dargestellten Ergebnisse. Dabei fällt auf, dass ein Großteil der Probanden keinen klinisch relevanten Alkoholkonsum aufwies (55,7%; n=73). Jedoch findet sich ein im Vergleich zu den anderen Substanzen besonders hoher Anteil von Patienten, die sich während der Begehung ihres Anlassdeliktes in alkoholisiertem Zustand befanden (14,5%; n=19).

### **Cannabiskonsum**

Cannabis ist die Substanz, die unter den illegalen Drogen innerhalb der Stichprobe am häufigsten konsumiert wurde (38,2%; n=50), wobei der Konsum hauptsächlich in Form von Missbrauch stattfand (90,0%; n=45) (vgl. Abbildung 13).

### **Opiatkonsum**

Die Betrachtung der Ergebnisse hinsichtlich des Opiatkonsums ergab, dass 15,3% (n=20) der Stichprobe regelmäßig Opiate konsumierten. Davon befanden sich 15,0% (n=3) in einer Abhängigkeit, ein Proband (5,0%) stand bei der Begehung seines Anlassdeliktes unter Opiateinfluss. Abbildung 13 fasst die Ergebnisse zu dieser Substanz zusammen.

### **Kokainkonsum**

Abbildung 13 zeigt die Ergebnisse bezüglich des Vorkommens von klinisch relevantem Kokainkonsum innerhalb der Stichprobe. Ähnlich den Ergebnissen zum Konsum von Opiaten beträgt der Anteil der Kokainkonsumenten 12,2% (n=16), wovon lediglich ein Proband (0,8%) eine Abhängigkeit aufwies.

## **Amphetamin-, Ecstasy- und Halluzinogenkonsum**

Bezüglich des Konsums von Amphetaminen und Ecstasy zeigten jeweils lediglich 6,1% (n=8) ein Konsumverhalten, das die Kriterien eines Missbrauchs erfüllt. Der Konsum von Halluzinogenen ist in der Stichprobe hingegen weiter verbreitet. Hier zeigten 15,3% (n=20) ein missbräuchliches Konsumverhalten (vgl. Abbildung 13).

## **Benzodiazepinkonsum**

Hinsichtlich des Konsums von Benzodiazepinen zeigt sich, dass der überwiegende Teil der Stichprobe (89,3%; n=117) zu keiner Zeit regelmäßigen Konsum dieser Substanzengruppe betrieb. 9,2% (n=12) der Stichprobe entwickelte hingegen zumindest ein missbräuchliches Konsummuster, und zwei Probanden (1,5%; n=2) befanden sich im Laufe ihres Lebens in einer Abhängigkeit (vgl. Abbildung 13).

## **Konsum anderer Substanzen**

Zudem fand sich mit 8,4% (n=11) ein geringer Anteil an Patienten, der Substanzen in einer klinisch relevanten Weise konsumiert, die keiner der oben genannten Kategorien zugeordnet werden können (vgl. Abbildung 13). Dabei handelt es sich vor allem um Medikamente, die zumeist den Hypnotika und Sedativa zugeordnet werden können. Vereinzelt wurden jedoch auch antriebsteigernde Präparate missbraucht.

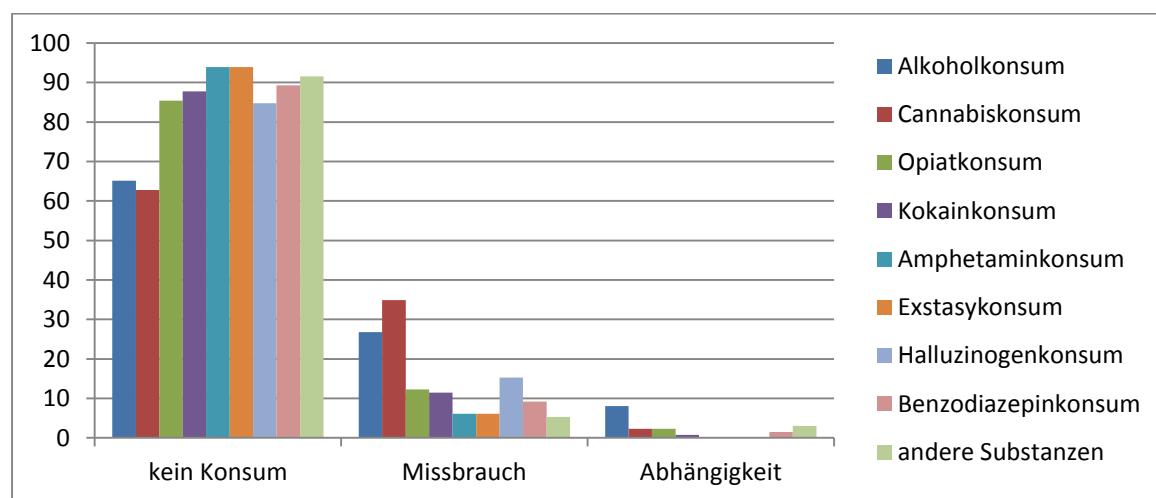


Abbildung 13: Verteilung des Konsumverhaltens der Substanzen Alkohol, Cannabis, Kokain, Amphetamine, Ecstasy, Halluzinogene, Benzodiazepine und anderen Substanzen innerhalb der Stichprobe

## Erkrankungsbeginn

Die in Abbildung 14 dargestellten Ergebnisse bezüglich des Erkrankungsbeginns der Probanden zeigen, dass der Erkrankungsbeginn in Mittelwert bei  $M = 23,23$  Jahren ( $SD = 0,68$ ) liegt. Der Großteil (43,2%; n=57) der Untersuchten nimmt zwischen ihrem 18. und 24. Lebensjahr die ersten merklichen Symptome der schizophrenen Grunderkrankung wahr. Zudem wird deutlich, dass 22,7% (n=30) der Untersuchten bereits vor ihrem 18. Lebensjahr von schizophreneren Symptomen betroffen waren. Die Gruppe der Patienten mit einem Erkrankungsbeginn nach dem 30. Lebensjahr ist mit 13,6% (n=18) hingegen geringer.

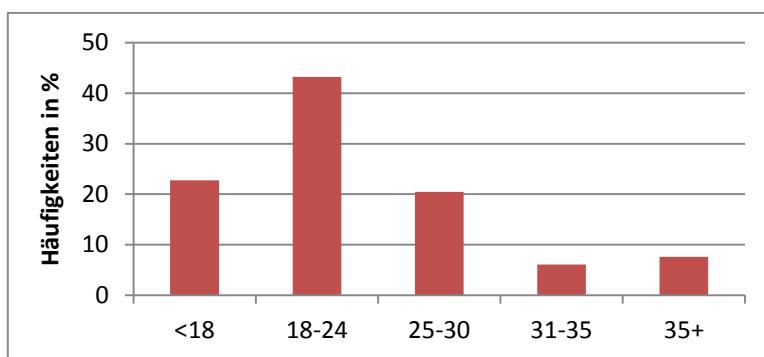


Abbildung 14: Verteilung des Beginns der schizophrenen Grunderkrankung innerhalb der Stichprobe

## Subtyp der Schizophrenie

Bei der Verteilung des schizophreneren Subtypus der Probanden ergeben sich die in Abbildung 15 dargestellten Ergebnisse. Dabei wird deutlich, dass die paranoide Schizophrenie (ICD-10: F20.0) innerhalb der Stichprobe mit 52,3% (n=69) die am häufigsten gestellte Diagnose darstellt. Die mit 14,5% (n=19) zweitgrößte Gruppe bilden die Probanden, die an einer schizoaffektiven Störung (ICD-10: F25.0) erkrankt sind. Lediglich 3,0% (n=4) der Stichprobe leiden an dem Subtyp der Schizophrenia simplex (ICD-10: F20.5). Hebephrener (ICD-10: F20.1), katatoner (ICD-10: F20.2) und undifferenzierte Subtyp (ICD-10: F20.3) sowie der schizophrene Residualzustand (ICD-10: F20.5) sind mit jeweils ca. 7,5% innerhalb der Stichprobe etwa gleich verteilt.

## Komorbide Persönlichkeitsstörung

Von den insgesamt 132 Probanden der Stichprobe wurde bei 29 Probanden die Diagnose einer komorbidien Persönlichkeitsstörung gestellt. Abbildung 16 fasst die Verteilung der einzelnen Diagnosen zusammen. Dabei zeigt sich, dass mit 48,3% (n=14) die dissoziale Persönlichkeitsstörung am häufigsten und die Gruppe der sonstigen, kombinierten und

anderen Persönlichkeitsstörungen mit 34,5% (n=10) am zweithäufigsten innerhalb der Stichprobe vertreten ist.

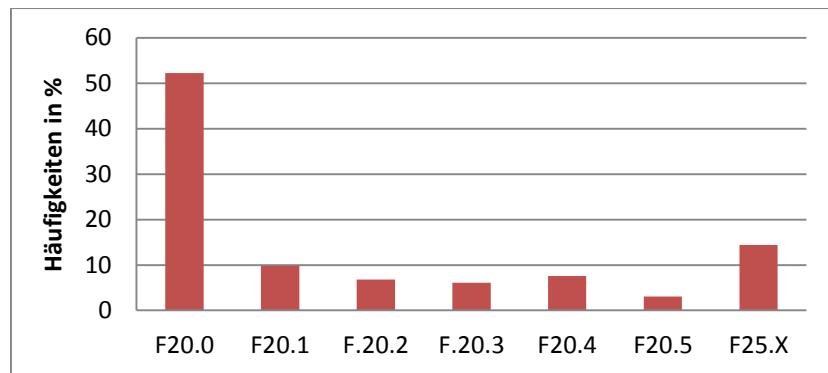


Abbildung 15: Verteilung des schizotypen Subtypus innerhalb der Stichprobe

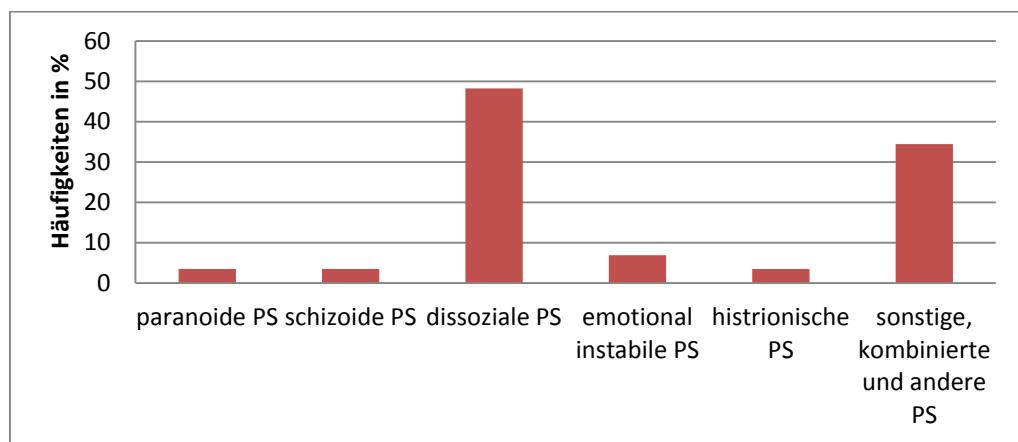


Abbildung 16: Verteilung der Diagnosen der komorbidien Persönlichkeitsstörung innerhalb der Teilstichprobe der Probanden, die eine solche aufweisen

### Psychopathie

Die Verteilung des Ausmaßes der Psychopathie innerhalb der Stichprobe, gemessen mit dem PCL-R, ergibt, dass mit 17,0% (n=16) nur ein geringer Teil der Probanden die Kriterien für eine gesicherte Psychopathie erfüllt. Patienten mit einer niedrigen oder mittleren Ausprägung sind mit jeweils 41,5% (n=39) innerhalb der Stichprobe deutlich häufiger vertreten (vgl. Abbildung 17). Der daraus resultierende Mittelwert liegt bei  $M = 17,45$  ( $SD = 0,77$ ) Punkten.

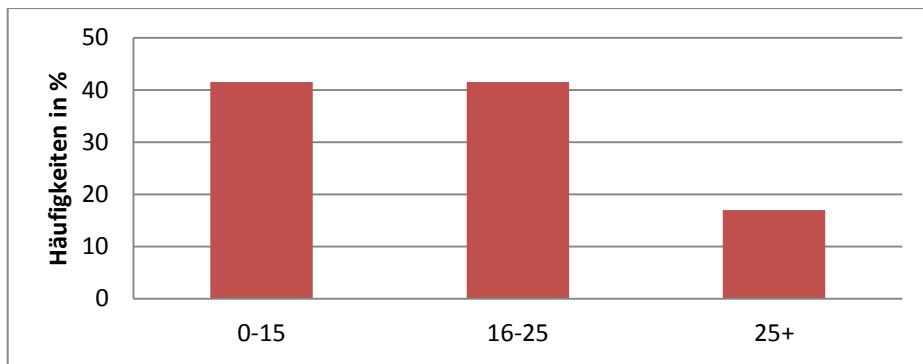


Abbildung 17: Verteilung des Ausmaßes an Psychopathie (PCL-R Score) innerhalb der Stichprobe

### 11.3 Aspekte des stationären Inanspruchnahmeverhaltens

#### Anzahl der stationären Aufnahmen

Die in Abbildung 18 dargestellten Ergebnisse bezüglich der Gesamtanzahl der stationären Aufnahmen machen deutlich, dass 18,2% (n=24) der Gesamtstichprobe vor ihrem Anlassdelikt nicht stationär aufgenommen wurden. Im Mittelwert liegt die Anzahl der Aufnahmen bei  $M = 7,20$  ( $SD = 0,71$ ). Die größte Subgruppe unter den Probanden mit stationären Aufnahmen bildet mit 22,2% (n=24) die Gruppe der sechs bis zehn Mal aufgenommenen Patienten. Der Anteil der Stichprobe, der weniger als sechs Mal aufgenommen wurde, beträgt 47,2% (n=51), wohingegen der Anteil der mehr als zehn Mal aufgenommenen Probanden 30,6% (n=33) ausmacht.

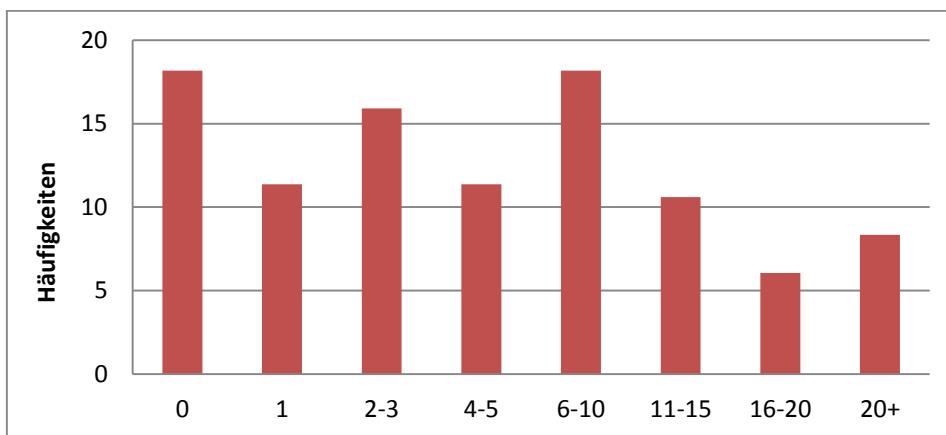


Abbildung 18: Verteilung der Gesamtanzahl der stationären Aufenthalte innerhalb der Stichprobe

#### Insgesamt aufgenommen verbrachte Zeit

Abbildung 19 fasst die Ergebnisse bezüglich der Verteilung der insgesamt in stationärer Aufnahme verbrachten Zeit innerhalb der Stichprobe zusammen. Grundsätzlich ergibt sich eine im Mittelwert  $M = 413,09$  ( $SD = 65,79$ ) Tage betragende Behandlungsdauer.

Die Betrachtung der einzelnen Subgruppen macht deutlich, dass der Großteil der Probanden insgesamt zwischen 0 und 100 Tagen aufgenommen war (38,9%; n=42). Die drittgrößte Teilgruppe bilden mit 13,0% (n=14) die zwischen 101 und 200 Tagen Aufgenommenen, gefolgt von den Untersuchten, die im Laufe ihrer Erkrankung mehr als 1000 Tage in stationären Einrichtungen verbracht haben (12,0%; n=13).

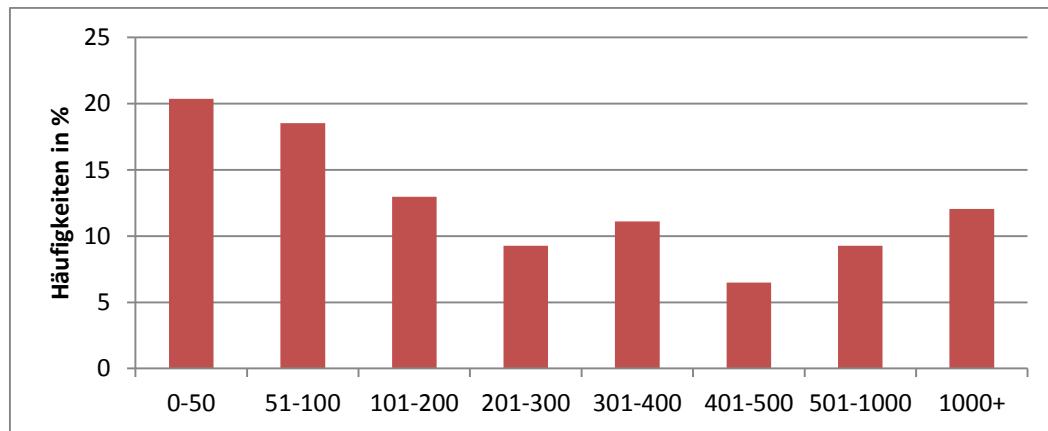


Abbildung 19: Verteilung der insgesamt in stationärer Aufnahme verbrachten Zeit (in Tagen) innerhalb der Stichprobe

### **Durchschnittliche Dauer der Aufnahmen**

Betrachtet man die durchschnittliche Dauer der einzelnen stationären Aufnahmen, so ergibt sich eine eher homogene Verteilung dieses Aspektes innerhalb der Stichprobe. Im Mittelwert beträgt eine Aufnahme durchschnittlich  $M = 41,09$  Tage ( $SD = 4,43$ ). Bei genauerer Betrachtung der einzelnen Subgruppen wird deutlich, dass die Patienten mit einer durchschnittlichen Aufnahmedauer von 11 bis 30 Tagen mit 38,3% (n=41) überwiegen. Jedoch zeigt sich, dass ein beträchtlicher Anteil der Stichprobe pro Aufnahme nicht länger als 10 Tage in einer Einrichtung verbrachte (15,9%; n=17). Ebenso zeigt sich für die Subgruppe der im Durchschnitt eher lang aufgenommenen Patienten, dass 20,6% (n=22) der Gesamtstichprobe pro Aufnahme 60 Tage oder mehr in einer Einrichtung verblieben (vgl. Abbildung 20).

### **Anzahl der unfreiwilligen Aufnahmen**

Hinsichtlich der Verteilung der Anzahl der unfreiwilligen Aufnahmen innerhalb der Stichprobe wird deutlich, dass 22,7% (n=30) der Probanden ausschließlich freiwillig aufgenommen wurde. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass 24 Untersuchte im Allgemeinen keinerlei stationäre Aufenthalte vorweisen können. Dementsprechend verbleiben unter den Probanden, die zumindest einmal stationär aufgenommen waren,

lediglich 5,5% (n=6), die ausschließlich freiwillige Aufnahmen vorweisen können. Bei dem Großteil der Patienten mit stationären Aufnahmen (56,5%; n=61) finden sich jedoch zumeist ein bis drei unfreiwillige Aufnahmen in der Krankengeschichte. Besonders hervorzuheben ist zudem die Subgruppe der Probanden, die im Verlauf ihrer Erkrankung mehr als sechs Mal unfreiwillig aufgenommen waren, da diese 22,2% (n=24) der Gesamtstichprobe umfasst. Daher finden sich in den Krankengeschichten der Untersuchten im Mittelwert  $M = 3,43$  ( $SD = 0,37$ ) unfreiwillige Aufnahmen. Einen detaillierten Überblick der Ergebnisse liefert Abbildung 21.

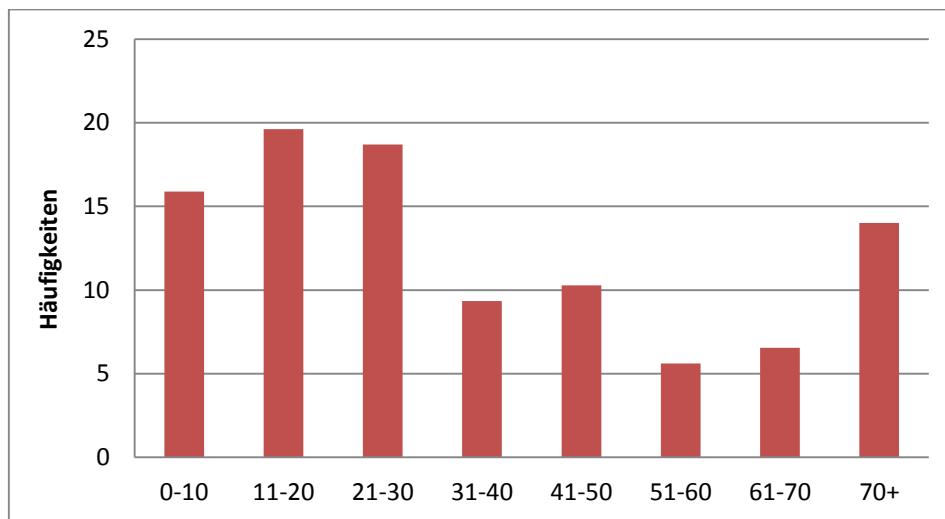


Abbildung 20: Verteilung der durchschnittlichen Dauer der stationären Aufnahmen (in Tagen) innerhalb der Stichprobe

### Anzahl der abgebrochenen Aufnahmen

Betrachtet man die Ergebnisse bezüglich der Anzahl der abgebrochenen Aufnahmen, so wird deutlich, dass sich hier der Anteil der Patienten ohne Behandlungsabbruch in der Krankengeschichte, exklusive der Patienten ohne Aufnahmen, auf 37,0% (n=40) beläuft. Falls sich in der Vergangenheit eines Probanden abgebrochene Aufnahmen finden, so beläuft sich die Gesamtanzahl zumeist auf eine oder zwei abgebrochene Aufnahmen, wobei der Mittelwert innerhalb der Stichprobe bei  $M = 1,86$  ( $SD = 0,26$ ) liegt. Es gibt jedoch auch hier mit 15,7% (n=17) eine beträchtliche Gruppe von Untersuchten, die in ihrem bisherigen Krankheitsverlauf mehr als sechs Mal Aufnahmen abgebrochen hat (vgl. Abbildung 22).

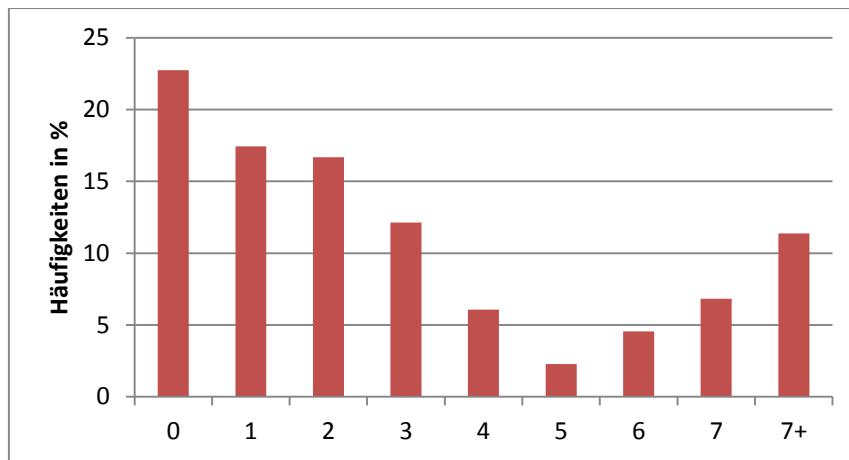


Abbildung 21: Verteilung der unfreiwilligen Aufnahmen innerhalb der Stichprobe

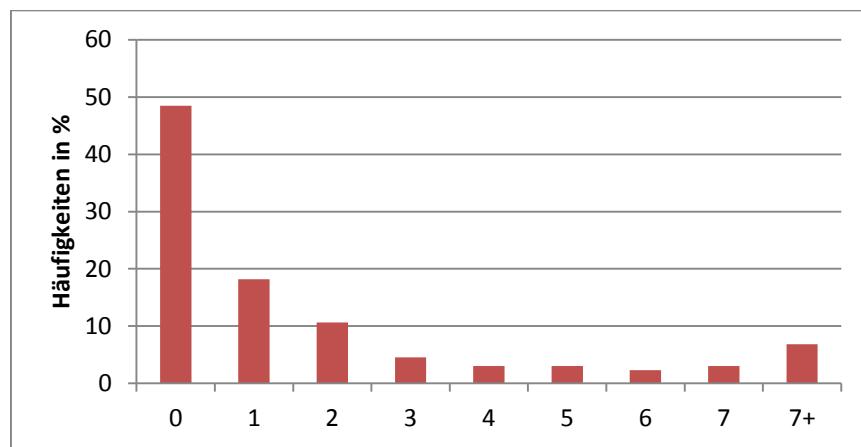


Abbildung 22: Verteilung der abgebrochenen Aufnahmen innerhalb der Stichprobe

## 11.4 Aspekte der Delinquenz

### Anzahl der begangenen Delikte

Von den 131 Probanden, deren Anzahl der begangenen Delikte erhoben werden konnte, beging der überwiegende Teil, nämlich 58,8% (n=77), lediglich ein Delikt, das auch zur Einweisung in die Maßnahme nach §21/1 führte. 41,2% (n=54) der Probanden wurden jedoch mindestens zwei Mal straffällig, wobei eine 18,5% (n=10) umfassende Subgruppe dieser Mehrfachtäter durch 10 oder mehr Straftaten in Erscheinung tritt (vgl. Abbildung 23). Im Mittel ergibt sich daraus eine Anzahl von  $M = 3,21$  ( $SD = 0,40$ ) begangenen Delikten pro Proband.

