

**Zeitschrift:** Reihe Kriminologie / Schweizerische Arbeitsgruppe für Kriminologie =  
Collection criminologie / Groupe suisse de travail de criminologie

**Herausgeber:** Schweizerische Arbeitsgruppe für Kriminologie

**Band:** 18 (2000)

  

**Artikel:** Behandlungskonzepte für Aggressionstäter mit hohem Rückfallrisiko

**Autor:** Müller-Isberner, Rüdiger

**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-1051200>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

### **Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 15.01.2026

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

**RÜDIGER MÜLLER-ISBERNER**

## **BEHANDLUNGSKONZEPTE FÜR AGGRESSIONSTÄTER MIT HOHEM RÜCKFALLRISIKO**

### **1 Einleitung**

Während eine spezifische Literatur zur kriminalpräventiven Behandlung von Aggressionstätern mit hohem Rückfallrisiko fehlt, wird in der Straftäterbehandlungsliteratur die Auffassung vertreten, dass die allgemeinen Prinzipien effizienter kriminalpräventiver Interventionen auch für diese Täter gelten. Hierbei wird damit argumentiert, dass über Täter- und Deliktgruppen hinweg die gleichen kriminogenen Merkmale mit der Delinquenz assoziiert sind. Die einzige, letztendlich aber triviale Besonderheit ist die, dass die Behandlungsintensität proportional zum Rückfallrisiko sein muss und die Behandlung gefährlicher Täter in entsprechend gesicherten Einrichtungen zu vollziehen ist. Basis der Behandlung hoch rückfallgefährdeter Aggressionstäter ist somit die allgemeine Straftäterbehandlung (Andrews & Bonta, 1994; McGuire, 1995; Müller-Isberner, Jöckel & Gonzalez Cabeza, 1998; Müller-Isberner, 1998).

#### **1.1 Straftäterbehandlung in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhundert**

Bezüglich der Behandelbarkeit aktiv antisozialen Verhaltens waren die 50er und 60er Jahre dieses Jahrhunderts von einer grossen Euphorie gekennzeichnet. Es gab in dieser Zeit kaum eine Behandlungsmethode, die nicht angewandt worden wäre, bis hin zur Gabe von Drogen zur Brechung therapeutischer Widerstände. Die damalige Euphorie fand mit der breit rezipierten Übersichtsarbeit von Martinson (1974) ein jähes Ende. Von da an machte sich ein breiter

Pessimismus bezüglich therapeutischer Interventionen bei Straftätern breit.

Angeführt von den Kanadiern Paul Gendreau und Robert Ross hielt in dieser Zeit des therapeutischen Nihilismus eine kleine Gruppe von Wissenschaftlern an ihren rehabilitativen Idealen fest. In der Literatur erschienen auch weiterhin diverse Studien, die positive Effekte bei der Straftäterbehandlung aufzeigten. Im allgemeinen erbrachten diese Studien beachtliche Belege dafür, dass eine Straftäterbehandlung das Rückfallrisiko deutlich reduzieren könnte.

Diese Studien wurden von Kritikern aus verschiedenen Gründen abgelehnt. Fast jede dieser Studien hatte methodische Probleme. Es gab auch Untersuchungen, die keine oder negative Behandlungseffekte zeigten. Es war schwierig, in den Ergebnissen ein klares und in die Praxis umsetzbares Muster zu erkennen. Die Grössenordnungen der erhaltenen positiven Effekte, wenn es sie überhaupt gab, waren eher bescheiden. Die Studien waren theoretisch schlecht untermauert. Sie enthielten Effekte externer Variablen, die das Ergebnis verfälschten und häufig zu unterschiedliche oder zu kurze Follow-up-Perioden mit einbezogen.

Erst Mitte der 80er Jahre wurde es durch einen methodischen Fortschritt möglich, die Hinweise für die Wirksamkeit therapeutischer Interventionen deutlicher darzustellen. Dieser Fortschritt bestand aus der Entwicklung und Einführung des statistischen Werkzeuges der Meta-Analyse. Diese Methode erleichtert die Kombination von Daten aus verschiedenen Studien, auch wenn diese sich in Details noch so sehr unterscheiden. Dabei lässt sich nicht nur die Grössenordnung von Auswirkungen bestimmen, sondern sie ermöglicht darüber hinaus eine Untersuchung der Variablen, die diese Auswirkungen beeinflussen. So lässt sich beispielsweise eine Aussage darüber machen, welche Behandlungsmassnahme welche Effekte in welchem Kontext auf welche Personen zeigt.

Es kam in der Folgezeit zu einer breiten Anwendung der Meta-Analysen auf den Gebieten der Medizin und Erziehung, um Ergebnisse von Interventionsprogrammen oder klinischen Behandlungen zu untersuchen. Im Bereich der Straftäterbehandlung wurde auf diese Weise untersucht, ob die Intervention eine Auswirkung auf die Rückfallhäufigkeit hat, aber auch, ob solche Variablen wie Typus, Quantität und Qualität der Behandlung deren Effektivität beeinflussen. Dadurch konnten viele Kritikpunkte, die gegen frühere Übersichtsstudien vorgebracht worden waren, ausgeräumt werden.

Seit einer Serie meta-analytischer Evaluationen von Behandlungsstudien, die konsistent positive Behandlungseffekte aufwiesen, ist nunmehr erwiesen, dass Straftäterbehandlung in der Lage ist, Rückfallkriminalität zu vermindern sowie weitere positive Effekte zu erzielen (Garrett, 1985; Gensheimer et al., 1986; Lösel et al., 1987; Gendreau & Ross, 1987; Gottschalk et al., 1987a; Gottschalk et al., 1987b; Mayer et al., 1986; Whitehead & Lab, 1989; Andrews et al., 1990; Izzo & Ross, 1990; Lipsey, 1992; Lipsey & Wilson, 1993; Lipsey & Wilson, 1998; Gendreau & Goggin, 1996; Redondo et al., 1997; Übersichten bei: Gendreau, 1996 und Lösel, 1995a, 1995b, 1998).

