

Frank Urbaniok

Der deliktorientierte Therapieansatz in der Behandlung von Straftätern – Konzeption, Methodik und strukturelle Rahmenbedingungen im Zürcher PPD-Modell

The Offence-orientated Therapeutic Approach in the Treatment of Offenders – Conception, Methodology and Structural Framework of the Zurich PPD Model

Abstract The treatment of offenders in Anglo-Saxon countries is based on concepts taken from cognitive behavioural theory. As a result of a too rigid and one-sided application, therapeutic potential often remains untapped. In Europe, psychoanalytical approaches have, for a long time, meant that offence-oriented procedures have been ignored. In Zurich, a trend-setting forensic model has emerged with the PPS model (Psychiatric Psychological Service, Department of Justice Canton Zurich). This model carries out professional risk assessments and provides a broad crime-preventive programme of therapy for criminals. As a specialist centre, the PPS is part of the legal system and, within the organisation of justice, is vested with the responsibility and decision-making powers to allow the creation of workable structural conditions to facilitate innovative forensic psychiatry.

The philosophy behind the therapy is based on the following principles: special, offence-related interventions as an obligatory programme and treatment of the specific problems relating to the fundamental personality as a complementary part of the therapy.

The article introduces the offence-related approach to treatment as it is being practiced in the framework of the Zurich model.

Einleitung

Die Therapie von Straftätern, insbesondere von Gewalt- und Sexualstraftätern, gibt immer wieder Anlass zu kontroversen Diskussionen. Es liegt auf der Hand, dass in diesem Bereich ein hohes gesellschaftspolitisches Interesse besteht. Problematisch an der öffentlichen Rezeption des Themas ist, dass in der Regel erst dann eine hohe Aufmerksamkeit entsteht, wenn gravierende Rückfälle bekannt werden. Die mediale Berichterstattung erfolgt zumeist kurzzeitig, fallbezogen und auf das aktuelle Geschehen fokussiert. Bei aller Berechtigung dieses Vorgehens im Hinblick auf die Aktualität schwerer Einzelfälle verhindert die Fokussierung der Diskussion auf aktuelle Geschehnisse eine differenzierte Auseinandersetzung mit langfristigen Konzeptionen. Auch die wissenschaftliche Fachdiskussion ist in diesem Themenbereich anfällig für emotionalisierte oder weltanschaulich geprägte Argumentationen.

1992 entwickelten wir ein Behandlungsmodell für die stationäre Therapie persönlichkeitsgestörter Sexualstraftäter (Urbaniok, 1995). Wir nannten unsere Arbeit damals „deliktorientiert“, weil damit ein wesentliches Kennzeichen der Behandlungskonzeption deutlich gemacht werden sollte. Sie unterschied sich zu jener Zeit von der überwiegenden Mehrzahl der im deutschsprachigen Raum praktizierten Behandlungsansätze. Mit der Begriffswahl sollte schon damals mehr ausgesagt werden als das Bekenntnis zu einer bestimmten psychotherapeutischen Schule. In Langen-

feld (D) arbeiteten wir mit Gruppentherapien, körper- und gestalttherapeutischen Techniken, vor allem aber nach der stationären Behandlungskonzeption, wie sie in der „Teamorientierten Stationären Behandlung – TSB“ (Urbaniok, 2000) beschrieben ist. Deliktorientiertes Arbeiten verstanden wir als einen umfassend pragmatischen Ansatz, der einerseits als wesentliches Ziel die Rückfallprävention, andererseits die Konzentration therapeutischer Vorgehensweisen auf das Deliktverhalten vorsah.

In den letzten acht Jahren meiner forensischen Tätigkeit in Zürich wurden therapeutische Techniken modifiziert und weiterentwickelt sowie neue Elemente konzeptionalisiert. Es existieren Unterschiede zu bestimmten Behandlungsvorstellungen, aber auch vielfache Überschneidungen zu anderen praktisch tätigen Kollegen im In- und Ausland. Heute ist der Terminus „deliktorientierter Ansatz“ weit verbreitet. Bisweilen besteht die Gefahr, dass er zu einem Schlagwort wird, dem keine klare Konzeption zu Grunde liegt.

Ich will in meiner nachfolgenden Darstellung verdeutlichen, dass wir unter dem Terminus „deliktorientierter Behandlungsansatz“ eine umfassende Behandlungsphilosophie verstehen, die neben einem Instrumentarium von

Korrespondenz: Dr. med. Frank Urbaniok,
Psychiatrisch Psychologischer Dienst,
Justizvollzug Kanton Zürich, Feldstrasse 42,
8090 Zürich, Schweiz.
E-Mail: frank.urbaniok@ji.zh.ch
www.justizvollzug.ch

Among others, clear target-orientation with regards to risk reduction, maximal transparency, openness, respect, promotion of independence, autonomy, interdisciplinary matters and, as a result, a pragmatic approach will all represent general paradigmatic principles. Above all, the specific offence-related technicalities fall into two categories in their theoretical approach: (1) increasing the ability to control oneself and (2) reducing offence motivation. The therapy elements "offence reconstruction" and working with the "offence-part" are outlined as an illustration of the practical application.

The author firmly contradicts the theory currently espoused in Europe that the treatment of criminals is not a special psychotherapeutic discipline. Both therapies and risk calculations are just as important in achieving effectiveness when they are based on specialised and differentiated concepts.

Keywords:

Zürich model; Offender therapy; Offence-oriented therapy; Crime reconstruction; Offence-part work.

Zusammenfassung

Die Therapie von Straftätern folgt im angelsächsischen Raum lerntheoretischen Konzepten. Durch eine zu starre und einseitige Anwendung bleibt therapeutisches Potenzial oft ungenutzt. In Europa haben tiefenpsychologische Ansätze lange Zeit zu einer Vernachlässigung deliktorientierter Vorgehensweisen geführt. In Zürich ist mit dem PPD-Modell (Psychiatrisch-Psychologischer Dienst, Justizvollzug Kanton Zürich) ein wegweisendes forensisches Modell entstanden, das professionelle Risikoeinschätzungen vornimmt und ein breites deliktpräventives Therapieangebot für Straftäter bereitstellt. Als Fachzentrum ist der PPD Teil der Justiz und innerhalb der Justizorganisation mit Verantwortung und Entscheidungskompetenz ausgestattet, sodass damit tragfähige strukturelle Rahmenbedingungen für eine innovative forensische Psychiatrie bestehen.

Die Behandlungsphilosophie des PPD folgt dem Grundsatz: Spezielle, deliktorientierte Interventionen als Pflichtprogramm und Behandlung der spezifischen Problemstellungen der Grundpersönlichkeit als komplementärer Anteil der Therapie.

Der Artikel stellt den deliktorientierten Behandlungsansatz vor, so wie er im

Behandlungstechniken verschiedene paradigmatische Ausrichtungen einschließt.

Forensische Psychiatrie/ Psychologie ist eine Spezialdisziplin

Ein wesentlicher Gedanke besteht darin, dass unserer Auffassung nach die forensische Psychiatrie/Psychologie eine Spezialdisziplin darstellt. Es geht dabei in keiner Weise um einen standespolitischen Aspekt. Gemeint ist vielmehr, dass in den zentralen Bereichen der „Straftätertherapie“ und der „Risikobeurteilungen“ Anwendungsbereiche entstanden sind, die einer hohen Spezialisierung bedürfen.

So ist es zum Beispiel unzureichend, allgemeine psychiatrisch-psychologische Konzepte als Ausgangsbasis für die prognostische Beurteilung gefährlicher Gewalt- und Sexualstraftäter zu Grunde zu legen. Nicht zuletzt solche Vorgehensweisen haben dazu geführt, dass die „klinische Prognosemethode“ im angelsächsischen Raum auf Grund sehr schlechter Ergebnisse in Verruf geraten ist. Dabei ist die klinische Methode, die versucht, den Einzelfall in seinen prognoserelevanten Faktoren so genau wie möglich zu erfassen, nicht das eigentliche Problem. Das Problem waren – und sind zum Teil auch heute noch – unzureichende Vorgehensweisen. So ist es, um nur ein Beispiel zu nennen, für die Prognose von wesentlicher Bedeutung, Tatmusteranalysen vorzunehmen, um daraus Rückschlüsse auf persönlichkeitsstrukturelle Risikodispositionen ziehen zu können. Für die Prognose hat dies in den meisten Fällen eine sehr viel höhere Bedeutung als irgendeine „krankheitsbezogene“ Diagnostik. Um Tatmusteranalysen und andere für die Risikokalkulation wichtige Verfahrenstechniken durchführen zu können, sind Spezialisierungen erforderlich, die kaum oder gar keine Berührungspunkte zur allgemeinen Psychiatrie oder Psychologie aufweisen.

Vergleichbares gilt für den Therapiebereich. Auch hier besteht die Notwendigkeit der Spezialisierung.

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen möchte ich der von verschiedenen Autoren (Schorsch et al., 1990; Lohse, 1993) vertretenen Meinung dezidiert entgegenzutreten, dass zum Beispiel

die ambulante Behandlung von Sexualstraftätern ohne weitere Qualifizierung in jeder Praxis durchgeführt werden könne. Diese vermutlich aus einer durchaus legitimen versorgungspolitischen Betrachtungsweise vorgenommene Bewertung kann heutzutage in dieser Weise nicht mehr aufrechterhalten werden.