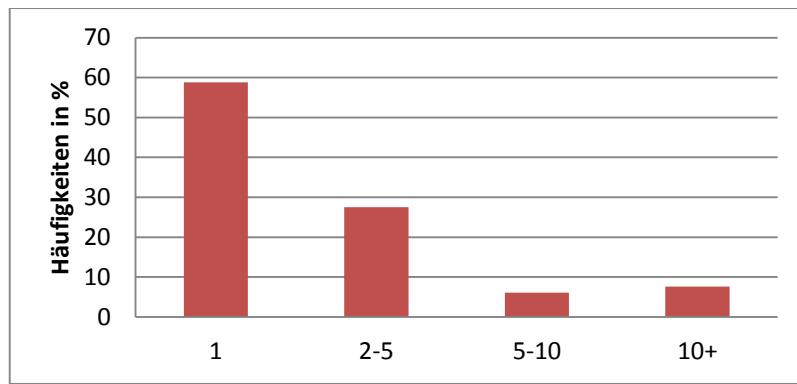


Abbildung 23: Verteilung der Anzahl der begangenen Delikte innerhalb der Stichprobe

### Anzahl der vorausgehenden Gefängnisaufenthalte

Hinsichtlich der dem Maßnahmenvollzug vorausgehenden Gefängnisaufenthalte zeigt sich, dass die Probanden der Stichprobe im Mittelwert  $M = 5,18$  ( $SD = 1,81$ ) Gefängnisaufenthalte aufweisen. 78,4% ( $n=98$ ) der Probanden verfügen dabei über keine Hafterfahrung. Die verbleibenden 21,6% ( $n=27$ ) waren zumindest ein Mal inhaftiert, wobei 18,5% ( $n=5$ ) davon bereits mehr als fünf unbedingte Haftstrafen verbüßen mussten, bevor sie in den Maßnahmenvollzug nach §21/1 eingewiesen wurden (vgl. Abbildung 24).

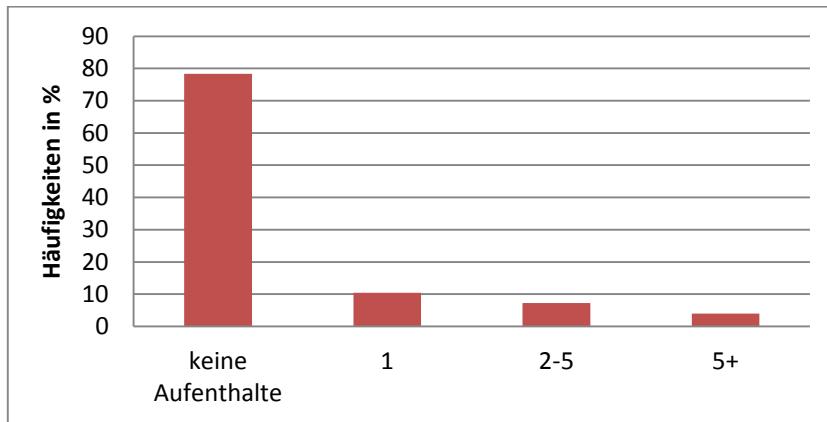


Abbildung 24: Verteilung der Anzahl der Gefängnisaufenthalte vor der Einweisung in die Maßnahme nach §21/1 innerhalb der Stichprobe

### Alter bei Erstdelikt

Das Alter der Probanden bei der Begehung ihrer ersten Straftat, die zu einer Verurteilung führte, wird in Abbildung 25 zusammengefasst. Dabei zeigt sich, dass über die Hälfte (51,9%;  $n=68$ ) der Probanden ihr erstes Delikt zwischen dem 18. und 30. Lebensjahr begangen haben. Es findet sich mit 20,6% ( $n=27$ ) jedoch auch ein beträchtlicher Anteil an

Untersuchten, die erst nach dem 40. Lebensjahr zum ersten Mal rechtskräftig verurteilt wurden. Die Subgruppe der Patienten, die bereits vor ihrem 18. Lebensjahr strafrechtlich in Erscheinung getreten sind umfasst 10,7% (n=14) der Stichprobe. Im Mittel beträgt das Alter bei Begehung des ersten aktenkundigen Deliktes  $M = 30,28$  ( $SD = 11,63$ ) Jahre.

### Alter bei Anlassdelikt

Das Alter der Probanden bei der Begehung ihres Anlassdeliktes ist innerhalb der Stichprobe annähernd normalverteilt (vgl. Abbildung 25). Der größte Teil der Untersuchten setzt das Anlassdelikt zwar zwischen dem 25. und 30. Lebensjahr (31,8%; n=42). Jedoch finden sich auch ähnlich große Probandengruppen, die ihr Anlassdelikt zwischen dem 18. und 24. Lebensjahr (17,4%; n=23), zwischen dem 31. und 40. (24,2%; n=32) sowie zwischen dem 41. und 50. Lebensjahr (18,2%; n=24) setzten. Lediglich die Subgruppen der Untersuchten, die erst nach dem 50. Lebensjahr und vor ihrem 18. Lebensjahr in den Maßnahmenvollzug eingewiesen werden, sind mit 8,3% (n=11) und 0,8% (n=1) merklich geringer. Im Mittel beträgt das Alter bei Begehung des Anlassdeliktes  $M = 34,00$  ( $SD = 10,54$ ) Jahre. Zudem ist hervorzuheben, dass sich die Zeitspanne zwischen Erkrankungsbeginn und Begehung des Anlassdeliktes im Mittelwert auf  $M = 4293,66$  ( $SD = 277,73$ ) Tage, sprich 11.73 Jahre, beläuft.

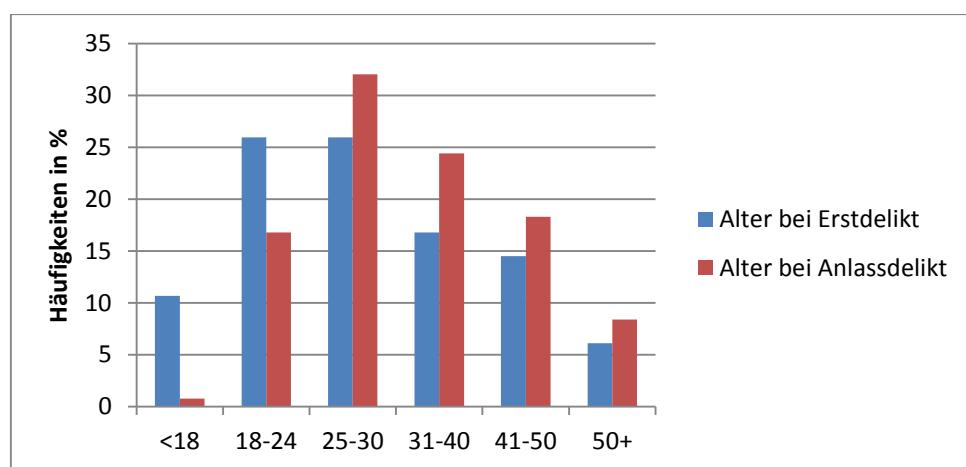


Abbildung 25: Verteilung des Alters bei Erst- und Anlassdelikt innerhalb der Stichprobe

### Art des Anlassdeliktes

Bezüglich der begangenen Anlassdelikte zeigt sich, dass über die Hälfte der Probanden (59,8%; n=79) aufgrund eines schweren Deliktes gegen Leib und Leben in die unbestimmte Maßnahme nach §21/1 eingewiesen wurde. Unter den eher leichten Delikten

stellen die Patienten, die als Anlassdelikt eine gefährliche Drohung begangen haben, mit 10,6% (n=14) die zweitstärkste Gruppe innerhalb der Gesamtstichprobe dar (vgl. Abbildung 26).

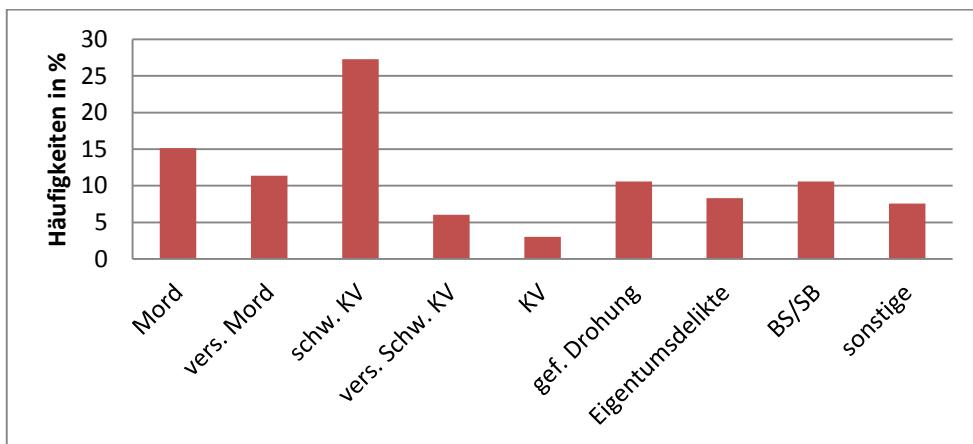


Abbildung 26: Verteilung der Art des Anlassdeliktes innerhalb der Stichprobe

## 12. Hypothesenprüfung

### 12.1 Ergebnisse hinsichtlich der Identifikation der stationären Vorgeschichte zugrunde liegenden Faktoren

Ob der Anzahl der stationären Aufnahmen, der durchschnittlichen Dauer der Aufnahmen, dem Anteil der seit der Geburt in stationärer Aufnahme verbrachten Zeit, der Anzahl der abgebrochenen Aufenthalte und der Anzahl der unfreiwilligen Aufenthalte laut Unterbringungsgesetz ein oder mehrere latente Faktoren zugrunde liegen, wurde mittels explorativer Faktorenanalyse untersucht. Tabelle 3 gibt Aufschluss über die Erfüllung der Voraussetzungen.

Tabelle 3: Voraussetzungen für die Faktorenanalyse, Gesamtvarianz

Maß der Stichprobeneignung nach Kaiser-Mayer-Olkin	,706
Bartlett-Test	454,432
auf Sphärität	df
	10
	Signifikanz nach Bartlett
	<,001
erklärte Gesamtvarianz	87,13

Sowohl das Kaiser-Mayer-Olkin-Kriterium, das den Zusammenhang der einzelnen Ausgangsvariablen repräsentiert, als auch der Bartlett-Test, der die Korrelation der einzelnen Aspekte beschreibt, gestatten eine Durchführung des Verfahrens. Auf der Basis des Kaiser-Kriteriums lassen sich zwei Faktoren extrahieren (vgl. Abbildung 27), deren erklärte Gesamtvarianz 87,13% beträgt. Im Detail beläuft sich der durch den ersten Faktor erklärte Varianzanteil auf 49,74%, wohingegen der zweite Faktor 37,39% erklärt.

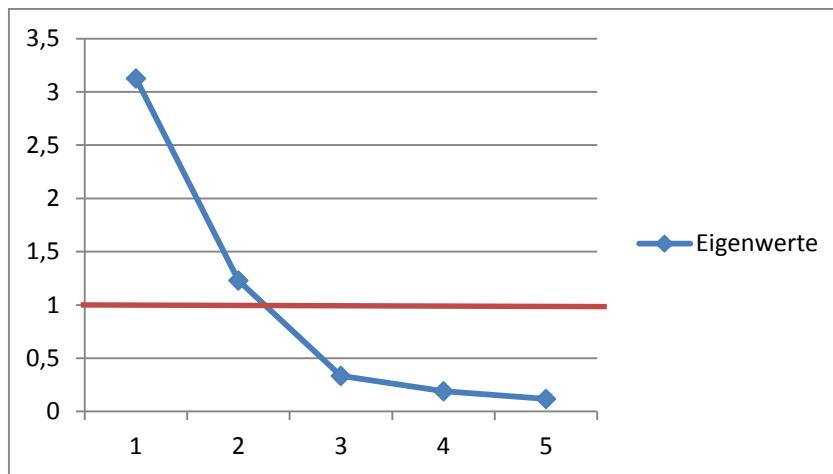


Abbildung 27: Scree-Plot der durchgeführten Faktorenanalyse

Da im weiteren Verlauf die extrahierten Faktoren einer genaueren Untersuchung unterzogen werden sollen, erfolgt nun eine detaillierte Beschreibung. Tabelle 4 fasst die faktorenspezifischen Koeffizienten zusammen.

Tabelle 4: Koeffizientenmatrix der Faktorenwerte

	Faktor 1	Faktor 2
Anteil der seit Geburt stat. aufgenommenen Zeit	-,030	,491
Durchschnittliche Dauer der stat. Aufnahmen	-,193	,611
Anzahl der stat. Aufnahmen	,388	-,063
Anzahl der unfreiwilligen stat. Aufnahmen (UbG)	,349	-,019
Anzahl der abgebrochenen stat. Aufnahmen	,419	-,166

## **Faktor 1 – die Behandlungsunwilligkeit**

Betrachtet man die in Tabelle 4 dargestellte Koeffizientenmatrix für den Faktor 1, so zeigt sich, dass dieser in stark positivem Zusammenhang mit der Gesamtanzahl der stationären Aufnahmen steht. Somit weisen Patienten, die hohe Werte auf diesem Faktor erreichen, auch eine hohe Anzahl an Aufnahmen auf. Zudem zeigt sich hinsichtlich des Aufnahmee- und Entlassungsmodus, dass Patienten mit hohen Faktor-1-Werten vermehrt unfreiwillig aufgenommen werden und die Aufnahmen häufig durch unerlaubtes Verlassen der Einrichtung vorzeitig abbrechen. Im Gegensatz dazu weist Faktor 1 einen sehr geringen negativen Zusammenhang mit der durchschnittlichen Dauer der einzelnen Aufnahmen auf. Auch der daraus resultierende negative Zusammenhang zwischen diesem Faktor und der Gesamtdauer der seit der Geburt stationär aufgenommen Zeit ist als schwach zu beurteilen.

Die inhaltliche Betrachtung der drei Aspekte, die mit dem Faktor 1 in starkem Zusammenhang stehen, ergibt, dass sie gemeinsam die Bereitschaft oder Fähigkeit des Patienten beschreiben, sich einer adäquaten Behandlung zu unterziehen. Dabei sind Patienten mit hohen Werten auf diesem Faktor unwillig oder unfähig, ärztliche Absprachen einzuhalten und eine einmal begonnene Behandlung bis zur regulären Entlassung fortzuführen. Lediglich durch das Auferlegen einer Zwangsbehandlung ist es möglich, diese Patienten zumindest für einen gewissen Zeitraum einer Behandlung zu unterziehen. Durch die häufigen Entweichungen und Behandlungsabbrüche wird die Festigung der kurzeitigen Fortschritte jedoch deutlich erschwert, was dazu führt, dass diese Patienten immer wieder aufgenommen werden müssen, da sie aufgrund ihrer kaum behandelten Grunderkrankung immer wieder durch Selbst- oder Fremdgefährdung auffallen. Patienten mit niedrigen Werten hingegen werden deutlich seltener aufgenommen und begeben sich zumeist freiwillig in Behandlungen, die seltener abgebrochen werden. Daher wird Faktor 1 in weiterer Folge auch als die „Behandlungsunwilligkeit“ bezeichnet. Diese Bezeichnung wird der „Behandlungswilligkeit“ vorgezogen, da die mit diesem Faktor in Beziehung stehenden Aspekte sich auf Verhaltensweisen beziehen, die einen aktiven Widerstand gegen die Behandlung widerspiegeln. Somit bedeuten niedrige Werte in der Behandlungsunwilligkeit nicht notwendigerweise, dass ein Patient behandlungswillig ist, sondern lediglich, dass er im Falle einer bevorstehenden Behandlung keinen aktiven

Widerstand geleistet hat. Zudem kann ein Patient auch passiven Widerstand in Form von Vermeidung psychiatrischer Einrichtungen gegen eine Behandlung leisten, was sich bei der Bezeichnung dieses Faktors als „Behandlungswilligkeit“ in einem hohen Wert widerspiegeln würde. Jedoch spricht dieses Verhalten keineswegs für Behandlungswilligkeit im eigentlichen Sinne, sondern vielmehr dafür, dass der Patient sich den angeordneten Maßnahmen ohne Widerstand „ergeben“ hat, was weitaus besser durch eine niedrig ausgeprägte Behandlungsunwilligkeit als einen hohen Wert in der Behandlungswilligkeit repräsentiert wird.

### **Faktor 2 – die Behandlungsdauer**

Die in Tabelle 4 bezüglich des Faktors 2 zusammengetragenen Korrelationskoeffizienten ergeben hingegen ein dem Faktor 1 vollkommen entgegengesetztes Bild. Hinsichtlich der Gesamtanzahl der Aufnahmen zeigt sich, dass Faktor 2 mit dieser Komponente des stationären Inanspruchnahmeverhaltens nur in einem geringen Zusammenhang steht. Auch mit der Anzahl der unfreiwilligen und abgebrochenen Aufnahmen steht Faktor 2 nur in minimalem Zusammenhang. Vielmehr zeigt sich, dass dieser Faktor hauptsächlich mit dem Anteil der seit der Geburt in stationärer Aufnahme verbrachten Zeit sowie der durchschnittlichen Dauer der einzelnen Aufnahmen korreliert. Dabei verbringen Patienten mit hohen Werten in diesem Faktor einen großen Anteil ihrer Lebenszeit stationär aufgenommen und verbleiben während der einzelnen Aufenthalte lang in einer Einrichtung. Patienten mit niedrigen Werten sind im Hinblick auf die einzelnen Aufenthalte eher kurz aufgenommen und verbringen auch in Bezug auf ihre Lebenszeit einen geringen Anteil in stationären Einrichtungen.

Die beiden mit dem Faktor 2 in Zusammenhang stehenden Aspekte weisen inhaltlich darauf hin, dass dieser Faktor sich auf die zeitliche Komponente des stationären Inanspruchnahmeverhaltens bezieht, wobei Patienten mit hohen Werten deutlich mehr Zeit in stationären Einrichtungen verbringen als Patienten mit niedrigen Werten. Aufgrund dieses Gesamtbildes wird Faktor 2 in weiterer Folge als die „Behandlungsdauer“ bezeichnet.

## **12.2 Ergebnisse hinsichtlich des Zusammenhangs der Komponenten des Inanspruchnahmeverhaltens und ausgewählten Faktoren**

Im Folgenden werden die Ergebnisse bezüglich der Korrelationen der im vorherigen Auswertungsschritt gewonnenen Komponenten des stationären Inanspruchnaheverhaltens, der Behandlungsunwilligkeit und der Behandlungsdauer, und den auf Basis der Forschungsliteratur für diese Studie ausgewählten Aspekten dargestellt. Hierbei werden der Übersichtlichkeit halber die Ergebnisse der einzelnen Forschungsfragen hinsichtlich der Behandlungsunwilligkeit und der Behandlungsdauer jeweils getrennt voneinander vorgestellt. Zur eindeutigen Zuordnung der Forschungsergebnisse zu den einzelnen Hypothesen werden die Forschungsfragen, die sich auf die Behandlungsunwilligkeit beziehen, mit „a“ gekennzeichnet und die die Behandlungsdauer betreffenden mit einem „b“.

### **Ergebnisse hinsichtlich des Zusammenhangs der Komponenten des Inanspruchnahmeverhaltens und den sozialen Herkunftsvariablen**

Nachdem zwei Inanspruchnahmekomponenten extrahiert werden konnten, befasst sich Forschungsfrage 2 mit dem Zusammenhang der gefundenen Faktoren und ausgewählten Variablen aus dem sozialen Herkunftsumfeld. Die Ergebnisse bezüglich der Behandlungsunwilligkeit (H2a) werden in Tabelle 5 zusammengefasst.

Hinsichtlich des Zusammenhangs der Behandlungsunwilligkeit mit der Position des Patienten in der Geburtsreihenfolge, der Anzahl der Geschwister, inklusive Halb- und Stiefgeschwister, dem aggressiven Verhalten der Eltern, dem Familienstand der Eltern bis zum 18. Lebensjahr des Patienten, der höchsten erreichten Berufsausbildung und der familiären Vorbelastung durch psychische Erkrankungen zeigen sich keinerlei signifikante Korrelationen. Demnach werden die Hypothesen H0 (2a.1), H0 (2a.2), H0 (2a.3), H0 (2a.4), H0 (2a.6), H0 (2a.7) und H0 (2a.8) beibehalten. Ein signifikanter negativer Zusammenhang mit einer sehr geringen Effektstärke zeigt sich jedoch bezüglich des höchsten erreichten Schulabschluss der Patienten, sodass die Hypothese H1 (2a.5) angenommen wird.

Tabelle 5: Korrelationen der Behandlungsunwilligkeit und den sozialen Herkunftsvariablen

	$\rho$	Sig. (2-seitig)	N	ES
Position in der Geburtsreihenfolge	,016	,858	124	
aggressives Verhalten der Eltern	,077	,501	78	
Familienstand der Eltern bis zum 18. Lebensjahr	-,058	,513	130	
Höchster erreichter Schulabschluss	-,192	,036*	119	0,391
Höchste erreichte Berufsausbildung	,003	,974	132	
Psychische Erkrankungen in der Familie	,085	,340	129	
	$r$	Sig. (2-seitig)	N	
Anzahl der Geschwister	,026	,766	131	
Anzahl der psy. erkrankten Familienmitglieder	-,054	,536	132	

\*  $p < ,05$

Die Ergebnisse der Untersuchung des Zusammenhangs der Behandlungsdauer (H2b) werden in Tabelle 6 zusammengefasst. Ähnlich dem vorhergehenden Faktor bestehen auch zwischen der Behandlungsdauer und den ausgewählten sozialen Herkunftsvariablen keinerlei signifikante Zusammenhänge, sodass auch die Hypothesen H0 (2b.1) bis H0 (2b.8) beibehalten werden.

### **Ergebnisse hinsichtlich des Zusammenhangs der Komponenten des Inanspruchnahmeverhaltens und spezifischen Aspekten der Erkrankung**

Im Rahmen der Forschungsfrage 3 steht der Zusammenhang zwischen den extrahierten Faktoren und spezifischen Aspekten der Erkrankung sowie Komorbiditäten im Mittelpunkt. Die Ergebnisse hinsichtlich des Substanzenkonsums (H3.1a) und der Behandlungsunwilligkeit werden in Tabelle 7 dargestellt.

Tabelle 6: Korrelationen der Behandlungsdauer und den sozialen Herkunftsvariablen

	$\rho$	Sig. (2-seitig)	N
Position in der Geburtsreihenfolge	-,016	,858	124
aggressives Verhalten der Eltern	,115	,314	78
Familienstand der Eltern bis zum 18. Lebensjahr	-,045	,615	130
Höchster erreichter Schulabschluss	-,075	,421	119
Höchste erreichte Berufsausbildung	,129	,140	132
Psychische Erkrankungen in der Familie	,017	,847	129
	$r$	Sig. (2-seitig)	N
Anzahl der Geschwister	,013	,880	131
Anzahl der psy. erkrankten Familienmitglieder	-,002	,982	132

Grundsätzlich zeigt sich, dass zwischen dem allgemeinen Substanzenkonsum und diesem Faktor kein Zusammenhang besteht und die H0 (3.1a.1) somit beibehalten werden muss. Ähnliches gilt für die Substanzen Alkohol, Cannabis, Kokain, Amphetamin und Exstasy. Auch hier zeigen sich keine signifikanten Korrelationen, weshalb die Hypothesen H0 (3.1a.2), H0 (3.1a.3), H0 (3.1a.5), H0 (3.1a.6) und H0 (3.1a.7) beibehalten werden. Im Hinblick auf Opiate, Benzodiazepine sowie Halluzinogene zeigen sich jedoch sehr wohl signifikante Zusammenhänge mit mittleren Effektstärken. Daher werden die Hypothesen H1 (3.1a.4), H1 (3.1a.8) und H1 (3.1a.9) angenommen.

Hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen der Behandlungsdauer und dem Substanzenkonsum (H3.1b) ergeben sich die in Tabelle 8 zusammengefassten Ergebnisse.

Da sich keinerlei signifikante Korrelationen zwischen dem allgemeinen Substanzenkonsum sowie dem Konsum einzelner Substanzen und der Behandlungsdauer zeigen, werden die Hypothesen H0 (3.1b.1) bis H0 (3.1b.9) beibehalten.

Tabelle 7: Spearman-Korrelationen der Behandlungsunwilligkeit und dem komorbiden Substanzenmissbrauch

	$\rho$	Sig. (2-seitig)	N	ES
Allgemeiner Substanzenabusus	,059	,501	131	
Alkoholkonsum	-,005	,957	131	
Cannabiskonsum	-,070	,425	131	
Opiatkonsum	,241	,006**	131	0,497
Kokainkonsum	-,019	,834	131	
Amphetaminkonsum	,079	,372	131	
Exstasykonsum	-,044	,618	131	
Halluzinogenkonsum	,200	,022*	131	0,408
Benzodiazepinkonsum	,278	,001**	131	0,579

\*  $p < ,05$  \*\*  $p < ,01$

Der zweite Teil der Forschungsfrage 3 beschäftigt sich mit dem Zusammenhang zwischen den extrahierten Faktoren und dem Vorhandensein einer komorbiden Persönlichkeitsstörung (vgl. Tabelle 9). Dabei zeigt sich hinsichtlich der Behandlungsunwilligkeit mit einem  $\rho = ,016$  und einem  $p > ,05$  keine signifikante Korrelation. Daher wird die Hypothese H0 (3.2a) beibehalten. Auch im Hinblick auf den Behandlungsdauer ergibt sich kein signifikanter Zusammenhang ( $\rho = -,097$  und  $p > ,05$ ), weshalb auch hier die H0 (3.2b) beibehalten wird.

Der letzte Teil dieser Forschungsfrage befasst sich mit dem Zusammenhang zwischen den Faktoren und dem Subtyp der Schizophrenie. Die Ergebnisse sind in Tabelle 10 zusammengefasst. Hierbei zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang mit der Behandlungsunwilligkeit mit einer mittleren Effektstärke, weshalb die Hypothese H1 (3.3a) angenommen wird. Der Zusammenhang des Subtypus der Schizophrenie mit der Behandlungsdauer ist hingegen nicht signifikant. Daher wird die Hypothese H0 (3.3b) beibehalten.