Interventionen vom präventiven bzw. rehabilitativen Typus führen zu einer leichten bis mittleren Reduktion von Rückfallkriminalität. Der mittlere Effekt kriminalpräventiver Interventionen betrug über eine Reihe unterschiedlicher Settings hinweg 0.05 bis 0.18. Sofern die Interventionen klinisch gesehen als angemessen zu bezeichnen waren, konnten Korrelationen zwischen angemessener Behandlung und reduzierter Rückfälligkeit von 0.30 nachgewiesen werden, was bedeutet, dass die durch angemessene Behandlungen erreichbare Minderung der Rückfallkriminalität im Vergleich zu Kontrollgruppen bei ca. 50% liegt (Andrews et al., 1990; Lipsey, 1992).

Bezüglich differentieller Effekte brachte die Studie von Andrews et al. (1990) einen entscheidenden Durchbruch. Was diese Evaluation gegenüber früheren wertvoller machte, war der Umstand, dass die



Autoren die einbezogenen Studien im Hinblick auf Variablen klassifizierten, deren klinische und theoretische Bedeutung im Zusammenhang mit der Effektivität zu stehen schienen.

Die Autoren schlugen drei Hauptprinzipien vor, auf denen eine effektive Straftäterbehandlung basieren sollte: Diese Prinzipien nannten sie Risiko-, Bedürfnis- und Ansprechbarkeits-Prinzip.

Das Risikoprinzip besagt, dass ein intensiveres Angebot für Hochrisikofälle reserviert bleiben sollte, das Bedürfnisprinzip beinhaltet, dass Behandlungen, die der Reduktion von Rückfällen dienen sollen, auf solche Klientenmerkmale abzielen müssen, die nach empirischem Kenntnisstand kriminogene Faktoren oder sog. dynamische Risikomerkmale sind. Das dritte, für eine effektive Behandlung notwendige Prinzip bezieht sich auf die Art und Weise der Vermittlung eines Programmes und wurde als Ansprechbarkeits-Prinzip bezeichnet. Demnach soll die Behandlung auf die spezifischen Behandlungsziele ausgerichtet und dem Lernstil der Straftäter angepasst sein.

Auf der Basis dieser Prinzipien untersuchten Andrews et al. (1990) mit Hilfe der Meta-Analyse über 150 Studien. Davon waren 30 Studien ausschliesslich auf Massnahmen des Regelvollzuges beschränkt, die übrigen 120 Studien wurden in angemessene, unspezifische und unangemessene Behandlungsverfahren unterteilt, je nachdem, ob sie die Kriterien von Risiko, Bedürfnis oder Ansprechbarkeit erfüllten.

Die erhaltene mittlere Effektrate der als angemessen betrachteten Behandlungsansätze war mit 0.32 dabei signifikant höher als die der unspezifischen (0.10) und der unangemessenen Behandlungsansätze (-0.07) oder der reinen Sanktionen (-0.08). Die negativen Effektraten von -0.07 bzw. -0.08 deuteten darauf hin, dass sowohl die ausschliessliche Sanktion als auch die Anwendung unangemessener Verfahren eher noch zu einer Steigerung der Rückfallraten führt.

Eine weitere äusserst anspruchsvolle und ausführliche Meta-Analyse von Straftäterbehandlungen wurde 1992 von Lipsey publiziert. Auch diese Studie demonstrierte eindrucksvoll den Einfluss angemessener Therapieansätze auf die Rückfallraten. Diese Studie bestätigte im wesentlichen die Ergebnisse von Andrews et al. (1990). Übereinstimmend wurden einzelne Programme als ineffektiv oder gar schädlich befunden, insbesondere solche, die auf Abschreckung oder Einschüchterung abzielten. Eine andere wichtige Variable, die eine deutliche Korrelation mit der Effektrate zeigte, betraf die Behandlungsmodalitäten und dabei vor allem die mit der Durchführung der Behandlung betrauten Personen. Lipsey (1992) fand bei den Studien, bei denen die Behandlung vom Untersucher selbst oder mit dessen massgeblicher Beteiligung durchgeführt wurde, die grössten Effektraten. Er schloss daraus, dass für eine effektive Behandlung ein hohes Mass an Enthusiasmus, Engagement und Sorgfalt bei der Durchführung vorausgesetzt werden muss. Auch in seiner Untersuchung, die über 400 Therapiestudien einbezog, erwiesen sich die strukturierten, zielgerichteten multimodalen Therapieprogramme als weit effektiver als die weniger strukturierten Ansätze.

Die aktuellsten Belege für die Reduktion krimineller Verhaltensweisen durch therapeutische Interventionen lieferten die Untersuchungen von Lipsey & Wilson (1993, 1998), die wiederum durchweg positive Effekte der Behandlungen fanden. Die meisten dieser effektiven Behandlungsprogramme erfüllten die von Andrews et al. (1990) aufgestellten Kriterien der als angemessen bezeichneten Programme und enthielten vorwiegend kognitiv-behaviourale Ansätze. Die Autoren betonen, dass die positiven Effekte durchaus gross genug sind, um sowohl praktische als auch klinische Signifikanz zu erreichen. Durchschnittlich fanden sie bei den Studien eine Reduktion der Rückfallraten um 12%, wobei die besten Behandlungsprogramme zu einer Reduktion der Rückfälle um bis zu 40% in der Lage waren.

