

Nervenarzt 2006 · 77:605–617  
 DOI 10.1007/s00115-006-2081-3  
 Online publiziert: 12. April 2006  
 © Springer Medizin Verlag 2006



### **CME.springer.de – Zertifizierte Fortbildung für Kliniker und niedergelassene Ärzte**

Die CME-Teilnahme an diesem Fortbildungsbeitrag erfolgt online auf CME.springer.de und ist Bestandteil des Individualabonnements dieser Zeitschrift. Abonnenten können somit ohne zusätzliche Kosten teilnehmen.

Unabhängig von einem Zeitschriftenabonnement ermöglichen Ihnen CME-Tickets die Teilnahme an allen CME-Beiträgen auf CME.springer.de. Weitere Informationen zu CME-Tickets finden Sie auf CME.springer.de.

### **Registrierung/Anmeldung**

Haben Sie sich bereits mit Ihrer Abonnementnummer bei CME.springer.de registriert? Dann genügt zur Anmeldung und Teilnahme die Angabe Ihrer persönlichen Zugangsdaten. Zur erstmaligen Registrierung folgen Sie bitte den Hinweisen auf CME.springer.de.

### **Online teilnehmen und 3 CME-Punkte sammeln**

Die CME-Teilnahme ist nur online möglich. Nach erfolgreicher Beantwortung von mindestens 7 der 10 CME-Fragen senden wir Ihnen umgehend eine Bestätigung der Teilnahme und der 3 CME-Punkte per E-Mail zu.

### **Zertifizierte Qualität**

Diese Fortbildungseinheit ist zertifiziert von der Landesärztekammer Hessen und der Nordrheinischen Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung und damit auch für andere Ärztekammern anerkennungsfähig. Folgende Maßnahmen dienen der Qualitätssicherung aller Fortbildungseinheiten auf CME.springer.de: Langfristige Themenplanung durch erfahrene Herausgeber, renommierte Autoren, unabhängiger Begutachtungsprozess, Erstellung der CME-Fragen nach Empfehlung des IMPP mit Vorabtestung durch ein ausgewähltes Board von Fachärzten.

Für Fragen und Anmerkungen stehen wir Ihnen jederzeit zur Verfügung:

**Springer Medizin Verlag GmbH**  
**Fachzeitschriften Medizin/Psychologie**  
**CME-Helpdesk, Tiergartenstraße 17**  
**69121 Heidelberg**  
**E-Mail: cme@springer.com**  
**CME.springer.de**

**E. Habermeyer · S. C. Herpertz**

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Zentrum für Nervenheilkunde der Universität Rostock

# Dissoziale Persönlichkeitsstörung

## **Zusammenfassung**

Sozial störendes Verhalten gewinnt klinische Relevanz, wenn es auf einem tief greifenden, früh beginnenden und überdauernden Muster psychopathologisch relevanter Persönlichkeitseigenschaften gründet. Bei der Klassifikation solcher Eigenschaften wird jedoch unterschiedlich vorgegangen, weshalb zwischen der ICD-10-Diagnose der dissozialen und der DSM-IV-Diagnose der antisozialen Persönlichkeitsstörung sowie der „Psychopathy“ unterschieden werden muss. Unser Wissen über die biologische Basis antisozialer Verhaltensstile umfasst Befunde aus der Genetik, Transmitterforschung, strukturellen bzw. funktionellen Bildgebung sowie der Neuro- und Psychophysiologie. Psychosoziale Risikofaktoren stellen elterliche Zurückweisung und Vernachlässigung, instabile Beziehungen sowie Misshandlungen dar. Effiziente psychotherapeutische Behandlungsansätze sind vor allem kognitiv-behavioral. Die pharmakologische Behandlung erfolgt weitgehend „off-label“. Die Diagnose einer antisozialen bzw. dissozialen Persönlichkeitsstörung ermöglicht für sich genommen keine Aussagen zur Schuldfähigkeit, vielmehr sind weitere Überlegungen zu Schweregrad und störungsbedingten Hemmungsverlusten erforderlich.

## **Schlüsselwörter**

Dissoziale Persönlichkeitsstörung · Antisoziale Persönlichkeitsstörung · Psychopathy · Störung des Sozialverhaltens · Schuldfähigkeit

## **Dissocial personality disorder**

## **Summary**

Deviant behavior is gaining in clinical importance if it is founded on stable, characteristic, and enduring patterns of psychopathologically relevant personality traits which have their onset in childhood or adolescence. The classification of these traits shows variations, so that a distinction between the ICD-10 diagnosis of dissocial personality disorder, DSM-IV diagnosis of antisocial personality disorder, and the concept “psychopathy” is necessary. Our knowledge about the biological basis of antisocial behavior includes neurophysiologic, psychophysiologic, and genetic findings. Also relevant are results of neurotransmitter studies and structural resp. functional neuroimaging findings. Psychosocial risk factors include parental deficits, rejection, disregard, unstable relations, and abuse. Efficient psychotherapeutic treatment is cognitive-behavioral. Pharmacologic treatment is largely “off-label”. The diagnosis of antisocial and dissocial personality disorders allows no conclusions on criminal responsibility. In addition to psychiatric diagnostics, considerations on the severity of the disorder and its effects on the ability to inhibit actions are necessary.

## **Keywords**

Dissocial personality disorder · Antisocial personality disorder · Psychopathy · Conduct disorder · Criminal responsibility

Eine deskriptiv-psychopathologische Sichtweise erlaubt einen wertfreien diagnostischen Arbeitsansatz

Sozial störendes Verhalten ist nur unter bestimmten Bedingungen Ausdruck einer dissozialen Persönlichkeitsstörung

Es werden zwei diagnostische Kategorien unterschieden: die ICD-10-Diagnose der dissozialen und die DSM-IV-Diagnose der antisozialen Persönlichkeitsstörung

Die DSM-IV-Diagnose der antisozialen Persönlichkeitsstörung konzentriert sich auf leicht objektivierbare behaviorale Phänomene

**H**istorisch ist bis weit in das 20. Jahrhundert hinein eine pejorative Tendenz bei der Beschreibung von „abnormen“ Persönlichkeiten festzustellen, die sich in Lombrosos Begriff des geborenen Verbrechers bzw. des „Entartungsverbrechers“ von Kraepelin verdeutlicht. Sie tritt erst bei Kurt Schneider in den Hintergrund und wird hier durch eine deskriptiv-psychopathologische Sichtweise ersetzt, die einen wertfreien diagnostischen Arbeitsansatz verfolgt (zur Übersicht [20]). Dieser hat im Persönlichkeitsstörungskonzept der modernen Klassifikationssysteme seinen Niederschlag gefunden. Hier werden für die Diagnosestellung Normabweichungen in Denk-, Erlebens- und Verhaltensstilen gefordert, die eine Vielzahl von Lebensbereichen ungünstig beeinflussen müssen. Wenn diese diagnostischen Vorgaben sachgerecht berücksichtigt werden, erhalten gesellschaftliche Wertungen kein entscheidendes diagnostisches Gewicht.

Sozial störendes Verhalten ist erst dann Ausdruck einer dissozialen Persönlichkeitsstörung, wenn es auf einem tief greifenden, früh beginnenden und überdauernden Muster psychopathologisch relevanter Persönlichkeitseigenschaften gründet. Hierzu werden – abhängig von der jeweiligen Konzeptbildung – insbesondere Verantwortungslosigkeit, geringe Frustrationstoleranz, hohe Aggressivität, Selbstbezogenheit, Impulsivität und fehlendes Mitgefühl gezählt. Wie **Abb. 1** zeigt, geht es nicht nur um die Abgrenzung zu sozial störendem Verhalten ohne Krankheitswert, sondern auch um Abgrenzung zu anderen Persönlichkeitsstörungen (Komorbidität) und um genauere Typisierungen mit der Identifikation einer besonderen Risikogruppe, den sog. „Psychopaths“ („Psychopathy“ sensu Hare).

