

Literaturbericht

Kriminologie

Besprochen von **Prof. Dr. Dieter Dölling**: Universität Heidelberg

<https://doi.org/10.1515/zstw-2018-0032>

Der nachfolgende Literaturbericht hat Arbeiten zum Gegenstand, die sich mit Sexual- und Gewaltstraftätern und ihrer Behandlung und damit einem in den letzten Jahren intensiv diskutierten Themenkreis befassen. Besprochen werden eine Metaanalyse von *Martin Schmucker* zur Wirksamkeit der Behandlung von Sexualstraftätern, eine Arbeit von *Gunda Wößner* über die Typisierung von Sexualdelinquenten und ein Buch von *Jérôme Endrass u. a.* über Interventionen bei Gewalt- und Sexualstraftätern.

Schmucker, Martin: *Kann Therapie Rückfälle verhindern? Metaanalytische Befunde zur Wirksamkeit der Sexualstraftäterbehandlung.* Studien und Materialien zum Straf- und Maßregelvollzug Bd. 22. Herbolzheim: Centaurus 2004, 347 S.

Bei der Arbeit handelt es sich um eine bei *Friedrich Lösel* entstandene psychologische Dissertation. Die Arbeit untersucht anhand einer Metaanalyse vorliegender empirischer Studien, ob vorhandene Behandlungsprogramme für Sexualstraftäter im Sinne der Rückfallverhinderung wirksam sind und welche spezifischen Aspekte gegebenenfalls zum Behandlungserfolg beitragen. Zunächst wird der Begriff des Sexualstraftäters erörtert (S. 3ff.). Gegen ein Abstellen auf einen Gesetzesverstoß wird angeführt, dass die Strafvorschriften zeitlich und international variieren, gegen eine Heranziehung klinischer Diagnosen von Paraphilien, dass auch diese von kulturellen Normen abhängen und Paraphilien auch nicht kriminelles Verhalten umfassen können. Als Arbeitsdefinition bietet sich nach dem Verf. an, dass Sexualstraftäter gegen eine gesetzliche Norm verstoßen, „die in irgendeiner Form eine sexuelle Komponente in sich trägt oder wegen eines sexuellen Bedürfnisses durchbrochen wird“ (S. 6). Der Verf. weist darauf hin, dass eine Trennung von Subgruppen erforderlich ist, und stellt eine Reihe von Klassifikationsvorschlägen dar, die teils Untergruppen jeweils für sexuellen Missbrauch von Kindern und für sexuelle Gewalt gegen Frauen bilden und teils an die der Sexualdelinquenz zugrunde liegenden Faktoren, z. B. eine psychische Stö-

rung, anknüpfen (S. 6 ff.). Der Verf. zeigt dann die Notwendigkeit der Behandlung von Sexualstraftätern auf: Aus Kriminalstatistiken und Dunkelfelduntersuchungen ergibt sich ein erhebliches Ausmaß der Sexualkriminalität, die Delikte verursachen bei den Opfern teilweise gravierende Schäden, bei einigen Tätergruppen ist eine erhebliche Rückfälligkeit zu verzeichnen und es besteht ein gesetzlicher Behandlungsauftrag (S. 16 ff.).

Als Ansatzpunkte für die Behandlung von Sexualstraftätern erörtert der Verf. Ursachen sexueller Delinquenz und dynamische, also veränderbare, Risikofaktoren für Rückfälligkeit (S. 43 ff.). Hierbei ergibt sich, dass bei einer Reihe potentieller Ursachen die Befundlage nicht eindeutig ist, sich aber einige relevante Faktoren, wie z.B. kriminalitätsfördernde kognitive Verzerrungen, abzeichnen. Anschließend werden die bei Sexualstraftätern verwendeten Behandlungsansätze dargestellt (S. 62 ff.). Als organische Therapien werden die heute seltene chirurgische Kastration und medikamentöse Therapien (Hormonbehandlung und Vergabe von Psychopharmaka) geschildert. Bei den psychosozialen Ansätzen liegt der Schwerpunkt bei den heute dominierenden kognitiv-behavioralen Therapien. Es wird gezeigt, wie diese zunehmend an die Stelle des Einsatzes aversiver Techniken getreten sind, bei denen deviante Reize oder Fantasien mit unangenehmen Reizen gekoppelt werden. Als Komponenten kognitiv-behavioraler Behandlungsprogramme werden insbesondere kognitive Umstrukturierung, Empathietraining, Training sozialer Fertigkeiten, Training von Stressbewältigung und Ärgerkontrolle und „Relapse Prevention“ (Aufzeigen zum Rückfall führender Handlungsketten und Vermittlung von Strategien zum „Ausstieg“ aus diesen Ketten durch angemessene Problembewältigungsstrategien) geschildert. Als weitere psychosoziale Ansätze werden psychodynamische Therapien, die therapeutische Gemeinschaft, die systemische Perspektive (z. B. Veränderung des familiären Systems des Täters) und psychoedukative Elemente (z. B. Sexualkunde) sowie Sozialarbeit behandelt.

Sodann wendet sich der Verf. der Erforschung der Wirksamkeit von Behandlungsprogrammen zu. Zunächst werden Probleme der Evaluationsforschung erörtert (S. 80 ff.). Es wird dargelegt, dass es zur Ermittlung von Behandlungseffekten einer Vergleichsgruppe bedarf, die hinsichtlich rückfallrelevanter Variablen der Behandlungsgruppe entspricht, die hierfür an sich erforderliche Zufallszuweisung zur Behandlungs- und zur Kontrollgruppe aber häufig nicht verwirklicht werden kann. Andere Techniken zur Erreichung vergleichbarer Gruppen werden erörtert. Hinsichtlich der Frage, wie mit den deutlich höhere Rückfallraten aufweisenden Behandlungsabbrechern umgegangen werden soll (Ausschluss aus der Untersuchung oder Zuweisung zur Behandlungsgruppe), bevorzugt der Verf. die Strategie, die verschiedenen Möglichkeiten in separaten Analysen darzustellen. Der Verf. weist darauf hin, dass es einer Differenzierung der behandelten

Probanden bedarf und genau erhoben werden muss, welche Behandlungsmaßnahmen tatsächlich ergriffen wurden, sodass beurteilt werden kann, ob das Behandlungsprogramm tatsächlich umgesetzt wurde (Kontrolle der Behandlungsintegrität). Problematisch ist auch, mit welchen Maßen der Rückfall erfasst werden soll und wie lang der Katamnesezeitraum sein soll. Außerdem führt der Verf. aus, dass wegen der geringen Basisraten der Rückfälligkeit mit Sexualdelikten Behandlungseffekte selbst mit relativ großen Stichproben nur schwer statistisch abzusichern sind.

Der Verf. stellt dann die Ergebnisse bisheriger Metaevaluationen der Sexualstrafäterbehandlung dar (S. 90 ff.). Frühe narrative Überblicksarbeiten kamen teilweise zu dem Ergebnis, dass die Wirksamkeit der Behandlung von Sexualstrafätern noch nicht geklärt sei, und sahen teilweise Ansatzpunkte für die Wirksamkeit der Behandlung. Der Verf. weist darauf hin, dass das Vorgehen dieser narrativen Reviews nur bedingt objektivierbar ist, und zeigt die Vorteile des systematischen Vorgehens bei der Metaanalyse auf: klare Definition der Kriterien für den Ein- bzw. Ausschluss von Einzelstudien, Literaturrecherche mit dem Ziel, alle relevanten Untersuchungen einzubeziehen, Erfassung aller Studien mit einem differenzierten einheitlichen Codierschema, wobei auch Mängel von Primärstudien aufgedeckt werden können, und Erhöhung der Teststärke durch Aggregation der Befunde der Einzelstudien zu Gesamteffekten. Eine Zusammenstellung der bisherigen systematischen Metaanalysen zur Sexualstrafäterbehandlung ergibt, dass alle eine günstige Wirkung der Behandlungen auf die Rückfallraten ermittelten, wobei allerdings teilweise nur schwache Effekte verzeichnet wurden. Kognitiv-behaviorale Programme und hormonale Behandlungen erzielten höhere Effekte als andere Interventionen und ambulante Programme erwiesen sich meist als wirksamer als stationäre. Allerdings weisen die herangezogenen Primärstudien teilweise erhebliche methodische Mängel auf und ist der jeweilige Studienpool begrenzt, z. B. auf englischsprachige Arbeiten und bestimmte Publikationszeiträume.

Im nächsten Abschnitt wird die Methode der Metaanalyse des Verf. dargestellt (S. 108 ff.). Ziel ist die möglichst vollständige Beschreibung des deutschen und internationalen Forschungsstandes über die Wirksamkeit rückfallpräventiver Behandlungsmaßnahmen bei Sexualstrafätern. In die Metaanalyse einbezogen wurden empirische Studien über mit dem Ziel der Rückfallverhinderung vorgenommene therapeutische Interventionen bei Sexualstrafätern. Die Studien mussten Informationen über das Behandlungsergebnis in Form von Rückfallmaßen enthalten, es musste eine Vergleichsgruppe vorhanden sein und Behandlungs- und Kontrollgruppe mussten jeweils mindestens fünf Personen umfassen. Gesucht wurden die Studien durch Auswertung von Literaturverzeichnissen und elektronischen Datenbanken, Durchsicht relevanter Zeitschriften, Internetrecher-

chen und Anfragen bei Experten und einschlägigen Institutionen. Insgesamt konnten 69 Studien einbezogen werden. Mit Untergruppen ergaben sich 80 unabhängige Vergleiche. Analyseeinheit war grundsätzlich die jeweilige Studie, teilweise wurden die Untergruppen herangezogen.

Die Beschreibung der Studien erfolgte durch Codierung von 61 Variablen, die allgemeine Studienmerkmale (z. B. Publikationsjahr und -form und Nachvollziehbarkeit der Darstellung der Studie), die Stichprobenbeschreibung (etwa Anzahl der Probanden und Deliktarten), das Evaluationsdesign (u. a. Vergleichbarkeit von Behandlungs- und Kontrollgruppe und Umgang mit Behandlungsabbrüchen) und die Beschreibung der Behandlung (z. B. Behandlungsansätze und Behandlungsdauer) betrafen (S. 124 ff.). Teilweise enthielten die Studien keine Angaben zu den Variablen. Die Interraterreliabilität wurde überprüft, wobei sich keine gravierenden Mängel ergaben. Bei der Codierung der Effektstärken wurde danach differenziert, welche Deliktart in den Studien als Rückfall erfasst wurde (z. B. nur Sexualdelikte oder jegliche Straftat). Als Effektstärkemaß wurde die Odds Ratio (mit logarithmischer Transformation) verwendet, bei der die Chance eines Ereignisses (Rückfall) in der Behandlungsgruppe mit der entsprechenden Chance in der Kontrollgruppe ins Verhältnis gesetzt wird.