Tabelle 8: Spearman-Korrelationen der Behandlungsdauer und dem komorbidem Substanzenmissbrauch

	$\rho$	Sig. (2-seitig)	N
Allgemeiner Substanzenabusus	-,022	,804	131
Alkoholkonsum	,008	,929	131
Cannabiskonsum	-,088	,315	131
Opiatkonsument	,027	,760	131
Kokainkonsum	-,112	,204	131
Amphetaminkonsum	,056	,527	131
Extasykonsum	,016	,855	131
Halluzinogenkonsum	,111	,207	131
Benzodiazepinkonsum	,151	,085	131

Tabelle 9: Spearman-Korrelationen der Komponenten des Inanspruchnahmeverhaltens und den komorbidem Persönlichkeitsstörungen

	$\rho$	Sig. (2-seitig)	N
Behandlungsunwilligkeit	,016	,859	132
Behandlungsdauer	-,097	,271	132

Tabelle 10: Spearman-Korrelationen der Komponenten des Inanspruchnahmeverhaltens und dem Subtyp der Schizophrenie

	$\rho$	Sig. (2-seitig)	N	ES
Behandlungsunwilligkeit	,260	,003**	132	0,539
Behandlungsdauer	-,040	,651	132	

\*\*  $p < ,01$

## **Ergebnisse hinsichtlich des Zusammenhangs der Komponenten des Inanspruchnahmeverhaltens und spezifischen Aspekten der Delinquenz**

Im Fokus der vierten Forschungsfrage steht der Zusammenhang zwischen den extrahierten Faktoren und spezifischen Aspekten der Delinquenz. Tabelle 11 fasst die Ergebnisse hinsichtlich der Behandlungsunwilligkeit zusammen.

Tabelle 11: Korrelationen der Behandlungsunwilligkeit und den Aspekten der Delinquenz

	r	Sig. (2-seitig)	N	ES
Anzahl der aktenkundigen Straftaten	,310	< ,001***	131	0,652
PCL-R-Score	,201	,052 <sup>+</sup>	94	
Alter bei Erstdelikt	-,080	,362	131	
Anzahl der Gefängnisaufenthalte	,316	< ,001***	131	0,666
Durchschnittliche Schwere der Delikte	-,302	< ,001***	131	0,634
	$\rho$	Sig. (2-seitig)	N	
Schwere des Anlassdeliktes	-,186	,034*	131	0,379

<sup>+</sup> p < ,10 \* p < ,05 \*\*\* p < ,001

Bei Betrachtung der einzelnen Ergebnisse zeigt sich eine hoch signifikante Korrelation zwischen der Behandlungsunwilligkeit und der Anzahl der aktenkundigen Straftaten mit einer mittleren Effektstärke. Somit wird die Hypothese H1 (4.1a) angenommen.

Im Hinblick auf den Zusammenhang dieses Faktors mit dem PCL-R Score zeigt sich, dass ein tendenziell signifikanter Zusammenhang besteht. Dennoch wird aufgrund des letztendlich nicht signifikanten Ergebnisses die H0 (4.2a) beibehalten. Aufgrund der starken signifikanten Tendenz wird dieses Ergebnis trotz der beibehaltenen Nullhypothese bei der Interpretation berücksichtigt.

Hinsichtlich der nächsten Hypothese, die den Zusammenhang zwischen dem Alter der Probanden bei Begehung ihres Erstdeliktes und der Behandlungsunwilligkeit beschreibt, zeigt sich ein nicht signifikantes Ergebnis. Somit wird die Hypothese H0 (4.3a) beibehalten.

Im Gegensatz dazu zeigt sich zwischen diesem Faktor und der Anzahl der Gefängnisaufenthalte ein hoch signifikanter Zusammenhang mit einer mittleren Effektstärke. Daher wird die Hypothese H1 (4.4a) angenommen.

Des Weiteren ergibt sich auch hinsichtlich der durchschnittlichen Schwere der begangenen Delikte eine hoch signifikante Korrelation, ebenfalls mit einer mittleren Effektstärke. Daher wird die Hypothese H1 (4.5a) angenommen.

Der letzte Teil dieser Forschungsfrage befasst sich mit dem Zusammenhang der Schwere des begangenen Anlassdeliktes und der Behandlungsunwilligkeit. Hierbei ergibt sich eine signifikante Korrelation, weshalb die Hypothese H1 (4.6a) angenommen wird.

Die in Tabelle 12 dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf die Zusammenhänge der ausgewählten Aspekte der Delinquenz und der Behandlungsdauer. Die Betrachtung der Ergebnisse zeigt, dass keine signifikante Korrelation zwischen den ausgewählten Aspekten und der Behandlungsdauer bestehen. Daher werden die Hypothesen H0 (4.1b) bis H0 (4.6b) beibehalten.

### **12.3 Ergebnisse hinsichtlich der Unterschiede in der Ausprägung der gefundenen Komponenten des Inanspruchnahmeverhaltens**

Das grundsätzliche Ziel der fünften Fragestellung war herauszufinden, ob das Einteilen der Stichprobe in Subgruppen zu signifikanten Unterschieden dieser Teilgruppen hinsichtlich ihrer Ausprägung der beiden Faktoren Behandlungsunwilligkeit und -dauer führt. Die Erstellung der Subgruppen erfolgte dabei anhand der bereits in der vorhergehenden Fragestellung verwendeten Aspekte, wobei je nach Verteilung der einzelnen Merkmale sowie inhaltlichen Überlegungen zumeist Zwei-, in Einzelfällen jedoch auch Drei-Gruppen-Vergleiche durchgeführt wurden. Die sich im Anhang befindenden Tabellen A-1 und A-2 fassen die Ergebnisse dieser Forschungsfrage getrennt für die Behandlungsunwilligkeit sowie die Behandlungsdauer zusammen.

Tabelle 12: Korrelationen der Behandlungsdauer und den Aspekten der Delinquenz

	r	Sig. (2-seitig)	N
Anzahl der aktenkundigen Straftaten	-,072	,416	131
PCL-R-Score	,030	,773	94
Alter bei Erstdelikt	-,034	,698	131
Anzahl der Gefängnisaufenthalten	-,061	,492	131
Durchschnittliche Schwere der Delikte	,049	,575	131
	ρ	Sig. (2-seitig)	N
Schwere des Anlassdeliktes	-,011	,904	131

### Soziale Herkunftsvariablen

Der erste Teil der fünften Fragestellung soll Informationen über Unterschiede in der Ausprägung der beiden Komponenten des Inanspruchnahmeverhaltens, hervorgerufen durch unterschiedliche Ausprägungen in den ausgewählten sozialen Herkunftsvariablen, liefern.

Die Untersuchung, ob sich Patienten mit keinem oder einem Geschwister von Patienten mit mehr als einem Geschwister im Hinblick auf die Ausprägung der dem stationären Inanspruchnahmeverhalten zugrunde liegenden Faktoren unterscheiden, steht im Zentrum der Forschungsfrage 5.1. Der durchgeführte t-Test ergibt für die Behandlungsunwilligkeit kein signifikantes Ergebnis ( $t = -0,122$ ;  $df = 129$ ;  $p = ,903$ ). Die Hypothese H0 (5.1a) wird demnach beibehalten. Auch für die Behandlungsdauer zeigt sich kein signifikanter Unterschied ( $t = -0,028$ ;  $df = 129$ ;  $p = ,978$ ), weshalb die Hypothese H0 (5.1b) ebenfalls beibehalten wird.

Forschungsfrage 5.2 befasst sich damit, ob sich erstgeborene, an mittlerer Position und letztgeborene Patienten im Hinblick auf die Ausprägung der dem stationären Inanspruchnahmeverhalten zugrunde liegenden Faktoren unterscheiden, wobei Patienten, die als Einzelkind aufgewachsen sind, bei dieser Fragestellung nicht berücksichtigt wurden. Die durchgeführte einfaktorielle Varianzanalyse sowie der nachfolgende post-

hoc-Scheffé-Test erbrachten für die Behandlungsunwilligkeit keinerlei signifikante Unterschiede ( $F = 0,812$ ;  $df = 2$ ;  $p = ,447$ ). Daher wird die Hypothese H0 (5.4a) beibehalten. Hinsichtlich der Behandlungsdauer zeigten sich ebenfalls keine signifikanten Unterschiede ( $F = 0,565$ ;  $df = 2$ ;  $p = ,570$ ). Daher wird auch die Hypothese H0 (5.2b) beibehalten.

Forschungsfrage 5.3 beschäftigte sich mit der Frage, ob sich Patienten, deren Eltern aggressives Verhalten zeigten, von Patienten, deren Eltern kein aggressives Verhalten zeigten, im Hinblick auf die Ausprägung der extrahierten Faktoren unterscheiden. Sowohl für die Behandlungsunwilligkeit ( $t = -0,275$ ;  $df = 76$ ;  $p = ,784$ ) als auch für die Behandlungsdauer ( $t = -0,906$ ;  $df = 76$ ;  $p = ,368$ ) zeigten sich keine signifikanten Unterschiede, weshalb die Hypothesen H0 (5.2a) und H0 (5.2b) beibehalten werden.

Ob sich Patienten, deren Eltern bis zum 18. Lebensjahr des Patienten zusammen lebten, von Patienten, die zumindest einen Elternteil aufgrund von Tod oder Scheidung vor ihrem 18. Lebensjahr verloren beziehungsweise überhaupt nicht kennengelernt haben, hinsichtlich ihrer Ausprägungen auf den beiden Komponenten des Inanspruchnahmeverhaltens unterscheiden, untersucht Forschungsfrage 5.4. Für die Behandlungsunwilligkeit ergab sich dabei ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Subgruppen ( $t = -2,424$ ;  $df = 123,946$ ;  $p = ,017$ ), wobei Patienten, deren Eltern sich nicht trennten, deutlich niedrigere Werte in diesem Faktor ( $M_{EV} = -0,214$ ) aufweisen als Patienten, die einen Elternteil vor dem 18. Lebensjahr verloren haben ( $M_{EG} = 0,199$ ). Demnach wird die Hypothese H1 (5.3a) angenommen. Im Hinblick auf die Behandlungsdauer erbrachte der durchgeführte t-Test kein signifikantes Ergebnis ( $t = -0,229$ ;  $df = 128$ ;  $p = ,819$ ). Daher wird die Hypothese H0 (5.3b) beibehalten.

Ob sich Patienten, in deren Familie sich psychiatrische Erkrankungen finden, von familiär unvorbelasteten Patienten im Hinblick auf die Ausprägung der dem stationären Inanspruchnahmeverhalten zugrunde liegenden Faktoren unterscheiden, steht im Zentrum der Forschungsfrage 5.5. Weder im Hinblick auf die Behandlungsunwilligkeit ( $t = -0,545$ ;  $df = 127$ ;  $p = ,587$ ) noch die Behandlungsdauer ( $t = -0,212$ ;  $df = 127$ ;  $p = ,832$ ) zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den beiden Subgruppen. Daher wird sowohl die Hypothesen H0 (5.5a) als auch die Hypothese H0 (5.6a) beibehalten.

## **Aspekte der Erkrankung**

Der zweite Teil der fünften Fragestellung beschäftigte sich mit den Unterschieden in der Ausprägung der beiden Komponenten des Inanspruchnahmeverhaltens, hervorgerufen durch unterschiedliche Ausprägungen in den ausgewählten Aspekten der Erkrankung.

Ob sich die Patienten, die am paranoiden schizophrenen Subtyp (ICD-10: F20.0) leiden, von Patienten, die an einem anderen schizophrenen Subtyp erkrankt sind, im Hinblick auf die Ausprägung der dem stationären Inanspruchnahmeverhalten zugrunde liegenden Faktoren unterscheiden, wurde im Rahmen der Forschungsfrage 5.6 untersucht. Dabei zeigte sich hinsichtlich der Behandlungsunwilligkeit, dass es einen signifikanten Unterschied zwischen diesen beiden Subgruppen gibt ( $t = -3,163$ ;  $df = 107,313$ ;  $p = ,002$ ). Die Betrachtung der Gruppenmittelwerte verdeutlicht, dass Patienten, die am paranoiden Subtypus leiden, deutlich niedrige Werte in diesem Faktor aufweisen ( $M_{PS} = -0,259$ ) als die Patienten, die an einem anderen Subtypus erkrankt sind ( $M_{SS} = 0,283$ ). Daher wird die Hypothese H1 (5.6a) angenommen. Bezuglich der Behandlungsdauer zeigte sich hingegen kein signifikanter Unterschied ( $t = 1,28$ ;  $df = 130$ ;  $p = ,203$ ). Demnach wird die Hypothese H0 (5.6b) beibehalten.

Forschungsfrage 5.7.1 befasste sich mit der Frage, ob sich Patienten mit einer komorbiden Persönlichkeitsstörung von Patienten, die ausschließlich an Schizophrenie erkrankt sind, im Hinblick auf die Ausprägung extrahierten Faktoren unterscheiden. Weder hinsichtlich der Behandlungsunwilligkeit ( $t = -0,304$ ;  $df = 130$ ;  $p = ,762$ ) noch der Behandlungsdauer ( $t = 0,924$ ;  $df = 130$ ;  $p = ,357$ ) zeigten sich signifikante Unterschiede. Daher werden die Hypothesen H0 (5.7.1a) und H0 (5.7.1b) beibehalten. Auch die Untersuchung des Unterschiedes zwischen Patienten, die an einer Persönlichkeitsstörung des Cluster B, und Patienten, die an Persönlichkeitsstörungen aus den anderen Clustern leiden (FF 5.7.2), erbrachte weder für die Behandlungsunwilligkeit ( $t = -0,430$ ;  $df = 27$ ;  $p = ,670$ ) noch für die Behandlungsdauer ( $t = 0,855$ ;  $df = 27$ ;  $p = ,400$ ) ein signifikantes Ergebnis. Daher werden auch die Hypothesen H0 (5.7.2a) und H0 (5.7.2b) beibehalten.

Die Frage, ob sich Patienten, die komorbiden Substanzenkonsum zeigen, von Patienten, die keinerlei Drogen und Alkohol konsumieren, im Hinblick auf die Ausprägung der dem stationären Inanspruchnahmeverhalten zugrunde liegenden Faktoren unterscheiden, stand im Fokus der Forschungsfrage 5.8. Dabei ergab sich für die Behandlungsunwilligkeit kein

signifikanter Unterschied zwischen den beiden Subgruppen ( $t = 0,366$ ;  $df = 129$ ;  $p = ,715$ ), weshalb die Hypothese H0 (5.8a) beibehalten wird. Für die Behandlungsdauer zeigte sich ebenfalls kein signifikanter Unterschied ( $t = -0,630$ ;  $df = 129$ ;  $p = ,529$ ). Daher wird auch die Hypothese H0 (5.8b) beibehalten.

### **Aspekte der Delinquenz**

Der letzte Teil der fünften Fragestellung befasste sich mit den Unterschieden in der Ausprägung der beiden extrahierten Faktoren, hervorgerufen durch unterschiedlich schwer ausgeprägte Delinquenz.

Forschungsfrage 5.9 beschäftigte sich damit, ob sich Patienten, die nur ein Delikt begangen haben, von Patienten mit mehreren Vorstrafen im Hinblick auf die Ausprägung der dem stationären Inanspruchnahmeverhalten zugrunde liegenden Faktoren unterscheiden. Hinsichtlich der Behandlungswilligkeit ergab sich dabei kein signifikanter Unterschied ( $t = -1,868$ ;  $df = 94,27$ ;  $p = ,065$ ), weshalb die H0 (5.9a) beibehalten wird. Tendenziell zeigte sich jedoch, dass Patienten, die lediglich ihr Anlassdelikt begangen haben, niedrigere Werte in diesem Faktor aufweisen ( $M_{KV} = -0,161$ ) als Patienten, die bereits über mehrere Vorstrafen verfügen ( $M_{Vv} = 0,171$ ). Bezuglich der Behandlungsdauer zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Subgruppen ( $t = 1,161$ ;  $df = 129$ ;  $p = ,248$ ), weshalb die H0 (5.9b) beibehalten wird.

Im Rahmen der Forschungsfrage 5.10 stand die Frage im Zentrum, ob sich Patienten mit unterschiedlichen Werten im PCL-R im Hinblick auf die Ausprägung der beiden Komponenten des Inanspruchnahmeverhaltens unterscheiden. Forschungsfrage 5.10.1 untersuchte dabei den Unterschied zwischen Patienten mit niedrigen (0–15), mittleren (16–24) und hohen (25+) Werten im PCL-R. Dabei zeigten sich für die Behandlungsunwilligkeit keine signifikanten Unterschiede zwischen den Subgruppen ( $F = 1,164$ ;  $df = 2$ ;  $p = ,317$ ), weshalb die Hypothese H0 (5.10.1a) beibehalten wird.

Auch im Hinblick auf die Behandlungsdauer ergaben sich keine signifikanten Unterschiede ( $F = 0,239$ ;  $df = 2$ ;  $p = ,788$ ). Daher wird die Hypothese H0 (5.10.1b) beibehalten.

Der Zwei-Gruppen-Unterschied zwischen Patienten mit niedrigen (0–17) und hohen (18+) Werten im PCL-R stand im Fokus der Forschungsfrage 5.10.2. Dabei zeigte sich,

dass für die Ausprägung der Behandlungsunwilligkeit kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Subgruppen besteht ( $t = -1,577$ ;  $df = 92$ ;  $p = ,118$ ). Die Hypothese H0 (5.10.2a) wird daher beibehalten. Für die Behandlungsdauer zeigte sich ebenfalls kein signifikanter Unterschied ( $t = -0,245$ ;  $df = 92$ ;  $p = ,807$ ), weshalb die Hypothese H0 (5.10.2b) beibehalten wird.

Forschungsfrage 5.11 beschäftigte sich damit, ob sich Patienten, die ein leichtes Anlassdelikte begangen haben, von Patienten, die sich durch ein schweres Anlassdelikt auszeichnen, im Hinblick auf die Ausprägung der dem stationären Inanspruchnahmeverhalten zugrunde liegenden Faktoren unterscheiden. Dabei zeigte sich in Bezug auf die Behandlungsunwilligkeit, dass kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen besteht ( $t = 1,615$ ;  $df = 129$ ;  $p = ,109$ ). Somit wird die Hypothese H0 (5.11a) beibehalten. Auch im Hinblick auf die Behandlungsdauer unterschieden sich die Patientengruppen nicht ( $t = -0,653$ ;  $df = 129$ ;  $p = ,515$ ). Daher wird auch die Hypothese H0 (5.11b) beibehalten.

Ob sich Patienten, die im Durchschnitt eher leichte Delikte begangen haben, von Patienten, die sich im Durchschnitt eher durch schwere Straftaten auszeichnen, im Hinblick auf die Ausprägung der gefundenen Faktoren unterscheiden, stand im Zentrum der Forschungsfrage 5.12. Die Einteilung in die beiden Subgruppen erfolgte anhand des Medians  $Md = 1,455$  der durchschnittlichen Schwere der Delikte. Dabei zeigte sich hinsichtlich der Behandlungsunwilligkeit, dass ein signifikanter Unterschied zwischen Patienten, die eher leichte Delikte und Patienten, die eher schwere Delikte begehen, besteht ( $t = 3,738$ ;  $df = 124,855$ ;  $p < ,001$ ). Die Betrachtung der Mittelwerte macht deutlich, dass Patienten, die schwere Delikte begehen ( $M_{SD} = -0,280$ ), deutlich niedrigere Werte in diesem Faktor aufweisen als Patienten, die eher leichte Delikte begehen ( $M_{LD} = 0,243$ ). Daher wird die Hypothese H1 (5.12a) angenommen. Für die Behandlungsdauer ergab sich hingegen kein signifikanter Unterschied ( $t = -0,713$ ;  $df = 129$ ;  $p = 0,477$ ), weshalb die Hypothese H0 (5.12b) beibehalten wird. Abbildung 28 fasst die Ergebnisse dieser Forschungsfrage hinsichtlich der Behandlungsunwilligkeit zusammen.

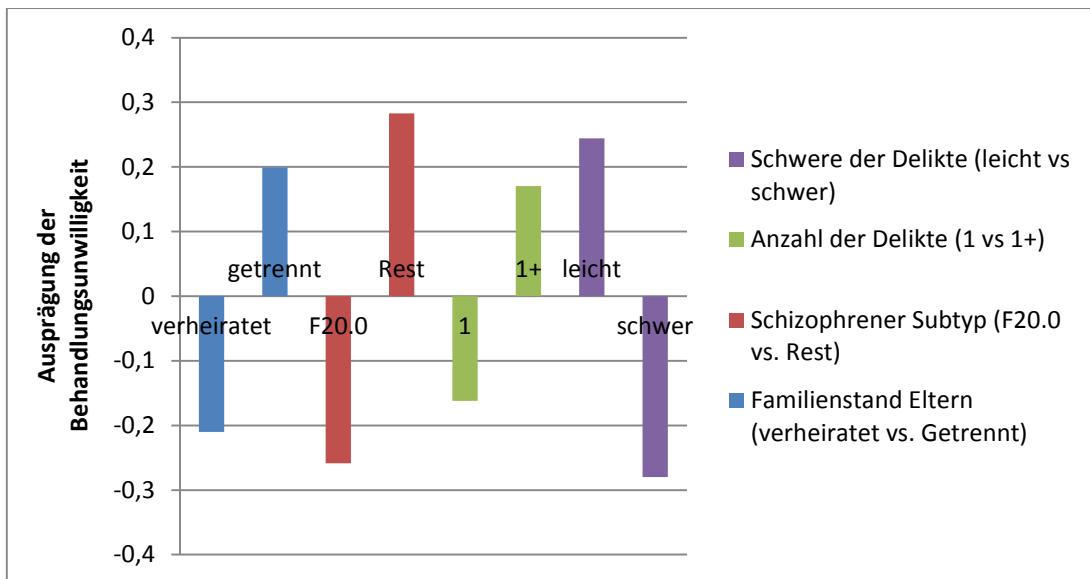


Abbildung 28: Zusammenfassung der signifikanten Unterschiede (t-Tests) zwischen den angegebenen Teilgruppen hinsichtlich der Behandlungsunwilligkeit

## 12.4 Ergebnisse hinsichtlich des Unterschiedes zwischen aufgenommenen und nicht-aufgenommenen Probanden

Die sechste Forschungsfrage befasste sich damit, ob sich die Patienten mit niedrigen Werten in den Faktoren von Patienten mit hohen Werten und Patienten, die vor ihrem Anlassdelikt nicht stationär aufgenommen waren, hinsichtlich der durchschnittlichen Schwere der begangenen Delikte unterscheiden.

Für die Behandlungsunwilligkeit ergaben sich in der einfaktoriellen Varianzanalyse signifikante Unterschiede ( $F = 7,027$ ;  $df = 2$ ;  $p = ,001$ ). Daher wird die Hypothese H1 (6.1) angenommen (vgl. Tabelle 13).

Tabelle 13: Vergleich der Mittelwerte der drei Behandlungsunwilligkeitsgruppen

Ausprägung	MW	SD	N
niedrige Werte	1,573	0,470	54
hohe Werte	1,322	0,447	53
keine stat. Aufnahmen	1,691	0,402	24
<b>Gesamt</b>	<b>1,493</b>	<b>0,470</b>	<b>131</b>

Im anschließend durchgeführten Scheffé-post-hoc-Test zeigten sich signifikante Unterschiede in der Schwere der begangenen Delikte zwischen Patienten mit niedrigen Werten und Patienten mit hohen Werten in der Behandlungsunwilligkeit. Die Betrachtung der Mittelwerte verdeutlicht, dass Patienten mit stark ausgeprägter Behandlungsunwilligkeit im Durchschnitt leichtere Delikte begehen als Probanden mit niedrigen Werten. Des Weiteren zeigte sich auch ein signifikanter Unterschied zwischen den Patienten mit hohen Werten und Patienten, die vor ihrem Anlassdelikt nicht stationär aufgenommen waren, wobei die letztere Gruppe deutlich schwere Straftaten setzt (vgl. Tabelle 14).

Tabelle 14: Mehrfachvergleich nach Scheffé der drei Behandlungsunwilligkeitsgruppen

Ausprägung (I)	Ausprägung (J)	Mittlere Differenzen (I-J)	SE	P
niedrige Werte	hohe Werte	0.251	0,087	.018*
	keine Aufnahmen	-0.118	0,110	.564
hohe Werte	niedrige Werte	-0.251	0,087	.018*
	keine Aufnahmen	-0.369	0,111	.005**
keine Aufnahmen	niedrige Werte	0.118	0,110	.564
	hohe Werte	0.369	0,111	.005**

\* p < ,05 \*\* p < ,01

Für die Behandlungsdauer erbrachte die einfaktorielle Varianzanalyse keine signifikanten Unterschiede ( $F = 2,695$ ;  $df = 2$ ;  $p = ,071$ ) zwischen den drei Subgruppen (vgl. Tabelle 15), weshalb die Hypothese H0 (6.2) beibehalten wird.

Bei der Betrachtung der Ergebnisse des post-hoc-Tests zeigt sich, dass der Unterschied zwischen den Teilgruppen der Patienten mit hohen Werten in der Behandlungsdauer und mit keinen stationären Aufnahmen zwar nicht signifikant ausfällt, es lässt sich jedoch sehr wohl eine Tendenz erkennen ( $p = ,094$ ) (vgl. Tabelle 16).

Tabelle 15: Vergleich der Mittelwerte der drei Behandlungsdauergruppen

<b>Ausprägung</b>	MW	SD	N
niedrige Werte	1,456	0,461	54
hohe Werte	1,441	0,490	53
keine stat. Aufnahmen	1,691	0,402	24
<b>Gesamt</b>	1,493	0,470	131

Tabelle 16: Mehrfachvergleich nach Scheffé der drei Inanspruchnahmegruppen (Faktor II)

<b>Ausprägung (I)</b>	<b>Ausprägung (J)</b>	Mittlere	SE	P
		Differenzen (I-J)		
niedrige Werte	hohe Werte	0,148	,090	,986
	keine Aufnahmen	-0,235	,114	,124
hohe Werte	niedrige Werte	-0,148	,090	,986
	keine Aufnahmen	-0,250	,114	,094
keine Aufnahmen	niedrige Werte	0,235	,114	,124
	hohe Werte	0,250	,114	,094

## **12.5 Ergebnisse hinsichtlich der Prädikatoren für die Behandlungsunwilligkeit sowie die Behandlungsdauer**

Mittels der siebten Fragestellung soll Auskunft darüber gegeben werden, ob sich einer oder mehrere der Aspekte, mit denen die beiden extrahierten Komponenten des Inanspruchnahmeverhaltens im Verlauf der bisherigen Studie in Beziehung gesetzt wurden, auch als Prädiktoren für diese Faktoren nutzen. Die Dichotomisierung der Faktoren erfolgte anhand der jeweiligen Mediane. Dieser beträgt für die Behandlungsunwilligkeit  $Md_{BUW} = -0,389$  und für die Behandlungsdauer  $Md_{BW} = -0,295$ .

