

Stefan Suhling & Johann Endres

Deliktorientierung in der Behandlung von Straftätern

Bestandsaufnahme und Kritik

Zusammenfassung

In der Praxis der Behandlung von Straftätern besitzt die Auseinandersetzung mit der Straftat einen hohen Stellenwert. Im Rahmen der „Straftataufarbeitung“ wird das zurückliegende Delikt unter anderem mit dem Ziel rekonstruiert, dass der Täter Verantwortung für die Tat übernimmt und Opferempathie entwickelt. Während die Analyse des Delikts für diagnostische und prognostische Zwecke unerlässlich erscheint, lässt sich ihre rückfallprophylaktische Funktion hinterfragen: Weder Leugnen oder mangelhafte Verantwortungsübernahme noch geringe Opferempathie haben sich als Risikofaktoren der Rückfälligkeit erwiesen. Auch ist zu befürchten, dass der Fokus der deliktorientierten Behandlung auf vergangenes Fehlverhalten sowie die negativen Aspekte der behandelten Person demotivierende oder gar stigmatisierende Wirkungen entfaltet. Das übliche Gruppensetting, in dem die Straftataufarbeitung erfolgt, könnte daneben in einigen Fällen schädliche Effekte haben. Der Beitrag fordert eine stärkere theoretische und empirische Fundierung der deliktorientierten Vorgehensweise, eine standardmäßige und explizite Begründung dieses Vorgehens und seiner Ziele im Einzelfall und die Entwicklung oder Adaptation von Behandlungsprogrammen für leugnende Straftäter.

Schlüsselwörter: Behandlung, Straftäter, Tataufarbeitung, Leugnen, Opferempathie

Abstract (Offense-focus in the treatment of criminal offenders: Review and critique).

Current offender treatment approaches focus on the reconstruction and discussion of the offender's criminal act, with the goal that the offender should take responsibility for the crime and develop victim empathy. While the analysis of the offense seems necessary for diagnostic and prognostic purposes, its function in terms of risk reduction seems questionable: Neither denial nor failure to take responsibility nor victim empathy are risk factors for recidivism. Further, focusing on the offender's past and primarily on his negative features can have demotivating or even stigmatizing effects. In addition, discussing offenses in treatment groups could foster detrimental effects in some cases. This paper calls for a better theoretical and empirical foundation of offense-focused treatment approaches, a routine and explicit rationale for an offense-focused ap-

DOI: 10.5771/2365-1083-2016-3-345

proach and its goals in every treatment plan and the development or adaptation of treatment programs for offenders who deny their crimes.

Key words: treatment, offender, offense-focus, denial, victim empathy

Der aktuelle Beitrag befasst sich mit einem Behandlungsansatz, der in deutschen Justizvollzugsanstalten und auch im ambulanten Bereich der Straftäterbehandlung sehr prominent ist. In diesem Ansatz wird angenommen, dass es für den Prozess der Senkung des Rückfallrisikos des Straftäters zentral ist, dass dessen Delikt Gegenstand der behandlerischen Interventionen ist, dass also die Straftat besprochen und im weitesten Sinne „aufgearbeitet“ wird. Im Folgenden wird diese Herangehensweise als „Deliktorientierung“ bezeichnet, und es wird vor allem eine kritische Bestandsaufnahme dieses Ansatzes unternommen.

Dazu wird im ersten Abschnitt zunächst die Situation der Straftäterbehandlung im deutschen Strafvollzug beschrieben und gezeigt, welchen Stellenwert die Deliktorientierung aktuell besitzt¹. Im zweiten Abschnitt beleuchten wir dann genauer, was eigentlich konzeptuell unter Deliktorientierung verstanden wird bzw. zu verstehen ist. Abschnitt 3 beschreibt die Vorteile und die positiven Aspekte der Fokussierung auf das Delikt des Straffälligen, während Abschnitt 4 die Nachteile und problematischen Aspekte aufzeigt. Im abschließenden Abschnitt 5 schließlich wird ein Fazit gezogen.

1. Behandlung und Deliktorientierung im deutschen Strafvollzug

Der Behandlung wird im deutschen Strafvollzug große Bedeutung zugemessen. Seit 1977 gibt es das Strafvollzugsgesetz, welches das mit Verfassungsrang ausgestattete Resozialisierungsziel normiert (Dessecker, 2013). Zwar gibt es schon lange sozialtherapeutische Einrichtungen im Strafvollzug (Egg, 2015), und auch im „Normalvollzug“ haben die Fachdienste Einzel- und Gruppenbehandlungsprogramme durchgeführt. Einen Schub bekam die verhaltensorientierte Behandlungstätigkeit dann allerdings Ende der 1990er Jahre, als das „Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten“ die verpflichtende Verlegung von Sexualstraftätern in sozialtherapeutische Einrichtungen vorsah. Diese Verpflichtung wurde in den Strafvollzugsgesetzen der Länder umgesetzt, ergänzt meist durch Soll-Vorschriften für Gewaltstraftäter. Der beachtliche bundesweite Anstieg der Behandlungsplätze (vgl. Elz, 2015; Niemz, 2015) ging auch mit der Suche nach neuen Konzepten im Umgang mit Straftätern einher. So wurden manualisierte Behandlungsprogramme für Sexual- und Gewaltstraftäter in den Kanon der sozialtherapeutischen Behandlung integriert und auch im

1 Die Autoren des Beitrags kennen sich im Bereich des Strafvollzugs besser aus als im Bereich der ambulanten Straftäterbehandlung, weshalb der stationäre Bereich im Folgenden im Vordergrund steht. Die Argumente in den Abschnitten 2 bis 4 dürften aber ebenso auch für deliktorientierte Behandlungsmaßnahmen außerhalb des Strafvollzugs gelten. Auch in der Bewährungshilfe hat sich seit einigen Jahren die Auseinandersetzung mit der Straftat als Gesprächsthema zumindest mit ausgewählten Probanden etabliert (vgl. z.B. die Standards der Bayerischen Bewährungshilfe).