Forensische Psychotherapie

Grob gesagt lassen sich vier Ebenen unterscheiden, die bei forensischen Psychotherapien eine besondere Rolle spielen:

- Unspezifische Psychotherapiekonzeptionen
- Juristische Aspekte
- Strukturelle Aspekte
- Spezifische Psychotherapiekonzeptionen

Unspezifische Psychotherapiekonzeptionen

Es gibt Therapieelemente und Paradigmen, die allgemein als sinnvoll angesehen werden können und nicht spezifisch auf Straftätertherapien ausgerichtet sind. Wird zum Beispiel bei einem Täter eine Opferproblematik oder eine posttraumatische Belastungsstörung behandelt, dann unterscheiden sich bezüglich dieser Problematik die Behandlungsgrundsätze nicht von der Therapie einer nicht straffällig gewordenen Person.

Darüber hinaus folgen wir einer Reihe weiterer Überlegungen, die ebenso gut in der Behandlung einer anderen Klientel als sinnvoll erachtet werden können. Im Rahmen dieses Artikels seien hierzu nur einige wenige Stichworte genannt:

Als Prinzipien werden u.a. maximale Transparenz, Offenheit, Respekt, die konsequente Förderung von Selbständigkeit und Eigenverantwortung und Interdisziplinarität vertreten.

Bei diesen Prinzipien wird nicht von der Begrifflichkeit des Alltagsverständnisses ausgegangen. Vielmehr handelt es sich um Arbeitselemente, die nicht dem Zufall, persönlichen Einstellungen oder situativem Reagieren überlassen werden dürfen. Wie andernorts dargelegt, ist für ihre Umsetzung als therapeutische Grundprinzipien eine klare Konzeptionalisierung und Operationalisierung erforderlich (Urbaniok, 2000).

Rahmen des Zürcher Modells praktiziert wird.

Als generelle paradigmatische Prinzipien werden u.a. eine klare Zielorientierung auf die Verminderung von Rückfallrisiken, maximale Transparenz, Offenheit, Respekt, die Förderung von Selbständigkeit, Eigenverantwortung, Interdisziplinarität und eine konsequent pragmatische Ausrichtung vertreten. Die spezifisch deliktorientierten Techniken zielen in ihrer theoretischen Ausrichtung vor allem auf zwei Bereiche: erstens auf die Erhöhung der Steuerungsfähigkeit und zweitens auf die Verminderung der Deliktmotivation. Zur Veranschaulichung der praktischen Anwendung werden die Therapieelemente „Deliktreakonstruktion“ und „Deliktteilarbeit“ skizziert.

Der Autor widerspricht dezidiert der in Europa zum Teil verbreiteten These, dass die Behandlung von Straftätern keine psychotherapeutische Spezialdisziplin sei. Sowohl Therapien als auch Risikokalkulationen gewinnen erheblich an Effektivität, wenn ihnen spezialisierte und differenzierte Konzepte zugrunde gelegt werden.

Schlüsselwörter:

Zürcher Modell; Straftäter-Therapie; deliktorientierte Therapie; Deliktreakonstruktion; Deliktteilarbeit.

Weitere grundsätzliche Ausrichtungen können mit Begriffen wie Professionalität, Pragmatismus und Nützlichkeitspsychologie bezeichnet werden. Professionalität wird als die radikale Nützlichkeitsfrage verstanden, die auf alles und jedes im Zusammenhang mit der Arbeit anzuwenden ist:

Nützlich für das Erreichen des Arbeitsziels oder nicht nützlich (schädlich) für das Erreichen des Arbeitsziels?

Potentiell muss jeder Faktor, der eine mögliche Bedeutung für das Arbeitsziel hat, dieser Frage unterworfen werden (Persönlichkeit von Therapeuten, Arbeitshaltungen, Konzepte, Qualifikationen, Strukturen usw.).

Pragmatismus und Nützlichkeitspsychologie könnten plakativ frei nach James (1987, 1907) mit dem Satz beschrieben werden: „Wahr ist, was nützt.“

Damit soll eine Haltung zum Ausdruck kommen, die unabhängig von Weltanschauung, Glaubenssätzen, Bequemlichkeit oder psychotherapeutischen Schulen den Zugriff auf ein breites Spektrum möglicher Interventionen ebenso möglich macht wie die kreative Entwicklung struktureller Rahmenbedingungen, sofern sich dies in professioneller Weise begründen und legitimieren lässt.

Spezifische Psychotherapiekonzeptionen

Bei forensischen Psychotherapien gibt es vielfache Berührungspunkte zu juristischen Aspekten. Hierin unterscheiden sich diese Therapien markant von nichtforensischen Psychotherapien. Es ist daher erforderlich, verschiedene juristische Fragestellungen bzw. juristisch definierte Situationen von vornherein in eine Therapiekonzeption einzuarbeiten.

Es geht dabei zum Beispiel um die inhaltlichen und administrativen Erfordernisse bei gerichtlich angeordneten Therapien bzw. bei Einweisungen in Maßregelvollzugseinrichtungen oder Sozialtherapeutische Anstalten, um die Definition des Informationsflusses zwischen allen Beteiligten (Therapeuten, Justizorgane, Strafvollzug etc.), den Modus von Berichterstattung, den Umgang mit rückfallrelevanten Situationen (vor allem im ambulanten Bereich), den Umgang mit Aufdeckungen von

Dunkelziffern in der Therapie und vieles mehr.

Es würde den Rahmen dieses Artikels sprengen, auf diese oder andere bedeutende Punkte detailliert einzugehen. Es sei nur so viel gesagt, dass es sich bei den juristischen Aspekten zwar auf der einen Seite um die Festlegung auf Verfahrensregeln handelt. Andererseits hat die jeweilige Regelung dieser Punkte und der Umgang mit ihnen aber implizite oder explizite Bedeutung für die Therapie. Sie müssen keinesfalls negativ sein. Im Gegenteil machen wir die Erfahrung, dass eine möglichst genaue Klärung von Rahmenbedingungen am Anfang einer Therapie im Sinne von Transparenz und Verantwortungsübernahme einen überaus positiven therapeutischen Effekt hat.

Was geschieht, wenn ein Klient in der Therapie über nicht angezeigte Sexualdelikte berichtet oder bislang unbekannte Gefährdungsmomente erkannt werden? Es ist überaus schwierig, solche Situationen erst bei ihrem Auftreten während einer Therapie therapeutisch befriedigend zu handhaben. Viel sinnvoller ist es, den Umgang mit diesen und verschiedenen anderen möglicherweise auftretenden Situationen von vornherein zu klären und damit auch für den Klienten eine berechenbare Grundlage zu schaffen. Wir arbeiten bei allen deliktorientierten Therapien mit einem detaillierten Behandlungsvertrag, in dem solche und andere Fragen geregelt sind. Der Behandlungsvertrag ist kein juristisches Dokument. Er ist eine therapeutische Intervention mit prozesshaftem Charakter. So kann die Implementierung des Behandlungsvertrages drei, fünf, zehn oder mehr Stunden dauern und wird bewusst als therapeutisches Instrument eingesetzt. Selbstverständlich soll mit dem Behandlungsvertrag eine tragfähige Grundlage, ein gemeinsamer Kontrakt geschaffen werden. Wie der Behandlungsvertrag implementiert, wie der Prozess der Implementierung gestaltet wird und wie mit typischen Reaktionen sinnvoll umgegangen werden sollte, wird bei Therapeuten ebenso trainiert wie beispielsweise die Anwendung der Technik „Deliktreakonstruktion“. Denn auf subtiler Ebene werden über das „Therapieelement Behandlungsvertrag“ sehr viele therapeutische Botschaften transportiert wie zum Beispiel Offenheit, Transparenz, gemein-

Une approche thérapeutique axée sur les types d'infractions dans le traitement de délinquants – conception, méthode et conditions structurelles du modèle zurichois PPD

Résumé Dans les pays anglo-saxons, le traitement des délinquants se fonde sur des concepts de type cognitif et behavioriste. Sachant qu'ils sont appliqués de manière trop rigide et trop unilatérale, des potentiels thérapeutiques demeurent souvent inexploités. En Europe, l'utilisation d'approches de type psychologie des profondeurs a conduit pendant longtemps à négliger les démarches axées sur des délits spécifiques. Le modèle PPD (service de psychiatrie et de psychologie /Psychiatrisch-Psychologischer Dienst, département de justice du canton de Zurich) élaboré à Zurich est une approche médico-légale de pointe qui permet d'évaluer les risques de manière professionnelle et d'offrir aux délinquants un large programme de thérapie préventive. Le PPD est un centre spécialisé intégré dans le système légal ; il est compétent pour prendre des décisions et assume ses propres responsabilités, ce qui a permis de créer le cadre nécessaire à la pratique d'une psychiatrie médico-légale innovatrice.

La philosophie à la base du concept PPD se fonde sur le principe suivant : un programme obligatoire d'interventions spécifiques aux différents délits et, en tant que complément, une thérapie adaptée aux problèmes de personnalité caractérisant les délinquants.

L'article présente cette approche, telle qu'elle est pratiquée dans le cadre du modèle zurichois.

Elle inclut entre autres des éléments de thérapie et des paradigmes qui ont une valeur plus globale et qui ne sont pas uniquement destinés au traitement des délinquants. Si, par exemple, l'auteur d'une infraction souffre d'un complexe de victime ou d'un syndrome de stress post-traumatique, sa thérapie ne se distingue en rien de celle qui serait offerte à une personne n'ayant commis aucun délit.