Die Einschlussmethode schrittweise rückwärts nach Wald ergab fünf signifikante Prädiktoren für die Behandlungsunwilligkeit. Dabei ist das Modell bestehend aus dem

Subtyp der Schizophrenie, dem allgemeinen Substanzenkonsum, dem Opiat- und Benzodiazepinkonsum des Patienten im Speziellen sowie der durchschnittlichen Schwere der begangenen Delikte in der Lage, 71,1% der Probanden der richtigen Gruppe zuzuordnen (vgl. Tabelle 19). Zudem erklärt es 31,3% der Varianz (vgl. Abbildung 17 und 18). Da sich signifikante Prädiktoren für die Behandlungsunwilligkeit finden lassen, wird die Hypothese H1 (7.1) angenommen.

Tabelle 17: Modellzusammenfassung binär-logistische Regression  
der Behandlungsunwilligkeit

	$\chi^2$	df	p	$R^2$
Modell	22,23	5	<,001	,313

Tabelle 18: Prädiktoren der Behandlungsunwilligkeit

Prädiktor	Wald	df	p	Exp(B)
Subtyp der Schizophrenie	3,018	1	,082	1,256
Substanzenkonsum	10,329	1	,001	0,374
Opiatkonsument	4,702	1	,030	3,619
Benzodiazepinkonsum	2,958	1	,085	4,471
durchschn. Schwere der Delikte	6,191	1	,013	0,209
Konstante	5,452	1	,020	13,549

Hinsichtlich der Sensitivität des gewonnenen Vorhersagemodells ergibt sich ein Wert von 71%. Der errechnete Wert für die Spezifität beläuft sich hingegen auf 72%.

Forschungsfrage 7.2 beschäftigte sich mit der Suche nach Prädiktoren für die Behandlungsdauer. Die Modellprüfung ergab ein Modell, das drei Prädiktoren umfasst und 25,6% der Gesamtvarianz erklärt (vgl. Tabelle 20). Zudem ist das die Prädiktoren höchste Berufsausbildung, Subtyp der Schizophrenie und das Vorhandensein einer komorbiden Persönlichkeitsstörung umfassende Vorhersagemodell (vgl. Tabelle 21) in der Lage 71,7% der Probanden richtig zuzuordnen (vgl. Tabelle 22). Es ist jedoch anzumerken, dass aufgrund der vielen fehlenden Daten in den ausgewählten potentiellen

Prädiktoren, lediglich 53 von 132 Probanden in die Berechnung des Modelles mit einbezogen werden können, was die Übertragbarkeit dieser Ergebnisse auf die Gesamtstichprobe erschwert. Dennoch wird die Hypothese H1 (7.2) angenommen.

Tabelle 19: Vorhersage der Zugehörigkeit zu einer Behandlungsunwilligkeitsgruppe

<b>Gruppe</b>	niedrige Werte	hohe Werte	Prozentsatz der Richtigen
niedrige Werte	31	11	73,8
hohe Werte	13	28	68,3
<b>Gesamtprozentsatz</b>			71,1

Tabelle 20: Modellzusammenfassung binär-logistische Regression  
der Behandlungsdauer

	$\chi^2$	df	p	$R^2$
Modell	11,156	3	,011	,256

Tabelle 21: Prädiktoren der Behandlungsdauer

<b>Prädiktor</b>	Wald	df	p	Exp(B)
Höchste Berufsausbildung	4,382	1	,036	2,689
Subtyp der Schizophrenie	6,055	1	,014	1,653
Komorbide Persönlichkeitsstörung	3,637	1	,057	0,178
Konstante	6,430	1	,011	0,018

Hinsichtlich der Sensitivität des gewonnenen Vorhersagemodells ergibt sich ein Wert von 72%. Der errechnete Wert für die Spezifität beläuft sich hingegen auf 71%.

Tabelle 22: Vorhersage der Zugehörigkeit zu einer Inanspruchnahmegruppe

<b>Gruppe</b>	niedrige Werte	hohe Werte	Prozentsatz der Richtigen
niedrige Werte	26	5	83,9
hohe Werte	10	12	54,5
<b>Gesamtprozentsatz</b>			71,7

**Ergebnisse hinsichtlich der Vorhersagequalität der gefundenen Komponenten des Inanspruchnahmeverhaltens in Bezug auf das Anlassdelikt sowie die durchschnittliche Schwere der Delikte**

Fragestellung 8 beschäftigte sich grundsätzlich damit, ob sich die Behandlungsunwilligkeit sowie die Behandlungsdauer als Prädiktoren für die spätere Delinquenz der Probanden eignen. Im ersten Teil der Forschungsfrage wurde mittels binär-logistischer Regression unter Berücksichtigung der Wald-Methode (schrittweise rückwärts) untersucht, ob sich die extrahierten Faktoren als Prädiktoren für das spätere Anlassdelikt (leicht vs. schwer) eignen. Nach dem Entfernen der beiden Faktoren aus dem Vorhersagemodell fällt die Modellprüfung nicht signifikant aus (vgl. Tabelle 23). Daher wird die Hypothese H0 (8.1) beibehalten.

Tabelle 23: Modellzusammenfassung binär-logistische  
Regression des späteren Anlassdeliktes

	$\chi^2$	df	p	$R^2$
Modell	-2,496	1	,114	,000

Der zweite Teil dieser Forschungsfrage beschäftigte sich mit der Frage, ob sich die extrahierten Faktoren als Prädiktoren für die durchschnittliche Schwere der begangenen Delikte (leicht vs. schwer) eignen. Die Dichotomisierung der durchschnittlichen Schwere der Delikte erfolgte anhand des Medians, der in der vorliegenden Stichprobe  $Md = 1,455$  beträgt. Die Durchführung der binär-logistischen Regression erfolgte analog zum ersten

Teil der Forschungsfrage. Es zeigte sich, dass lediglich das Hinzufügen des Faktors Behandlungsunwilligkeit zu einer signifikanten Verbesserung des Vorhersagemodells ( $\chi^2 = 10,311$ ;  $df = 1$ ;  $p = ,001$ ) beiträgt (vgl. Tabelle 24 und 25), wobei 10,2% der Gesamtvarianz erklärt werden. Da sich ein Prädiktor für die Vorhersage der durchschnittlichen Schwere der begangenen Delikte fand, wird die Hypothese H1 (8.2) angenommen.

Tabelle 24: Modellzusammenfassung binär-logistische Regression der durchschnittlichen Schwere der Delikte

	$\chi^2$	df	p	$R^2$
Modell	10,311	1	,001	,102

Tabelle 25: Prädiktoren der durchschnittlichen Schwere der Delikte

Prädiktor	Wald	df	p	Exp(B)
Behandlungsunwilligkeit	8,455	1	,004	0,522
Konstante	0,044	1	,834	0,962

Bezüglich der Sensitivität dieses Vorhersagemodells ergibt sich ein Wert von 67%, wohingegen die Spezifität lediglich 58% beträgt. Insgesamt lässt sich bei 60,8% der Patienten die durchschnittliche Schwere der Delikte aufgrund dieses Modells korrekt vorhersagen (vgl. Abbildung 26).

Tabelle 26: Vorhersage der Zugehörigkeit zu einer Deliktgruppe

Gruppe	leichte Delikte	Schwere Delikte	Prozentsatz der Richtigsten
leichte Delikte	28	37	43,1
schwere Delikte	14	51	78,5
<b>Gesamtprozentsatz</b>			60,8

## 12.6 Ergebnisse hinsichtlich der Unterschiede zwischen den gefundenen Inanspruchnahmetypen

Forschungsfrage 9 beschäftigte sich in einem ersten Schritt mit der Bildung von vier Inanspruchnahmetypen, die sich durch unterschiedliche Ausprägungen auf den Faktoren Behandlungsunwilligkeit sowie Behandlungsdauer charakterisieren lassen. Hierzu wird auf die bereits in den vorhergehenden Schritten vorgenommene Dichotomisierung der beiden Faktorenwerte zurückgegriffen (s. Kapitel 12.5) und mit diesen eine 2x2-Matrix gebildet, die in Abbildung 27 dargestellt ist.

Tabelle 27: Vier Typen des Inanspruchnahmeverhaltens

		Behandlungsdauer	
		lang	kurz
Behandlungsunwilligkeit	hoch	Typ I (28,0%; n=37)	Typ II (21,2%; n=28)
	niedrig	Typ III (21,2%; n=28)	Typ IV (29,6%; n=39)

*Typ I* ist dabei charakterisiert durch eine stark ausgeprägte Behandlungsunwilligkeit sowie eine lange Behandlungsdauer. Anschaulich handelt es sich dabei um Probanden, die sich durch eine hohe Gesamtanzahl von stationären Aufnahmen sowie eine Vielzahl von unfreiwilligen Aufnahmen und Behandlungsabbrüchen auszeichnen. Trotz ihrer mangelnden Behandlungswilligkeit verbringen sie jedoch einen sehr großen Anteil ihrer Lebenszeit in stationären Einrichtungen. Von diesem unterscheidet sich der *Typ II* lediglich hinsichtlich der Behandlungsdauer. Probanden, die diesem Typ zugehörig sind, fallen demnach ebenfalls durch eine stark ausgeprägte Behandlungsunwilligkeit aus, sind aber zumeist nur selten bzw. sehr kurz stationär aufgenommen.

Angehörige des *Typs III* zeigen sich hinsichtlich ihrer Bereitschaft, eine psychiatrische Behandlung anzunehmen, deutlich kooperativer. Charakteristisch für diesen Typ ist neben einer geringen Anzahl von Behandlungsabbrüchen und unfreiwilligen Aufnahmen insbesondere die lange Behandlungsdauer. *Typ IV* hingegen zeichnet sich sowohl durch eine niedrig ausgeprägte Behandlungsunwilligkeit als auch eine kurze Behandlungsdauer aus.

Der zweite Teil der neunten Forschungsfrage befasste sich mit den Unterschieden zwischen den Inanspruchnahmetypen hinsichtlich ausgewählter Merkmale, um so in weiterer Folge die Charakteristika der einzelnen Typen detaillierter beschreiben zu können.

**Ergebnisse hinsichtlich der Unterschiede in der Häufigkeit ausgewählter sozialer Herkunftsvariablen zwischen den vier Inanspruchnahmetypen**

Die Ergebnisse der Untersuchung der Frage, ob sich die vier Inanspruchnahmetypen hinsichtlich der Verteilung des Familienstandes der Eltern bis zum 18. Lebensjahr der Probanden unterscheiden, sind in Tabelle 28 und Abbildung 29 zusammengefasst. Um die Voraussetzungen des Chi<sup>2</sup>-Tests zu gewährleisten, wurde für diese Fragestellung auf die bereits in Fragestellung 5.4 verwendete Dichotomisierung des Familienstandes der Eltern zurückgegriffen. Da keine signifikanten Unterschiede bestehen, wird die H0 (9.1) beibehalten.

Tabelle 28: Kennzahlen des Chi<sup>2</sup>-Tests für Familienstand der Eltern (ledig vs. getrennt)

	$\chi^2$	df	p
Chi <sup>2</sup> -Test	4,491	3	,213

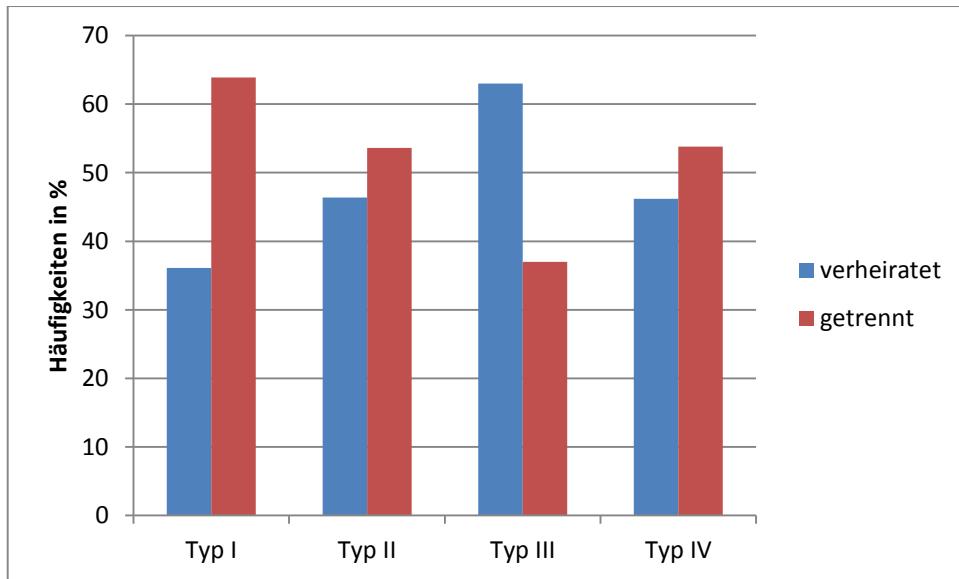


Abbildung 29: Verteilung des Familienstandes der Eltern der Probanden innerhalb der vier Inanspruchnahmetypen

Forschungsfrage 9.2 befasste sich mit den Unterschieden zwischen den Inanspruchnahmetypen hinsichtlich der Anzahl der Geschwister. Auch für die Beantwortung dieser Fragestellung wurde auf eine bereits in Fragestellung 5.1 erstellte Dichotomisierung der Anzahl der Geschwister zurückgegriffen, um die Durchführungs voraussetzungen zu erfüllen. Tabelle 29 fasst die Ergebnisse der statistischen Auswertung zusammen. Da sich keine signifikantes Ergebnis zeigt, wird die Hypothese H0 (9.2) beibehalten. Auch auf deskriptiver Ebene zeigen sich keine Unterschiede zwischen den Gruppen (vgl. Abbildung 30).

Tabelle 29: Kennzahlen des Chi<sup>2</sup>-Tests für die Anzahl der Geschwister ( $\leq 1$  vs.  $> 1$ )

	$\chi^2$	df	p
Chi <sup>2</sup> -Test	0,558	3	,906

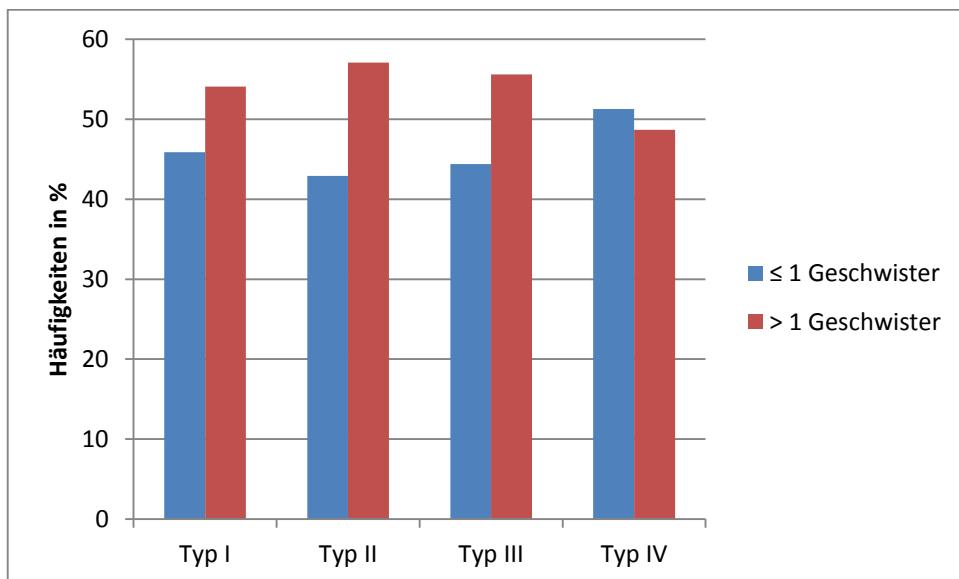


Abbildung 30: Verteilung der Anzahl der Geschwister innerhalb der vier Inanspruchnahmetypen

Ob eine bestimmte Position der Patienten innerhalb der Geburtsreihenfolge in einem oder mehreren Inanspruchnahmetypen in ungewöhnlichem Ausmaß vertreten ist, stand im Zentrum der Forschungsfrage 9.3. Dabei wurden lediglich erstgeborene, Probanden an mittlerer Position und letztgeborene Probanden in die Berechnung inkludiert. Die Ergebnisse des Chi<sup>2</sup>-Tests sind in Tabelle 30 und Abbildung 31 dargestellt. Aufgrund des nicht-signifikanten  $\chi^2$ -Wertes wird die Hypothese H0 (9.3) beibehalten.

Tabelle 30: Kennzahlen des Chi<sup>2</sup>-Tests für die Position in der Geburtsreihenfolge

	$\chi^2$	df	p
Chi <sup>2</sup> -Test	2,392	6	,880

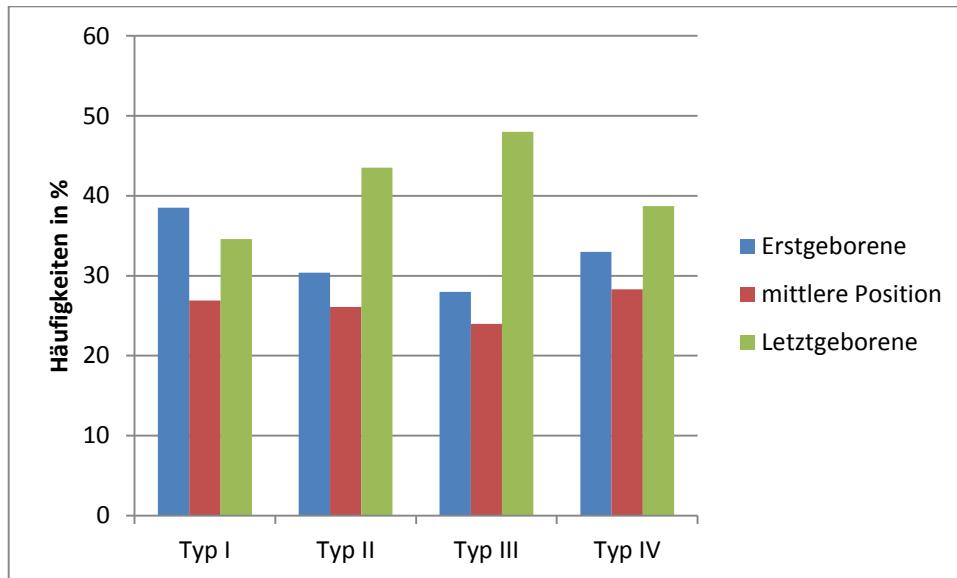


Abbildung 31: Verteilung der Position innerhalb der Geburtsreihenfolge innerhalb der vier Inanspruchnahmetypen

### **Ergebnisse hinsichtlich der Unterschiede in der Häufigkeit ausgewählter die Komorbiditäten betreffenden Variablen zwischen den vier Inanspruchnahme**

Ob sich die Verteilung der Häufigkeiten des Subtyps der Schizophrenie in den vier Inanspruchnahmetypen unterscheidet, wurde im Rahmen der Forschungsfrage 9.4 untersucht. Die Dichotomisierung erfolgte analog zur Forschungsfrage 5.6. Dabei ergab sich zwar kein signifikantes Ergebnis, weshalb die Hypothese H0 (9.4) beibehalten wird (vgl. Tabelle 31), jedoch werden die Unterschiede zwischen den Inanspruchnahmetypen aufgrund der statistischen Tendenz in weiterer Folge detailliert dargestellt und ebenfalls bei der Interpretation berücksichtigt.

Tabelle 31: Kennzahlen des Chi<sup>2</sup>-Tests für den schizophrenen Subtyp (F20.0 vs. Rest)

	$\chi^2$	df	p
Chi <sup>2</sup> -Test	7,429	3	,059

Abbildung 32 fasst die Häufigkeiten des Vorkommens der paranoiden Schizophrenie sowie sonstiger Subtypen in den einzelnen Gruppen zusammen. Dabei zeigt sich, dass insbesondere Patienten, die dem Inanspruchnahmetyp III angehören, zumeist an einer paranoiden Schizophrenie erkrankt sind, wohingegen sich diese bei Probanden des Typs II deutlich seltener findet. Innerhalb von Typ I und Typ IV zeigen sich keine bedeutsamen Unterschiede in der Verteilung des schizophrenen Subtyps.

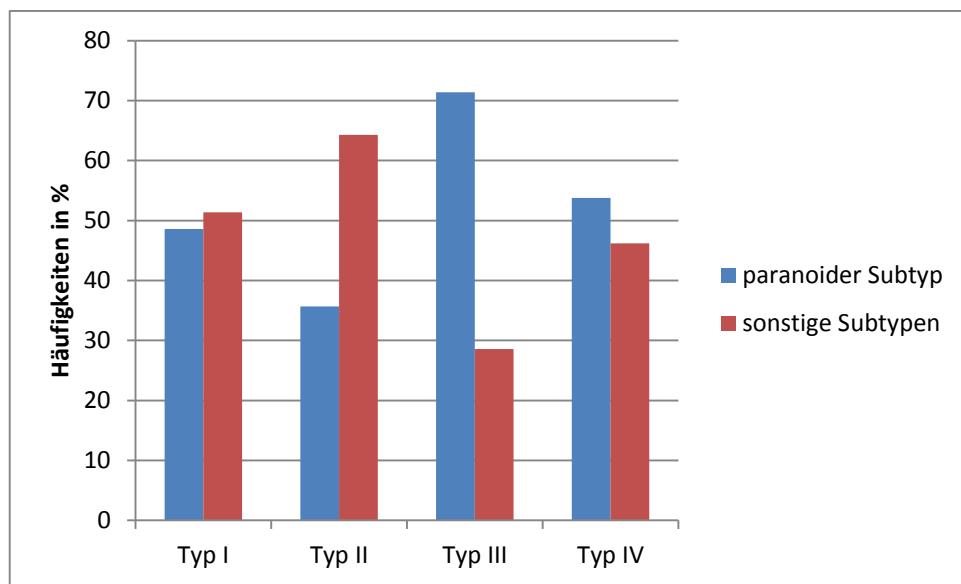


Abbildung 32: Verteilung des schizophrenen Subtyps innerhalb der vier Inanspruchnahmetypen

Die Frage, ob Patienten eines Inanspruchnahmetypus häufiger missbräuchlich legale und illegale Substanzen konsumieren als Probanden, die anderen Typen angehören, stand im Fokus der Forschungsfrage 9.5. Auch hier wurde im Zuge der Gewährleistung der Durchführungsvoraussetzungen das Konsumverhalten dichotomisiert, sodass eine Unterscheidung zwischen abstinenteren und nicht-abstinenteren Probanden erfolgt (s. Kapitel 5.8). Tabelle 32 fasst die Ergebnisse der Auswertung zusammen. Diese machen deutlich, dass keine signifikanten Unterschiede zwischen den erwarteten und den tatsächlichen Häufigkeiten innerhalb der vier Typen bestehen. Daher wird die Hypothese H0 (9.5) beibehalten. Jedoch zeigt sich auch bei dieser Fragestellung, dass ein tendenzieller Unterschied besteht. Daher werden die Unterschiede zwischen den Typen in weiterer Folge detailliert dargestellt und bei der Interpretation berücksichtigt.

Tabelle 32: Kennzahlen des Chi<sup>2</sup>-Tests für den Substanzenkonsum (abstinent vs. Rest)

	$\chi^2$	df	p
Chi <sup>2</sup> -Test	6,267	3	,099

Die in Abbildung 33 dargestellte Verteilung des Konsumverhaltens innerhalb der vier Inanspruchnahmetypen macht deutlich, dass Patienten des Typs IV in 74,4% der Fälle Substanzenkonsum zeigen und lediglich 25,6% in keiner klinisch bedeutsamen Weise Rauschmittel zu sich nehmen. Innerhalb der Typen I bis III sind abstinenten und nicht-abstinenten Probanden in etwas gleich verteilt.

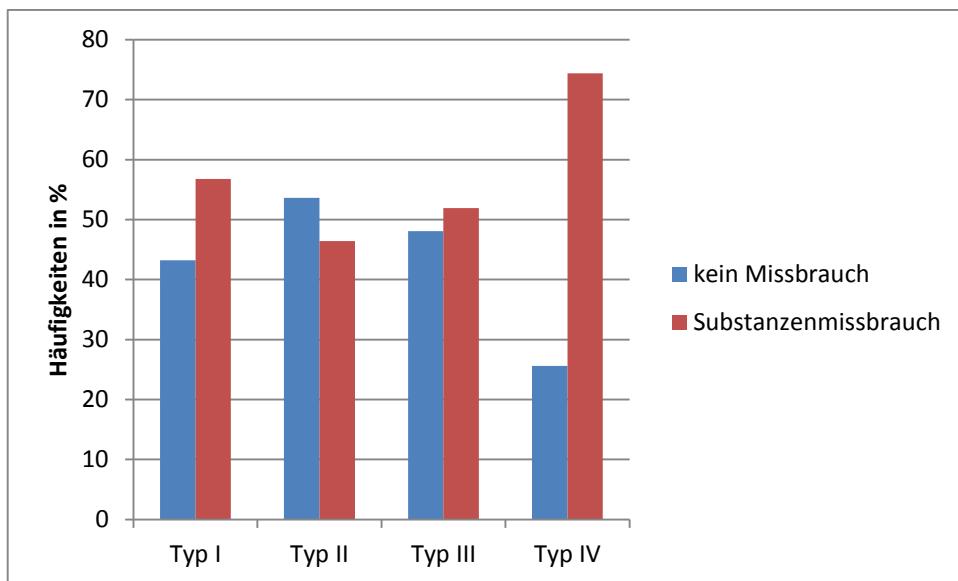


Abbildung 33: Verteilung des Substanzenkonsums innerhalb der vier Inanspruchnahmetypen

Den letzten Aspekt aus dem Bereich der Komorbiditäten, der im Rahmen dieser Forschungsfrage untersucht werden sollte, stellt die Psychopathie dar (FF 9.6), die anhand des PCL-R-Wertes quantifiziert wird. Um alle Kategorien mit ausreichend Probanden zu besetzen, wurden die PCL-R-Werte der Probanden in zwei Gruppen unterteilt, sodass eine Unterscheidung zwischen einem niedrigen und einem hohen Ausmaß an Psychopathie erfolgt (s. Kapitel 5.10). Die Ergebnisse machen deutlich, dass keine statistisch signifikanten Unterschiede innerhalb der Typen bestehen (vgl. Tabelle 33), weshalb die H0 (9.6) beibehalten wird. Auf einer rein deskriptiven Ebene sei aber darauf hingewiesen, dass innerhalb des Typs III 78,6% der Probanden einen niedrigen

Psychopathie-Wert aufweisen, wohingegen sich in den anderen Typen gleichermaßen viele Patienten mit hohen und niedrigen Werten finden (vgl. Abbildung 34).

