

POLYLOGE

Materialien aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“ (peer reviewed)

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen,
Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Hückeswagen

Univ.-Prof. Dr. phil. (emer.) **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

Univ.-Prof. Dr. phil. (emer.) **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Prof. Dr. med. (emer.) **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Uni. Krems

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale
Gesundheit, Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

PD Dr. **Sylvie Petitjean**, Universität Basel

Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper**, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Hückeswagen

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Polyloge ISSN 2511-2732

Ausgabe 20/2017

Das Zürcher «Ambulante Intensiv-Programm» (AIP) zur Behandlung von Sexual- und Gewaltstraftätern -Teil 1: Entstehungsgeschichte und methodische Grundlagen -Teil 2: Spezifisch deliktpräventive und therapeutische Konzeptionen

*Frank Urbaniok und Matthias Stürm **

* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung, Hückeswagen (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper. Mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de, oder: info@eag-fpi.de, Information: <http://www.eag-fpi.com>).

Das Zürcher «Ambulante Intensiv-Programm» (AIP) zur Behandlung von Sexual- und Gewaltstraftätern.

Teil 1

Zusammenfassung: Entstehungsgeschichte und methodische Grundlagen

Im Zürcher PPD-Modell ist durch die Eingliederung eines forensischen psychiatrisch-psychologischen Kompetenzzentrums in die organisatorischen Strukturen des Amtes für Justizvollzug ein breites Spektrum an rückfallpräventiven deliktorientierten Therapien in den Justizvollzug integriert. In diesem Zusammenhang wird seit dem Jahre 2000 in der grössten Justizvollzugsanstalt der Schweiz das Zürcher "Ambulante Intensiv-Programm" durchgeführt, ein Therapieprogramm zur Deliktprävention bei Gewalt- und Sexualstraftätern, die eine hohe, in der Persönlichkeit verankerte Risikodisposition aufweisen. Das Programm ist Teil der allgemeinen Strategie des Justizvollzugs im Zürcher PPD-Modell und ausgerichtet auf eine höchstmögliche Deliktprävention. Das Programm ist in dieser Form einzigartig in der Schweiz. Bis jetzt wurden vornehmlich Wiederholungstäter in Haft behandelt. Mit Bezugnahme auf die Befunde forensischer Psychotherapie-Evaluationsstudien steht das Zürcher "Ambulante Intensiv-Programm" für einen integrativen, spezifisch rückfallpräventiven, deliktorientierten und gruppentherapeutischen Behandlungsansatz. Die zugrundeliegenden Konzepte wurden aus einer kontinuierlichen, systematischen Integration von Methoden entwickelt. Die Basis dafür bilden die erkenntnistheoretische Position des Pragmatismus und anthropologische Konzepte, welche die Diversität der Personen in Bezug auf ihre Lebensstile, Eigenverantwortung und lebenslanger Entwicklungen beachten. Das Behandlungskonzept orientiert sich strikt an den Ergebnissen therapeutischer Wirksamkeitsstudien.

Folgende Aspekte sind entscheidende konzeptionelle Elemente des Zürcher "Ambulanten Intensiv-Programms": die interdisziplinäre Zusammenarbeit im transprofessionellen Bereich des Justizvollzugs, individuelle spezifische Anpassung im Behandlungssetting im gesamten therapeutischen Prozessverlauf, die Behandlungsgruppe als das zentrale therapeutische Arbeitsfeld, eine rückfallpräventive deliktorientierte Arbeitsweise und den Einbezug ressourcenaktivierender Interventionsstrategien. Zentral ist die Orientierung und Ausrichtung der Behandlung auf höchstmögliche deliktpräventive Wirkung auf Basis einer multidimensionalen Zielmatrix, welche Grob- und Feinziele sowie kurz-, mittel- und langfristige zu erreichenden Ziele integriert.

Das in die Strukturen einer Justizvollzugsanstalt eingebettete Behandlungsprogramm kann auf Grundlage bisheriger Erfahrungen als ein zukunftsorientiertes Modell für einen rückfallpräventiv ausgerichteten, differenzierten Straf- und Massnahmenvollzug betrachtet werden.

Die metatheoretischen Aspekte des Zürcher "Ambulanten Intensiv-Programms" werden in diesem Artikel dargestellt. Grundlegend sind unterschiedliche Risikobeurteilungen der behandelten Klienten, eine hohe und konstante Behandlungsintensität und Anforderungen an ein interdisziplinäres Behandlungsumfeld, welche sich aus der Integration eines solchen Behandlungsansatzes in die Strukturen einer geschlossenen Justizvollzugsanstalt ergeben.

Durch die gezielte Verwendung therapeutischer Ressourcen und die beständige Nutzung synergetischer Potentiale ist es auf Basis dieses Entwurfs möglich, ein qualitativ hochwertiges deliktpräventives Angebot in die Struktur des Justizvollzugs zu implementieren, das zugleich im Vergleich zu anderen stationären Behandlungsprogrammen mit ähnlicher Intensität kostengünstig ist.

In diesem Artikel werden die grundlegenden konzeptionellen Aspekte des Zürcher "Ambulanten Intensiv-Programms" dargestellt. Das spezifische rückfallpräventive deliktorientierte therapeutische Konzept wird in einem folgenden Artikel anhand von Beispielen aufgezeigt und erläutert.

Schlüsselwörter: "Zürcher Intensiv-Programm", Zürcher PPD-Modell, Sexualstraftäter, Gewaltstraftäter, Straftätertherapie

The Zurich "Outpatient Intensive Program" (AIP) for the treatment of sexual and violent offenders.

Part 1

Summary: Development history and methodological foundations
In the Zurich PPD model, a broad spectrum of therapy for the prevention of offences is integrated into Law Enforcement by the incorporation of a forensic psychiatric-psychological centre of competence into the organisational structures of the legal authorities. In this context, the 'Zurich Intensive Programme', a therapy programme for the prevention of offences by sexual and violent offenders with a high habitual risk disposition deep-seated in the personality, has been running in the largest of the Swiss penal institutions since 2000. The programme is part of the overall strategy of Law Enforcement in the Zurich PPD model, oriented towards a maximum prevention of offences. The programme in this form is unique in Switzerland. Up to now, predominantly repeat offenders in detention have been treated.

With reference to the findings of forensic therapy evaluation studies the 'Zurich Intensive Programme' advocates an integrative, specifically offence-oriented and group-therapeutic treatment approach. The underlying concepts are built on a continuous systematic integration of methods based on the epistemological position of pragmatism and anthropological concepts, which take account of the variety of people's life patterns, selfresponsibility and life-long development. The treatment concept is also strictly oriented towards the results of therapeutic efficacy research (common-factor approach).

The following aspects are essential conceptual elements of the 'Zurich Intensive Programme': interdisciplinary co-operation in the transprofessional sphere of the penal system, the specific variation of the treatment setting in the therapeutic course of the process, the treatment group as the central therapeutic work field, an offence-oriented mode of operation and the inclusion of resourcepromoting intervention strategies. Central to this is the orientation of treatment work directed at the maximum prevention of offences based on a multidimensional target matrix, which integrates approximate and precise objectives, and short-, mid- and long-term changes.

The treatment programme integrated into the structures of the penal institution can be regarded, based on experience to date, as a forward-looking model for a differentiation process oriented towards the consistent prevention of offences in a modern penal system. The comprehensive concept of the 'Zurich Intensive Programme' must take into account both the distinct structural danger of relapse of the treated detainees, the high treatment intensity to be presented in a sustained way and the interdisciplinary requirements, which result from the integration of such a treatment approach into the structures of a penal institution. By specifically employing therapeutic resources and consistently using synergetic potentials, it is possible based on this plan to implement a high-quality range of treatments, which are favourable in price in comparison with other in-patient programmes of similar intensity.

The fundamental conceptual aspects of the 'Zurich Intensive Programme' are presented in this article. The specific therapeutic concept for the prevention of offences, such as the interplay and importance of obligatory offence-oriented and complementary personality-focussing treatment elements, diagnostic focus, group cohesion/ relationship patterns, offence orientation, controlled testing and aftercare will be shown and explained with examples in a later study.

Keywords: 'Zürich Intensive Programme'; Zürich PPD model; sexual offender; violent offender; offender therapy

Das Zürcher «Ambulante Intensiv-Programm» (AIP) zur Behandlung von Sexual- und Gewaltstraftätern.

Teil 2

Zusammenfassung: Spezifisch deliktpräventive und therapeutische Konzeptionen

Das Zürcher "Ambulante Intensiv-Programm" ist ein gruppentherapeutisch ausgerichtetes Behandlungsprogramm für Sexual- und Gewaltstraftäter, welche eine hohe, in der Persönlichkeit verankerte Risikodisposition aufweisen. Es wird in der grössten Schweizer Justizvollzugsanstalt durchgeführt und ist in dieser Form schweizweit einmalig. Das Zürcher "Ambulante Intensiv-Programm" ist Teil einer interdisziplinären Gesamtstrategie des Justizvollzugs im Zürcher PPD-Modell, welches forensische Psychiatrie und Psychotherapie strukturell integriert und den Fokus vornehmlich auf Deliktprävention richtet. Die grundlegenden methodischen und konzeptionellen Aspekte des integrativen, spezifisch rückfallpräventiven, deliktorientierten und gruppentherapeutischen Behandlungsprogramms wurden bereits in einem früheren Artikel dargestellt. Die systematische Integration von Methoden als Basis der Konzeption und Aspekte wie Interdisziplinarität, gezielte Settingvariation, Delikt- und Ressourcenorientierung sowie die Ausrichtung der Behandlung auf eine differenzierte Zielematrix wurden darin erläutert.

In diesem Artikel wird das spezifische therapeutische Konzept des Zürcher "Ambulanten Intensiv-Programm" dargestellt und anhand von Beispielen erläutert. Für den gesamten Behandlungsverlauf wurde auf ein rigides Phasenmodell des therapeutischen Prozesses zugunsten einer multidimensionalen Sichtweise verzichtet. Es wird die Notwendigkeit des Zusammenspiels deliktorientierter und persönlichkeitsfokussierter Behandlungselemente für Klienten, die eine hohe bis sehr hohe strukturelle Risikodisposition aufweisen, begründet und dargelegt.

Das therapeutische Curriculum ist hinsichtlich zeitlicher Abläufe und Art der Präsentation therapeutischer Inhalte flexibel, ohne auf klare therapeutische Rahmenbedingungen zu verzichten. Die kontinuierliche Koordination von Interventionen und kurzfristigen therapeutischen Zielen findet auf der Grundlage von transparenter und professioneller Teamarbeit statt.

Das Behandlungskonzept des Zürcher "Ambulanten Intensiv-Programm" integriert fünf therapeutische Foki, an welchen während des gesamten Behandlungsprozesses kontinuierlich gearbeitet wird:

- 1) Abklärung / Diagnostik: Beginnend mit einer strukturierten, initialen Risikobeurteilung und Diagnostik werden während der gesamten Behandlung terminierte Evaluationen mit standardisierten Instrumenten zur Risikobeurteilung vorgenommen.
- 2) Gruppenkohäsion / Beziehungsmuster: Die Beziehungsstruktur zwischen den einzelnen Gruppenmitgliedern, den Mitgliedern des Behandlungsteams und die Beziehungsmuster zwischen der Klientel und den Therapierenden werden fortwährend evaluiert.
- 3) Deliktorientierung: Die systematische deliktorientierte therapeutische Arbeit verfolgt das Ziel der Deliktrekonstruktion, den Umgang mit kognitiven Verzerrungen und Fantasiekontrolle, Förderung von Empathie und Umgang mit deliktrelevanten personalen Bedingungen und Situation mit der Absicht, einen individuellen Plan für die Rückfallprophylaxe zu entwickeln.

- 4) Kontrollierte Erprobung: Entwicklung rückfallpräventiver Verhaltensstrategien und deren Einübung unter verschiedenen intra- und extramuralen Umgebungsbedingungen.
- 5) Nachbetreuung / Risikoeinschätzung: Strukturierte und aktiv einmischende Nachbetreuung wird bereits zu einem frühen Zeitpunkt der Behandlung geplant und beinhaltet regelmässige standardisierte Risikobeurteilungen.

Auch wenn das Konzept des Zürcher "Ambulanten Intensiv-Programm" stringent auf Deliktprävention ausgerichtet ist und den Boden für langfristige Risikomanagement-Prozesse bereitet, können Rückfälle von Klienten, welche das Behandlungsprogramm durchlaufen haben, nicht vollständig ausgeschlossen werden. Es gibt weder einen politischen Konsens noch ist es rechtlich zulässig, alle Klienten mit einem hohen Rückfallrisiko präventiv mit lebenslangen Haftstrafen zu belegen, besonders nicht, wenn sie prinzipiell therapierbar sind. Aus diesem Grund gibt es bis heute keine Alternative zu professionell entwickelten, intensiven gestalteten deliktpräventiven Behandlungen für Straftäter, welche eine relevante Rückfallgefahr und Behandlungsbedürftigkeit aufweisen.

Nichtsdestotrotz muss befürchtet werden, dass im Falle von Rückfällen, die auf lange Sicht nicht vollständig vermieden werden können, differenzierende Überlegungen auf der politischen, sozialen und medialen Ebene nur schwer bis gar nicht vermittelt werden können. Die sachliche Mitte sollte daher in besonderem Masse mit dem professionellen Diskurs verbunden sein, aber auch mit einer transparenten öffentlichkeitsbezogenen Informationspolitik.

Schlüsselwörter: "Zürcher Intensiv-Programm", Zürcher PPD-Modell, Sexualstraftäter, Gewaltstraftäter, Straftätertherapie

The Zurich "Outpatient Intensive Program" (AIP) for the treatment of sexual and violent offenders.

Part 2

Summary: Specific delict preventive and therapeutic concepts
The 'Zurich Intensive Programme' is a group therapeutic treatment option for sexual and violent offenders with a high habitual risk disposition deep-seated in the personality. It is conducted in the largest of the Swiss penal institutions and is in this form a unique option in Switzerland for preventing recidivism. The 'Zurich Intensive Programme' is part of the interdisciplinary overall strategy, with maximum focus on the prevention of offences, of Law Enforcement in the Zurich PPD model, which structurally integrates forensic psychiatry and psychotherapy.

The fundamental methodical and conceptional aspects of integrative, specifically offence-orientated and group therapeutic treatment approaches of the 'Zurich Intensive Programme' were described in an earlier article. Systematic integration of methods as the basis of the concept and conceptional aspects such as, for example, interdisciplinarity, selective setting variation, offence and resource orientation as well as the orientation of the treatment to a differentiated goal matrix were explained.

In this study, the 'Zurich Intensive Programme' specific therapeutic concept for the prevention of offences will be presented and explained with examples. Throughout the course of treatment, a rigid phase model of the therapeutic process has been rejected in favour of a multi-dimensional viewpoint. The necessity for the interaction of obligatory offence-oriented and complementary personality-focussing treatment elements for the treatment of clients described as having a high to very high structural risk disposition is substantiated and presented. The therapeutic curriculum is flexible with regard to the timing and the type of presentation of the topic contents, without

relinquishing clear therapeutic basic conditions. The continuous flexible co-ordination of interventions and short-term therapeutic objectives takes place based on transparent and professional teamwork.

The treatment concept of the 'Zurich Intensive Programme' integrates five therapeutic focuses, which are continually worked on during the course of the process:

- 1) Clarification /diagnosis: Starting with a structured initial diagnosis, a prognosis with regular standardised risk assessments is carried out during the process.
- 2) Group cohesion / relationship pattern: The relationship structure between the individual group participants, the members of the treatment team and the relationship pattern between clients and therapists are continually reconsidered.
- 3) Offence orientation: The systematically offence-oriented therapeutic work pursues the aims of offence reconstruction, the handling of cognitive distortions, fantasy control, the promotion of empathy, offence coping and creating with the purpose of an individual plan for the prevention of relapse.
- 4) Controlled testing: Behaviour to prevent offence is practised in a specific way and tested under various intra- and extramural environmental conditions.
- 5) Aftercare/risk assessment: Structured and demanding aftercare is planned at an early stage and includes regular standardised risk checks.

Even if the concept of the 'Zurich Intensive Programme' is oriented towards achieving the highest measure of risk reduction and prepares the ground for long-term risk management processes, relapses of clients who have undergone therapy cannot be completely excluded. However, neither there is a sociopolitical consensus nor is it legally practicable to apply to all clients at high risk of relapse lifelong preventive detention, especially when they are in principle approachable by therapy. For this reason, there is at present no recognisable alternative to professionally developed, intensive offence-preventive options for offenders who are in relevant danger of relapse and requiring treatment.

Nonetheless it is to be feared that in the case of relapses which cannot be totally avoided in the long run, differentiating considerations can only be conveyed politically, socially and by the media with difficulty or not at all. Central significance is therefore attached in a special way to professional discussion, but also to a transparent public information policy.

Keywords: 'Zurich Intensive Programme'; Zurich PPD model; sexual offenders; violent offenders; offender therapy

Das Zürcher «Ambulante Intensiv-Programm» (AIP) zur Behandlung von Sexual- und Gewaltstraftätern.

Teil 1: Entstehungsgeschichte und methodische Grundlagen

■ F. Urbaniok, M. Stürm

Psychiatrisch Psychologischer Dienst (PPD), Justizvollzug Kanton Zürich

Summary

Urbaniok F, Stürm M. [The 'Zurich Intensive Programme' for the treatment of sexual and violent offenders. Part 1: History of origins and methodical principles.] Schweiz Arch Neurol Psychiatr 2006; 157:103–18.

In the Zurich PPD model a broad spectrum of therapy for the prevention of offences is integrated into Law Enforcement by the incorporation of a forensic psychiatric-psychological centre of competence into the organisational structures of the legal authorities. In this context, the 'Zurich Intensive Programme', a therapy programme for the prevention of offences by sexual and violent offenders with a high habitual risk disposition deep-seated in the personality, has been running in the largest of the Swiss penal institutions since 2000. The programme is part of the overall strategy of Law Enforcement in the Zurich PPD model, oriented towards a maximum prevention of offences. The programme in this form is unique in Switzerland. Up to now predominantly repeat offenders in detention have been treated.

With reference to the findings of forensic therapy evaluation studies the 'Zurich Intensive Programme' advocates an integrative, specifically offence-oriented and group-therapeutic treatment approach. The underlying concepts are built on a continuous systematic integration of methods on the basis of the epistemological position of pragmatism and anthropological concepts, which take account of the variety of people's life patterns, self-

responsibility and life-long development. The treatment concept is also strictly oriented towards the results of therapeutic efficacy research (common-factor approach).

The following aspects are essential conceptional elements of the 'Zurich Intensive Programme': interdisciplinary co-operation in the transprofessional sphere of the penal system, the specific variation of the treatment setting in the therapeutic course of the process, the treatment group as the central therapeutic work field, an offence-oriented mode of operation and the inclusion of resource-promoting intervention strategies. Central to this is the orientation of treatment work directed at the maximum prevention of offences on the basis of a multidimensional target matrix, which integrates approximate and precise objectives, and short-, mid- and long-term changes.

The treatment programme integrated into the structures of the penal institution can be regarded, on the basis of experience to date, as a forward-looking model for a differentiation process oriented towards the consistent prevention of offences in a modern penal system. The comprehensive concept of the 'Zurich Intensive Programme' must take into account both the distinct structural danger of relapse of the treated detainees, the high treatment intensity to be presented in a sustained way and the interdisciplinary requirements, which result from the integration of such a treatment approach into the structures of a penal institution. By specifically employing therapeutic resources and consistently using synergetic potentials, it is possible on the basis of this plan to implement a high-quality range of treatments, which are favourable in price in comparison with other in-patient programmes of similar intensity.

The fundamental conceptional aspects of the 'Zurich Intensive Programme' are presented in this article. The specific therapeutic concept for the prevention of offences, such as the interplay and importance of obligatory offence-oriented and complementary personality-focussing treatment

Korrespondenz:
Matthias Stürm, lic. phil.
Leitender Psychologe
Psychiatrisch Psychologischer Dienst (PPD)
Justizvollzug Kanton Zürich
Feldstrasse 42
CH-8090 Zürich
e-mail: matthias.stuerm@ji.zh.ch

elements, diagnostic focus, group cohesion/relationship patterns, offence orientation, controlled testing and aftercare will be shown and explained with examples in a later study.

Keywords: 'Zurich Intensive Programme'; Zurich PPD model; sexual offender; violent offender; offender therapy

Einleitung

Das in der grössten Schweizer Strafanstalt praktizierte Ambulante Intensiv-Programm (AIP) ist ein deliktpräventives Therapieprogramm für Sexual- und Gewaltstraftäter mit hoher, chronifizierter in der Persönlichkeit verankerter Risikodisposition. Es ist eingebettet in die therapeutische Angebotspalette des Zürcher PPD-Modells [1].

Durch den Psychiatrisch-Psychologischen Dienst werden jährlich etwa 1300 Straftäter betreut, davon etwa 160 Sexual- und Gewaltstraftäter in deliktpräventiven Therapien, mehr als 60 von ihnen ausserhalb von Haftsituationen in Freiheit. Obwohl die im AIP behandelten Täter mit einer Anzahl von 12 bis 14 Klienten hiervon nur einen geringen Anteil ausmachen, ist gerade das AIP in besonderer Weise im Blickpunkt der Öffentlichkeit. Dies ist insofern verständlich, weil Täter, die sich aufgrund ihrer hohen Risikodisposition vorrangig für ein Intensivprogramm qualifizieren, mehrheitlich Insassen mit langer Haftstrafe oder Verwahrung sind. Sie sind damit in besonderer Weise im Zentrum der öffentlichen Aufmerksamkeit. Von internationalen Experten wird das Zürcher PPD-Modell [2] als wegweisend bezeichnet und das Ambulante Intensiv-Programm positiv bewertet (Expertenberichte an den Regierungsrat des Kantons Zürich, 2002 [3], 2005 [4]). Dennoch wird das AIP im Inland bisweilen in kritischer Weise diskutiert. Gerade angesichts eines oft ambivalent agierenden gesellschaftspolitischen Umfelds und der real existierenden Herausforderungen im Zusammenhang mit Konzepten zum Umgang mit Straftätern sind fachliche Initiativen und wissenschaftliche Diskussionen in der forensischen Psychiatrie und Psychotherapie von besonderer Wichtigkeit. In diesem Sinne werden nachfolgend grundlegende und in einer späteren Publikation behandlingsspezifische konzeptionelle Aspekte des AIP dargestellt.