## Diagnostik

### Kategoriale Modelle

Leider ist die gegenwärtige Klassifikation forensisch relevanter Persönlichkeitsstörungen weit von einem homogenen Konzept entfernt. Im Wesentlichen müssen zwei diagnostische Kategorien unterschieden werden: die ICD-10-Diagnose der dissozialen und die DSM-IV-Diagnose der antisozialen Persönlichkeitsstörung. Außerdem ist das „Psychopathy-Konzept“ von Hare bedeutsam, das auch dimensionale Aspekte aufweist und deshalb in einem eigenen Abschnitt („Psychopathy“ sensu Hare) vor den dimensional Ansätzen (Dimensionale Konzepte) bearbeitet wird.

### Antisoziale Persönlichkeitsstörung

Die DSM-IV-Diagnose der antisozialen Persönlichkeitsstörung (**Tab. 1**) ist getragen von dem Anspruch auf hohe Reliabilität und konzentriert sich daher auf leicht objektivierbare behaviorale Phänomene wie manifest delinquentes Verhalten. Die Nachteile dieses Vorgehens liegen in der Überschätzung der Prävalenz, in der mangelnden zeitlichen Stabilität im Erwachsenenalter, in der einseitigen Betonung männlicher antisozialer Verhaltensstile, in der hohen diagnostischen Überlappung mit Substanzmissbrauch sowie in der geringen Übereinstimmung mit der allgemeinen Forderung nach einer tief greifenden, verschiedene Funktionsebenen einbeziehenden Charakterstörung (Übersicht [10]).

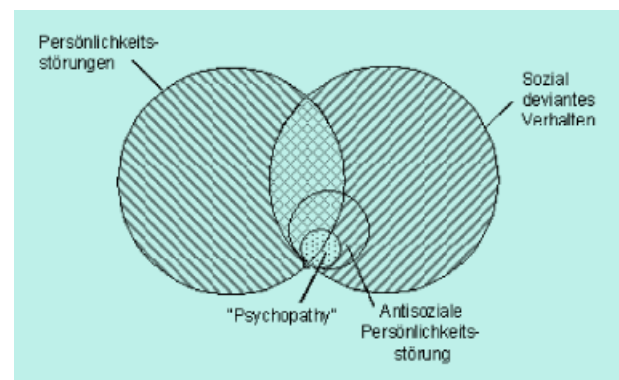


Abb. 1 ► Differenzierung unterschiedlicher Formen sozialer Abweichung [21]

Tabelle 1

**DSM-IV-Kriterien der antisozialen Persönlichkeitsstörung**

- A** Es besteht ein tief greifendes Muster von Missachtung und Verletzung der Rechte anderer, das seit dem Alter von 15 Jahren auftritt. Mindestens 3 der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:
1. Versagen, sich in Bezug auf gesetzmäßiges Verhalten gesellschaftlichen Normen anzupassen, was sich in wiederholtem Begehen von Handlungen äußert, die einen Grund für eine Festnahme darstellen
  2. Falschheit, die sich in wiederholtem Lügen, dem Gebrauch von Decknamen oder dem Betrügen anderer zum persönlichen Vorteil oder Vergnügen äußert
  3. Impulsivität oder Versagen, vorausschauend zu planen
  4. Reizbarkeit und Aggressivität, die sich in wiederholten Schlägereien oder Überfällen äußert
  5. Rücksichtslose Missachtung der eigenen Sicherheit bzw. der Sicherheit anderer
  6. Durchgängige Verantwortungslosigkeit, die sich im wiederholten Versagen zeigt, eine dauerhafte Tätigkeit auszuüben oder finanziellen Verpflichtungen nachzukommen
  7. Fehlende Reue, die sich in Gleichgültigkeit oder Rationalisierung äußert, wenn die Person andere Menschen kränkt, misshandelt oder bestohlen hat
- B** Die Person ist mindestens 18 Jahre alt
- C** Eine Störung des Sozialverhaltens war bereits vor Vollendung des 15. Lebensjahres erkennbar
- D** Das antisoziale Verhalten tritt nicht ausschließlich im Verlauf einer Schizophrenie oder einer manischen Episode auf

Tabelle 2

**ICD-10-Forschungskriterien der dissozialen Persönlichkeitsstörung**

- A** Die allgemeinen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung (F60) müssen erfüllt sein
- B** Mindestens drei der folgenden Eigenschaften oder Verhaltensweisen müssen vorliegen:
1. Herzloses Unbeteiligtsein gegenüber den Gefühlen anderer
  2. Deutliche und andauernde verantwortungslose Haltung und Missachtung sozialer Normen, Regeln und Verpflichtungen
  3. Unfähigkeit zur Aufrechterhaltung dauerhafter Beziehungen, obwohl keine Schwierigkeit besteht, sie einzugehen
  4. Sehr geringe Frustrationstoleranz und niedrige Schwelle für aggressives, einschließlich gewalttätiges Verhalten
  5. Fehlendes Schuldbewusstsein oder Unfähigkeit, aus negativer Erfahrung, insbesondere Bestrafung, zu lernen
  6. Deutliche Neigung, andere zu beschuldigen oder plausible Rationalisierungen anzubieten für das Verhalten, durch welches die Betroffenen in einen Konflikt mit der Gesellschaft geraten sind

**Dissoziale Persönlichkeitsstörung**

Der Vorteil der ICD-10-Diagnose der dissozialen Persönlichkeitsstörung liegt darin, dass die Beschreibung problematischer Verhaltensweisen um relevante Persönlichkeitseigenschaften, wie z. B. die Gefühlsarmut, Unfähigkeit aus Bestrafung zu lernen, ergänzt wird (■ **Tabelle 2**).

**Zugehörige Untersuchungsinstrumente**

Als Instrumente zur standardisierten Diagnostik der vorgenannten Persönlichkeitsstörungen haben sich ► **halbstrukturierte Interviews**, das SCID II und die International Personality Disorder Examination (IPDE) bewährt. Sie verfügen zusätzlich über Screening-Fragebögen, mit denen sich erste Hinweise auf das Bestehen eines antisozialen Verhaltensstils gewinnen lassen. Bei der Durchführung diagnostischer Interviews ist jedoch auf die hohe Augenscheinsvalidität zugehöriger Items zu achten, die insbesondere im fo-

► **Halbstrukturierte Interviews**

## ► Fremdanamnese

„Psychopaths“ gelten als eine Subgruppe der antisozialen Persönlichkeitsstörung, die durch problematische Persönlichkeitsmerkmale und eine hohe Gewaltbereitschaft gekennzeichnet ist

„Psychopathy“ lässt sich mit Hilfe der revidierten Psychopathy Checklist erfassen

## ► Affektiv-interpersonelle Persönlichkeitsmerkmale

## ► Sozial deviante Verhaltensstile

rensisch-psychiatrischen Kontext keine authentischen Antworten erwarten lässt. Bei der Diagnosestellung kommt der ► **Fremdanamnese** mit Erschließung unabhängiger Informationsquellen entscheidende Bedeutung zu.