Tabelle 33: Kennzahlen des Chi<sup>2</sup>-Tests für den PCL-R-Wert (niedrig vs. hoch)

	$\chi^2$	df	p
Chi <sup>2</sup> -Test	4,802	3	,187

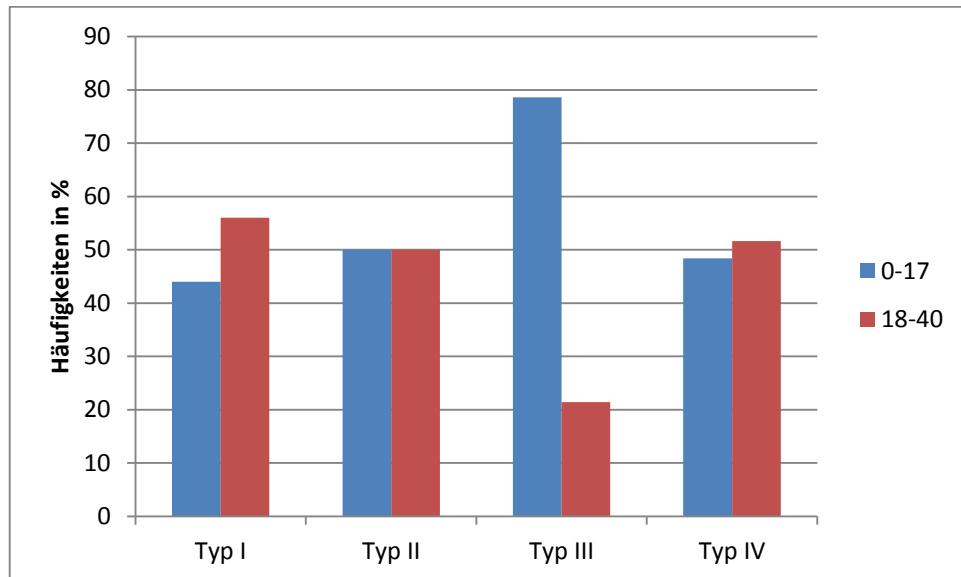


Abbildung 34: Verteilung des PCL-R-Scores innerhalb der vier Inanspruchnahmetypen

### **Ergebnisse hinsichtlich der Unterschiede in der Häufigkeit ausgewählter Aspekte der Delinquenz zwischen den vier Inanspruchnahme**

Der Untersuchung der Unterschiede zwischen den Typen hinsichtlich der Anzahl der der Maßnahme vorausgehenden Gefängnisaufenthalten widmet sich die Forschungsfrage 9.7. Da die Homogenität der Varianzen innerhalb der einzelnen Typen nicht gegeben war, wurde auf den Kruskal-Wallis-Test zurückgegriffen. Da sich keine signifikanten Unterschiede ergaben, wird die Hypothese H0 (9.7) beibehalten (vgl. Tabelle 34). Auf einer deskriptiven Ebene sei jedoch darauf hingewiesen, dass die Angehörigen des Typs I im Vergleich zu den anderen Typen bereits vor der Einweisung in die Maßnahme vermehrt Gefängnisaufenthalte aufweisen (vgl. Abbildung 35).

Tabelle 34: Kennzahlen des Kruskal-Wallis-Tests für die Gefängnisaufenthalte

	$\chi^2$	df	p
Kruskal-Wallis-Test	2,970	3	,396

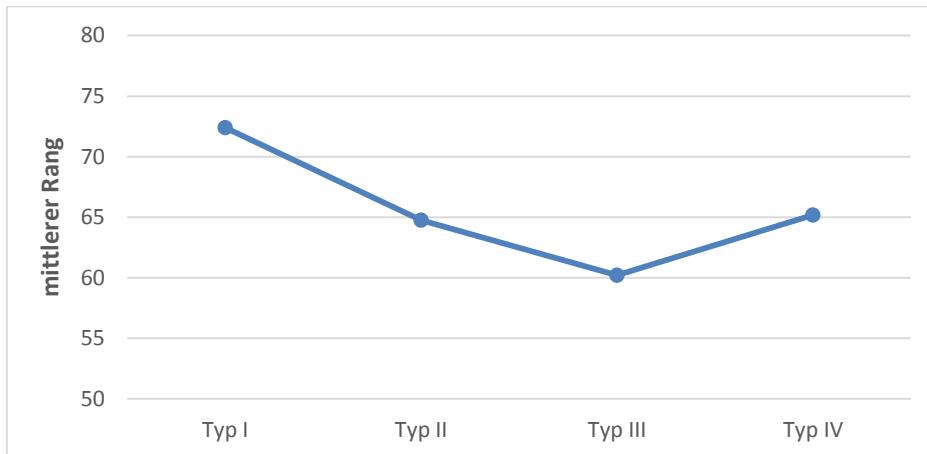


Abbildung 35: Mittlere Ränge der Gefängnisaufenthalte innerhalb der vier Inanspruchnahmetypen

Wie sich die Typen hinsichtlich der Anzahl der begangenen Delikte unterscheiden, stand im Mittelpunkt der Forschungsfrage 9.8. Dabei zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den erwarteten und tatsächlichen Häufigkeiten innerhalb der einzelnen Typen (vgl. Tabelle 35 und Abbildung 36), weshalb die Hypothese H0 (9.8) beibehalten wird. Es zeigte sich aber, dass Angehörige des Typ I die meisten und Patienten des Typ III die wenigsten Delikte begehen.

Tabelle 35: Kennzahlen des Kruskal-Wallis-Tests für die Anzahl der Delikte

	$\chi^2$	df	p
Kruskal-Wallis-Test	2,612	3	,455

Die Frage, ob es innerhalb der vier Typen Unterschiede in der Verteilung von Patienten mit einem leichten und Probanden mit einem schweren Anlassdelikt gibt, wurde im Rahmen der Forschungsfrage 9.9 untersucht. Dabei ergab sich kein signifikantes Ergebnis, weshalb die Hypothese H0 (9.9) beibehalten wird (vgl. Tabelle 36).

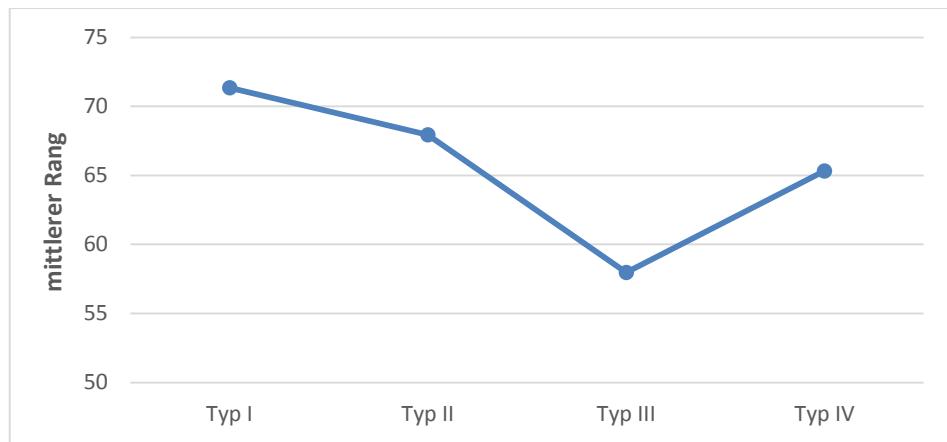


Abbildung 36: Mittlere Ränge der Anzahl der Delikte innerhalb der vier Inanspruchnahmetypen

Tabelle 36: Kennzahlen des Chi<sup>2</sup>-Tests für die Schwere des Anlassdeliktes

	$\chi^2$	df	p
Chi <sup>2</sup> -Test	4,325	3	,228

Jedoch zeigt sich auf der deskriptiven Ebene, dass über 70% der Angehörigen des Typs III und IV schwerere Anlassdelikte begingen als Probanden, die den Typen I und II zugehören (vgl. Abbildung 37).

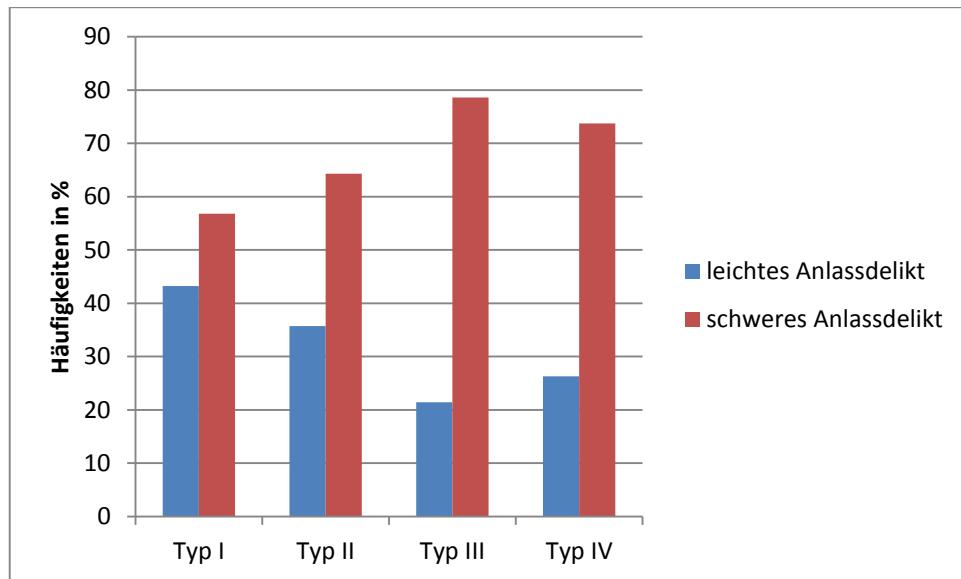


Abbildung 37: Verteilung der Schwere des Anlassdeliktes innerhalb der vier Inanspruchnahmetypen

Ob sich die Typen in der durchschnittlichen Schwere der begangenen Delikte unterscheiden, stand im Mittelpunkt der Forschungsfrage 9.10. Dabei ergaben sich in der

einfaktoriellen Varianzanalyse signifikante Unterschiede ( $F = 5,286$ ;  $df = 3$ ;  $p = ,002$ ) zwischen den Inanspruchnahmetypen. Daher wird die Hypothese H1 (9.10) angenommen (vgl. Tabelle 37).

Tabelle 37: Vergleich der Mittelwerte der durchschnittlichen Schwere der Delikte

<b>Inanspruchnahmetyp</b>	<b>MW</b>	<b>SD</b>	<b>N</b>
Typ I	1,300	0,474	37
Typ II	1,397	0,445	27
Typ III	1,583	0,476	28
Typ IV	1,677	0,402	39
<b>Gesamt</b>	<b>1,493</b>	<b>0,470</b>	<b>131</b>

Im anschließend durchgeführten Bonferroni-post-hoc-Test zeigten sich signifikante Unterschiede in der Schwere der begangenen Delikte zwischen Patienten des Typs I und Probanden des Typs IV. Die Betrachtung der Mittelwerte verdeutlicht, dass Patienten des Typs I im Durchschnitt leichtere Delikte begehen als Probanden des Typ IV. Des Weiteren zeigte sich auch eine statistische Tendenz zwischen diesen Patienten und den Probanden des Typs II, die ebenfalls darauf hinweist, dass Angehörige des Typs IV tendenziell schwerere Delikte begehen. Ein weiterer tendenzieller Unterschied in der durchschnittlichen Schwere der begangenen Delikte besteht zudem zwischen Inanspruchnahmetyp I und III. Die Betrachtung der Mittelwerte verdeutlicht, dass Probanden des Typs III zumeist schwerere Delikte begehen als Angehörige des Typs I (vgl. Tabelle 38 und Abbildung 38).

Tabelle 38: Mehrfachvergleiche nach Bonferroni bezüglich der vier Inanspruchnahmetypen

<b>Ausprägung (I)</b>	<b>Ausprägung (J)</b>	Mittlere	SE	p
		Differenzen (I-J)		
Typ I	Typ II	-0,098	0,113	1,000
	Typ III	-0,284	0,112	,076 <sup>+</sup>
	Typ IV	-0,378	0,103	,002**
Typ II	Typ I	0,098	0,113	1,000
	Typ III	-0,186	0,121	,757
	Typ IV	-0,280	0,112	,083 <sup>+</sup>
Typ III	Typ I	0,284	0,112	,076 <sup>+</sup>
	Typ II	0,186	0,121	,757
	Typ IV	-0,094	0,111	1,000
Typ IV	Typ I	0,378	0,103	,002**
	Typ II	0,280	0,112	,083 <sup>+</sup>
	Typ III	0,094	0,111	1,000

<sup>+</sup> p < ,10 \*\* p < ,01

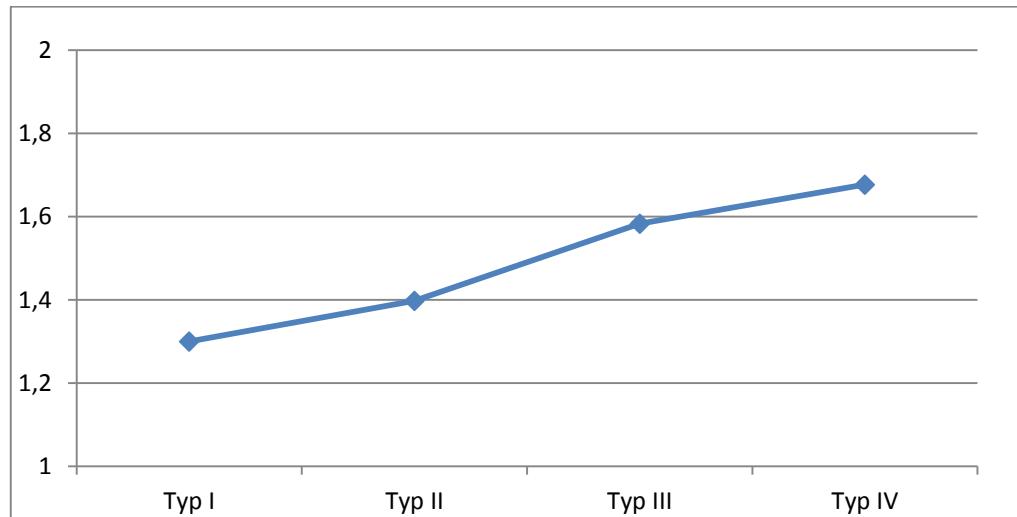


Abbildung 38: Mittelwerte der durchschnittlichen Schwere der begangenen Delikte der vier Inanspruchnahmetypen

## 12.7 Ergebnisse hinsichtlich der Prädiktoren für die vier Inanspruchnahmetypen

Diese Forschungsfrage befasst sich mit der Suche nach Prädiktoren für die Vorhersage der Zugehörigkeit zu den vier Inanspruchnahmetypen. Bei den Aspekten, die als potentielle Prädiktoren in Frage kommen, handelt es sich um Variablen, die sich bereits in der vorhergehenden Forschungsfrage als unterschiedlich innerhalb der Typen verteilt herauskristallisiert haben. Um eine detaillierte Beschreibung der Charakteristika der einzelnen Typen zu ermöglichen, wurden bei der Untersuchung der Prädiktoren jeweils zwei Inanspruchnahmetypen verglichen. Es sei zudem darauf hingewiesen, dass obwohl der PCL-R-Wert der Patienten ebenfalls als potentieller Prädiktor in Frage kommen würde, dieser aufgrund der hohen Anzahl von fehlenden Daten von den folgenden Analyseschritten ausgeschlossen werden musste, um eine Stichprobengröße von mindestens 50 Probanden zu gewährleisten.

Der erste Teil der Forschungsfrage befasste sich mit der Suche nach Prädiktoren, die die Zugehörigkeit eines Patienten zu Typ I oder Typ II vorhersagen. Tabelle 39 fasst die Ergebnisse der binär-logistischen Regression zusammen und macht deutlich, dass sich keine Prädiktoren fanden, die zwischen der Zugehörigkeit zu Typ I und II differenzieren. Daher wird die Hypothese H0 (10.1) beibehalten.

Tabelle 39: Modellzusammenfassung binär-logistische Regression hinsichtlich Typ I und Typ II

	$\chi^2$	df	p	$R^2$
Modell	-1,033	1	,309	,000

Die Suche nach Prädiktoren, die die Zugehörigkeit eines Patienten zu Typ I oder Typ III vorhersagt, war Teil der Forschungsfrage 10.2. Die Ergebnisse der Untersuchung weisen darauf hin, dass sich ein dem Zufall überlegenes Vorhersagemodell findet und die Hypothese H1 (10.2) angenommen wird (vgl. Tabelle 40). Dabei ist die durchschnittliche Schwere der Delikte in der Lage, 66,1% der Probanden korrekt einem der beiden Typen zuzuordnen (vgl. Tabelle 41 und 42). Der Anteil der erklärten Gesamtvarianz beträgt jedoch lediglich 9,5%. Für die Spezifität dieses Modells ergibt sich ein Wert von 60,9%. Die Sensitivität beträgt hingegen 69,2%.

Tabelle 40: Modellzusammenfassung binär-logistische Regression hinsichtlich Typ I und Typ III

	$\chi^2$	df	p	$R^2$
Modell	4,552	1	,033	,095

Tabelle 41: Prädiktoren für die Zugehörigkeit zu Typ I und III

Prädiktor	Wald	df	p	Exp(B)
durchschn. Schwere der Delikte	4,260	1	,039	3,190
Konstante	5,341	1	,021	0,136

Tabelle 42: Vorhersage der Zugehörigkeit zu Typ I und Typ III

Gruppe	Typ I	Typ III	Prozentsatz der Richtigen
Typ I	27	9	75,0
Typ III	12	14	53,8
<b>Gesamtprozentsatz</b>			66,1

Ob sich Prädiktoren finden lassen, die zwischen der Zugehörigkeit zu Typ I und Typ IV differenzieren, stand im Mittelpunkt der Forschungsfrage 10.3. Tabelle 43 fasst das gewonnene Modell zusammen. Dabei wird deutlich, dass sich signifikante Prädiktoren für die Vorhersage der Gruppenzugehörigkeit finden, weshalb die Hypothese H1 (10.3) angenommen wird. Das Modell, bestehend aus dem Familienstand der Eltern und der durchschnittlichen Schwere der begangenen Delikte, ist in der Lage, insgesamt 77,0% der Probanden adäquat zuzuordnen und erklärt 25,9% der Gesamtvarianz (vgl. Tabelle 44 und 45).

Tabelle 43: Modellzusammenfassung binär-logistische Regression hinsichtlich Typ I und Typ IV

	$\chi^2$	df	p	$R^2$
Modell	16,004	2	<,000	,259

Tabelle 44: Prädiktoren für die Zugehörigkeit zu Typ I und IV

Prädiktor	Wald	df	p	Exp(B)
Familienstand der Eltern	4,141	1	,042	1,736
durchschn. Schwere der Delikte	11,005	1	,001	7,413
Konstante	10,693	1	,001	0,007

Hinsichtlich der Sensivität dieses Modells ergibt sich ein Wert von 75,7%, wohingegen die Spezifität 78,4% beträgt.

Tabelle 45: Vorhersage der Zugehörigkeit zu Typ I und Typ IV

Gruppe	Typ I	Typ IV	Prozentsatz der Richtigen
Typ I	28	8	77,8
Typ IV	9	29	76,3
<b>Gesamtprozentsatz</b>			77,0

Ob es Prädiktoren für die Zuordnung der Patienten zu Typ II oder Typ III gibt, wurde im Rahmen Forschungsfrage 10.4 untersucht. Tabelle 46 fasst das Modell zusammen. Dabei zeigte sich kein signifikanter Vorteil des aufgestellten Modells gegenüber dem Zufall, weshalb die Hypothese H0 (10.4) beibehalten wird. Jedoch wird das Modell aufgrund der statistischen Tendenz zur Signifikanz in weiterer Folge detailliert dargestellt und ebenfalls bei der Interpretation berücksichtigt. Als entscheidender Prädiktor zur Unterscheidung der Zuordnung zu Typ II und Typ III kristallisierte sich der Subtyp der Schizophrenie heraus, mit dessen Hilfe 64,2% der Probanden richtig zugeordnet werden können (vgl. Tabelle 47 und 48).

Tabelle 46: Modellzusammenfassung binär-logistische Regression hinsichtlich Typ II und Typ III

	$\chi^2$	df	p	$R^2$
Modell	3,765	1	,052	,091

Tabelle 47: Prädiktoren für die Zugehörigkeit zu Typ II und III

Prädiktor	Wald	df	p	Exp(B)
Subtyp der Schizophrenie	3,448	1	,063	0,768
Konstante	1,993	1	,158	1,885

Für die Sensitivität ergibt sich hinsichtlich dieses Modells ein Wert von 72,2%. Die Spezifität beträgt 60,0%, und das Modell ist in der Lage, 9,1% der Gesamtvarianz zu erklären.

Tabelle 48: Vorhersage der Zugehörigkeit zu Typ II und Typ III

Gruppe	Typ I	Typ IV	Prozentsatz der Richtigen
Typ II	13	14	48,1
Typ III	5	21	80,8
<b>Gesamtprozentsatz</b>			64,2

Die Suche nach Prädiktoren, die es ermöglichen vorherzusagen, ob ein Patient dem Typ II oder dem Typ IV angehört, stand im Fokus der Forschungsfrage 10.5. Die Analyse erbrachte ein hoch signifikantes Modell, das in der Lage ist, 35,9% der Gesamtvarianz aufzuklären (vgl. Tabelle 49). Daher wird die Hypothese H1 (10.5) angenommen. Dieses Vorhersagemodell setzt sich dabei zusammen aus den Variablen Familienstand der Eltern, Substanzenkonsum, Schwere des Anlassdeliktes sowie der durchschnittlichen Schwere aller aktenkundigen Delikte und ist in der Lage, 78,5% der Probanden korrekt zuzuordnen (vgl. Tabellen 50 und 51). Die Sensitivität dieses Modells beträgt 81,0%, wohingegen sich für die Spezifität ein Wert von 77,3% ergibt.

Tabelle 49: Modellzusammenfassung binär-logistische Regression hinsichtlich Typ II und Typ IV

	$\chi^2$	df	p	$R^2$
Modell	20,190	4	<,001	,359

Tabelle 50: Prädiktoren für die Zugehörigkeit zu Typ II und IV

Prädiktor	Wald	df	p	Exp(B)
Familienstand der Eltern	5,194	1	,023	2,064
Substanzenkonsum	5,494	1	,019	2,078
Schwere des Anlassdelikte	3,047	1	,081	0,164
durchschn. Schwere der Delikte	8,870	1	,003	38,123
Konstante	8,544	1	,003	0,003

Tabelle 51: Vorhersage der Zugehörigkeit zu Typ II und Typ IV

Gruppe	Typ I	Typ IV	Prozentsatz der Richtigen
Typ II	17	10	63,0
Typ IV	4	34	89,5
<b>Gesamtprozentsatz</b>	78,5		

Der letzte Teil dieser Forschungsfrage befasste sich mit dem Auffinden von Prädiktoren, die die Vorhersage der Zugehörigkeit eines Probanden entweder zum Inanspruchnahmetyp III oder IV ermöglichen. Dabei ergab sich ein signifikantes Vorhersagemodell bestehend aus den Aspekten Familienstand der Eltern, Substanzenkonsum und durchschnittliche Schwere der Delikte, das in der Lage ist, 22,2% der Gesamtvarianz zu erklären. Daher wird die Hypothese H1 (10.6) angenommen. Die Zusammenfassung des Modells findet sich in Tabelle 52. Die Betrachtung der Ergebnisse hinsichtlich der einzelnen Prädiktoren macht deutlich, dass die durchschnittliche Schwere der Delikte in nicht-signifikantem Ausmaß zur Verbesserung des Vorhersagemodells beiträgt (vgl. Tabelle 53). Dennoch ist das Modell in der Lage, 68,8% der Probanden korrekt einem der beiden Typen zuzuordnen, wobei sich für die Sensitivität und Spezifität Werte von 63,6% und 71,4% ergeben (vgl. Tabelle 54).

Tabelle 52: Modellzusammenfassung binär-logistische Regression hinsichtlich Typ III und Typ IV

	$\chi^2$	df	p	$R^2$
Modell	11,496	3	,009	,222

Tabelle 53: Prädiktoren für die Zugehörigkeit zu Typ III und IV

Prädiktor	Wald	df	p	Exp(B)
Familienstand der Eltern	5,572	1	,018	2,107
Substanzenkonsum	6,052	1	,014	2,073
durchschn. Schwere der Delikte	2,710	1	,100	3,091
Konstante	6,707	1	,010	0,007

Tabelle 54: Vorhersage der Zugehörigkeit zu Typ II und Typ IV

Gruppe	Typ III	Typ IV	Prozentsatz der Richtigen
Typ III	14	12	53,8
Typ IV	8	30	78,9
<b>Gesamtprozentsatz</b>	68,8		

## **13. Interpretation und Diskussion der Ergebnisse**

In der aktuellen Forschungsliteratur zur Entstehung von delinquentem Verhalten bei schizophrenen Patienten findet sich eine Vielzahl von potentiellen Prädiktoren aus den unterschiedlichsten Bereichen (Hiday, 1997; Stompe & Schanda, 2013; Volavka & Citrome 2011), die zum Teil bereits vielen empirischen Untersuchungen unterzogen wurden. Nichtsdestotrotz fehlt es bisher an validen Prognoseinstrumenten, die ein adäquates Screening psychiatrischer, insbesondere schizophrener Patienten bereits vor der Begehung der ersten Straftat ermöglicht. Dies scheint insofern essenziell, als ein Großteil der schizophrenen Straftäter besonders schwere Delikte setzt (Haller et al., 2001). Zudem geht der Begehung des Anlassdeliktes in vielen Fällen eine sehr lange Erkrankungsdauer voraus, wodurch ein großes Potential entsteht, das in diesem Zeitraum an den Tag gelegte Verhalten zur Einschätzung des späteren Ausmaßes der Delinquenz zu nutzen.

Daher war es das Ziel dieser Studie, das stationäre Inanspruchnahmeverhalten von an Schizophrenie erkrankten geistig abnormalen Rechtsbrechern typologisch zu beschreiben und etwaige Zusammenhänge zu Delinquenz fördernden Aspekten sowie den prognostischen Wert des Inanspruchnahmeverhaltens zu untersuchen. Es wurde das stationäre Inanspruchnahmeverhalten durch die Gesamtanzahl der stationären Aufnahmen und deren durchschnittlicher Dauer, die Anzahl der abgebrochenen und unfreiwilligen Aufnahmen sowie den Anteil der seit Geburt in stationären Einrichtungen verbrachten Zeit charakterisiert.