Les principes paradigmatiques qui sont appliqués sont, entre autres : une approche visant clairement à faire baisser les risques de récidive, une transparence maximale, l'ouverture, le respect, la promotion de l'autonomie individuelle (indépendance et responsabilité), l'interdisciplinarité et une attitude systématiquement pragmatique.

D'autres aspects fondamentaux sont en rapport avec des concepts associés au professionnalisme et à la volonté de pratiquer une psychologie utile. Par professionnalisme, nous entendons une volonté radicale de faire un travail efficace ; cet aspect se retrouve à tous les niveaux. Il faut donc à chaque fois poser la question de

savoir si un élément donné est utile (ou éventuellement nocif) du point de vue de l'accomplissement des objectifs mentionnés.

Ceci correspond à une attitude délibérément libre de toute influence philosophique ou religieuse, mais aussi de toute recherche de solutions faciles et de toute référence spécifique à des courants de psychothérapie. Ceci permet d'offrir un large éventail d'interventions tout en promouvant de manière créatrice l'évolution des conditions structurelles – là où ces développements peuvent être motivés et légitimés de manière professionnelle.

Du point de vue théorique, les techniques spécifiques utilisées se situent pour l'essentiel dans deux catégories : 1) amélioration de la capacité de l'individu à se contrôler et 2) réduction de la motivation à commettre des délits. Au niveau des éléments spécifiques à ce type de traitement, il faut mentionner : promotion de l'acquisition objective de données statistiques (élimination des statistiques non-officielles), reconstruction des infractions, élimination des distorsions cognitives, acquisition d'un « savoir-faire par rapport aux délits », meilleure définition du contexte permettant d'expliquer les infractions, élaboration de modèles en rapport avec leur cycle, amélioration de la compétence affective et de l'empathie avec le vécu des victimes, identification précoce des risques, travail utilisant l'imagination, ainsi qu'amélioration du contrôle de soi et de la gestion des pulsions.

Chacun des éléments mentionnés ci-dessus peut être intégré dans une thérapie par le biais d'interventions spéciales très variées.

Si l'on cherche à formuler un modèle simple pour expliquer les délits, on peut dire en bref qu'il y a déséquilibre entre la force d'une pulsion menant à l'acte et la capacité du délinquant à gérer et à contrer cette pulsion. C'est pourquoi toute thérapie visant la prévention des infractions doit permettre d'améliorer la manière dont les délinquants gèrent leurs pulsions et/ou de les démotiver à passer à l'acte. Pour illustrer l'aspect pratique de notre concept, nous présentons des exemples en rapport avec les éléments « reconstruction du délit » et « travail sur le délit ».

L'auteur n'est absolument pas d'accord avec la thèse largement répandue en Europe considérant que le traitement des délinquants n'est pas un domaine spécialisé de la psychothérapie. Ces thérapies, mais aussi la prévision des risques, deviennent beaucoup plus efficaces lorsqu'elles se fondent sur des concepts spécialisés et différenciés.

samer partnerschaftlicher Klärungsstil, Berechenbarkeit, Ernst-genommen-Werden, Verantwortungsübernahme.

Für forensische Psychotherapien sind neben den juristischen Aspekten die strukturellen Rahmenbedingungen von erheblicher Bedeutung. Ob Therapien innerhalb oder außerhalb einer Strafanstalt, in einer forensischen Klinik, auf einer allgemeinpsychiatrischen Station, in einer sozialtherapeutischen Anstalt, in einer Praxis oder in einer forensischen Spezialambulanz durchgeführt werden, hat weitreichende Implikationen sowohl für Klienten wie für Therapeuten und wird damit zu einem wichtigen Einflussfaktor für die Qualität der Behandlung.

Im Zürcher PPD-Modell (Urbaniok, 2001) arbeiten wir nach einem integrativen Ansatz, in dem die forensische Psychiatrie/Psychologie integraler Bestandteil der Organisation des Justizvollzuges ist. Selbstverständlich ist das nicht die einzig mögliche strukturelle Rahmenbedingung für forensische Psychotherapie. Wir halten das in dieser Form bislang nur in Zürich praktizierte Modell allerdings für ein modernes und zukunftsweisendes Konzept, das verschiedenen professionellen Erfordernissen Rechnung trägt.

Der Psychiatrisch-Psychologische Dienst (PPD) ist Teil der Organisation „Justizvollzug Kanton Zürich“, die für alle Vollzugsbelange im Kanton Zürich

zuständig ist. Der Amtsleiter ist direkt dem Regierungsrat für Justiz und Inneres (einem Landesminister in Deutschland vergleichbar) unterstellt. Das Amt besteht aus fünf Hauptabteilungen mit insgesamt 700 Mitarbeitern. Es ist mit weitreichenden Entscheidungskompetenzen ausgestattet und wird durch eine Geschäftsleitung geführt, welcher neben dem Amtsleiter die fünf Chefs der Hauptabteilungen angehören. Somit tragen alle in der Geschäftsleitung vertretenen Organisationen die Verantwortung für die Gestaltung sämtlicher Vollzugsfragen im Kanton Zürich. Diese Konstruktion ermöglicht es, eine übergeordnete, interdisziplinär verankerte Gesamtstrategie zu verfolgen.

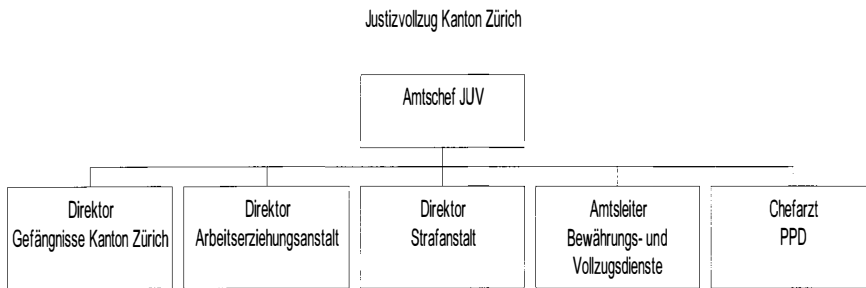


Abb. 1. Geschäftsleitung Justizvollzug Kanton Zürich

Der PPD versteht sich als interdisziplinär eingebetteter und interdisziplinär arbeitender forensischer Dienstleister.

Neben der Gewährleistung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Grundversorgung für alle Justizinstitutionen im Kanton Zürich sind die Durchführung deliktpräventiver Therapien (innerhalb und außerhalb des Vollzugs) sowie die Erstellung von Risikokalkulationen die wichtigsten Geschäftsfelder. Bei mehr als 1000 Klienten werden pro Jahr ca. 10.000 Konsultationen durchgeführt. Ungefähr 200 Täter befinden sich jeweils in deliktpräventiven Therapien, die von Intensivprogrammen mit 14 wöchentlichen Therapiestunden (Urbaniok und Schmalbach, 2002) bis zu langfristigen niederfrequenten Nachbetreuungen reichen.

Die hier kurz skizzierte Struktur folgt u.a. folgenden Leitideen:

- Interdisziplinäre in den Organisationsstrukturen verankerte Zusammenarbeit verschiedener Fachdisziplinen
- Integration einer breiten Palette differenzierter Therapieprogramme in den Strafvollzug, also an dem Ort, an dem sich die meisten Täter befinden (statt Etablierung eines zweiten Systems für bestimmte Gruppen von Tätern außerhalb der bestehenden Strukturen)
- Verantwortungsübernahme des Strafvollzugs für den Präventionsgedanken auch über die Strafvollzugsdauer hinaus
- Möglichst flächendeckende Verfügbarkeit professioneller Risikokalkulationen innerhalb des Justizvollzugs
- Gewährleistung fachlicher Unabhängigkeit der forensisch Tätigen durch Einbettung in eine gleichberechtigt in Entscheidungsstrukturen eingebundene, eigenständige Institution

(statt zum Beispiel Anstellung oder Beauftragung von Therapeuten durch den Strafvollzug)

- Qualitätssicherung von Angeboten, Standardisierung von Prozessen und Qualifizierung von Mitarbeitern durch eine eigene „genügend große“ Institution.

Es soll mit diesen kurzen Hinweisen auf das Zürcher PPD-Modell lediglich verdeutlicht werden, dass gerade forensische Psychotherapie sowohl in ihrer Qualität als auch in – subtilen – therapeutischen Implikationen (Unabhängigkeit, Schutz der Therapeuten vor Burn-out, Transparenz, Qualitätssicherungsmöglichkeiten u.a.) wesentlich von den Strukturen abhängt, in denen sie stattfindet.

Darum ist neben Behandlungstechniken im engeren Sinne die „Strukturfrage“ ein wesentlicher Teil jeglicher forensischer Therapiekonzeptionen.