### „Psychopathy“ sensu Hare

„Psychopaths“ im Sinne von Hare weisen in der Regel eine dissoziale Charakterstruktur [20] mit Impulsivität, geringer Introspektion und Selbstkritik, Mangel an Empathie, Gefühlskälte, Egozentrität, überhöhtem Anspruch, paradoxer Anpassungserwartung, Unter- und Fehlbesetzung sozialer Normen auf. Mehrere Untersuchungen konnten die prädiktive Aussagekraft hoher PCL-R-Scores bezüglich Gewaltbereitschaft und Rückfallrisiko belegen (Übersicht [9]). „Psychopaths“ gelten daher als eine Subgruppe der antisozialen Persönlichkeitsstörung, die durch problematische Persönlichkeitsmerkmale und eine hohe Rückfallwahrscheinlichkeit gekennzeichnet ist. Andere Autoren diskutieren „Psychopathy“ im Sinne eines kausalen Modells, d. h. „Psychopathy“ führt zur Delinquenz, insbesondere wenn psychosoziale Belastungsfaktoren und geringer verbaler IQ sich hinzugesellen; ansonsten kann sich dieser Persönlichkeitstyp auch in anderen Interaktionsschwierigkeiten ohne manifeste Delinquenz äußern.

### Zugehörige Untersuchungsinstrumente

„Psychopathy“ lässt sich mit Hilfe der revidierten Psychopathy Checklist (PCL-R) erfassen. Aus guten Gründen soll die Datenerhebung neben den persönlichen Angaben auch Akteninhalte und fremdanamnestiche Informationen berücksichtigen. Mit der PCL-R-SV existiert außerdem eine Kurzform der PCL-R mit 13 Items, die als Screening-Instrument genutzt werden kann. Die PCL-R (► **Tabelle 3**) umfasst 20 Items auf zwei Dimensionen, die typische affektive Merkmale und interpersonelle Stile Betroffener sowie deren sozial unverantwortliches, impulsives und antisoziales Verhalten abdecken. Die Skala weist in der ursprünglichen Version eine 2-Faktoren-Struktur auf: Faktor 1 erfasst in 8 Items ► **affektiv-interpersonelle Persönlichkeitsmerkmale**, die Überlappungen mit narzisstischen und histrionischen Persönlichkeitseigenschaften zeigen. Die 9 Items von Faktor 2 erfassen ► **sozial deviante Verhaltensstile** und korrelieren mit antisozialen Persönlichkeitszügen, kriminellem Verhalten und Substanzmissbrauch. Drei Items lassen sich keinem der o. g. Faktoren zuordnen.

Tabelle 3

### Die Items der revidierten Psychopathy Checklist von Hare (PCL-R, dt. Übersetzung [17])

1. Trickreich sprachgewandter Blender mit oberflächlichem Charme (1)
2. Erheblich übersteigertes Selbstwertgefühl (1)
3. Stimulationsbedürfnis (Erlebnishunger), ständiges Gefühl der Langeweile (2)
4. Pathologisches Lügen (Pseudologie) (1)
5. Betrügerisch-manipulatives Verhalten (1)
6. Mangel an Gewissensbissen oder Schuldbewusstsein (1)
7. Oberflächliche Gefühle (1)
8. Gefühlskälte, Mangel an Empathie (1)
9. Parasitärer Lebensstil (2)
10. Unzureichende Verhaltenskontrolle (2)
11. Promiskuität
12. Frühe Verhaltensauffälligkeiten (2)
13. Fehlen von realistischen, langfristigen Zielen (2)
14. Impulsivität (2)
15. Verantwortungslosigkeit (2)
16. Mangelnde Bereitschaft und Fähigkeit, Verantwortung für eigenes Handeln zu übernehmen (1)
17. Viele kurzzeitige ehe(ähn)liche Beziehungen
18. Jugendkriminalität (2)
19. Missachtung von Weisungen und Auflagen (2)
20. Polytrope Kriminalität

(1) = Faktor 1: affektive/interpersonelle Merkmale; (2) = Faktor 2: sozial deviante Verhaltensweisen

Zurzeit wird intensiv über die Faktorenstruktur der PCL-R diskutiert: Hare [8] geht mittlerweile von 4 Faktoren aus: Faktor 1 gliedert sich demnach auf in problematische interpersonale Aspekte und affektive Besonderheiten. Faktor 2 der Ursprungsversion wird nun differenziert in impulsive und unverantwortliche Verhaltensstile sowie antisoziales Verhalten. Letztgenannte Aspekte und die Items Nr. 11 und 17, die auch in der Überarbeitung von Hare keinem Faktor zugeordnet werden konnten, sind laut Cooke und Michie [4] weniger ein Symptom der „Psychopathy“ als vielmehr eine Konsequenz derselben. Sie konzeptionalisieren deshalb ein 3-Faktoren-Modell der „Psychopathy“: 1. arrogant-betrügerische Interaktionsstile, 2. defizitäre affektive Erlebnisweisen und 3. impulsiv-unverantwortliches Verhalten mit Ausklammerung der Items, die antisoziale Verhaltensaspekte umschreiben. Die Diskussion darüber, welches dieser Modelle das Konstrukt „Psychopathy“ am besten erfasst, muss zurzeit noch als offen angesehen werden. Festzuhalten bleibt, dass emotional-affektive Gesichtspunkte von manipulativen Interaktionsstilen und impulsivem bzw. antisozialem Verhalten getrennt wurden.

## Dimensionale Konzepte

Hier werden Persönlichkeitsstörungen als Extremausprägungen basaler Persönlichkeitsdimensionen aufgefasst. Antisoziale Menschen zeigen demnach neben geringer sozialer Verträglichkeit eine ausgeprägte Reizsuche bzw. Suche nach Neuem. Auch wird ein ► **antisozialer Persönlichkeitsstil** in den Dimensionen der Motivationstheorie von Gray [6] konzeptionalisiert: Das ► **Behavioral Activation System (BAS)** fördert Verhalten als Folge von Belohnungsreizen sowie auf Hinweise der Erleichterung und Entlastung, während das ► **Behavioral Inhibition System (BIS)** Verhalten infolge drohender Bestrafung und Versagung hemmt. Für antisoziale Erwachsene und Kinder mit Störungen des Sozialverhaltens konnte gezeigt werden, dass eine verminderte Aktivität des BIS bei gleichzeitiger Funktionssteigerung des BAS vorliegt. So zeigten Kinder mit Störung des Sozialverhaltens, dass ein zunächst mit einer Belohnung gekoppelter Antwortstil weiter beibehalten wurde, obwohl dieser zunehmend häufig mit aversiven Konsequenzen gekoppelt war. Zudem gibt es Persönlichkeitsmerkmale, die sich in longitudinalen Studien als Risikofaktoren für eine antisoziale Entwicklung herausgestellt haben. Hierzu zählen Enthemmung und vermindertes Angstempfinden sowie Charakterzüge wie Gleichgültigkeit, Gefühllosigkeit und Selbstbezogenheit.

## Komorbidität

Auf dem Gebiet der Persönlichkeitsstörungen bestehen die engsten Beziehungen zwischen der antisozialen und der narzisstischen Persönlichkeitsstörung, doch spielen bei letzterer Impulsivität, Aggressivität und Betrugereien keine entscheidende Rolle. Schließlich existieren symptomatologische Überschneidungen in Teilbereichen mit der histrionischen, der Borderline- und der paranoiden Persönlichkeitsstörung.

Patienten mit dissozialer Persönlichkeitsstörung zeigen häufig Substanzmissbrauch oder auch eine Substanzabhängigkeit, so dass gegebenenfalls beide Diagnosen zu vergeben sind. Allerdings sollte delinquentes Verhalten, welches in direktem Zusammenhang mit einer Suchterkrankung auftritt, nicht zu der Diagnose einer dissozialen Persönlichkeitsstörung führen. Eine antisoziale Persönlichkeitsstörung findet sich auch gehäuft bei Menschen mit ► **Grenzbegabung**.