Der Verf. beschreibt sodann die analysierten Studien (S. 147 ff.). Sie wurden von 1953 bis 2003 mit deutlicher Zunahme in den 80er Jahren publiziert. 44 der 69 Studien entstammten offiziellen Publikationen, ein erheblicher Teil der Arbeiten wurde somit nicht veröffentlicht. 70% der Studien wurde in Nordamerika erstellt. Bei 56% der Studien waren die Autoren auch in das Behandlungsprogramm involviert. Durch die 80 Vergleiche wurden insgesamt 22.181 Probanden erfasst (9.512 gehörten den Behandlungsgruppen und 12.669 den Vergleichsgruppen an). In über der Hälfte der Vergleiche waren die Fallzahlen größer als 100. 75% der Vergleiche betrafen Erwachsene, nur 12% bezogen sich ausschließlich auf jugendliche Sexualstraftäter. Bei den Delikten handelte es sich überwiegend um Vergewaltigung/sexuelle Nötigung und sexuellen Missbrauch von Kindern. Die Behandlungen waren in der Regel spezifisch auf Sexualstraftäter ausgerichtet. Bei 76 Vergleichen konnte der grundlegende Behandlungsansatz ermittelt werden: 14 bezogen sich auf eine organische Behandlung, eine auf psychoedukative Maßnahmen und 61 auf psychotherapeutische Interventionen, insbesondere auf ein kognitiv-behaviorales Vorgehen. Die meisten Programme beschränkten sich nicht auf einen Ansatz, sondern kombinierten damit Elemente anderer Ansätze. 40% der Programme dauerten länger als ein Jahr. Explizite Nachsorgeangebote erfolgten lediglich bei 15 Programmen. Nur 10% der Programme waren Modellprojekte. Bei 50% der Programme handelte es sich um stationäre Maßnahmen, bei 37% um ambulante Maßnahmen und bei 13% um gemischte Settings. Die Abbrecherquote lag im Durchschnitt bei 25%, wobei eine starke Variabilität zwischen den Programmen bestand.

Die Mehrzahl der Studien wies erheblich methodische Schwächen auf (S. 160 ff.). Lediglich bei 16 Arbeiten wurden konkrete Maßnahmen ergriffen, um Behandlungs- und Kontrollgruppe hinsichtlich zentraler Aspekte vergleichbar zu halten. Bei 26 Vergleichen bestanden zwischen Behandlungs- und Kontrollgruppe Unterschiede in rückfallrelevanten Dimensionen, die häufiger zugunsten der Kontrollgruppe ausfielen, bei 32 Vergleich war das jeweilige Rückfallrisiko ähnlich und zu 22 Vergleichen lagen keine näheren Informationen vor. Bei 51% der Vergleiche fanden auch in der Kontrollgruppe Behandlungsmaßnahmen statt, im Durchschnitt war jedoch die Behandlung in der Behandlungsgruppe deutlich intensiver. Die Katamnesezeiträume lagen bei über der Hälfte der Vergleiche unter fünf Jahren. Bei einer Reihe von Vergleichen waren die Katamnesezeiträume für die Behandlungs- und die Kontrollgruppe unterschiedlich.

Anschließend werden die Ergebnisse zur Wirksamkeit der Behandlung dargestellt (S. 165 ff.). Hinsichtlich der Behandlungseffekte ergab eine ungewichtete, also ohne Berücksichtigung der Stichprobengröße der Einzelstudien berechnete Analyse für erneute Sexualdelikte eine durchschnittliche Rückfallrate von 12% bei den behandelten Sexualstraftätern und von 24% bei den Tätern der Vergleichsgruppen. Die Aggregation der Rückfalldifferenzen auf Einzelvergleichsebene führte zu einer mittleren Odds Ratio von 0,43. Die Aussicht, mit einem Sexualdelikt rückfällig zu werden, reduzierte sich also für die behandelten Sexualstraftäter um mehr als die Hälfte (S. 170). Der Effekt war hochsignifikant. Von 79 Vergleichen erbrachten 73% eine niedrigere Rückfallrate bei den behandelten Sexualstraftätern, 3% eine gleich hohe Rückfälligkeit und 24% eine niedrigere Rückfallrate in der Vergleichsgruppe. Bei Nichtsexualdelikten waren die Unterschiede zugunsten der behandelten Sexualstraftäter weniger ausgeprägt und nicht signifikant, ein signifikanter Unterschied zugunsten der behandelten Sexualstraftäter bestand jedoch bei Gewaltstraftaten. Bezüglich jeder erneuten Straftat betrug die durchschnittliche Rückfallquote bei den behandelten Sexualstraftätern 27% und bei den Tätern der Vergleichsgruppen 43%. Die mittlere Odds Ratio lag bei 0,47, die Chance auf Legalbewährung war somit in den Behandlungsgruppen etwa doppelt so hoch wie in den Vergleichsgruppen (S. 172f.). Das Ergebnis war hochsignifikant. Von 49 Vergleichen zeigten 73% eine niedrigere Rückfallquote der Behandlungsgruppe und 27% eine geringere Rückfallquote der Vergleichsgruppe. Bei gewichteten Analysen, die Stichprobenfehler und die Variabilität der Studien berücksichtigten, ergaben sich etwas niedrigere, aber ebenfalls hochsignifikante Behandlungseffekte (Modell mit festen Effekten: Odds Ratio für erneutes Sexualdelikt 0,80, für jede erneute Straftat 0,69; Modell mit Zufallseffekten: Odds Ratio für erneutes Sexualdelikt 0,59, für jede erneute Straftat 0,60) (S. 176 ff.). Auch bei einer Beschränkung der Analyse auf die 32 Vergleiche mit einer zumindest näherungsweise vorhandenen Äquivalenz der Unter-

suchungsgruppen zeigten sich ähnliche Befunde (Modell mit festen Effekten: Odds Ratio für erneutes Sexualdelikt 0,69, für jede erneute Straftat 0,62; Modell mit Zufallseffekten: Odds Ratio für erneutes Sexualdelikt 0,61, für jede erneute Straftat 0,49; S. 182f.).

Anschließend wird untersucht, welche Moderatorvariablen die Effektstärke beeinflussen (S. 184 ff.). Die Analyse konzentriert sich auf den Rückfall mit Sexualdelikten, teilweise ergänzt um den Rückfall mit jeder erneuten Straftat. Hinsichtlich der Behandlungsansätze zeigten sich in Bezug auf die Rückfälligkeit mit Sexualdelikten (S. 189 ff.) starke Behandlungseffekte der organischen Ansätze (Kastration, Hormonbehandlung). Die Kastrationsstudien wurden allerdings wegen ihrer Besonderheiten (z.B. hoch selektierte Behandlungsgruppe) aus den weiteren Moderatoranalysen ausgeschlossen. Ein signifikanter Effekt konnte auch für behaviorale und kognitiv-behaviorale Vorgehensweisen festgestellt werden. Für einsichtsorientierte Verfahren, therapeutische Gemeinschaften und nicht näher klassifizierbare Ansätze konnten dagegen keine systematischen Unterschiede zwischen Behandlungs- und Vergleichsgruppen festgestellt werden. Stärker strukturierte Programme wiesen in der Tendenz höhere Effekte auf als weniger strukturierte. Unter den kognitiv-behavioralen Ansätzen traten bei zwei systemischen Behandlungen (insbesondere Einbindung des familiären Umfeldes) besonders hohe Behandlungseffekte auf. Ansätze mit Relapse-Prevention-Elementen wiesen nur unwesentlich bessere Behandlungseffekte auf als die anderen kognitiv-behavioralen Ansätze. Hinsichtlich der allgemeinen Rückfälligkeit ergab sich ein ähnliches Muster, wobei allerdings die Unterschiede zwischen den Behandlungsansätzen weniger stark ausgeprägt waren (S. 192f.). Die chirurgische Kastration hatte einen signifikanten Behandlungseffekt, und auch die Wirkung der kognitiv-behavioralen Ansätze war signifikant. Bei den einsichtsorientierten Verfahren und den therapeutischen Gemeinschaften lagen positive Effekte vor, die jedoch statistisch nicht abgesichert werden konnten. Die nicht klassifizierbaren Verfahren zeigten einen schwach nachteiligen Effekt.

Da die Behandlungsprogramme häufig von einem generellen Behandlungsansatz ausgehend andere Behandlungselemente integrierten, wurden die Behandlungselemente separat codiert und wurde ihre Effektivität hinsichtlich der Rückfälligkeit mit einem Sexualdelikt im Wege einer Regressionsanalyse untersucht (S. 193 ff.). Es ergab sich, dass insbesondere die kognitiven und behavioralen Behandlungselemente sowie medikamentöse Behandlungselemente zu einer Reduzierung der Rückfälligkeit beitrugen. Die Summe der in die Behandlung integrierten Elemente hatte nur einen schwachen und nicht signifikanten Effekt.

Während sich bei gut implementierten Programmen ein rückfallverhindernder Effekt andeutete, zeigten schwach implementierte Programme keine Behandlungswirkung (S. 195 f.). Für spezifisch auf Sexualstraftäter ausgerichtete Pro-

gramme ergab sich ein deutlicher Behandlungseffekt hinsichtlich der Rückfälligkeit mit einem Sexualdelikt, unspezifische Programme erbrachten einen leicht nachteiligen Effekt für die Behandlungsgruppen. Auch bezüglich der allgemeinen Rückfälligkeit schnitten die sexualstraf Täterspezifischen Programme besser ab (S. 196 f.). Für die Nachbetreuungs- und Kontrollmaßnahmen konnten keine positiven Behandlungseffekte festgestellt werden (S. 197). Auch Dauer und Intensität der Behandlung wiesen keinen systematischen Effekt auf die Rückfälligkeit mit einem Sexualdelikt auf. Beim Vergleich von Gruppen- und Einzelsettings zeigte sich eine Tendenz zugunsten von Einzelsettings, wobei allerdings eine gewisse Konfundierung mit Behandlungsansätzen bestand (S. 197 f.). Stationäre Behandlungen hatten einen geringen, ambulante Behandlungen einen deutlichen Effekt. Modellprojekte wiesen einen statistisch nicht signifikanten besseren Effekt als routinemäßig angewendete Programme aus. War der Untersucher selbst an der Behandlung beteiligt, fielen die Behandlungseffekte signifikant besser aus als bei personeller Unabhängigkeit von Behandlung und Evaluation (S. 198 f.). Bei Betrachtung des Jahres, in dem die Behandlung stattfand, zeigte sich eine Verbesserung der Behandlungseffekte über die Zeit, wobei die Entwicklung jedoch nicht linear verlief und der Zusammenhang nicht signifikant war (S. 199 f.).

In der Tendenz ergaben sich bessere Behandlungseffekte bei jüngeren Tätern und Altershomogenität der Behandlungsgruppen (S. 200 f.). Bei Tätern mit geringem Risiko fielen die Behandlungseffekte in der Tendenz niedriger aus als bei Hochrisikotätern, am ausgeprägtesten waren die Behandlungswirkungen bei Tätern mit mittlerer Risikoeinschätzung (S. 201). Bei freiwilligen Behandlungsmaßnahmen trat eine signifikante Reduzierung der Rückfälligkeit ein, bei unfreiwilligen Maßnahmen ergab sich kein Effekt, wobei der Unterschied zwischen diesen beiden Gruppen nicht signifikant war (S. 201 f.). Während bei Inzesttätern, deren Rückfallraten ohnehin recht gering sind, kein Behandlungseffekt auftrat, zeigten sich bei den anderen Deliktgruppen (Vergewaltigung, extrafamiliärer Kindesmissbrauch und Exhibitionismus) deutliche Behandlungswirkungen. Bei Hands-off-Delikten war der Behandlungseffekt signifikant besser als bei Hands-on-Delikten (S. 202 ff.). Die Rückfälligkeit der Behandlungsabbrecher war im Vergleich mit den nicht behandelten Tätern etwa doppelt so hoch. Für die Täter, die ihre Behandlung planmäßig beendet hatten, ergab sich demgegenüber ein deutlich positiver Behandlungseffekt. Waren in den Vergleichen in den Behandlungsgruppen die Abbrecher enthalten, ist der Unterschied zu den Kontrollgruppen nicht signifikant. Wurden in die Behandlungsgruppen nur Probanden mit regulärer Beendigung der Behandlung aufgenommen, besteht ein signifikanter Behandlungseffekt (S. 205 ff.).