„Normalvollzug“ angeboten. In Niedersachsen wurde das „Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter“ (BPS; Wischka et al., 2002) entwickelt, andernorts wurde das „Sex Offender Treatment Program“ (SOTP, Rooke, 2002) adaptiert. In Nordrhein-Westfalen wurde das „Behandlungsprogramm für inhaftierte Gewaltstraftäter“ (BIG; Demmerling, 2012) implementiert, in vielen Gefängnissen setzte man auf eine deutsche Version des „Behandlungsprogramms für Gewaltstraftäter“ (Feelgood, 2008).

Neuen Schub erhielt die Straftäterbehandlung mit der Welle neuer Behandlungsprogramme und durch den Gedanken, dass das primäre Ziel sein sollte, die Rückfallgefahr der Inhaftierten zu senken. Zuvor hatte sich Behandlung stärker an den von den Straffälligen selbst geäußerten Behandlungszielen orientiert (Endres & Schwanengel, 2015, siehe aber auch schon Haberstroh, 1982). Nun wurde es z.B. weniger relevant, ob der straffällige Klient depressive Verstimmungen erlebte, Hilfe bei der Bewältigung von Angstzuständen erbat oder welche Entfaltungswünsche er hatte; entscheidender wurde nun, ob er Merkmale aufwies, die in der Auffassung der Fachdienste mit einer erhöhten Rückfallneigung assoziiert waren (z.B. dissoziale Einstellungen, deviante sexuelle Interessen, hohe Gewaltbereitschaft). Diese wurden zum Fokus der Behandlungsbemühungen.

In diesem Zusammenhang hat auch das aus Kanada stammende „Risk-Need-Responsivity“-Modell (RNR-Modell) der Straftäterbehandlung von Andrews und Bonta (zuletzt 2010) im deutschen Behandlungsvollzug Akzeptanz und Verbreitung erfahren. Dieses besagt, kurz gefasst, dass Behandlungsmaßnahmen umso wirksamer sein sollten, je mehr die Intensität der Maßnahmen auf das Rückfallrisiko der Person abgestimmt ist, je mehr an veränderbaren Merkmalen gearbeitet wird, die auch mit Rückfälligkeit assoziiert sind („kriminogenen Bedürfnissen“), und je besser die Methoden an die Lernstile und sonstigen besonderen Merkmale des Behandelten angepasst ist. Das RNR-Modell kann als das am meisten zitierte und nach aktuellem Wissensstand auch am besten evaluierte Rahmenkonzept der Straftäterbehandlung gelten (Andrews & Bonta, 2010; Lösel, Koehler & Hamilton, 2012), auch wenn es die Fragen nach den zu bevorzugenden Behandlungstechniken und Vorgehensweisen im Detail offen lässt.

Auch wenn das RNR-Modell in seiner umfassenden Form (vgl. Andrews, Bonta & Wormith, 2011) wohl selten umgesetzt wird, hat es das Denken und Handeln in den Behandlungssettings des Strafvollzugs maßgeblich beeinflusst. Dazu gehört wohl auch, dass die „Arbeit am Delikt“, die „Straftataufarbeitung“, heute zu den Stützpfeilern, wenn nicht gar zum Zentrum der rückfallpräventiven Tätigkeiten im Behandlungsbe-
reich zählt: „Die Auffassung, dass Tataufarbeitung [...] für die therapeutische und prognostische Arbeit mit Straftätern wesentlich ist, scheint [...] selbstverständlich“ (Müller, 2012, S. 18). Als Beispiel für diese Einschätzung kann auch ein Zitat von F. Urbaniok gelten, dessen Schweizer Arbeitsgruppe viel zitierte Beiträge zur deutschsprachigen Literatur über Straftäterbehandlung leistet: „Deliktorientiertes Arbeiten und entsprechende Interventionen sind das Pflichtprogramm jeder deliktorientierten Therapie“ (Urbaniok, 2003, S. 208).

Während McGrath et al. (2010) für die USA ermittelten, dass jeweils ca. 90 % der Sexualstraftäterprogramme Verantwortungsübernahme für die Straftat und die Steigerung von Opferempathie zum Ziel haben, welche ein wesentlicher Aspekt „deliktorientierter“ Maßnahmen sind (vgl. Abschn. 2), fehlen analoge Zahlen für Deutschland. Man kann allerdings anhand der weiten Verbreitung der oben genannten Behandlungsprogramme (vgl. dazu Spöhr, 2009; Niemz, 2015) zumindest für die sozialtherapeutischen Einrichtungen annehmen, dass die Arbeit am Delikt einen Schwerpunkt darstellt, zumindest aber wohl nur selten auf sie verzichtet wird. Einen indirekten Beleg dafür fand kürzlich auch Laysieffer (2015), die in ihrer Befragung von Behandlern in der Sozialtherapie feststellte, dass sich deliktorientierte Therapieziele weitgehend mit den von Therapeuten geäußerten „Gesamt“-Zielen der Sozialtherapie decken.