## Differenzialdiagnosen

Antisoziales und delinquentes Verhalten kann auch im Rahmen einer schizophrenen oder manischen Episode auftreten. Sind diese Verhaltensauffälligkeiten auf Krankheitsphasen beschränkt, sollte die Diagnose nicht gestellt werden. Allerdings schließt das Vorliegen einer psychotischen Erkrankung eine gleichzeitig bestehende dissoziale Persönlichkeitsstörung nicht aus. Hier bleibt die Analyse des ► **Langzeitverlaufes** entscheidend.

Über die Faktorenstruktur der PCL-R wird intensiv diskutiert

Emotional-affektive Gesichtspunkte wurden von manipulativen Interaktionsstilen und impulsivem bzw. antisozialem Verhalten getrennt

- **Antisozialer Persönlichkeitsstil**
- **Behavioral Activation System**
- **Behavioral Inhibition System**

Patienten mit dissozialer Persönlichkeitsstörung zeigen häufig Substanzmissbrauch oder eine Substanzabhängigkeit

- **Grenzbegabung**

Antisoziales und delinquentes Verhalten kann auch im Rahmen einer schizophrenen oder manischen Episode auftreten

- **Langzeitverlauf**



Im DSM-IV-TR wird über eine Prävalenz der antisozialen Persönlichkeitsstörung von 3% bei Männern und 1% bei Frauen berichtet

Die antisoziale Persönlichkeitsstörung verliert mit zunehmendem Alter an Bedeutung

Einer antisozialen Persönlichkeitsstörung geht regelhaft deviantes Verhalten im Jugendalter, z. T. schon im Kindesalter voraus

#### ► „Early- starter-Typus“

„Late starter“ sind durch eine günstigere Prognose charakterisiert

„Psychopathic“ Merkmale haben eine negative prognostische Potenz

## Prävalenz

Im DSM-IV-TR wird über eine Prävalenz der antisozialen Persönlichkeitsstörung von 3% bei Männern und 1% bei Frauen berichtet. Der Geschlechterbias bei dieser Diagnose hängt unter anderem damit zusammen, dass delinquente Verhaltensstile und insbesondere Aggressionsdelikte bei Männern häufiger aufzufinden sind. Dissoziale weibliche Verhaltensstile wie Vernachlässigung von Schutzbefohlenen oder ausbeuterisches Beziehungsverhalten treten in den gegenwärtigen diagnostischen Kategorien dagegen zurück. Erhöhte Prävalenzzahlen von bis zu 70% finden sich in Suchtbehandlungszentren, Gefängnissen und forensischen Kliniken.

## Verlauf

Die antisoziale Persönlichkeitsstörung verliert mit zunehmendem Alter an Bedeutung. Dieser Sachverhalt dürfte auf die allgemeine Kriminalitätsentwicklung zurückzuführen sein. Jugendliche und junge Erwachsene zeigen nämlich eine höhere Ausprägung delinquenten Verhaltensstiles als Erwachsene über 40 Jahren. Auch hier verdeutlichen sich die Probleme, die mit der engen Verknüpfung diagnostischer Merkmale und delinquenten Verhaltensstiles einhergehen. Antisoziale Persönlichkeiten haben ein erhöhtes Risiko, eines unnatürlichen Todes zu sterben. Sie sind nicht nur gehäuft Opfer von Gewalttaten, sondern haben ein gegenüber der Normalbevölkerung gesteigertes Suizidrisiko.

## Vorläufer der antisozialen Persönlichkeitsstörung im Kindes- und Jugendalter

### Störung des Sozialverhaltens

Einer antisozialen Persönlichkeitsstörung geht regelhaft deviantes Verhalten im Jugendalter, z. T. schon im Kindesalter voraus. Bei ca. 2/3 der Kinder mit Störungen des Sozialverhaltens liegen im Alter bis 12 Jahren bereits drei oder mehr Symptome einer antisozialen Persönlichkeitsstörung vor. Die überzeugenden Daten zur Häufigkeit einer Störung des Sozialverhaltens im Vorfeld einer antisozialen Persönlichkeitsstörung hat die DSM-IV-Klassifikation veranlasst, dem Vorliegen dieser Störung vor dem 15. Lebensjahr den Stellenwert eines notwendigen Kriteriums zu geben. Kinder und Jugendliche mit Störung des Sozialverhaltens zeichnen sich durch gravierendes dissoziales Verhalten mit körperlicher Aggressivität gegenüber Menschen und Tieren, Zerstören von fremdem Eigentum, Brandstiftung und delinquente Verhaltensweisen aus. Insgesamt wird je nach Manifestationszeitpunkt der Störung des Sozialverhaltens im DSM-IV zwischen einem vor dem 11. Lebensjahr beginnendem Typus (► „early starter“) und einer erstmalig später auftretenden Form („late starter“) unterschieden.

### Prognostische Aspekte

Diese Unterscheidung hat im Zusammenhang mit prognostischen Aspekten besondere Bedeutung erlangt, da von einer hohen Assoziation zwischen dem „Early-starter-Typus“ und einer späteren antisozialen Persönlichkeitsstörung auszugehen ist. Auch unterdurchschnittliche verbale Intelligenz ist mit einem frühen Beginn antisozialen Verhaltens assoziiert. Demgegenüber sind „late starter“ ebenso wie rein oppositionelle Störungen des Sozialverhaltens oder auf den familiären Rahmen beschränkte Störungen des Sozialverhaltens durch eine günstigere Prognose charakterisiert. Wenn die Störung des Sozialverhaltens gemeinsam mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (sog. hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens) besteht, ist sie tendenziell mit schwereren Formen antisozialen Verhaltens assoziiert.

Darüber hinaus lassen sich bereits im Kindes- und Jugendalter „psychopathic“ Merkmale feststellen, denen negative prognostische Potenz zukommt: Kinder und Jugendliche mit Störungen des Sozialverhaltens und „psychopathic“ Merkmalen zeichnen sich durch eine größere Anzahl und Variabilität dissozialen Verhaltens aus.

## Ätiologie und Pathogenese

Unser Wissen über die biologische Basis der dissozialen Persönlichkeitsstörung ist erheblich und in ständigem Wachsen begriffen. Es umfasst Befunde aus der Genetik, Transmitterforschung, strukturellen bzw. funktionellen Bildgebung sowie der Neuro- und Psychophysiologie. Außerdem sind pränatale und psychosoziale Risikofaktoren von Bedeutung.

### Genetische Faktoren und Neurotransmitter

Für das Vorhandensein eines erheblichen genetischen Faktors als Basis einer dissozialen Persönlichkeitsstörung gibt es eine überwältigende Evidenz (Übersicht [3]) mit dem Nachweis eines erhöhten Risikos für die Entwicklung einer antisozialen Persönlichkeitsstörung, wenn bei einem biologischen Elternteil eine antisoziale Persönlichkeitsstörung vorhanden ist. Genetische Faktoren tragen zur Entwicklung von Kriminalität, aggressivem Verhalten, Impulsivität sowie einer dissozialen Persönlichkeitsstörung bei. In einer retrospektiven Untersuchung konnten Slutske und Mitarbeiter [23] an über 2600 Zwillingen einen deutlichen genetischen Effekt mit 71% erklärter Varianz in Bezug auf das Auftreten dissozialen Verhaltens nachweisen.