Sodann werden die Auswirkungen der Zusammensetzung von Behandlungs- und Vergleichsgruppe auf die Ergebnisse untersucht (S. 207 ff.). Es ergab sich eine

Tendenz, dass Vergleiche mit zumindest näherungsweise Äquivalenz von Behandlungs- und Kontrollgruppe hinsichtlich rückfallrelevanter Merkmale der Probanden etwas höhere Effekte zeigten als nichtäquivalente Vergleiche. Vergleiche mit Zufallszuweisung der Probanden erbrachten einen unwesentlich günstigeren Effekt als nicht randomisierte Vergleiche. Zwar trat bei Vergleichen, bei denen sich Behandlungs- und Kontrollgruppe in rückfallrelevanten Merkmalen nicht unterschieden, ein signifikanter Behandlungseffekt auf und war dieser bei relevanten Unterschieden in den Gruppen nicht festzustellen. Der Unterschied in den Odds Ratios war jedoch nicht signifikant und der Unterschied verschwand, wenn beachtet wurde, in welche Richtung die relative Rückfallgefährdung wies, ob also die Unterschiede eher für oder gegen die Behandlungsgruppe sprachen. Es deutete sich ein gewisser Effekt der Wahl der Vergleichsgruppe auf das Ergebnis an: Vergleiche mit Behandlungsverweigerern als Kontrollgruppe wiesen etwas höhere Effekte auf als Vergleiche, bei denen die Probanden der Kontrollgruppe ebenfalls eine Behandlung angestrebt hatten. Erwartungswidrig waren die Effekte der Behandlung umso günstiger, je intensiver auch die Kontrollgruppe behandelt wurde. Eine Analyse, in der eine Vielzahl behandlungsrelevanter und methodischer Aspekte kontrolliert wurde, führte jedoch zu einer Vorzeichenumkehr. Das spricht dafür, dass es sich bei dem Befund um ein Artefakt handelt.

Die Länge des Risikozeitraums hatte keinen Einfluss auf die Effektstärken (S. 212f.). Die Behandlungseffekte waren höher, wenn für die Erfassung des Rückfalls neben offiziellen Statistiken auch inoffizielle Angaben und Selbstberichte herangezogen wurden (zunehmende Sensitivität der Datenquelle), und die Effekte fielen etwas günstiger aus, wenn als Rückfallkriterium nicht Inhaftierung, sondern Verurteilung oder Anklage verwendet wurde (S. 213 ff.). Es zeigte sich ein nicht signifikanter Trend in der Richtung, dass veröffentlichte Arbeiten höhere Behandlungseffekte berichteten als nicht veröffentlichte, wobei neben der selektiven Publikation positiver Befunden freilich noch andere Aspekte für die Entscheidung über eine Publikation relevant sein können (S. 217 f.).

Um zu ermitteln, inwieweit behandlungsrelevante Variablen über methodische Aspekte und Spezifika der behandelten Probanden hinaus zur Varianzaufklärung beitragen, wurde eine hierarchische Regressionsanalyse berechnet (S. 218 ff.). Hierbei wurden schrittweise Variablen aus folgenden Gruppen einbezogen: (1) potentielle Artefakte bei der Effektstärkenberechnung, (2) Methodik der Evaluationsstudien, (3) Merkmale der behandelten Population, (4) Aspekte des Umfeldes, in dem die Behandlung stattfand, (5) Strukturmerkmale der Behandlung und (6) spezifische Behandlungsinhalte. Aufgenommen wurden nur Variablen, die sich in den einfachen Analysen als bedeutsam erwiesen hatten. Außerdem wurden innerhalb der einzelnen hierarchischen Stufen Variablen mit geringer Aussagekraft ausgeschlossen. Die hierarchische Regression nach dem

Modell mit festen Effekten führte zu einem Gesamtmodell mit 11 Variablen, das 57% der Effektstärkenvarianz erklärte (S. 220 ff.). Davon entfielen lediglich 13% auf Behandlungsaspekte (Strukturmerkmale der Behandlung und spezifische Behandlungsinhalte). Von den potentiellen Artefakten erwiesen sich die Gefährdung der deskriptiven Validität, also der Nachvollziehbarkeit der Darstellung der Studie, (ungünstige Wirkung auf die Effektstärke) und die Basisrate des Rückfalls (günstige Wirkung) als relevant, von den methodischen Variablen die Einbeziehung von Abbrechern in die Behandlungsgruppe (ungünstige Wirkung) und die Sensivität der zur Gewinnung der Rückfallinformationen herangezogenen Datenquellen (günstige Wirkung). Hinsichtlich der Merkmale der behandelten Personen waren die Freiwilligkeit der Behandlung, die Altershomogenität (jeweils günstige Wirkung) und der Einbezug von Inzesttätern (ungünstige Wirkung) bedeutsam, bezüglich des Behandlungsumfeldes die Beteiligung des Untersuchers an der Behandlung (günstige Wirkung). Von den Strukturmerkmalen der Behandlung zeigten ambulante Behandlungen einen günstigen und Einzelsitzungen (im Gegensatz zu gruppentherapeutischen Settings) einen ungünstigen Effekt, unter den Behandlungsinhalten ergab sich für kognitiv orientierte Behandlungsmaßnahmen eine günstige Wirkung. Eine Überprüfung der hierarchischen Regression im Rahmen des Modells mit gemischten Effekten erbrachte hinsichtlich der relativen Stärke der einzelnen Variablen keine übermäßigen Veränderungen, wobei die erklärte Varianz mit 50% und die Signifikanzwerte geringer ausfielen (S. 228 ff.).

In der Diskussion (S. 231 ff.) weist der Verf. darauf hin, dass eine im Vergleich zu anderen Metaanalyse relativ große Zahl von Primärstudien erfasst wurde. Im Ergebnis konnte ein statistisch abgesicherter positiver Behandlungseffekt festgestellt werden. Die mittlere Rückfallrate für Sexualdelikte lag für die behandelten Gruppen gut zehn Prozentpunkte unter der der Kontrollgruppen. Die mittlere Odds Ratio beträgt nach dem Gewichtungsmo­dell mit Zufallseffekten 0,59 (Cohen's $d = 0,29$). Dieses Ergebnis entspricht anderen Metaanalysen. Es ergibt sich auch, wenn Primärstudien mit offensichtlichen methodischen Mängeln ausgeschlossen werden. Rückfallreduzierende Effekte treten auch in Hinblick auf andere Delikte als Sexualstraftaten auf. Bei der Beurteilung des Ergebnisses ist zu berücksichtigen, dass Straftäterbehandlungen unter therapeutisch schwierigen Bedingungen stattfinden und in das Rückfallkriterium viele Aspekte eingehen, die außerhalb der Reichweite einer Behandlung liegen. Im medizinischen Bereich werden erheblich geringere Effekte als bedeutsam erachtet.

Hinsichtlich der Bedeutung von Moderatorvariablen (S. 241 ff.) weist der Verf. darauf hin, dass deren Einfluss aufgrund erheblicher Dokumentationslücken in den Primärstudien und vielfältigen Beziehungen der Moderatorvariablen untereinander schwer zu bestimmen war, aber gleichwohl eine Reihe von Befunden

gewonnen werden konnte. So war etwa die Hälfte der im Gesamtmodell erklärten Varianz auf methodische Merkmale der Primärstudien zurückzuführen. In Bezug auf die Behandlungsinhalte wiesen Behandlungen, die an der sexuellen Erregung ansetzten, und stärker strukturierte Behandlungen größere Effekte auf. So waren bei organischen Ansätzen (chirurgische Kastration und hormonale Behandlung) geringe Rückfallraten mit Sexualdelikten zu verzeichnen. Hierbei ist allerdings zu bedenken, dass die Kastration mit Zustimmung der Täter erfolgte, während sich in den Kontrollgruppen Probanden befanden, welche die Kastration ablehnten. Hormonbehandlungen verlieren mit dem Absetzen ihre Wirkung und können Nebenwirkungen verursachen. Nach dem Verf. ist daher die hormonale Medikation insbesondere als Ergänzung zu psychotherapeutischen Interventionen gewinnbringend. Unter den psychosozialen Interventionen erwiesen sich neben verhaltenstherapeutischen Maßnahmen kognitiv-behaviorale Ansätze als wirksam. Einen Grund dafür sieht der Verf. insbesondere in der höheren Strukturierung dieser Ansätze. Abweichend von anderen Untersuchungen waren die Behandlungseffekte bei Vergewaltigungstätern nicht schlechter. Die deutlich schwächeren Effekte bei Inzesttätern führt der Verf. vor allem auf deren generell geringe Rückfallraten zurück. Die hohen Rückfallraten bei Behandlungsabbruchern können darauf beruhen, dass diese Merkmale aufweisen, die mit einem hohen Rückfallrisiko in Verbindung stehen. Außerdem könnte der Behandlungsabbruch die Rückfallgefahr erhöhen. Der Verf. führt Hinweise aus der Literatur an, wonach über sorgfältige Strategien der Rückverlegung die negativen Effekte eines Abbruchs gemindert werden können. Eine freiwillige Behandlungsteilnahme hat einen positiven Effekt. Die erhebliche Heterogenität der Effekte innerhalb der unfreiwilligen Maßnahmen zeigt jedoch, dass auch in erster Linie extern motivierte Therapien positiv wirken können.

Der Verf. spricht sich für eine Fortsetzung der Evaluationsforschung zur Sexualstraftäterbehandlung mit verbesserten Methoden aus, zu denen insbesondere adäquate Kontrollgruppen und eine sorgfältige Dokumentation des Behandlungskonzepts und der erfolgten Behandlungsmaßnahmen gehören (S. 256 f.). Er befürwortet auch eine Wirksamkeitsüberprüfung anhand von proximalen Therapiemaßen und Maßen zu dynamischen Risikofaktoren. Solche Faktoren könnten z. B. kognitive Verzerrungen und mangelnde Empathie sein. Insoweit müsse allerdings geklärt werden, inwieweit therapiebezogene Veränderungen solcher Faktoren mit geringerer Rückfallwahrscheinlichkeit zusammenhängen (S. 258 f.). Eine Zusammenfassung schließt die Arbeit ab (S. 261 ff.).

Angesichts der Vielzahl empirischer Studien sind Metaanalysen zur Erfassung des Forschungsstands wichtig. Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine methodisch ausgefeilte Metaanalyse, die wichtige Befunde über die Behandlung von Sexualstraftätern erbringt. Die Ergebnisse sprechen dafür, dass

durch sachgerechte Behandlung von Sexualstraftätern eine Verringerung der Rückfälligkeit erreicht werden kann. Allerdings ist nicht jede Behandlung erfolgreich. Es bedarf vielmehr eines fundierten Behandlungskonzepts und seiner konsequenten Umsetzung. Konzept und Umsetzung müssen sorgfältig dokumentiert werden. Behandlungen müssen evaluiert werden und die Methoden der Evaluationsforschung müssen verbessert werden. Dadurch sind Fortschritte in der Behandlung und in der Rückfallverhinderung möglich, wobei freilich auch die beste Behandlung bei manchen Tätern an ihre Grenzen stoßen wird. Die gegebenen Möglichkeiten sollten aber genutzt werden. Für weitere Metaanalysen im deutschsprachigen Raum setzt die Arbeit *Martin Schmuckers* wichtige Standards.

Wößner, Gunda: *Typisierung von Sexualstraftätern. Ein empirisches Modell zur Generierung typenspezifischer Behandlungsansätze.* Schriftenreihe des Max-Planck-Instituts für ausländisches und internationales Strafrecht, kriminologische Forschungsberichte, Bd. K 132. Berlin: Duncker & Humblot 2006, XIII, 211 S.