Mittlerweile bestimmen sogar schon einige der neueren Gesetze zum Strafvollzug, dass während der Freiheitsstrafe eine Auseinandersetzung mit dem Anlassdelikt erfolgen soll. Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, das Saarland und Sachsen haben etwa in § 3 zu den Grundsätzen der Vollzugsgestaltung, also an zentraler Stelle, in Absatz 1 normiert: „Der Vollzug ist auf die Auseinandersetzung der Gefangenen mit ihren Straftaten und deren Folgen auszurichten.“ Ähnlich wurde dies in den Strafvollzugsgesetzen von Brandenburg, Rheinland-Pfalz und Thüringen (jeweils in § 8 Abs. 1) normiert. In ähnlicher Weise wird die Verantwortungsübernahme für begangenes Unrecht bzw. sozialwidriges Verhalten in einigen neueren Jugendarrestvollzugsgesetzen als Ziel formuliert (z.B. in Brandenburg, Nordrhein-Westfalen).

Angesichts dieser großen Bedeutung, die die Bearbeitung und Auseinandersetzung mit dem Delikt in der Straftäterbehandlung einnimmt, lohnt es, sich einmal intensiver mit den theoretischen und empirischen Grundlagen der Deliktorientierung zu befassen.

2. Was ist „Deliktorientierung“ in der Straftäterbehandlung?

Da es bei der Behandlung von Straftätern im Sinne einer „Kriminaltherapie“ (vgl. Endres & Schwanengel, 2015) um die Verhinderung zukünftiger Straftaten geht, könnte man sagen, dass jede kriminaltherapeutische Behandlung, die das Ziel verfolgt, Rückfälligkeit zu vermindern, deliktorientiert ist. In einem enger gefassten Sinn aber meint Deliktorientierung heute meist, dass bei der kriminaltherapeutischen Behandlung die „Aufarbeitung“ der Straftaten selbst im Fokus stehen sollte, also die Beschäftigung mit dem zurückliegenden Delikt.

Mit Bezug auf das RNR-Modell geht es dabei zunächst darum, unter Rückgriff auf empirisch-nomothetisches Wissen über individuelle rückfallrelevante Merkmale („kriminogene Bedürfnisse“) und durch eine Analyse der funktionalen Zusammenhänge der begangenen Straftat im spezifischen Einzelfall zu versuchen, die relevanten Risikofaktoren zu bestimmen und auf dieser Weise eine „Theorie des Einzelfalls“ in Form einer Arbeitshypothese oder Delikthypothese zu formulieren (vgl. Dahle, 2005). Diese könnte zum Beispiel die Form haben, dass der Gewalttäter Herr X aufgrund verinner-

lichter Schemata andere Menschen als feindselig und bedrohlich wahrnimmt, aufgrund von unzureichenden Konfliktbewältigungsfertigkeiten dazu neigt, bei Stress stark zu trinken, und dann durch provozierendes Verhalten dazu beiträgt, dass es zu Streit kommt. Aus einer solchen Delikthypothese würden sich dann einige Ansatzpunkte für die rückfallpräventive Behandlung ergeben.

Dieses Vorgehen weist einige Parallelen zum Konzept der Rückfallprävention auf, das ursprünglich für den Bereich der Suchtbehandlung entwickelt wurde (Marlatt & Gordon, 1985; McMurran, 2006). Es geht hier darum, auslösende Bedingungen für den Rauschmittelkonsum in der Situation (z.B. fröhliches Zusammensein mit Kollegen) oder in der Person (z.B. körperliche Missstimmungen, „craving“) zu identifizieren. Aus der Analyse der Abläufe und Entscheidungen, die in der Vergangenheit einem Suchtrückfall vorausgegangen sind, werden dann Strategien abgeleitet, wie ein erneuter Rückfall verhindert werden kann (z.B. Vermeidung von Risikosituationen, alternative Reaktionsweisen). Diese Vorgehensweise wurde in der Folge auch auf die Behandlung von Sexualstraftätern übertragen, wo es ebenfalls darum geht, die einer Tat vorhergehenden Verhaltensweisen und scheinbar irrelevanten Entscheidungen zu identifizieren und Gegenstrategien zu entwickeln (Ward & Hudson, 1996; vgl. unten die Ausführungen zum BPS). Rückfallpräventionskomponenten werden in über 90 % der Sexualstraftäterprogramme in den USA gefunden (McGrath et al., 2010).

Sowohl die Deliktorientierung in der Kriminaltherapie als auch der Ansatz des Rückfallpräventionstrainings können auf das in der kognitiven Verhaltenstherapie entwickelte Instrument der Verhaltens- und Problemanalyse zurückgeführt werden (Schulte, 1974). Hier geht es darum, ein Problemverhalten funktional zu analysieren, das heißt, seine aus der individuellen Lerngeschichte resultierenden auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen zu bestimmen. Das Ergebnis dieser Bedingungsanalyse wird auch als „Fallkonzeption“ (Sulz, 2008) bezeichnet. Aus dieser Fallkonzeption ergeben sich Anhaltspunkte für kognitiv-behaviorale Interventionen, welche sich auf den Umgang mit auslösenden Bedingungen (z.B. angstausslösende Stimuli und darauf bezogene Desensibilisierungs- und Gegenkonditionierungstechniken), dysfunktionale Verarbeitungen (z.B. durch kognitive Umstrukturierung), die Vermittlung neuer Fertigkeiten und Verhaltensweisen (z.B. Problembewältigungstraining oder Training sozialer Kompetenzen) oder aufrechterhaltende Faktoren (z.B. Löschung unangemessener Verstärkungen) beziehen können (vgl. Linden & Hautzinger, 2008). Diese verhaltenstherapeutischen Ansätze lassen sich auf die Kriminaltherapie übertragen, wenn das kriminelle Verhalten an die Stelle der Störungssymptomatik gesetzt wird. Neuerdings werden dabei auch schematherapeutische Ideen in die Straftäterbehandlung eingebracht (vgl. zum Überblick Elsner & König, 2016).