Gründe für forensische Psychotherapie

Es darf mittlerweile als unbestritten gelten, dass durch Therapie Rückfallquoten von Straftätern gesenkt werden können. Die meisten bislang durchgeführten Metauntersuchungen liegen für Sexualstraftäter vor. Von insgesamt 11 durchgeführten Studien weist die große Mehrzahl rückfallsenkende Effekte aus (Marshall et al., 1991; McGrath, 1991; Freeman-Longo und Knopp, 1992; Marshall und Pithers, 1994; Becker und Hunter, 1995; Hall, 1995; Bourke und Donohue, 1996; Redondo et al., 1999). Nur bei 3 Studien konnten keine eindeutig nachweisbaren Behandlungserfolge dargestellt werden (Furby et al., 1989; Camp et al., 1993; Quinsey et al., 1993). Auch letztere Studien stellen nicht grundsätzlich die Behandlung in

Frage, sondern fordern für die Zukunft Studien mit verbesserter Methodik. Becker und Hunter (1995) formulierten es für Missbrauchstäter so: „Die Zahlen belegen nicht nur, dass sich die Behandlung positiv auf die Rückfallquote der Männer, die Kinder missbrauchen, auswirkt, sondern auch, dass sie kostengünstig ist.“

In einer Untersuchung von Gendreau und Goggin (1996) wurden in Kanada die Wirkungen verschiedener Maßnahmen mit der „alleinigen Inhaftierung von durchschnittlicher Dauer ohne irgendeine Behandlungsmaßnahme“ verglichen. Die meisten Maßnahmen ohne eine Therapie führten zu einer leichten Erhöhung der Rückfallwahrscheinlichkeit. Wurde eine Maßnahme mit Therapie kombiniert, so zeigte sich eine Verringerung der Rückfallwahrscheinlichkeit um 11% (Gendreau, 1998). Intensivtherapien wiesen eine Senkung der Rückfallwahrscheinlichkeit von 29% auf, bei Hochrisikoklienten wurde ein Effekt von 47% verzeichnet (Gendreau, 1998).

Es ist darauf hinzuweisen, dass das Optimum erreichbarer Effektivität von Behandlungsprogrammen in Metauntersuchungen nur unzureichend zum Ausdruck kommt. In groß angelegten Metastudien werden sämtliche Behandlungsansätze zusammengefasst. Die Durchschnittswerte basieren damit gleichermaßen auf qualitativ guten wie schlechten Behandlungsansätzen, auf Programmen mit sachgerechter Indikationsstellung und auf solchen, in denen Indikationen falsch gestellt wurden. Dass unter diesen Bedingungen dennoch ein durchgehend positiver Effekt nachweisbar ist, spricht für die Wirksamkeit vor allem qualitativ guter Programme. Bei vergleichenden Untersuchungen zeigten sich Therapien in ihrer Wirksamkeit überlegen, die durch eine Orientierung der Therapie auf Verhaltensaspekte vor einem klaren konzeptionellen und strukturellen Hintergrund gekennzeichnet waren (Andrews und Bonta, 1994; Antonowicz und Ross, 1994; Lipsey, 1995; Lösel, 1995; Hall, 1995; Lösel und Bender, 1997).

Zusätzlich ist zu berücksichtigen, dass Rückfallquoten in aller Regel anhand von Strafregisterauszügen ermittelt werden. Die Dunkelziffer bleibt unberücksichtigt. Lässt sich im Hellfeld ein positiver Behandlungseffekt nachweisen, dann ist anzunehmen, dass sich

dieser unter Berücksichtigung des Dunkelfeldes noch vergrößert. Marshall und Barbaree (1998) unterschieden in einer Studie zwischen offiziell registrierten und darüber hinaus inoffiziell bekannt gewordenen Rückfällen bei behandelten und unbehandelten homosexuell-pädo-sexuellen Tätern. Ausgehend von den offiziellen Statistiken wäre man zu dem Schluss gekommen, dass pro 100 Tätern die Behandlung 10 Rückfälle verhindert hätte. Unter Berücksichtigung der inoffiziellen Daten steigt diese Zahl aber bereits auf 25 verhinderte Taten an.

Behandlungstraditionen

Die Behandlungstraditionen im angelsächsischen Raum und in Kontinentaleuropa unterscheiden sich voneinander. In Europa, insbesondere im deutschsprachigen Raum, war die Therapie von Tätern lange Zeit durch tiefenpsychologische Konzepte geprägt. Bei Sexualstraftätern wurde zum Beispiel von einem so genannt psychodynamischen Verständnis der perversen Symptomatik gesprochen, das die Grundlage für diagnostische, therapeutische und legalprognostische Überlegungen bildete. Der entscheidende historische Fortschritt bestand seinerzeit darin, dass bei Sexualstraftätern eine laienhafte Verbrecher- oder Triebtäterkonzeption zu Gunsten einer differenzierenderen Betrachtung aufgegeben wurde. Es war fortschrittlich zu erkennen, dass delinquentes Verhalten etwas mit der speziellen Persönlichkeit des Täters zu tun hat, und dementsprechend die Täterpersönlichkeit in den Blickpunkt des Interesses zu rücken. Dadurch konnten diagnostische, therapeutische und prognostische Möglichkeiten in neuer Weise eröffnet werden. Die Ansätze leiteten sich aus psychoanalytischen Theorien zu sexuellen Perversionen ab.

So gingen zum Beispiel Schorsch et al. (1990) davon aus, dass „die sexuelle Perversion, die perverse Fantasie, der perverse Impuls Kompensationscharakter haben und unter einem reparativen Aspekt zu sehen sind ...“ Die grundlegende Vorstellung bestand also darin, Sexualstraftaten wie ein anderes Symptom oder psychopathologisch relevantes Verhalten anzusehen und ihnen somit eine psychoanalytische Funktion im Sinne einer „unteroptimalen“ Lösung einer unbewussten Konfliktsituation zuzuweisen.

Zurückgehend auf das „Prinzip der mehrfachen Funktion“ (Wälder, 1930) sagen Schorsch et al. (1990, S. 32–33): „In den perversen Inszenierungen begegnen wir frühen Konflikten, die in den prägenden Beziehungen entstanden sind: die perversen Symptome stellen als komplizierte Chiffren Lösungsversuche dar ... Das Spezifische der perversen Symptombildung ist der Abwehrmechanismus der Sexualisierung ...“

Wurde von den frühen Autoren die sexuelle Devianz als Kompensationsmechanismus phobischer Reaktionen im Rahmen eines ödipalen Konflikts verstanden (Fenichel, 1932), beschäftigten sich spätere Autoren vorwiegend mit präödipalen Störungsmustern.

Nach Stoller (1975) ist eine perverse Symptomatik die Inszenierung einer infantilen Traumatisierung hinsichtlich männlicher Identitätsentwicklung, bei der vor allem Affekte der Wut und des Hasses zum Ausdruck kommen.

Durchaus innovativ gemeint, hatten diese Konzepte in der späteren Praxis klinischer Arbeit aber nicht selten kontraproduktive Auswirkungen. Vereinfacht gesagt, führten sie vielerorts dazu, dass biografische Themen mit zum Teil überaus spekulativen auf das Unbewusste abzielenden Tatentstehungshypothesen im Zentrum der Therapie standen und die konkrete Arbeit am Tatverhalten vernachlässigt wurde. Das strafrechtlich relevante Verhalten wurde als kompensatorisches Symptom eines unbewussten Konfliktes verstanden. Glaubte man, diesen Konflikt mit tiefenpsychologisch verstandenen Interventionen entschärft oder beseitigt zu haben, dann ging man von einer Heilung aus, die das vorher kompensatorisch verstandene Symptom „an der Oberfläche“ überflüssig machte.

Die Nachteile solcher in einseitiger und nahezu ausschließlicher Zentrierung auf die Persönlichkeit ausgerichteten Ansätze liegen auf der Hand. Es besteht die Gefahr einer mangelnden Fokussierung auf die Tat. Die überaus wichtige Informationsquelle der Tat an sich, aus der sich vielfache Schlüsse für therapeutische Strategien und legalprognostische Überlegungen ableiten lassen, wird unzureichend berücksichtigt. Die Therapie droht einem schwer fassbaren Heilungskonzept zu folgen und ist dann im Hinblick auf die Rück-

fallprävention nicht zielgerichtet. Dabei kommt es auch heute noch zu Fehlurteilungen, weil sich manche Therapeuten zu einseitig auf Aussagen und subjektiv determinierte Berichte der Klienten abstützen. Es ist nicht zuletzt dieses in der Praxis anzutreffende, zu sehr auf vermeintlich unbewusste Prozesse abzielende Grundverständnis von Sexualstraftätern, das zu Fehlurteilen in klinischen Prognosen führt, da damit systematische Fehleinschätzungen verbunden sind. Aufgrund der genannten und anderer damit verbundener Probleme existieren in den Vereinigten Staaten seit Mitte der 70er-Jahre tiefenpsychologisch orientierte Behandlungsprogramme für Sexualstraftäter praktisch nicht mehr.

Im angelsächsischen Raum entwickelte sich in der Therapie von Straftätern sehr früh eine deliktorientierte Vorgehensweise. Im Zentrum der oft lerntheoretisch begründeten Programme steht die Bearbeitung der Tat. Die konzeptionellen Vorstellungen leiten sich vor allem aus der Suchttherapie ab und sind mit dem Begriff „Relapse Prevention“ verbunden (Pithers et al., 1983; Laws, 1989; Marshall et al., 1990; Marques und Nelson, 1992; Marshall et al., 1998).

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 Strafvollzuges zu integrieren. Ein weiterer Vorteil besteht darin, dass die Vergleichbarkeit der Programme in Evaluationsstudien erleichtert ist, da die Variable des Therapeuten nur eine geringe Bedeutung besitzt.