Die Arbeit – eine in der kriminologischen Abteilung des Max-Planck-Instituts für ausländisches und internationales Strafrecht in Freiburg entstandene und von *Helmut Kury* betreute psychologische Dissertation – geht von dem Gedanken aus, dass für Täter der gleichen Deliktgruppe nicht notwendigerweise die gleiche Behandlung angezeigt ist, sondern die Bildung von Untergruppen von Tätern und die Erarbeitung von gruppenspezifischen Behandlungskonzepten möglicherweise zu einer wirksameren Behandlung führen kann. Ziel der Arbeit ist es daher, eine therapierelevante Typisierung von Sexualstraftätern zu erarbeiten und Gedanken über typenspezifische Behandlungsansätze zu entwickeln.

Im ersten Kapitel wird die gegenwärtige Praxis des Umgangs mit Sexualstraftätern dargestellt. Die Verf. schildert zunächst, dass die Täter teils im Straf- und teils im Maßregelvollzug untergebracht sind, wobei ein Teil der Täter im Strafvollzug in sozialtherapeutischen Anstalten behandelt wird (S. 7ff.). Auf ambulante Sanktionen gegen Sexualstraftäter wird nicht eingegangen. Die Verf. wendet sich dann der Behandlung von Sexualstraftätern zu. Sie führt aus, dass der Behandlungsgedanke weithin akzeptiert sei, aber unklar sei, wie er umgesetzt werden solle (S. 12). In Deutschland angewendete Behandlungskonzepte werden exemplarisch dargestellt. Es wird auf die in Nordamerika und Großbritannien entwickelten und in mehr oder minder veränderter Form auch in Deutschland eingesetzten kognitiv-behavioral orientierten und auf Gruppentherapie setzenden Behandlungsprogramme für Sexualstraftäter eingegangen. In diesen Programmen geht es u. a. darum, bei den Tätern kognitive Verzerrungen abzubauen,

Opferempathie zu fördern, soziale Fertigkeiten zu vermitteln, die Kontrolle devianter Fantasien und den Umgang mit Emotionen einzuüben und Techniken der Rückfallprävention zu vermitteln. Angeführt werden das von *Marshall* entwickelte Behandlungsprogramm, das Reasoning and Rehabilitation Programme von *Ross und Fabiano*, das englische Sex Offender Treatment Programme und der Relapse-Prevention-Ansatz von *Pithers/Marques/Gibat/Marlatt* (S. 12 ff.). Außerdem werden das Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter von *Wischka u. a.*, das in der Sozialtherapeutischen Anstalt Erlangen praktizierte Training sozialer Kompetenzen und die Konzeption der sozialtherapeutischen Abteilung der JVA Waldheim dargestellt (S. 15 ff.). Es folgt eine Übersicht über die Ergebnisse der Untersuchungen zur Wirksamkeit von Behandlungsprogrammen für Sexualstraftäter. Danach kommen die meisten Untersuchungen zu einer auf die Behandlung zurückzuführenden moderaten Senkung der Rückfallquote um etwa zehn Prozentpunkte (S. 17 ff.). Die Verf. weist darauf hin, dass die Effekte günstiger ausfallen, wenn die Forscher dem Behandlungsprogramm nahestehen (S. 19 f.) und die Rückfallraten bei Behandlungsabbrechern höher sind als bei nicht behandelten Tätern (S. 21).

Das zweite Kapitel hat die Notwendigkeit eines differenzierten Umgangs mit Sexualstraftätern zum Gegenstand. Zunächst erörtert die Verf. die Ursachen von Sexualdelinquenz. Zahlreiche Theorien zur Erklärung von Sexualkriminalität werden dargestellt (S. 23 ff.). Bei der Bewertung der Theorien plädiert die Verf. für integrative Theorien und eine differenzierte Betrachtung der unterschiedlichen Sexualdelikte. Kognitiv-behaviorale und psychodynamische Theorien wiesen die Gemeinsamkeit auf, dass sie auf traumatische Erlebnisse in der Kindheit des Täters abstellten, und könnten deshalb verknüpft werden (S. 43). Die Bindungstheorie und die soziale Lerntheorie würden durch empirische Belege gestützt (S. 44). Im Hinblick auf die Behandlung bedürfe es einer differenzierten Herangehensweise, „in der (typen)spezifischere ätiologische Konzepte mit (typen)spezifischeren Handlungsanweisungen einhergehen müssen“ (S. 45 f.). Die Verf. führt dann einige empirische Befunde aus der Behandlungsforschung, der persönlichkeitspsychologischen Forschung und der Rückfallforschung zur Differenzierung von Sexualstraftätern an (S. 46 ff.). Unter Behandlungsgesichtspunkten wurde zwischen „Impulskontrollgestörten“ und „Paraphilen“ unterschieden (S. 46). In der persönlichkeitspsychologischen Forschung wurde z. B. erhoben, dass der interpersonelle Stil von Vergewaltigungstätern durch fehlendes Mitgefühl gekennzeichnet war, während bei Missbrauchstätern ein unsicherer, unterwerfender Stil feststellbar war (S. 50). Rückfalluntersuchungen ergaben unter Kindesmissbrauchern verschiedene Gruppen mit unterschiedlichen Rückfallrisiken (S. 50). Die Verf. stellt dann eine Reihe von in der Literatur entwickelten Typologien von Sexualstraftätern dar (S. 51 ff.). Kritisch führt sie zu diesen Typologien insbesondere aus, dass

sie ganz überwiegend keine für die Behandlung relevanten Variablen thematisierten. Die Fokussierung auf die Deliktart als Ausgangspunkt für die Klassifizierungsversuche sei zweifelhaft. Es bestehe demnach Bedarf für eine genauere Differenzierung von Sexualdelinquenten im Hinblick auf die Behandlung (S. 57).

Im dritten Kapitel werden die Fragestellung und der Aufbau der empirischen Untersuchung dargestellt (S. 59 ff.): Es soll versucht werden, eine behandlungsrelevante Typisierung von Sexualstraftätern zu entwickeln und auf der Grundlage einer solchen Typologie Ideen für typenspezifische Interventionsansätze zu generieren. Dies soll in der Weise geschehen, dass wegen Fehlens einer adäquaten Kriminalitäts- und Behandlungstheorie für Sexualstraftäter als Voruntersuchung eine Expertenbefragung zur Spezifizierung von Variablen für einen Typisierungsversuch erfolgt und in der Hauptuntersuchung Sexualstraftäter zur Identifizierung behandlungsrelevanter Subgruppen empirisch analysiert werden. Die Expertenbefragung soll im Wege einer bundesweiten schriftlichen Befragung erfolgen. In der Hauptuntersuchung sollen Straftäter im Strafvollzug und im Maßregelvollzug in Baden-Württemberg, Berlin und Sachsen befragt werden.

Im vierten Kapitel wird die als Voruntersuchung durchgeführte Expertenbefragung dargestellt. Die Experten sollten die gegenwärtige Behandlung von Sexualdelinquenten schildern, zur Notwendigkeit einer Differenzierung von Sexualstraftätern und unterschiedlicher therapeutischer Stile Stellung nehmen und Variablen nennen, die für eine Typisierung von Sexualdelinquenten in Betracht kommen (S. 63). Es fand eine schriftliche Befragung mit hauptsächlich offenen Fragen statt (S. 64 f.). Der Fragebogen wurde an 22 Einrichtungen (sozialtherapeutische Anstalten, Justizvollzugsanstalten und ambulante Einrichtungen) und 67 Experten (insbesondere Wissenschaftler und im Regelvollzug sowie im Maßregelvollzug tätige Psychologen und Psychiater) verschickt (S. 65 f.). Es kamen 57 ausgefüllte Fragebögen zurück, davon 32% aus sozialtherapeutischen Einrichtungen, jeweils 25% aus dem Regelvollzug und der Wissenschaft und 16% aus dem Maßregelvollzug. Die Antwortenden waren zu 71% Psychologen und zu 24% Psychiater und fühlten sich am häufigsten einem eklektischen Therapieansatz verbunden, der verschiedene Methoden miteinander verknüpft. Weiterhin hatte die Verhaltenstherapie einen großen Stellenwert (S. 67 ff.). In dem vorliegenden Buch wird ausschließlich über die Befunde zur Identifizierung von Tätertypen berichtet. Hinsichtlich der Angaben zur Behandlung der Sexualdelinquenten wird auf einen Arbeitsbericht verwiesen (*Wößner*: Behandlung, Behandelbarkeit und Typisierung von Sexualstraftätern, Freiburg i. Br. 2002). 54 Experten gaben an, dass sie nach ihrer Erfahrung Typen von Sexualstraftätern feststellen können (S. 71). Als Kriterien zur Unterscheidung der Typen wurden 102 Begriffe genannt, die von der Verf. mit der Methode der induktiven Kategorienbildung zu 15 Begriffskategorien zusammengefasst wurden: Psychopathologie, Sexualität, Ag-

gression und Gewalt, soziale Kompetenz, Ich, Beziehung und Intimität, Dissozialität und „Psychopathy“, Intellekt, psychodynamische und entwicklungspsychologische Faktoren, Selbstkontrolle und Impulsivität, Sucht, Opfer, Tat, Alter des Täters und Tathäufigkeit. Nach Ansicht der Mehrheit der Experten kann zwischen Tätern, die gut bzw. schlecht auf Behandlung ansprechen, unterschieden werden. Von den Experten genannte Merkmale dieser Gruppen werden dargestellt (S. 80 f.). Teilweise waren die Einschätzungen unterschiedlich. So sahen einige Experten nicht dissoziale Täter als gut behandelbar an, während andere dissoziale Täter als gut behandelbar einstufen (S. 77 f.). Aufgrund der Angaben der Experten wählte die Verf. die folgenden Kategorien als Ausgangsbasis für die Variablenbildung in dem empirischen Typisierungsversuch: soziale Integration, Problemlösefähigkeit, Bindungs- und Beziehungsfähigkeit, psychopathologische Störungen, Behandelbarkeit in Form von Veränderungspotential und Intelligenz sowie Tatmerkmale.

Im fünften Kapitel werden die Methoden und die Durchführung der Hauptuntersuchung – der Täterexploration – geschildert. Gearbeitet wurde mit einer Kombination qualitativer und quantitativer Methoden (S. 84 f.). Aus den aus der Expertenbefragung hervorgegangenen Kategorien wurden sechs Variablengruppen als Typisierungsmerkmale gebildet: Bewältigungsfähigkeiten, soziale Integration, Bindungs- und Beziehungsmuster, Psychopathologie, Behandelbarkeit und Deliktmerkmale (S. 86 ff.). Die einzelnen Variablen dieser Gruppen wurden mit zwei Erhebungsinstrumenten erfasst: einem persönlichen Interview und einer Aktenanalyse. Das halbstrukturierte Interview hatte die Biografie der Täter, ihre Beziehungen zu anderen Menschen, die Tat, Tatverarbeitung und Behandlung sowie Zukunftsperspektiven zum Gegenstand. Die Täter füllten außerdem einen Fragebogen über Einstellungen zu Frauen und Kindern und das Persönlichkeitsstil- und Störungsinventar (PSSI) aus. Weiterhin wurde ein klinisches Urteil über das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung abgegeben (S. 92 ff.). Die Aktenanalyse betraf die Gefangenenpersonalakten im Regelvollzug und in der Sozialtherapie sowie die Krankenakten im Maßregelvollzug. Erhoben wurden Daten zu Taten und Rechtsfolgen, Persönlichkeits- und Sozialdaten der Täter sowie Daten zur Behandlung und zum Verhalten in der Unterbringung (S. 94 f.). Die Untersuchung fand in 19 Einrichtungen (7 Anstalten des Regelvollzugs, 4 sozialtherapeutischen Einrichtungen und 8 Maßregelvollzugsanstalten) in den Bundesländern Baden-Württemberg, Berlin und Sachsen statt (S. 95 f.). Die Interviews wurden von einer Psychologin geführt und von einer Interviewassistentin während des Gesprächs schriftlich erfasst (S. 97 f.). Die Aktenauswertung erfolgte in Berlin und Sachsen sowie im baden-württembergischen Maßregelvollzug durch die Interviewerinnen. Im Regelvollzug und den sozialtherapeutischen Einrichtungen Baden-Württembergs, in denen die Erhebung in Kooperation mit dem die Sexualstrafäterbehand-

lung im baden-württembergischen Justizvollzug erforschenden Kriminologischen Dienst Baden-Württemberg durchgeführt wurde, wurden die für beide Projekte relevanten Daten durch Mitarbeiter der Anstalten (Psychologischer Dienst, Sozialdienst oder Anstaltsleiter) erhoben (S. 99 f.). Die Datenerhebung fand von August 2002 bis Februar 2004 statt. An der Untersuchung nahmen 199 Insassen des Erwachsenenvollzugs teil (105 aus dem Regelvollzug und der Sozialtherapie, 94 aus dem Maßregelvollzug). 97 waren wegen Kindesmissbrauchs verurteilt, 81 wegen sexueller Nötigung/Vergewaltigung, 17 wegen eines vollendeten oder versuchten Tötungsdelikts mit sexuellem Hintergrund, fünf wegen Exhibitionismus und einer wegen Geiselnahme mit sexuellem Hintergrund (S. 102 f.).