Gene beeinflussen nicht nur in direkter Weise antisoziales Verhalten, sondern auch indirekt über die Erhöhung der Vulnerabilität gegenüber negativen Umwelteinflüssen (Psychosoziale Risikofaktoren). In zwei Studien (Übersicht bei [5]) wurde eine Assoziation zwischen einem ► **MAO-A-Genpolymorphismus**, kindlicher Vernachlässigung und der Entwicklung antisozialen Verhaltens aufgezeigt. Kinder, die schwerer Vernachlässigung ausgesetzt waren, hatten ein sehr viel höheres Risiko, eine Störung des Sozialverhaltens und im Weiteren eine antisoziale Persönlichkeitsstörung zu entwickeln, wenn sie mit einer Genvariante lokalisiert auf dem x-Chromosom ausgestattet waren, die mit einer geringeren MAO-A-Aktivität assoziiert ist. Obwohl Probanden mit verminderter Enzymaktivität lediglich 12% der Gesamtstichprobe darstellten, waren sie im Vergleich zu allen Probanden ca. doppelt so häufig von einer Störung des Sozialverhaltens in der Adoleszenz betroffen – 44% aller Delikte im Alter von 26 Jahren waren von dieser Gruppe begangen worden.

Bezüglich offen-aggressiven und impulsiven Verhaltens kommt einer Minderfunktion des zentralen serotonergen Systems eine entscheidende Rolle zu. Während der Zusammenhang zwischen erniedrigtem Serotoninspiegel und Aggressivität gesichert ist, sind diesbezügliche Zusammenhänge bei Dopamin und Noradrenalin noch weitgehend unklar. Zudem spielen Testosteron und Vasopressin eine fördernde Rolle für aggressives Verhalten, Kortisol und Oxytocin eine hemmende.

### Befunde aus struktureller und funktioneller Bildgebung

Bei Erwachsenen mit antisozialer Persönlichkeitsstörung sind mehrere morphologische Studien zu Veränderungen im Bereich des Frontalhirns, temporaler limbischer bzw. subkortikaler Areale durchgeführt worden, wobei die Ergebnisse aufgrund inhomogener Gruppen nicht einheitlich sind (zur Übersicht: [15]). Frontoorbitalen Abschnitten kommt eine wichtige Bedeutung in der Inhibition von Gedanken und Verhaltensimpulsen sowie im Erkennen des emotionalen Bedeutungsgehaltes von Situationen in Bezug auf Belohnung und Bestrafung zu. Daher wundert es nicht, dass Individuen mit Läsionen in diesem Hirnabschnitt psychopathologische Überlappungen mit der antisozialen Persönlichkeitsstörung zeigen und umgekehrt Menschen mit antisozialem Verhalten vermehrt Auffälligkeiten in diesen Regionen aufweisen. Neuere Befunde aus der funktionellen Bildgebung zeigen für eine Kerngruppe schwerst antisozialer, psychopathischer Persönlichkeiten, die sich in der Verarbeitung von affektiven Informationen von anderen Menschen unterscheiden (Übersicht [26]), Hinweise auf verminderte neuronale Aktivität in orbitofrontalen Regionen sowie in rostralen Abschnitten des anterioren Cingulums. Die Erwartung einer amygdalaren Hypoaktivität bei Exposition gegenüber emotionalen Stimuli konnte nicht durchweg bestätigt werden.

Genetische Faktoren tragen zur Entwicklung von Kriminalität, aggressivem Verhalten, Impulsivität sowie einer dissozialen Persönlichkeitsstörung bei

#### ► MAO-A-Genpolymorphismus

Testosteron und Vasopressin spielen eine fördernde Rolle für aggressives Verhalten, Kortisol und Oxytocin eine hemmende

Personen mit Läsionen in frontoorbitalen Hirnabschnitten zeigen psychopathologische Überlappungen mit der antisozialen Persönlichkeitsstörung

Störungen des Sozialverhaltens sind mit einem verminderten autonomen Arousal assoziiert

► **Autonome Hyporeagibilität**

- **Alkoholmissbrauch**
- **Mütterliches Rauchen**

Eine zentrale Bedeutung kommt dem elterlichen Erziehungsverhalten zu

Eine gute Beziehung zu mindestens einem Elternteil/Erwachsenen wirkt auch in einem psychosozial hoch belasteten Umfeld protektiv

Eine erhöhte autonome Reagibilität schützt vor der Ausbildung antisozialen Verhaltens

## Psychophysiologie

Psychophysiologische Auffälligkeiten finden sich bei antisozialen Störungen jeder Altersgruppe. Sie scheinen wichtige Prädiktoren für den frühen Beginn eines stabilen und ausgeprägten Delinquenzverhaltens darzustellen (Übersicht: [22]). So konnte gezeigt werden, dass Störungen des Sozialverhaltens mit einem verminderten autonomen Arousal sowie verminderter autonomer Reagibilität in Form von reduzierten Hautleitwertreaktionen und schnellerer Habituation assoziiert waren [11], ein Befund, der sich auch bei den biologischen Vätern bestätigte. Man geht davon aus, dass die Betroffenen eine verminderte konditionierte Angstreaktion durch die Hyporeagibilität des autonomen Nervensystems erleben und dadurch nur erschwert aus Strafe lernen. Darüber hinaus gibt es die verbreitete Annahme, dass ► **autonome Hyporeagibilität** als aversiv erlebt wird und eine vermehrte Reizsuche („sensation seeking“) initiiert.

## Pränatale Faktoren

Im Hinblick auf pränatale Faktoren kommt neben ► **Alkoholmissbrauch** dem ► **mütterlichen Rauchen** in der Schwangerschaft eine besondere Bedeutung zu. Dieses ist mit einem 2- bis 4fach erhöhtem Risiko für die Entwicklung einer Störung des Sozialverhaltens verbunden. Mehrfach konnte nachgewiesen werden, dass eine Assoziation zwischen mütterlichem Nikotinkonsum in der Schwangerschaft und dem vermehrten Auftreten von stabilem dissozialem Verhalten bei den betroffenen Kindern besteht (Übersicht [25]). Prä- und perinatale Komplikationen stehen nicht nur in Zusammenhang mit aggressivem und impulsivem Verhalten an sich, sondern auch mit gewalttätiger Kriminalität bei jenen Männern, die ihre Delinquenzkarriere früh beginnen [12].

## Psychosoziale Risikofaktoren

Neben den biologischen sind vielfältige psychosoziale Risikofaktoren identifiziert worden. Dazu zählen u. a. niedriger sozioökonomischer Status, geringe elterliche Aufsicht und Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit. Eine zentrale Bedeutung kommt dem elterlichen Erziehungsverhalten mit Zurückweisung, Mangel an Aufsicht und geringer Involvierung zu [24]. Oft werden adäquate Interaktionen und Anpassung des Kindes von den Eltern nicht wahrgenommen, kleinere Vergehen aber hart bestraft. Damit ist die Reaktion der Eltern auf das dissoziale Verhalten ihres Kindes letztendlich mit einer Art von „Zuwendung“ verbunden, die das Auftreten erwünschten Verhaltens negativ verstärkt und dissoziales Verhalten im Gegenzug wahrscheinlicher macht. Diese Form von Erziehungsverhalten ist mit weiteren psychosozialen Risikofaktoren wie Delinquenz und psychiatrischen Störungen der Eltern (v. a. Persönlichkeitsstörungen und Suchtverhalten), wiederholtem Wechsel der Bezugspersonen oder allein erziehendem Elternteil, Misshandlung und sozialer Isolierung der Familie assoziiert.