Umgekehrt ergeben sich aus dieser Vorgehensweise aber auch gravierende Nachteile. 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 Behandlungspotenzial zu realisieren. Besonders gravierend ist der Nachteil, dass das Potenzial, das der Therapeut mit seinen spezifischen Fähigkeiten im Rahmen einer professionell gestalteten therapeutischen Beziehung einzubringen wüsste, ungenutzt bleibt. Es besteht daher die Gefahr, dass

Behandlungseffekte flach und eher angelernt bleiben.

Der deliktorientierte Behandlungsansatz

Die von uns vertretene Behandlungsphilosophie lässt sich wie folgt beschreiben: Aus der Kombination deliktorientierter Behandlungselemente und der individuell auf eine einzelne Persönlichkeit zugeschnittenen Therapie lässt sich erhebliches Behandlungspotenzial erschließen. Die Devise lautet daher: Deliktorientiertes Arbeiten und entsprechende Interventionen sind das Pflichtprogramm jeder deliktpräventiven Therapie. Dieses wird aber in den einzelnen Interventionen flexibel angewendet und an den jeweiligen Therapieprozess hinsichtlich „Timing“ und der Form seiner Anwendung angepasst. Zusätzlich werden komplementär die Problembereiche der Persönlichkeit behandelt, die das spezifische Profil des Täters ausmachen.

Unter deliktorientierten Behandlungselementen lassen sich beispielsweise die nachfolgenden Punkte nennen:

- Aufdeckung fördern (z.B. Dunkelziffer)
- Deliktrekonstruktion
- Aufhebung kognitiver Verzerrungen
- Schaffung von „Delikt-Know-how“
- Erklärungskontext für die Tat finden und bearbeiten
- Tatzyklus erarbeiten
- affektive Kompetenz steigern
- Nachfühlen des Opfererlebens ermöglichen
- permanenten Wachsamkeitspegel erzeugen und aufrechterhalten
- Risikoentwicklungen frühzeitig erkennen
- Fantasiearbeit
- Kontrolle und Steuerung erhöhen
- „Deliktteil“ kennen lernen
- Offenheit lernen
- Täteridentität bilden
- Aggressions- und Sexualpädagogik

Diese Punkte, die sich zum Teil in ähnlicher Weise auch in anderen Behandlungsprogrammen finden lassen, können nicht in Kürze abgearbeitet werden. Jedes der genannten Elemente kann mit einem breiten Spektrum spezieller Interventionstechniken in einer Therapie eingesetzt werden. Die sichere Beherr-

schung der Techniken ergibt sich nicht „quasi automatisch“ aus allgemein-psychotherapeutischer Kompetenz. Es bedarf eingehender Schulung, um das Repertoire deliktorientierter Vorgehensweisen anwenden zu können. In unseren dienstinternen Trainings zeigt sich, dass es oft viele Monate in Anspruch nimmt, bis ein Mitarbeiter allein die Techniken zur Fantasiearbeit sicher beherrscht (Urbaniok, unveröffentlicht).

Thesen zur deliktorientierten Arbeit

In einem einfachen Erklärungsmodell könnte man Straftaten damit erklären, dass ein Missverhältnis zwischen der Stärke eines Handlungsimpulses und der gegen diesen Handlungsimpuls gerichteten Steuerungsfähigkeit des Täters besteht. Selbstverständlich wären hier viele weitere Differenzierungen möglich. So könnte unterschieden werden zwischen einem Mangel an Steuerungsfähigkeit und einem Mangel an Steuerungsbereitschaft oder der Stärke eines Handlungsimpulses und der Erkennbarkeit des Handlungsimpulses durch die betroffene Person.

Bleiben wir aber bei dem Zweikomponenten-Modell, dann könnte formuliert werden: Eine Tatbegehung findet dann statt, wenn die Steuerungsfähigkeit für ein tatrelevantes Verhalten gegenüber der Stärke des Handlungsimpulses zu gering ausgeprägt ist.

Darum sollte eine deliktpräventive Therapie dazu führen, die Steuerungsfähigkeit des Täters zu erhöhen und/oder die Deliktmotivation zu verringern.

Genau in diesem Bereich setzt die deliktorientierte Therapie an. Je nachdem, um welche Therapieelemente es sich handelt, wird mit Interventionen einmal mehr auf die Verbesserung der Steuerungsfähigkeit und ein anderes Mal mehr auf die Verringerung der Deliktmotivation abgezielt.

Die Deliktorientierung einer Therapie bedeutet eine Fokussierung auf alle deliktrelevanten Verhaltensaspekte. Neben der Anwendung bestimmter Techniken ist damit eine programmatische Aussage im Therapieverständnis verbunden. Die Therapie ist zweckgerichtet auf Rückfallprävention ausgerichtet und setzt sich als Ziel, alle deliktrelevanten Aspekte des Tatverhaltens besser verstehen, einordnen und dadurch mo-

difizieren zu können. Diese programmatische Ausrichtung einer Therapie mag banal klingen. Es gibt aber durchaus Autoren, die der Rückfallprävention nicht diese Priorität einräumen. Es wird davon gesprochen, dass die Therapie vorrangig der „Gesundung“ eines gestörten Täters dienen soll. Deliktfreiheit ist dann eher ein „Nebenprodukt“, wenn auch ein erwünschtes.

Aus einer pragmatischen Sicht wird durch die damit verbundene Abschwächung der Fokussierung eine unter Umständen kontraproduktive Botschaft an den Klienten vermittelt. Deliktfreiheit wird mit einem bisweilen nur diffus fassbaren „Heilungsziel“ verbunden.

Der deliktorientierte Ansatz geht hingegen davon aus, dass ein Klient Verantwortung für ein zukünftig deliktfreies Leben übernehmen soll und sich in der Therapie viele Fähigkeiten erarbeiten kann, die ihm für dieses Ziel nützlich sind. Oft wird ein Klient durch eine erfolgreich verlaufende Therapie auch auf vielen anderen Ebenen seines Lebens und seiner Persönlichkeit von Fortschritten profitieren. Die gesamte Therapie ist aber wesentlich zielgerichteter auf das Ziel der Deliktprävention ausgerichtet und führt schon allein dadurch zu einer zweckgerichteteren und konsistenteren Ressourcenaktivierung des Klienten. Zu erreichende Ziele werden konkret, der Zuwachs an Fähigkeiten durch Verhaltensbeobachtungen überprüfbar und in der Therapie werden deliktrelevante Verhaltensaspekte mit beiderseitiger Aufmerksamkeit fokussiert. Es sind Aspekte, die für den Klienten nützlich sind und ansonst der Gefahr ausgesetzt wären, nicht in dieser Intensität bearbeitet zu werden.

Betrachtet man die Wirkung deliktorientierter Arbeit auf die Steuerungsfähigkeit genauer, dann können die folgenden Bereiche unterschieden werden.

- **Bewusstseinsnähe erhöht Steuerungsfähigkeit**

Nicht wenige Täter haben wesentliche Merkmale ihres Tatverhaltens verdrängt oder umgedeutet oder sie sind ihnen aus anderen Gründen nicht bewusstseinsnah verfügbar. Es ist leicht einsehbar, dass die Steuerungsfähigkeit grundsätzlich erhöht ist, wenn eine möglichst große Anzahl verhaltensrelevanter Aspekte möglichst bewusstseinsnah erleb- und verstehbar ist.

- **Training erhöht Steuerungsfähigkeit**

Etliche deliktorientierte Therapietechniken wie zum Beispiel die Fantasiearbeit oder das Üben von Risikomanagement-Fähigkeiten beinhalten immer wiederkehrende Trainingseinheiten innerhalb und außerhalb der Therapiestunden. Mit dem Training, mit dem selbstverständlicheren Einüben und der damit verbundenen besseren Verfügbarkeit protektiver Fähigkeiten, steigt die Steuerungskompetenz.

- **Sensibilisierung erhöht Steuerungsfähigkeit**

Ein Täter, der gelernt hat, fantasieanregende Stimuli frühzeitig zu erkennen und die innerpsychische Wirkung zu registrieren, ist eher in der Lage, solchen Stimuli auszuweichen. So wie in diesem Beispiel werden auch bei anderen tatrelevanten Punkten durch die gestiegene Sensibilität bessere Möglichkeiten der Steuerung geschaffen.

- **Früherkennung erhöht Steuerungsfähigkeit**

Ein mit der erhöhten Sensibilisierung verwandter Punkt ist die Früherkennung deliktrelevanter Entwicklungen. Es ist leichter, solche Entwicklungen in einem Frühstadium zu stoppen als zu einem fortgeschrittenen Zeitpunkt.

- **Wissen und Kompetenz erhöhen Steuerungsfähigkeit**

Die Erhöhung des eigenen Wissens und das Erleben eigener Kompetenzen im Zusammenhang mit deliktrelevanten Themen vermitteln Sicherheit, verschaffen gratifizierende Selbstbestätigung und erleichtern den rationalen Umgang mit deliktrelevanten Phänomenen.

- **Labeling erhöht Steuerungsfähigkeit**

Solche Phänomene, bei denen es sich zum Beispiel um innerliche Befindlichkeiten, kognitive Verzerrungen (wie zum Beispiel Bagatellisierungen, Externalisierung von Verantwortung) oder tatvorbereitende Fantasien handeln kann, werden leichter erkannt, wenn sie einen Namen haben, wenn sie in der Therapie durch ein „Labeling“ identifizierbar werden. Der Name, die Möglichkeit zur Identifizierung eines Phäno-

mens schafft eine verbesserte Grundlage für dessen Steuerung.