Im sechsten Kapitel werden die Ergebnisse der Hauptuntersuchung dargestellt. Zur Überprüfung der Repräsentativität der Stichprobe wurden die 44 Probanden aus dem baden-württembergischen Justizvollzug (Regelvollzug und Sozialtherapie) mit den 490 Sexualtätern verglichen, die in dem Projekt des Kriminologischen Dienstes Baden-Württemberg über die Sexualstraftäterbehandlung im baden-württembergischen Justizvollzug untersucht wurden. Hinsichtlich Delikten, Dauer der Unterbringung, Vorstrafen, Alter, Schulabschluss und beruflicher Ausbildung ergaben sich keine signifikanten Unterschiede, lediglich die Behandlungsfähigkeit wurde für die Typisierungsstichprobe signifikant häufiger als für die Vergleichsgruppe bejaht (S. 105 ff.). Es wird dann der mit einer Clusteranalyse durchgeführte Gruppierungsprozess dargestellt (S. 109 ff.). Für die Clusteranalyse ungeeignete Variablen, z. B. bei nahezu allen Probanden gleich ausgeprägte Variablen, wurden von der weiteren Analyse ausgeschlossen (S. 110 f.). Dann wurden die Variablen der aufgrund der Expertenbefragung gebildeten sechs Variablengruppen jeweils in Skalen recodiert, die einheitlich von 0 (fehlende Belastung) bis 1 oder 2 (höchste Ausprägung eines belastenden Faktors) reichten. Hierbei wurden die Einzelindizes der eine Variable bildenden Items addiert und durch die Anzahl der Einzelindizes dividiert. Die den Skalen zugrundeliegenden Items wurden miteinander korreliert. Aufgrund der Korrelationsanalyse wurde die Variablengruppe „Bindungs- und Beziehungsmuster“ aufgegeben und wurde die Variablengruppe „soziale Integration“ auf eine Skala beschränkt (S. 112 ff.). Anschließend wurden zur Klärung der Frage, ob die für eine Skala vorgesehenen Items eine ausreichende Homogenität aufwiesen, Alpha-Faktorenanalysen berechnet, die ganz überwiegend ausreichende interne Konsistenzen ergaben und lediglich zur Herausnahme zweier Items führten (S. 121 ff.). Für die 15 in den Interviews mit den Tätern erhobenen Variablen, die in ihrer ursprünglichen Form für den Typisierungsversuch verwendet wurden, wurde für die von der Interviewerin und der Interviewassistentin erhobenen Werte die Interratervariabilität berechnet, wobei sich für die einzelnen Variablen unterschiedliche Werte ergaben (S. 129 ff.). Sodann wurden mit der k-means-Methode mehrere

Clusterlösungen mit jeweils drei bis sieben Clustern gebildet und inhaltlich-interpretatorisch sowie methodisch (mit der Methode des Multi-dimensional Scaling) analysiert. Dies führte zu einer Lösung mit fünf Clustern (S. 132 ff.). Diese Cluster werden anschließend dargestellt und durch Fallbeispiel veranschaulicht.

Das Cluster 1 umfasst die *sozial und psychisch unauffälligen Täter*. Diese Probanden wenden kaum Gewalt zur Konfliktlösung an und haben kaum Gewalterfahrung in der Kindheit. Sie weisen eine hohe Bereitschaft zur sozialen Integration auf und sind psychopathologisch unauffällig. Ihre Behandelbarkeit wird als günstig eingestuft (mittlere Tatverarbeitung, gute Ressourcen, Intelligenz im Normalbereich). Die Taten richten sich eher gegen bekannte Opfer, es wird bei den Taten eher wenig Gewalt angewendet. Dieses Cluster ist mit 70 Probanden das größte. 54% der Probanden begingen ein Missbrauchsdelikt, fast 40% eine Vergewaltigung oder sexuelle Nötigung (S. 139 ff.). In Cluster 2 fallen *psychopathologisch hoch auffällige Täter*. Bei ihnen ist die Bereitschaft vorhanden, zur Konfliktlösung Gewalt anzuwenden. Der Wert für Gewalterfahrungen durch Erziehungspersonen entspricht dem Durchschnittswert. Die Bereitschaft zur sozialen Integration ist vorhanden. Die hohe psychopathologische Auffälligkeit ergibt sich bei einem im Mittelwertbereich liegenden Suchtpotential durch hohe Werte auf den Skalen Persönlichkeitsstörung und Paraphilie. Hinsichtlich der Behandelbarkeit ist der Wert für die Tatverarbeitung der zweitniedrigste aller Cluster und sind nur wenig Ressourcen vorhanden; intellektuell sind die Probanden dagegen weniger belastet. Die Täter dieser Gruppe haben eher fremde Opfer. Bei der Tatbegehung ist ausgeprägte Gewaltanwendung zu verzeichnen. Zu diesem Cluster gehören 37 Probanden. Sechs der acht Morde wurden von Tätern dieser Gruppe begangen. Bei den übrigen Delikten handelt es sich jeweils etwa zur Hälfte um Missbrauchsdelikte und Vergewaltigungs-/Nötigungstaten. Bei den psychopathologischen Auffälligkeiten sind meistens Kombinationen von Persönlichkeitsstörungen und Paraphilien zu verzeichnen (S. 141 ff.).

Die 19 Probanden des Clusters 3 – die *überangepassten Täter* – haben bei der Gewaltanwendung zur Konfliktlösung den niedrigsten und bei eigenen Gewalterfahrungen durch Erziehungspersonen den höchsten Wert. Sie sind gut sozial integriert. Die Täter weisen Paraphilien auf, die nicht von einer Persönlichkeitsstörung oder Suchtproblematik begleitet werden. Hinsichtlich der Behandelbarkeit sind die Werte für Tatverarbeitung und Ressourcen günstig, die Intelligenz liegt im mittleren Bereich. Bei der Tatbegehung wird kaum Gewalt angewendet. Die Opfer sind überwiegend bekannt. Bei den Straftaten handelt es sich ganz überwiegend um Missbrauchsdelikte. Die Persönlichkeitsstile dieser Probanden sind dadurch gekennzeichnet, dass sie ihre eigenen Bedürfnisse chronisch unterordnen, es ihnen schwerfällt, eigene Entscheidungen zu treffen, und sie große Angst vor dem Verlassenwerden haben (S. 145 ff.). Das Cluster 4 wird durch

34 *intelligenzgeminderte Täter* gebildet. Bei ihnen besteht eine Tendenz zur Gewaltanwendung als Konfliktlösung, der Wert für Gewalterfahrungen in der Kindheit ist leicht erhöht. Die Täter sind kaum sozial integriert. Psychopathologisch sind sie eher unauffällig. Die Behandlungsmöglichkeiten sind ungünstig. Die Taten betreffen meist fremde Opfer. In der Regel kommt es nicht zu starker Gewaltanwendung. Ein Drittel der Täter hat eine Vergewaltigung bzw. sexuelle Nötigung begangen, knapp über die Hälfte ein Missbrauchsdelikt (S. 148 f.).

Das Cluster 5 umfasst 34 *dissoziale Täter*. Diese Täter setzen häufig Gewalt als Mittel der Konfliktlösung ein und haben auch in ihrer Kindheit viel Gewalt erfahren. Die soziale Integrationsbereitschaft ist niedrig. Die Täter sind durch hohe Suchtwerte und Persönlichkeitsstörungen (neben dissozialen insbesondere emotional-instabile Persönlichkeitsstörungen) gekennzeichnet, Paraphilien sind kaum vorhanden. Die Behandelbarkeit ist wegen ungünstiger Werte für die Tatverarbeitung und fehlender Ressourcen problematisch. Die Taten richten sich eher gegen fremde Opfer, es kommt teilweise zu exzessiver Gewaltanwendung. Mehr als drei Viertel der Täter haben eine Vergewaltigung oder sexuelle Nötigung begangen (S. 149 ff.).

Während sich hinsichtlich der Verteilung der Cluster auf die Bundesländer keine signifikanten Unterschiede ergaben, bestanden solche bezüglich der Art der Einrichtung: Die psychisch und sozial unauffälligen Täter waren ganz überwiegend im Justizvollzug (Regelvollzug bzw. Sozialtherapie) untergebracht, die psychopathologisch hoch auffälligen und intelligenzgeminderten Täter befanden sich ganz überwiegend im Maßregelvollzug. Die überangepassten Täter waren mehrheitlich im Justizvollzug untergebracht (dort überwiegend in der Sozialtherapie), die dissozialen Täter jeweils etwa zur Hälfte im Justizvollzug und im Maßregelvollzug (S. 152 f.).

Das siebte Kapitel enthält eine Diskussion der Ergebnisse und einen Ausblick. Zunächst werden methodische Grenzen der Untersuchung angeführt, u. a. ein Verlust von die Einzelfälle differenzierenden Informationen durch den quantitativen Ansatz, eine eventuell nicht hinreichend präzise Operationalisierung von Variablen, Probleme bei der Übereinstimmung von verschiedenen Ratern, Fehleinschätzungen bei Selbstbeurteilungen durch die Probanden, Lücken und Fehler in den ausgewerteten Akten, ein eher schlechter Stresswert bei der Clusteranalyse und die weitgehende Nichtberücksichtigung nichtdeutscher Verurteilter (S. 155 ff.). Was diese methodischen Probleme für die Gesamtaussagekraft der Untersuchung bedeuten, wird nicht erörtert. Ein Vergleich der ermittelten Cluster mit anderen Typologien ergibt keine eindeutige Zuordnung zu bereits bestehenden Typologien, aber einige Überschneidungspunkte, z. B. zwischen den dissozialen Tätern des Clusters 5 und den asozialen Tätern bei *Schorsch* (Sexualstraftäter, 1971) und zwischen den sozial und psychisch unauffälligen Tätern des Clusters 1

und Clustern der Vergewaltigungs- und der Missbrauchstäterstichprobe von *Rheder* (Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform 79 [1996], S. 291 ff., 373 ff.). Im Hinblick auf allgemeine Psychotherapieansätze weist die Verf. u. a. darauf hin, dass die Behandlung von Sexualstraftätern nicht mit einer psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Behandlung im klassischen Sinne gleichgesetzt werden darf, da nicht alle Täter eine primäre psychische Störung aufweisen. Liege eine solche vor, empfehle sich eine basale psychiatrische bzw. psychotherapeutische Behandlung und sodann eine spezielle Sexualstraftäterbehandlung (S. 164 f.). Grundlegende Erkenntnisse der allgemeinen Psychotherapie seien auf die Behandlung von Sexualdelinquenten zu übertragen, wo es legitim erscheine. Während in der allgemeinen Psychotherapiediskussion die Bedeutung der Person des Therapeuten für den Behandlungserfolg zunehmend erkannt werde, finde dieser Aspekt in der Behandlung von Sexualstraftätern so gut wie keine Beachtung (S. 166).