Das Zürcher PPD-Modell

Rückfälle, insbesondere von Sexual- und Gewaltstraftätern, verursachen gravierendes menschl-

ches Leid und hohe gesellschaftliche Folgekosten. Der Strafvollzug sah es lange Zeit als seine Hauptaufgabe an, geordnete Vollzugsabläufe innerhalb der Anstalt zu gewährleisten und sich somit vorwiegend aus einer Binnenperspektive zu definieren. Resozialisierungsangebote waren meist unspezifisch und fokussierten vorzugsweise auf soziale Parameter wie Wohnen und Arbeit. Der moderne Justizvollzug sieht sich in erster Linie dem Ziel der Rückfallprävention verpflichtet und muss daher mit all seinen Aktivitäten (Untersuchungshaft, Schutzaufsicht, Bewährungshilfe, Therapieprogramm u.a.) über spezifische Konzepte in der professionellen Beurteilung und im nachhaltigen Management von Risiken verfügen. Die moderne forensische Psychiatrie/Psychotherapie kann hierfür durch professionelle Risikokalkulationen und spezifische Therapieangebote für rückfallgefährdete Straftäter wichtige Beiträge leisten.

Mit dem Zürcher Modell wurde dem damit verbundenen Potential in dieser Weise Rechnung getragen, dass mit dem Psychiatrisch-Psychologischen Dienst (PPD) ein forensisch-psychiatrisch/psychotherapeutisches Zentrum in die Organisationsstrukturen des Justizvollzugs integriert wurde. Dabei ist einerseits absolute fachliche Autonomie gewahrt; andererseits ist der PPD als gleichberechtigter Partner in den Entscheidungs- und Führungsgremien (z.B. Geschäftsleitung) der Gesamtorganisation des Zürcher Justizvollzugs vertreten [1, 5]. Mit dem PPD-Modell sollen unter anderem folgende Leitideen verwirklicht werden: Interdisziplinarität, Differenzierung des Strafvollzugs statt 'binnenorientierter Einheitsvollzug' (unterschiedliche Tätergruppen benötigen unterschiedliche Angebote), Verfügbarkeit flächendeckender Risikobeurteilungen, Bereitstellung eines differenzierten therapeutischen Präventionsangebots, fachliche Unabhängigkeit und Sicherstellung von Qualitätsmanagement durch eine eigenständige, mit Entscheidungskompetenzen ausgestattete Institution.

Dieses Modell bietet unter anderem eine gute Grundlage dafür, ein differenziertes Spektrum therapeutischer Angebote an verschiedenen Stellen des Justizvollzugs zu etablieren (ambulante Behandlungen anstelle des Strafvollzugs, als Nachbetreuung nach Entlassung aus Haftsituationen, während des Strafvollzugs u.a.). Die Fokussierung auf Rückfallprävention führt zu pragmatischen Betrachtungsweisen. Für die Indikationsstellung zu einer rückfallpräventiven Therapie steht zum Beispiel nicht eine diagnostische Einordnung im Vordergrund; vielmehr wird ausgehend von einer möglichst genauen Bestimmung des von einem Straftäter ausgehenden Risikos das Interventions-

bzw. Therapieangebot gewählt, das für eine möglichst effektive Risikosenkung am geeignetsten erscheint.

Wirksamkeit von Straftätertherapien

Die Forderung nach differenzierten Therapieansätzen in der Straftäterbehandlung wird seit den späten 1970er Jahren gestellt [6]. In den 1990er Jahren wurden vermehrt Untersuchungen zur Wirksamkeit von Straftätertherapien, insbesondere im Hinblick auf Sexualstraftäter, durchgeführt. Die überwiegende Zahl der Metastudien zeigte bei behandelten Straftätern geringere Rückfallraten als bei unbehandelten [7–15]. Nur drei Studien konnten keine Behandlungseffekte nachweisen [16–18]. Auch letztere stellten nicht grundsätzlich die Behandlung in Frage, sondern forderten für die Zukunft Studien mit verbesserter Methodik.

Gendreau und Goggin verglichen 1996 die Wirkung verschiedener strafbegleitender therapeutischer Interventionen mit den Ergebnissen unterschiedlicher Inhaftierungsformen und anderen nicht therapeutischen Interventionen [19]. Es zeigte sich, dass Haftformen ohne begleitende Therapie und andere, nicht therapeutische Interventionen (z.B. Schutzaufsicht, Wiedergutmachungsprogramme usw.) zu einer leichten Erhöhung der Rückfallwahrscheinlichkeit führten. Kombinierte man eine der Massnahmen mit einer therapeutischen Intervention, so ergab sich eine Reduktion der Rückfallwahrscheinlichkeit um 11%. Intensivtherapien wiesen gar eine Senkung der Rückfallwahrscheinlichkeit von 29% auf, bei Hochrisikoklienten wurden Effekte von bis zu 47% gefunden. Andere Autoren konnten zeigen, dass Therapien von Straftätern durch die Verhinderung von Rückfällen zu Kostenersparnissen führen [12, 20]. Nach Donato und Shanahan ist eine Behandlung von inhaftierten Sexualstraftätern aufgrund der Untersuchungs-, Verfahrens- und Vollzugskosten unter ökonomischen Aspekten betrachtet bereits dann sinnvoll, wenn die Rückfallquote nur um 6–8% gesenkt werden kann. Nicht zuletzt finanzielle Überlegungen führten dazu, dass in Kanada therapeutische Programme für Gewalt- und Sexualstraftäter flächendeckend in den Strafvollzug integriert wurden.

Hinsichtlich methodischer Aspekte zeigten sich bei vergleichenden Untersuchungen die Therapien in ihrer Wirksamkeit überlegen, die durch eine Orientierung auf Verhaltensaspekte vor einem klaren konzeptionellen und strukturellen Hintergrund gekennzeichnet waren [13, 21–25].

Die Befunde der grundsätzlichen Wirksamkeit der Straftäterbehandlung wurden auch in jüngeren Studien bestätigt [26–29]. Drei der erwähnten Untersuchungen konnten zudem den Befund der Überlegenheit verhaltensorientierter Behandlungsmassnahmen erneut replizieren [27–29]. Schmucker und Lösel ermittelten bei ihrer umfassenden Metaanalyse von Therapieevaluationsstudien eine 37prozentige Verminderung von Rückfällen bei therapierten Sexualstraftätern gegenüber nicht therapierten. Interessant an dieser sehr differenzierten Metaanalyse ist zudem, dass die in den untersuchten Studien dargestellten positiven Behandlungseffekte unabhängig davon waren, ob die Evaluationsstudie durch die Behandler selbst oder durch externe Evaluatoren durchgeführt wurde. Es gab auch keinen signifikanten Unterschied zwischen publizierten und nicht publizierten Studien. Diese Ergebnisse sprechen gegen Selektionseffekte durch die beiden untersuchten Faktoren.

Entwicklung des Ambulanten Intensiv-Programms (AIP)

Im Zuge der konsequenten Ausrichtung des Zürcher Justizvollzugs auf das Ziel der Rückfallprävention wurde durch den PPD seit 1997 ein zunehmend differenzierteres therapeutisches Angebotspektrum entwickelt. Besonderes Augenmerk wurde dabei auf die Integration therapeutischer Programme in die Zürcher Strafanstalt Pöschwies, mit 436 Insassen die grösste Schweizer Strafanstalt, gerichtet. Wie erwähnt, können durch die Ausschöpfung deliktpräventiven Behandlungspotentials Opferzahlen gesenkt und damit neben den menschlichen Folgen erhebliche gesellschaftliche Kosten vermieden werden. Therapeutische Programme dort anzubieten, wo sich Straftäter ohnehin befinden, bietet darüber hinaus verschiedene Vorteile. Einerseits ist es schon aus Kapazitätsgründen unrealistisch, für alle inhaftierten Straftäter, die von deliktpräventiven Therapien profitieren können, ein Parallelsystem ausserhalb des Strafvollzugs aufzubauen und sie z.B. in spezialisierten Kliniken zu behandeln. Mit einer solchen Auslagerung von Therapien ist – wie das Beispiel Deutschland zeigt – immer nur ein Bruchteil der Straftäter erreichbar. Andererseits ist es allein aus Kostengründen sinnvoll, die bereits bestehende Sicherheitsinfrastruktur des Strafvollzugs zu nutzen. Das Ambulante Intensiv-Programm (AIP) verursacht pro Klient zusätzliche Nettokosten von etwa Fr. 58 000 jährlich und ist damit um ein Vielfaches günstiger als ein Klinikplatz mit vergleichbarem Sicherheitsstandard.

Mit der Entwicklung verschiedenartiger Behandlungsangebote wurde deutlich, dass eine Versorgungslücke für die Straftäter bestand, die aufgrund einer ausgeprägten und chronifizierten Rückfalldisposition zur effektiven Senkung ihres Risikos eine intensive, delikt- und persönlichkeitsorientierte Behandlung von mehr als 1–2 Wochenstunden benötigen [30]. Diese Versorgungslücke führte zu zwei bedenklichen Konsequenzen. Der Teil der erwähnten Täter, die zu endlichen Freiheitsstrafen verurteilt worden waren, musste mit einem vermeidbar hohen Rückfallrisiko entlassen werden. Diejenigen mit einer lebenslangen Freiheitsstrafe oder Verwahrung mussten ohne Perspektive weiter gesichert werden, weil kein der Problematik entsprechendes Behandlungsangebot bestand.

Die Gruppe der Lebenslänglichen und der Verwahrten ist nicht homogen. Neben eindeutig unbehandelbaren und daher aufgrund ihrer nicht beeinflussbaren Gefährlichkeit lebenslang zu sichernden Personen gibt es eine Reihe von Tätern, bei denen intensive Therapieangebote erfolgreich sein können. Dabei ist es in der vorliegenden Arbeit nicht möglich, den Stand der kontrovers geführten Diskussion zum Thema «Behandelbarkeit» umfassend darzustellen, weshalb wir auf einschlägige Fachliteratur verweisen [30, 31]. Es ist aber darauf hinzuweisen, dass gerade die Verwahrung als Ultima ratio eine so eingreifende Massnahme darstellt, dass sie die Verpflichtung impliziert, der Problematik entsprechende Präventionsangebote in allen Fällen bereitzustellen, in denen ein relevanter Erfolg möglich erscheint. Die damit einhergehende Differenzierung zwischen behandelbaren und unbehandelbaren Verwahrten ist auch deswegen notwendig, weil das schematische Sistieren jeglicher Lockerungsperspektive bei gleich bleibender Anzahl von Verwahrungsanordnungen zu einem Anstieg der verwahrten Insassen, beispielsweise in der Strafanstalt Pöschwies von 11 im Jahre 1993 auf 64 im Jahre 2004, geführt hat. Schon aus rechtspolitischen, aber auch aus Kapazitäts- und Verhältnismässigkeitsgründen muss sich die Massnahme der lebenslangen Sicherung auf eine sehr kleine Gruppe von Tätern beschränken, die höchste, nicht ausreichend veränderbare Risiken repräsentieren.

Ursprünglich sollte die angesprochene Versorgungslücke durch die Schaffung einer therapeutischen Spezialabteilung für 16 Klienten in der Strafanstalt Pöschwies beseitigt werden. Das im Januar 1997 vorgelegte Konzept für das «Rückfall-Präventions-Programm» in einer Spezialabteilung der Strafanstalt Pöschwies wurde durch das Zürcher Kantonalparlament gutgeheissen. Gegen die

Umsetzung des Projekts wurde jedoch das Referendum ergriffen, und die Vorlage wurde mit gut 52% Nein-Stimmen im Oktober 1998 abgelehnt. Weil die Gegner des Projekts aus Kostengründen eine Verstärkung und Intensivierung des ambulanten therapeutischen Angebots im Gegensatz zur Schaffung einer Spezialabteilung gefordert hatten, wurde das Ambulante Intensiv-Programm für Gewalt- und Sexualstraftäter (AIP) konzipiert und im Oktober 1999 durch die Regierung bewilligt.

Ambulant: Ambulant bezieht sich auf das Faktum, dass die Intensivtherapie innerhalb der bestehenden Strukturen des Strafvollzugs angeboten wird. Zur Therapie im AIP erscheinen die Klienten aus ihren jeweiligen Wohngruppen oder Werkstätten und nutzen auch das Freizeit-, Aus- und Weiterbildungsangebot der Strafanstalt gemeinsam mit anderen Insassen, die nicht am Therapieprogramm teilnehmen. Durch diese Integration des Programms in den Normalvollzug können vielfache Synergien genutzt werden.

Intensiv: Die Notwendigkeit einer intensiven Behandlung ergibt sich aus den regelhaft vorliegenden stark ausgeprägten und tief in der Persönlichkeit verankerten risikorelevanten Problembereichen der im AIP behandelten Insassen. Die Bearbeitung stark verwurzelter emotionaler, kognitiver und verhaltensorientierter Persönlichkeitsaspekte erfordert eine alltagsnahe, intensive und persönliche Auseinandersetzung. Die Intensität der Behandlung liegt dabei insbesondere in der gezielten Variation des therapeutischen Settings, wodurch unterschiedliche Persönlichkeitsanteile angesprochen werden sollen, und zusätzlich in der zeitlichen Inanspruchnahme der Klienten.

Programm: Eine deliktorientierte Arbeitsweise bildet die programmatische Ausrichtung des AIPs. Die Therapeuten folgen klaren konzeptionellen Vorstellungen, welche Inhalte in einer deliktpräventiven Therapie bearbeitet werden, sie beherrschen die spezialisierten Behandlungstechniken und orientieren sich am aktuellen Forschungsstand. Fortlaufende Risikobeurteilungen sind integraler Bestandteil des therapeutischen Prozesses.

Methodische Behandlungsgrundlagen

Spezifische Ansätze zur Therapie von Straftätern

Bereits anderorts wurden die verschiedenen Behandlungstraditionen der Tätertherapie in Kontinentaleuropa und im angelsächsischen Raum dargestellt und kritisch reflektiert [2]. Zusammenfassend wurde in Kontinentaleuropa traditionell der Fokus auf biographische Prägungen und die tie-

fenpsychologische Reflexion der Täterpersönlichkeit gerichtet [32]. Die Ergebnisse dieser Arbeiten haben seinerzeit viel zum besseren Verständnis der Täterpersönlichkeit, insbesondere im Bereich der Sexualdelinquenz, beigetragen und bedeuteten einen wichtigen Fortschritt gegenüber früheren undifferenzierten «Triebtäterkonzepten» [33–35]. Die Nachteile einseitig und nahezu ausschliesslich auf die Persönlichkeit ausgerichteter Therapiekonzepte bestehen jedoch in der Gefahr einer mangelnden Fokussierung auf die Tat und in der Orientierung auf ein schwer fassbares Heilungskonzept, das im Hinblick auf die Rückfallprävention nicht zielgerichtet ist. Aufgrund der genannten und anderer damit verbundener Probleme existieren in den Vereinigten Staaten seit Mitte der 1970er Jahre tiefenpsychologisch orientierte Behandlungsprogramme (z.B. für Sexualstraftäter) praktisch nicht mehr.

Die Täterbehandlung im angelsächsischen Raum orientierte sich am aktuell gezeigten Deliktverhalten. Unter dem Motto «no cure, but control» und unter Bezug auf Rückfall-Präventions-Konzepte der Suchttherapie [36–40] entstanden vorzugsweise kognitiv und verhaltenstherapeutisch orientierte Ansätze mit der ausschliesslichen Zielsetzung der Verhaltenskontrolle und dem bewussten Verzicht auf jegliche «Heilungsabsichten». Der Vorteil kognitiver Programme ist vor allem in der stringenten Deliktorientierung zu sehen. Zudem ist es möglich, Therapiezyklen zu standardisieren und damit, wie beispielsweise in Kanada geschehen, weit verbreitet in das System des Strafvollzugs zu integrieren. Ein weiterer Vorteil besteht darin, dass die Vergleichbarkeit hoch standardisierter Programme in Evaluationsstudien erleichtert ist, da die Variable «Therapeut» nur eine geringe Bedeutung besitzt.

Wie eingangs dargestellt, zeigt die empirische Rückfallforschung die Überlegenheit von klar strukturierten und konzeptualisierten Behandlungsansätzen, die sich an kognitiven Prozessen und Verhaltensaspekten orientieren. Es darf jedoch nicht übersehen werden, dass beide hier dargelegten Ansätze – in Reinkultur vertreten – erhebliche Nachteile aufweisen. Lerntheoretische Programme sind oft zu wenig flexibel und zu wenig zugeschnitten auf die individuelle Persönlichkeit des Täters. Sie folgen einem starren, nicht prozessorientierten Ablauf und sind so hinsichtlich Präsentation und «Timing» nicht geeignet, das optimal nutzbare Behandlungspotential zu realisieren. Besonders gravierend ist der Nachteil, dass das Potential, das der Therapeut mit seinen spezifischen Fähigkeiten im Rahmen einer professionell gestalteten therapeutischen Beziehung einzubrin-

gen vermag, ungenutzt bleibt. Es besteht daher die Gefahr, dass Behandlungseffekte flach bleiben und eher angelernt wirken. Diese Vermutung wird durch die Befunde der Evaluation des «Sex Offender Treatment-Program» gestützt. 1996 wurde eine prospektive, randomisierte Evaluationsstudie eines Behandlungsprogramms für Sexualstraftäter begonnen. Um möglichst günstige methodische Bedingungen für die Evaluation zu schaffen, wurde das Programm hinsichtlich der vermittelten Therapieinhalte, der determinierten Zeitdauer der Therapie, der anzuwendenden Methodik und verschiedener weiterer Faktoren hochgradig standardisiert. So sollten mögliche andere, schwer zu erfassende Einflussvariablen weitgehend ausgeschlossen werden. Es darf angenommen werden, dass die oben beschriebenen Nachteile in lerntheoretisch mit Standardmodulen durchgeführten Therapien in diesem Programm besonders stark und einseitig akzentuiert wurden. Die Ergebnisse zeigten nur geringe oder gar keine Behandlungseffekte [41–43].

Der häufig in der Literatur replizierte Befund der überlegenen Wirksamkeit kognitiver Programme kann darum auch so interpretiert werden, dass viele tiefenpsychologische Behandler nicht über die spezifischen in der Tätertherapie anzuwendenden Behandlungstechniken verfügten, wohingegen die verhaltensorientierten Programme aufgrund ihrer Deliktorientierung notwendigerweise immer zumindest einen gewissen Spezialisierungsgrad aufweisen müssen. So spricht viel für die Annahme, dass der entscheidende Wirkfaktor in der Anwendung spezialisierter delikt-fokussierter und klar konzeptionalisierter Therapietechniken liegt, was nicht primär an ein bestimmtes Schulenkonzepthängen gebunden sein muss.

So kann deliktorientiertes Arbeiten im weitesten Sinne heute als «state of the art» der forensischen Psychotherapie, unabhängig von der «Schulidentität» bezeichnet werden. Dementsprechend setzt sich in der forensischen Therapie zunehmend eine integrative oder eklektische Behandlungspraxis durch. Eine aktuelle Expertenbefragung des Max-Planck-Instituts ergab z.B., dass in der therapeutischen Versorgung von forensischen Patienten in Massregelvollzugseinrichtungen kaum noch klassisch tiefenpsychologisch orientierte Ansätze in «Reinkultur» zum Einsatz kommen und dass die Mehrzahl der Therapeuten sich als integrativ oder eklektisch orientiert versteht [44]. Das jüngst publizierte «Hamburger Modell der Gruppenpsychotherapie für pädosexuelle Männer» [45] stellt einen Versuch dar, kognitiv-behavioural ausgerichtete Deliktarbeit [38, 46] mit psychoanalytischer Gruppentherapie [47] zu verbinden, und steht exempla-

risch für mannigfaltige Integrationsbemühungen im Bereich der forensischen Psychotherapie.

Systematische Methodenintegration

Die therapeutische Ausrichtung im AIP folgt dementsprechend keinem schulenspezifischen Ansatz, sondern einer integrativen Orientierung. Der Begriff der «Integration» wird jenem vor allem im angelsächsischen Raum gebrauchten Begriff des «Eklektizismus» vorgezogen, weil dadurch die kontinuierliche und konsistente Abstimmung verschiedener Theorien, Konzepte und Methoden in einer ganzheitlichen Behandlungskonzeption besser ihren Ausdruck findet und sich somit von Tendenzen des beliebig wirkenden, unsystematischen «wildem Eklektizismus», von Plaum [48] als «orientierungsloser Synkretizismus» bezeichnet, abgrenzt [49]. Hinsichtlich der Integration verschiedener therapeutischer Strömungen in übergeordnete Behandlungskonzepte wird in der Literatur auf die Gefahr hingewiesen, dass es durch die unreflektierte Vermengung verschiedener Theorien, Konzepte und Methoden auf der Interventionsebene zu pathogen wirkenden «double-bind»-Botschaften [50] kommen kann. Um dies zu vermeiden, erfordert Methodenintegration die Orientierung an übergeordneten Prinzipien [51], damit Referenztheorien verschiedener Reichweite und Abstraktion (Metatheorien, realexplicative Theorien und Praxeologien) in einer stimmigen Gesamtkonzeption integriert werden können.

Systematische Methodenintegration im AIP

Vor diesem Hintergrund sei auszugsweise kurz auf drei Grundpositionen der psychotherapeutischen Arbeit des PPD verwiesen:

Anthropologische Grundposition

Als psychotherapeutisch arbeitende Institution orientiert sich der PPD grundsätzlich an der Vielfalt unterschiedlicher Lebensentwürfe. Selbstverantwortlichkeit, lebenslange Entwicklungsfähigkeit und die Fähigkeit zur Selbstregulation sind dabei zentrale menschliche Möglichkeiten [52]. «Täter sein» wird als *eine* von mehreren Persönlichkeitsorganisationen («ego states», «Ich-Zuständen») eines Menschen betrachtet. Die auf der Grundlage der Traumaforschung entwickelten Persönlichkeitsmodelle der «Ego-States» [53], die in einem, auf den ersten Blick entgegengesetzten Kontext entstanden sind, können diesbezüglich auch zum Verständnis der Täterpersönlichkeit dienen. Mit dieser Analogie ist nicht gemeint, in der therapeutischen Arbeit delinquentes Verhalten zu

tolerieren oder zu entschuldigen. Im Gegenteil, die Übernahme von Verantwortung für eigenes Handeln ist ein wesentliches Therapieziel. Es gilt aber stets, die Würde der Klienten zu achten und ihnen gleichzeitig mit «therapeutischem Takt» [54] und forensisch begründeter Wachsamkeit zu begegnen.