## **1.2 Was wirkt**

Zusammengefasst zeigten die Meta-Analysen, dass erfolgreiche Programme hochstrukturiert, behavioural oder kognitiv-behavioural sind, mit Integrität und Enthusiasmus betrieben werden, eher in Freiheit als in Institutionen stattfinden und eher auf hohe, denn auf niedrige Risiken zielen. Weiterhin sind angemessene Programme multi-modal und intensiv bezüglich der Gesamtlänge und der Anzahl der Stunden. Strategien, die auf Bestrafung abzielen, klientenzentrierte Fallarbeit oder traditionelle Psychotherapie erwiesen sich als erheblich weniger wirksam, einige tendierten gar dazu, bei bestimmten Tätergruppen die Kriminalprognose zu verschlimmern (McCord, 1978; Rice et al., 1992). Anzeichen dafür, dass Faktoren wie Alter, Geschlecht oder ethnische Herkunft die Behandlungsergebnisse beeinflussen, liessen sich nicht nachweisen.

Erfolgreiche Programme verwenden Methoden, die dem handlungsorientierten Lernstil von Straftätern gerecht werden (Ansprechbarkeitsprinzip). Methoden, für deren Wirksamkeit es eine empirische Evidenz gibt, sind: Modellernen, Rollenspiele, abgestufte Erprobung, Verstärkung, konkrete Hilfestellungen, Ressourcen-Bereitstellung und kognitive Umstrukturierung (Andrews & Bonta, 1994).

Erfolgreiche Behandlungsprogramme zielen nicht auf irgendwelche Persönlichkeitsauffälligkeiten, sondern auf solche Klientenmerkmale, die nach dem empirischen Kenntnisstand kriminogene Faktoren sind (Bedürfnisprinzip). Im einzelnen sind dies: Antisoziale Ansichten, Einstellungen und Gefühle, Kontakte zu anderen Antisozialen, Identifikation mit kriminellen, anti-sozialen Rollenmodellen und Werten, Impulsivität, Mangel an sozialen und zwischenmenschlichen Fähigkeiten, selbstschädigende Anpassungsstrategien, Unfähigkeit zu planen und konzeptionell zu denken, Unfähigkeit, Schwierigkeiten vorherzusehen und zu umgehen, Egozentrik, Externalisation von Verantwortung, konkretistisches, starres und zuweilen irrationales Denken, Störungen der Selbstkontrolle, Störungen des Selbst-

managements, schlechte Problemlösungsfähigkeiten sowie substanzgebundene Abhängigkeiten.

Wichtig ist, dass die Behandler in erfolgreichen Behandlungsprogrammen eine kritisch-offene, engagierte, aber klar abgegrenzte betreuende Beziehung zum Klienten haben und stets die Autorität über die Behandlung behalten. (Andrews, 1995). Dies ist eine klare Absage an alle Formen der permissiven therapeutischen Gemeinschaft in kriminaltherapeutischen Institutionen.

### **1.3 Was nicht wirkt**

Den Evaluationen der Straftäterbehandlung lässt sich auch entnehmen, was in der Kriminaltherapie kaum oder gar nicht wirkt, nämlich: Psycho-dynamische Therapien, nicht-direktive klientenzentrierte Therapien, soziologische Strategien, die Kriminalität subkulturell oder vor dem Hintergrund des «labelling approach» konzeptionalisieren, Programme, die versuchen «klüger» zu strafen (z.B.: boot camps, shock incarceration), Programme, die auf niedrige Risiken zielen, Programme, die nicht-kriminogene Bedürfnisse angehen, Programme, die nicht berücksichtigen, dass Kriminalität multi-kausaler Genese ist (Andrews & Bonta, 1994). Solche inadäquate Behandlungen haben sogar negative Effektraten (–0.07), reine Bestrafungsstrategien –0.08. (Andrews, Zinger, Hoge, Bonta, Gendreau, & Cullen, 1990).

## **2 Ein kognitiv-behaviourales Behandlungsprogramm, dessen Effizienz belegt ist: Das «Reasoning & Rehabilitation Program»**

Ein Behandlungsprogramm, dessen Effizienz nachgewiesen ist, ist das «Reasoning and Rehabilitation Program», das in den 80er Jah-

ren von der Arbeitsgruppe um Robert Ross in Canada entwickelt worden ist (Ross & Fabiano, 1985). Es hat folgende Inhalte:

1. Selbstkontrolle: Stoppen und denken, bevor man handelt; alle Konsequenzen abwägen, bevor man eine Entscheidung trifft; Pläne formulieren; Denkstrategien anwenden, um Emotionen und Verhalten zu kontrollieren.
2. Meta-Kognitionen: Kritische Bewertung des eigenen Denkens; hier geht es darum, den Patienten zu vermitteln, dass die Art, wie sie denken, über weite Bereiche bestimmt, was sie denken.
3. Verbesserung sozialer Fertigkeiten d. h.: Fähigkeiten lernen, mit denen man in sozialen Situationen eher belohnt als abgelehnt wird.
4. Verbesserung der interpersonalen Problem-Lösungs-Fähigkeiten d. h.: Lernen, die Werte, Gefühle und Verhaltensweisen anderer zu verstehen und zu berücksichtigen und zu erkennen, wie das eigene Verhalten das Verhalten anderer beeinflusst.
5. Erlernen kreativen Denkens: Offensives In-Frage-Stellen der Starrheit des eigenen Denkens bei Problemen und die Entwicklung von alternativen, prosozialeren Denkweisen.
6. Förderung kritischen Denkens, d.h.: Lernen, logisch, rational und objektiv zu denken, ohne die Fakten zu verdrehen und Schuld und Verantwortung auf andere zu schieben.
7. Lernen, die soziale Perspektive zu übernehmen, d.h.: Lernen, das wahrzunehmen und zu berücksichtigen, was andere denken und fühlen.
8. Entwicklung von Werten, d.h.: Ersetzen der bisherigen egozentrischen Weltsicht durch das Berücksichtigen der Bedürfnisse der anderen.
9. Emotionsregulation, d.h.: Techniken erlernen, mit denen man intensive unangenehme Emotionen vermeiden kann.
10. Förderung der Empathie mit dem Opfer.

