

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

Teil 2: Spezifisch deliktpräventive und therapeutische Konzeptionen

■ F. Urbaniok, M. Stürm

Psychiatrisch Psychologischer Dienst (PPD), Justizvollzug Kanton Zürich

Summary

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Einleitung

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

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

Therapieprozesse

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Obligatorische und komplementäre Behandlungsanteile

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

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

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

Zusammensetzung der aktuellen AIP-Teilnehmer

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

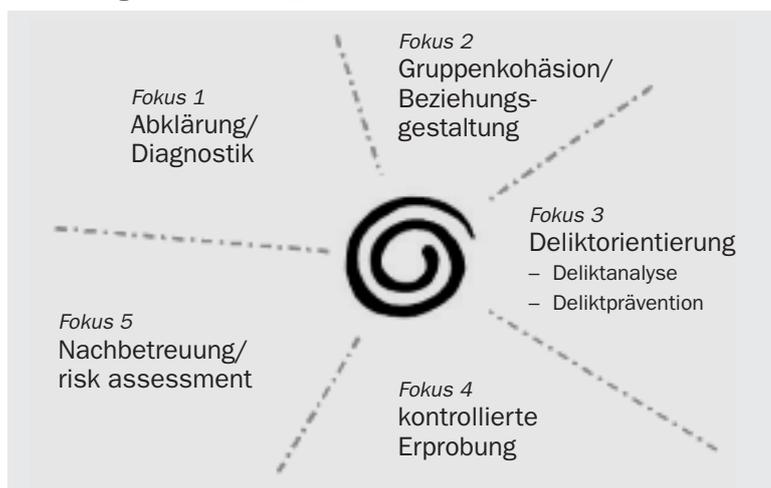
Lediglich 4 Klienten lebten zum Zeitpunkt der Verhaftung in einer Beziehung (alle verurteilt wegen pädosexueller Delikte), insgesamt hatten 4 Klienten eine Partnerschaft von mindestens zwei Jahren Dauer in der Vorgeschichte.

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

Bedeutung des komplementären Behandlungsteils

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

Abbildung 1 Behandlungskonzeption AIP.



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

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

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

Behandlungskonzeption AIP

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

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

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

Fokus 1 – Abklärung/Diagnostik

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

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

Erste Eignungsabklärung und Diagnostik

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

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

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

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

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

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

Fortlaufende prozessuale Diagnostik

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

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

Fokus 2 – Gruppenkohäsion/Beziehungsgestaltung

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

Tabelle 1 Behandlungsfokus 1: Abklärung/Diagnostik.

Fokus 1: Abklärung/Diagnostik

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

Tabelle 2 Behandlungsfokus 2: Gruppenkohäsion/Beziehungsgestaltung.

Fokus 2: Gruppenkohäsion/Beziehungsgestaltung

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

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

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

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

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

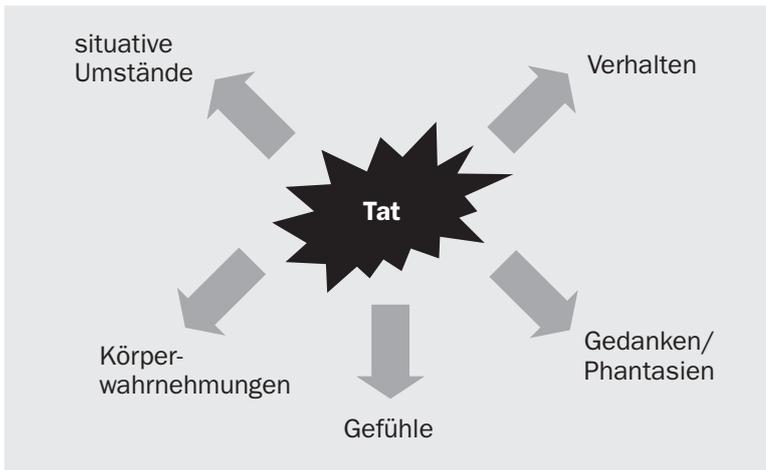
In Tabelle 2 sind die Themen des Behandlungsfokus 2 in einer Übersicht dargestellt. Wie von Ruth Cohn [16] für die Themenzentrierte Interaktion (TZI) formuliert, so gilt auch in den AIP-Gruppen: «Störungen sind willkommen und haben Vorrang.» Einerseits geht es bei der Bearbeitung von Störungen und Konflikten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

Fokus 3 – Deliktorientierung

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

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

Abbildung 2 Fokus 3: Deliktorientierung.



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

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

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

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

Offenlegung des Deliktverhaltens

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

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

Delikt-rekonstruktion

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

Tabelle 3 Fokus 3: Deliktorientierung – Deliktanalyse.

Fokus 3: Deliktorientierung <Deliktanalyse>

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

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

Deliktteilarbeit

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

Phantasiearbeit – Phantasiekontrolle

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

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

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

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

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

**Fokus 3: Deliktorientierung
«Deliktprävention»**

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

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

Bearbeitung kognitiver Verzerrungen

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

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

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

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

Individuelle Risikomatrix

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

Opferempathie

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

ter oben dargestellten persönlichkeitsorientierten «Komplementärprogramms».

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

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

Delikt coping und «Creating»

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

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

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

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

Individueller Plan zur Rückfallprophylaxe

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

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

Fokus 4: kontrollierte Erprobung

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

spezifische Erfahrungen oder Weiterbildungen kaum optimal praktiziert werden kann.

Fokus 4 – kontrollierte Erprobung

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

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

Alltagsbezogenes Sozialtraining

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

Training sozialer Kompetenzen

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

Begleitete therapeutische Ausgänge

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

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

Fokus 5 – Nachbetreuung / risk assessment

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

Fokus 5: Nachbetreuung/risk assessment

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

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

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

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

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

Ausblick

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

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

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

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

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

Literatur

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

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