Die Verf. entwickelt dann Hypothesen für die typenspezifische Behandlung von Sexualdelinquenten. Für die sozial und psychisch unauffälligen Täter des Clusters 1, die ihre Taten meist in besonders belastenden Situationen begehen (Demonstration sexueller Macht und Kontrolle nach Herabsetzung), wird insbesondere die Erarbeitung von Strategien zur Konfliktbewältigung und die Bearbeitung kognitiver Verzerrungen empfohlen (S. 167 ff.). Für die psychopathologisch hoch auffälligen Täter des Clusters 2 wird die Notwendigkeit einer intensiven psychiatrischen Therapie dargestellt und auf die besonderen Behandlungsschwierigkeiten bei dieser Gruppe hingewiesen (S. 169 ff.). Für die überangepassten Täter des Clusters 3 empfiehlt die Verf. die Erarbeitung von Handlungsalternativen zur Selbstbehauptung, um die Angst, in sozialen Beziehungen zu versagen, zu überwinden, Maßnahmen der Rückfallprävention (Unterbrechung der zum Delikt führenden Kette von Ereignissen) und „traditionelle Konditionierungsmethoden zur Modifizierung von sexuell devianten Präferenzen“ (S. 172 ff., 173). Als Behandlungsmaßnahmen für die intelligenzgeminderten Täter des Clusters 4 werden u. a. die Vermittlung grundlegender sozialer Verhaltensweisen, der Aufbau eines stützenden sozialen Netzwerks und die Einübung von Kontrollverhalten hinsichtlich der eigenen Impulse genannt (S. 174 ff.). Für die dissozialen Täter des Clusters 5 kommen nach der Verf. als Behandlungsmaßnahmen u. a. die Erarbeitung adäquater Problembewältigungsmechanismen, Motivation zur Leistungsbereitschaft, Umstrukturierung verfehlter Grundüberzeugungen und Behandlung einer Suchtmittelproblematik in Betracht (S. 178 ff.).

Weiterhin stellt die Verf. eine Reihe von Forderungen für die Behandlungspraxis auf: Einzelne Gruppe von Sexualstraftätern brauchen danach eine typenspezifische Schwerpunktsetzung in ihrer Behandlung (S. 181 ff.). Nicht behandelbare Täter seien zu identifizieren, der Umgang mit ihnen sei auf eine humane

Unterbringung zu konzentrieren (S. 184 f.). Die kognitiv-behaviorale Behandlung solle ausgebaut und auf den individuellen Täter abgestimmt eingesetzt werden (S. 185 ff.). Die individuelle Bedeutung der Tat für den Täter sei zu analysieren, da daraus wichtige Schlüsse für die Behandlung gezogen werden könnten. So könne das Delikt Ausdruck einer misslungenen Konfliktbewältigung, einer Psychopathologie oder einer antisozialen Lebenshaltung sein (S. 188 ff.). Gruppen- und Einzeltherapie seien miteinander zu verknüpfen (S. 190 f.). Aufgrund von Befunden über die Bedeutung von Therapeutenvariablen, wie z. B. Einfühlungsvermögen und wohlwollende Haltung gegenüber dem Täter, müssten der Rolle und der Qualifikation der Behandler mehr Beachtung geschenkt werden (S. 191 f.).

Schließlich weist die Verf. auf die Notwendigkeit weiterer Forschungen hin. Dies betrifft u. a. Evaluationsstudien, die gezielt die Wirkung bestimmter Behandlungsansätze für bestimmte Subgruppen von Täter untersuchen, die empirische Überprüfung der These von der weitgehenden Behandlungsresistenz von Persönlichkeitsstörungen und komorbiden Störungen, die Untersuchung von Zusammenhängen zwischen Bindungsstilen und spezifischen Sexualdelikten, eine genauere Differenzierung von Pädophilen, die Ursachen sexueller Devianz und die Wirkung der medikamentösen Behandlung von Sexualdelinquenten (S. 193 ff.). Psychotherapie muss sich nach der Verf. soweit möglich auf empirische Erkenntnisse stützen und die Behandlung von Sexualstraftätern muss die Erkenntnisse und Entwicklungen der allgemeinen Psychotherapie berücksichtigen (S. 195 f.).

Bei der Untersuchung handelt es sich um eine methodisch sorgfältige, die Diskussion um die Behandlung von Sexualstraftätern weiterführende Arbeit. Das Plädoyer für differenzierte Behandlungsstrategien leuchtet ein. Bei Tätern derselben Deliktsart können unterschiedliche deliktsrelevante persönliche Problematiken vorliegen. Die Untersuchung zeigt, dass es möglich ist, empirisch fundiert Tätergruppen mit unterschiedlichen Behandlungsbedürfnissen herauszuarbeiten, für die dann differenzierte Behandlungsstrategien entwickelt werden können. Diese Behandlungsstrategien müssen daher erprobt und überprüft werden. Zu Recht weist die Verf. auf die Notwendigkeit der Anpassung der Behandlung an den Einzelfall und auf die Bedeutung der Person des Therapeuten hin. Es dürfte sich lohnen, den von der Verf. aufgezeigten Weg weiter zu verfolgen.

Endrass, Jérôme; Rossegger, Astrid; Urbaniok, Frank; Borchard, Bernd (Hrsg.): *Interventionen bei Gewalt- und Sexualstraftätern. Risk-Management, Methoden und Konzepte der forensischen Therapie.* Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2012, XIII, 494 S.

Das Buch hat das Anliegen, zentrale Konzepte für den Umgang mit Gewalt- und Sexualstraftätern mit dem Ziel der Deliktprävention darzulegen (Vorwort der Herausgeber, S. IX). Es enthält 37 Artikel von 44 Autoren, von denen 20 dem Psychiatrisch-Psychologischen Dienst des Amtes für Justizvollzug des Kantons Zürich angehören. Das Buch ist in neun Abschnitte gegliedert. Der erste Abschnitt befasst sich mit theoretischen Grundlagen und Epidemiologie. Im ersten Kapitel behandeln *Roland Weierstall* und *Thomas Elbert* „Formen und Klassifikation menschlicher Aggression“ (S. 3 ff.). Die Autoren definieren menschliche Aggression als ein Verhalten, das dazu intendiert ist, einer anderen Person unmittelbar zu schaden, um damit ein bestimmtes Ziel zu erreichen (S. 4). Sie unterscheiden zwischen erleichternder Aggression, mit der ein negativ erlebter Zustand aufgelöst werden soll, und appetitiver Aggression, durch die ein Zustand positiver Erregung erreicht werden soll (S. 7 f.). Zugewinn an Lust durch Ausübung von Gewalt sei bisher vernachlässigt worden. Im Zuge der Evolution habe sich die Jagd an sich zu einem appetitiv erlebten Verhalten entwickelt (S. 10). Befragungen zeigten, dass es sich beim appetitiven Erleben von Aggression um ein weit verbreitetes Phänomen und nicht um eine Abnormität handle (S. 7, 11). Im zweiten Kapitel befassen sich dieselben Autoren mit „Multifaktorieller Genese und Pathologie der Aggression“. Entsprechend dem bio-psycho-sozialen Modell der Aggression nehmen sie an, dass Sozialisierungserfahrungen, biologische Prädispositionen und psychische Variablen bestimmen, ob es in bestimmten Situationen zu aggressivem Verhalten kommt (S. 15 ff.). Als psychische Störungen mit erhöhtem Aggressionsrisiko werden Schizophrenie, Abhängigkeitserkrankungen, Persönlichkeitsstörungen und neurodegenerative Erkrankungen genannt (S. 19 f.). Nach den Autoren besitzen Menschen eine biologische Anlage zur Gewaltbereitschaft, deren erlernte Hemmung unter bestimmten Bedingungen einbrechen kann (S. 23). Es wird betont, dass Verhaltensweisen sowohl aus dem Bereich der erleichternden als auch der appetitiven Aggression per se keineswegs pathologisch und mitunter sogar erwünscht sind (S. 24).

Im anschließenden Kapitel über „Persönlichkeitstäter, Situationstäter und Prognostische Syndrome als Konzepte für Risikobeurteilungen und Risikomanagement“ unterscheidet *Frank Urbaniok* zwischen zwei Tätergruppen: Bei Persönlichkeitstätern sind bestimmte Merkmale, die mit einem erhöhten Risiko von Delinquenz verbunden sind, fest in der Persönlichkeit verankert. Diese risikorelevanten Persönlichkeitsmerkmale führen zu einer nachhaltigen Motivation, be-

stimmte Straftaten zu begehen. Die Täter schaffen aktiv Situationen, in denen sie Delikte verwirklichen können. Solche Persönlichkeitsmerkmale, die *Urbanioik* als Prognostische Syndrome bezeichnet, sind z. B. Pädosexualität, eine chronifizierte Vergewaltigungsdisposition oder eine delinquenzfördernde Weltanschauung. Es muss sich bei ihnen nicht um eine psychiatrische Diagnose handeln (S. 27 ff.). Demgegenüber liegen bei Situationstätern keine oder nur schwach ausgeprägte risikorelevante Persönlichkeitseigenschaften vor. Sie begehen Delikte nur, wenn sie zufällig in eine hochspezifische, unwahrscheinliche Ausgangssituation geraten (S. 30 f.). Während bei Situationstätern zur Verhinderung weiterer Delikte die üblichen strafrechtlichen Sanktionen ausreichend seien, bedürfe es bei den Persönlichkeitstätern spezifischer, auf die Grundproblematik in der Persönlichkeit ausgerichteter Maßnahmen. Die Bedeutung unspezifischer Maßnahmen, wie etwa einer Berufsausbildung, trete demgegenüber zurück. Eine Senkung des Delikt-risikos könne durch Persönlichkeitsveränderungen, die sich aber – wenn überhaupt – nur in längeren Zeiträumen vollzögen, oder durch den Aufbau von Kompensationsfähigkeiten, die gegen das risikorelevante Persönlichkeitsmerkmal gerichtet sind, erreicht werden (S. 31 ff.). In dem folgenden Beitrag über „Risikofaktoren und Tatmerkmale“ stellen *Arja Laubacher, Juliane Gerth, Cornel Gmür und Diana Fries* zunächst Schizophrenie, Substanzmissbrauch, Persönlichkeitsstörungen und das Erleiden von sexuellem oder gewalttätigem Missbrauch in der Kindheit als Risikofaktoren für Erstdelinquenz im Bereich von Gewalt- und Sexualstraftaten dar (S. 34 ff.). Risikofaktoren für Erst- und Rückfalldelinquenz sind bei Gewalt- und Sexualstraftätern junges Alter, lediger Familienstatus und eine dissoziale Persönlichkeitsstörung. Als spezifische Risikofaktoren für Sexualstraftaten werden u. a. Paraphilien genannt (S. 39). Es werden Befunde angeführt, nach denen der Konsum von Kinderpornografie ein relativ geringes Risiko für die Begehung von Hands-on-Sexualdelikten darstellt (S. 40). Zu den Tatmerkmalen wird berichtet, dass sich Täter und Opfer von Sexualdelikten in der Mehrzahl der Fälle bereits vor der Tat kannten und nicht-tödliche Gewaltdelikte anders als tödliche mehrheitlich ohne Waffen begangen werden (S. 37 ff.).