Das R & R Programm arbeitet ausschliesslich mit Gruppen. Die Inhalte des Programms sind auf die spezifischen dynamischen Risiko-



faktoren ausgerichtet. Die Gruppen haben definierte spezifische Zwischenziele pro Behandlungsblock. Der Behandlungserfolg bezüglich eines solchen Zwischenzieles wird gemessen. Das Programm ist manualgesteuert und didaktisch aufgebaut. Die Implementierung erfolgt über ein 2-Wochen-Training. Die Methoden sind handlungsorientiert: Gruppendiskussionen, Rollenspiele, strukturierte Denkaufgaben und Spiele. Die Sitzungen sind anregend und interessant, das R & R Programm ist bei Straftätern sehr beliebt.

Eine solche hoch strukturierte Gruppenarbeit hat etliche Vorteile. Die feste Programmstruktur erleichtert das Ausblenden störender Einflüsse aus dem aktuellen Stationsgeschehen, den Erhalt der Programm-Integrität, die Konsistenz über die Zeit, das Monitoring, die Einstellung auf die Merkmale der Klienten und die Fähigkeiten der Behandler sowie die weitere Professionalisierung der Behandler.

### **3 Relapse Prevention**

Die neben dem Training kognitiver Fertigkeiten wichtigste kriminaltherapeutische Intervention ist «relapse prevention» (Übersicht bei Laws, 1989).

Das «relapse prevention model» basiert auf der Annahme, dass es vor jedem Akt von Delinquenz eine Verhaltenskette gibt, die durch interne und externe Faktoren getriggert wird. Je früher diese Kette von Denken und Verhalten unterbrochen werden kann, desto geringer ist das Rückfallrisiko. Die erste Komponente dieses Modells beschreibt Hintergrund und Basis des delinquenten Verhaltens, die stabildynamischen oder chronischen Risikofaktoren. Es sind dies die Persönlichkeit, äussere Umstände und schlechte coping-Strategien, was letztendlich im Zusammenwirken zu einer negativen emotionalen Ausgangslage führt. Diese negative emotionale Ausgangslage führt dazu, dass potentielle Täter sich in Hochrisikosituationen, die



wir akute dynamische Risikofaktoren nennen, begeben. Dies leitet dann zum konkreten Deliktverhalten über.

Die chronischen Risikofaktoren der Delinquenz können beeinflusst werden durch: Milieuthherapie, schulische und berufliche Bildung, die Adressierung isolierter Störungen wie z.B. soziale Phobien und Panikstörungen, Training von kognitiven Fertigkeiten und Problemlösungsstrategien und Suchtbehandlung.

Behandlungsmodule zur Behandlung des Deliktverhaltens sind: Demonstration der positiven und negativen kurz- und langfristigen Konsequenzen delinquenten oder nicht-delinquenten Verhaltens, Reduzierung von Bagatellisierung und Leugnung, Übernahme der Verantwortung für das gesamte eigene Verhalten, Entwicklung eines individuellen Rückfallvermeidungsplans und Entwicklung von Empathie mit dem Opfer.

Bei Sexualstraftätern kommt noch folgendes hinzu: Kognitive Rekonstruktion sexueller Mythen und Ansichten, die Sexualdelinquenz fördern, Reduzierung des sexuellen Arousals, Behandlung sexueller Dysfunktionen, anti-hormonelle Therapie.

#### **4 Besonderheiten bei der Behandlung psychisch gestörter Täter**

Eine spezifische Kriminaltherapie psychisch gestörter Aggressionstäter gibt es nicht (Rice & Harris, 1997). Psychische Störungen mit und ohne Substanzabusus sind in Straftäterpopulationen ubiquitär. In nordamerikanischen Gefängnispopulationen wurden allein für die antisoziale Persönlichkeitsstörung Häufigkeiten von bis zu 65% angegeben (Übersicht bei Andrews & Bonta, 1994, S. 211). Feldstudien aus deutschen Straftäterpopulationen fehlen zwar, es ist jedoch kein Grund erkennbar, weshalb bei uns die Verhältnisse anders sein sollten. Dort, wo Straftäterbehandlung evaluiert wurde, wurde im-

mer auch die kriminal-präventive Behandlung psychisch Gestörter evaluiert.