Pragmatismus

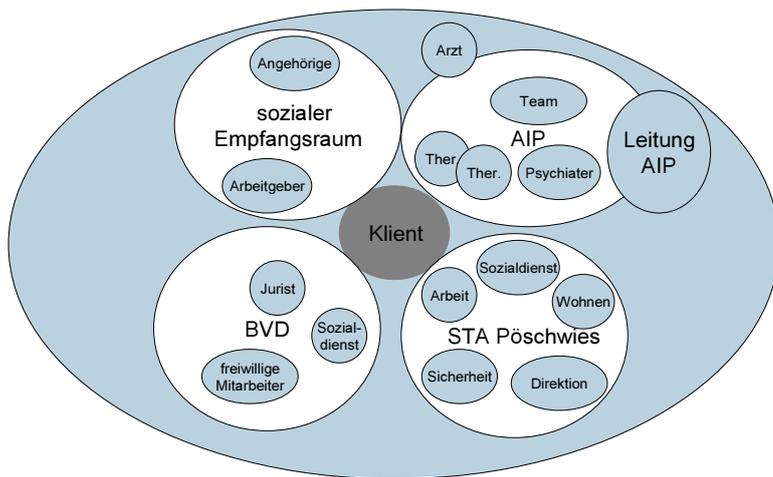
Die erkenntnistheoretische Position des Pragmatismus [55] und ihre Bedeutung für die therapeutische Arbeit wurde anderorts ausführlich dargestellt [56]. Damit soll eine therapeutische Grundhaltung zum Ausdruck kommen, die unabhängig von Glaubenssätzen, Weltanschauungen und Konzepten Phänomene unvoreingenommen als solche betrachtet und das Augenmerk auf das richtet, was gemäss übergeordneten Zielsetzungen (z.B. Rückfallprävention) nützlich ist bzw. «funktioniert». «Wahr ist das, was sich durch seine praktischen Konsequenzen bewährt», so das Credo von James (zit. nach: Störig [57]). Mit der Grundhaltung des Pragmatismus wird der Zugriff auf ein breites Spektrum von möglichen Interventionen ermöglicht und der Weg für differenzierte, den unterschiedlichen Erfordernissen des Einzelfalls angemessene Lösungen geöffnet.

Orientierung an Wirkfaktoren und «common-factors approach»

Die Forschungstradition des «common-factors approach» verfolgt einen praxisorientierten, konzeptkritischen und pragmatisch an der jeweiligen Wirkung orientierten Ansatz. Zwar werden die angewandten Methoden – aufgrund der Komplexität des untersuchten Gegenstandes – strengsten statistischen Anforderungen deduktiver Forschung nur teilweise gerecht, doch geben ihre Ergebnisse den Praktikern wertvolle Heuristiken zur Reflexion und Weiterentwicklung der therapeutischen Praxis an die Hand.

Ausgangspunkt des «common-factors approach» ist die empirisch belegte Feststellung, dass trotz unterschiedlicher Methodik und Begründungszusammenhänge die etablierten Therapieformen vergleichbare Behandlungsergebnisse erzielen [58, 59]. Die Ergebnisse dieser Forschung weisen darauf hin [60–64], dass es trotz der Komplexität des therapeutischen Arbeitsfelds, einflussreiche, schulenspezifische, gemeinsame Wirkfaktoren der Psychotherapie gibt, mit welchen sich ein Grossteil der Veränderung der Klienten erklären lässt. Mit Rückgriff auf Lambert [65] schlagen Hubble et al. [66] die folgenden vier therapeutischen «Megafaktoren» vor, die das Behandlungsergebnis vorrangig beeinflussen (in Klammern die von Lambert berechnete Ergebnisvarianz): extratherapeutische

Abbildung 1 Interdisziplinäres Umfeld eines Modellklienten.



Faktoren (40%), Faktoren der therapeutischen Beziehung (30%), Hoffnung und Erwartung (15%) und Technikfaktoren (15%). Bei dieser Zusammenstellung wird deutlich, dass neben der Persönlichkeit der Klienten und Therapeuten Interaktions- und aussertherapeutische Faktoren das Behandlungsergebnis massgeblich beeinflussen und auf der Grundlage der schulenspezifischen Regeln, Methoden und Erklärungsansätze lediglich etwa 15% der therapeutischen Wirksamkeit erklärt werden können.

Auf der Grundlage metaanalytischer Auswertungen und Systematisierungsarbeiten an 1100 Psychotherapiestudien entwickelten Orlinsky und Howard [67] ein differenziertes allgemeines Psychotherapiemodell, das auch empirisch bestätigt wurde [68–70]. Das «Generetic Model of Psychotherapy» integriert Forschungsergebnisse aus psychodynamischen, erlebnisorientierten, kognitiven und interpersonalen Therapieformen. Die Autoren erheben den Anspruch, «... dass jede spezifische Psychotherapieform adäquat gekennzeichnet werden kann durch den von ihr vorgeschlagenen Kontrakt, die angebotenen therapeutischen Interventionen, ihren expliziten und impliziten Umgang mit der therapeutischen Beziehung, ihre Berücksichtigung der persönlichen Selbstbezogenheit der Beteiligten und durch die angestrebte therapeutische Realisation» ([67], S. 283). Eine ausführliche Darstellung dieses Modells und seiner Implikationen für die forensisch therapeutische Praxis wurde von Pfäfflin und Kächele vorgelegt [71].

Die Kritik an den Ergebnissen der «common factors»-Forschung [62, 72] richtet sich vor allem gegen die etwas beliebig wirkenden, sehr allgemein gefassten Wirkfaktoren und ihre dadurch eingeschränkte Relevanz für die Alltagspraxis. Die Aussage beispielsweise, dass die therapeutische Beziehung 30% des Behandlungsergebnisses er-

klärt, sagt für sich alleine genommen noch wenig aus. So ist nicht spezifiziert, wie Therapeuten im Spektrum zwischen Abstinenz, selektiver Offenheit und «self disclosure» an der therapeutischen Beziehungsgestaltung mitwirken sollen und welche Konsequenzen durch die entsprechenden Verhaltensweisen im therapeutischen Prozess zu erwarten sind. Der grundlegende Einfluss der therapeutischen Beziehung auf den therapeutischen Prozess bleibt jedoch trotz kritischer Anmerkungen ebenso unbestritten wie der Einfluss aussertherapeutischer Faktoren. Gerade dieser zweite Punkt spricht gegen eine Therapie im Elfenbeinturm und insbesondere im Strafvollzug für die Integration der therapeutischen Arbeit in den Alltag der Klienten und erfordert daher interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Interdisziplinarität

Interdisziplinarität ist ein häufig nicht ausreichend konzeptionalisierter Begriff. Eine professionelle interdisziplinäre Arbeitskultur erfordert umsichtige Planung und Pflege. Sie stellt sich nicht von alleine ein und erschöpft sich nicht in regelmäßigen Sitzungsterminen oder der Entwicklung gemeinsamer Papiere. Interdisziplinarität führt zu Kontroversen und erfordert von allen Beteiligten die Bereitschaft, eigene Konzepte, Arbeitshaltungen und -routinen zu hinterfragen und in pragmatischer Weise der Alltagsrealität anzupassen. Die Resultate interdisziplinärer Bemühungen sind oft nicht unmittelbar erkennbar, und häufig kommt es zu Beginn der Implementierung neuer Formen der Zusammenarbeit zu «Reibungsverlusten». Die Erfahrung im AIP ist jedoch, dass sich bei konsequenter Anwendung die Anfangsinvestitionen der Beteiligten lohnen und die Prozess- und Ergebnisqualität durch eine umfassende interdisziplinäre Zusammenarbeit deutlich gesteigert werden kann.

In Abbildung 1 ist das professionelle und private «Helferumfeld» eines Modellklienten aus dem AIP dargestellt. Die am interdisziplinären Prozess beteiligten Personen arbeiten in drei verschiedenen Hauptabteilungen des Amtes für Justizvollzug (JUV): Strafanstalt Pöschwies, Bewährungs- und Vollzugsdienst (BVD inkl. juristische Fallführung bzw. Strafvollstreckung) und PPD. Sie stammen aus unterschiedlichen Berufsgruppen mit unterschiedlichen Funktionen (Handwerker, Sicherheitsbeauftragte, Betreuende, Juristen, Sozialarbeitende, Pflegepersonal, Psychologen, Psychiater und Ärzte, Direktionsmitglieder, Leitungspersonen). Hinzu kommen freiwillige Mitarbeitende, Angehörige und die Klienten selbst.

Damit die Zusammenarbeit zwischen Personen mit so unterschiedlichem persönlichem und professionellem Hintergrund erfolgreich gestaltet werden kann, müssen neben der Motivation aller Beteiligten zur Zusammenarbeit und ihrer Bereitschaft, in einen Entwicklungsprozess einzutreten, einige Grundbedingungen bereits zu Beginn der Zusammenarbeit etabliert werden: Gemeinsame transparente Zielsetzungen (Senkung des Rückfallrisikos und daraus folgende aktuell anzupassende Teilziele), mit denen sich möglichst alle Beteiligten, inklusive des Klienten, als Ziel der Zusammenarbeit, identifizieren können und sich für ihr Erreichen verantwortlich fühlen. Kommunikationsblockaden, z.B. in Form struktureller oder inhaltlicher Dunkelfelder [56], behindern Abstimmungen, Optimierungen und die Einarbeitung risikorelevanter Informationen in therapeutische Strategien und Risikobeurteilungen. Sie können z.B. Ausdruck subtiler Machtstrukturen, Konkurrenz- oder Abgrenzungsphänomene sein und etwa durch die Verwendung nicht allgemein verständlicher Fachbegriffe, selektive Informationsweitergaben oder den Hinweis auf die Schweigepflicht in Erscheinung treten. Der professionell begründete Informationsaustausch sollte hingegen offen und transparent auch gegenüber dem Klienten gestaltet werden. Im kreativen Entwicklungsprozess sind die verschiedenen Perspektiven zunächst grundsätzlich gleichgewichtig zu werten, solange sie konstruktiv, im Dienste der gemeinsamen Ziele stehen. Kompetenz- und Entscheidungsprozesse sollten bereits zu Beginn der Zusammenarbeit klar dargestellt werden.

Eine in dieser Art realisierte interdisziplinäre Zusammenarbeit ermöglicht durch die Integration verschiedener Betrachtungsweisen einen differenzierteren Blick auf Entwicklungsprozesse und insbesondere risikorelevante Aspekte. Sie bietet somit «Schutz gegen Betriebsblindheit», was vor allem für die Arbeit mit besonders rückfallgefährdeten Straftätern von grosser Bedeutung ist.

Zu vermeiden ist dabei eine beliebige Mehrperspektivität, die bei mangelnder Abstimmung zu Zielkonflikten führt und sich im direkten Klientenkontakt als pathogen wirkendes «double-bind» [50] darstellen kann. Auch Konkurrenzphänomene können bei mangelnder Bearbeitung innerhalb des professionellen Teams zu schädlichen Delegationen auf die Klientenebene führen und entsprechende Agierfelder schaffen. Nicht zuletzt ist gerade im forensischen Setting bei mangelnder Transparenz in der Zusammenarbeit die Gefahr der Verantwortungsdiffusion zu beachten.

Interdisziplinarität im AIP

Im AIP wird Interdisziplinarität auf verschiedenen Ebenen aktiv gepflegt und beginnt schon bei der Teamzusammensetzung. Jede Behandlungsgruppe wird von einem gemischtgeschlechtlichen, gleichwertigen *Therapeutenteam* [73], in der Regel mit unterschiedlichen Ausbildungssozialisierungen, geleitet. Damit soll sichergestellt werden, dass psychologische, psychiatrische, milieutherapeutische und sozialagogische Ansätze in die konkrete tägliche Arbeit einfließen.

Um die Integration des AIP-Projektes im Milieu der Strafanstalt aktiv zu fördern, findet mindestens viermal jährlich eine Sitzung der «*Steuerungsgruppe AIP*» statt, an der der Direktor der Strafanstalt, der Chefarzt des PPD, der Chef des Sicherheitsdienstes, der Leiter des Sozialdienstes, je ein Vertreter aus den Gewerben, den Wohngruppen und die Therapeuten des AIP teilnehmen. Hier werden auf strategischer Ebene Probleme und Massnahmen zur Integrationsförderung diskutiert, beschlossen und evaluiert.

Zur interdisziplinären Koordination der Fallarbeit findet zweimal jährlich für jeden Klienten eine ausführliche «*AIP-Fallbesprechung*» statt, an der neben dem Klienten alle Therapeuten, die Kontaktpersonen in der Strafanstalt (Arbeit, Wohnen, Sozialdienst) und seitens der einweisenden Behörde die für die Strafvollstreckung verantwortliche Person teilnehmen. Es werden alle Beobachtungen in den verschiedenen Bereichen dargestellt und reflektiert, aber keine Vollzugsentscheidungen gefällt. Die Fallbesprechungen werden jeweils mit dem Einverständnis aller Beteiligten zur Qualitätssicherung auf Video aufgezeichnet.

Zweimal pro Monat findet in Anwesenheit von Klienten die «*AIP-Fallvisite*» statt. Dabei wird der aktuelle Therapiestand der jeweiligen Gruppe und einzelner Klienten mit der Leitung des AIP diskutiert. Mit dem Einverständnis der Klienten können Bezugspersonen aus der Strafanstalt an der Visite teilnehmen.

Für *freiwillige Mitarbeitende*, die sich für die vollzugsüberschreitende Begleitung von AIP-Klienten zur Verfügung gestellt haben, finden regelmässige Informations-, Schulungs- und Supervisionsabende statt, die durch eine Therapeutin des AIP geleitet werden.

Der ambulante Charakter des AIP und die enge Vernetzung des Programms mit den Strukturen der Strafanstalt ist eine wertvolle Ressource. Dabei bewährt es sich – insbesondere in der Therapie persönlichkeitsgestörter Klienten –, dass mit dem Wohn- und Arbeitsbereich, aber auch mit freiwilligen Betreuern, Angehörigen und Bekannten Beobachtungen aus primär nicht therapeutischen

Sozialräumen eng in die Therapie mit einbezogen werden können. Um dieses auch für langfristige Nachbetreuungen wesentliche Potential nachhaltig zu nutzen, sind kontinuierliche, niederschwellige und aktiv gestaltete Kontakte mit Bezugspersonen und Angehörigen (sog. Netzwerkgespräche) entscheidend.

Gezielte Settingvariation

Lewin [74] beschreibt auf der Grundlage empirischer Untersuchungen zur Feldtheorie [75] das Verhalten einer Person mit der einfachen Gleichung: $V = f(P, U)$. Diese «universelle Verhaltensgleichung» besagt, dass das Verhalten (V) eine Funktion (f) der Person (P) und ihrer jeweiligen Umwelt (U) ist. Auch wenn es mittlerweile sehr viel elaboriertere Modelle der Verhaltensgenerierung gibt [76], wird Lewins Gleichung aufgrund ihrer Einfachheit und unmittelbaren Verständlichkeit in der psychologischen Fachliteratur weiterhin als Argument dafür angeführt, dass menschliches Verhalten nie das ausschliessliche Resultat von Persönlichkeitsmerkmalen oder Umweltfaktoren ist [77]. Lewins Verhaltensgleichung darf jedoch nicht als exakt definierte mathematische Formel betrachtet werden, da die Einflüsse der beiden Faktoren höchst individuell sind. Für Risikokalkulationen ist zu beachten, dass ein inverser Zusammenhang zwischen der Ausprägung der mit der Persönlichkeit verbundenen Risikodisposition und der Bedeutung situativer Faktoren besteht. Je ausgeprägter die Risikodisposition, um so beliebiger, unspezifischer und unbedeutender ist der Einfluss solch situativer Faktoren und umgekehrt [78].

Eine fortlaufende Risikoeinschätzung sollte integraler Bestandteil jeder forensischen Behandlung sein. Da situative Faktoren – wenn auch in Abhängigkeit von der zugrundeliegenden Risikodisposition – in unterschiedlichem Ausmass Einfluss auf das Verhalten haben, kann aus prognostisch therapeutischer Sicht das aktuelle Rückfallrisiko um so besser eingeschätzt werden, je umfangreicher Informationen über das Verhalten des Klienten aus verschiedenen Kontextbedingungen vorliegen. Die Abschottung des Therapie- raumes vom aktuellen Lebensraum der Klienten, wie dies von gewissen tiefenpsychologischen Therapieansätzen propagiert wird [79], ist darum besonders bedenklich, denn Erfahrungen mit Klienten aus alltagsfernen Behandlungssettings gewähren nur einen sehr begrenzten Einblick in das Verhaltensspektrum einer Person und fördern zudem Spaltungsphänomene.

Gezielte Settingvariation im AIP

Aus den genannten Gründen setzt das AIP gezielt Settingvariationen ein, indem auf verschiedene therapeutische Settings mit jeweils unterschiedlicher Teilnehmerzahl, Leitung, Ausrichtung, Zielsetzung und Strukturierung zurückgegriffen wird. Die ambulante Struktur des AIP ist diesbezüglich von Vorteil, da dadurch extramurale Bedingungen besser «simuliert» werden als – wie ursprünglich geplant – mit einer stationären Therapie in einer separaten Abteilung. Die partielle Unabhängigkeit von Bereichen wie Wohnen und Arbeit und der Umstand, dass Beobachtungen des Personals nicht fortlaufend abgeglichen werden, schaffen Voraussetzungen, unterschiedliche Persönlichkeitsanteile, Problembereiche (z.B. Spaltungstendenzen, Agitationsverhalten usw.) und Ressourcen von Klienten zur Geltung zu bringen, und dienen damit auch als intramurales Übungsfeld zum Erlernen sozialer Fähigkeiten. So lässt sich beobachten, dass Klienten in unterschiedlich hochstrukturierten Settings häufig sehr unterschiedliche Persönlichkeitseigenschaften erkennen lassen. Vielen Klienten fällt es leichter, sich an hochstrukturierte Settings anzupassen, als sich in offenen Settings sozial adäquat zu verhalten.

Neben *AIP-Fallbesprechung* und *AIP-Visite*, an denen auch die Klienten teilnehmen, ist jeder Klient einer *Einzeltherapie* und einer stabilen *Behandlungsgruppe* mit unterschiedlicher zeitlicher Intensität zugeteilt. In der Gruppentherapie achten die Therapeuten darauf, dass die Strukturierung des Settings variiert (z.B. hochstrukturierte Deliktarbeit vs. wenig strukturiertes kreativtherapeutisches Arbeiten). Parallel zu den Gruppentherapien findet wöchentlich ein gruppeninternes dreistündiges *Sozialtraining* statt, das in Abhängigkeit von Therapiestand, Risikobeurteilung und Einwilligung der einweisenden Behörden durch *begleitete therapeutische Ausgänge* als extramurales Sozialtraining ergänzt werden kann. Themenspezifische Gruppenangebote (z.B. Ärgerbewältigungstraining, körperzentrierte therapeutische Arbeit, sexualitätszentrierte Gruppe usw.) werden als Module gruppenübergreifend und zum Teil auch anderen Insassen angeboten. Mehr funktional organisatorischen Charakter hat die regelmässig stattfindende *AIP-Vollversammlung*, an der alle Mitglieder der verschiedenen AIP-Gruppen und alle Therapeuten teilnehmen. Sie wird von Klienten in eigener Regie geleitet. Ausserordentliche Aktivitäten wie Sport-Spieltage, Feierlichkeiten, Informationsveranstaltungen für interessierte Fachleute usw. werden dabei gemeinsam geplant und gruppenübergreifende Themen können bearbeitet werden.

Gruppe als zentrales therapeutisches Arbeitsfeld

Die therapeutische Arbeit in Gruppen hat gegenüber der Einzeltherapie eine Reihe von Vorteilen [80–85]. In der Forensik ist die besondere Effektivität von Gruppenbehandlungen grundsätzlich akzeptiert und bildet den «state of the art», insbesondere bei der Behandlung von Sexualstraftätern [86–88]. Ihr Leistungsnachweis ist – wie oben dargelegt – statistisch ausgewiesen. Auch unsere eigene langjährige klinische Erfahrung spricht klar für die «Potenz» von therapeutischen Interventionen in der Gruppe.

Bisweilen vertretene Thesen, wie «... Gruppenbehandlungen von Sexualtätern müssen aus heutiger Sicht verworfen werden ...» [89] (S. 246) sind aufgrund unserer Erfahrungen nicht nachvollziehbar und stehen im Widerspruch zu den Ergebnissen der Forschung und der internationalen Fachmeinung. Die Indikationsstellung zur Gruppentherapie sollte auf der Grundlage von Persönlichkeitskriterien und damit verbundenen Therapiezielen geschehen [90–94], wobei gerade für Sexualstraftäter die Gruppenbehandlung von führenden Fachleuten als das Standardtherapie-setting angesehen wird [38, 86].

Der wesentliche Vorteil einer Behandlungsgruppe besteht darin, dass sie, mit ihren unterschiedlichen sozialen und interaktionellen Bezügen, die soziale Lebensrealität im Grundsatz besser abbildet als das duale Behandlungssetting. Das therapeutische Potential einer Gruppe ist um so grösser, je stärker sich die anwesenden Gruppenteilnehmer als «Mitgestalter» erleben und ihre Wahrnehmungen, Beobachtungen und Interpretationen möglichst frei in den therapeutischen Prozess einfließen lassen. Verschiedene Gruppenmitglieder und die Gruppe als Ganzes erweitern das Wahrnehmungsspektrum und können als «Korrektiv» wirken, wenn beispielsweise die Interventionen der Therapeuten zu wenig nachvollziehbar erscheinen. Zudem haben gemeinsam gestaltete Meinungsbildungsprozesse eine besondere Überzeugungskraft, weil die Gruppe einerseits eine – wenn auch geschützte – Öffentlichkeit darstellt und authentisch erlebte Konfrontationen von gleichfalls Betroffenen bei Klienten weniger Schuld-, Scham- und Autoritätsaspekte aktualisieren.

Als Wirkfaktoren bezeichnen Bloch und Crouch [95] verschiedene Elemente der Gruppentherapie, die zur Verbesserung der Symptomatik der Teilnehmer beitragen. Als Faktoren werden dabei Komponenten des Prozessgeschehens verstanden, die eng mit den Funktionen der Gruppenleiter, anderer Gruppenmitglieder, der Gruppe als Ganzen und des Klienten selbst zusammen-

hängen. Yalom [85] legt ein Set von zwölf Wirkfaktoren vor, die sich zwar teilweise überschneiden, sich jedoch in Forschung und Praxis grosser Akzeptanz erfreuen (zum Konzept der Wirkfaktoren und zur Kritik daran vgl. Bloch und Crouch, 1985 [95]; Tschuschke, 1993 [96], 1999 [93]; Yalom, 1999 [85]). Von Klienten werden die Yalom-Faktoren «Gruppenkohäsion», «emotionale Katharsis» und «Interpersonales Lernen – input» (= «Feedback») in verschiedenen Gruppensettings als besonders hilfreich eingeschätzt. Die «Rekapitulation der Primärfamilie» und «Identifikation mit anderen Gruppenmitgliedern oder den -therapeuten» scheinen für die Klienten weniger bedeutungsvoll zu sein. Psychodynamische und lerntheoretische Begründungszusammenhänge verschiedener Therapieschulen werden aus der subjektiven Erlebnis-sicht der Klienten somit nur teilweise bestätigt (Übersicht der Ergebnisse metaanalytischer Forschung in Tschuschke, 1999 [93]).