Der Beitrag, den diese Studie zum aktuellen Forschungsgeschehen leistet, ist insofern von höchster Relevanz, als sie den ersten empirischen Versuch darstellt, das stationäre Inanspruchnahmeverhalten dieser Risikogruppe zu typologisieren und empirisch zu beschreiben, obwohl bereits diverse Studien auf dessen Potential hinweisen (z.B. Haller et al., 2001; Hodgins, 2006). Des Weiteren handelt es sich hier aufgrund der großen Stichprobe nahezu um eine Vollerhebung aller schizophrener Straftäter, die im Zeitraum 1992 bis 2013 in der Justizanstalt Göllersdorf inhaftiert waren, was für die Übertragbarkeit der folgenden Schlussfolgerungen auf die Gesamtpopulation der österreichischen Maßnahmenpatienten nach §21/1 StGB spricht.

### **13.1 Zusammensetzung der Stichprobe**

Die Zusammensetzung der in dieser Studie erhobenen Stichprobe entspricht zu großen Teilen den anhand der Forschungsliteratur aufgestellten Erwartungen. Im Bereich der Soziodemografie zeigt sich erwartungsgemäß eine Häufung von ledigen Probanden mit einem geringen Bildungsniveau und ohne Schulabschluss (vgl. Haller et al., 2001; Stompe et al., 2006). Zudem kann eine Vielzahl der Patienten keine oder lediglich eine abgebrochene Berufsausbildung vorweisen, wobei deren Abschluss womöglich maßgeblich durch die ersten im Rahmen der Prodromalphase auftretenden Symptome negativ beeinflusst wurde, bevor es bei einem Großteil der Fälle vor dem 24. Lebensjahr zur Manifestation der Erkrankung kam. Wie auch in anderen europäischen Studien zeigt sich, dass Patienten mit einer paranoiden Schizophrenie deutlich überrepräsentiert sind (vgl. Habermeyer et al., 2010; Haller et al., 2001; Stompe & Schanda, 2010a).

Ebenso spiegelt die Zusammensetzung der Stichprobe einen Großteil der bisherigen Forschungsergebnisse hinsichtlich der Verteilung der familiären Einflussfaktoren wider. Eine Vielzahl von Probanden hat einen Elternteil aufgrund von Trennung oder Tod verloren und wuchs mit vielen Geschwistern auf. Es handelt sich jedoch zumeist um Letztgeborene. Erstgeborene bilden im Gegensatz zu den Ergebnissen bei Stompe und Kollegen (2006) lediglich die zweitgrößte Gruppe innerhalb dieser Stichprobe. Auch finden sich weniger häufig Aufenthalte in Heimen und Pflegefamilien als angenommen, obwohl sich hinsichtlich des Erziehungsstils zeigt, dass ein Großteil der Probanden körperlichen Züchtigungen durch die Erziehungsberechtigten ausgesetzt war. Im Hinblick auf die familiäre Vorbelastung entsprechen die Ergebnisse wieder den Erwartungen, denn es zeigt sich, dass fast bei der Hälfte der Probanden bereits ein Elternteil an einer psychiatrischen Störung erkrankt war. Dabei handelt es sich zumeist um Alkohol- oder Substanzenabhängigkeit sowie Schizophrenie. Zudem finden sich in einem erwartungsgemäß geringen Anteil der Familien der Probanden Familienmitglieder mit einschlägigen Vorstrafen (vgl. Stompe et al., 2006).

Obwohl nahezu die Hälfte der Probanden keinen problematischen Substanzenkonsum aufweist, belegen die vorliegenden Resultate andere Studienergebnisse zu diesem Einflussfaktor, da sich eindeutig eine Präferenz für sedierende Substanzen zeigt. Zudem kristallisiert sich eine Teilgruppe von Probanden heraus, die multiplen Substanzenmissbrauch betreibt (vgl. Stompe & Schanda, 2013). Hinsichtlich des

Auftretens von komorbidien Persönlichkeitsstörungen zeigt sich, dass die von Frädrich und Pfäfflin (2000) angenommene Prävalenz von 50% unter Strafgefangenen die tatsächliche Verteilung innerhalb der Stichprobe deutlich überschätzt. Erwartungsgemäß stellt aber die antisoziale (ICD-10: F60.2) oder dissoziale (DSM-IV: 301.7) Persönlichkeitsstörung die häufigste Zweitdiagnose dar. Bezuglich des Ausmaßes der vorliegenden Psychopathie zeigt sich, dass der überwiegende Teil der Probanden Testwerte im niedrigen oder mittleren Bereich erzielt. Lediglich ein geringer Anteil erreicht den Cut-Off-Wert von 25, der auf ein gesichertes Vorliegen von Psychopathie schließen lässt. Dies steht in Einklang zu Nolan und Kollegen (1999), die vor allem niedrige Werte bei nicht-gewalttätigen und mittlere bei gewalttätigen schizophrenen Delinquenten feststellten.

In Bezug auf die Inanspruchnahme stationärer psychiatrischer Einrichtungen durch die Probanden ergibt sich, dass im Mittel fast 12 Jahre zwischen Erkrankungsbeginn und der Begehung des Anlassdeliktes vergehen. Während dieser Zeit sind die Probanden insgesamt durchschnittlich mehr als ein Jahr stationär aufgenommen und befinden sich pro Aufnahme im Schnitt einen Monat in einer Einrichtung, wobei sich in vielen Fällen auch unfreiwillige und abgebrochene Aufnahmen in der Krankengeschichte finden. Somit finden sich auch in diesem Bereich einschlägige Ergebnisse anderer Studien wieder (vgl. Habermeyer et al., 2010; Haller et al., 2001; Schanda et al., 1997; Schanda & Knecht; 1998).

In Einklang mit der bisherigen Forschungsliteratur zeigt sich, dass die Probanden der vorliegenden Stichprobe hauptsächlich durch ein sehr schweres Delikt in Erscheinung treten (vgl. Haller et al., 2001). Es kristallisiert sich jedoch ebenfalls eine kleine Gruppe von Untersuchten heraus, die durch eine Vielzahl von Delikten und vorhergehenden Gefängnisaufenthalten charakterisiert ist. Insgesamt betrachtet treten die Probanden zumeist erst im mittleren Erwachsenenalter strafrechtlich in Erscheinung, was für die Annahme spricht, dass der Erkrankungsbeginn nicht umgehend zur Entstehung von delinquentem Verhalten führt, sondern vielmehr eine gewisse Vorlaufzeit benötigt (vgl. Birkbauer et al., 2009). Dahingegen sind andere Probanden bereits vor Erkrankungsbeginn strafrechtlich in Erscheinung getreten und haben ihre illegalen Aktivitäten in Folge der Schizophrenie intensiviert.

Insgesamt zeigt sich also, dass die für diese Studie erhobene Stichprobe eine Vielzahl von Forschungsergebnissen adäquat widerspiegelt, was für eine hohe ökologische Validität dieser spricht. Hinzu kommt, dass sich insbesondere die Tendenz verdeutlicht, dass schizophrene Straftäter meist besonders schwere Delikte setzen. Diesen geht jedoch zumeist eine sehr lange Erkrankungs- und Behandlungsdauer voraus. Da ein Großteil der Probanden lediglich ein Delikt setzt und es aufgrund des hohen Aufwandes zumeist erst nach der Begehung einer Straftat zu einer ausführlichen Begutachtung kommt, stellen die Informationen bezüglich der Inanspruchnahme stationärer Hilfsangebote somit in vielen Fällen die einzige Möglichkeit dar, Risikopatienten schon vor ihrer ersten Straftat zu identifizieren.

## **13.2 Stationäres Inanspruchnahmeverhalten**

Ein Schwerpunkt der vorliegenden Studie lag auf der empirischen Untersuchung der Inanspruchnahme stationärer Einrichtungen durch die Probanden. Dabei zeigte sich, dass dem Inanspruchnahmeverhalten schizophrener geistig abnormer Rechtsbrecher zwei Faktoren zugrunde liegen. In Anlehnung an Weig (2009), der eine durch aggressive Zwischenfälle charakterisierte Risikoklientel innerhalb der psychiatrischen Patientenpopulation beschreibt, deren Verhalten maßgeblich auf eine nicht vorhandene Bereitschaft oder Fähigkeit zur Behandlung zurückzuführen ist, wird ein Faktor als „Behandlungsunwilligkeit“ und der zweite als „Behandlungsdauer“ bezeichnet. Diese beiden Faktoren sind zusammen in der Lage, 87,13% der Gesamtvarianz innerhalb des stationären Inanspruchnahmeverhaltens zu erklären. Im Folgenden erfolgt eine detaillierte Darstellung der Ergebnisse, wobei die Ergebnisse hinsichtlich der beiden Faktoren getrennt voneinander dargestellt werden.

### **13.2.1 Faktor Behandlungsunwilligkeit**

Der im Rahmen der vorliegenden Arbeit extrahierte Faktor Behandlungsunwilligkeit imponiert in seiner Gesamtheit durch eine mangelnde Bereitschaft oder Fähigkeit seitens des Patienten, sich einer adäquaten Behandlung zu unterziehen, wodurch diese zumeist auf kurzfristige Kriseninterventionen beschränkt ist. Dieses Verhalten liegt für Weig (2009) maßgeblich in einer mangelnden Krankheitseinsicht begründet, die von Leygraf und Nowara (1992) bereits als möglicher Risikofaktor für die Entwicklung von strafähigem Verhalten angeführt wurde.

Hinsichtlich der Einzelaspekte des Inanspruchnahmeverhaltens spiegelt dieser Typ die in der Literatur geäußerten Annahmen bezüglich des Zusammenhangs zwischen der Inanspruchnahme stationärer Einrichtungen und delinquentem Verhalten schizophrener Patienten ebenfalls wider. So zeigt sich, dass hohe Werte in der Behandlungsunwilligkeit sowohl mit der von Schanda (2005) postulierten erhöhten Gesamtanzahl der stationären Aufnahmen als auch mit einer steigenden Anzahl abgebrochener und unfreiwilliger Aufnahmen, wie bereits von Torrey (1994) sowie Schanda und Knecht (1998) angenommen wurde, einhergehen.

Bezüglich der potentiellen Einflussfaktoren auf die Entwicklung der Behandlungsunwilligkeit bestätigt sich die Vermutung, dass einige Aspekte, die im gesicherten Zusammenhang mit der Entstehung von Delinquenz bei schizophrenen Patienten stehen, auch eine Verbindung zu diesem Verhaltensmuster aufweisen. So kristallisiert sich innerhalb der soziodemografischen Variablen die höchste erreichte Schulbildung als potentieller Einflussfaktor heraus. Der sich ergebende negative Zusammenhang weist darauf hin, dass eher Probanden mit einem niedrigen schulischen Bildungsniveau eine stark ausgeprägte Unwilligkeit, sich einer Behandlung zu unterziehen, aufweisen. Dies erscheint insofern schlüssig, als mangelnde intellektuelle Fähigkeiten das Erkennen der Notwendigkeit einer Behandlung deutlich erschweren können.

Zudem bekräftigen die vorliegenden Ergebnisse die Annahme, dass der von Stompe und Kollegen (2006) postulierte Einfluss des Verlusts eines Elternteils vor dem 18. Lebensjahr auf das delinquente Verhalten ebenfalls Auswirkungen auf das stationäre Inanspruchnahmeverhalten dieser Klientel hat. Es zeigt sich nämlich, dass Patienten, deren Eltern sich vor der Volljährigkeit des Probanden trennten, deutlich weniger Bereitschaft an den Tag legen, sich behandeln zu lassen, als Patienten, deren gewohnte Familienstruktur sich nicht während der Kindheit oder Jugend auflöste. Ein Erklärungsansatz hierfür liefern die psychoanalytischen Konzepte für die Entstehung von Kriminalität. Diese gehen davon aus, dass insbesondere der Verlust des Vaters als Elternteil, der für die Ausbildung des Gewissens und Rechtsbewusstseins verantwortlich ist, dazu führen kann, dass gesellschaftliche Regeln übertreten werden (Bock, 2008d). Vor diesem Hintergrund erscheint es durchaus naheliegend, dass sich diese Unfähigkeit,

gesellschaftliche Regeln einzuhalten, auch auf Absprachen mit Ärzten übertragen, sodass auch diese nicht adäquat eingehalten werden.

Auch im Bereich der Komorbiditäten finden sich Zusammenhänge zur Behandlungsunwilligkeit schizophrener Straftäter. So zeigt sich, dass der Konsum von Opiaten, Halluzinogenen und Benzodiazepinen in klinisch relevantem Ausmaß mit einer Erhöhung der Ausprägung der Behandlungsunwilligkeit einhergehen. Weig (2009) weist bereits darauf hin, dass der Konsum von Opiaten ein charakteristisches Merkmal schwer zu behandelnder psychiatrischer Patienten darstellt. Dies bestätigt auch das aufgestellte Vorhersagemodell, in dem sich der Substanzenkonsum im Allgemeinen sowie der Konsum von Opiaten im Speziellen als signifikante Prädiktoren dieser Verhaltensdimension darstellen. Tendenziell ergibt sich auch in der vorliegenden Studie eine Präferenz für sedierende gegenüber antriebsteigernden Substanzen, ähnlich der von Stompe und Schanda (2013) untersuchten Gruppe schizophrener Delinquenter. Eine Erklärung dieser Präferenz liefert die Selbstmedikationshypothese. Schizophrene Patienten erfahren durch sedierende Substanzen zumeist eine kurzfristige Linderung der Symptome, wohingegen antriebssteigernde Drogen die psychotischen Symptome eher verstärken. Somit zeigt sich, dass sich der vielbestätigte Einfluss des komorbiden Substanzenmissbrauchs auf die Delinquenz (s. Kapitel 6.4) auch in der Behandlungsunwilligkeit wiederfindet.

Hinsichtlich der schizophrenen Grunderkrankung lässt sich die Annahme, dass der paranoide Subtyp der Schizophrenie (ICD-10: F20.0) negativen Einfluss auf das delinquente Verhalten ausübt, auf den ersten Blick nicht auf den Faktor Behandlungsunwilligkeit übertragen. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie weisen darauf hin, dass Probanden, die an einer paranoiden Schizophrenie erkrankt sind, niedrigere Werte in diesem Typ aufweisen als Patienten, bei denen ein anderer Subtyp oder eine schizoaffektive Erkrankung diagnostiziert wurde. Dies steht insofern im Kontrast zu den bisherigen Ergebnissen dieser Studie, als die bisherigen Zusammenhänge und Unterschiede in ihrer Gesamtheit darauf hindeuten, dass eine stark ausgeprägte Behandlungsunwilligkeit ausschließlich mit Aspekten in Beziehung steht, die auf eine Erhöhung des Delinquenzrisikos hinweisen.

Betrachtet man die Ergebnisse der Zusammenhänge zwischen der Behandlungsunwilligkeit und den Aspekten der Delinquenz im Detail, so zeigt sich, dass hoch signifikante Zusammenhänge mit hohen Effektstärken zwischen dieser Komponente des Inanspruchnahmeverhaltens und der Anzahl der begangenen Straftaten sowie der Anzahl der Gefängnisaufenthalte bestehen. Diese weisen eindeutig darauf hin, dass Patienten mit einer ausgeprägten Behandlungsunwilligkeit nicht nur mehr Delikte begehen, sondern auch häufiger bereits vor der Unterbringung in der Maßnahme nach §21/1 StGB reguläre Gefängnisstrafen verbüßen mussten. Auch zeigt sich, dass Probanden, die lediglich das Anlassdelikt begehen, deutlich niedriger Werte in diesem Typ aufweisen als Untersuchte, die mehr als ein Delikt begangen haben. Des Weiteren weisen auch die Ergebnisse hinsichtlich des Ausmaßes der Psychopathie in Form des PCL-R-Scores darauf hin, dass hohe Testwerte mit höheren Werten in der Behandlungsunwilligkeit einhergehen.

Scheinbar im Gegensatz dazu stehen die Ergebnisse bezüglich der Schwere der begangenen Delikte. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie machen deutlich, dass eine Tendenz dahingehend besteht, dass Probanden mit einer stark ausgeprägten Behandlungsunwilligkeit eher leichte Anlassdelikte begehen. Deutlicher fallen die Ergebnisse bezüglich der durchschnittlichen Schwere der begangenen Delikte aus. Dabei zeigt sich nicht nur eine hoch signifikante Korrelation mit diesem Verhaltensmuster, sondern auch, dass sich Probanden mit einem hohen und mit einem niedrigen Ausmaß an Behandlungsunwilligkeit hinsichtlich der Schwere der Delikte signifikant unterscheiden. Beide Resultate weisen somit eindeutig darauf hin, dass die Begehung schwerer Delikte ein Charakteristikum der Subgruppe mit niedrigen Werten im Faktor Behandlungsunwilligkeit darstellt. Hervorzuheben ist jedoch, dass die Probanden, die vor ihrem Anlassdelikt nicht stationär aufgenommen wurden und daher zumeist kaum eine Behandlung erhalten haben, die mit Abstand schwersten Delikte setzen.

Doch wie lassen sich diese offenbar widersprüchlichen Ergebnisse bezüglich dieses Aspekts des Inanspruchnahmeverhaltens vereinen? Zieht man die Studienergebnisse von Stompe und Kollegen (2006), Stompe (2009) sowie Stompe und Schanda (2013) zur Beantwortung dieser Frage heran, die alle postulieren, dass es die Patienten mit leichten Delikten sind, die in ihren Merkmalen den gesunden Straftätern am ähnlichsten sind, so ergibt sich, dass auch die vorliegenden Resultate diese Ergebnisse unterstützen. Es zeigt

sich nämlich, dass Patienten mit stark ausgeprägter Behandlungsunwilligkeit eine Häufung von stark ausgeprägten Risikofaktoren für die Entstehung von Delinquenz und gewalttätigem Verhalten aufweisen und auch eine Vielzahl von Delikten begehen, die häufig zu Gefängnisauenthalten führen. Hinsichtlich der Schwere der begangenen Delikte, sowohl in Bezug auf das Anlassdelikt als auch auf den Durchschnitt aller aktenkundigen Delikte, ist es jedoch die Gruppe der Probanden mit niedrig ausgeprägter Behandlungsunwilligkeit, die zwar seltener straffällig werden, deren Delikte aber meist mit schweren Folgen für die Opfer einhergehen. Dies spricht eindeutig für die von Rasmussen (1998) aufgestellte Annahme, dass insbesondere von niederfrequent delinquenten schizophrenen Straftätern eine besondere Gefahr durch das Setzen von Kapitaldelikten ausgeht. Vor diesem Hintergrund passen die anfänglich als widersprüchlich erachteten Ergebnisse hinsichtlich des Subtyps der Schizophrenie deutlich besser ins Gesamtbild. So sind es vor allem die nicht-paranoiden Subtypen, insbesondere die Hebephrenie, die häufig mit persistierendem strafaktivem Verhalten in Verbindung gebracht werden, was sich in einem hohen Behandlungsunwilligkeitswert widerspiegelt, wohingegen Patienten, die an einer paranoiden Schizophrenie leiden, zumeist lediglich ein Delikt setzen, dieses aber häufig sehr schwer ausfällt. Dieses Verhaltensmuster wird adäquat durch einen niedrigen Wert im Faktor Behandlungsunwilligkeit repräsentiert.

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass der in dieser Studie extrahierte Faktor Behandlungsunwilligkeit mit unterschiedlichsten sozialen, psychopathologischen und kriminogenen Einflussfaktoren in Beziehung steht, was auf eine multifaktorielle Entstehung dieses Verhaltensmuster schließen lässt. Festzuhalten ist zudem, dass sich ähnlich den für schizophrene Delinquenten charakteristischen Risikofaktoren auch hohe Werte in der Behandlungsunwilligkeit zumeist bei hochfrequenten Straftätern mit leichten Delikten finden. Die Probanden, die in den gleichen Risikofaktoren und der Ausprägung der Behandlungsunwilligkeit niedrigere Werte aufweisen, begehen hingegen deutlich schwerere Delikte.

### **13.2.2 Faktor Behandlungsdauer**

Im Gegensatz dazu steht der ebenfalls im Rahmen dieser Studie extrahierte Faktor Behandlungsdauer. Dieser bezieht sich hauptsächlich auf die zeitlichen Aspekte des

stationären Inanspruchnahmeverhaltens, nämlich den Anteil der seit Geburt in stationären Einrichtungen verbrachten Zeit sowie die durchschnittliche Dauer der Aufnahmen.

In Bezug auf potentielle Einflussfaktoren und Zusammenhänge zeigen sich hinsichtlich dieses Faktors ausschließlich insignifikante Ergebnisse. Der Versuch, ein Vorhersagemodell aufzustellen, lieferte zwar drei potentielle Prädiktoren, deren Übertragbarkeit aufgrund der geringen Anzahl einbezogener Probanden jedoch fraglich ist. Zudem zeigt sich, dass das grundsätzliche Vorhandensein einer komorbidien Persönlichkeitsstörung zwar zu einer Verbesserung des Vorhersagemodells führt, jedoch nicht in signifikantem Ausmaß. Lediglich die höchste erreichte Berufsausbildung sowie der Subtyp der Schizophrenie kristallisierten sich als signifikante Prädiktoren der Behandlungsdauer heraus.

Dies lässt darauf schließen, dass die Behandlungsdauer maßgeblich von der Art der Erkrankung sowie etwaiger komorbider Persönlichkeitsstörungen beeinflusst wird, was insofern durchaus sinnvoll erscheint, als jeder Subtyp der Schizophrenie einer anderen Behandlung bedarf. Die Dauer der Behandlung ist dabei nicht nur abhängig von den individuellen Symptomausprägungen, sondern auch etwaigen komorbidien Persönlichkeitsstörungen, da diese in vielen Fällen ebenfalls eine umfassende Behandlung erfordern. In welcher Beziehung die höchste erreichte Berufsausbildung mit diesem Faktor steht, lässt sich nur vermuten. Augenscheinlich liegt der Verdacht nahe, dass Patienten, die eine Berufsausbildung abgeschlossen und somit unter Beweis gestellt haben, dass sie sich an gewisse Regeln und Normen halten können, auch eine höhere Bereitschaft mitbringen, sich im Falle einer Erkrankung auch an ärztliche Vorgaben zu halten und daher deutlich seltener stationär aufgenommen werden müssen. Es wäre auch denkbar, dass eine abgeschlossene Berufsausbildung einen späteren Krankheitsbeginn impliziert, was sich in einer im Verhältnis zur Lebenszeit deutlich kürzeren Behandlungsdauer niederschlagen kann. Dies bleibt jedoch wie vieles zu diesem Faktor spekulativ.

Nichtsdestotrotz erscheint es durchaus einleuchtend und auch sinnvoll, dass dieser Faktor nur begrenzt mit den im Rahmen dieser Studie erhobenen Variablen in Beziehung steht, da die Faktoren, die die Dauer einer Aufnahme beeinflussen können, so vielfältig sind, dass es kaum denkbar erscheint, alle potentiellen Möglichkeiten in einer Studie zu

untersuchen. So kann die Dauer einer Aufnahme von den Kompetenzen des Personals, den Sicherheitsvorkehrungen, der Belegung oder den angebotenen therapeutischen Maßnahmen abhängen, um einige zu nennen.

### **13.2.3 Prognostischer Wert der Behandlungsunwilligkeit und der Behandlungsdauer**

Hinsichtlich der Prognose des späteren Anlassdeliktes sowie der durchschnittlichen Schwere der später begangenen Delikte zeigt sich keinerlei Relevanz der Behandlungsdauer für die Differenzierung zwischen Patienten mit schweren und leichten Delikten. Im Vergleich dazu ermöglicht die alleinige Verwendung des Faktors Behandlungsunwilligkeit bereits, 60,0% der Probanden hinsichtlich der durchschnittlichen Schwere ihrer Delikte korrekt zu klassifizieren, was für eine gewisse Relevanz dieses Verhaltensmusters bei der Prognose des delinquentsen Verhaltens spricht. Es ist aber keineswegs davon auszugehen, dass die alleinige Verwendung dieses Faktors zuverlässige Vorhersagen der Delinquenz schizophrener Straftäter liefert. Vielmehr liegt die Vermutung nahe, dass die Behandlungsunwilligkeit eine Ergänzung zu den bisherigen Prädiktoren darstellt und die Entstehung von Delinquenz mitbedingt.

### **13.2.4 Vier Typen der Inanspruchnahme stationärer Einrichtungen**

Anhand der beiden extrahierten Faktoren lassen sich vier Typen des Inanspruchnahmeverhaltens unterscheiden. Typ I ist dabei charakterisiert durch eine stark ausgeprägte Behandlungsunwilligkeit sowie eine lange Behandlungsdauer. Anschaulich handelt es sich dabei um Probanden, die sich durch eine hohe Gesamtzahl von stationären Aufnahmen sowie eine Vielzahl von unfreiwilligen Aufnahmen und Behandlungsabbrüchen auszeichnen und daher einen großen Anteil ihrer Lebenszeit in stationären Einrichtungen verbringen. Auf einer deskriptiven Ebene zeigt sich zudem, dass Angehörige des Inanspruchnahmetyps I im Vergleich zu anderen Typen vermehrt bereits vor der Einweisung in die Maßnahme nach §21/1 Gefängnisaufenthalte aufweisen. Zudem wird deutlich, dass sich die Eltern dieser Patienten häufiger in der Kindheit und Jugend getrennt haben. Im Hinblick auf die Anzahl der Delikte weisen die Ergebnisse zumindest auf der Basis der Häufigkeiten darauf hin, dass dieser Typ mit der höchsten Anzahl von Delikten einhergeht, was aufgrund der Ergebnisse hinsichtlich der Behandlungsunwilligkeit durchaus zu erwarten war. In Bezug auf die durchschnittliche Schwere der Delikte zeigt sich, dass Angehörige dieses Typs die leichtesten Delikte begehen und sich darin signifikant von den Typen mit niedrig ausgeprägter

Behandlungsunwilligkeit unterscheiden, was die Ergebnisse der Detailuntersuchung dieses Faktors adäquat widerspiegelt. Da dieser Inanspruchnahmetyp mit einer erhöhten Anzahl von Gefängnisaufenthalten, vielen leichten Delikten sowie einer immensen Beanspruchung des Gesundheitssystems einhergeht und dadurch insgesamt hohe gesamtgesellschaftliche Kosten verursacht, wird er als Risikotyp bezeichnet.