Gleichwohl ist einiges zu beachten, das sich aus den jeweiligen, die spezifische Störung charakterisierenden Merkmalen ableiten lässt (Übersicht bei Hodgins & Müller-Isberner (2000), Hodgins (2000), Müller-Isberner & Hodgins (in Druck), Bloom, Mueser & Müller-Isberner (2000), Müller-Isberner (1998)). Was die *kriminalpräventive Behandlung* psychisch kranker und schwer gestörter Rechtsbrecher von der Straftäterbehandlung im Strafvollzug unterscheidet, ist die in vielen Fällen bestehende Notwendigkeit, diese Patienten erst einmal «therapiefähig» zu machen. Hierzu gehört unter anderem, dass ihr Zustand dahingehend verändert wird, dass für Mitarbeiter und Mitpatienten ein gefahrloser Umgang mit ihnen möglich ist. Unkontrolliertes Verhalten muss soweit gebessert werden, dass eine Teilnahme an kriminalpräventiven Therapiegruppen möglich ist. Zuerst muss die psychiatrische Symptomatik zurückgedrängt, bzw. kompensiert werden. Ist dies gelungen, beginnt die Kriminaltherapie. Wenn man die Kriminalität psychisch Kranker allzusehr unter dem psychiatrischen Blickwinkel sieht, ist man versucht, die Zurückdrängung psychiatrischer Symptome bereits als erfolgreiche kriminalpräventive Behandlung anzusehen. Dies ist allenfalls bei wenigen paranoiden Schizophrenen berechtigt, in den anderen Fällen ein oft folgenschwerer Irrtum.

Bei den Massnahmen zur Herstellung von Therapiefähigkeit haben auch solche psychotherapeutischen Methoden ihre Berechtigung, die nachgewiesenermassen keinen langfristigen kriminalpräventiven Effekt haben (z.B. token-economy, Verfahren zur Verbesserung der subjektiven Befindlichkeit).

Insbesondere bei schweren schizophrenen Residuen und bei geistig Behinderten muss eine Adaptation der Verfahren an die teils extrem reduzierten kognitiven, sprachlichen und intellektuellen Möglichkeiten vorgenommen werden.

## **5 Kriminaltherapie bei Aggressionstätern im psychiatrischen Massregelvollzug**

Die im psychiatrischen Massregelvollzug untergebrachten Patienten leben auf Stationen oder in Wohngruppen. Die Station (oder Wohngruppe) ist das zentrale Strukturelement einer kriminaltherapeutischen Institution. Sie ist der Ort, an dem wesentliche therapeutische Interventionen stattfinden. Je nach Patientengruppe, die auf einer Station zusammengefasst ist, ist das Stationskonzept entsprechend spezialisiert. Es lassen sich aber doch allgemeingültige, grundlegende Prinzipien erfolgreichen Arbeitens beschreiben:

Erfolgversprechend ist auf der Basis des vorliegenden empirischen Wissens (zusammenfassend bei McGuire, 1995) ein pragmatischer, multimodaler Behandlungsansatz, der in einen verhaltens- und milieu-therapeutischen Rahmen eingebettet ist und von einem sorgfältig ausgewählten, motivierten, trainierten und supervidierten Team ausgeführt wird (Lösel, 1995a, 1995b). Grundmaximen sind ein transparentes, für den Patienten immer berechenbares Vorgehen, klare, eindeutige Grenzziehungen und ebensolche Interventionen bei Verhaltensentgleisungen (Müller-Isberner, Jöckel & Gonzalez Cabeza, 1998).

Durch gut abgestimmte und koordinierte Zusammenarbeit in einem multiprofessionellen Team findet eine stabile und transparent strukturierte Gestaltung des Stationsmilieus statt, in der Mehrdeutigkeit keinen Raum hat. Nur so kann den häufigen Versuchen der Patienten, das Team zu spalten, zu manipulieren und gegeneinander auszuspielen widerstanden werden.

Die Persönlichkeitsauffälligkeiten und Wahrnehmungsverzerrungen, die nachhaltig das Selbst- und Fremderleben, die Frustrationsverarbeitung und Beziehungsfähigkeit beeinträchtigen, werden konsequent über den Beziehungsprozess in der Stationsgruppe und der Bezugspflege gespiegelt und verdeutlicht. Dazu dienen auch Grup-

penaktivitäten und Rollenspiele. Dabei werden möglichst alle auffälligen zwischenmenschlichen Interaktionen der einzelnen Patienten untereinander und gegenüber den Mitgliedern des Teams aufgegriffen und für Interventionen nutzbar gemacht. Ziel ist die Förderung von sozialer Wahrnehmung und Interaktionsfähigkeit. Hauptaugenmerk liegt auf der kritischen Wahrnehmung und Beobachtung antisozialer und prokrimineller Einstellungen und deren konsequenter Korrektur. Wichtig ist eine absolute «Null-Toleranz» für Gewalt, auch für verbale.

Die therapeutische Beziehung ist das Medium für kognitive Umstrukturierungen. Nicht die Erklärungs- und Verstehensmodelle für das So-Geworden-Sein des Patienten stehen im Vordergrund, sondern das Aufzeigen aktueller, konkreter, kriminogener Denkmuster (Müller-Isberner, Jöckel & Gonzalez Cabeza, 1998).

In den direktiv geführten Gesprächen mit den pflegerischen und akademischen Therapeuten spielen die Bearbeitung individueller kriminogener Merkmale, die Förderung von Empathie und Bindungsfähigkeit, die Entwicklung eines realistischen Lebensplanes sowie die Antizipation zukünftig möglicher Krisensituationen mit Entwicklung und Einübung von Bewältigungs- und Vermeidungsstrategien eine besondere Rolle (Müller-Isberner & Jöckel, 1994).

Dass es bei der konkreten Umsetzung dieser Prinzipien für die Schaffung eines kriminalpräventiven Stations-/Wohngruppenmilieus teils deutlicher Modifikationen für die einzelnen Problemgruppen des Massregelvollzuges bedarf, soll hier noch einmal betont werden. In jedem Falle sind die vorhandenen kognitiven Fähigkeiten zu berücksichtigen. In vielen Fällen sind Vorbereitungsphasen oder eine medikamentöse Modifikation von Erleben und Verhalten erforderlich, bis eine sinnvolle Integration in ein Stationsprogramm vorgenommen werden kann. Häufig bedarf es zusätzlicher Massnahmen zur Beseitigung von schulischen Defiziten sowie einer Suchtbehandlung.