## Protektive Faktoren

Inzwischen wird vermehrt Augenmerk auf protektive Faktoren gegenüber einer antisozialen Entwicklung gelegt. Es konnte gezeigt werden, dass auch in einem psychosozial hoch belasteten Umfeld eine gute Beziehung zu mindestens einem Elternteil oder wichtigen Erwachsenen protektiv ist. Weitere protektive Faktoren stellen ein hoher IQ, weibliches Geschlecht, gute Beziehungsfähigkeit, gutes Arbeitsverhalten in der Schule und eine hohe Kompetenz in nichtschulischen Bereichen dar. Hinsichtlich biologischer Merkmale scheint eine erhöhte autonome Reagibilität vor der Ausbildung antisozialen Verhaltens zu schützen. So konnten kriminelle Jugendliche, die als Erwachsene kein kriminelles Verhalten mehr zeigten, von Jugendlichen mit persistierendem dissozialem Verhalten u. a. anhand vermehrter Spontanfluktuationen des Hautleitwertes und einer höheren Herzfrequenz in Ruhe unterschieden werden.



## Therapie

### Psychotherapie

Entgegen pessimistischer Einschätzungen gibt es empirisch fundierte Hinweise auf die Wirksamkeit psychotherapeutischer Behandlungsverfahren [1]. Behandlungen sollten hochstrukturiert, behavioral oder kognitiv-behavioral sein (Übersicht [16]). Die aus experimentellen Ansätzen resultierende Erkenntnis über eine mangelhafte emotionale Ansprechbarkeit im Allgemeinen und ein erschwertes Lernen aus Bestrafung im Besonderen hat direkte praktisch-therapeutische Konsequenzen, da konditionierende oder auf emotionale Faktoren wie Empathiefähigkeit abzielende Behandlungsstrategien für die Arbeit mit „Psychopaths“ ungeeignet scheinen. Die Behandlung sollte vielmehr auf eine Reduktion der Impulsivität und bessere Verhaltenskontrolle abzielen. Dies erfordert eine genaue Analyse des aggressiven Verhaltens, des zur Gewalttat führenden Vorlaufes und begleitender Gedanken (weniger der Emotionen) sowie der aus dem aggressiven Verhalten resultierenden Konsequenzen. Darüber hinaus kann mittels kognitiver verhaltenstherapeutischer Vorgehensweisen wie ► **Stimuluskontrolle** und ► **kognitiver Umstrukturierung** versucht werden, die fälschlichen Belohnungserwartungen und spezifischen kognitiven Annahmen zu korrigieren. Die vorgenannten Techniken können auch dazu genutzt werden, die bei dissozialen Persönlichkeiten häufig zu findenden erheblichen Verleugnungs- und Bagatellisierungsprozesse anzugehen.

Trainingsprogramme zur Verbesserung der sozialen Fertigkeiten sind ebenfalls sinnvoll, wobei erlebnis- und handlungsorientierte Techniken des Rollenspiels und der Videotechnik zu bevorzugen sind. Behandlungsmodule im Sinne der interpersonellen Problemlösung zielen auf die Fertigkeit ab, ein Problem als solches zu erkennen, alternative Lösungsmöglichkeiten zu entwickeln, zu bewerten und Schritte zu planen, die der Zielerreichung ohne Einsatz delinquenter Mittel dienen. Damit soll auf eine stärkere Zukunftsorientierung hingearbeitet werden. Schließlich sind strukturierte Methoden zur selbstkontrollierten Vermeidung von Rückfällen ► **(„relapse prevention“)** in Therapiepläne einzubauen. Hier wird die typische, zum Delikt führende Verhaltenskette im Detail erarbeitet und als Risikosituation beschrieben. Für jede Risikosituation werden Coping-Mechanismen entwickelt, die den Deliktzirkel unterbrechen sollen. Allgemein gilt, dass die Behandler eine kritisch-engagierte aber auch klar abgegrenzte Beziehung zum Klienten haben und stets die Autorität über die Behandlung behalten sollten.

Interessante Behandlungsansätze bzw. Präventionsmöglichkeiten liegen in der psychosozialen Förderung und Behandlung von gefährdeten Jugendlichen. Es gibt Berichte darüber, dass hochfrequente emotionale Lernprogramme, die bereits ab dem 3. Lebensjahr Anwendung finden sollten, biologische Risikofaktoren wie die autonome Hyporeagibilität günstig beeinflussen können und auf diese Weise möglicherweise das Risiko für eine dissoziale Entwicklung reduzieren helfen.

### Pharmakotherapie

Die pharmakologische Behandlung erfolgt weitgehend „off-label“. Es finden Substanzen Einsatz, die sich auf impulsives Verhalten dämpfend auswirken. Die meisten Studien wurden bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung durchgeführt, z. T. handelt es sich um heterogenere Studienpopulationen aus Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen oder impulsiven Persönlichkeiten. Dabei wurde beim Einsatz von ► **selektiven Serotoninwiederaufnahmehemmern** in zwei Studien nur eine Besserung der affektiven Symptomatik, in zwei anderen kontrollierten Studien aber auch ein Rückgang aggressiv-impulsiver Verhaltensweisen berichtet. Klinische Studien mit ► **atypischen Neuroleptika** schließen bisher vier doppelblinde, plazebokontrollierte Studien ein, die eine signifikante Reduktion von Angst, Wut und impulsiver Aggressivität nachweisen konnten. Schließlich gibt es deutliche Hinweise zur Besserung von impulsivem, autodestruktivem Verhalten bei geistig retardierten Menschen unter atypischen Neuroleptika, weshalb Risperidon für diesen Bereich kürzlich die Zulassung erhielt. Kontrollierte Studien mit ► **Lithium** in den 1970er

Behandlungen sollten hochstrukturiert, behavioral oder kognitiv-behavioral sein

Die Behandlung sollte auf eine Reduktion der Impulsivität und bessere Verhaltenskontrolle abzielen

- **Stimuluskontrolle**
- **Kognitive Umstrukturierung**

Trainingsprogramme zur Verbesserung der sozialen Fertigkeiten sind sinnvoll

- **„Relapse prevention“**

Der Behandler sollte eine kritisch-engagierte aber auch klar abgegrenzte Beziehung zum Klienten haben

- **Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer**

- **Atypische Neuroleptika**

- **Lithium**

## ► Psychostimulanzien

Die Schuld minderung erfordert die Feststellung einer „schweren anderen seelischen Abartigkeit“

Persönlichkeitsdefizite müssen gegenüber kriminellen Lebensentwürfen abgegrenzt werden

Antisoziale Denkstile können eine besondere Verführbarkeit durch günstige Situationen bedingen, sie sind für sich genommen jedoch nicht schuld mindernd

Entscheidend bleibt die Fähigkeit, eigene Handlungen mit normativen Vorgaben abzustimmen

Verhaltensweisen wie z. B. Tatvorbereitung, planmäßiges Vorgehen, komplexer Handlungsablauf sprechen gegen eine erhebliche Beeinträchtigung der Steuerungsfähigkeit

Jahren zeigten eine Wirksamkeit gegenüber impulsiver Aggressivität. Die Studienergebnisse zu Carbamazepin und Valproat sind nicht konsistent, auch wenn in einzelnen Studien eine Wirksamkeit gezeigt wurde. Kommt dissoziales Verhalten im Kindes- und Jugendalter gemeinsam mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung vor, kann sich die Gabe von ► **Psychostimulanzien** auch auf das impulsiv-aggressive Verhalten positiv auswirken.