Im Gegensatz zu den Wirkfaktoren sind die potentiellen Nebenwirkungen von Gruppenbehandlungen empirisch noch wenig untersucht [97]. Allgemein wird die Meinung vertreten, dass negative Effekte empirisch kaum zu erfassen sind [98] und dass durch eine sorgfältige Indikationsstellung unter Einschluss «probatorischer Sitzungen» oder «pre-training groups» zu erwartende negative Effekte einer gruppentherapeutischen Behandlung frühzeitig erkannt werden können [99].

Bei forensischen Klienten ist zu beachten, dass durch den sozialen Kontext der Gruppe zumindest anfänglich Angst- und Schamaffekte gefördert oder bei Gruppenmitgliedern und Therapeuten beispielsweise durch allzu detailliert geschilderte Deliktdarstellungen sekundäre Traumatisierungsprozesse [100] in Gang gesetzt werden können. Weiter können Gruppenprozesse, insbesondere bei unzureichender Beachtung vulnerabler Persönlichkeitsanteile der Klienten und mangelnder Reflexion des Gruppenprozesses durch Reinszenierung pathogener Stimulationen [101], für die Klienten retraumatisierend wirken (z.B. Wiederholung der «Sündenbockrolle», die viele Klienten aus ihrer Biographie kennen). Insbesondere bei homogen zusammengesetzten Gruppen kann es vorkommen, dass sich Klienten mit ähnlicher Persönlichkeitsdisposition oder Deliktaffinität in der Abwehr der therapeutischen Arbeit unterstützen, indem sie sich beispielsweise deliktspezifische, dysfunktionale kognitive Stile (Verzerrungen, Leugnungen, Legitimationen) gegenseitig bestätigen. Alle hier geschilderten, potentiell kontraproduktiven Aspekte sind durch erfahrene Gruppentherapeuten zu kontrollieren.

Gruppe als zentrales therapeutisches Arbeitsfeld im AIP

Im AIP ist die Gruppe das bevorzugte therapeutische Arbeitsfeld (vgl. Settingvariationen). Die begleitenden einzeltherapeutischen Sitzungen dienen vor allem dazu, möglichst optimale Bedingungen für die Gruppentherapie zu schaffen. Dabei findet in der *Einzeltherapie* nicht eine Auswahl der Themen statt, die in der Gruppe besprochen werden soll, sondern im Gegenteil bedarf es einer speziellen Indikation, wenn ein Thema (noch) nicht in der Gruppe zur Sprache kommt. Opferschutz (z.B. bei noch zu geringer Empathiefähigkeit der einzelnen Klienten oder der Gruppe als Ganzen), traumatheoretische Überlegungen [100, 102], aktuelle Überforderung des Klienten durch Angst- [83] oder Schamaffekte [103–105] können die Gründe für eine *negative Indikation* sein. Konkret berichten Klienten vor jeder AIP-Gruppensitzung in der Einstiegsrunde auch über den Inhalt der zwischenzeitig stattgefundenen Einzeltherapien. Dabei wird auch auf Themen hingewiesen, die aufgrund spezieller Gründe nicht in der Gruppe besprochen werden sollen. Wenn sinnvoll, werden Mitteilungen der Klienten durch die Therapeuten ergänzt oder Themen der Einzeltherapie in der Behandlungsgruppe vertieft bearbeitet.

Um potentielle Nebenwirkungen der Gruppenbehandlung möglichst gering zu halten, wird von den Klienten grösstmögliche Transparenz und Offenheit erwartet. Diesen Prinzipien sind auch die Therapeuten verpflichtet. Es wird davon ausgegangen, dass Klienten nie zuviel über ihre persönliche Dynamik, die Funktion verschiedener Interventionen und den Gruppenprozess wissen können. Darum wird das Gespräch über alle mit der Therapie zusammenhängenden Aspekte sowohl in Gruppensitzungen als auch in *Visiten* und *Fallbesprechungen* aktiv gefördert. Informierte und mündige Klienten fühlen sich weniger durch den therapeutischen Prozess «überrollt» und sind besser in der Lage, Verantwortung für sich und andere zu übernehmen [106]; ein Ziel, das für erfolgreiche Rückfallprävention von zentraler Bedeutung ist.

Deliktorientierung

Deliktorientierung umfasst vielfache spezialisierte Therapietechniken. Sie bilden den inhaltlichen Kern aller durch den PPD durchgeführten deliktpräventiven Therapien und werden dementsprechend auch im AIP praktiziert. Dieser spezifische deliktorientierte Ansatz wurde bereits mehrfach dargestellt und aufgrund von Behandlungsbeispielen

expliziert (zuletzt: [2, 5]). Auf ihn wird deshalb in der vorliegenden Arbeit nur kurz und der Vollständigkeit halber Bezug genommen. Vereinfacht dargestellt besteht bei Straftätern ein Missverhältnis zwischen deliktrelevanter Handlungsmotivation und der gegen diese Motivation gerichteten Steuerungsfähigkeit bzw. -bereitschaft. Deliktorientierte Techniken wie z.B. Deliktrekonstruktion, Sensibilisierungen gegenüber Risikofaktoren, Phantasiearbeit und Förderung von Opferempathie zielen auf einer Metaebene der Behandlung immer darauf ab, die Steuerungsfähigkeit des Täters zu erhöhen und/oder seine Deliktmotivation zu verringern. Dies gelingt um so besser, je genauer die deliktfördernden Faktoren in der Persönlichkeit des Klienten und in seinem relevanten sozialen Umfeld erfasst und einer Bearbeitung zugänglich gemacht werden können. Deliktorientierte Arbeit stellt darum das Tatverhalten in das Zentrum der therapeutischen Arbeit. Deliktbegünstigende Umstände sowie emotionale, kognitive, habituelle und körperliche Persönlichkeitsmerkmale mit Bezug zur Deliktdynamik sollen möglichst umfassend erkannt und im therapeutischen Prozess bearbeitet werden. Klienten sind dabei mündige Partner, die in der Gestaltung dieses Prozesses verantwortlich eingebunden sind.

Deliktorientierung im AIP

Deliktorientierte Arbeitsinhalte gehören auch zum Pflichtprogramm jeder Behandlung, die im AIP durchgeführt wird. Die konkrete Umsetzung der deliktorientierten Themen und ihre Integration in die ganzheitliche Behandlungskonzeption wird im Rahmen der Darstellung spezifisch behandlungstechnischer Aspekte ausführlich dargestellt [107].

Ressourcenorientierung

Das «problemfokussierende» Behandlungsprinzip der Deliktorientierung bedarf der Ergänzung durch das Prinzip der «Ressourcenorientierung». Eine einseitige therapeutische Orientierung auf personale Defizite, Problemstellungen und das Deliktverhalten fördert bei Klienten Gefühle der Frustration (häufig bei geringer Frustrationstoleranz), der Resignation und Hoffnungslosigkeit (häufig bei fehlender realistischer Lebensperspektive) und kann somit Insuffizienz-, Minderwertigkeitsgefühle und sekundäre «Prisonisierungseffekte» verstärken.

Gelingt es jedoch, neben der Problemanalyse und -bearbeitung immer auch gleichzeitig die beim Klienten erkennbaren und bei erfolgreichem Verlauf sich verstärkenden Fähigkeiten zur Problem-

bewältigung zu bestätigen und zu fördern, dann rücken die kompetenten Eigenschaften des Klienten, ein positives Selbstempfinden und ‹Selbstwirksamkeitserwartungen› [108] ins Zentrum der therapeutischen Aufmerksamkeit. Nachweislich ist therapeutische Unterstützung besonders effektiv, wenn an die Möglichkeiten, Fähigkeiten, Eigenheiten und Eigenmotivation der Klienten angeknüpft sowie ressourcen- und lösungsorientiert gearbeitet wird (z.B. [109]). Solche Gratifikations-erfahrungen sind insbesondere bei Straftätern besonders wichtig. Die deliktrelevanten Verhaltens- und Erlebensweisen, die bei erfolgreichem Therapieverlauf reduziert werden, sind häufig neben ihren destruktiven Elementen auch mit Aspekten innerpsychischen Gewinns verbunden. Gerade bei eng mit der Persönlichkeit assoziierten deliktrelevanten Dispositionen ist die Förderung anderer gratifizierender Erlebensweisen für die Nachhaltigkeit von Veränderungen wesentlich. Ein Täter, der vermehrt Kontrolle über sexualdeviante Phantasien gewinnt, entwickelt möglicherweise über den Steuerungs- und Selbstbestimmungszuwachs gegenüber seinen Phantasien selbstwertfördernde Selbstbilder und damit verbunden positive Erlebensweisen wie Stolz, Erleichterung, Freude usw. ([5], S. 57ff.).

Ressourcenorientierung im AIP

Der therapeutische Alltag im Intensivprogramm generiert eine Vielzahl von Aufgaben (z.B. Öffentlichkeitsarbeit, Gestalten von Informationsmaterialien, Sport- und Spieltage), Funktionen (z.B. Gruppensprecher, Diskussionsleiter, Organisator) und Situationen (Fortschritte im eigenen therapeutischen Prozess, Interventionen gegenüber anderen Gruppenmitgliedern, Bewältigung von Konfliktsituationen in der Strafanstalt), die es den Klienten ermöglichen, vorhandene personale Kompetenzen zu zeigen oder in den Dienst der Gruppe zu stellen und dafür von Gruppenmitgliedern und Therapeuten Wertschätzung zu erfahren. Die Übernahme von Verantwortung durch Klienten wird – wann immer möglich – aktiv unterstützt, um Selbständigkeit und Eigenverantwortung zu fördern.

In welcher Form Ressourcenorientierung konkret in deliktorientierten Therapiesequenzen praktiziert wird, wird anderorts ausführlicher dargestellt [107].

Behandlungsziele

Auch wenn im AIP Täter mit besonders chronifizierten Problembereichen behandelt werden,

gehen wir von der basalen Annahme aus, dass die meisten Menschen die Möglichkeit zu einem lebenslangen relevanten Entwicklungs- und Wandlungsprozess mit der Fähigkeit zur Adaptation [110], Assimilation und Akkomodation [111] sowie zur Selbstorganisation [112] haben. Im Sinne des ‹life-span developmental approach› [113] findet dabei die Entwicklung in der gesamten Lebensspanne eines Menschen bis ins hohe Alter Beachtung. Gerade in der Therapie von Straftätern ist es jedoch auch notwendig, die Grenzen des Mach- und gesellschaftlich Vertretbaren zu erkennen. Dauerhafte strukturelle Unbehandelbarkeit, die lebenslange Sicherung bedingen muss, liegt dann vor, wenn einer ausserordentlich hohen Rückfallgefahr für schwerste Straftaten eine ausserordentlich geringe Aussicht auf risikorelevante Veränderungsmöglichkeiten gegenüber steht, insbesondere dann, wenn es bereits wiederholt zu schwersten Delikten gekommen ist [30].

Während in der Kranken- und Opferbehandlung kurative Zielsetzungen im Zentrum der Therapie stehen, ist die Täterbehandlung, so wie sie im PPD vertreten wird, zweckgerichtet und maximal deliktpräventiv ausgerichtet. Andere Autoren setzen hier andere Prioritäten und verstehen zukünftige Deliktfreiheit als eine Art Nebenprodukt der Therapie. In diesem Sinne formuliert zum Beispiel Böllinger ([114], S. 24): ‹Die Eigenschaft der therapeutischen Behandlung schliesst Nebenzwecke wie Resozialisierung und Rückfallverhinderung selbstverständlich nicht aus ...› Diese einseitig einer Verbesserung des psychischen Zustandes eines Täters verpflichtete Haltung ist angesichts des Leides, das durch Gewalt- und Sexualdelikte Opfern und ihren Angehörigen zugefügt wird, mehr als fragwürdig. Im AIP sind demgegenüber alle therapeutischen Bemühungen vor allem auf das Ziel der Deliktprävention ausgerichtet. Diesem Ziel werden alle anderen möglichen Zielsetzungen untergeordnet. Klienten sollen befähigt werden, eigenständig Verantwortung für eine deliktfreie Zukunft zu übernehmen und sich in der Therapie die dafür notwendigen Kenntnisse und Fähigkeiten erarbeiten. Deliktpräventive Arbeit dient dem Schutz früherer und potentieller Opfer und damit der öffentlichen Sicherheit. Dies steht keineswegs im Widerspruch zu den Interessen behandlungsmotivierter Klienten, da es bei den meisten Straftätern – wenn auch nicht bei allen – zumindest einen Teil der Persönlichkeit gibt, der aus ureigenstem Interesse Deliktfreiheit als vorteilhaft empfindet.

Um die deliktpräventive Zielsetzung für die Behandlung nutzbar zu machen, bedarf es einerseits der transparenten Aushandlung einer gemein-

samen Zieldefinition mit Klienten und andererseits der Explizierung des Globalzieles in einer handlungsleitenden <polivalenten Zielstruktur> [115] mit Grob- und Feinzielen, d.h. kurz-, mittel- und langfristig zu erreichenden Zielen.

Das aus didaktischen Gründen vereinfachte <Zweikomponenten-Modell> der Delinquenz [5] beschreibt Deliktverhalten als ein Missverhältnis zwischen einem Handlungsimpuls (Motivation) und der dagegen gerichteten Steuerungsfähigkeit des Täters. Eine deliktpräventive Behandlung verfolgt demnach die Zielsetzung, die Steuerungsfähigkeit des Täters zu erhöhen und/oder seine Deliktmotivation zu verringern (*mittelfristige, persönlichkeitsbestimmte Zielsetzung*). Je besser die deliktrelevanten Aspekte des Tatverhaltens, der Täterpersönlichkeit und der Tatsituation erfasst werden (*kurzfristige, methodenspezifische Zielsetzung*), desto grösser ist die Chance, dass zukünftige Risikoentwicklungen erfolgreich gemeistert werden (*langfristige Globalzielsetzung*).

Zur Erhöhung der Steuerungsfähigkeit dienen beispielsweise auf der Ebene der *kurzfristigen, interventionsspezifischen Feinziele*:

- die Aufdeckung von deliktfördernden, intrapersonalen Prozessen (Kognitionen, Phantasien, Emotionen) in der Feinanalyse des Deliktverlaufs,
- die Sensibilisierung der Klienten für potentielle Hochrisikosituationen mit der Deliktpanoramatechnik (spezifische deliktorientierte Intervention) oder
- das konkrete Einüben kommunikativer Fähigkeiten im Sozialtraining.

Zur Senkung der Deliktmotivation können beispielsweise folgende Prozesse beitragen:

- Kontinuierliches Erleben persönlicher Wertschätzung, Akzeptanz, Respekt, Transparenz und Verlässlichkeit in vertrauensvollen Beziehungen mit dem Ziel, korrigierende emotionale Erfahrungen [116] zu ermöglichen.
- Kognitives und emotionales Vervollständigen des subjektiven Delikterlebens des Täters durch die Perspektive des Opfers oder seines sozialen Umfeldes mit der Zielsetzung der Erhöhung der Empathiefähigkeit des Täters.

Bei ausreichend guter Abstimmung der auf verschiedenen Abstraktionsebenen beschriebenen, zielgeleiteten Prozesse können durch die Therapie, nach dem Prinzip der <Selbstorganisation>, kreative und synergetische Prozesse eingeleitet werden, die beim Klienten nachhaltige Veränderungen bewirken.

Literatur

- 1 Urbaniok F. Das Zürcher PPD-Modell – Ein modernes Konzept der Zusammenarbeit von Justiz und Psychiatrie. Forensische Psychiatrie und Psychotherapie. Aktualisierter Nachdruck 2001;8:37–67.
- 2 Urbaniok F. Der deliktorientierte Therapieansatz in der Behandlung von Straftätern – Konzeption, Methodik und strukturelle Rahmenbedingungen im Zürcher PPD-Modell. Psychotherapie Forum 2003;11:202–13.
- 3 Zürich RdK. Expertenbericht an den Regierungsrat des Kanton Zürich 2002.
- 4 Zürich RdK. Protokoll des Regierungsrates des Kanton Zürich 2005.
- 5 Urbaniok F. Was sind das für Menschen – was können wir tun. Nachdenken über Straftäter. Bern: Zytglogge Verlag; 2003.
- 6 Lösel F. Meta-analytische Beiträge zur wiederbelebten Diskussion des Behandlungsgedankens. In: Steller M, Dahle KP, Basqué M, Herausgeber. Straftäterbehandlung. Pfaffenweiler: Centaurus; 1994. S. 13–34.
- 7 Lösel F, Köferl M. Evaluation research on correctional treatment in West Germany: a meta-analysis. In: Wegener H, Lösel F, Haisch J, editors. Criminal Behavior and the Justice System: Psychological Perspectives. New York: Springer; 1989. p. 334–55.
- 8 Marshall WL, Jones R, Ward T, Johnston P, Barbaree HE. Treatment outcome with sex offenders. Clin Psychol Rev 1991;11:465–85.
- 9 McGrath MG. Sex-offender risk assessment and disposition planning. A review of empirical and clinical findings. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology 1991;35:328–50.
- 10 Freeman-Longo RE, Knopp FH. State-of-the-art sex offender treatment, outcome and issues. Annals of Sex Research 1992;5:141–60.
- 11 Marshall WL, Pithers WD. A reconsideration of treatment outcome with sex offenders. Criminal Justice and Behaviour 1994;21:10–27.
- 12 Becker JV, Hunter JA. Evaluation of treatment outcome for adult perpetrators of child sexual abuse. Criminal Justice and Behaviour 1992;19:74–92.
- 13 Hall GC. Sexual offender recidivism revisited. A meta-analysis of recent treatment studies. J Consult Clin Psychol 1995;36:802–9.
- 14 Bourke ML, Donohue B. Assessment and treatment of juvenile sex offenders: an empirical review. J Child Sex Abus 1996;5:47–70.
- 15 Redondo S, Sánchez-Meca J, Garrido V. The influence of treatment programmes on the recidivism of juvenile and adult offenders: a European meta-analytic review. Psychology, Crime and Law 1999;5:251–78.
- 16 Furby L, Weinrott MR, Blackshaw L. Sex offender recidivism: a review. Psychol Bull 1989;105:3–30.
- 17 Camp BH, Thyer BA. Treatment of adolescent sex offenders. A review of empirical research. The Journal of Applied Social Science 1993;17:191–206.
- 18 Quincey VL, Harris GT, Rice ME, Lalumière ML. Assessing treatment efficacy in outcome studies of sex offenders. J Interpers Violence 1993;8:512–23.
- 19 Gendreau P, Goggin C. Principles of effective correctional programming. Forum on Corrections Research 1996;8:38–41.

- 20 Donato R, Shanahan M. The Economics of Implementing Intensive In-Prison Sex-Offender Treatment Programs. *Trends and Issues in Crime and Criminal Justice*, 1999, No. 134, p. 1–6. Canberra, Australia: Australian Institute of Criminology.
- 21 Andrews DA, Bonta J. *The Psychology of Criminal Conduct*. Cincinnati: Anderson; 1994.
- 22 Antonowicz DH, Ross RR. Essential components of successful rehabilitation programs for offenders. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 1994;38:97–104.
- 23 Lipsey MW. What do we learn from 400 research studies on the effectiveness of treatment with juvenile delinquents. In: McGuire J, editor. *What works? Reducing Reoffending*. Chichester: Wiley; 1995. p. 63–78.
- 24 Lösel F. The efficacy of correctional treatment: a review and synthesis of meta-evaluations. In: McGuire J, editor. *What works? Reducing Reoffending*. Chichester: Wiley; 1995. p. 79–111.
- 25 Lösel F, Bender D. Straftäterbehandlung: Konzepte, Ergebnisse, Probleme. In: Steller M, Volpert R, Herausgeber. *Psychologie im Strafverfahren*. Bern: Huber; 1997. S. 171–204.
- 26 Gallagher CA, Wilson DB, Hirschfield P, Coggeshall MB, MacKenzie DL. A quantitative review of the effects of the sex offender treatment on sexual reoffending. *Corrections Management Quarterly* 1999;3:19–29.
- 27 Hanson RK, Gordon A, Harris AJR, Marques JK, Murphy W, Quinsey VL, et al. First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders. *Sex Abuse* 2002;14:169–94.
- 28 Dowden C, Antonowicz DH, Andrews DA. The effectiveness of relapse prevention with offenders: a meta-analysis. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2003;47:516–28.
- 29 Schmucker M, Lösel F. The effectiveness of treatment for sexual offenders: a comprehensive meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology* 2005;1:117–46.
- 30 Urbaniok F. Gibt es unbehandelbare Täter? Schweizer Arbeitsgruppe für Kriminologie 2002;20:149–69.
- 31 Leygraf N. Verschiedene Möglichkeiten, als nicht therapierbar zu gelten. *Recht & Psychiatrie* 2002;20:3–7.
- 32 Böllinger L. *Psychoanalyse und die Behandlung von Delinquenten*. Heidelberg: C. F. Müller; 1979.
- 33 Schorsch E. *Sexualstraftäter*. Stuttgart: Enke; 1971.
- 34 Schorsch E, Galedary G, Haag A, Hauch M, Lohse H. *Perversion als Straftat*. Berlin, Heidelberg: Springer; 1985.
- 35 Schorsch E, Pfäfflin F. Die sexuellen Deviationen und sexuell motivierte Straftaten. In: Venzlaff U, Foerster K, Herausgeber. *Die sexuellen Deviationen und sexuell motivierte Straftaten*. Stuttgart, Jena, New York: Fischer; 1994.
- 36 Pithers WD, Marques JK, Gibat CC, Marlatt GA. Relapse prevention with sexual aggressives: a self-control model of treatment and maintenance of change. In: Greer JG, Stuart IR, editors. *The Sexual Aggressor: Current Perspectives on Treatment*. New York: Van Nostrand Reinhold; 1983. p. 214–39.
- 37 Laws RD. *Relapse Prevention with Sex Offenders*. New York: Guilford Press; 1989.
- 38 Marshall WL, Anderson D, Fernandez YM. *Cognitive Behavioural Treatment Outcome with Sex Offenders*. Chichester: Wiley; 1999.
- 39 Marques JK, Nelson C. The relapse prevention model: Can it work with sex offenders. In: Peters RD, McMahon RJ, Quinsey VL, editors. *Aggression and Violence Throughout the Life Span*. Newbury Park, CA: Sage; 1992. p. 222–43.
- 40 Marshall WL, Fernandez YM, Hudson SM, Ward T. *Sourcebook of Treatment Programs for Sexual Offenders*. New York: Plenum; 1998.
- 41 Marques JK, Nelson C, Alarcon JM, Day DM. Preventing relapse in sex offenders. What we learned from SOTEP's experimental treatment program. In: Laws RD, Hudson SM, Ward T, editors. *Remaking Relapse Prevention with Sex Offenders*. Thousand Oaks: Sage Publications; 2000. p. 321–40.
- 42 Marques JK, Day DM. *Sex Offender Treatment and Evaluation Project: Progress Report* [unpublished manuscript]. California Department of Mental Health; 1998.
- 43 Marques JK, Wiederanders M, Day DM, Nelson C, van Ommeren A. Effects of a relapse prevention program on sexual recidivism: final results from California's Sex Offender Treatment and Evaluation Project (SOTEP). *Sex Abuse* 2005;17:79–107.
- 44 Wössner G. Arbeitsbereiche aus dem Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht: Behandlung, Behandelbarkeit und Typisierung von Sexualstraftätern. 2002, www.iuscrim.mpg.de/verlag/
- 45 Preuss WF, Lietz K. Gruppendynamik und individuelle Psychodynamik im Hamburger Modell der Gruppenpsychotherapie für pädosexuelle Männer. *Recht und Psychiatrie* 2004;22:67–74.
- 46 Bullens R. Ambulante Behandlung von Sexualdelinquenten innerhalb eines gerichtlich verpflichtenden Rahmens. In: Ramin G, Herausgeberin. *Inzest und sexueller Missbrauch*. Paderborn: Junfermann; 1993. S. 397–411.
- 47 Foulkes S. *Gruppenanalytische Psychotherapie*. München: Pfeiffer; 1992.
- 48 Plaum EF. Aspekte eines «praktischen» Eklektizismus bei psychologischen Interventionsmassnahmen. *Psychologie in Erziehung und Unterricht* 1981;28:222–34.
- 49 Petzold H. Editorial: Psychotherapie und Interventionsforschung. *Integrative Therapie* 1992;18:341–5.
- 50 Bateson G. *Ökologie des Geistes: anthropologische, psychologische, biologische und epistemologische Perspektiven*. Frankfurt: Suhrkamp; 1985.
- 51 Petzold H. *Methodenintegration in der Psychotherapie*. Paderborn: Junfermann; 1982.
- 52 PPD AQ-M, Leitbild PPD. 2004, Justizvollzug Kanton Zürich. www.justizvollzug.zh.ch/content/justizvollzug/p_p_dienst/
- 53 Watkins JG, Watkins HH. *Ego-States – Theorie und Therapie*. Heidelberg: Carl-Auer Verlag; 2004.
- 54 Ferenczi S. Die Elastizität der psychoanalytischen Technik. In: Ferenczi S, Herausgeber. *Bausteine der Psychoanalyse III*. Bern: Huber; 1984. S. 380–98.
- 55 James W. *Pragmatism: A New Name for Some Old Ways of Thinking*. London: Longmans Green; 1907.
- 56 Urbaniok F. *Teamorientierte Stationäre Behandlung in der Psychiatrie*. Stuttgart: Thieme; 2000.
- 57 Störig HJ. *Kleine Weltgeschichte der Philosophie*. Frankfurt: Fischer; 1984.
- 58 Garfield SL, Bergin AE. *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change: An Empirical Analysis*. New York: Wiley; 1978.