Auch bei positivem Verlauf der stationären Behandlung darf nicht übersehen werden, dass biographische Merkmale in der Risikoeinschätzung trennschärfere Prädiktoren sind als klinische Verlaufsdaten und psychiatrische Kriterien.

Als wichtigster dynamischer Risikofaktor ist auf die jeweiligen Einstellungen –prosozial versus antisozial – ein besonderes Augenmerk zu richten.

## **6 Wo Kriminaltherapie anscheinend nicht wirkt**

Es gibt Hinweise darauf, dass bei einer kleinen Untergruppe der Persönlichkeitsgestörten, die die Kriterien einer «Psychopathy» (Hare, 1991) erfüllen, die Kriminalprognose durch die bisherigen Formen der Behandlung gar nicht oder sogar negativ beeinflusst wird (Rice, Harris & Cormier, 1992).

Bei «Psychopathy» handelt es sich um eine sozial destruktive Störung, die durch eine Kombination von Charakteristika in den Bereichen Affekte, zwischenmenschliche Beziehungen und Sozialverhalten definiert ist. Hierzu gehören: Egozentrik, Impulsivität, Verantwortungslosigkeit, flache Emotionen, Mangel an Empathie, Schuldgefühlen und Reue. Lügen ist die Norm, Manipulation der durchgängige zwischenmenschliche Verhaltensstil, die Verletzung sozialer Normen und Erwartungen geschieht laufend. Der «Psychopath» kann als Plünderer beschrieben werden, der mit Charme, Manipulation, Einschüchterung und Gewalt andere beherrscht und zur Befriedigung seiner egoistischen Ziele ausbeutet. Ohne Gewissen und Gefühle für andere nimmt er kaltblütig was er will und tut was ihm gefällt. Er verletzt soziale Normen und Erwartungen anderer ohne einen Hauch von Schuldgefühlen oder Bedauern. Diese Population von Persönlichkeitsgestörten lässt sich von allen anderen Straftätergruppen deutlich unterscheiden. Mit der Psychopathy Check-List von Robert D. Hare (Hare, 1991) ist das Konstrukt reliabel erfassbar.



In Nord-Amerika machen sie ca. 20% der Gefängnispopulation aus, in forensisch-psychiatrischen Einrichtungen Amerikas wird ihre Häufigkeit mit ca. 10% angegeben (Hare, 1991). Erste Ergebnisse aus Haina lassen auf einen Anteil von 5% in der deutschen nach §63 StGB untergebrachten Population schliessen (Freese, Müller-Isberner & Jöckel, 1996).

Für «Psychopathy» ist derzeit keine wirksame Behandlung bekannt. Das heisst nicht notwendigerweise, dass die Ansichten und Verhaltensweisen des «Psychopath» prinzipiell unveränderlich seien, es heisst nur, dass bis heute kein Behandlungs- oder Resozialisierungsprogramm bei dieser Gruppe funktioniert hat. Gleichwohl zeigt die sorgfältige Literaturanalyse, dass noch keineswegs alle denkbaren Behandlungskonzepte an dieser Straftätergruppe erprobt wurden.

Viele dieser Täter nehmen an sozialtherapeutischen Behandlungsprogrammen im Strafvollzug teil oder werden in den Massregelvollzug eingewiesen. In der Behandlung geben sie meist eine gute Show, machen «erstaunliche Fortschritte», überzeugen Therapeuten und Gerichte von ihrem geläuterten Charakter, werden entlassen und machen genau dort weiter, wo sie vorher aufgehört haben.

Über die Gründe der mangelnden therapeutischen Beeinflussbarkeit dieser Tätergruppe kann man derzeit nur mutmassen. Möglicherweise liegt es an einer für eine Therapie geradezu verheerenden Merkmalskombination: Der trickreiche Blender, der schon um des Lügens willen lügt, dessen gesamter Verhaltensstil betrügerisch, manipulativ und parasitär ist, der beutet eben auch die therapeutische Situation aus, manipuliert die Institution. Die psychiatrische Herangehensweise impliziert Helfenwollen. Diese verstehende Hilfestellung aber birgt die Gefahr, Opfer von Manipulation und parasitärer Ausnutzung zu werden. Der «Psychopath» hat aber noch eine andere Eigenschaft, die ihn in der therapeutischen Situation zur Gefahr macht: Er hat ein phänomenales Gespür für die Schwächen seines Gegenübers. Er erkennt diese Schwächen rasch und nutzt sie gnadenlos aus.



## **7 Ambulante Kriminaltherapie**

Kriminaltherapie darf nicht mit der Entlassung aus der Institution enden. Die Meta-Analysen zeigen durchweg, dass ambulante Behandlungen effektiver sind als stationäre. Dies ist auch nicht verwunderlich, da neu erlernte soziale Techniken gleich eingeübt und trainiert werden können.

Wer nun soll die ambulante Straftäterbehandlung übernehmen? Spezialisten oder Therapeuten und Institutionen die ansonsten nicht-straffällige Menschen behandeln? Für psychisch gestörte Rechtbrecher haben mittlerweile Studien aus Britisch Columbia, Hessen, Kalifornien, Oregon und Quebec konsistent Belege für die kriminaltherapeutische Effizienz einer spezifischen forensisch-psychiatrischen Nachsorge beigebracht. Studien aus mehreren Ländern belegen: Bezüglich der kriminalpräventiven Effekte sind spezialisierte forensische Ambulanzen anderen Betreuungsformen weit überlegen (Bigelow, Bloom & Williams, 1990; Bloom, Williams, Rogers & Barbour, 1986; Bloom, Williams & Bigelow, 1991; Heilbrun & Griffin, 1993; Hodgins, Toupin, Fiset, & Moisan, 1995; Müller-Isberner, 1996; Wiederanders, 1992; Wiederanders, Bromley & Choate, 1997; Wilson, Tien & Eaves, 1995).