## Forensische Bedeutung

### Die sog. „schwere andere seelische Abartigkeit“

Die diagnostischen Kriterien der antisozialen Persönlichkeitsstörung des DSM-IV und der Dissozialität im Sinne der ICD-10-Klassifikation ermöglichen für sich genommen keine Aussagen zur Schuldfähigkeit. Die Schuld minderung erfordert die Feststellung einer „schweren anderen seelischen Abartigkeit“ (hierzu [7]). Diese ist durch eine „die Verhaltenssteuerung generell beeinträchtigende und in die wichtigsten Lebensbezüge ausstrahlende strukturelle Deformierung“ der Persönlichkeit gekennzeichnet [13]. Solche Defizite müssen gegenüber kriminellen Lebensentwürfen und der Sozialisation in ein dissoziales Umfeld, in dem Normen außer Kraft gesetzt bzw. uminterpretiert werden [14], abgegrenzt werden.

Gemäß einer interdisziplinären Arbeitsgruppe am BGH, die Mindeststandards der forensisch-psychiatrischen Begutachtung von Persönlichkeitsstörungen vorgelegt hat, können für die Einstufung einer Persönlichkeitsstörung als „schwere andere seelische Abartigkeit“ folgende Punkte sprechen [2]:

- erhebliche Auffälligkeiten der affektiven Ansprechbarkeit bzw. der Affektregulation,
- Einengung der Lebensführung bzw. Stereotypisierung des Verhaltens,
- durchgängige oder wiederholte Beeinträchtigung der Beziehungsgestaltung und psychosozialen Leistungsfähigkeit durch affektive Auffälligkeiten, Verhaltensprobleme sowie unflexible, unangepasste Denkstile,
- durchgehende Störung der Selbstwertregulation,
- deutliche Schwäche von Abwehr- und Realitätsprüfungsmechanismen.

### Steuerungsfähigkeit

Im zweiten Schritt der Begutachtung muss auf der psychopathologisch-normativen Ebene geprüft werden, ob auffällige Persönlichkeitsmerkmale des Probanden überhaupt in Verbindung zur begangenen Straftat standen und in der Tatsituation zu einer „Desintegration psychischer Funktionen“ [19] mit erheblichen Einbußen der Steuerungsfähigkeit geführt haben. Antisoziale Denkstile können eine besondere Verführbarkeit durch günstige Situationen bedingen. Sie sind für sich genommen jedoch nicht schuld mindernd. Eine Schuld minderung kommt erst in Frage, wenn sich problematische Denkstile in ein Gesamtbild mit schwerwiegenden affektiven, die zwischenmenschlichen Beziehungen und die Impulskontrolle betreffenden Kernsymptomen einer Persönlichkeitsstörung einfügen. Fehlen die letztgenannten Faktoren und bestimmen antisoziale Denkstile oder eine unstete Lebensführung das Bild, ist Delinquenz kein psychiatrisches Problem. Letztendlich entscheidend bleibt die Fähigkeit, eigene Handlungen mit normativen Vorgaben abzustimmen. Für forensisch relevante Beeinträchtigungen der Steuerungsfähigkeit sprechen demnach [2]:

- konflikthafte Zuspitzung und emotionale Labilisierung in der Zeit vor dem Delikt,
- abrupter impulshafter Tatablauf,
- relevante konstellative Faktoren (z. B. Alkoholintoxikation),
- enger Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsproblemen und Tat.

Gegen eine erhebliche Beeinträchtigung der Steuerungsfähigkeit sprechen Verhaltensweisen, die Rückschlüsse auf intakte psychische Funktionen bei Begehung der Tat zulassen:

- Tatvorbereitung,
- Hervorgehen des Deliktes aus dissozialen Verhaltensbereitschaften,
- planmäßiges Vorgehen bei der Tat,
- Fähigkeit zu warten, lang hingezogenes Tatgeschehen,
- komplexer Handlungsablauf in Etappen,
- Vorsorge gegen Entdeckung,
- Möglichkeit anderen Verhaltens unter vergleichbaren Umständen

Insgesamt besteht eine große Zurückhaltung, antisoziale bzw. dissoziale Persönlichkeitsstörungen als alleinige Grundlage einer Schuldminde rung anzusehen. Die unter Ätiologie und Pathogenese dargelegten Befunde haben jedoch neue Bewegung in die Diskussion um die so genannte Charakterschuld gebracht. Die biologische Perspektive war in nachvollziehbarer Reaktion auf die zu Anfang der Übersicht erwähnten pejorativen Tendenzen und Festlegungen über den „geborenen Verbrecher“ über lange Zeit ver stellt. Der große Erkenntnisgewinn in jüngster Zeit sollte aber das Wissen über die dargestellten komplexen biopsychosozialen Zusammenhänge nicht vergessen lassen. Es besteht die Notwendigkeit, auf eine sachgerechte Diskussion hinzuwirken und eine Renaissance einseitiger Sichtweisen zu verhindern.

### Korrespondierender Autor

**Dr. E. Habermeyer**

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Zentrum für Nervenheilkunde der Universität Rostock, Gehlsheimer Straße 20, 18147 Rostock, Deutschland  
E-Mail: elmar.habermeyer@med.uni-rostock.de

**Interessenkonflikt:** Es besteht kein Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor versichert, dass keine Verbindungen mit einer Firma, deren Produkt in dem Artikel genannt ist, oder einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt, bestehen. Die Präsentation des Themas ist unabhängig und die Darstellung der Inhalte produktneutral.

### Literatur

1. Andrews D, Zinger I, Hoge RD et al. (1990) Does correctional treatment work? A clinically relevant and psychologically informed meta-analysis. *Criminology* 28: 369–404
2. Boetticher A, Nedopil N, Bosinski H et al. (2005) Mindestanforderungen für Schuldfähigkeitsgutachten. *Neue Zeitschr Strafrecht* 25: 57–62
3. Carey G, Goldman D (1997) The genetics of antisocial behavior. In: Stoff DM, Breiling J, Maser JD (eds) *Handbook of antisocial behavior*. Wiley, Chichester, pp 243–250
4. Cooke DJ, Michie C (2001) Refining the construct of psychopathy. *Psychol Assess* 13: 171–188
5. Goodman M, New A, Siever L (2004) Trauma, genes, and the neurobiology of personality disorders. *Ann NY Acad Sci* 1032: 104–116
6. Gray JA (1975) *Elements of a two-process theory of learning*. Academic Press, New York
7. Habermeyer E (2004) Typische Fallstricke bei der Begutachtung von Persönlichkeitsstörungen. *Persönlichkeitsstörungen Theorie Therapie* 8: 85–92
8. Hare RD (2003) *The Hare psychopathy checklist*. Revised, 2nd edn. Multi-Health Systems, Toronto
9. Hare RD, Clark D, Grann M et al. (2000) Psychopathy and the predictive validity of the PCL-R: an international perspective. *Behav Sci Law* 18: 623–645
10. Herpertz SC, Saß H (1999) Personality disorders and the law, with a German perspective. *Curr Opin Psychiatry* 12: 689–693
11. Herpertz SC, Mueller B, Qunaibi M et al. (2005) Emotional responses in boys with conduct disorder. *Am J Psychiatry* 162: 1100–1107
12. Hodgins S, Kratzer L, McNeil TF (2001) Obstetrical complications, parenting, and risk of criminal behavior. *Arch Gen Psychiatry* 58: 746–752
13. Janzarik W (1993) Seelische Struktur als Ordnungsprinzip in der forensischen Anwendung. *Nervenarzt* 64: 427–433
14. Kröber HL (1995) Konzepte zur Beurteilung der „schweren anderen seelischen Abartigkeit“. *Nervenarzt* 66: 532–541
15. McCloskey MS, Phan KL, Corrado EF (2005) Neuroimaging and personality disorders. *Curr Psychiatry Rep* 7: 65–72
16. Müller-Isberner R, Eucker S (2003) Dissoziale Persönlichkeitsstörung. In: Herpertz SC, Saß H (Hrsg) *Persönlichkeitsstörungen*. Thieme, Stuttgart, S 71–84
17. Nedopil N (2000) *Forensische Psychiatrie*, 2. Aufl. Thieme, Stuttgart
18. Raine A, Venables P, Williams M (1990) Autonomie orienting responses in 15-year-old male subjects and criminal behavior at age 24. *Am J Psychiatry* 147: 933–937
19. Saß H (1985) Ein psychopathologisches Referenzsystem zur Beurteilung der Schuldfähigkeit. *Forensia* 6: 33–43
20. Saß H (1987) *Psychopathie – Soziopathie – Dissozialität*. Springer, Berlin Heidelberg New York
21. Saß H (2003) *Persönlichkeit, Persönlichkeitsstörung und Verantwortung: forensisch-psychiatrische und anthropologische Aspekte*. In: Herpertz S, Saß H (Hrsg) *Persönlichkeitsstörungen*. Thieme, Stuttgart, S 177–182
22. Scarpa A, Raine A (2004) The psychophysiology of child misconduct. *Pediatr Ann* 33: 297–304
23. Slutske WS, Heath AC, Dinwiddie SH et al. (1997) Modeling genetic and environmental influences in the etiology of conduct disorder. A study of 2682 adult twin pairs. *J Abnorm Psychol* 106: 266–279
24. Stouthamer-Loeber M, Loeber R, Wei E et al. (2002) Risk and promotive effects in the explanation of persistent serious delinquency in boys. *J Consult Clin Psychol* 70: 111–123
25. Vloet T, Herpertz-Dahlmann B, Herpertz S (2006) *Prädiktoren dissozialen Verhaltens – periphere psychophysiologische Befunde bei Kindern und Erwachsenen mit Störungen des Sozialverhaltens*. Nervenarzt (im Druck)
26. Walter H (2005) Emotionale Dysfunktion, Psychopathie und kognitive Neurowissenschaft. Was gibt es Neues und was folgt daraus. *Nervenarzt* 76: 557–568