- 59 Hyan MT. On the advantages of assuming that the techniques of psychotherapy are ineffective. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 1981;18:11–3.
- 60 Asay TP, Lambert MJ. Empirische Argumente für die allen Therapien gemeinsamen Wirkfaktoren: Quantitative Ergebnisse. In: Hubble MA, Duncan BL, Miller SD, Herausgeber. *So wirkt Psychotherapie*. Dortmund: Verlag Modernes Lernen; 2001. S. 41–82.
- 61 Norcross JC, Goldfried MR. *Handbook of Psychotherapy Integration*. New York: Basic; 1992.
- 62 Märtens M, Petzold H. Wer und was wirkt in der Psychotherapie? Mythos «Wirkfaktoren» oder hilfreiches Konstrukt? *Integrative Therapie* 1998;24:98–110.
- 63 Seligman L. *Selecting Effective Treatments*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1990.
- 64 Stricker G, Gold JR. *Comprehensive Handbook of Psychotherapy Integration*. New York: Plenum Press; 1993.
- 65 Lambert MJ. Psychotherapy outcome research: implications for integrative and eclectic therapist. In: Norcross JC, Goldfried MR, editors. *Handbook of Psychotherapy Integration*. New York: Basic; 1992. p. 94–129.
- 66 Hubble MA, Duncan BL, Miller SD. Einleitung. In: Hubble MA, Duncan BL, Miller SD, Herausgeber. *So wirkt Psychotherapie*. Dortmund: Verlag Modernes Lernen; 2001. S. 17–38.
- 67 Orlinsky DE, Howard KI. Ein allgemeines Psychotherapie-modell. *Integrative Therapie* 1988;14:281–308.
- 68 Ambühl H. Was ist therapeutisch an Psychotherapie? *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie* 1993;41:285–303.
- 69 Orlinsky DE, Grawe K, Parks R. Process and outcome in psychotherapy. In: Bergin AE, Garfield SL, editors. *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley; 1994. p. 270–376.
- 70 Orlinsky DE. Learning from Many Masters – Ansätze zu einer wissenschaftlichen Integration psychotherapeutischer Behandlungsmodelle. In: Petzold H, Märtens M, Herausgeber. *Wege zu effektiven Psychotherapien – Psychotherapieforschung und Praxis*. Band 1: Modelle, Konzepte, Settings. Opladen: Leske und Budrich; 1999. S. 31–44.
- 71 Pfäfflin F, Kächele H. Positive und negative Wirkfaktoren von Psychotherapien. *WsFPP* 2001;8:69–91.
- 72 Petzold H, Orth I. *Mythen der Psychotherapie – Ideologien, Machtstrukturen und Wege kritischer Praxis*. Paderborn: Junfermann; 1999.
- 73 Roller B, Nelson V. *Die Kunst der Co-Therapie*. Köln: EHP; 1993.
- 74 Lewin K. *Principles of Topological Psychology*. New York: McGraw-Hill; 1936.
- 75 Marrow AJ. *Kurt Lewin – Leben und Werk*. Stuttgart: Klett; 1977.
- 76 Grawe K. *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe; 2000.
- 77 Lück HE. *Kurt Lewin – Eine Einführung in sein Werk*. Weinheim: Beltz; 2001.
- 78 Urbaniok F. Validität von Risikokalkulationen bei Straftätern – Kritik an einer methodischen Grundannahme und zukünftige Perspektiven. *Fortschritte für Neurologie und Psychiatrie* 2004;72:260–9.
- 79 Böllinger L. *Psychoanalytisch orientierte Sozialtherapie*. In: Lösel F, Herausgeber. *Kriminalpsychologie. Grundlagen und Anwendungsbereiche*. Basel: Beltz; 1983. S. 239–46.
- 80 Battegay R. *Die Gruppe als Schicksal*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht; 2000.
- 81 Fontao M. *Emotion, Abstraktion und Wirkfaktoren in der Gruppentherapie*. Ulm: Ulmer Textbank Verlag; 2004.
- 82 Heigl-Evers A. *Gruppendynamik*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht; 1973.
- 83 König K, Lindner W. *Psychoanalytische Gruppentherapie*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht; 1991.
- 84 Moreno JL. *Gruppenpsychotherapie und Psychodrama*. Stuttgart: Thieme; 1997.
- 85 Yalom ID. *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie: ein Lehrbuch*. München: Klett-Cotta; 1999.
- 86 Bullens R. *Möglichkeiten der Tätertherapie. Sexueller Missbrauch – Tätertherapie*. Bundesarbeitsgemeinschaft Prävention und Prophylaxe e.V.; 2002. www.praevention.org.
- 87 Marshall WL, Laws RD, Barbaree HE. *Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories and Treatment of the Offender*. New York: Plenum; 1999.
- 88 Pitzing HJ. *Ambulante Psychotherapie von Sexualstraftätern ist ein Beitrag zur Prävention und zum Opferschutz*. In: Kerner H-J, Marks E, Herausgeber. *Internetdokumentation Deutscher Präventionstag, Hannover, 2003*. www.praeventionstag.de.
- 89 Reinfried HW. *Räuber, Diebe, Mörder. Psychotherapie im Strafvollzug*. Stuttgart: Frommann-Holzboog; 1999.
- 90 Dies RR. Research on group psychotherapy: overview and clinical applications. In: Alonso A, Swiller HI, editors. *Group Therapy in Clinical Practice*. Washington: American Psychiatric Press; 1993.
- 91 Piper WE, McCallum M. Selection of patients for group interventions. In: Bernard HS, MacKenzie KR, editors. *Basics of Group Psychotherapy*. New York: Guilford; 1994.
- 92 Roback H, Smith M. Patient attrition in dynamically oriented treatment groups. *Am J Psychiatry* 1987;144:426–31.
- 93 Tschuschke V. Die Bedeutung der Psychotherapieforschung für die Gruppenpsychotherapie. In: Petzold H, Märtens M, Herausgeber. *Wege zu effektiven Psychotherapien – Psychotherapieforschung und Praxis*. Band 1: Modelle, Konzepte, Settings. Opladen: Leske und Budrich; 1999.
- 94 Vinogradov S, Yalom ID. *A Concise Guide to Group Psychotherapy*. Washington: American Psychiatric Press; 1990.
- 95 Bloch S, Crouch E. *Therapeutic Factors in Group Psychotherapy*. New York: Oxford Press; 1985.
- 96 Tschuschke V. *Wirkfaktoren stationärer Gruppenpsychotherapie – Prozess – Ergebnis – Relationen*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht; 1993.
- 97 Tschuschke V. Spezifische und/oder unspezifische Wirkfaktoren in der Gruppenpsychotherapie. In: Tschuschke V, Czogalik D, Herausgeber. *Psychotherapie – Welche Effekte verändern?* Berlin: Springer; 1990.
- 98 Lambert MJ, Bergin AE. The effectiveness of psychotherapy. In: Bergin AE, Garfield SL, editors. *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change*. New York: Wiley; 1994. p. 143–89.

- 99 Strauss B, Eckert J. Schäden und negative Folgen von Gruppentherapien. In: Petzold H, Märtens M, Herausgeber. Therapieschäden – Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Paderborn: Junfermann; 2002. S. 246–65.
- 100 Reddemann L. Imagination als heilsame Kraft. Stuttgart: Klett-Cotta; 2002.
- 101 Petzold H. Die vier «Wege der Heilung» in der Integrativen Psychotherapie. In: Petzold H, Herausgeber. Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Paderborn: Junfermann; 1996. S. 173–284.
- 102 van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L. Traumatic Stress. Paderborn: Junfermann; 2000.
- 103 Hilgers M. Scham – Gesichter eines Affekts. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht; 1996.
- 104 Lewis M. Scham – Annäherung an ein Tabu. Hamburg: Kabel; 1993.
- 105 Wurmser L. Die Maske der Scham. Heidelberg: Springer; 1990.
- 106 Petzold H. Client Dignity konkret – PatientInnen und TherapeutInnen als Partner in «kritischer Kulturarbeit» – eine Initiative. Integrative Therapie 2001;32:388–95.
- 107 Urbaniok F, Stürm M. Das Zürcher «Ambulante Intensiv-Programm» (AIP) zur Behandlung von Gewalt- und Sexualstraftätern. Teil 2: Spezifisch deliktpräventive und therapeutische Konzeptionen. Schweiz Arch Neurol Psychiatr 2006;157:119–33.
- 108 Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavior change. Psychol Rev 1977;84:191–215.
- 109 Petzold H. Das Ressourcenkonzept in der sozial-interventiven Praxeologie und Systemberatung. Integrative Therapie 1997;23:435–71.
- 110 Cyrulnik B. Die Kraft, die im Unglück liegt – von unserer Fähigkeit am Leid zu wachsen. München: Goldmann; 2001.
- 111 Piaget J, Inhelder B. Die Psychologie des Kindes. Olten: Walter; 1972.
- 112 Maturana HR, Varela FJ. Der Baum der Erkenntnis. Wie wir die Welt durch unsere Wahrnehmung erschaffen – die biologischen Wurzeln des menschlichen Erkennens. Bern: Scherz; 1987.
- 113 Baltes PB, Featherman DL, Lerner RM. Life-Span-Development and Behaviour. Hillsdale: Erlbaum; 1988.
- 114 Böllinger L. Kontrolle der Innenwelt statt Resozialisierung. Zur Offenbarungspflicht der Therapeuten im Strafvollzug. WsFPP 2003;10:17–45.
- 115 Petzold H, Osten P Diagnostik und mehrperspektivische Prozessanalyse in der Integrativen Therapie. In: Laireiter AR, Herausgeber. Diagnostik in der Psychotherapie. Wien: Springer; 2000. S. 247–63.
- 116 Alexander F, French TM. Psychoanalytic Therapy: Principles and Application. New York: Ronald Press; 1946.

Das Zürcher «Ambulante Intensiv-Programm» (AIP) zur Behandlung von Sexual- und Gewaltstraftätern.

Teil 2: Spezifisch deliktpräventive und therapeutische Konzeptionen

■ F. Urbaniok, M. Stürm

Psychiatrisch Psychologischer Dienst (PPD), Justizvollzug Kanton Zürich

Summary

Urbaniok F, Stürm M. [The 'Zurich Intensive Programme' for the treatment of sexual and violent offenders. Part 2: Specific therapeutic concepts for the prevention of offences.] Schweiz Arch Neurol Psychiatr 2006;157:119–33.

The 'Zurich Intensive Programme' is a group therapeutic treatment option for sexual and violent offenders with a high habitual risk disposition deep-seated in the personality. It is conducted in the largest of the Swiss penal institutions and is in this form a unique option in Switzerland for preventing recidivism. The 'Zurich Intensive Programme' is part of the interdisciplinary overall strategy, with maximum focus on the prevention of offences, of Law Enforcement in the Zurich PPD model, which structurally integrates forensic psychiatry and psychotherapy.

The fundamental methodical and conceptional aspects of integrative, specifically offence-oriented and group therapeutic treatment approaches of the 'Zurich Intensive Programme' were described in an earlier article. Systematic integration of methods as the basis of the concept and conceptional aspects such as, for example, interdisciplinarity, selective setting variation, offence and resource orientation as well as the orientation of the treatment to a differentiated goal matrix were explained.

In this study the 'Zurich Intensive Programme' specific therapeutic concept for the prevention of

offences will be presented and explained with examples. Throughout the course of treatment a rigid phase model of the therapeutic process has been rejected in favour of a multi-dimensional viewpoint. The necessity for the interaction of obligatory offence-oriented and complementary personality-focussing treatment elements for the treatment of clients described as having a high to very high structural risk disposition is substantiated and presented. The therapeutic curriculum is flexible with regard to the timing and the type of presentation of the topic contents, without relinquishing clear therapeutic basic conditions. The continuous flexible co-ordination of interventions and short-term therapeutic objectives takes place on the basis of transparent and professional teamwork.

The treatment concept of the 'Zurich Intensive Programme' integrates five therapeutic focuses, which are continually worked on during the course of the process:

- 1) *Clarification/diagnosis:* Starting with a structured initial diagnosis, a prognosis with regular standardised risk assessments is carried out during the process.
- 2) *Group cohesion/relationship pattern:* The relationship structure between the individual group participants, the members of the treatment team and the relationship pattern between clients and therapists are continually reconsidered.
- 3) *Offence orientation:* The systematically offence-oriented therapeutic work pursues the aims of offence reconstruction, the handling of cognitive distortions, fantasy control, the promotion of empathy, offence coping and creating with the purpose of an individual plan for the prevention of relapse.
- 4) *Controlled testing:* Behaviour to prevent offence is practised in a specific way and tested under various intra- and extramural environmental conditions.

Korrespondenz:
Matthias Stürm, lic. phil.
Leitender Psychologe
Psychiatrisch Psychologischer Dienst (PPD)
Justizvollzug Kanton Zürich
Feldstrasse 42
CH-8090 Zürich
e-mail: matthias.stuerm@ji.zh.ch

5) *Aftercare/risk assessment*: Structured and demanding aftercare is planned at an early stage and includes regular standardised risk checks.

Even if the concept of the 'Zurich Intensive Programme' is oriented towards achieving the highest measure of risk reduction and prepares the ground for long-term risk management processes, relapses of clients who have undergone therapy cannot be completely excluded. However, there neither is a sociopolitical consensus nor is it legally practicable to apply to all clients at high risk of relapse lifelong preventive detention, especially when they are in principle approachable by therapy. For this reason, there is at present no recognisable alternative to professionally developed, intensive offence-preventive options for offenders who are in relevant danger of relapse and requiring treatment.

Nonetheless it is to be feared that in the case of relapses which cannot be totally avoided in the long run, differentiating considerations can only be conveyed politically, socially and by the media with difficulty or not at all. Central significance is therefore attached in a special way to professional discussion, but also to a transparent public information policy.

Keywords: 'Zurich Intensive Programme'; Zurich PPD model; sexual offenders; violent offenders; offender therapy

Einleitung

In einer vorangehenden Arbeit [1] wurden die Entstehungsgeschichte und die methodischen Grundlagen des 'Ambulanten Intensiv-Programms' (AIP) zur Behandlung hoch rückfallgefährdeter Sexual- und Gewaltstraftäter innerhalb der grössten Schweizer Strafanstalt dargestellt. Im Zentrum der Arbeit stand die Darlegung und Diskussion methodischer Grundlagen zur Täterbehandlung, wie sie im Zürcher PPD-Modell und speziell im AIP praktiziert werden. Zusätzlich wurden konzeptionelle Überlegungen zu interdisziplinärer Zusammenarbeit, Behandlungszielen und zur Notwendigkeit einer mehrdimensionalen Zielmatrix angestellt.

In der vorliegenden Arbeit wird auf spezifisch deliktpräventive und konzeptionell-therapeutische Aspekte des AIP Bezug genommen. Dabei werden Überlegungen zur Integration von persönlichkeits- und deliktorientierter Arbeit in einer ganzheitlichen therapeutischen Konzeption und zur Weiterentwicklung des Programms dargelegt.

Therapieprozesse

Menschliche Veränderungsprozesse sind nur bedingt planbar. Zwar können beispielsweise Behandlungsmilieus und Umfeldbedingungen geschaffen werden, die erwiesenermassen konstruktive Veränderungen begünstigen. Strategische Zielsetzungen müssen jedoch immer wieder prozessual an die aktuellen Gegebenheiten aller beteiligten Personen und ihre aktuellen Umfeldbedingungen angepasst werden [2]. Auch bei gemeinsamer Zieldefinition zwischen Therapeut und Klient ist der 'therapeutische Weg', den die Beteiligten zurücklegen, nie vollständig kongruent, zuweilen sogar sehr disparat [3].

In verschiedenen Evaluationsstudien von Straftäterbehandlungen haben sich kognitiv-behaviorale Therapien in ihrer Wirksamkeit als überlegen erwiesen [4–10]. Es gibt allerdings deutliche Hinweise dafür, dass dieser Effekt weniger auf die Überlegenheit einer bestimmten psychotherapeutischen Schule als vielmehr auf Behandlungselemente zurückzuführen ist, die häufig mit kognitiv-behavioralen Programmen korrelieren: die Orientierung therapeutischer Interventionen am Tatverhalten (Deliktorientierung), Spezialisierung in konzeptioneller und personeller Hinsicht, Rückfallprävention als primäre Zielsetzung der Behandlung und übersichtliche Strukturierung des therapeutischen Prozesses [1].

Kognitiv-behaviorale Behandlungen, die den kognitiven Aspekt einseitig überbetonen und die Therapie in hochstrukturierten Programmen organisieren, bergen die Gefahr, wesentliches Behandlungspotential ungenutzt zu lassen [11–14]. Eine zu starke Uniformität der strategischen Therapieplanung hat Inflexibilität zur Folge, so dass individuelle, langfristig nur bedingt planbare Therapieverläufe und variable Entwicklungsbedingungen für unterschiedliche Klienten nur unzureichend berücksichtigt werden. Trotz teilweise vergleichbarer Delikt Karriere (Delikttypus, Rückfallszenarien, 'modus operandi') erweisen sich z.B. bei den Klienten des AIP die delinquenzassoziierten persönlichen Problematiken als höchst unterschiedlich.

Ein thematisch starr strukturierter Ablauf der Behandlung birgt zudem die Gefahr, dass sich Klienten einseitig den Therapiestrukturen anpassen. Im Strafvollzug ist Anpassungsverhalten ohnehin ein gängiges Muster, das viele Klienten aufgrund ihrer biographischen, häufig institutionslastigen Sozialisation sehr gut beherrschen. Eine inflexible Therapiestruktur führt dazu, dass das Timing der dargebotenen Inhalte und das Ausmass der therapeutischen Bearbeitung nie für alle Be-

teiligten stimmig sind und damit häufig oberflächliche Anpassung gefördert wird. Für ein erfolgreiches Risikomanagement benötigt nicht jeder Klient das gleiche und schon gar nicht zur gleichen Zeit.

Personale Veränderungsprozesse verlaufen nicht stetig linear. Neben «Fortschritten» – zuweilen «Quantensprüngen» – gibt es Phasen der «Stagnation» oder gar «Rückschritte». Auch «Rückschritte» in alte Verhaltensmuster sind damit Teil einer Entwicklung und können jederzeit auftreten. Gerade das offene und transparente Ansprechen und Bearbeiten von «Rückschritten» durch den Klienten kann häufig als ein Hinweis für ein authentisches Engagement gewertet werden («Problemaktualisierung» nach Grawe; [15]).

Insbesondere ein Intensivprogramm hat dem nicht stetig linearen Verlauf personaler Prozesse durch Flexibilität des Angebotes Rechnung zu tragen. Selbstverständlich dürfen deliktassoziierte Verhaltensweisen nie die Ausprägung strafrechtlich relevanter Taten erreichen. Aber ein Klient muss in der Therapie die Möglichkeit haben, «Rückschritte» in deliktassoziierte Verhaltensweisen zu zeigen, um dadurch Merkmale deliktrelevanter Entwicklungen unmittelbar zu erfassen und entsprechendes Copingverhalten aktiv einüben zu können. Darum sind im AIP, ausgehend von der professionellen Sicherheitsstruktur der Strafanstalt und vor dem Hintergrund engmaschiger Risikoeinschätzungen, einerseits detailliert geplante, sorgfältig kontrollierte und evaluierte und sich schrittweise steigernde Vollzugsöffnungen zur Belastungserprobung wichtige Bestandteile der Therapie. Andererseits können die Therapeuten durch die enge Eingebundenheit der Klienten in das therapeutische Programm ein grosses Steuerungspotential für ein umfangreiches Spektrum möglicher Verhaltensweisen realisieren. Im 5jährigen Verlauf des AIP kam es bislang zu keiner einzigen manifesten Gewalthandlung.