## **8 Ausblick**

Die Literatur belegt, dass sich mittels eines pragmatischen, mehrdimensionalen Behandlungsansatzes, mit spezifischen und hochstrukturierten Behandlungsmodulen in einem verhaltens-, lern- und milieuthérapeutischen Rahmen, in der Kriminaltherapie beachtliche Effektraten erzielen lassen. Dass derartige effiziente Behandlungstechnologien im deutschen und schweizerischen Straf- und Massregelvollzug kaum angewandt werden, ist bedauerlich. Alles in allem besteht kein Anlass, im Bereich der Kriminaltherapie psychisch Gestörte die «Nothing works» Hypothese zu vertreten, wobei die

Grenzen des Möglichen noch keineswegs ausgetestet sind. Ansätze aber, die davon ausgehen, dass alles einigermaßen Wohlgemeinte auch wirke und dies bei jedem, sind geeignet, den Glauben von Öffentlichkeit, Justiz und Politik in die Seriosität der Kriminaltherapie zu zerstören. Wichtig ist, dass die Behandlung nach Entlassung aus einer freiheitsentziehenden Massnahme nicht als abgeschlossen betrachtet, sondern ambulant fortgeführt wird. Es ist empirisch belegt, dass sich das Risiko von Rückfalldelinquenz dadurch weiter senken lässt (Übersicht bei Müller-Isberner et al., 1997).

## Literatur

1. Andrews D (1995) The Psychology of Criminal Conduct and Clinical Criminology. In Stewart L, Stermac L, Webster C (eds) *Clinical Criminology: Toward Effective Correctional Treatment*. Toronto, Correctional Service of Canada pp. 130–150
2. Andrews D, Bonta J (1994) *The Psychology of Criminal Conduct*. Anderson, Cincinnati
3. Andrews D, Zinger I, Hoge RD, Bonta J, Gendreau P, Cullen FT (1990) Does correctional treatment work?: A clinically relevant and psychologically informed meta-analysis. *Criminology*. 28, 369–404
4. Bigelow DA., Bloom JD, Williams MH (1990). Costs of managing insanity acquittees under a psychiatric security review board system. *Hospital and Community Psychiatry*. 41, 613–614
5. Bloom J, Mueser K, Müller-Isberner R (2000) Treatment implications of the antecedents of criminality and violence in schizophrenia and major affective disorders. In: Hodgins S (ed) *Violence among the Mentally Ill: Effective Treatment and Management Strategies*. Kluwer, Dordrecht, NL. pp 145–170
6. Bloom, JD, Williams MH, Bigelow DA (1991) Monitored Conditional Release of Persons found Not Guilty by Reasons of Insanity. *American Journal of Psychiatry*. 148, 444–448
7. Bloom JD, Williams MH, Rogers J, Barbour P. (1986). Evaluation and Treatment of Insanity Acquittees in the Community. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*. 14, 231–244
8. Freese R, Müller-Isberner R, Jöckel D. (1996) Psychopathy and co-morbidity in a German hospital order population. In: Cooke D, Forth A, Newman J, Hare R. (eds) *International Perspectives on Psychopathy. Issues in Criminological and Legal Psychology*, No. 24. British Psychological Society, Leicester
9. Garrett CJ (1985) Effects of residential treatment on adjudicated delinquents: A meta-analysis. *Journal of Research in Crime and Delinquency*. 22, 287–308

10. Gendreau P (1996) Offender rehabilitation: What We Know and What Needs to Be Done. *Criminal Justice and Behavior*. 23, 144–161
11. Gendreau P, Goggin C (1996) Principles of effective programming: Forum on Corrections Research. 8, 38–41
12. Gendreau P, Ross RR (1987) Revivication of rehabilitation: Evidence from the 1980s. *Justice Quarterly*. 4, 349–407
13. Gensheimer LK, Mayer JP, Gottschalk R, Davidson WS (1986) Diverting youth from the juvenile justice system: A meta-analysis of intervention efficacy. In Apter SJ, Goldstein AP, (eds), *Youth violence: Programs and prospects* Elmsford, NY: Pergamon Press. pp. 39–57
14. Gottschalk R, Davidson W, Gensheimer LK, Mayer JP (1987a) Community based interventions. In Quay HC (ed) *Handbook of juvenile delinquency*. Wiley, New York, pp. 266–289
15. Gottschalk R, Davidson W, Mayer J, Gensheimer LK (1987b) Behavioral approaches with juvenile offenders. In Morris EK, Braukman CJ (ed) *Behavioral approaches to crime and delinquency*. New York: Plenum Press. pp 399–422
16. Hare RD (1991) *Manual for the Hare Psychopathy Check-list-Revised*. Multi-Health Systems, Toronto
17. Heilbrun K, Griffin P. (1993) Community-Based Forensic Treatment of Insanity acquittees. *International Journal of Law and Psychiatry*. 16, 133–150
18. Hodgins S (ed, 2000) *Violence among the Mentally Ill: Effective Treatment and Management Strategies*. Kluwer, Dordrecht, NL
19. Hodgins S, Müller-Isberner R (eds., 2000) *Violence, crime and Mentally disordered Offenders*. Wiley, Chichester
20. Hodgins S, Toupin J, Fiset S, Moisan D (1995) Une comparaison des soins externes offerts aux patients souffrant de troubles mentaux graves pendant 24 mois suite à leur sortie d'un centre hospitalier. Report commissioned by the Conseil Québécois de la Recherche Sociale