Das in England entwickelte Sex Offender Treatment Program (SOTP; Mann & Thornton, 1998) und das deutsche Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS; Wischka et al., 2002) sind kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierte Gruppenprogramme und umfassen jeweils unterschiedliche Module. Das BPS verwendet die Deliktorientierung vor allem in diagnostischer Funktion, jedoch auch mit dem Ziel, Opferempathie zu vermitteln. Dieses standardisierte und manualisierte Programm besteht

aus einem deliktunspezifischen und einem deliktspezifischen Teil. Im deliktunspezifischen Teil geht es um soziale Kompetenz, Selbst- und Fremdbild, Wahrnehmung von und Sprechen über Gefühle, Wissen über Sexualität, Umgang mit Stress usw.; an diesen Sitzungen können prinzipiell auch Personen teilnehmen, die nicht über ihre Sexualdelikte sprechen wollen. Im deliktspezifischen Teil hingegen soll ein individuelles „Deliktszenario“ erarbeitet werden: Ausgangspunkt dafür ist die Annahme, dass einem Sexualdelikt eine Verhaltenskette von „scheinbar belanglosen Entscheidungen“ vorausgeht. Das Deliktszenario umfasst die Vorgeschichte und den Ablauf des Delikts und gibt Aufschluss darüber, welche Motive, Gedanken und Gefühle beim Täter im Vorfeld und während der Tat aufgetreten sind. Es dient zum einen dazu, Risikofaktoren zu identifizieren, die es zu kontrollieren gilt, z.B. situative Auslösebedingungen, innere Zustände und Gedankenketten, die dazu führen, dass das Delikt möglich und wahrscheinlich wird. In den nachfolgenden Trainingseinheiten werden dann daraus individuelle Rückfallvermeidungsstrategien entwickelt, mit deren Hilfe die zu einer möglichen Tat führenden Abläufe möglichst früh unterbrochen werden. Wichtiges Ziel dabei ist, dass der Behandelte die Verantwortung für die begangene(n) Straftat(en) übernimmt und diese Erkenntnis auch auf die zukünftige Handlungsführung überträgt.

Ein anderer, im Strafvollzug und in der Bewährungshilfe weit verbreiteter Behandlungsansatz ist derjenige des Anti-Aggressivitäts-Trainings (AAT; Weidner, Kilb & Kreft, 2009). Erklärtes Ziel dieses Verfahrens ist es, „die Gewaltverherrlichung der Täter zu erschüttern, ihre Schuldgefühle zu wecken und Mitleid mit den Opfern zu fördern, denn ein Gewalttäter, der sich in das Leid der Opfer einfühlen kann, verliert seinen Spaß an der Gewalt und entwickelt Aggressivitäts-Hemmungen“ (Weidner et al., 2009, S. 12). Dem dient vor allem die Methode des „Heißen Stuhls“, eine Art Rollenspiel, bei der der Proband im Zentrum steht und von den Trainern und den anderen Teilnehmern provoziert und konfrontiert wird. Dabei gehe es nicht nur darum, sachliches Feedback zu geben, sondern auch „ihn zu attackieren und so zum Nachdenken zu zwingen“; zu diesem Zweck werden „Gemeinheiten bis an die Schmerzgrenze gesteigert“, „Gewaltrechtfertigung massiv infrage gestellt“ und „Einfühlsamkeit in die Situation der Opfer“ verlangt (S. 16). Der auf dem „Heißen Stuhl“ sitzende Täter wird dazu veranlasst, sich zu fragen: „Wie könnte der sich gefühlt haben? Wie würdest du dich fühlen, wenn dich einer so richtig fertig macht?“ (S. 20) Das Vergegenwärtigen der Situation, in der man seine Straftaten begangen hat, soll also zusammen mit einem Rollenwechsel dazu führen, dass man die Perspektive des Opfers der eigenen Straftat einnimmt und so dessen Leiden nachfühlen kann. Für das Fehlverhalten soll uneingeschränkt Verantwortung übernommen werden; Entschuldigungen und Rechtfertigungen werden nicht akzeptiert.

Das Konzept der deliktorientierten Straftäterbehandlung wurde im deutschen Sprachraum vor allem durch den Psychiater Frank Urbaniok (z.B. 2003) eingeführt und propagiert. Die Behandlung richtet sich zunächst darauf, den „Deliktmechanismus“ zu erhellen, der „erklärt, welche Verhaltensmuster und Eigenschaften des Täters die Deliktbegehung maßgeblich beeinflusst haben“ (Rossegger, Endrass, Urbaniok & Borchard, 2012, S. 138). Dies entspricht in etwa den oben beschriebenen Konzepten