Um die erwähnte Flexibilität des therapeutischen Prozesses und gleichzeitig den klaren deliktorientierten Fokus zu realisieren, ist die Bereitschaft der Behandler erforderlich, von rigiden Phasenmodellen Abstand zu nehmen und «Störungen Vorrang» [16] einzuräumen, ohne dadurch aber von der grundsätzlichen Zielvorgabe der Deliktprävention abzurücken. Aufgrund der gegebenen intra- und extramuralen Umfeldbedingungen, zufälligen Ereignissen und der flexiblen therapeutischen Prozessplanung treten bestimmte deliktassoziierte Themen des Klienten immer wieder aufs neue in den Fokus der therapeutischen Aufmerksamkeit. Sie bedürfen einer wiederholten Bearbeitung aus verschiedenen Perspektiven.

Beispielsweise war Ausgangspunkt des Deliktverhaltens eines Sexualstraftäters jeweils eine emotional belastete Grundstimmung. Er selber sah die Ursache für diese Stimmung in schwierigen Beziehungen zu Vorgesetzten am Arbeitsplatz und damit verbundener persönlicher Abwertung und Zurückweisung. In der Therapiegruppe fiel dieser Klient durch ein oft «besserwisserisches», arrogant wirkendes und zuweilen ironisch-sarkastisches Gesprächsverhalten auf, wodurch er negative Reaktionen anderer Gruppenmitglieder provozierte. So liess sich das deliktrelevante Erleben eigener Zurückweisung immer wieder replizieren und reflektieren. Beim ersten begleiteten therapeutischen Ausgang dann, nach mehr als 10jähriger Haftzeit, an einem sonnigen Frühlingstag in einem naturbelassenen Naherholungsgebiet äusserte der Klient als erste Eindrücke und Emotionen seine Enttäuschung über den Fluglärm, den Autoverkehr und überfüllte Müllcontainer. In einem späteren Ausgang konnte sich der Klient darüber «freuen», dass zwei elegant gekleidete Berufsleute trotz grosser athletischer Anstrengung den Bus nicht mehr erreichten und der eine dabei seine Einkaufstasche verlor. Ausgerechnet dieser Klient wurde in einem anderen Ausgang von einer fremden Person, die sich möglicherweise durch den verhärteten Gesichtsausdruck des Klienten provoziert fühlte, auf seine Leibesfülle angesprochen. In der wiederholten Bearbeitung dieser beispielhaften Szenen kam der Klient schliesslich zum Schluss, dass er «... so etwas wie einen Magneten für Negatives ...» mit sich herumtrage, er seine Aufmerksamkeit vorzugsweise auf Situationen lenke, die mit belastenden Emotionen in Verbindung stehen, und er durch sein Kontaktverhalten Ablehnung aktiv provoziere. Er bemüht sich, dieser mit seiner Persönlichkeit verbundenen Tendenz bewusst entgegenzusteuern. So holt er aktiv das Feedback anderer Klienten und der Therapeuten zu seinem aktuellen Beziehungsverhalten ein und übt im «Training sozialer Kompetenzen» alternatives Kontaktverhalten.

Obligatorische und komplementäre Behandlungsanteile

Verschiedentlich wurde der im Zürcher PPD-Modell praktizierte Täterbehandlungsansatz dargestellt. Dabei wurde zwischen dem obligatorischen deliktorientierten und dem komplementären persönlichkeitsmodifizierenden Anteil unterschieden [11, 17]. Jede deliktpräventiv ausgerichtete Täterbehandlung enthält demnach ein definiertes deliktorientiertes Interventionsspektrum (vgl.

Kapitel «Behandlungskonzeption AIP»). Für einen Teil der Klienten ist dieser Behandlungsanteil ausreichend. Durch eine stringent deliktorientiert geführte Behandlung lässt sich bei ihnen das Rückfallrisiko in wöchentlichen Sitzungen entscheidend senken. In der Regel weisen diese Delinquenten tendenziell geringe Sozialisationsdefizite auf, sind sozial eher gut integriert, haben eine berufliche Ausbildung erfolgreich abgeschlossen, sind mehrheitlich in ihren sozialen Bezügen unauffällig und verfügen in den meisten Lebensbereichen über mindestens ausreichende soziale Fähigkeiten und Fertigkeiten. Psychopathologische Auffälligkeiten oder anderweitige persönlichkeitsbezogene Problembereiche sind in Anzahl und Schwere begrenzt. Bei diesen Klienten zentrieren sich delinquente Motivlagen und -impulse auf mehr oder weniger deutlich umschriebene Umfeldbedingungen, Problemfelder oder lebensphasische Konfliktkonstellationen und eignen sich daher für eine fokale Bearbeitung (z.B. bestimmte Formen von Inzesttaten, Pädosexualität, suchtartigem Konsum von Kinderpornographie, gewalttätigen Impulshandlungen, Beziehungsdelikten).

Im Unterschied dazu benötigen Täter, deren Delinquenzrisiko sich vielschichtiger zusammensetzt und mit einem breiteren Spektrum persönlicher Problembereiche assoziiert ist, ein umfassenderes Behandlungskonzept. In besonderer Weise trifft dies für die Teilnehmer des AIP zu. Die Indikation für eine Intensivbehandlung ergibt sich aus einem hohen Chronifizierungsgrad der deliktrelevanten Risikodisposition, der starken Verankerung der entsprechenden Problembereiche in der Grundpersönlichkeit dieser Klienten und dem damit verbundenen hohen strukturellen Rückfallrisiko (strukturelles Rückfallrisiko siehe [18]). So ist die Delinquenz der Teilnehmer des AIP in vielen Fällen eng mit komplexen Persönlichkeitsstörungen verknüpft. Insbesondere dissoziale, narzisstische, impulsive und schizoide Anteile sind dabei häufig anzutreffen. Daneben finden sich bei den Sexualstraftätern ausgeprägte sexuelle Paraphilien. Die Lebensgeschichte der Klienten ist oft geprägt durch eine Vielzahl biographischer Belastungsmomente wie zum Beispiel Defiziterfahrungen im primären sozialen Umfeld, instabile Partnerschaftsbeziehungen, Broken-home-Situationen, Heimkarrieren, Missbrauchs- und Gewalterfahrungen, frühen Delinquenzbeginn, keine abgeschlossene Berufsausbildung, Identifikation mit einem kriminogenen Umfeld und Lebensstil. Häufig sind mehrere niederfrequente Behandlungsmassnahmen in der Vergangenheit gescheitert.

Zusammensetzung der aktuellen AIP-Teilnehmer

Von den aktuell 12 Klienten des AIP wurde bei 10 Personen mehrfach eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Bei zwei Klienten steht das Deliktverhalten in Verbindung mit einer paranoiden, schizophrenen Erkrankung. Als Zusatzdiagnosen kommen bei den aktuellen AIP-Klienten Suchterkrankungen (5 Personen), sexuelle Paraphilien (6 Personen), affektive Störungen (2 Personen) und Minderintelligenz (2 Personen) vor. Zehn Klienten verübten Sexualdelikte (davon fünf an minderjährigen Opfern), bei drei Klienten kam es zu einem vollendeten Tötungsdelikt. Alle Klienten wurden mehrfach rückfällig (2 bis mehr als hundert Delikte) und wurden mit einer Ausnahme bereits mehrfach verurteilt (2 bis mehr als 10 Urteile). Das strukturelle Rückfallrisiko wurde zum Zeitpunkt des Eintritts ins Programm bei allen Klienten auf der Grundlage der gängigen forensischen Instrumente (bei neu eintretenden Klienten wird standardgemäss das FOTRES [18] eingesetzt) und aufgrund der klinischen Diagnostik als erheblich bis sehr hoch eingeschätzt. Lediglich zwei Klienten verfügten beim Eintritt ins AIP über keine therapeutischen Vorerfahrungen. Eine deliktorientierte Behandlung wurde jedoch noch bei keinem Klienten durchgeführt. Bei 11 Klienten wurde eine zeitlich unbefristete Verwahrung gemäss Art. 43.1.2 Schweizerisches Strafgesetzbuch ausgesprochen. Ein Klient verbüsst eine endliche Haftstrafe verbunden mit einer ambulanten strafvollzugsbegleitenden Therapiemassnahme gemäss Art. 43.1.1 Schweizerisches Strafgesetzbuch.

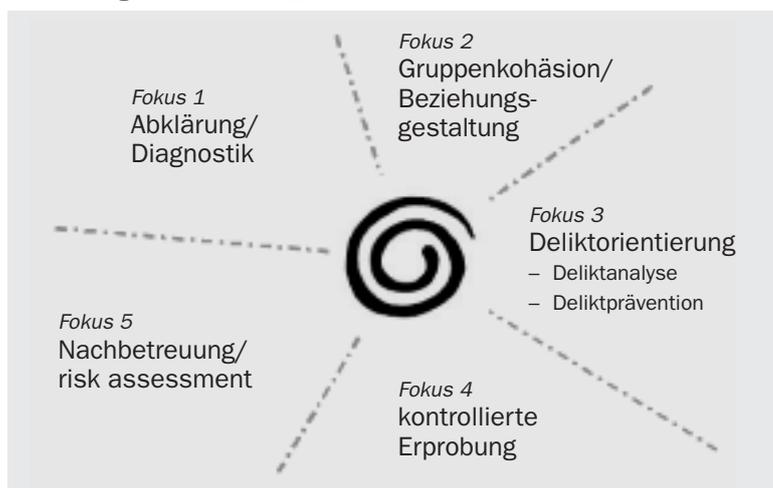
Lediglich 4 Klienten lebten zum Zeitpunkt der Verhaftung in einer Beziehung (alle verurteilt wegen pädosexueller Delikte), insgesamt hatten 4 Klienten eine Partnerschaft von mindestens zwei Jahren Dauer in der Vorgeschichte.

Die Hälfte der Klienten des AIP konnte eine ordentliche Berufslehre abschliessen. Ebenfalls 6 Klienten konnten sich vorübergehend beruflich etablieren. Sechs Klienten verbrachten ihre Kindheit und Jugend mehrheitlich in Heimen und Erziehungsanstalten. Bei 5 Klienten sind manifeste Missbrauchs- und Gewalterfahrungen in der Kindheit und im Jugendalter dokumentiert.

Bedeutung des komplementären Behandlungsteils

Je ausgeprägter die risikoassoziierten Problembereiche – wie bei den Klienten des AIP – in der Persönlichkeitsorganisation verankert sind, desto bedeutungsvoller wird die persönlichkeitsorien-

Abbildung 1 Behandlungskonzeption AIP.



tierte Komplementärbehandlung für den langfristigen Therapieerfolg und für eine nachhaltige Senkung des Rückfallrisikos. Deliktrelevante Verhaltens-, Fühl- und Denkstile finden sich in den beschriebenen Fällen nicht nur in spezifisch delinquenzassoziierten Situationen, sondern zeigen sich aufgrund der tiefen Verankerung in die Gesamtpersönlichkeit durchgängig in einer Vielzahl von Verhaltensaspekten und Lebensbereichen. Die Bearbeitung dieser Problembereiche kann daher auch in einem alltagsnahen, deliktfernen Kontext erfolgen und darf sich nicht nur auf ein engdefiniertes, möglicherweise hochstrukturiertes Therapiesetting beschränken.

So sind beispielsweise die für pädosexuelle Männer oft als charakteristisch beschriebenen Manipulationsstrategien und Verantwortungsabwehrmechanismen [19–22] häufig ein von diesen Tätern verinnerlichtes Beziehungsverhalten, das sich nicht ausschliesslich auf deliktassoziierte Situationen beschränkt, sondern sich in den unterschiedlichsten Alltagskontakten manifestiert und hier auch bearbeitet werden kann.

Gerade bei der Behandlung von erheblich persönlichkeitsgestörten und biographisch stark vorbelasteten Tätern verliert der persönlichkeitsorientierte «Komplementärteil» der Behandlung den zweitrangigen Status des «nice to have». Nicht selten erreichen diese Klienten erst auf der Basis persönlichkeitsbezogener Veränderungen eine echte, intrinsische Therapiemotivation und vermögen erst dadurch die deliktorientierten Inhalte in Bezug zur eigenen Persönlichkeit zu setzen. In einer ganzheitlichen, flexibel gestalteten Gesamtkonzeption ist bei diesen Klienten die gezielte Integration deliktorientierter Behandlungselemente und individueller, auf die Ressourcen und Defizite der Klienten abgestimmter Themeninhalte anzustreben.

Behandlungskonzeption AIP

In der Behandlungskonzeption des AIP wird der Individualität personaler Veränderungsprozesse und der Bedeutung persönlichkeitsorientierter Arbeit bei therapeutisch schwer erreichbaren Klienten Rechnung getragen. Das therapeutische Curriculum ist hinsichtlich Timing und Art der Präsentation flexibel, ohne dabei auf klare Rahmenbedingungen zu verzichten. In der täglichen Arbeit werden dabei persönlichkeitsorientierte und milieutherapeutische Behandlungselemente mit deliktorientierten Interventionen kombiniert.

Auf ein starres Phasenmodell wird zugunsten einer fortlaufenden, mehrperspektivischen Betrachtungsweise des gesamten Therapieprozesses verzichtet. Die Therapeuten haben daher die Aufgabe, die therapeutische Arbeit kontinuierlich aus verschiedenen Perspektiven beziehungsweise Foki zu reflektieren. Die so generierten Erkenntnisse fliessen in die Beurteilung der Klienten ein (kontinuierliche Risikobeurteilung), und die kurz- und mittelfristigen Zielsetzungen für den therapeutischen Prozess werden fortlaufend den jeweiligen Gegebenheiten angepasst. Der Verzicht auf ein Phasenmodell führt nicht zu «Beliebigkeit». Vielmehr tritt an die Stelle einer starren Programmstruktur die fortlaufende flexible Abstimmung der Interventionen und kurzfristigen Zielsetzungen aller am Prozess beteiligten Personen. Voraussetzung zur Erfüllung dieser Aufgabe ist eine transparente und professionelle Teamarbeit der Therapeuten und aller Arbeitspartner [23].

In Abbildung 1 sind die verschiedenen Fokusse der therapeutischen Betrachtung in einer Übersicht dargestellt. Die im therapeutischen Prozess auftretenden Phänomene (Spirale) werden fortlaufend durch das Behandlungsteam aus fünf Perspektiven (Fokusse) betrachtet und reflektiert.

Fokus 1 – Abklärung/Diagnostik

Diagnostische Abklärungen erfolgen nicht nur zu Beginn einer Behandlung – dort natürlich besonders gründlich –, sondern begleiten den therapeutischen Prozess kontinuierlich als prozessuale Diagnostik. Diese bezieht sich nicht nur auf diagnostische Kriterien psychiatrischer Klassifikationen, sondern insbesondere auf risikorelevante Problembereiche, die in vielen Fällen nicht mit psychopathologischen Phänomenen korrelieren [18]. In der täglichen Praxis findet eine enge Verschränkung von diagnostischen Überlegungen und Therapieplanung statt, die andernorts als «Theragnostik» bezeichnet wird [24]. Die Klienten werden

in diesen Prozess aktiv einbezogen und über Erkenntnisse und Schlussfolgerungen transparent informiert. Klienten können nie zuviel über ihre eigene Behandlung wissen, denn eine möglichst genaue und umfassende Information ermöglicht es ihnen, aktiv den therapeutischen Prozess mitzugestalten und an der Zielerreichung mitzuwirken. «Es steigert den Behandlungserfolg, wenn ein Klient gezielt auf das vorbereitet wird, was in der Therapie von ihm erwartet wird» [25].

Erste Eignungsabklärung und Diagnostik

Interessierte Insassen können sich direkt mit den Therapeuten des AIP in Verbindung setzen oder sie werden durch den Sozialdienst der Strafanstalt oder Vertreter der einweisenden Behörde (Strafvollstreckung) angemeldet. Der Insasse reicht dann ein kurzes Schreiben ein, in dem er seine Beweggründe für eine Teilnahme am Intensivprogramm darlegt.

Die Abklärungen vor Therapiebeginn beinhalten eine ausführliche Eigen- und Fremdanamnese mit spezieller Berücksichtigung der «Delinquenzkarriere» und eine erste Analyse der Problemfelder und Ressourcen eines Klienten sowie seines aktuellen sozialen Umfelds. In jedem Fall werden die Vollzugsakten eingehend studiert. Besonders interessieren psychiatrische Gutachten, Therapieberichte aus früheren Behandlungen, Urteile und Untersuchungsberichte. Die Erkenntnisse aus dem Aktenstudium ergänzen die Schilderungen des Klienten. Häufig zeigen sich Widersprüche, die in einer Therapie zu bearbeiten und zu klären sind. Die anamnestischen Erhebungen werden ergänzt durch psychodiagnostische Abklärungen auf der Grundlage des DSM-IV (SKID I & II) bzw. ICD-10, testpsychologische Untersuchungen der Persönlichkeit (z.B. MMPI, FPI, Neo-FFI, HPI), Intelligenztests (HAWIE-R) und Analysen spezifischer Problemfelder (Attributionsstil, Kontrollüberzeugung, sexuelle Devianzen). Besondere Bedeutung haben genaue Risikoanalysen unter Zuhilfenahme forensischer Prognoseinstrumente wie zum Beispiel PCL-R, VRAG, MinSost, Static 99 und der Anwendung des FOTRES, das eine Kombination aus Prognose- und forensischem Therapieevaluationsinstrument darstellt [18].

Die Indikationskriterien für die Teilnahme am AIP sind bewusst breit gefasst. Grundsätzlich können sich alle Insassen, die ein deliktfreies Leben führen wollen und bereit sind, sich mit ihrem Deliktverhalten, ihrer Persönlichkeit und ihren Lebensumständen auseinanderzusetzen, für eine Teilnahme bewerben. Voraussetzungen dafür sind ausreichende Kenntnisse (aktiv und passiv) der deutschen Sprache, eine Reststrafe von mindestens

18 Monaten innerhalb des geschlossenen Strafvollzuges, die Bereitschaft und basale Fähigkeit, sich im Gruppenkontext mit deliktrelevanten Themen auseinanderzusetzen und ein zumindest (rationales) Teileingeständnis der Tat.

Zielsetzung der initialen Abklärung ist eine möglichst breitabgestützte Einschätzung der Behandelbarkeit [26], der Therapiemotivation [27] und der Gruppenfähigkeit [28] des Insassen, das Festlegen erster Arbeitsfelder und die fundierte Information des Klienten über therapeutische Zielsetzungen und die Art des Behandlungsangebots (vgl. Info-Broschüre, AIP-Kurzkonzept; www.justizvollzug.ch).

Bei Aufnahme des Insassen wird die initiale Abklärung durch die Unterzeichnung des Behandlungsvertrages (www.justizvollzug.ch) abgeschlossen. Der Therapievertrag klärt die Rahmenbedingungen der therapeutischen Arbeit im AIP. So regelt er beispielsweise den Umgang mit der Schweigepflicht, die geltenden Bedingungen über die Weitergabe von bestimmten Informationen an Arbeitspartner (Mitarbeiter der Strafanstalt, Fallführende der Strafvollstreckungsbehörde), den Umgang mit Informationen über Dunkelfelddelikte, die Bereitschaft des Klienten zu Videoaufzeichnungen und Aspekte der Sorgfaltspflicht des Behandlungsteams betr. schriftlicher und anderer Dokumentation.

Fortlaufende prozessuale Diagnostik

Nach Eintritt der Klienten ins AIP wird der diagnostische Prozess fortlaufend weiterentwickelt. Neue Informationen werden in eine «Risiko-Ressourcen-Matrix» des Klienten eingetragen. Zweimal jährlich wird der therapeutische Prozess evaluiert und anlässlich der *AIP-Fallbesprechungen* mit allen Arbeitspartnern [1] gemeinsam reflektiert. Eine aktuelle Risikobeurteilung wird zusammen mit dem Klienten mindestens einmal jährlich anlässlich des turnusgemässen Therapieberichts, der dem Klienten stets in Kopie ausgehändigt wird, durchgeführt.

In Tabelle 1 sind die Themen des Fokus 1 «Abklärung und Diagnostik» in einer Übersicht dargestellt.

Fokus 2 – Gruppenkohäsion/Beziehungsgestaltung

Auf die Ergebnisse der «Common-factor-Forschung» wurde an anderer Stelle hingewiesen [1]. Sie belegen das hohe Wirkpotential tragfähiger therapeutischer Beziehungen im allgemeinen und der Gruppenkohäsion (Qualität des Beziehungs-

Tabelle 1 Behandlungsfokus 1: Abklärung/Diagnostik.

Fokus 1: Abklärung/Diagnostik

- Einschätzung der Behandelbarkeit, Therapiemotivation und Gruppenfähigkeit
- Informationsvermittlung über den therapeutischen Prozess
- fortlaufende Zieldefinitionen – Arbeitsfelder bestimmen
- ‚Therapievertrag‘
- prozessuale Diagnostik – ‚Theragnostik‘
- regelmässige Risikobeurteilung

Tabelle 2 Behandlungsfokus 2: Gruppenkohäsion/Beziehungsgestaltung.

Fokus 2: Gruppenkohäsion/Beziehungsgestaltung

- Beziehungs- und Gruppenbildungsprozess im ‚Hier und Jetzt‘
- Arbeitsfähigkeit in der Gruppe herstellen und erhalten
- direkte Kommunikation und Beziehung unter den Teilnehmern fördern
- ‚Konfliktprogramme‘ im deliktfernen Kontext erarbeiten und einüben
- transparente Informationsvermittlung über therapeutische Prozesse

geflechtes) in Therapiegruppen im besonderen. «Die Bedeutung der guten Therapiebeziehung für ein gutes Therapieergebnis kann als das am besten gesicherte Ergebnis der Therapieforschung angesehen werden» [29].

Diesem Befund wird im AIP dadurch Rechnung getragen, dass ein Fokus des Behandlungsteams fortlaufend auf die Gestaltung des Beziehungsgeflechts zwischen den einzelnen Gruppenteilnehmern, den behandelnden Therapeuten untereinander und der Beziehungsgestaltung zwischen Klient und Therapeut gerichtet wird. Der Beziehungs- und Gruppenprozess wird somit einer fortlaufenden Analyse unterzogen.

Ähnlich wie bei stationären Therapieangeboten bilden sich auch im AIP aufgrund der alltagsnahen und milieuzentrierten Arbeitsweise nicht selten Konflikt dispositionen einzelner Klienten im therapeutischen Behandlungsteam oder zwischen Therapeuten und den Arbeitspartnern in der Strafanstalt ab. Durch die offene und respektvolle Bearbeitung solcher Differenzen im Therapeutenteam – durchaus auch innerhalb der Gruppen-

therapie – kann unter anderem den Klienten ein Modell des interpersonellen Konfliktmanagements vermittelt werden. In den regelmässig stattfindenden *AIP-Visiten* und in Gruppenprozessanalysen auch während der Gruppentherapie reflektieren alle Beteiligten die Hypothesen der Therapeuten zum Beziehungsgeschehen. Die Klienten haben dabei jederzeit die Gelegenheit, eigene Sichtweisen zur Sprache zu bringen.