Betrachtet man in ähnlicher Weise die zweite protektive Haupt-Wirkungsebene, die „Verringerung der Deliktmotivation“, dann lassen sich die folgenden Teilaspekte benennen.

- **Emotional korrigierende Erfahrungen (z.B. die Beseitigung von persönlichen Defiziten) verändern die Deliktmotivation**

Selbstverständlich lassen sich persönliche Defizite durch den Teil der Therapie beseitigen, der auf die spezifische Persönlichkeitsproblematik des Klienten zugeschnitten ist. Es ist darüber hinaus aber nicht zu unterschätzen, dass Klienten auch über speziell deliktorientierte Therapieelemente emotional korrigierende Erfahrungen machen können. Ein Klient, der aus einer Selbstwertproblematik heraus in seinem Tatverhalten Dominanzsituationen herstellt, kann zum Beispiel über seinen Zuwachs an deliktorientierten Fähigkeiten selbstwertverbessernde Erfahrungen machen. So registriert er vielleicht die eigenen Fortschritte, erhält Wertschätzung von anderen Gruppenmitgliedern oder gewinnt die Überzeugung von „Selbstwirksamkeit“, indem er die verbesserte Steuerung seines Verhaltens erfährt und damit eine Alternativverfahren zu „ohnmächtigen Erlebensweisen“ macht.

Ein Klient, der seine Impulskontrolle im Hinblick auf Aggressionen verbesserte, sah sich eigenen, als persönlichkeitsfremd erlebten Anteilen weniger ausgeliefert und konnte damit im übertragenen Sinne eine andere Erfahrung als in seiner traumatischen Kindheit machen. Ein anderer Klient, der jahrzehntelang von seinen sexualdevianten Fantasien kontrolliert wurde und als Kind sexuell missbraucht worden war, lernte, seine Fantasietätigkeit zu kontrollieren und einzuschränken. Er formulierte in treffender Weise: „Ich habe aufgehört, ein Opfer zu sein.“

Ein anderer typischer Effekt: Wenn Klienten über potenziell angst- oder schambesetzte Themen (Sexualität, eigenes schuldhaftes Verhalten u.a.) sprechen, es in einer Gruppe offen legen und sich beschützend angenommen fühlen, dann wird damit häufig über den deliktorientierten Inhalt hinaus eine basale Botschaft vermittelt, die mit den Themen Sicherheit, Schutz und Geborgen-Sein assoziiert ist.

In dem Maße, in dem sich tatrelevante Persönlichkeitsdefizite vermindern, reduzieren sich die Motivation bzw. die Grundlage für das Auftreten und die Intensität von Handlungsimpulsen.

- **Kognitive und affektive Komplettierung verändert die Deliktmotivation**

Mit der affektiven und kognitiven Komplettierung ist gemeint, dass in der subjektiven Wahrnehmung von Tätern oft viele Aspekte des Tatgeschehens selektiv erinnert, ausgeblendet oder umgedeutet werden. Es sind in aller Regel solche Aspekte, deren Wahrnehmung die Deliktbegehung erschweren würde, weil sie mit Selbstkonzepten konkurrieren.

Als Beispiel sei ein pädosexueller Täter angeführt, der das Selbstbild von sich hatte, nur Gutes für Kinder zu tun. In seinen Delikten vermied er es, den Kindern in die Augen zu schauen, weil er dann die Angst der Kinder als „deliktaversiven Reiz“ wahrgenommen hätte. So blickte er nur „halsabwärts“ bzw. hatte in seiner Erinnerung nur Bilder ohne die Blicke der Kinder gespeichert. Als es über die Deliktreakonstruktion gelang, solche und ähnliche Wahrnehmungen für den Täter bewusstseinsnah erlebbar zu machen, war damit eine deutliche Abschwächung der Deliktmotivation verbunden.

- **Erfolgreiche Deliktprävention verändert die Deliktmotivation**

Erwähnenswert ist nicht zuletzt, dass erfolgreiche Deliktprävention auf Dauer die Deliktmotivation verringern kann, was wiederum die erfolgreiche Deliktprävention einfacher macht und so fort. Es handelt sich um einen Effekt, der auch aus Suchttherapien bekannt ist, wenn es Klienten gelingt, über eine längere Zeit abstinent zu bleiben. Neben der „Suchtmotivation“ beginnt sich allein über den Effekt der erfolgreichen Prävention eine „kognitiv und affektiv verankerte Abstinenzmotivation“ zu etablieren oder zu verstärken.

Deliktreakonstruktion und „Arbeit mit dem Deliktteil“

Zur Illustration des bisher Gesagten sollen nachfolgend die Therapieelemente „Deliktreakonstruktion“ und „Arbeit mit dem Deliktteil“ skizziert werden.

Bei der Deliktreakonstruktion handelt es sich um ein Standardelement delikt-orientierter Arbeit, das in vergleichbarer Form in verschiedenen Programmen praktiziert wird. Manche Therapeuten unterliegen dem Missverständnis, eine Deliktreakonstruktion bestehe darin, in ein, zwei oder drei Stunden den Delikt- ablauf nacherzählen zu lassen, soweit der Täter hierzu spontan in der Lage ist. Deliktreakonstruktionen im hier gemeinten Sinne können aber zehn, zwanzig oder mehr Therapiestunden in Anspruch nehmen und haben prozesshafte Qualität. Sie können in verschiedenen Therapiephasen immer wieder durchgeführt werden. Ihr Wesen besteht in einer feinsequenziellen Arbeit, bei der es darum geht, szenenhaft Kognitionen, Affekte, Wahrnehmungen, körperliche Befindlichkeiten und Handlungssequenzen so genau wie möglich zu rekonstruieren und zueinander in Bezug zu setzen.

Vielen Tätern gelingt es, durch Deliktreakonstruktionen ein klareres Bild über die eigene Deliktdynamik zu gewinnen. Oft lösen sich Erinnerungslücken, Dissoziations- und Abspaltungphänomene erst im Laufe dieser Arbeit zumindest teilweise auf.

Die Deliktreakonstruktion gleicht einer Zeitlupe. So wie im Sport bestimmte Szenen in der Zeitlupe auf kleine Details hin durchleuchtet werden, bietet auch die feinsequenzielle Deliktreakonstruktion die Möglichkeit, bestimmte Merkmale dem Bewusstsein zugänglich zu machen, die zuvor übersehen wurden. Im Laufe einer therapeutischen Arbeit sollte das oft am Anfang stehende „Ich weiß gar nicht genau, was da im Einzelnen passiert ist, ...“ („... es war dunkel ...“, „... es ging so schnell ...“, „... ich war betrunken ...“, „... ich war nicht ich selber ...“) einer detaillierten Tatrekonstruktion Platz machen.

Für den Therapeuten ist es wichtig, bei der Rekonstruktion die fünf verschiedenen Ebenen präsent zu haben, auf denen sich das Deliktverhalten konkretisiert:

- Ebene des Verhaltens (welche Handlungen?)
- Ebene der Kognition (welche Gedanken?)
- Ebene der Emotion (welche Gefühle?)
- Ebene der Körperwahrnehmung (welche körperlichen Wahrnehmungen?)
- Ebene der Sinneswahrnehmung (welche Sinneswahrnehmungen?)

Es hat bereits einen gewissen diagnostischen Wert zu erkennen, auf welchen Ebenen ein Klient sein Delikt bevorzugt rekonstruiert und welche Ebenen weniger angesprochen oder gänzlich ausgelassen werden.

Vor Beginn einer Deliktreakonstruktion ist es wichtig, dass sich der Klient ernst und angenommen fühlt und der Therapeut Kompetenz ausstrahlt, Orientierung geben kann und Sachlichkeit vermittelt. In der Gesprächsatmosphäre sollte ein wohlwollender Kontakt angestrebt werden, ohne die Grenze der Professionalität hin zu einer „Verbrüderung“ zu überschreiten.

Es ist wichtig, dem Klienten zunächst die Gründe für die Deliktreakonstruktion plausibel zu machen und ihn auf die wesentlichen Gesichtspunkte vorzubereiten, damit eine tragfähige Grundlage für die Arbeit erreicht wird. Wir sprechen zum Beispiel davon, dass der Täter „Experte für sein eigenes Tatverhalten werden soll“, weil er umso bessere Möglichkeiten zur Steuerung seines Verhaltens hat, je mehr er über sein Tatverhalten weiß, und führen entsprechende Beispiele an. Für die meisten Klienten ist die auch hier eingangs verwendete „Zeitlupe-Metapher“ gut verständlich.

Während der Deliktreakonstruktion kann es wichtig sein, die Einverständnisklärung, das heißt den Kontrakt für dieses Therapieelement, zu erneuern. Allenfalls ist ein „Timeout“ erforderlich. Denn es kann sein, dass während der Deliktreakonstruktion verschiedenste, manchmal auch nur subtil wahrnehmbare Widerstände auftreten. Sie müssen durch den Therapeuten erkannt, transparent gemacht und zusammen mit dem Klienten ausgeräumt werden. Widerstände können sich vor allem am Beginn der Deliktreakonstruktionsarbeit aus verschiedenen Momenten heraus ergeben. Strategische Motive, Erinnerungslücken, Schamgefühle, Angst, Trauer, Diskrepanz zum eigenen Idealbild, geringe Selbstwahrnehmung und Verdrängung sind nur einige der möglichen Stichworte. Der Therapeut sollte in der Lage sein, dies zu erkennen und konstruktiv aufzugreifen. Eine bewusste Entscheidung sollte bei Deliktsereien auch die Wahl des zu rekonstruierenden Delikts darstellen. Es spielt keine Rolle, ob es sich um das schwerwiegendste, das letzte, das erste, das leichteste, das am wenigsten schambesetzte, das gestandene, das typische, das am besten erinnerbare Delikt etc.

handelt. Wichtig ist, dass zusammen mit dem Klienten eine beiderseits getragene Entscheidung darüber getroffen wird, die auf einen nachvollziehbaren Grund zurückzuführen ist.