Der zweite Abschnitt hat die Wirksamkeit von Therapie zum Gegenstand. Im ersten Kapitel über „Wirksamkeit von Behandlungsprogrammen“ stellen *Jérôme Endrass, Astrid Rossegger und Michael Braunschweig* zunächst die methodischen Anforderungen an Wirksamkeitsstudien dar (S. 45 ff.) und führen dann in die Methode der Metaanalyse ein (S. 52 ff.). Metaanalysen fassen mittels quantitativer Methoden die Ergebnisse von Primärstudien zusammen und geben somit einen Überblick über die Forschung. Anschließend werden die Ergebnisse einer Untersuchung von *Lipsey und Cullen* aus dem Jahr 2007 geschildert, in der die Befunde von 48 Metaanalysen über Interventionsstudien zusammengestellt sind (S. 54 ff.). Danach hatten rein strafende Interventionen keine rückfallreduzierenden und

teilweise rückfall erhöhende Wirkungen, während therapeutische Maßnahmen rückfallvermindernde Effekte aufwiesen. Als besonders wirksam erwiesen sich multisystemische Therapie (bei Jugendlichen), Milieutherapie (bei Erwachsenen) und bei Jugendlichen und Erwachsenen Therapien nach dem Risk-Need-Responsivity-Modell (RNR), also Orientierung der Therapie an der Höhe des Rückfallrisikos, den kriminogenen Faktoren und den Fähigkeiten des Täters. Bei Jugendlichen fielen die Behandlungseffekte höher aus als bei Erwachsenen. Sodann wird über Untersuchungen zur Wirksamkeit der Therapie von Sexualstraftätern berichtet, die überwiegend rückfallsenkende Effekte erbrachten (S. 61 ff.). Der folgende Beitrag von *Cornel Gmür, Juliane Gerth und Catherine Graber* über „Behandlungsprogramme für jugendliche Straftäter“ (S. 70 ff.) betont ebenfalls, dass bei Behandlungsprogrammen für Jugendliche höhere Effektstärken als bei Programmen für Erwachsene ermittelt wurden und sich multisystemische Ansätze, die verschiedene Lebensbereiche der Täter bearbeiten, als besonders wirksam erwiesen. Nicht erfolgreich waren dagegen „Scared Straight“-Programme (Besuche von Gefängnissen) und Boot Camps (militärischer Drill). Der anschließende Artikel von *Jérôme Endrass, Astrid Rossegger und Bettina Kuhn* über „Kosten-Nutzen-Effizienz von Therapien“ (S. 77 ff.) berichtet über eine Reihe von Untersuchungen, nach denen Therapiekosten erheblich niedriger waren als die durch die erreichte Verminderung der Rückfallraten vermiedenen Kosten, sodass sich Therapien als kosteneffizient erwiesen, wobei Programme für jugendliche Täter besonders effizient waren.

Der dritte Abschnitt befasst sich unter der Überschrift „Risk-Assessment“ mit der Voraussage von Rückfälligkeit. In einer „Einführung ins Risk-Assessment“ unterscheiden *Astrid Rossegger, Jérôme Endrass und Juliane Gerth* zwischen einer „klinischen“ oder „intuitiven“ Methode der Rückfallprognose und einer „mechanischen“ Methode. Während bei der klinischen Methode die Zuordnung zu einem Rückfallrisiko ohne standardisierte Regeln erfolgt, wird bei der mechanischen Methode die Einstufung des Rückfallrisikos standardisiert vorgenommen. Aufgrund einer Reihe von Übersichtsarbeiten nehmen die Autoren an, dass die mechanische Methode der klinischen überlegen sei (S. 91 ff.). Im folgenden Artikel über „Mechanische Risk-Assessment Instrumente“ (S. 98 ff.) nennen dieselben Autorinnen und Autoren Kriterien für die Auswahl von statistischen Prognoseinstrumenten, wie z. B. Art des Ausgangsdelikts und Validität des Instruments, und schildern eine Reihe von statistischen Prognoseinstrumenten im Hinblick auf Anwendungsbereich, Vorgehensweise und Gütekriterien. Schließlich stellen *Reinhard Eher, Anna Matthes und Martin Rettenberger* den STABLE-2007 näher dar, ein Instrument zur Erfassung dynamischer – also veränderbarer – Risikofaktoren insbesondere für Sexualdelikte, das auch mit dem Static-99, der statistische – also unveränderliche – Merkmale enthält, kombiniert werden kann

(S. 123 ff.). Replikationsstudien ergaben eine beachtliche Trennschärfe dieses Instruments.

Der vierte Abschnitt hat die Grundlagen deliktpräventiver Therapie zum Gegenstand. Zunächst stellen *Astrid Rossegger, Jérôme Endrass, Frank Urbaniok und Bernd Borchard* 18 Thesen über deliktpräventive Therapien auf, welche die Basis für die nachfolgenden Kapitel bilden. Danach sind deliktpräventive Therapien nicht an eine spezifische Therapieschule gebunden, verfolgen sie als oberstes Ziel die Reduktion des Rückfallrisikos, sind sie effektiv und unter Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten ökonomisch, garantieren aber keine Rückfallfreiheit, beziehen alle verfügbaren Informationen ein, setzen ein standardisiertes Risk-Assessment voraus, sind nicht an das Vorliegen einer psychischen Erkrankung gebunden, basieren auf einer Hypothese zum Deliktmechanismus und rücken die in der Hypothese benannten deliktrelevanten Eigenschaften und Verhaltensweisen des Täters in den Fokus der Therapie, bearbeiten fehlerhafte Kognitionen und sexuelle Hoch-Risiko-Fantasien, fördern eine aktive Verantwortungsübernahme des Klienten, sehen eingeschränkte Offenheit und Täuschungen durch Probanden als „normal“ an, beinhalten den Aufbau einer intrinsischen Behandlungsmotivation, sind auf Transparenz ausgerichtet, zielen auf den Aufbau risikomindernder Kompensationsfähigkeiten und/oder eine Verminderung risikorelevanter Persönlichkeitsmerkmale ab und gehen davon aus, dass es unbehandelbare Täter gibt (S. 135 ff.). Anschließend stellen *Jérôme Endrass, Heinz Müller-Pozzi und Astrid Rossegger* deliktpräventive Therapie aus der Sicht der Psychoanalyse dar (S. 142 ff.). Hierbei wird das Delikt als Symptom einer misslungenen Verarbeitung eines innerpsychischen Konflikts verstanden und zielt die Therapie darauf ab, den Konflikt zu reaktivieren, ihn mit dem Klienten durchzuarbeiten und eine weniger problematische Adaption zu erreichen.

Sodann befassen sich *Bernd Borchard und Annika Gnoth* mit deliktpräventiver Therapie aus der Perspektive der Verhaltenstherapie (S. 164 ff.). In ihr geht es darum, auf lernpsychologischer Grundlage die Entstehung deliktischen Verhaltens zu erkennen und konforme Verhaltensalternativen zu entwickeln, sodass der Klient befähigt wird, seine Probleme eigenständig zu bewältigen. Im Anschluss an *Kanfer u. a., Selbstmanagementtherapie*, 4. Aufl. 2005, werden sieben Phasen des therapeutischen Prozesses geschildert: Eingangsphase (Aufbau einer therapeutischen Beziehung und Rollendefinition), Aufbau von Änderungsmotivation und vorläufige Auswahl von Änderungsbereichen, Verhaltensanalyse und funktionales Bedingungsmodell der Delinquenz, Vereinbarung therapeutischer Ziele, Planung, Auswahl und Durchführung spezifischer Methoden, Evaluation therapeutischer Fortschritte und Endphase (Stabilisierung und Transfer therapeutischer Fortschritte, Arbeit an einer Restsymptomatik). Verhaltenstherapie wird als evidenzbasiert und individualisiert charakterisiert. Die Bedeutung der therapeuti-

schen Beziehung für den Behandlungserfolg wird unterstrichen. Die Bearbeitung von Emotionen in der Verhaltenstherapie wird geschildert. Anschließend behandeln *Matthias Stürm und Stefan Schmalbach* Voraussetzungen und Rahmenbedingungen deliktorientierter Therapie (S. 183 ff.). Diese ist durch den Einsatz von Therapietechniken gekennzeichnet, die einen direkten Bezug zum konkreten Deliktverhalten des Täters und seinen delikt- bzw. risikorelevanten Persönlichkeitsanteilen haben. Ziel ist insbesondere die Erhöhung der Steuerungsfähigkeit des Klienten, der befähigt werden soll, deliktrelevante Handlungsimpulse frühzeitig zu erkennen und in sozial angemessener Weise gegenzusteuern. Hierbei müsse die delikt fokussierende Arbeit mit einem persönlichkeitsorientierten Vorgehen verbunden werden und komme der Beziehung zwischen Therapeut und Klient eine entscheidende Rolle zu. Es müsse problemorientiert und an den Ressourcen des Klienten ausgerichtet gearbeitet werden. Vor allem für den Beginn der Behandlung hoch rückfallgefährdeter Klienten sei der sichere Rahmen einer geschlossenen Institution sinnvoll, im Vollzugsverlauf müssten dann extramurale Erfahrungsräume gewährt werden. Die Vorteile von Einzel- und Gruppentherapie in ihrer Kombination werden dargestellt. Als Qualitätsmerkmale forensischer Therapie werden Risikoorientierung, Interdisziplinarität und transparenter, verhältnismäßiger Informationsaustausch im multiprofessionellen Netzwerk genannt.

Im fünften Abschnitt werden spezifische Techniken deliktpräventiver Therapie dargestellt. *Frank Urbaniok* schildert die Deliktrekonstruktion, in welcher der Klient in einen Zustand des Wiedererlebens der Tat versetzt werden soll, sodass er „live aus der Tatsituation“ (S. 195) den Tatablauf schildert. Der Therapeut fördert dies durch Verzicht auf Interpretation und durch Fragen im Präsens, die sich auf die fünf Elemente der Deliktrekonstruktion beziehen: Verhalten, Kognitionen, Emotionen, Körper- und Sinneswahrnehmung. Die Deliktrekonstruktion bildet dann eine Grundlage für die Ermittlung des Deliktmechanismus (S. 195 ff.). Anschließend stellen *Frank Urbaniok und Annika Gnoth* die Deliktteilarbeit dar (S. 205 ff.). Unter „Deliktteil“ wird der Anteil der Persönlichkeit verstanden, der „die Regie im Delikt führt“ (S. 210). Bei der Deliktteilarbeit geht es darum, dass der Klient die vom Deliktteil produzierten deliktfördernden Kognitionen, Emotionen und Wahrnehmungen erkennt, ihnen gegenüber einen „Wachsamkeitspegel“ aufbaut und befähigt wird, die deliktfördernden psychischen Aktivitäten zu beenden. Sodann behandeln *Astrid Rossegger, Jérôme Endrass und Bernd Borchard* Interventionen bei fehlerhaften Kognitionen (S. 217 ff.). Unter kognitiven Verzerrungen werden problematische Denkstile (entschuldigende und rechtfertigende Aussagen nach der Tat) und deliktfördernde Einstellungen bzw. Glaubenssätze, die dem Delikt vorausgehen können, verstanden. Aufgrund einer differenzierten Auseinandersetzung mit dem Forschungsstand zu den kognitiven Verzerrungen wird angenommen, dass es in der Straftätertherapie nicht darum geht, einzelne

verzerrte Aussagen zu bearbeiten, sondern Netzwerke fehlerhafter kognitiver Gepflogenheiten zu identifizieren, welche die gleichen gesellschaftlichen Normen verletzen. Diese dysfunktionalen Denkmuster sind mit dem Klienten zu diskutieren und an ihre Stelle sind neue deliktpräventive Kognitionen zu formulieren und vom Klienten zu lernen.