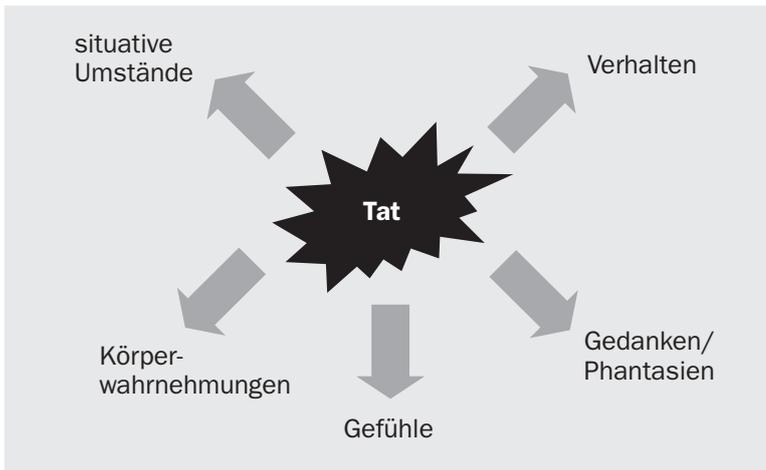
In Tabelle 2 sind die Themen des Behandlungsfokus 2 in einer Übersicht dargestellt. Wie von Ruth Cohn [16] für die Themenzentrierte Interaktion (TZI) formuliert, so gilt auch in den AIP-Gruppen: «Störungen sind willkommen und haben Vorrang.» Einerseits geht es bei der Bearbeitung von Störungen und Konflikten darum, die Arbeitsfähigkeit der einzelnen Klienten und der Gruppe als Ganzen wiederherzustellen. Doch die sozial adäquate Bewältigung von Konflikten im Rahmen des therapeutischen Settings hat immer auch eine eigenständige therapeutische Wirkung. Bei Klienten werden Lern- und Adaptionsprozesse angestossen und unterstützt. Erfolgreiche Konfliktbewältigung fördert das gegenseitige Vertrauen und stärkt die Gruppenkohäsion.

Fokus 3 – Deliktorientierung

Deliktrelevante Verhaltensweisen zu ändern oder zu kontrollieren, gelingt um so besser, je motivierter ein Täter ist, sein Verhalten verändern zu wollen, und je vollständiger und besser die relevanten, delinquenzfördernden Faktoren in der Persönlichkeit und im sozialen Umfeld bekannt sind. Deliktorientierte Arbeit ist der Kern jeder deliktpräventiv ausgerichteten Täterbehandlung und hat daher auch im AIP zentrale Bedeutung. Dabei wird das Deliktverhalten möglichst konkret ins Zentrum der therapeutischen Arbeit gestellt. Der Täter soll ‚Experte‘ für sein persönliches Deliktverhalten und für Sexual- und Gewaltstraftaten ganz allgemein werden. Er soll seinen ‚Deliktteil‘, den Persönlichkeitsanteil, der bei der Deliktausübung Regie führt, und seine Beweggründe möglichst genau kennenlernen (Abb. 2).

Aufgrund der bisherigen Ausführungen könnte der Eindruck entstehen, deliktorientierte Arbeitsweisen seien vor allem defizitorientiert. Das wäre problematisch, weil therapeutische Arbeit dann besonders effektiv ist, wenn auf vorhandenen Fähigkeiten und Fertigkeiten der Klienten aufgebaut werden kann [30]. Die Praxis der Deliktorientierung wird jedoch dieser Erkenntnis gerecht, weil Behandlungselemente jeweils zwei sich ergänzende Anteile integrieren. Mit der möglichst

Abbildung 2 Fokus 3: Deliktorientierung.



genauen Erfassung deliktrelevanter Aspekte wird zunächst eine Art forensische Analyse vorgenommen. Sie fokussiert vorwiegend auf Defizite, Devianzen und destruktive Aspekte (z.B. Delikt-rekonstruktion, Offenlegung nicht angezeigter Delikte, Analyse tatbegünstigender Phantasien, Empathiedefizite und kognitive Verzerrungen). Die Ergebnisse dieser Analysen korrespondieren aber direkt mit ressourcenfokussierenden Behandlungselementen (z.B. Entwicklung von Copingstrategien, von Phantasiekontrollmöglichkeiten, von Opferempathie, eines eigenen Rückfallpräventionsplans u.a.). Klienten erleben den Zuwachs von Fertigkeiten, die auf eigenen Ressourcen aufbauen, oft hoch gratifizierend. Ein Täter, der beispielsweise erfährt, dass er über ein wirksames Instrumentarium verfügt, um eigene gewalttätige Ausbrüche erfolgreich zu vermeiden, ist besonders motiviert, an der eigenen Impulskontrolle weiterzuarbeiten.

Die deliktorientierten Interventionen folgen, wie bereits erwähnt, in Art der Präsentation und Timing keinem fest vorgegebenen Schema. Es ist

Aufgabe der Therapeuten zu entscheiden, wann einzelne Klienten und die Gruppe als Ganzes besonders aufnahmebereit für bestimmte delikt-orientierte Themen und Interventionen sind. Dabei ist zu beachten, dass deliktrelevante Faktoren bei Klienten sehr unterschiedlich sein können. Häufig bilden aktuelle Vorkommnisse, die zunächst nicht ohne weiteres als deliktassoziiert zu erkennen sind, den Einstieg in die deliktorientierte Arbeit. Es ist aber auch möglich, dass sich die Gruppe zur Bearbeitung eines strukturierten <Delikt-Moduls> entscheidet. Zu Beginn der Arbeit sollte jeweils ein Konsens darüber bestehen, dass sich die Gruppe mit authentischer Motivation den deliktorientierten Themen zuwenden will.

In Tabelle 3 sind die wichtigsten delikt-rekonstruktiven Inhalte dargestellt, die in jeder delikt-orientierten Therapie bearbeitet werden. Wie bereits dargelegt, korrespondieren sie mit delikt-präventiven Themen, die in Tabelle 4 beispielhaft dargestellt sind und weiter unten beschrieben werden.

Offenlegung des Deliktverhaltens

Verantwortungsübernahme beginnt mit dem möglichst vollständigen Benennen der begangenen Delikte und der deliktassoziierten personalen Faktoren und Umfeldbedingungen. Der Umgang des Therapeutenteams mit Informationen über Dunkelfelddelikte wird im Behandlungsvertrag vor Therapieaufnahme explizit geregelt. Grundsätzlich werden durch die Therapeuten keine ermittlungrelevanten Informationen über offengelegte Dunkelfelddelikte weitergegeben. Manchmal wird Klienten allerdings zu einer Selbstanzeige geraten, wobei immer auch bedacht werden muss, dass neuerliche Untersuchungen Opfer zusätzlich belasten können.

Eine therapeutische Möglichkeit zur Offenlegung der <Delikt Karriere> ist die aus der <Panoramatechnik> [31] im AIP entwickelte Methode des <Delikt panoramas>. Dabei wird auf einem grossen Papier der Lebenszeitstrahl des Klienten gezeichnet. Dieser trägt dann mit kreativen Medien sämtliche deliktrelevanten Lebensereignisse und alle Delikte auf diesem Zeitstrahl ein. Das Panorama kann jederzeit weiterentwickelt und ergänzt werden. Es schafft einen anschaulichen Überblick über die Delinquenzentwicklung eines Klienten und dient der gemeinsamen therapeutischen Reflexion.

Delikt-rekonstruktion

Die detaillierte Rekonstruktion einzelner Delikte in ihren affektiven, kognitiven, wahrnehmungsbezogenen, körperlichen/habituellen, handlungsbezogenen und situativen Elementen ist ein zentra-

Tabelle 3 Fokus 3: Deliktorientierung – Deliktanalyse.

Fokus 3: Deliktorientierung <Deliktanalyse>

- Offenlegung des Deliktverhaltens (inkl. Dunkelfeld-Delikte)
- Delikt-rekonstruktion – Delikt-kreislauf kennenlernen
- eigenen <Deliktteil> kennenlernen und verstehen
- Arbeit an kognitiven Verzerrungen
- Phantasiearbeit
- individuelle Risikomatrix erstellen

ler Bestandteil deliktorientierter Therapien. Wie auch bei anderen deliktorientierten Behandlungselementen liegt der Deliktreakonstruktion eine bestimmte Konzeption zugrunde, und sie beinhaltet spezialisierte Interventionstechniken [11]. Mehrfachtäter entwickeln oft eine spezifische – für sie besonders effektive und «befriedigende» – Art der Deliktbegehung und bleiben ihr häufig in beachtlichem Ausmass treu [32]. In der Regel bestehen Deliktabläufe aus mehreren Phasen (z.B. Deliktvorlauf, Delikt, Nachdeliktphase, Latenzphase, Deliktvorlauf usw.), die sich mit dem Modell des «Deliktkeises» abbilden lassen. In jeder Phase der Deliktbegehung zeigt der Täter spezifische Gefühlsregungen, Gedanken und Verhaltensweisen, die mit der Tatbegehung assoziiert sind, diese begünstigen und innerlich legitimieren (vgl. kognitive Verzerrungen). In der Deliktreakonstruktion werden risikorelevante Faktoren möglichst genau und vollständig erfasst und miteinander in Beziehung gesetzt. Der Klient soll sein Deliktverhalten kognitiv und affektiv erfassen können und durch die damit entstehende Bewusstseinsnähe Voraussetzungen zukünftiger Kontrolle der eigenen Deliktdynamik schaffen.

Deliktteilarbeit

Eine weitere Methode der Deliktanalyse ist die Arbeit mit und am «Deliktteil». Dabei wird, ausgehend von der deliktreakonstruktiven Arbeit, auf deliktfördernde Persönlichkeitsanteile (Wünsche/Bedürfnisse/Sehnsüchte, kognitive Verzerrungen, Motivationen und Handlungsimpulse) geschlossen. Diese werden dann unter dem Konstrukt des «Deliktteiles» zusammengefasst. Dabei handelt es sich um einen «ego-state» des Klienten, der bei Deliktbegehung Regie führt [1, 11]. Deliktteilarbeit ermöglicht es dem Klienten, sich widersprechende Gefühlszustände, Bedürfnislagen und Handlungsimpulse verschiedenen «Ich-Zuständen» zuzuordnen; das eigene Deliktverhalten aus einer exzentrischen Position [33] zu reflektieren; kompensatorische, deliktpräventive Motivationslagen und Handlungsressourcen zu eruieren und gezielt zu stärken.

Phantasiearbeit – Phantasiekontrolle

Nicht nur bei Sexualstraftätern bestehen häufig Phantasien, die eine tatbegünstigende oder gar einen direkt handlungsvorbereitenden Charakter haben. Sie können ein inneres Experimentierfeld darstellen, Deliktmotivationen verstärken und verfestigen und zum sukzessiven Abbau von Hemmschwellen führen. In Studien wurde wiederholt festgestellt, dass das Vorhandensein von deliktrelevanten Phantasien (häufig auch mit dem nicht

ganz deckungsgleichen Begriff «sexual arousal», «sexual preoccupation» bezeichnet) beispielsweise für bestimmte Sexualdelikte (z.B. Pädosexualität, sadistisch motivierte Delikte) ein vorrangiges Risikomerkmak für Rückfallhandlungen [34–36] darstellt. Für die meisten Straftäter mag der direkte Zusammenhang zwischen der Ausprägung deliktrelevanter Phantasien und ihrem Rückfallrisiko zutreffen. Zu beachten ist aber, dass im Einzelfall Phantasien auch z.B. im Sinne einer Ventilfunktion protektiven Charakter haben können. Aus diesem Grund kann zur Beurteilung der Risikorelevanz nicht nur auf das Merkmal «Vorhandensein deliktrelevanter Phantasien» abgestellt werden. Zur angemessenen Einordnung sind weitere feindifferenzierende Kriterien heranzuziehen [18, 37].

Ziel deliktorientierter Phantasiearbeit ist, im Einzelfall zu klären, ob und auf welche Weise deliktassoziierte Phantasien zukünftiges Tatverhalten fördern. Es gibt eine Vielzahl von inhaltlichen und formalen Merkmalen, in denen sich Phantasien unterscheiden können. So sind zum Beispiel deliktrelevante Phantasien bei Personen mit niedriger «Handlungsschwelle» (innerpsychische handlungs- bzw. steuerungsrelevante Unterscheidungsmöglichkeit zwischen Phantasie und Handlung) oder Phantasien, die sehr konkret ausgestaltet sind, die häufig aktiv in Gang gesetzt werden, die sich unwillkürlich aufdrängen, die mit starken Emotionen verbunden sind, die zunehmend den Alltag bestimmen (i.S. des englischen Begriffs «sexual preoccupation»), besonders riskant. In der Phantasiekontrolle werden spezifische Behandlungstechniken eingesetzt, um die Ausprägung der risikoassoziierten Phantasie Merkmale zu vermindern und die Ausprägung günstiger Merkmale zu verstärken. So werden deliktrelevante Phantasien bewusst erzeugt, kontrolliert und nach Möglichkeit verändert.

Unter Rückgriff auf Methoden der Traumatherapie, Gestalttherapie, NLP und dem «kathymen Bilderleben» wurden im PPD/AIP vielfältige «Kontroll-», «Modifikations-» und «Stopp-techniken» entwickelt und erprobt, um Phantasien gezielt zu beeinflussen [37].

Ein Beispiel soll die Arbeit an und mit Deliktphantasien verdeutlichen: Häufig zweifeln Klienten zu Beginn der Phantasiekontrolle daran, dass sie gezielt ihre Phantasien verändern können. Die einfache Übung des «Finalisierens von Deliktphantasien» räumt Bedenken meistens schon nach kurzer Zeit aus. Der Klient wird aufgefordert, eine Deliktphantasie darzulegen. Typischerweise wird die Phantasie bei Sexualdelinquenten zum Zeitpunkt der Delikthandlung und der sexuellen Entspannung abgebrochen. Der Therapeut lenkt nun

**Fokus 3: Deliktorientierung
«Deliktprävention»**

- Ressourcengenerierung und -aktivierung
- Deliktcoping und «Creating»
Strategien entwickeln und aktiv einüben
- Phantasiekontrolle
- Opferempathie
- individueller Plan zur Rückfallprophylaxe

die Aufmerksamkeit des Klienten – und damit die Phantasie – auf Opferaspekte oder auf den Verlauf der Szene nach Deliktbegehung. Der Klient wird sich beispielsweise darüber Sorgen machen, ermittelt zu werden, oder er hat Schuldgefühle gegenüber seinem Opfer. Er wird verhaftet und einer Befragung durch die Polizei unterzogen. Er begegnet seiner Lebenspartnerin oder seiner Mutter, der er sein erneutes Delikt eingestehen muss usw. – natürlich alles auf einer phantasierten Ebene. In der Regel verändert sich die emotionale Gemüthsstimmung des Klienten unmittelbar und damit die Motivation die deliktassoziierte Phantasie weiterzupflegen. Selbstverständlich genügt eine einmalige Übung nicht, um Phantasieelemente langfristig zu verändern. Wie bei allen Gedächtnisleistungen erfordert das Aneignen neuer Informationen und Techniken wiederholtes, kontinuierliches Training [38].

Bearbeitung kognitiver Verzerrungen

Das Selbstbild eines Täters ist – von wenigen Ausnahmen abgesehen – nicht das eines gewalttätigen, gewissenlosen und ausbeuterischen Egoisten. Auch Täter richten ihr Handeln häufig nach einer subjektiven Moral beziehungsweise einer eigenen Legitimitätsvorstellung aus [17]. Hinsichtlich der Metafaktoren («gerechter Zorn», emotionale Evidenz eigener Bedürfnisse, Ableitung bestimmter Rechte durch Vermeidung kognitiver Dissonanzen, Abwertung der Rechte Dritter usw.) unterscheiden sich ihre Legitimitätsvorstellungen häufig nur wenig vom Durchschnitt einer gedachten «Normalbevölkerung». Dennoch begehen Straftäter Delikte, die sich von den Handlungen nicht straffälliger Personen eklatant unterscheiden. Eine Basis dafür wird durch kognitive Mechanismen geschaffen, die das Legitimitäts erleben des Täters begünstigen.

In der forensischen Literatur werden deliktfördernde subjektive Legitimitätsstrategien als «kognitive Verzerrungen» bezeichnet. Darunter fallen mentale Verarbeitungsmechanismen wie

Generalisierung, Bagatellisierung, Beschönigung, Umdeutung, selektive Wahrnehmung, Negierung. So kann es beispielsweise sein, dass ein Täter die Realität und die Folgen des Deliktverhaltens fragmentiert, wesentliche Bedingungen der Gesamtsituation ausblendet, durch eigene Phantasien «anreichert» oder das Leid der Opfer nicht zur Kenntnis nimmt. Gegenüber Tätern werden diese und ähnliche Phänomene als «Denkfehler» bezeichnet, die das Deliktverhalten fördern und helfen, es subjektiv zu legitimieren. Zu unterscheiden sind «kognitive Verzerrungen», die dem Delikt vorausgehen, und solche, die nach dem Delikt einsetzen und das Deliktverhalten dem Täter nachträglich als legitim erscheinen lassen.

Ziel der Bearbeitung kognitiver Verzerrungen ist, im Einzelfall zu klären, ob beziehungsweise wie dysfunktionale Kognitionen das Deliktverhalten begünstigen und wie im Anschluss daran «Korrekturprozesse» die kognitive Verarbeitung beeinflussen. Dies kann durch emotionale Komplettierung der Tatszene geschehen (ausgeblendete tatfördernde Details in das Erleben des Täters integrieren) oder durch Konfrontation der subjektiv nützlichen Mythen (z.B. hinsichtlich kindlicher Sexualität oder Geschlechterbeziehungen) mit der Realität.

Individuelle Risikomatrix

Die Ergebnisse der deliktorientierten Arbeit fließen fortlaufend bei jedem Klienten in dessen individuelle Risikomatrix ein. Sie soll den Klienten für die persönlichen Risikofaktoren sensibilisieren und permanente Wachsamkeit gegenüber deliktrelevanten Entwicklungen aufbauen.

Opferempathie

Das Nachfühlen des Opfererlebens durch den Täter ist ein hoher, oft nicht vollständig einzulösender Anspruch. «Opferempathie» sollte nicht zu früh in einer Tätertherapie explizit bearbeitet werden. Häufig müssen zunächst wahrnehmungsbezogene und emotionale Kompetenzen des Täters erarbeitet werden. Eine Voraussetzung, die Gefühle einer anderen Person «nachempfinden» zu können, ist die Fähigkeit, eigene emotionale Zustände wahrzunehmen und sich mit anderen Personen in Beziehung setzen zu können. Das gruppentherapeutische Angebot des AIP mit den alltagsnahen Auseinandersetzungen der Klienten mit sich selbst und Anderen, bietet eine Vielzahl von realen sozialen Situationen, die bei entsprechender therapeutischer Bearbeitung zur Steigerung des emotionalen Selbstbezugs und der emotionalen Wahrnehmung von Drittpersonen genutzt werden können – eine wichtige Funktion des wei-

ter oben dargestellten persönlichkeitsorientierten «Komplementärprogramms».

Am Beispiel der Opferempathie offenbaren sich besonders deutlich die Nachteile rein modular strukturierter Programme. Die in Tätertherapien verbreiteten «Empathie-Übungen» wie zum Beispiel, einen fiktiven Brief an das Opfer zu schreiben oder ein simuliertes Gespräch mit dem Opfer zu führen, können – je nach Prozessverlauf und therapeutischer Bearbeitung – sehr sinnvoll sein. Das schematische Abarbeiten dieser Übungen, so wie dies in manchen Programmen geschieht, kann jedoch eine permanente Auseinandersetzung mit Opferbelangen während des gesamten Prozesses der Täterbehandlung nie ersetzen.

Eine differenzierte Analyse empathischer Phänomene unterscheidet zwischen «Perspektivenübernahme» (kognitiver Aspekt) und «Einfühlung» (emotionaler Aspekt). Zudem werden in jüngster Zeit aufgrund der Beobachtung, dass sich die Empathiedefizite von beispielsweise Sexual- und Gewaltstraftätern häufig auf einen engumgrenzten Opferkreis (z.B. Kinder) oder spezifische Situationsbedingungen zentrieren [39–42], sogenannte «Suppressionsmechanismen» [43] diskutiert. Es handelt sich dabei um intrapersonale Mechanismen, insbesondere der Wahrnehmungsfokussierung oder der kognitiven Verarbeitung, die dem Täter eine temporäre Unterdrückung bestehender empathischer Fähigkeiten ermöglicht. Einige dieser Mechanismen wurden bereits als «kognitive Verzerrungen» beschrieben. Die exakte Analyse der Empathiefähigkeit eines Klienten unter Berücksichtigung der genannten Faktoren bildet die Grundlage für gezielte therapeutische Interventionen.

Delikt coping und «Creating»

Mit den Begriffen «Coping» und «Creating» werden präventiv wirksame Verhaltensstrategien bezeichnet. «Coping» bezieht sich direkt auf die Deliktdynamik eines Täters. Es werden alternative Verhaltensweisen eingeübt (z.B. «Notfallprogramme»). Demgegenüber werden mit «Creating» Verhaltensweisen bezeichnet, die keinen direkten Deliktbezug erkennen lassen, den Klienten jedoch in einer basal befriedigenden Lebensführung unterstützen (z.B. «Einüben sozialer Kompetenzen») und dadurch deliktpräventiv wirken. Hintergrund für die Generierung passender Strategien bildet die weiter oben beschriebene «Risikomatrix». In ihr sind die deliktassoziierten Problemfelder des Klienten prägnant beschrieben.

Um für einen bestimmten Fall wirksame Coping- und Creatingstrategien zu erarbeiten, ist eine Bewertung von Eigen- und Fremdressourcen

notwendig. Eigenressourcen bezeichnen die Persönlichkeitsanteile, Fertigkeiten und Fähigkeiten eines Klienten, die ihm zur Problembewältigung unmittelbar zur Verfügung stehen. Es handelt sich dabei um so unterschiedliche Kompetenzen wie z.B. intellektuelle Klarheit, materielle Sicherheit, soziale Kontaktfähigkeit, Kreativität und physische Konstitution. Fremdressourcen beinhalten vorhandene Unterstützungsmöglichkeiten durch Personen aus dem sozialen Umfeld des Klienten oder andere zu mobilisierende soziale Unterstützungen wie z.B. Sozialagenturen und sonstige institutionelle Angebote.