Bitte beachten Sie:

Antwortmöglichkeit nur online unter: **CME.springer.de**

Die Frage-Antwort-Kombinationen werden online individuell zusammengestellt.

Es ist immer nur eine Antwort möglich.

# Fragen zur Zertifizierung

## Ein Nachteil der DSM-IV-Klassifikation der antisozialen Persönlichkeitsstörung ist die:

- ☐ Unterschätzung der Prävalenz.
- ☐ Einseitige Betonung männlicher antisozialer Verhaltensstile.
- ☐ Mangelnde Reliabilität.
- ☐ Erwähnung der Impulsivität.
- ☐ Vernachlässigung der Vorgeschichte.

## Welches Kriterium ist der DSM-IV- und ICD-10-Klassifikation antisozialer bzw. dissozialer Persönlichkeitsstörungen gemeinsam?

- ☐ Versagen, sich an Normen anzupassen.
- ☐ Störung des Sozialverhaltens in Kindheit/Jugend.
- ☐ Ausschluss einer schizophrenen Erkrankung.
- ☐ Starke Selbstbezogenheit.
- ☐ Gefühlsarmut.

## Kein Risikofaktor einer antisozialen Entwicklung ist:

- ☐ Unterdurchschnittliche verbale Intelligenz.
- ☐ „Early-starter“-Typus der Störung des Sozialverhaltens.
- ☐ Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens.
- ☐ Vernachlässigung in der Familie.
- ☐ Weibliches Geschlecht.

## „Psychopaths“ nach Hare sind:

- ☐ In Gefängnispopulationen häufiger als antisoziale Persönlichkeitsstörungen.
- ☐ Durch eine hohe Gewaltbereitschaft gekennzeichnet.
- ☐ Durch die PCL-R kategorial diagnostizierbar.
- ☐ Allein durch sozial deviante Verhaltensstile gekennzeichnet.
- ☐ In der Regel schuldunfähig.

## Welche Aussage zu dissozialen bzw. antisozialen Persönlichkeitsstörungen bzw. Verhaltensweisen ist falsch?

- ☐ Das Verhältnis weiblicher zu männlichen Betroffenen liegt bei 1:10.
- ☐ Die Störungen sind oft mit Substanzmissbrauch kombiniert.
- ☐ In Zwillingsstudien erklären genetische Effekte 71% der Varianz in Bezug auf das Auftreten dissozialen Verhaltens.
- ☐ Sie tragen ein erhöhtes Suizidrisiko.
- ☐ Sie schwächen sich parallel zur Kriminalitätsentwicklung mit zunehmendem Alter ab.

## Welche Aussage zu Risikofaktoren für das Entstehen einer dissozialen bzw. antisozialen Persönlichkeitsstörungen ist richtig?

- ☐ Es gibt konsistente Befunde für eine amygdaläre Hyperaktivität.
- ☐ Orbitofrontale Auffälligkeiten müssen morphologisch sichtbar sein, um als Risikofaktor zu gelten.
- ☐ Das Rauchen der Mutter während der Schwangerschaft ist mit einem 2 bis 4fach erhöhten Erkrankungsrisiko verbunden.
- ☐ Betroffene zeigen eine erhöhte vegetative Erregbarkeit, die Impulsivität begünstigt.
- ☐ Eine Genvariante, die mit einer geringen MAO-A-Aktivität verbunden ist, erhöht das Risiko einer Störung des Sozialverhaltens als auch einer antisozialen Persönlichkeitsstörung beträchtlich.

## Welche Aussage über Einflüsse von Neurotransmittern auf Gewalttätigkeit ist falsch?

- ☐ Kortisol hemmt aggressives Verhalten.
- ☐ Testosteron fördert aggressives Verhalten.
- ☐ Serotonin fördert impulsiv-aggressives Verhalten.

- ☐ Die Rolle des Dopamins ist noch unklar.
- ☐ Vasopression fördert aggressives Verhalten.

## Welche Aussage zum juristischen Begriff der „schweren anderen seelischen Abartigkeit“ trifft zu?

- ☐ Er ist das juristische Pendant der Diagnose einer antisozialen Persönlichkeitsstörung.
- ☐ Liegen seine Voraussetzungen vor, besteht Schuldunfähigkeit.
- ☐ Er kennzeichnet schwere Verlaufsformen einer Persönlichkeitsstörung.
- ☐ Er bezieht sich lediglich auf Delinquenz und berücksichtigt andere Lebensbezüge nicht.
- ☐ Er kennzeichnet eine erhebliche Verminderung der Steuerungsfähigkeit.

## Welches ist kein typischer psychosozialer Risikofaktor für eine antisoziale Persönlichkeitsentwicklung?

- ☐ Überprotektiver Erziehungsstil.
- ☐ Vernachlässigung.
- ☐ Wechselnde Bezugspersonen.
- ☐ Misshandlungen.
- ☐ Delinquenz der Eltern.

## Folgende psychopharmakologische Substanzklasse bzw. Substanz ist bei impulsiver Aggressivität am wenigsten geeignet:

- ☐ Atypische Neuroleptika.
- ☐ Benzodiazepine.
- ☐ Lithium.
- ☐ Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer.
- ☐ Methylphenidat.

Diese Fortbildungseinheit ist 12 Monate auf **CME.springer.de** verfügbar. Den genauen Einsendeschluss erfahren Sie unter **CME.springer.de**.



Mitmachen, weiterbilden und CME-Punkte sichern durch die Beantwortung der Fragen im Internet unter **CME.springer.de**