In dem folgenden Artikel über „Sexuelle Hoch-Risiko-Fantasien“ (S. 234 ff.) führen *Astrid Rossegger, Jérôme Endrass und Bernd Borchard* aus, dass deviante sexuelle Vorstellungen an sich keinen spezifischen Risikofaktor für Sexualdelikte darstellen, sondern auch in der Allgemeinbevölkerung häufig vorkommen, sexuelle Hoch-Risiko-Fantasien jedoch die Wahrscheinlichkeit von Sexualdelikten erhöhen. Sexuelle Hoch-Risiko-Fantasien sind visualisierte sexuelle Vorstellungen in Form von Skripten (Geschichten) mit verzerrten, problematischen Inhalten, die häufig und in verschiedenen Zusammenhängen bei Personen mit deliktrelevanten impliziten Theorien (z. B. „Sexualität ist nicht kontrollierbar“) auftreten. Für die Behandlung von sexuellen Hoch-Risiko-Fantasien werden Imaginations-techniken, durch die neue, weniger problematische sexuelle Vorstellungen unterstützt und die Attraktivität von Hoch-Risiko-Fantasien verringert wird, und achtsamkeitstherapeutische Techniken, durch die der Klient lernt, Hoch-Risiko-Fantasien und damit verbundene körperliche Reaktionen, Gedanken und Gefühle aufmerksam zu beobachten, ohne danach zu handeln, empfohlen. Nicht bewährt haben sich dagegen Techniken, die Hoch-Risiko-Fantasien mit Bestrafungsreizen verknüpfen oder auf die Unterdrückung devianter Vorstellungen abzielen. Im letzten Artikel des Abschnitts stellen *Thomas Elbert u. a.* das Programm FORNET (Narrative Exposure Therapy for Forensic Offender Rehabilitation) vor (S. 255 ff.). Hierbei handelt es sich um die Übertragung des Ansatzes der für die Therapie von Traumafolgestörungen entwickelten Narrativen Expositionstherapie (NET) auf die Behandlung von Tätern mit appetitivem, also positiv empfundenem aggressiven Verhalten. Die positiven Erfahrungen mit Gewalt werden im Lebenslauf des Täters zeitlich und räumlich verortet und in den Kontrast zur Gegenwart gesetzt. Hierdurch soll Gewaltausübung kontrollierbar werden und appetitive Aggression nur in gesellschaftlich akzeptablen Formen ausgelebt werden. In dem Programm werden auch traumatische Erfahrungen von Tätern behandelt.

Im sechsten Abschnitt des Bandes wird die deliktpräventive Therapie bei besonderen Tätergruppen erörtert. Zur Behandlung von persönlichkeitsgestörten Gewalt- und Sexualstraftätern mit sehr hohem Rückfallrisiko führen *Markus Rezk und Bernd Borchard* (S. 279 ff.) aus, dass bei fehlender Veränderungsmotivation für eine deliktorientierte Therapie zunächst eine Behandlung der Persönlichkeitsstörung angezeigt sein kann. Bei Behandlungserfolgen kann dann mit deliktorientierten Interventionen begonnen werden. Behandlungsmethoden für Persönlichkeitsstörungen (Transference-Focused Psychotherapy, Metalization Based

Therapy, Schematherapie und allgemeine Psychotherapie nach *Grawe*) werden dargestellt. Zu Tätern mit starker Ausprägung einer Psychopathie im Sinne von *Hare* zeigen *Andreas Mokros und Elmar Habermeyer* (S. 291 ff.), dass die Befunde zur Effektivität von Behandlungen dieser Tätergruppe heterogen sind, teilweise weisen die Behandelten höhere Rückfallraten auf als Unbehandelte. Es werden Empfehlungen für die Behandlung dieser Tätergruppe ausgesprochen (z. B. Auswahl forensisch erfahrener und selbstsicherer Therapeuten, unbedingte Einhaltung von Regeln und Vorgaben, Konzentration auf kognitive Fähigkeiten der Täter, nicht auf emotionale Defizite, mit Vermittlung der langfristigen Kosten dissozialen Verhaltens für die Täter, und externe Supervision). *Elmar Habermeyer, Annika Gnoth und Steffen Lau* schildern die Behandlung schizophrener Täter durch eine Kombination von medikamentöser Therapie, kognitiver Verhaltenstherapie, Psychoedukation und Angehörigenarbeit (S. 302 ff.). In dem Artikel über deliktorientierte Behandlung junger Straftäter betont *Cornelia Bessler*, dass bei der Therapie von Jugendlichen die deliktorientierte Therapie mit sozialpädagogischen Interventionen kombiniert werden muss. Für die deliktorientierte Therapie wird ein kognitiv-verhaltenstherapeutischer Ansatz empfohlen, zu dessen Elementen die Deliktrekonstruktion, die Bearbeitung kognitiver Verzerrungen, die Entwicklung von Opferempathie und Schuldbewusstsein und der Aufbau alternativer Handlungsstrategien in Risikosituationen gehören (S. 311 ff.). Für die Behandlung von Delinquenten mit Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) im Erwachsenenalter zeigt *Monika Ridinger*, dass eine Kombination aus Pharmako- und Psychotherapie empfehlenswert ist (S. 322 ff.).

Der siebte Abschnitt des Buchs befasst sich mit besonderen Interventionsformen der deliktpräventiven Therapie. *Bernd Borchard und Debora Haug* schildern die deliktorientierte forensische Milieuthherapie, die das Gemeinschaftsleben systematisch für therapeutische Zwecke nutzt. Durch ein aufeinander abgestimmtes multiprofessionelles Behandlungsteam wird ein einheitliches Fallverständnis entwickelt und ein für alle Behandler verbindlicher Behandlungsplan aufgestellt und umgesetzt (S. 333 ff.). *Matthias Stürm, Valeska Hug und Ueli Christoffel* stellen das „Zürcher Modell“ der ambulanten Straftäterbehandlung vor (S. 350 ff.). Danach wird zunächst in einem Abklärungsprozess eine Risikoeinschätzung vorgenommen, eine Hypothese zum Deliktmechanismus aufgestellt und auf dieser Grundlage ein Behandlungsplan erarbeitet. Dann wird der Klient zur Mitwirkung an der Behandlung motiviert. Es folgt die deliktorientierte Therapie. Hieran schließt sich die Überprüfung der erarbeiteten Rückfallspräventionsstrategien und die Aufstellung eines optimierten individuellen Präventionsplans an. Die letzte Phase besteht in Nachbetreuung und langfristigem Risikomonitoring. *Marc Graf* beschreibt Substanzklassen und Indikationen für die medikamentöse Behandlung von Sexualstraftätern (S. 359 ff.) und *Annika Gnoth und Bernd Borchard* erörtern die Behand-

lungsplanung bei der medikamentösen Behandlung von Sexualstraftätern, wobei u. a. die Förderung der Therapietreue durch Shared Decision Making von Arzt und Patient betont wird (S. 368 ff.). Schließlich erörtern *Annika Gnoth und Daniel Regli* Supervision und Selbsterfahrung forensisch tätiger Berufsgruppen (S. 381 ff.).

Im achten Kapitel wird das Drohungs- und Krisenmanagement behandelt. *Juliane Gerth und Catherine Graber* legen dar, dass die Drohung mit einer Gewalttat allein kein hinreichendes Kriterium für ein hohes Gewaltisiko darstellt, sondern weitere Merkmale der Drohung (Nennung von Details zum Motiv und zur Tatumsetzung), der Person des Drohenden (insbesondere psychische Erkrankungen), des Verhaltens des Drohenden (z. B. Handlungen zur Vorbereitung der Tat) oder eine akute Belastungssituation (etwa Zuspitzung der sozialen Situation des Drohenden) hinzukommen müssen (S. 393 ff.). *Astrid Rossegger, Jérôme Endrass, Diana Fries und Frank Urbaniok* erläutern die Diagnostik von Querulanten und unterscheiden zwischen Pseudoquerulanten (primär unauffällige Personen, die durch Behördenfehler in eine ohnmächtige Situation geraten sind), einfachen Querulanten (querulatorische Persönlichkeiten ohne gleichzeitiges Vorliegen einer Risikodisposition) und Risikoquerulanten, bei denen das querulatorische Verhalten mit einem Risikomerkmale (insbesondere dissoziale Persönlichkeitsstörung, Verfolgungswahn, starke narzisstische Kränkbarkeit, Gewaltdelikte, Waffenaffinität oder Suizidalität) kombiniert ist. Während bei den ersten beiden Gruppen eine geringe Gefahr für Gewalttaten besteht, bedarf es bei der dritten Gruppe eines permanenten Risikomanagements (S. 402 ff.). *Anna Lippok u. a.* schildern das NETWASS (Networks Against School Shootings)-Krisenpräventionsverfahren, das dazu dient, durch eine Analyse von Risiko- und Schutzfaktoren krisenhafte Entwicklungen von Jugendlichen frühzeitig zu identifizieren und Maßnahmen der Krisenintervention durchzuführen, um schwere Schulgewalt zu verhindern (S. 414 ff.). *Diana Fries und Ramon Vettiger* stellen die Diagnostik von Suizidalität in forensischen Settings und Maßnahmen der Suizidverhinderung dar (S. 427 ff.).

Im neunten Abschnitt (S. 439 ff.) werden vier Fallbeispiele gebracht: eine Deliktrekonstruktion am Beispiel eines Gewaltdelikts (Verfasser: *Stefan Schmalbach und Catherine Graber*), ein Beispiel für eine Behandlung von sexuellen Hoch-Risiko-Fantasien (*Marianne Wick und Christoph Schmitt*), ein Beispiel für die Behandlung eines schizophrenen Täters (*Steffen Lau und Friederike Boudriot*) und ein Portrait eines Querulanten (*Frank Urbaniok, Diana Fried und Pawel Pomes*).

Insgesamt enthält der Band eine instruktive Darstellung der deliktpräventiven Therapie. Diese bildet heute einen wichtigen Baustein der Straftäterbehandlung. Wer sich über Grundlagen und Arbeitsweise der deliktorientierten Therapie informieren möchte, findet in dem Buch wertvolle Informationen. Zu einigen Punkten wie etwa den theoretischen Grundlagen und der Epidemiologie wären allerdings vertiefere Erörterungen wünschenswert gewesen. Die Ausführungen zur Rückfall-

prognose hätten differenzierter ausfallen sollen. Da die klinische Prognose in den letzten Jahren methodisch weiterentwickelt worden ist, kann nicht unter Berufung auf frühere Untersuchungen pauschal von einer Überlegenheit der statistischen gegenüber der klinischen Prognose gesprochen werden. Es gibt Befunde, nach denen mit der klinischen Methode die Treffsicherheit statistischer Prognosen verbessert werden kann (vgl. *Dahle/Lehmann*, Forensische Psychiatrie Psychologie Kriminologie 2018, S. 37, 45f.). Interessant wären empirische Befunde zur Wirksamkeit der von den Autoren durchgeführten Behandlungen gewesen. Außerdem wären eingehendere Ausführungen dazu wünschenswert gewesen, inwieweit die auf das deliktische Verhalten konzentrierte Therapie der Ergänzung durch weitere Maßnahmen bedarf, welche die Ziele und Perspektiven für das zukünftige Leben des Täters in der Gesellschaft und den Aufbau eines sozialen Umfeldes (u. a. Wohnen, Arbeit, Freizeit, Bezugspersonen) betreffen, das die Chancen für ein Leben ohne Straftaten erhöht.