der „Delikthypothese“ oder der individuellen Delinquenztheorie. Weitere Schritte sind dann „Deliktrekonstruktion“ und „Deliktteilarbeit“: Dabei geht es explizit nicht nur darum, das Bedingungsgefüge, das zu der Tat geführt hat, abzubilden, sondern vielmehr, „den Klienten in einen Zustand des Wiedererlebens (anstelle eines kognitiven Erinnerns) zu versetzen: Gefühle, Kognitionen, Sinnes- und Körperwahrnehmungen aus der Tatsituation werden aktualisiert und wiedererlebt.“ (Urbaniok, 2012 a, S. 195) Dieses Wiedererleben soll dann auch den Klienten befähigen, sich konstruktiv mit seinem „Deliktteil“ auseinanderzusetzen und diesem gegenüber wachsam zu bleiben. „Deliktteil“ steht dabei für jenen Anteil der Persönlichkeit, der deliktrelevanten Gedanken, Gefühle und Wahrnehmungen generiert und sozusagen „beim Delikt die Regie geführt“ hat (Urbaniok & Groth, 2012, S. 206). Eine der vorgeschlagenen Übungen basiert darauf, dass dieser Deliktteil als eigenständiger Akteur im Kopf des Klienten imaginiert wird, sozusagen als eine Art Dämon, den es zu bannen und zu beherrschen gilt (vgl. dazu Endres & Schwanengel, 2015).

3. Der mögliche Nutzen deliktorientierter Behandlungsansätze

Deliktorientierung im Sinne einer gezielten Auseinandersetzung mit dem Ablauf der jeweiligen Straftaten des jeweiligen Täters und der Analyse der Rahmenbedingungen der begangenen Delikte scheint zunächst vor allem diagnostisch bedeutsam. Wenn sich gemäß dem RNR-Modell die Behandlung an kriminogenen Defiziten orientieren soll, dann ist es wichtig, die im individuellen Fall vorliegenden Risikofaktoren festzustellen. Dies ist prinzipiell möglich auch ohne gezielte Betrachtung der jeweiligen Delikte, etwa indem mittels des standardisierten Prognoseinstruments LSI-R (Dahle, Harwardt & Schneider-Njepel, 2012) die Ausprägung einzelner Problembereiche (z.B. Arbeit, Finanzen, familiäre Beziehungen, Substanzmissbrauch, Freizeitverhalten, psychische Störungen) bestimmt wird. Die gezielte Analyse des Tathergangs ist aber dazu geeignet, zum einen zusätzliche Risikofaktoren sichtbar zu machen, die im jeweiligen Fall besonders bedeutsam sind (z.B. eine heftige Eifersuchtsproblematik, habituelles Glücksspiel); darauf gerichtet können dann zusätzliche gezielte Interventionen geplant werden. Zum anderen kann die genaue Deliktanalyse dazu beitragen, spezifische Motivationen festzustellen (z.B. eine sadistische Komponente bei sexuellen Übergriffen), die ansonsten im alltäglichen Verhalten und im Selbstbericht nicht vorkommen. Die Fokussierung auf das Delikt macht es also möglich, im Rahmen des RNR-Modells das Bedürfnisprinzip (Behandlungsziele abgeleitet aus den kriminogenen Bedürfnissen) zu individualisieren und zu verfeinern.

Besonders deutlich wird die diagnostische Funktion der Deliktanalyse in den rückfallpräventiv orientierten Behandlungsformen. Die differenzierte Analyse der Tatsituation und insbesondere der Verhaltensweisen und Entscheidungen, die der Tat unmittelbar vorausgegangen sind, ermöglicht es, potentiell rückfallvorbereitende Verhaltensweisen oder innere Vorgänge und rückfallbegünstigende Situationen zu identifizieren und darauf bezogene Vermeidungs- und Bewältigungstechniken zu generieren. Bei

dieser diagnostischen Funktion kommt es allerdings in erster Linie auf die Analyse der Schritte an, die der Tat vorhergegangen sind. Ob die detaillierte Analyse des eigentlichen *Tathergangs* zusätzliche Erkenntnisse ergibt, erscheint weniger eindeutig.

Der Analyse des Delikts und seiner funktionalen Zusammenhänge mit Merkmalen und Motiven der Person wird von Therapeuten auch eine motivierende Funktion zugeschrieben (Schneider, 2016). Wenn Probanden erkennen, auf welche Weise ihre Delikte mit Verhaltensmustern oder andauernden Merkmalen ihrer Person (z.B. mit Alkoholkonsum oder während der Taten aktualisierten emotionalen Schemata) zusammen hängen, können sie auch besser einsehen, weshalb sie diese psychischen Strukturen verändern müssen. Auch Programme, die die Änderungsmotivation stärken sollen (z.B. KIM; Breuer, Gerber, Buchen-Adam & Endres, 2014), sehen eine Trainingseinheit vor, in der dieser Zusammenhang in Form einer „Ereigniskette“ dargestellt wird.

Über die diagnostische und motivierende Funktion hinausgehend wird manchmal, nicht immer explizit, die Auseinandersetzung mit dem Delikt und die ausführliche Besprechung des Tatablaufs auch als therapeutisches Agens angesehen. Dahinter steht die Annahme, dass für das kriminelle Verhalten eine innerpsychische Struktur („Schema“, „Deliktteil“) ursächlich ist, die sich außerhalb des Tatverhaltens nicht oder nur undeutlich zeigt und die dann einer Modifikation am besten zugänglich ist, wenn sie aktualisiert wird, d.h. im Kontext der Behandlung lebhaft vergegenwärtigt wird. Dies könnte insbesondere für sogenannte Affektdelikte (Tötungen eines Partners zum Beispiel in einer Trennungskrise) oder für manche Sexualdelikte (Ausagieren von devianten Phantasien) zutreffen. Die Problemaktualisierung (im Sinne von Vergegenwärtigung) wurde von Grawe (Grawe, Donati & Bernauer, 1994) als einer von vier zentralen therapeutischen Wirkfaktoren postuliert (neben Motivklärung, Ressourcenaktivierung und Unterstützung bei der Problembewältigung, jeweils eingebettet in die therapeutische Beziehung).