Vom Typ I unterscheidet sich der Typ II hinsichtlich der Behandlungsdauer, nicht aber in Bezug auf die Behandlungsunwilligkeit. Probanden, die diesem Typ zugehörig sind, fallen demnach ebenfalls durch eine stark ausgeprägte Behandlungsunwilligkeit auf, sind aber zumeist nur selten bzw. sehr kurz stationär aufgenommen. Charakteristisch für diesen Typ ist zudem, dass dessen Angehörige im Vergleich zu den anderen Inanspruchnahmetypen seltener am paranoiden Subtyp leiden und vermehrt an einer anderen Verlaufsform erkrankt sind. Hinsichtlich der durchschnittlichen Schwere der Delikte ist zu sagen, dass, ähnlich dem Typ I, Angehörige des Typs II zwar über die höchste Behandlungsunwilligkeit verfügen, im Vergleich jedoch die deutlich leichteren Delikte setzen, was auch die Ergebnisse aus den vorherigen Fragestellungen adäquat widerspiegelt. Rein deskriptiv begehen Angehörige des Typs II die im Durchschnitt zweitleichtesten, aber auch die zweitmeisten Delikte.

Angehörige des *Typs III* wiederum zeigen sich hinsichtlich ihrer Bereitschaft, eine psychiatrische Behandlung anzunehmen, deutlich kooperativer. Charakteristisch für diesen Typ ist neben einer geringen Anzahl von Behandlungsabbrüchen und unfreiwilligen Aufnahmen insbesondere die lange Behandlungsdauer. Zudem kristallisiert sich bei der Betrachtung der Einzelergebnisse hinsichtlich dieses Typus heraus, dass dessen Angehörige im Vergleich zu anderen Inanspruchnahmetypen, insbesondere dem Typ II, besonders häufig an einer paranoiden Schizophrenie erkrankt sind. Auf einer rein deskriptiven Ebene fällt bei der Betrachtung der Ergebnisse zudem auf, dass Angehörige des Typs III einen vergleichsweise niedrigen PCL-R-Wert aufweisen und zumeist bis zum 18. Lebensjahr über intakte familiäre Strukturen verfügen. Hinsichtlich der Delikte zeigt sich, dass dieser Inanspruchnahmetyp mit den im Durchschnitt drittschwersten Delikten einhergeht, was sich auch deskriptiv in der höchsten Anzahl an Angehörigen mit schweren Anlassdelikten widerspiegelt. Des Weiteren gehören dieser Gruppe zumeist Delinquenten an, die lediglich ein Delikt setzten. Insgesamt entsprechen die Charakteristika dieses Typs den Ergebnissen in Bezug auf die Behandlungsunwilligkeit,

die in niedrigen Ausprägungen mit einem niedrigen PCL-R-Wert, einer intakten Familienstruktur, einer geringeren Anzahl aber deutlich schwereren Delikten in Verbindung steht.

*Typ IV* hingegen zeichnet sich sowohl durch eine niedrig ausgeprägte Behandlungsunwilligkeit als auch eine kurze Behandlungsdauer aus und stellt innerhalb dieser Typologie den Hochrisikotyp dar. Es zeigt sich nämlich, dass dieser Typ mit den im Durchschnitt am Abstand schwersten Delikten einhergeht, was dadurch unterstrichen wird, dass sich dieser Typ von allen anderen Typen in diesem Aspekt in zumindest tendenziell signifikanter Weise unterscheidet. Auch fallen Angehörige im Hinblick auf die Anlassdelikte, rein deskriptiv, zumeist durch schwere Taten auf. Neben der durchschnittlichen Schwere der Delikte ermöglicht auch der Familienstand der Eltern eine Abgrenzung des Typs IV von den übrigen Typen. So sind Eltern von Angehörigen des Hochrisikotyps häufiger getrennt als die Eltern der Patienten, die Typ III, und seltener als die Eltern der Probanden, die Typ I angehören. Im Hinblick auf Typ II zeigen sich diesbezüglich deskriptiv keine Unterschiede zu Typ IV. Dennoch scheint der Familienstand der Eltern innerhalb des Differenzierungsmodells eine entscheidende Rolle zu spielen. Auffällig ist zudem, dass sowohl im Vergleich zu Typ II als auch Typ III eine Unterscheidung anhand des Substanzenkonsums möglich ist. Der in dieser Gruppe stark ausgeprägte Substanzenkonsum in Kombination mit den übermäßig schweren Delikten weist darauf hin, dass der klinisch relevante Konsum von Rauschmitteln einen verstärkenden Einfluss auf das delinquente Verhalten der Angehörigen von Typ IV ausüben könnte. Dafür spricht auch, dass Angehörige des Typs I ebenfalls dazu tendieren, Substanzen zu missbrauchen, und dieser Typ ebenfalls mit ausgeprägter Kriminalität einhergeht. Es entsteht der Eindruck, dass der massive Substanzenkonsum dieses Typs durch die kurze Behandlungsdauer insofern gefördert wird, als die Angehörigen dieses Typs aufgrund mangelnder Behandlung versuchen, ihre Symptome mit legalen und illegalen Substanzen zu lindern, wobei der kurzzeitige Erfolg dieser Selbstmedikation jedoch langfristig das Risiko, eine Abhängigkeit zu entwickeln, erhöht. In diesem Zusammenhang kommt es auch häufiger zu strafrechtlich relevanten Delikten, worin sich dieser Typ trotz ähnlicher Behandlungsunwilligkeit ebenfalls von Typ III zumindest auf einer deskriptiven Ebene unterscheidet.

Insgesamt zeigt sich, dass sich das stationäre Inanspruchnahmeverhalten schizophrener geistig abnormer Rechtsbrecher anhand von vier Typen beschreiben lässt, die auf den Faktoren Behandlungsunwilligkeit und Behandlungsdauer basieren. Eine Unterscheidung der Typen ist anhand der unterschiedlichen Ausprägung anhand der Merkmale Familienstand der Eltern bis zum 18. Lebensjahr des Probanden, Subtyp der Schizophrenie, komorbider Substanzenkonsum, Anzahl der Gefängnisaufenthalte, der Schwere des Anlassdeliktes sowie der durchschnittlichen Schwere aller begangenen Delikte möglich. Grundsätzlich kristallisiert sich jedoch die Behandlungsunwilligkeit als zentrales Merkmal zur Differenzierung zwischen hochfrequenten Straftätern, die eher leichte Delikte setzen, und niederfrequenten Delinquenten, die zumeist durch besonders schwere Delikte auffallen, heraus, was sich auch in den vier Inanspruchnahmetypen widerspiegelt.

## **14. Zusammenfassung und Ausblick**

Fasst man die Gesamtheit aller Ergebnisse zusammen, so zeigt sich eindeutig, dass die Inanspruchnahme stationärer Einrichtungen im Zusammenhang mit der Straffälligkeit schizophrener Patienten steht. Die Ergebnisse dieser Studie ergeben ein in sich geschlossenes Bild, das darauf hinweist, dass dem Inanspruchnahmeverhalten zwei Faktoren zugrunde liegen, die sich in Form von vier unterschiedlichen Typ darstellen lassen und einen Großteil der Gesamtvarianz erklären. Grundsätzlich ist zu sagen, dass es sich bei allen Typen in gewisser Weise um Risikotypen handelt, da unabhängig vom Typ immer die Gefahr besteht, dass Straftaten begangen werden.

Die Behandlungsunwilligkeit ermöglicht es jedoch, zwischen zwei grundsätzlich verschiedenen Tätergruppen innerhalb der schizophrenen Rechtsbrecher nach §21/1 StGB zu differenzieren und unterstreicht dabei, dass diese auch mit unterschiedlichen gesamtgesellschaftlichen Risiken und Belastungen einhergehen. So sind es insbesondere die Straftäter mit stark ausgeprägter Behandlungsunwilligkeit (Typ I und II), die sich durch eine Vielzahl von leichten Delikten, Gefängnisaufenthalten und hohen Behandlungskosten auszeichnen und somit zwar nur eine relativ geringe Gefahr für den Einzelnen darstellen, jedoch verursachen sie beträchtliche Behandlungs- und Unterbringungskosten, was sich in einer massiven Belastung der Gesamtgesellschaft

niederschlägt. Im Gegensatz dazu verursachen schizophrene Delinquenten mit niedrig ausgeprägter Behandlungsunwilligkeit (Typ III und IV) zumeist weniger Kosten, begehen aber in vielen Fällen Kapitaldelikte, denen zumeist die nahestehenden, mit der Betreuung betrauten Angehörigen zum Opfer fallen. Es erscheint daher unerlässlich, all diesen Straftätern eine adäquate Behandlung zukommen zu lassen.

Hinsichtlich der Anwendbarkeit im Bereich der Prognoseerstellung erweist sich die erstellte Typologie insofern als praktisch, als die aufsteigenden Typen auch mit einer Zunahme der durchschnittlichen Schwere der begangenen Delikte einhergehen. Zudem kristallisieren sich bereits im Rahmen dieser Studie einige Aspekte heraus, die eine Unterscheidung zwischen den einzelnen Typen ermöglichen und bereits erste Hinweise auf die unterschiedlichen Behandlungsbedürfnisse dieser liefern. So bildet die etwaige Behandlung des komorbiden Substanzenkonsums einen wichtigen Behandlungsansatz für Angehörige des Risikotyps I und des Hochrisikotyps IV. Diese beiden Typen könnten ebenfalls von Maßnahmen profitieren, die den emotionalen, sozialen und finanziellen Defiziten, die in Folge des frühen Verlustes eines Elternteiles entstehen können, entgegenwirken. Hinsichtlich der Typen II und III zeigt sich, dass sich die Angehörigen dieser Typen maßgeblich in der Art der Schizophrenie unterscheiden, wodurch ebenfalls unterschiedliche Behandlungskonzepte zum Einsatz kommen sollten. Es zeigt sich also, dass die erstellte Typologie nicht nur inhaltlich schlüssig ist, sondern es auch bereits zu diesem frühen Zeitpunkt ermöglicht, erste Behandlungsimplikationen abzuleiten.

Insgesamt legt die Vielzahl der innerhalb dieser Studie replizierten und vereinten Forschungsergebnisse unterschiedlichster Autoren unweigerlich die Vermutung nahe, dass die Inanspruchnahme stationärer Einrichtungen, insbesondere die Behandlungsunwilligkeit, in engem Zusammenhang mit von der Norm abweichendem Verhalten bei schizophrenen Delinquenten steht. Grundsätzlich ist jedoch hervorzuheben, dass unabhängig davon, ob eine stationäre Behandlung freiwillig oder unfreiwillig erfolgt und wie lang sie dauert, sie in jedem Fall dazu beiträgt, die Schwere der begangenen Delikte zu reduzieren.

Im Hinblick auf zukünftige Forschungsarbeiten bietet die Typologie des Inanspruchnahmeverhaltens schizophrener Rechtsbrecher noch viel Potential für Erweiterungen. So kann bisher kaum eine Aussage darüber getroffen werden, inwieweit

sich die extrahierten Typen auch innerhalb einer Gruppe Nicht-Delinquenter replizieren lassen und ob sie sich zur Differenzierung zwischen strfttigen und nicht-strafrechtlich in Erscheinung getretenen Schizophrenie-Patienten eignen. Zudem beschrinkt sich die vorliegende Studie ausschlieflch auf etwaige Zusammenhnge mit Aspekten, die einen Einfluss auf die Entstehung von Delinquenz ausben. Insbesondere im Hinblick auf den Faktor Behandlungsdauer erscheint es jedoch sinnvoll, mglche Zusammenhnge mit formalen Aspekten der Behandlung und Variablen aus dem Bereich des Compliance- und Krankheitseinsichtsaufbaus zu untersuchen.

Somit sollte, neben der Erweiterung des Designs um eine Kontrollgruppe, die Untersuchung der genauen Einbettung der stationren Inanspruchnahmetypen in das Netzwerk der bisher belegten Einflussfaktoren sowie die Entwicklung insbesondere der Behandlungsunwilligkeit im Zentrum nachfolgender Studien stehen. Grundsitzlich sollte aufgrund des immer wiederkehrenden Phnomens, dass sich schizophrene Straftter anhand ihrer Delikte in zwei von ihren Charakteristika her sehr unterschiedliche Subgruppen einteilen lassen, in Zukunft ein grgerer Fokus auf die Identifizierung der entscheidenden Unterschiede zwischen diesen Patienten gelegt werden, da diese, hnlich den im Rahmen dieser Studie gefundenen Faktoren und Typen, neue Ansttze fr die adquate Prognose der spteren Delinquenz liefern knnen.

## 15. Abstrakt

Ziel: Ziel der Studie war es, das stationäre Inanspruchnahmeverhalten schizophrener geistig abnormer Rechtsbrecher zu typologisieren und den Zusammenhang dieser Typen mit Aspekten, die mit der Entstehung von Kriminalität in Verbindung gemacht werden, sowie der späteren Delinquenz zu untersuchen, um zukünftig das Screening dieser Patienten im stationären Behandlungsalltag zu erleichtern.

Methode: In die Untersuchung wurden 132 männliche Insassen der Justizanstalt Göllersdorf (NÖ) eingeschlossen. Aus den zu diesen Delinquenten zusammengetragenen Akten und Unterlagen wurden die relevanten Informationen entnommen und einzelne Aspekte des Inanspruchnahmeverhaltens faktorenanalytisch untersucht und zu Verhaltensmustern zusammengefasst.

Ergebnisse: Das Inanspruchnahmeverhalten schizophrener Patienten lässt sich in vier Typen unterteilen, die auf den Faktoren Behandlungsunwilligkeit und Behandlungsdauer basieren. Des Weiteren zeigt sich, dass hochfrequente Straftätern, die eher leichte Delikte begehen, durch hohe Werte in der Behandlungsunwilligkeit charakterisiert sind (Typ I und II), wohingegen niederfrequente Delinquenten deutlich schwerere Delikte begehen, jedoch niedrigere Ausprägungen in der Behandlungsunwilligkeit aufweisen (Typ III und IV).

## Abstract

Aim: The aim of this study was to typologize the use of psychiatric services by schizophrenic criminal offenders in order to examine the connection of these behavioral patterns with aspects which influence the development of delinquency among this clientele. In addition the prognostic value of these patterns regarding the severity of the committed felony was also investigated.

Method: 132 former and present inmates of the Justizanstalt Göllersdorf (NÖ) were included in the study. The data was collected by reviewing the documents and files of every inmate before a factor analysis was used to extract patterns of the use of psychiatric services.

Results: The use of psychiatric services can be divided into four types characterized by the tendency to reject treatment and treatment duration. Especially the tendency to reject treatment is strongly connected to aspects of the delinquency. Furthermore it allows differentiating between high frequent less violent offenders, which achieve higher values in this behavioral pattern (Type I and II), than less frequent but more violent delinquents (Type III and IV).

## 16. Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association. (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen. DSM-IV.* (H. Saß, H.-U. Wittchen, & M. Zaudig, Übers.) Göttingen: Hogrefe.
- Angermeyer, M. & Matschinger, H. (2003). Public beliefs about schizophrenia and depression: similarities and differences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(9), 526-534.
- Bandura, A. (1979). *Sozial-kognitive Lerntheorie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Barlow, K., Grenyer, B. & Ilkiw-Lavalle, O. (2000). Prevalence and precipitants of aggression in psychiatric inpatient units. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(6), 967-974.
- Birklbauer, A., Hirtenlehner, H., Ott, A. & Eher, R. (2009). Daten und Fakten zum österreichischen Maßnahmenvollzug bei zurechnungsunfähigen geistig abnormalen Rechtsbrechern (§21 Abs. 1 öStGB). Insassenstruktur - Unterbrinungsdauer - Legalbewährung. *Neue Kriminalpolitik*, 21-29.
- Bock, M. (2008a). Die Methode der idealtypisch-vergleichenden Einzelfallanalyse (MIVEA). In H. Göppinger & M. Bock (Hrsg.), *Kriminologie* (6. vollständig neu bearbeitete und erweiterte Ausg., S. 248-344). München: C.H. Beck.
- Bock, M. (2008b). Erhebungs- und Auswertungstechniken. In H. Göppinger & M. Bock (Hrsg.), *Kriminologie* (6. vollständig neu bearbeitete und erweiterte Ausg., S. 62-84). München: C.H. Beck.
- Bock, M. (2008c). Gesellschaftsbezogene Theorien und Ansätze. In H. Göppinger & M. Bock (Hrsg.), *Kriminologie* (6. vollständig neu bearbeitete und erweiterte Ausg., S. 140-171). München: C.H. Beck.
- Bock, M. (2008d). Personenbezogene Theorien und Ansätze. In H. Göppinger & M. Bock (Hrsg.), *Kriminologie* (6. vollständig neu bearbeitete und erweiterte Ausg., S. 123-139). München: C.H. Beck.

- Bock, M. (2008e). Zur Geschichte der Kriminologie. In H. Göppinger & M. Bock (Hrsg.), *Kriminologie* (6. vollständig neu bearbeitete und erweiterte Ausg., S. 5-32). München: C.H. Beck.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4. Ausg.). Berlin: Springer.
- Böker, W. & Häfner, H. (1973). Gewalttaten Geistesgestörter. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 98(43), 2005-2011.
- Brennan, P., Mednick, S. & Hodgins, S. (2000). Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 57(5), 494-500.
- Brettel, H. (2008). Grundlagen der Kriminalprognose. In H. Göppinger & M. Bock (Hrsg.), *Kriminologie* (6. vollständig neu bearbeitete und erweiterte Ausg., S. 226-247). München: C.H. Beck.
- Bromet, E. & Fennig, S. (1999). Epidemiology and natural history of schizophrenia. *Biological psychiatry*, 46(7), 871-881.
- Brown, S. (1997). Excess mortality of schizophrenia. A meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 171(6), 502-508.
- Bumke, O. (1929). *Lehrbuch der Geisteskrankheit*. München: J. F. Bergmann.
- Butler, A., Chapman, J., Forman, E. & Beck, A. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 17-31.
- Bühl, A. (2008). *SPSS 16: Einführung in die moderne Datenanalyse* (11. Ausg.). München: Pearson.
- Byerly, M., Fisher, R., Whatley, K., Holland, R., Varghese, F., Carmody, T. et al. (2005). A comparison of electronic monitoring vs. clinician rating of antipsychotic adherence in outpatients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 133(2-3), 129-133.

- Chien, W., Leung, S., Yeung, F. & Wong, W. (2013). Current approaches to treatments for schizophrenia spectrum disorders, part II: psychosocial interventions and patient-focused perspectives in psychiatric care. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 1463-1481.
- Cleckley, H. (1941). *The mask of sanity*. St. Louis: C.V. Mosby.
- Cramer, A. (1897). *Gerichtliche Psychiatrie*. Jena: Gustav Fischer.
- Cramer, J. & Rosenheck, R. (1998). Compliance with medication regimens for mental and physical disorders. *Psychiatric Services*, 49(2), 196-201.
- Dahle, K.-P. (2007). Methodische Grundlagen des Kriminalprognose. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 1(2), 101-110.
- Dahle, K.-P., Schneider, V. & Ziehnen, F. (2007). Standardisierte Instrumente zur Kriminalprognose. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 1(1), 15-26.
- Dura, J. (1997). Expressive communicative ability, symptoms of mental illness and aggressive behavior. *Journal of Clinical Psychology*, 53(4), 307-318.
- Eronen, M., Tiihonen, J. & Hakola, P. (1996). Schizophrenia and homicidal behavior. *Schizophrenia Bulletin*, 22(1), 83-89.
- Fazel, S. & Grann, M. (2006). The population impact of severe mental illness on violent crime. *American Journal of Psychiatry*, 163(8), 1397-1403.
- Fazel, S., Längström, N., Hjern, A., Grann, M. & Lichtenstein, P. (2009). Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. *Journal of the American Medical Association*, 301(19), 2016-2023.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3. Ausg.). London: Sage.
- Frädrich, S. & Pfäfflin, F. (2000). Zur Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen bei Strafgefangenen. *Recht & Psychiatrie*, 18, 95-104.

- Franqué, F. v. (2013). HCR-20 - Historical-Clinical-Risk Management-20 Violence Risk Assessment Scheme. In M. Rettenberger & F. v. Franqué (Hrsg.), *Handbuch kriminalprognostischer Verfahren* (S. 256-272). Göttingen: Hogrefe.
- Freese, R. (1998). Die Psychopathy Checklist (PCL-R und PCL-SV) von R. D. Hare und Mitarbeitern in der Praxis. In R. Müller-Isberner & S. Gonzales Cabeza (Hrsg.), *Forensische Psychiatrie* (S. 81-91). Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg.
- Gaebel, W., Baumann, A., Witte, A. & Zaeske, H. (2002). Public attitudes towards people with mental illness in six German cities. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252(6), 278-287.
- Gilmer, T., Dolder, C., Lacro, J., Folsom, D., Lindamer, L., Garcia, P. et al. (2004). Adherence to treatment with antipsychotic medication and health care costs among medicaid beneficiaries with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 161(4), 692-699.
- Gleich, U. & Groebel, J. (1993). Gewaltprofil des deutschen Fernsehprogramms. Eine Analyse des Angebots privater und öffentlich-rechtlicher Sender. In Landesanstalt für Rundfunk Nordrhein-Westfalen (Hrsg.), *Schriftreihe Medienforschung* (Bd. 6, S. 11-134). Opladen: Leske + Budrich.
- Gross, G. (2004). *Deliktbezogene Rezidivraten von Straftätern im internationalen Vergleich*. Unveröffentlichte Dissertation, Ludwig-Maximilian-Universität zu München.
- Habermeyer, E., Wolff, R., Gillner, M., Strohm, R. & Kutscher, S. (2010). Patienten mit schizophrenen Störungen im psychiatrischen Maßregelvollzug. *Nervenarzt*, 81(9), 1117-1124.
- Häfner, H. (2005). *Das Rätsel Schizophrenie: eine Krankheit wird entschlüsselt* (3. vollständig überarbeitete Ausg.). München: C.H. Beck.
- Haller, R., Kemmler, G., Kocsis, E., Maetzler, W., Prunlechner, R. & Hinterhuber, H. (2001). Schizophrenie und Gewalttätigkeit Ergebnisse einer Gesamterhebung in einem österreichischen Bundesland. *Nervenarzt*, 72(11), 859-866.

- Hare, R. (1991). *Manual for the Hare Psychopathy Checklist—Revised*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Hare, R. & Neumann, C. (2008). Psychopathy as a clinical and empirical construct. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4(1), 217-246.
- Hare, R., Clark, D., Grann, M. & Thornton, D. (2000). Psychopathy and the predictive validity of the PCL-R: An international perspective. *Behavioral sciences & the law*, 18(5), 623-645.
- Hartmann, J., Hollweg, M. & Nedopil, N. (2001). Quantitative Erfassung dissozialer und psychopathischer Persönlichkeiten bei der strafrechtlichen Begutachtung. *Nervenarzt*, 72(5), 365-370.
- Heinrichs, R. (2003). Historical origins of schizophrenia: Two early madmen and their illness. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 39(4), 349-363.
- Hiday, V. (1997). Understanding the connection between mental illness and violence. *International Journal of Law and Psychiatry*, 4, 399-417.
- Hinz, S. (1987). *Gefährlichkeitsprognose bei Straftätern: was zählt?* Frankfurt am Main: Lang.
- Hiroeh, U., Appelby, L., Mortensen, P. & Dunn, G. (2001). Death by homicide, suicide, and other unnatural causes in people with mental illness: a population-based study. *Lancet*, 358(9299), 2110-2112.
- Hirschi, T. (1969). *Causes of delinquency*. Berkeley: University of California Press.
- Hodgins, S. (2006). Gewalt und Kriminalität bei psychisch Kranken – Neue Erkenntnisse erfordern neue Lösungen. *Neuropsychiatrie*, 20(1), 7–14.
- Hodgins, S., Mednick, S., Brennan, P., Schulsinger, F. & Engberg, M. (1996). Mental disorder and crime: Evidence from a Danish birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 53(6), 489-496.

- Humphreys, M., Johnstone, E., MacMillan, J. & Taylor, P. (1992). Dangerous behaviour preceding first admissions for schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 161(4), 501-505.
- Kahlbaum, K. (1875). *Die Katatonie oder das Spannungssirresein. Eine klinische Form psychischer Krankheit*. Berlin: A. Hirschwald.
- Klingelhöfer, J. & Rentrop, M. (2003). *Klinikeitfaden Neurologie Psychiatrie*. München: Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH .
- Kruse, K., Kutscher, S.-U. & Leygraf, N. (2013). Schizophrene Patienten der forensischen Psychiatrie im Vergleich zu schizophrenen Patienten der Allgemeinpsychiatrie. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 7(2), 73-83.
- Kyziridis, T. (2005). Notes on the history of schizophrenia. *German Journal of Psychiatry*, 8(3), 8-42.
- Lacro, J., Dunn, L., Dolder, C., Leckband, S. & Jeste, D. (2002). Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: A comprehensive review of recent literature. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(10), 892-909.
- Lamnek, S. (1990). *Theorien abweichenden Verhaltens*. München: Fink.
- Leygraf, N. & Nowara, S. (1992). Prognosegutachten. Klinisch-psychiatrische und psychologische Beurteilungsmöglichkeiten der Kriminalprognose. In C. Frank & G. Harrer (Hrsg.), *Forensia-Jahrbuch Band III* (S. 43-53). Heidelberg: Springer.
- Lindqvist, P. & Allebeck, P. (1990). Schizophrenia and crime. A longitudinal follow-up of 644 schizophrenics in Stockholm. *British Journal of Psychiatry*, 157(21), 345-350.
- Link, B., Cullen, F., Frank, J. & Wozniak, J. (1987). The social rejection of former mental patients: Understanding why labels matter . *American Journal of Sociology*, 92(6), 1461-1500.

- Meller, I. & Fichter, M. (2005). Psychiatrische Epidemiologie. In H.-J. Möller, G. Laux & H.-P. Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie* (2. Ausg., S. 49-68). Heidelberg: Springer.
- Modestin, J. & Ammann, R. (1996). Mental disorder and criminality: male schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 22(1), 69-82.
- Modestin, P., Nussbaumer, C., Angst, K., Scheidegger, P. & Hell, D. (1997). Use of potentially abusive psychotropic substances in psychiatric inpatients. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 247(3), 146-153.
- Moran, P. & Hodgins, S. (2004). The correlates of comorbid antisocial personality disorder in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 30(4), 791-802.
- Moran, P., Walsh, E., Tyrer, P., Burns, T., Creed, F. & Fahy, T. (2003). Impact of comorbid personality disorder on violence in psychosis Report from the UK700 trial. *British Journal of Psychiatry*, 182(2), 129-134.
- Mullen, P., Burgess, P., Wallace, C., Palmer, S. & Ruschena, D. (2000). Community care and criminal offending in schizophrenia. *Lancet*, 355(9204), 614-617.
- Nedopil, N. (1992). Die Bewährung von Prognosekriterien im Maßregelvollzug. In C. Frank & G. Harrer (Hrsg.), *Forensia-Jahrbuch Band III* (S. 55-63). Heidelberg: Springer.
- Nedopil, N. & Müller, J. (2012). *Forensische Psychiatrie* (4. überarbeitete Ausg.). Stuttgart: Thieme.
- Nolan, K., Volavka, J., Mohr, P. & Czobor, P. (1999). Psychopathy and violent behavior among patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Psychiatric Services*, 50(6), 787-792.
- Nordström, A. (2004). *Violent offenders with schizophrenia: quantitative and qualitative studies focusing on the family of origin*. Unveröffentlichte Dissertation, Umeå Universität.