Creating- und Copingstrategien sollen möglichst einfach und konkret sein und sich logisch aus der Deliktdynamik (z.B. dem Deliktkreis) des Klienten ableiten lassen. Es kann sich um unterschiedliche Verhaltensweisen handeln: das bewusste Meiden von risikoassoziierten Örtlichkeiten, Situationen und Tätigkeiten, befriedigende Freizeitaktivitäten, das sofortige Ansprechen von belastenden Gefühlen, das Aneignen von Konfliktlösungsstrategien, individuelle Notfallpläne, regelmässiges Reporting unter Bezugnahme auf die Risikomatrix oder bewusste, immer wieder aktualisierte Erinnerungsbrücken zu therapeutischen Schlüsselszenen. Bei erfolgreicher Arbeit verfügen Klienten über grundlegende Kenntnisse der «Schritte», die zum Delikt führen, und über jeweils alternative Verhaltensweisen, die die Deliktspirale durchbrechen helfen. Jeder Klient trägt mit sich einen symbolischen «Notfallkoffer» mit einer letzten, drastischen Sofortmassnahme, um in einer Akutsituation eine drohende Deliktbegehung abzuwenden. Unter dem Fokus der «kontrollierten Erprobung» werden die entwickelten Copingstrategien in vivo eingeübt und nach Möglichkeit automatisiert.

Individueller Plan zur Rückfallprophylaxe

Am Ende der deliktpräventiven Arbeit steht die Ausarbeitung eines individuellen Planes zur Rückfallvermeidung. Er bezieht sich auf die oben dargestellte Risikomatrix und stellt den darin festgehaltenen Risikofaktoren geeignete Copingstrategien gegenüber. Der schriftliche Plan zur Rückfallprophylaxe bildet eine Grundlage zur Einübung sozialer Fertigkeiten unter dem Fokus der «kontrollierten Erprobung».

Das Spektrum deliktorientierter Behandlungselemente umfasst mittlerweile eine Vielzahl unterschiedlicher Interventionen auf der Grundlage spezifischer Konzeptionen [11, 37]. Die oben bereits dargestellte Auswahl mag auch verdeutlichen, dass forensische Psychotherapie mittlerweile eine eigenständige Spezialisierung darstellt, die ohne

Fokus 4: kontrollierte Erprobung

- möglichst lebensnahes Anwenden und Einüben von deliktpräventiv wirkenden Verhaltensweisen
AIP-Settings:
 - alltagsbezogenes Sozialtraining
 - ‹Training sozialer Kompetenzen›
 - begleitete therapeutische Ausgänge

spezifische Erfahrungen oder Weiterbildungen kaum optimal praktiziert werden kann.

Fokus 4 – kontrollierte Erprobung

«Es ist nicht genug zu wissen, man muss es auch anwenden, es ist nicht genug zu wollen, man muss es auch tun.» Bereits Goethe (zitiert nach [44]) war sich bewusst, dass personale Veränderung durch aktive Handlung und nicht nur durch das Reden darüber erfolgt. Die Diskrepanz zwischen vorhandenem Wissen und dem Umsetzen dieses Wissens in konkretes Handeln gehört zum menschlichen Wesen. Die Sozial- und Handlungspsychologie unterscheidet darum zwischen Fähigkeiten (Kompetenzen) und Fertigkeiten (Performanzen) [45–47]. Fähigkeit bzw. Kompetenz bezeichnen das Wissen einer Person über mögliche Verhaltensalternativen, Fertigkeit bzw. Performanz die tatsächlichen Anwendungsakte. Während in der deliktorientierten therapeutischen Arbeit durch das Entwerfen individueller Pläne zur Rückfallprophylaxe Kompetenzen generiert werden, steht im Fokus der ‹kontrollierten Erprobung› das möglichst lebensnahe Anwenden und Einüben deliktpräventiv wirkender Verhaltensweisen – Performanz.

Zum gezielten Einüben deliktpräventiver Verhaltensweisen wurden im AIP verschiedene Settings generiert, die in Tabelle 5 dargestellt sind.

Alltagsbezogenes Sozialtraining

Eine Ergänzung zur deliktorientierten Arbeit bildet die Auseinandersetzung der Klienten untereinander in Alltagssituationen. Im Rahmen von beispielsweise gemeinsamen Feierlichkeiten, Kochen und gestalterischem Werken, dem Planen von gemeinsamen Aktivitäten, der Übernahme von Aufgaben und anderen Alltagsaktivitäten können soziale Fertigkeiten der Klienten beobachtet und trainiert werden.

Training sozialer Kompetenzen

Im ‹Training sozialer Kompetenzen› werden soziale Alltagssituationen gezielt hergestellt (z.B. Kontakt herstellen, Bedürfnisse äussern, Rechte einfordern usw.) und in Rollenspielen vor laufender Kamera geübt. Die Videoaufzeichnungen werden dazu benutzt, die Trainings innerhalb der Therapiegruppe nachzubesprechen, um dadurch den Lerneffekt zu vertiefen.

Begleitete therapeutische Ausgänge

Begleitete therapeutische Ausgänge sind Sozial- und Kompetenztrainings im extramuralen Raum. Während der begleiteten therapeutischen Ausgänge trainieren die Klienten in Begleitung von Therapeuten soziale Fertigkeiten in realen Lebenssituationen ausserhalb der Strafanstalt. Diese Ausgänge sind weder als offizielle Vollzugslockerungsschritte anzusehen, noch leitet sich aus ihnen ein Recht auf therapieunabhängige Vollzugsöffnungen ab.

Begleitete therapeutische Ausgänge sind nach einem sechsstufigen Lockerungskonzept gegliedert, das zeitliche Dauer, Ausgangsrayon und personalen Begleitschlüssel festhält. Ab Stufe II des Konzepts sind paarweise, später Gruppenausgänge möglich. Voraussetzung für die Teilnahme an begleiteten therapeutischen Ausgängen sind sichtbare Therapiefortschritte, keine erhöhte Fluchtgefahr und eine positive Kurzzeitprognose. In der Regel werden vor Gewährung von begleiteten therapeutischen Ausgängen externe gutachterliche Stellungnahmen eingeholt. Bei befürwortenden Entscheiden werden die Vollzugsakten einer unabhängigen Expertenkommission unterbreitet. Bei positiver Empfehlung und Vorliegen einer Bewilligung der Strafvollstreckungsbehörde können begleitete therapeutische Ausgänge durchgeführt werden. Vor jedem begleiteten therapeutischen Ausgang wird eine aktuelle, standardisierte Risikobeurteilung vorgenommen. Jeder begleitete therapeutische Ausgang wird dokumentiert und in der Gruppentherapie ausgewertet.

Fokus 5 – Nachbetreuung / risk assessment

In der Nachbetreuung von AIP-Klienten arbeitet das Therapeutenteam des AIP eng mit dem Team der Ambulanz des PPD zusammen. Die ‹Übergabe› der Klienten in einer naturgemäss heiklen Therapiephase (Veränderung des sozialen Beziehungsraums) folgt einem verbindlichen Schema, das regelmässigen Austausch zwischen den vor- und nachbehandelnden Therapeuten vorsieht. Klienten sollen den Wechsel in die Nachbetreu-

Fokus 5: Nachbetreuung/risk assessment

- transparente Planung und Gestaltung des Übergangsettings (schriftlich die Verantwortlichkeiten festhalten)
- fortlaufendes Risikomanagement (Offenheit, Wachsamkeit, Anpassen der Copingstrategien an die aktuellen persönlichen Bedingungen und Umfeldfaktoren)
- aktive, einfordernde und notfalls aufsuchende Nachbetreuung

ungsphase nicht als Beziehungsabbruch erleben. Darum arbeiten die Therapeuten des AIP und der Ambulanz «überlappend», solange dies im Einzelfall erforderlich ist. In der Regel werden Klienten, die das AIP verlassen, in eine Nachsorgegruppe der Ambulanz integriert. Parallel dazu wird die Einzeltherapie durch einen der AIP-Therapeuten extramural weitergeführt. Regelmässig werden standardisierte Risikobeurteilungen durchgeführt. Um Verantwortungsdiffusionen zu vermeiden, werden die Zuständigkeiten zwischen den Therapeuten («Fallverantwortlichkeit», Meldewege über Unregelmässigkeiten u.a.) eindeutig geregelt und schriftlich festgehalten. Nach einer individuell gestalteten «Übergangszeit» wird die Nachbetreuung der AIP-Klienten an das Team der Ambulanz übergeben.

Die wichtigsten Anforderungen an die Nachbetreuung sind in Tabelle 6 in einer Übersicht dargestellt. Bei erfolgreich verlaufenden therapeutischen Prozessen werden das Nachbetreuungssetting und die Entlassungsbedingungen frühzeitig geplant und festgelegt. Der Einbezug des sozialen Empfangsraums [48] in die therapeutische Arbeit bereits während der intramuralen Therapiephase und der gezielte Aufbau eines tragfähigen sozialen Netzes sind – aufgrund ihrer belegten deliktpräventiven Wirkung – besonders wichtig. Auch Freiwilligenarbeit kann den Resozialisierungsprozess unterstützen. Ehrenamtlich tätige Personen, die unterstützende Betreuungsaufgaben für Klienten des AIP wahrnehmen, haben ein spezielles Schulungsprogramm durchlaufen und pflegen einen regelmässigen Kontakt zu den behandelnden Therapeuten.

Vor dem Übertritt in die Nachbetreuungsphase werden die zu erwartenden Entlassungsbedingungen so gut wie möglich geplant und mit dem Klienten erörtert. Zuvor wurden in der lang-

jährigen deliktorientierten Therapie «risks» und «needs» des Klienten möglichst vollständig erfasst und sein Copingverhalten in verschiedenen lebensnahen Situationen erfolgreich erprobt. Klienten haben sich eine realisierbare Zukunftsperspektive erarbeitet, soziale Kontakte zu privaten Bezugspersonen und Personen aus dem professionellen Helfernetzwerk geknüpft und insbesondere Möglichkeiten eines befriedigenden Freizeitverhaltens («Creating») erprobt. Jeder Klient, der in die Nachbetreuungsphase übertritt, hat für sich einen Alarmplan als letzte Sicherheitsmassnahme erstellt und gemeinsam mit den behandelnden Therapeuten einen verbindlichen Betreuungsplan ausgearbeitet. Nicht ausreichend geklärte oder instabile Entlassungsbedingungen sind potentielle Risikofaktoren und müssen unbedingt vermieden werden.

Ausblick

Im Ambulanten Intensiv-Programm (AIP) werden die deliktpräventiven, gruppentherapeutischen Angebote des PPD in der Strafanstalt Pöschwies zusammengefasst. In den vergangenen 5 Jahren seines Bestehens wurde die Behandlungskonzeption fortlaufend weiterentwickelt, diversifiziert und den aktuellen – auch sparpolitischen – Gegebenheiten angepasst. Die Idee, ein intensives, deliktorientiertes Behandlungsprogramm in die Strukturen der Strafanstalt zu integrieren, hat sich aus Sicht aller direkt Beteiligten bewährt. Die zuvor bestehende Versorgungslücke hinsichtlich intensiv behandelungsbedürftiger Insassen konnte zumindest teilweise geschlossen werden.

Bei der Mehrzahl der Klienten, die das gesamte bisherige Therapieprogramm absolviert haben, wurden von verschiedenen Fachleuten deutliche risikosenkende Veränderungen festgestellt. So liegen diesbezüglich unter anderem übereinstimmende Stellungnahmen einer internationalen Expertengruppe, die das Programm seit Beginn regelmässig überprüft, und verschiedene individuelle externe Stellungnahmen führender Schweizer Gutachter vor. Ein erster AIP-Klient befindet sich seit etwa einem Jahr rückfallfrei in Freiheit.

In der weiteren Entwicklung ist geplant, das jetzige AIP mittelfristig als gruppentherapeutisches Zentrum zu einem Teil des Regelversorgungsangebots in der Strafanstalt Pöschwies zu machen und dann neben Intensivtherapien auch niederschwelligere Behandlungssettings zu integrieren. Auf diese Weise soll nicht zuletzt auch die heute starke Exponierung des Programms vermindert werden.

Trotz des bislang erfreulichen Verlaufs darf nicht übersehen werden, dass sich ein Programm wie das AIP in einem schwierigen gesellschaftspolitischen und medialen Umfeld bewegt. Zwar sind die nachfolgend skizzierten Aspekte nicht ernsthaft bestritten: Deliktpräventive Therapien können Risiken entscheidend senken, aber nicht auf Null reduzieren. Selbst wenn ein 90%-Risiko auf 10% gemindert werden kann, bedeutet dies theoretisch, dass einer von 10 Tätern rückfällig wird. Auch wenn die professionell Beteiligten alles tun, um die Wahrscheinlichkeit von Rückfällen so weit wie möglich zu reduzieren, bleibt ein nicht vollständig zu eliminierender Restrisikobereich. Wollte die Gesellschaft daraus den Schluss ableiten, Täter wie die heutigen AIP-Teilnehmer lebenslang zu sichern, dann würde dies bedeuten, nicht nur die für die Schweiz geschätzten 30–50 extrem gefährlichen und unbehandelbaren Täter lebenslang einzusperren. Diese Massnahme müsste dann auch auf erheblich rückfallgefährdete Täter, die einer Behandlung grundsätzlich zugänglich sind, ausgedehnt werden. Die lebenslange Sicherung beträfe dann schweizweit schätzungsweise weit mehr als 300 Personen. Das ist weder gesellschaftspolitisch mehrheitsfähig, noch in der gegenwärtigen Infrastruktur langfristig zu realisieren. Zudem gibt es intensiv behandlungsbedürftige Täter, die vor dem Hintergrund einer endlichen Strafe ohnehin entlassen werden müssen.

Bei dieser Ausgangslage ist gegenwärtig keine Alternative zu erkennen, die professionell ausgestaltete, intensive deliktpräventive Angebote für entsprechend rückfallgefährdete und behandlungsbedürftige Täter ersetzen könnte. Gleichwohl ist zu befürchten, dass bei auf lange Sicht nicht gänzlich zu vermeidenden Rückfällen, insbesondere auch von AIP-Klienten, differenzierte Betrachtungen politisch, gesellschaftlich und vor allem medial nur schwer oder gar nicht mehr vermittelt werden können. Eine Reaktion auf die beschriebene Gefahr könnte sein, auf ein sachlich als sinnvoll und indiziertes Therapieangebot wie das AIP aus strategischen Gründen von vornherein gänzlich zu verzichten. Verwirft man diese Möglichkeit nicht zuletzt auch aus berufsethischen Gründen, dann kommt der fachlichen Diskussion, aber auch einer transparenten öffentlichen Informationspolitik eine zentrale Bedeutung zu.

Literatur

- 1 Urbaniok F, Stürm M. Das Zürcher «Ambulante Intensiv-Programm» (AIP) zur Behandlung von Gewalt- und Sexualstraf Tätern. Teil 1: Entstehungsgeschichte und methodische Grundlagen. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 2006;157:103–18.
- 2 Petzold H. Der «Tree of Science» als metahermeneutische Folie für Theorie und Praxis der Integrativen Therapie. In: Petzold H, Herausgeber. *Der «Tree of Science» als metahermeneutische Folie für Theorie und Praxis der Integrativen Therapie*. Paderborn: Junfermann; 1991. S. 457–648.
- 3 Yalom ID, Elkin G. *Jeden Tag ein bisschen näher*. München: Goldmann; 2001.
- 4 Lösel F. The efficacy of correctional treatment: a review and synthesis of meta-evaluations. In: McGuire J, editor. *What Works: Reducing Reoffending: Guidelines from Research and Practice*. Chichester: Wiley; 1995. p. 79–111.
- 5 Lipsey MW. What do we learn from 400 research studies on the effectiveness of treatment with juvenile delinquents. In: McGuire J, editor. *What Works? Reducing Reoffending*. Chichester: Wiley; 1995. p. 63–78.
- 6 Hall GC. Sexual offender recidivism revisited. A meta-analysis of recent treatment studies. *J Consult Clin Psychol* 1995;36:802–9.
- 7 Lösel F, Bender D. Straftäterbehandlung: Konzepte, Ergebnisse, Probleme. In: Steller M, Volpert R, Herausgeber. *Psychologie im Strafverfahren*. Bern: Huber; 1997. S. 171–204.
- 8 Hanson RK, Gordon A, Harris AJR, Marques JK, Murphy W, Quincey VL, et al. First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders. *Sex Abuse* 2002;14:169–94.
- 9 Dowden C, Antonowicz DH, Andrews DA. The effectiveness of relapse prevention with offenders: a meta-analysis. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2003;47:516–28.
- 10 Lösel F, Schmucker M. Psychopathy, risk taking, and attention: a differentiated test of the somatic marker hypothesis. *J Abnorm Psychol* 2004;113:522–9.
- 11 Urbaniok F. Der deliktorientierte Therapieansatz in der Behandlung von Straftätern – Konzeption, Methodik und strukturelle Rahmenbedingungen im Zürcher PPD-Modell. *Psychotherapie Forum* 2003;11:202–13.
- 12 Marques JK, Day DM. *Sex Offender Treatment and Evaluation Project: Progress Report* [unpublished manuscript]. California Department of Mental Health; 1998.
- 13 Marques JK, Nelson C, Alarcon JM, Day DM. Preventing relapse in sex offenders. What we learned from SOTEP's experimental treatment program. In: Laws RD, Hudson SM, Ward T, editors. *Remaking Relapse Prevention with Sex Offenders*. Thousand Oaks: Sage Publications; 2000. p. 321–40.
- 14 Marques JK, Wiederanders M, Day DM, Nelson C, van Ommeren A. Effects of a relapse prevention program on sexual recidivism: final results from California's Sex Offender Treatment and Evaluation Project (SOTEP). *Sex Abuse* 2005;17:79–107.
- 15 Grawe K. *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe; 2000.
- 16 Cohn R. *Von der Psychoanalyse zur themenzentrierten Interaktion*. Stuttgart: Klett-Cotta; 1975.

- 17 Urbaniok F. Was sind das für Menschen – was können wir tun. Nachdenken über Straftäter. Bern: Zytglogge Verlag; 2003.
- 18 Urbaniok F. Forensisches Operationalisiertes Therapie-Risiko-Evaluations-System. Bern: Zytglogge; 2004.
- 19 Deegener G. Das Verantwortungs-Abwehr-System sexueller Missbraucher. In: Amann G, Wipplinger R, Herausgeber. Sexueller Missbrauch: Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie. Tübingen: DGVT-Verlag; 1997. S. 310–29.
- 20 Deegener G. Sexueller Missbrauch: Die Täter. Weinheim: Psychologie Verlags Union; 1995.
- 21 Bundschuh C. Pädosexualität – Entstehungsbedingungen und Erscheinungsformen. Opladen: Leske und Budrich; 2001.
- 22 Heiliger A. Täterstrategie und Prävention. München: Frauenoffensive; 2000.
- 23 Urbaniok F. Teamorientierte Stationäre Behandlung in der Psychiatrie. Stuttgart: Thieme; 2000.
- 24 Petzold HG. Integrative Supervision, Meta-Consulting & Organisationsentwicklung. Paderborn: Junfermann; 1998.
- 25 Orlinsky DE, Howard KI. Ein allgemeines Psychotherapie-modell. *Integrative Therapie* 1988;14:281–308.
- 26 Urbaniok F. Gibt es unbehandelbare Täter? Schweizer Arbeitsgruppe für Kriminologie 2002;20:149–69.
- 27 Dahle KP Therapie und Therapieindikation bei Straftätern. In: Steller M, Volbert R, Herausgeber. Therapie und Therapieindikation bei Straftätern. Bern: Huber; 1997.
- 28 Yalom ID. Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie: ein Lehrbuch. München: Klett-Cotta; 1999.
- 29 Orlinsky DE, Grawe K, Parks R. Process and outcome in psychotherapy. In: Bergin AE, Garfield SL, editors. *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley; 1994. p. 270–376.
- 30 Grawe K, Grawe-Gerber M. Ressourcenaktivierung – ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. *Psychotherapeut* 1999;44:63–73.
- 31 Petzold HG, Orth I. Therapietagebücher, Lebenspanorama, Gesundheits-/Krankheitspanorama als Instrumente der Symbolisierung und karrierebezogenen Arbeit in der Integrativen Therapie. In: Petzold H, Sieper J, Herausgeber. *Integration und Kreation*. Paderborn: Junfermann; 1993. S. 125–71.
- 32 Oevermann U, Schuster L, Simm A. Zum Problem der Perseveranz in Delikttyp und modus operandi. Wiesbaden: BKA; 1985.
- 33 Rahm D, Otto H, Bosse S, Ruhe-Hollenbach H. Einführung in die Integrative Therapie. Paderborn: Junfermann; 1999.
- 34 Marshall WL, Laws RD, Barbaree HE. *Handbook of Sexual Assault: Issues, theories, and treatment of the offender*. New York: Plenum Press; 1990.
- 35 Hanson RK, Bussière MT. Predicting relapse: a meta-analysis of sex offender recidivism studies. *J Consult Clin Psychol* 1998;66:348–62.
- 36 MacCulloch MJ, Snowden PR, Wood PJW, Mills HE. Sadistic Fantasy, Sadistic Behaviour and Offending. *Br J Psychiatry* 1983;143:20–9.
- 37 Urbaniok F, Endrass J. Therapeutische Arbeit mit delikt-relevanten Phantasien. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 2006;157:15–22.
- 38 Grawe K. *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe; 2004.
- 39 Bumby KM. Empathy inhibition, intimacy deficits, and attachment difficulties in sex offenders. In: Laws RD, Hudson SM, Ward T, editors. *Remaking Relapse Prevention with Sex Offenders: a Sourcebook*. London: Sage Publications; 2000. p. 143–66.
- 40 Hoffmann ML. Empathy and Moral Development: Implications for Caring and Justice. Cambridge: University Press; 2000.
- 41 Polaschek DLL. Empathy and victim empathy. In: Ward T, Laws RD, Hudson SM, editors. *Sexual Deviance: Issues and Controversies*. London: Sage Publications; 2003. p. 172–89.
- 42 Fernandez YM, Marshall WL, Lightbody S, O'Sullivan C. The child molester empathy measure. *Sex Abuse* 1999;11:17–31.
- 43 Benz C, Blawatt E, Endrass J, Urbaniok F. Grundlagen zum Empathietraining in der forensischen Psychotherapie. *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie Werkstattdriften (WsFPP)* 2005;12:7–28.
- 44 Lang H. *Wirkfaktoren der Psychotherapie*. Würzburg: Königshausen; 2003.
- 45 Chomsky N. *Aspekte der Syntax-Theorie*. Frankfurt: Suhrkamp; 1969.
- 46 Furrer H. *Ressourcen – Kompetenzen – Performanz*. Luzern: AEB; 2000.
- 47 Petzold HG. Zur Aus- und Weiterbildung von klinischen Leib- und Bewegungstherapeuten – die Theorie holographischen Lernens in der integrativen Therapie. In: Petzold HG, Herausgeber. *Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie*. Paderborn: Junfermann; 1983. S. 583–600.
- 48 Dittmann V. Beurteilung des Rückfallrisikos besonders gefährlicher Straftäter: Dittmannkatalog. Basel: Psychiatrische Universitätsklinik; 2000.