Im Ansatz von Urbaniok (2003, 2012a) wird der Deliktrekonstruktion und der „Deliktteilarbeit“ vor allem die Funktion zugeschrieben, dass dabei die bewusstseinsfernen Teile der Persönlichkeit (man könnte auch sagen „Schemata“) aktualisiert und somit einer modifizierenden Bearbeitung zugänglich gemacht werden sollen. Indem diese „inneren Teile“ und Zusammenhänge dem Klienten erkennbar werden, kann er seine Kompensations- und Steuerungsfähigkeit stärken. Dies erfolgt durch Sensibilisierung für damit verbundene Körper- und Sinneswahrnehmungen, Integration in das Selbstbild, verstärkte Wachsamkeit und introspektive Distanzierung. Zugleich können mit dem Tatverhalten verbundene kognitive Verzerrungen (selbstwertdienliche Beschönigungen und Entschuldigungen, deliktfördernde Einstellungen) modifiziert werden. Neben der Verbesserung der Steuerungsfähigkeit wird der Vergegenwärtigung des Delikts manchmal auch noch eine kathartische Funktion zugeschrieben: Es wird angenommen, dass das erneute Durchleben der Situation in der Therapie zu einer Lösung von emotionalen Spannungen und zu einer Abschwächung der Deliktmotivation führt (Urbaniok, 2003; Leysieffer, 2015). In welchem Maße diese Annahmen zutreffen und ob die intensive Deliktarbeit tatsächlich geeignet ist, solche Strukturen zu verändern, bedarf empirischer Nachweise, die bisher nicht geführt worden sind.

Ein weiteres therapeutisches Ziel, das mit der Deliktorientierung verbunden wird, ist die Stärkung der Opferempathie. Indem detailliert herausgearbeitet wird, wie sich die Tat aus der Perspektive des Opfers angefühlt haben musste, sollen Mitgefühl für dessen Leid und Verständnis für dessen Sichtweisen entwickelt werden. Ob dies etwa im AAT und in anderen Maßnahmen durch Konfrontation mit der Opferperspektive gelingt, ist aber nicht nachgewiesen.

In einer Befragung von in Sozialtherapeutischen Abteilung tätigen Therapeutinnen und Therapeuten hinsichtlich der Behandlungsziele (Leysieffer, 2015) waren „Übernahme von Verantwortung für das begangene Delikt“ und „Bewusstsein für deliktrelevante kognitive Verzerrungen“ die beiden einzigen Ziele, für deren Erreichung die deliktorientierte Gruppenmaßnahme als besser geeignet eingeschätzt wurde als die Gesamtbehandlung. Insgesamt jedoch stimmten die Bewertungen für 20 vorgegebene Behandlungsziele für beide Behandlungsarten weitgehend überein. Inwiefern die deliktorientierte Behandlung tatsächlich besser als andere Ansätze dazu beiträgt, dass diese Ziele erreicht werden, wurde bisher nicht empirisch untersucht.

BPS, AAT und viele andere vergleichbare Behandlungsprogramme für Straftäter sind als Gruppentrainings konzipiert. Der Vorteil des Gruppenformats, über Aspekte der ökonomischen Effizienz hinausgehend (pro Trainerstunde werden mehr Teilnehmer erreicht), wird darin gesehen, dass hier das spezifische „Expertenwissen“ der Teilnehmer therapeutisch nutzbar gemacht werden kann. Aufgrund ihrer eigenen Betroffenheit wissen diese nicht nur besser als die Trainer, welche kognitiven Verzerrungen bei einem Täter wirksam werden – sie besitzen auch für den Täter eine andere Glaubwürdigkeit und Autorität, wenn sie Selbsttäuschungen und faule Ausreden entlarven oder zu bekundeten Zukunftsplänen Feedback geben.

4. Was spricht gegen Deliktorientierung?

Zunächst verblüfft in den vorliegenden Ansätzen die Selbstverständlichkeit, mit der das Delikt in der Behandlungsarbeit zu thematisieren ist. Mitunter erscheint es so, als ob „Tatbearbeitung“ ein Selbstzweck wäre und man sich von der „Tatbearbeitung“ *per se* eine therapeutische Wirkung verspricht. Möglicherweise liegt diesem Gedanken eine Übertragung des psychoanalytischen Konzepts des „Durcharbeitens“ auf die Straftäterbehandlung zugrunde (Endres & Schwanengel, 2015). Ob davon allerdings tatsächlich positive Wirkungen zu erwarten sind, wurde bisher nicht empirisch belegt und erscheint auch aus theoretischen Überlegungen durchaus nicht zwingend.