- Nordström, A. & Kullgren, G. (2003). Victim relations and victim gender in violent crimes committed by offenders with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(6), 326-330.
- Ogloff, J. (2006). Psychopathy/antisocial personality disorder conundrum. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(6-7), 519-528.
- Ösby, U., Correia, N., Brandt, L., Ekbom, A. & Sparén, P. (2000). Mortality and causes of death in schizophrenia in Stockholm county, Sweden. *Schizophrenia research*, 45(1), 21-28.
- Räsänen, P., Tähönen, J., Isohanni, M., Rantakallio, P., Lehtonen, J. & Moring, J. (1998). Schizophrenia, alcohol abuse, and violent behavior: a 26-year followup study of an unselected birth cohort. *Schizophrenia Bulletin*, 24(3), 437-441.
- Rasch, W. (1985). Die Prognose im Maßregelvollzug als kalkulierbares Risiko. In H.-D. Schwind (Hrsg.), *Festschrift für Günter Blau zum 70. Geburtstag* (S. 309-325). Berlin: de Gruyter.
- Rasch, W. (1986). *Forensische Psychiatrie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Rasmussen, K. (1998). Psychoathy als Prädikator für intrainstitutionelle Gefährlichkeit. In R. Müller-Isberner & S. Gonzales Cabeza (Hrsg.), *Forensische Psychiatrie* (S. 93-98). Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg GmbH.
- Reckless, W. (1961). Halttheorie. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 1-14.
- Reiss, A. (1951). Delinquency as the failure of personal and social controls. *American Sociological Review*, 16, 196-207.
- Rittmannsberger, H., Pachinger, T., Keppelmüller, P. & Wancata, J. (2004). Medication adherence among psychotic patients before admission to inpatient treatment. *Psychiatric Services*, 55(2), 174-179.
- Rossegger, A., Urbaniok, F., Elbert, T., Fries, D. & Endrass, J. (2010). Rückfälligkeit nach Entlassung aus dem Strafvollzug in der Schweiz: Die Validität des HCR-20. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 161(7), 254-259.

- Rowland, J., Hamilton, M., Lino, B., Ly, P., Denny, K., Hwang, E.-J. et al. (2013). Cognitive regulation of negative affect in schizophrenia and bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 208(1), 21-28.
- Salekin, R., Rogers, R. & Sewell, K. (1996). A review and meta-analysis of the Psychopathy Checklist and Psychopathy Checklist-Revised: Predictive validity of dangerousness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3(3), 203–215.
- Schanda, H. (2005). Die Behandlung gewalttätiger psychisch Kranker – eine Spezialaufgabe der forensischen Psychiatrie? *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, 6(4), 14-19.
- Schanda, H. & Knecht, G. (1998). Der Umgang der Psychiatrie mit Gewalttätern. In R. Müller-Isberner & S. Gonzales Cabeza (Hrsg.), *Forensische Psychiatrie* (S. 109-122). Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg GmbH.
- Schanda, H., Knecht, G. & Habeler, A. (1997). Der Stellenwert der Depotneuroleptika bei der Behandlung gewalttätiger psychisch Kranker. *Neuropsychiatrie*, 11(1), 28-32.
- Schanda, H., Knecht, G. & Poppe, H. (1998). Legalbewährung bedingt entlassener Maßnahmenpatienten (§21/1 StGB) der Justizanstalt Göllersdorf. In C. Frank & B. Mitterauer (Hrsg.), *Aktuelle Probleme forensischer Begutachtung* (S. 176-184). Wien: Österreichischer Kunst- und Kulturverlag.
- Schanda, H., Knecht, G., Schreinzer, D., Stompe, T., Ortwein-Swoboda, G. & Waldhoer, T. (2004). Homicide and major mental disorders: A twenty-five year study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(2), 98-107.
- Schoelly, M.-L. (1985). The legacy of Ewald Hecker: a new translation of "Die Hebephrenie". Translated by Marie-Louise Schoelly. *American Journal of Psychiatry*, 142(11), 1265-1271.
- Siever, L. (2008). Neurobiology of aggression and violence. *American Journal of Psychiatry*, 165(4), 429-442.
- Steadman, H., Mulvey, E., Monahan, J., Robbins, P., Appelbaum, P., Grisso, T. et al. (1998). Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities

and by others in the same neighborhoods. *Archives of General Psychiatry*, 55(5), 393-401.

Stompe, T. (2009). Schizophrenie, Substanzenmissbrauch und Delinquenz. In R. Haller & J.-M. Jehle (Hrsg.), *Drogen – Sucht – Kriminalität. Neue kriminologische Schriftreihe* (S. 117-129). Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg.

Stompe, T. & Schanda, H. (2010a). Der österreichische Maßnahmenvollzug nach § 21 Abs. 1 StGB. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, 11(2), 30-36.

Stompe, T. & Schanda, H. (2010b). Strafrechtliche Aspekte der forensischen Psychiatrie in Österreich. In H.-L. Kröber, D. Dölling, N. Leygraf & H. Sass (Hrsg.), *Handbuch der Forensischen Psychiatrie* (Bd. 2, S. 702-716). Berlin: Springer.

Stompe, T. & Schanda, H. (2013). Das Gefährlichkeitspotenzial schizophrener Patienten – Ursachen und Bedingungskonstellationen. In E. Yundina, S. Stübner, M. Hollweg & C. Stadtland (Hrsg.), *Forensische Psychiatrie als interdisziplinäre Wissenschaft* (S. 281-300). Berlin: MWV.

Stompe, T., Ortwein-Swoboda, G. & Schanda, H. (2004). Schizophrenia, delusional symptoms, and violence: The threat/control-override concept reexamined. *Schizophrenia Bulletin*, 30(1), 31-44.

Stompe, T., Strnad, A., Ritter, K., Fischer-Danzinger, D., Letmaier, M., Ortwein-Swoboda, G. et al. (2006). Family and social influences on offending in men with schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(6-7), 554-560.

Sturup, J., Sorman, K., Lindqvist, P. & Kristiansson, M. (2011). Violent victimisation of psychiatric patients: a Swedish case-control study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(1), 29-34.

Sulzenbacher, H., Schmid, R., Kemmler, G., De Col, C. & Meise, U. (2002). Schizophrenie..."bedeutet für mich gespaltene Persönlichkeit". *Neuropsychiatrie*, 16(1 und 2), 93-98.

- Swanson, J., Holzer, C., Ganju, V. & Jono, R. (1990). Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hospital & Community Psychiatry, 41*(7), 761-770.
- Swartz, M., Swanson, J., Hiday, V., Borum, R., Wagner, R. & Burns, B. (1998). Taking the wrong drugs: the role of substance abuse and medication noncompliance in violence among severely mentally ill individuals. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 33*(1), 75-80.
- Taylor, P. J. (1985). Motives for offending among violent and psychotic men. *British Journal of Psychiatry, 147*, 491-498.
- Tengström, A., Hodgins, S., Grann, M., Längström, N. & Kullgren, G. (2004). Schizophrenia and criminal offending: The role of psychopathy and substance use disorders. *Criminal Justice and Behavior, 31*(4), 367-391.
- Teplin, L., McClelland, G., Abram, K. & Weiner, D. (2005). Crime victimization in adults with severe mental illness. *Archives of General Psychiatry, 8*, 911-921.
- Tittle, C. (1995). *Control Balance: Toward a general theory of deviance*. Boulder: Westview Press.
- Tondorf, G. & Tondorf, B. (2011). *Psychologische und psychiatrische Sachverständige im Strafverfahren* (3. neu bearbeitete und erweiterte Ausg.). Heidelberg: C. F. Müller.
- Torrey, E. (1994). Violent behavior by individuals with serious mental illness. *Hospital & Community Psychiatry, 45*(7), 653-662.
- Valenstein, M., Ganoczy, D., McCarthy, J., Myra Kim, H., Lee, T. & Blow, F. (2006). Antipsychotic adherence over time among patients receiving treatment for schizophrenia: a retrospective review. *Journal of Clinical Psychiatry, 67*(10), 1542-1550.
- Volavka, J. & Citrome, L. (2011). Pathways to aggression in schizophrenia affect results of treatment. *Schizophrenia Bulletin, 37*(5), 921-929.

Wallace, C., Mullen, P. & Burgess, P. (2004). Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. *American Journal of Psychiatry, 161*(4), 716-727.

Wallace, C., Mullen, P., Burgess, P., Palmer, S., Ruschena, D. & Browne, C. (1998). Serious criminal offending and mental disorder. Case linkage study. *British Journal of Psychiatry, 172*, 477-484.

Walsh, E., Buchanan, A. & Fahy, T. (2002). Violence and schizophrenia: examining the evidence. *British Journal of Psychiatry, 180*(6), 490-495.

Webster, C., Douglas, K., Eaves, D. & Hart, S. (1997). *HCR-20: Assessing risk for violence (version 2)*. Vancouver: Simon Fraser University.

Weig, W. (2009). Der „schwierige“ Patient in der psychiatrischen Versorgung. *Nervenarzt, 80*(7), 847-854.

World Health Organization. (1992). *ICD-10, the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.

Xia, J., Merinder, L. & Belgamwar, M. (2011). Psychoeducation for schizophrenia. In T. C. Collaboration (Eds.), *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.

## 17. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Items des PCL-R (Hare, 1991, in der deutschen Übersetzung nach Hartmann, Hollweg & Nedopil, 2001) .....	68
Tabelle 2: Items des HCR-20 (Webster et al., 1997 nach Tondorf & Tondorf, 2011).....	70
Tabelle 3: Voraussetzungen für die Faktorenanalyse, Gesamtvarianz .....	106
Tabelle 4: Koeffizientenmatrix der Faktorenwerte.....	107
Tabelle 5: Korrelationen der Behandlungsunwilligkeit und den sozialen Herkunftsvariablen.....	111
Tabelle 6: Korrelationen der Behandlungsdauer und den sozialen Herkunftsvariablen..	112
Tabelle 7: Spearman-Korrelationen der Behandlungsunwilligkeit und dem komorbidien Substanzenmissbrauch .....	113
Tabelle 8: Spearman-Korrelationen der Behandlungsdauer und dem komorbidien Substanzenmissbrauch .....	114
Tabelle 9: Spearman-Korrelationen der Komponenten des Inanspruchnahmeverhaltens und den komorbidien Persönlichkeitsstörungen .....	114
Tabelle 10: Spearman-Korrelationen der Komponenten des Inanspruchnahmeverhaltens und dem Subtyp der Schizophrenie .....	114
Tabelle 11: Korrelationen der Behandlungsunwilligkeit und den Aspekten der Delinquenz .....	115
Tabelle 12: Korrelationen der Behandlungsdauer und den Aspekten der Delinquenz....	117
Tabelle 13: Vergleich der Mittelwerte der drei Behandlungsunwilligkeitsgruppen.....	122
Tabelle 14: Mehrfachvergleich nach Scheffé der drei Behandlungsunwilligkeitsgruppen .....	123
Tabelle 15: Vergleich der Mittelwerte der drei Inanspruchnahmegruppen (Faktor II) ...	124
Tabelle 16: Mehrfachvergleich nach Scheffé der drei Inanspruchnahmegruppen (Faktor II).....	124
Tabelle 17: Modellzusammenfassung binär-logistische Regression .....	125
Tabelle 18: Prädiktoren der Behandlungsunwilligkeit .....	125
Tabelle 19: Vorhersage der Zugehörigkeit zu einer Behandlungsunwilligkeitsgruppe...	126
Tabelle 20: Modellzusammenfassung binär-logistische Regression .....	126
Tabelle 21: Prädiktoren der Behandlungsdauer .....	126
Tabelle 22: Vorhersage der Zugehörigkeit zu einer Inanspruchnahmegruppe .....	127

Tabelle 23: Modellzusammenfassung binär-logistische .....	127
Tabelle 24: Modellzusammenfassung binär-logistische Regression .....	128
Tabelle 25: Prädiktoren der durchschnittlichen Schwere der Delikte .....	128
Tabelle 26: Vorhersage der Zugehörigkeit zu einer Deliktgruppe .....	128
Tabelle 27: Vier Typen des Inanspruchnahmeverhaltens .....	129
Tabelle 28: Kennzahlen des Chi <sup>2</sup> -Tests für Familienstand der Eltern (ledig vs. getrennt) .....	130
Tabelle 29: Kennzahlen des Chi <sup>2</sup> -Tests für die Anzahl der Geschwister ( $\leq 1$ vs. $> 1$ ) ...	131
Tabelle 30: Kennzahlen des Chi <sup>2</sup> -Tests für die Position in der Geburtsreihenfolge .....	132
Tabelle 31: Kennzahlen des Chi <sup>2</sup> -Tests für den schizophrenen Subtyp (F20.0 vs. Rest) 132	132
Tabelle 32: Kennzahlen des Chi <sup>2</sup> -Tests für den Substanzenkonsum (abstinent vs. Rest) .....	134
Tabelle 33: Kennzahlen des Chi <sup>2</sup> -Tests für den PCL-R-Wert (niedrig vs. hoch).....	135
Tabelle 34: Kennzahlen des Kruskal-Wallis-Tests für die Gefängnisauenthalte .....	136
Tabelle 35: Kennzahlen des Kruskal-Wallis-Tests für die Anzahl der Delikte.....	136
Tabelle 36: Kennzahlen des Chi <sup>2</sup> -Tests für die Schwere des Anlassdeliktes .....	137
Tabelle 37: Vergleich der Mittelwerte der durchschnittlichen Schwere .....	138
Tabelle 38: Mehrfachvergleiche nach Bonferroni bezüglich der vier Inanspruchnahmetypen .....	139
Tabelle 39: Modellzusammenfassung binär-logistische Regression .....	140
Tabelle 40: Modellzusammenfassung binär-logistische Regression .....	141
Tabelle 41: Prädiktoren für die Zugehörigkeit zu Typ I und III .....	141
Tabelle 42: Vorhersage der Zugehörigkeit zu Typ I und Typ III .....	141
Tabelle 43: Modellzusammenfassung binär-logistische Regression .....	141
Tabelle 44: Prädiktoren für die Zugehörigkeit zu Typ I und IV .....	142
Tabelle 45: Vorhersage der Zugehörigkeit zu Typ I und Typ IV .....	142
Tabelle 46: Modellzusammenfassung binär-logistische Regression .....	142
Tabelle 47: Prädiktoren für die Zugehörigkeit zu Typ II und III.....	143
Tabelle 48: Vorhersage der Zugehörigkeit zu Typ II und Typ III .....	143
Tabelle 49: Modellzusammenfassung binär-logistische Regression .....	143
Tabelle 50: Prädiktoren für die Zugehörigkeit zu Typ II und IV .....	144
Tabelle 51: Vorhersage der Zugehörigkeit zu Typ II und Typ IV .....	144
Tabelle 52: Modellzusammenfassung binär-logistische Regression .....	145

Tabelle 53: Prädiktoren für die Zugehörigkeit zu Typ III und IV .....	145
Tabelle 54: Vorhersage der Zugehörigkeit zu Typ II und Typ IV .....	145
Tabelle A-1: Überblick über die Ergebnisse der Forschungsfrage 5 für die Behandlungsunwilligkeittyp .....	180
Tabelle A-2: Überblick über die Ergebnisse der Forschungsfrage 5 für die Behandlungsdauer.....	180

## **18. Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Einflussfaktoren auf die Entstehung von gewalttätigem Verhalten bei psychiatrischen Straftätern (aus Hiday, 1997, S. 410).....	56
Abbildung 2: Verteilung der Geburtsjahre innerhalb der Stichprobe.....	90
Abbildung 3: Verteilung des Familienstandes der Patienten und deren Eltern innerhalb der Stichprobe .....	91
Abbildung 4: Verteilung der schulischen Bildung innerhalb der Stichprobe .....	91
Abbildung 5: Verteilung der beruflichen Bildung innerhalb der Stichprobe .....	92
Abbildung 6: Verteilung der Geschwisteranzahl innerhalb der Stichprobe .....	92
Abbildung 7: Verteilung der Geburtsreihenfolge innerhalb der Stichprobe.....	93
Abbildung 8: Verteilung der Anzahl psychisch erkrankter Familienmitglieder innerhalb der Stichprobe .....	94
Abbildung 9: Verteilung des Verwandtschaftsgrads zu den psychisch erkrankten Familienmitgliedern innerhalb der Stichprobe .....	94
Abbildung 10: Verteilung der psychiatrischen Diagnosen innerhalb der erkrankten Familienmitglieder.....	95
Abbildung 11: Verteilung des grundsätzlichen Vorkommens von aggressivem Verhalten der Eltern, Heimaufenthalten, psychisch erkrankten sowie vorbestraften Familienmitgliedern innerhalb der Stichprobe .....	95
Abbildung 12: Verteilung des grundsätzlichen Konsumverhaltens legaler und illegaler Rauschsubstanzen innerhalb der Stichprobe.....	96
Abbildung 13: Verteilung des Konsumverhaltens der Substanzen Alkohol, Cannabis, Kokain, Amphetamin, Ecstasy, Halluzinogene, Benzodiazepine und anderen Substanzen innerhalb der Stichprobe .....	97

Abbildung 14: Verteilung des Beginns der schizophrenen Grunderkrankung innerhalb der Stichprobe .....	98
Abbildung 15: Verteilung des schizophrenen Subtypus innerhalb der Stichprobe .....	99
Abbildung 16: Verteilung der Diagnosen der komorbiden Persönlichkeitsstörung innerhalb der Teilstichprobe der Probanden, die eine solche aufweisen .....	99
Abbildung 17: Verteilung des Ausmaßes an Psychopathie (PCL-R Score) innerhalb der Stichprobe .....	100
Abbildung 18: Verteilung der Gesamtanzahl der stationären Aufenthalte innerhalb der Stichprobe .....	100
Abbildung 19: Verteilung der insgesamt in stationärer Aufnahme verbrachten Zeit (in Tagen) innerhalb der Stichprobe.....	101
Abbildung 20: Verteilung der durchschnittlichen Dauer der stationären Aufnahmen (in Tagen) innerhalb der Stichprobe.....	102
Abbildung 21: Verteilung der unfreiwilligen Aufnahmen innerhalb der Stichprobe .....	103
Abbildung 22: Verteilung der abgebrochenen Aufnahmen innerhalb der Stichprobe ....	103
Abbildung 23: Verteilung der Anzahl der begangenen Delikte innerhalb der Stichprobe .....	104
Abbildung 24: Verteilung der Anzahl der Gefängnisauenthalte vor der Einweisung in die Maßnahme nach §21/1 innerhalb der Stichprobe .....	104
Abbildung 25: Verteilung des Alters bei Erst- und Anlassdelikt innerhalb der Stichprobe .....	105
Abbildung 26: Verteilung der Art des Anlassdeliktes innerhalb der Stichprobe.....	106
Abbildung 27: Scree-Plot der durchgeführten Faktorenanalyse .....	107
Abbildung 28: Zusammenfassung der signifikanten Unterschiede (t-Tests) zwischen den angegebenen Teilgruppen hinsichtlich der Behandlungsunwilligkeit .....	122
Abbildung 29: Verteilung des Familienstandes der Eltern der Probanden innerhalb der vier Inanspruchnahmetypen .....	130
Abbildung 30: Verteilung der Anzahl der Geschwister innerhalb der vier Inanspruchnahmetypen .....	131
Abbildung 31: Verteilung der Position innerhalb der Geburtsreihenfolge innerhalb der vier Inanspruchnahmetypen .....	132
Abbildung 32: Verteilung des schizophrenen Subtyps innerhalb der vier Inanspruchnahmetypen .....	133

Abbildung 33: Verteilung des Substanzenkonsums innerhalb der vier Inanspruchnahmetypen .....	134
Abbildung 34: Verteilung des PCL-R-Scores innerhalb der vier Inanspruchnahmetypen .....	135
Abbildung 35: Mittlere Ränge der Anzahl der Gefängnisaufenthalte innerhalb der vier Inanspruchnahmetypen .....	136
Abbildung 36: Mittlere Ränge der Anzahl der Delikte innerhalb der vier Inanspruchnahmetypen .....	137
Abbildung 37: Verteilung der Schwere des Anlassdeliktes innerhalb der vier Inanspruchnahmetypen .....	137
Abbildung 38: Mittelwerte der durchschnittlichen Schwere der begangenen Delikte der vier Inanspruchnahmetypen .....	139

## 19. Anhang

### Anhang A

Tabelle A-1: Überblick über die Ergebnisse der Forschungsfrage 5 für die Behandlungsunwilligkeit

Behandlungsunwilligkeit	Testwert	df	p	N	ES
Anzahl der Geschwister	$t = -0,122$	129	,903	132	
Geburtsreihenfolge	$F = 0,812$	2	,447	106	
Aggressives Verhalten d. Eltern	$t = -0,275$	76	,784	78	
Verlust eines Elternteiles	$t = -2,424$	123,346	,017*	130	0,435
Familiäre Vorbelastung (psych.)	$t = -0,545$	127	,587	129	
Subtyp der Schizophrenie	$t = -3,163$	107,313	,002**	132	0,611
Komorbide Persönlichkeitsstörung	$t = -0,304$	130	,762	132	
Komorbider Substanzenmissbrauch	$t = 0,366$	129	,715	131	
Anzahl der begangenen Delikte	$t = -1,868$	94,27	,065 <sup>+</sup>	131	
PCL-R Score (3-Gruppen)	$F = 1,164$	2	,317	94	
PCL-R Score (2-Gruppen)	$t = -1,577$	92	,118	94	
Schwere des Anlassdeliktes	$t = 1,615$	129	,109	131	
Durchschn. Schwere der Delikte	$t = 3,738$	124,855	< .001***	131	0,669

<sup>+</sup> p < ,10 \* p < ,05 \*\* p < ,01 \*\*\* p < ,001

Tabelle A-2: Überblick über die Ergebnisse der Forschungsfrage 5 für die Behandlungsdauer

<b>Behandlungsdauer</b>		Testwert	df	p	N
Anzahl der Geschwister		$t = -0,028$	129	,978	131
Geburtsreihenfolge		$F = 0,565$	2	,570	106
Aggressives Verhalten d. Eltern		$t = -0,906$	76	,368	78
Verlust eines Elternteiles		$t = -0,229$	128	,819	130
Familiäre Vorbelastung (psych.)		$t = -0,212$	127	,832	129
Subtyp der Schizophrenie		$t = 1,280$	130	,203	132
Komorbide Persönlichkeitsstörung		$t = 0,924$	130	,357	132
Komorbider Substanzenmissbrauch		$t = -0,630$	129	,529	131
Anzahl der begangenen Delikte		$t = 1,161$	129	,248	131
PCL-R Score (3-Gruppen)		$F = 0,239$	2	,788	94
PCL-R Score (2-Gruppen)		$t = -0,245$	92	,807	94
Schwere des Anlassdeliktes		$t = -0,653$	129	,515	131
Durchschn. Schwere der Delikte		$t = -0,713$	129	,477	131

## Anhang B

1

### Anamnesebogen Maßnahmenpatienten

© Thomas Stompe

Name:

#### Sozialanamnese:

Geburtsland:

Geburtsland der Eltern:

Geschlecht:

Geburtsdatum:

Beruf des Vaters:

Beruf der Mutter:

Familienstand	Eltern	Patient
ledig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Partnerschaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
verheiratet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
geschieden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
verwitwet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### Geschwisterreihe (inkl. Patient)

Geschlecht	Geburtsjahr	echte Geschwister	Halbgeschwister	Stiefgeschwister
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Höchster Schulabschluss:

Beruf:

Heimaufenthalte

#### Psychiatrische Anamnese:

##### Erstdiagnose (ICD-10):

Erkrankungsbeginn:

Familienanamnese KH:

Subtyp Schizophrenie	Verlauf
paranoid	<input type="radio"/> akut
hebephren	<input type="radio"/> subakut
kataton	<input type="radio"/> subchronisch
undifferenziert	<input type="radio"/> chronisch
Residuum	<input type="radio"/>
schizoaffektiv	<input type="radio"/>

Komorbide Persönlichkeitsstörung (ICD-10):

PCL-R-Score:

Aggressives Verhalten der Eltern:  Ja  Nein

**Substanzmissbrauch/-abhängigkeit:**

Substanz	Missbrauch	Abhängigkeit	bei Delikt
Alkohol	○	○	○
Cannabis	○	○	○
Opiate	○	○	○
Kokain	○	○	○
Amphetamine	○	○	○
Extstasy	○	○	○
Halluzinogene	○	○	○
Benzodiazepine	○	○	○
andere	○	○	○

**Stationäre Aufenthalte**

Nr	Spital	von-bis	UbG	abgebrochen
1.			○	○
2.			○	○
3.			○	○
4.			○	○
5.			○	○
6.			○	○
7.			○	○
8.			○	○
9.			○	○
10.			○	○
11.			○	○
12.			○	○
13.			○	○
14.			○	○
15.			○	○
16.			○	○
17.			○	○
18.			○	○
19.			○	○
20.			○	○
21.			○	○
22.			○	○
23.			○	○
24.			○	○
25.			○	○
26.			○	○
27.			○	○
28.			○	○

29.			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30.			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31.			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32.			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33.			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34.			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35.			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36.			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37.			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38.			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39.			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40.			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41.			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42.			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43.			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44.			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45.			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46.			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47.			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48.			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49.			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50.			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51.			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52.			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
53.			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
54.			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
55.			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
56.			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Forensische Anamnese:

### Familienanamnese Delinquenz:

## 20. Lebenslauf

### **Persönliche Daten:**

Geburtsort Annaberg-Buchholz

Geburtsland Deutschland

Nationalität deutsch

### **Studium:**

Seit WS 08/09 Universität Wien

Diplomstudium Psychologie

Schwerpunkt: Klinische Psychologie

### **Berufliche Tätigkeiten:**

06/2012 – 10/2012 Projektassistent bei wissma Marktforschungs GmbH

Wien, Österreich

### **Praktika:**

08/2011 – 09/2011 Justizanstalt Göllersdorf

Göllersdorf, Österreich

### **Sprachkenntnisse:**

Deutsch Muttersprache

Englisch flüssig in Wort und Schrift

Französisch Grundkenntnisse