Rekonstruktionen können im Zweierkontakt, in der Gruppe, mit Rollenspielen und mit Einsatz von gestalterischen Medien durchgeführt werden. Sinnvoll sind Videoaufzeichnungen, die mit dem Klienten nachbesprochen werden können.

Am Beginn der Deliktreakonstruktion verwendet der Therapeut häufig induktionsähnliche Interventionen, die es dem Klienten erleichtern, „in die Szene hineinzukommen“. Der Therapeut folgt dem Modell des „Trackings“, was bedeutet, dass er den Klienten wie ein „Wanderführer“ durch ein Gelände begleitet. Der Therapeut „hilft dem Klienten“ sich weiter fortzubewegen, kann Vorschläge über diesen oder jenen Weg machen, sollte aber nie interpretativ in das Geschehen eingreifen. In unseren Ausbildungstrainings zeigt sich, dass gerade das vielen ausgebildeten Therapeuten Schwierigkeiten bereitet. So können durch Blicke, Gesten oder bestimmte Formulierungen von Fragestellungen subtil Richtungen vorgegeben werden, bzw. die aus Therapeutesicht plausibelsten Erwartungen in die Rekonstruktion einfließen. Darum gilt die Regel, offene Fragen zu verwenden und keine Deutungen anzubringen. Indem die Erinnerung an Details gefördert wird (z.B. Wetter, Stimmung, Farbe bestimmter Gegenstände), kann das Erleben ebenso verdichtet werden wie durch das möglichst exakte Wiederholen der Worte des Klienten. Der Therapeut hat stets die Kontaktdichte zwischen ihm und dem Klienten zu evaluieren. Der Klient „muss sich frei bewegen können“, ohne den Kontakt zum Therapeuten zu verlieren. Konzentrationsbrüche werden auf einer Metaebene aufgegriffen. Es kann sinnvoll sein, in den Formulierungen das Präsens anzustreben, um eine unmittelbarere Erinnerung zu fördern.

Es ist für die Rekonstruktion erforderlich, dass auch der Therapeut „in die Szene eintaucht“, um sich darin mit dem Klienten bewegen zu können, vor allem aber, um plausible Fragen zu stellen bzw. Vorschläge zu machen. Hierzu ein kleines Beispiel:

Bei der Rekonstruktion eines Vergewaltigungsdeliktes schildert ein Klient, wie er an einer Straßenecke einer Frau

aufleuert, die er zuvor gesehen und dann auf einer Parallelstraße überholt hat, sodass er weiß, dass sie über kurz oder lang an der ausgewählten Straßenecke ankommen muss. Es vergehen etliche Minuten, in denen der Täter an der Straßenecke steht und wartet. In der Rekonstruktion werden während dieser Sequenz die oben angesprochenen Ebenen nachgezeichnet, soweit sie der Klient erinnern kann. Er selber schildert spontan als „nächste Szene“, wie er die Frau um die Ecke kommen sieht. Wenn sich der Therapeut „als Wanderführer“ selber gut in die Szene integriert hat und sich in das Erleben des Täters hineinversetzt, dann liegt es nahe anzunehmen, dass vor dem „visuellen und physischen“ Kontakt zum Opfer ein „akustischer Input“ stattgefunden hat. In einer Zwischensequenz kann es also sein, dass der Täter die Schritte des Opfers hört, bevor er das Opfer sieht. Es könnte sogar sein, dass er in der Zeit des Wartens „auf den akustischen Input“ fokussiert ist und nicht auf den optischen. Eine Frage des Therapeuten könnte daher sein: „Wenn ich mir vorstelle, Sie stehen da jetzt an dieser Straßenecke und warten auf die Frau, gibt es da einen Moment, in dem Sie etwas hören, in dem Sie hören können, wie sich die Frau der Straßenecke nähert?“ (Selbstverständlich dürfte die Formulierung nicht lauten, „Sie haben doch bestimmt Schritte gehört, oder?“)

Anhand des Beispiels soll gezeigt werden, warum es wichtig ist, dass sich auch der Therapeut in der Szene bewegen kann. Nur so ist es ihm möglich, plausible Fragen stellen zu können, ohne aber zu interpretieren.

Die Deliktreakonstruktion ist etwas anderes, als den Klienten an der einen oder anderen Stelle über das Delikt berichten zu lassen. Sie ist ein Beispiel dafür, dass es im Sinne der Effektivitätssteigerung therapeutischer Vorgehensweisen sinnvoll ist, sich Gedanken über sinnvolle Rekonstruktionstechniken und einzusetzende Hilfsmittel zu machen und Therapeuten in der Anwendung dieser Techniken zu trainieren.

Deliktteilarbeit

Noch in Langenfeld (D) begannen wir mit der Intervention des „Deliktteils“ zu arbeiten. Sie ähnelt bestimmten Techniken, wie sie in der Gestalttherapie oder auch im Neurolinguistischen Programmieren bekannt sind. Zunächst wird dem

Klienten ähnlich wie in der Gestalttherapie oder dem Neurolinguistischen Programmieren die „Idee von inneren Teilen“ vermittelt, indem Beispiele aus dem täglichen Leben gewählt werden. Der Klient soll eine Vorstellung darüber erhalten, dass es „solche Teile im Hintergrund, bewusstseinsfern“ gibt, die ihm Gedanken, Gefühle oder Körperwahrnehmungen „schicken“ können.

Ist diese Vorstellung etabliert, dann wird dem Klienten gesagt, dass man zusammen versuchen wolle, seinen „Deliktteil“ besser zu verstehen. Dabei geht es u.a. um Fragen wie:

- Wie funktioniert der Deliktteil, was will er, welche Gedanken, welche Gefühle schickt er?
- Wann meldet sich der Deliktteil?
- Wie leitet der Deliktteil einen Rückfall ein?
- Wie stellt es der Deliktteil an, dass der Klient ihn erst spät oder gar nicht bemerkt?
- Welche Gedanken schickt der Deliktteil dem Klienten, sodass er eine risikohafte Entwicklung gegenüber dem Therapeuten nicht offen legen wird?

Meistens werden Medien (vor allem Flipchart-Zeichnungen) eingesetzt, bei denen der Deliktteil symbolisch (zum Beispiel durch ein kleines Dreieck im Hinterkopf) dargestellt wird. Der Deliktteil wird als Teil der Persönlichkeit des Täters bezeichnet, der „Regie im Delikt führt“. Gedacht wird er damit als ein unbewusster Teil „im Hinterkopf“ des Klienten. Im Bewusstsein meldet er sich durch Gedanken, Gefühle oder Körperwahrnehmungen. Die therapeutische Arbeit ist darauf ausgerichtet, den Deliktteil kennen zu lernen, um seine Strategien identifizieren und ihn dadurch besser kontrollieren zu können.

Ich habe sehr oft die Erfahrung gemacht, dass Täter auf die Vorstellung eines „Deliktteils“ sehr positiv reagieren. Die Deliktteilverstellung führt zur Reduktion von Scham- und Schuldgefühlen. Es ist ein großer Unterschied zu fragen, „Wie haben Sie das Delikt organisiert?“, oder „Wie hat Ihr Deliktteil das Delikt organisiert?“ Nicht wenige Klienten entwickeln nach einiger Zeit Neugier und Ehrgeiz, den Deliktteil kennen zu lernen und seine Strategien immer besser zu verstehen. Sie fühlen sich nicht als Gesamtperson abgelehnt und verurteilt. Ihre „konstruktiven Anteile“ können sich mit dem Therapeuten gegen den

Deliktteil verbünden. Eine typische Kennzeichnung des Deliktteils gegenüber dem Klienten sieht so aus:

- Er schickt Gedanken, Gefühle und Wahrnehmungen ...
- Er sitzt im Hinterkopf ...
- Er wirkt im Hintergrund ...
- Erscheut das Licht (das Bewusstsein) ...
- Er hat das Delikt als Ziel ...
- Er hat viel Erfahrung und ist sehr geschickt ...
- Er manipuliert Sie ...
- Er will, dass Sie ein Delikt begehen. Das ist sein Ziel ...
- Er wird sich dann melden, wenn Sie am wenigsten damit rechnen ...
- Er versucht, Sie in Sicherheit zu wiegen ...

Ziele dieses Arbeitselementes sind, den Deliktteil

- genau kennen zu lernen
- seine Strategien zu erkennen
- seine Aktivitäten frühzeitig wahrzunehmen
- ihn steuern zu können, statt durch ihn gesteuert zu werden
- ihm gegenüber permanent wachsam zu sein
- ihn „auf die Bühne und in den Lichtkegel der Aufmerksamkeit“ zu bringen.