4.1 Verantwortungsübernahme, Leugnen und Bagatellisieren

Von zentraler Bedeutung für die deliktorientierte Behandlung ist die Verantwortungsübernahme für die Straftat. Zum einen wird als Voraussetzung der Behandlungsarbeit meist das zumindest grundsätzliche Geständnis der Tat angesehen, zum anderen ist ihr Ziel die möglichst aktengetreue Darstellung ohne Beschönigungen, Entschuldigungen

und Rechtfertigungen. Kröber (1995) stellt heraus, dass die Annahme „ohne Geständnis keine Einsicht, ohne Einsicht keine Besserung“ (S. 69) für die gesamte Justiz gelte. Ähnlich verdeutlicht Endres (in Vorb.), dass das Leugnen im Strafvollzug als fehlende Kooperationsbereitschaft und als Indikator einer erhöhten Rückfallgefahr betrachtet wird und dass angenommen wird, das Eingestehen der Tathandlungen sei eine notwendige Voraussetzung für therapeutische Maßnahmen. Tatsächlich gibt es eine Reihe von nationalen und internationalen Belegen dafür, dass leugnende Straftäter seltener an Behandlungsmaßnahmen teilnehmen, dass sie häufiger aus diesen vorzeitig ausscheiden, seltener Lockerungen erhalten und seltener vorzeitig aus dem Strafvollzug entlassen werden (Endres & Breuer, 2014; Beyko & Wong, 2005; Levenson & McGowen, 2004; Olver et al., 2011).

Gleichzeitig gibt es eine Vielzahl von empirischen Belegen dafür, dass Leugnen keinen Risikofaktor für zukünftige Straftaten darstellt. So zeigen die international bekannt gewordenen Meta-Analysen zu Prädiktoren der Rückfälligkeit bei Sexualstraftätern von Hanson und Kollegen (Hanson & Bussière, 1998; Hanson & Morton-Bourgon, 2005) keinen Zusammenhang. Im deutschsprachigen Raum fand Elz (2002) in ihrer Analyse der Gerichtsakten von verurteilten Sexualstraftätern keine Korrelation zwischen Geständnis und Rückfälligkeit, Rettenberger und andere (2011) konnten in einer Evaluationsstudie zum Prognoseinstrument „SVR-20“ ausgerechnet für die Items „Leugnen und extremes Bagatellisieren“ sowie „deliktbegünstigende Einstellungen“ keine rückfallprädiktive Validität feststellen. Zuletzt stellte sich in der bayerischen Sexualstraftäter-Untersuchung mit für diese Analysen verwendbaren 588 aus der Haft entlassenen Straftätern heraus, dass zwischen Leugnen und verschiedenartig operationalisierter Rückfälligkeit kein Zusammenhang bestand (Endres & Breuer, 2014; Endres, in Vorb.). In der Studie von Harkins und anderen (2015) mit knapp 7.000 Sexualstraftätern ging Leugnen in Bezug auf einschlägige Delikte sogar mit einer niedrigeren Rückfallrate einher.

Dies ließe sich damit erklären, dass Leugnen für eine nicht geringe Zahl von Tätern möglicherweise einen Schutzfaktor darstellt (vgl. auch Harkins et al., 2010; Nunes et al., 2007), z.B. dann, wenn Leugnen Ausdruck von Scham ist und die Tat dem eigentlichen Rechtsempfinden der Person widerspricht (Dissonanzreduktion). Mit dem Leugnen kann auch versucht werden, Unterstützung von Angehörigen und Freunden aufrecht zu erhalten, und Leugnen kann daneben die im Strafvollzug wichtige Funktion erfüllen, sich vor Sanktionen oder gar Übergriffen von Mitgefangenen zu schützen. Wer sich in diesem Sinne dagegen wehrt, als Sexualstraftäter identifiziert zu werden, belegt damit weniger seine Devianz als seine Normalität. Insofern kann sie auch als ein guter Ausgangspunkt für Behandlung gelten (Yates, 2009). Wenn Leugnen hingegen Ausdruck von Dissozialität, selbstbezogener und egoistischer Lebensführung ohne Rücksicht auf andere ist, kann sie auch als Risikofaktor gesehen werden (Endres, in Vorb.; Kröber, 2010). Für sich genommen begründet das Leugnen aber weder die Annahme einer erhöhten Rückfallwahrscheinlichkeit oder einer geringen Lockerungseignung (vgl. dazu auch Laubenthal et al., 2015) noch die Ausgrenzung von Behandlungsmaßnahmen, da im Sinne des RNR-Modells Leugner natürlich eine ganze Reihe

weiterer behandlungsbedürftiger Risikofaktoren für Rückfälligkeit aufweisen können. Leugnen berührt im Sinne des RNR-Modells aber mehr den Ansprechbarkeits- als den Risiko- und Bedarfsaspekt.

Leugnen wird also von vielen im Strafvollzug als extreme Form der Verantwortungsabweisung interpretiert. Eine ähnliche Funktion, bei grundsätzlichem Eingestehen der vorgeworfenen Tat, erfüllen die vielfältigen Formen des Entschuldigens, Rechtfertigens, Relativierens, Beschönigens und Herausredens. Entsprechende Aussagen (oder Ausreden) wie z.B. „Es war der Alkohol“, „Er hat mich provoziert“, „Sie hat es genossen“, „Normalerweise verhalte ich mich nicht so“ oder „Ich wusste nicht, dass sie erst 11 war“ werden häufig nicht nur als nachträgliche Neutralisierungen der zurückliegenden Tat gesehen, sondern auch als „deliktförderliche Kognitionen“, die zukünftige weitere Straftaten begünstigen können und deswegen in der delikt-orientierten Therapie reduziert werden sollen. Doch obwohl diese „kognitiven Verzerrungen“ verbreitet als Risikofaktor angesehen werden, weisen auch hier empirische Studien auf eine geringe rückfallprädiktive Bedeutung hin (zusammenfassend z.B. Mann, Hanson & Thornton, 2010; Marshall, Marshall & Kingston, 2011). Die Haltung zum eigenen Delikt ist nachgewiesenermaßen weniger relevant als die generelle Einstellung gegenüber Normbrüchen, Straftaten und der selbstzentrierten Sicht auf die Bedürfnisbefriedigung (Andrews & Bonta, 2010; Hanson & Morton-Bourgon, 2005). Maruna und Mann (2006) stellen fest, dass es für Menschen nicht ungewöhnlich sei, persönliche Fehler abzustreiten und Entschuldigungen für sie zu suchen – im Gegenteil sei es eher ungewöhnlich, dafür die Verantwortung zu übernehmen. Mann und Shingler (2006) betonen, dass kognitive Verzerrungen im Sinne von Rechtfertigungen und (Schuld-) Neutralisierungen der eigenen Straftat auch die „gesunde“ Funktion haben können, den Selbstwert aufrecht zu erhalten und einer Stigmatisierung vorzubeugen. Diese Argumente betonen wiederum die potentiell protektive Funktion von Bagatellisierungen der Tat.