21. Izzo RL, Ross RR (1990) Meta-analysis of rehabilitation programs for juvenile delinquents: *Criminal Justice and Behavior*. 17, 134–142
22. Laws R (ed) (1989) *Relapse Prevention with Sex Offenders*. Guildford, New York
23. Lipsey MW (1992) Juvenile delinquency treatment: A meta-analytic inquiry into the variability of effects. In Cook TD, Cooper H, Cordray DS, Hartman H, Hedges V, Light RJ, Louis TA, Mosteller F (eds) *Meta-analysis for explanation*. Sage, Newbury Park, pp 83–127
24. Lipsey MW, Wilson DB (1993) The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment. *American Psychologist*. 48, 1181–1209
25. Lipsey MW, Wilson DB (1998) Effective intervention for serious juvenile offenders. In: Loeber R, Farrington DP (eds) *Serious & violent juvenile offenders*. Sage, Thousand Oaks, pp 313–345
26. Lösel F (1995a) The efficacy of correctional treatment: A review and synthesis of meta-evaluations. In McGuire J (ed) *What Works: Reducing Reoffending*. Wiley, Chichester
27. Lösel F (1995b) Increasing Consensus in the Evaluation of Offender Rehabilitation?: *Psychology, Crime & Law*. 2, 19–39
28. Lösel F (1998) Evaluationen der Straftäterbehandlung. Was wir wissen und noch erforschen müssen. In Müller-Isberner R, Gonzalez Cabeza S (eds) *Forensische Psychiatrie*. Forum, Bad Godesberg
29. Lösel F, Köferl P, Weber F (1987) *Meta-Evaluationen der Sozialtherapie*, Enke, Stuttgart
30. Martinson R (1974) What works?: Questions and answers about prison reform. *Public Interest*, 10, 22–54
31. Mayer JP, Gensheimer LK, Davidson WS, Gottschalk R (1986) Social learning treatment within juvenile justice: A meta-analysis of impact in the natural environment. In Apter SJ, Goldstein AP (eds), *Youth violence: Programs and prospects*. Elmsford, NY: Pergamon Press. pp 24–38

32. McCord J (1978) A thirty-year follow-up of treatment effects: *American Psychologist*. 33, 284–289
33. McGuire J (1995) *What Works: Reducing Reoffending*. Wiley, Chichester
34. Müller-Isberner R (1996). Forensic Psychiatric Aftercare following Hospital Order Treatment. *International Journal of Law and Psychiatry*. 19, 81–86
35. Müller-Isberner R (1998) Ein differenziertes Behandlungskonzept für den psychiatrischen Massregelvollzug. In Wagner E, Werdenich W (eds) *Forensische Psychotherapie*. Facultas Universitätsverlag, Wien, pp 197–209
36. Müller-Isberner R, Hodgins S. (2000) Evidence based treatment for mentally disordered offenders. In: Hodgins S, Müller-Isberner R (eds.), *Violence, Crime and Mentally Disordered Offenders*. Wiley, Chichester, GB. pp 7–38
37. Müller-Isberner R, Jöckel (1994) Differenzierte Kriminaltherapie. *Krankenhauspsychiatrie*. 5, 170–172
38. Müller-Isberner R, Jöckel D, Gonzalez Cabeza S (1998) Zur Problematik der Behandlung Persönlichkeitsgestörter im psychiatrischen Massregelvollzug (§ 63 StGB) In: Gaebel W, Falkai P (eds) *Zwischen Spezialisierung und Integration – Perspektiven der Psychiatrie und Psychotherapie*. Springer, Wien, New York., pp 160–164
39. Müller-Isberner R, Rohdich R, Gonzalez Cabeza S (1997) Zur Effizienz ambulanter Kriminaltherapie. *Bewährungshilfe*. 44, 272–285
40. Redondo S, Garrido V, Sanchez-Meca J (1997) What works in correctional rehabilitation in Europe: A meta-analytical review. In: Redondo S, Garrido V, Pérez J, Barbaret R (Hrsg) *Advances in psychology and law*. De Gruyter, Berlin. pp 498–523
41. Rice M, Harris G (1997) The treatment of mentally disordered offenders. *Psychology, Public Policy, and Law*. 3, 126–183
42. Rice M, Harris G, Cormier C (1992) Evaluation of a maximum security therapeutic community for psychopaths and other men-



tally disordered offenders. *Law and Human Behavior*. 16, 399–412

43. Ross R, Fabiano E (1985) *Time to think: A Cognitive Model of Delinquency Prevention and Offender Rehabilitation*. Institute of Social Sciences and Arts Inc., Johnson City
44. Whitehead JT, Lab SP (1989) A meta-analysis of juvenile correctional treatment. *Journal of Research in Crime and Delinquency*. 26, 276–295
45. Wiederanders, M. (1992). Recidivism of disordered offenders who were conditionally vs. unconditionally released. *Behavioral Sciences and the Law*. 10, 141–148
46. Wiederanders, M., Bromley, D., & Choate, P. (1997). Forensic Conditional Release Programs and Outcomes in Three States. *International Journal of Law and Psychiatri*. 20, 249–257
47. Wilson, D., Tien, G. & Eaves, D. (1995). Increasing the Community Tenure of Mentally Disordered Offenders: An Assertive Case Management Program. *International Journal of Law and Psychiatri*. 18, 61–69