Über die Vorstellung des Deliktteils wird der Deliktmechanismus personifiziert und so leichter angebar. Viele Klienten können sich den Deliktteil gut vorstellen, weil er visualisiert wird. Ist das Modell einmal verankert, lässt es sich in der Regel leicht abrufen und ist universell auf jeden deliktbezogenen Aspekt anwendbar (Fantasie, Gedanken, Widerstände usw.).

Der Deliktteil stimuliert das Gefühl der Herausforderung. Die Arbeit ist daher für den Klienten oft gratifizierend, indem er immer frühzeitiger die Deliktteilstrategien erkennt oder merkt, wie er auf diesen Teil Einfluss ausüben kann.

Ebenso wie die Deliktreakonstruktion kann die Deliktteilarbeit im Zweierkontakt, in der Gruppe, mit Rollenspielen und vor allem mit dem Einsatz des Flipcharts durchgeführt werden.

Schlussbetrachtung

Wie in anderen Bereichen der Psychotherapie ist auch in der forensischen Psychotherapie feststellbar, dass die qualifizierten Praktiker in der Praxis zu ähnlichen Vorgehensweisen kommen,

unabhängig davon, welcher psychotherapeutischen Schule sie sich ursprünglich zugehörig fühlten. Deliktorientiertes Arbeiten, nach dem von uns favorisierten Ansatz, kann nicht auf die bloße Anwendung kognitiv-verhaltenstherapeutischer Techniken reduziert werden. Neben einem „unspezifischen“ Anteil der Arbeit besteht der Ansatz aus spezialisierten Konzepten und Behandlungselementen.

Die eingangs zitierte These von Schorsch et al. (1990) und Lohse (1993), dass die Therapiearbeit mit Straftätern keine Spezialisten erfordert, ist unzutreffend. Sie leitet sich aus einem verfehlten Verständnis ab, indem die spezifischen Besonderheiten von Deliktproblematiken einerseits und die Notwendigkeit spezialisierter Behandlungsformen andererseits übersehen werden. Sie ist insofern bedenklich, als sie jeglichen Professionalisierungsbestrebungen zuwider läuft und das Feld der Straftäterbehandlung einer konzeptionellen Beliebigkeit preisgibt.

Es kann nur empfohlen werden, die Spezialisierung und die damit verbundene Qualifizierung forensischer Therapeuten im ambulanten und stationären Bereich nachhaltig zu fördern, um das mögliche Wirkungspotenzial ausschöpfen zu können. Forensische Therapien sind primäre Prävention, weil durch sie Rückfallrisiken gesenkt und somit Straftaten verhindert werden können. Es ist daher gerade in diesem Psychotherapiebereich besonders sinnvoll, innovative und effiziente Konzepte zu entwickeln und umzusetzen. Vor allem an die Politik muss der Appell gerichtet werden, personelle und finanzielle Ressourcen bereitzustellen und effiziente Strukturen zu schaffen, was leider vielerorts nur unzureichend geschieht. Moderner und intelligenter Straf- und Maßnahmevollzug muss konsequent auf eine möglichst optimierte Prävention ausgerichtet werden. Hierzu können spezialisierte Therapieformen einen wesentlichen Beitrag leisten.

Autor

Frank Urbaniok ist Psychiater und Chefarzt des Forensikzentrums Psychiatrisch-Psychologischer Dienst im Justizvollzug des Kantons Zürich. Mit Schwerpunkt Gewalt- und Sexualstraftaten ist er als Therapeut, Supervisor und Gutachter tätig und leitet verschiedene forensische Therapie- und

Forschungsprojekte. Er entwickelte u.a. ein neues Prognoseverfahren (FOTRES) und ist Begründer des Modells der Teamorientierten Stationären Behandlung (TSB).

Literatur

- Andrews DA, Bonta J (1994) The psychology of criminal conduct. Anderson, Cincinnati
- Antonowicz DH, Ross RR (1994) Essential components of successful rehabilitation programmes for offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 38: 97–104
- Becker JV, Hunter JA (1995) Evaluation of treatment outcome for adult perpetrators of child sexual abuse. *Criminal Justice and Behavior* 19: 74–92
- Bourke ML, Donohue B (1996) Assessment and treatment of juvenile sex offenders: an empirical review. *Journal of Child Sexual Abuse* 5: 47–70
- Camp BH et al. (1993) Treatment of adolescent sex offenders: a review of empirical research. *The Journal of Applied Social Science* 17: 191–206
- Fenichel O (1932) Spezielle psychoanalytische Neurosenlehre. Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Wien
- Freeman-Longo RE, Knopp FH (1992) State of the art sex offender treatment, outcome and issues. *Annals of Sex Research* 5: 141–160
- Furby L, Weinrott M, Blackshaw L (1989) Sex offender recidivism: a review. *Psychological Bulletin* 105: 3–30
- Gendreau P (1998) Making corrections work. Präsentation bei 17th Annual Research and Treatment Conference of the Association for the Treatment of Sexual Abusers, Vancouver, British Columbia
- Gendreau P, Goggin C (1996) Principles of effective correctional programming. *Forum on Corrections Research* 8 (3): 38–41
- Hall GCN (1995) Sexual offender recidivism revisited: a meta-analysis of recent treatment studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 36: 802–809
- James W (1987) The meaning of truth. In: James W, *Writings 1902–1910*, 4. Aufl. Literary Classics of the United States, New York
- James W (1907) Pragmatism: a new name for some old ways of thinking. Longmans, Green, London [Dt.: Der Pragmatismus: ein neuer Name für alte Denkmethoden, 2. Aufl, hrsg v K Oehler, Felix Meiner, Hamburg 1994]
- Laws RD (1989) Relapse prevention with sex offenders. The Guilford Press, New York
- Lipsey MW (1995) What do we learn from 400 research studies on the effectiveness of treatment with juvenile delinquents. In: McGuire J (Hrsg) *What works: reducing reoffending*. Wiley, Chichester, S 63–78
- Lohse H (1993) Zur ambulanten Psychotherapie von Sexualstraftätern. *Zeitschrift für Sexualforschung* 6: 279–288
- Lösel F (1995) The efficacy of correctional treatment: a review and synthesis of meta-evaluations. In: McGuire J (Hrsg) *What works: reducing reoffending*. Wiley, Chichester, S 79–111
- Lösel F, Bender D (1997) Straftäterbehandlung: Konzepte, Ergebnisse, Probleme. In: Steller M, Volbert R (Hrsg) *Psychologie im Strafverfahren*. Huber, Bern, S 79–111
- Marques JK, Nelson C (1992) The relapse prevention model: can it work with sex offenders. In: Peters RD, McMahon RJ, Quinsey VL (Hrsg) *Aggression and violence throughout the life span*. Sage, Newbury Park, S 222–243
- Marshall WL, Barbaree HE (1988) The long-term evaluation of a behavioural treatment programme for child molesters. *Behaviour Research and Therapy* 26: 499–511
- Marshall WL, Pithers WD (1994) A reconsideration of treatment outcome with sex offenders. *Criminal Justice and Behaviour* 21: 10–27
- Marshall WL, Laws DR, Barbaree HE (1990) *Handbook of sexual assault: issues, theories and treatment of the offender*. Plenum, New York
- Marshall WL, Jones R, Ward T, Johnston P, Barbaree HE (1991) Treatment outcome with sex offenders. *Clinical Psychology Review* 11: 465–485
- Marshall WL, Fernandez YM, Hudson SM, Ward T (1998) *Sourcebook of treatment programs for sexual offenders*. Plenum, New York
- McGrath RJ (1991) Sex offender risk assessment and disposition planning: a review of empirical and clinical findings. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 35: 328–350
- Pithers WD, Marquez JK, Gibat CC, Marlatt GA (1983) Relapse prevention with sexual aggressives: a self control model of treatment and maintenance of change. In: Greer JG, Stuart IR (Hrsg) *The sexual aggressor: current perspectives on treatment*. Van Nostrand Reinhold, New York, S 214–239
- Quinsey VL et al (1993) Assessing treatment efficacy in outcome studies of sex offenders. *Journal of Interpersonal Violence* 8: 512–523
- Redondo S, Sanchez-Meca J, Garrido V (1999) The influence of treatment programmes on the recidivism of juvenile and adult offenders: a European meta-analytic review. *Psychology, Crime and Law* 5: 251–278

- Schorsch E, Galedary G, Haag A, Hauch M, Lohse H (1990) *Perversion als Straftat*, 2. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Stoller R (1975) *Perversion: the erotic form of hatred*. Pantheon, New York
- Urbaniok F (1995) Das Langenfelder Modell: stationäre Behandlung persönlichkeitsgestörter Patienten. *Krankenhauspsychiatrie* 6: 160–164
- Urbaniok F (2000) *Teamorientierte stationäre Behandlung in der Psychiatrie*. Thieme, Stuttgart
- Urbaniok F (2001) Das Züricher PPD-Modell – ein modernes Konzept der Zusammenarbeit von Justiz und Psychiatrie. *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie* 8 (2): 37–67 (aktualisierter Nachdruck)
- Urbaniok F, Schmalbach S (2002) AIP – Das Zürcher Spezialprogramm zur Behandlung von Sexual- und Gewaltstraftätern. In: Lasar M, Trenckmann U (Hrsg) *Persönlichkeit und psychische Erkrankung*. Psychogen-Verlag, Dortmund, S 6–18
- Wälder R (1930) Das Prinzip der mehrfachen Funktion. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse* 16: 285