Für viele Therapeuten ist die Förderung der Verantwortungsübernahme ein zentrales Behandlungsziel (Leysieffer, 2015). In der Auseinandersetzung mit den Berichten über die eigene Straftat nimmt deshalb die Konfrontation von Bagatellisierungen und Entschuldigungen oft einen großen Raum ein. Mitunter drehen sich ganze Sitzungen um Diskrepanzen zwischen dem Tatgeschehen, wie es sich aus den Akten ergibt, und der Wiedergabe durch den Straftäter. Dabei wird manchmal ignoriert, dass auch die Darstellung der Tat im Gerichtsurteil lediglich eine (möglichst revisionssichere) Rekonstruktion der Ereignisse darstellt, die nicht im Detail stimmen muss. Dennoch wird nicht selten eine Eins-zu-eins-Wiedergabe von dem Probanden erwartet und die fehlende Anerkennung einiger Details als Widerstand gedeutet. Eine solche Herangehensweise bedingt häufig ein sehr konfliktbetontes, konfrontatives Vorgehen gegenüber dem Täter, das die therapeutische Beziehung belastet. In der Behandlung von Straftätern, besonders solchen mit Persönlichkeitsstörungen, wird ein phasenweise konfrontatives Vorgehen auch für nötig gehalten (vgl. Reiss & Vogel, 2014; Sachse, 2013), sie erhöht aber grundsätzlich die Wahrscheinlichkeit, dass die Behandlungsmotivation abnimmt. Auch für die Straftäterbehandlung gilt, dass die therapeutische Allianz ein zen-

traler Wirkfaktor ist und dass harsche, konfrontative Vorgehensweisen die Wirksamkeit reduzieren (Marshall & Serran, 2004). Bullock und Condry (2013) machten die Beobachtung, dass Bagatellisierungen sehr wohl auch auf der Grundlage einer respektvollen Umgangsweise mit dem Teilnehmer in Frage gestellt werden können; ein Großteil der befragten Teilnehmer berichtete jedoch Frustration, wenn die Technik der Konfrontation mit besonderer Rigidität angewandt wurde².

Besonders problematisch erscheint in diesem Zusammenhang ein Hinterfragen und Konfrontieren von Bagatellisierungen, das am Ende nur die internale und stabile Attribution der Tat erlaubt und situative Umstände ausblendet bzw. deren Vorbringen nicht zulässt. Teilnehmer werden in dieser Variation der Bearbeitung von Bagatellisierungen erst dann „in Frieden gelassen“, wenn sie äußern, dass sie die Tatdetails so beabsichtigten oder zumindest ihre persönlichen Eigenschaften als Ursache der Tat darstellen (z.B. „Ich habe es getan, weil ich Macht haben wollte“ oder „weil ich pädophil bin“). Bei dieser Vorgehensweise kann es vorkommen, dass die Persönlichkeitsanteile der Tatdynamik überbetont, die situativen Faktoren aber vernachlässigt werden. Besonders bei „Situationstätern“ (Urbaniok 2012 b) erscheint dies problematisch und wirkt wie ein fundamentaler Attributionsfehler der Behandler: Diesen im Alltag üblichen Fehler machen Menschen, indem sie bei anderen vor allem personenbezogene, interne Dispositionen und Motive als Ursache für eine Handlung erkennen, während sie ihr eigenes Verhalten meist eher durch situative Umstände erklären (vgl. Gilbert & Malone, 1995). Speziell bei seltenen Ereignissen wie schweren Straftaten ist jedoch davon auszugehen, dass besondere situative Konstellationen eine wichtige Rolle gespielt haben. Das Dilemma für den Täter ist: Wenn er Verantwortung übernimmt und sich als Mensch mit kriminellen Absichten oder Charaktereigenschaften bekennt („Ich wollte es, weil ich so bin“), hat es negative Konsequenzen, und wenn er nicht vollständig die Verantwortung übernimmt, führt dies ebenso zur moralischen Disqualifizierung (Maruna & Mann, 2006).

Durch eine allzu rigide Art der Tatbearbeitung wächst somit auch die Gefahr der Stigmatisierung: Wenn am Ende des (konfrontativen) Behandlungsprozesses die geforderte stabil-internale Attribution der Tat (d.h. ihre Erklärung durch in der Person liegende und dauerhafte Ursachen) steht, erscheint der Straftäter möglicherweise gefährlicher als zuvor. Hier findet also potentiell eine ähnliche Dynamik statt wie im Umgang mit Leugnern, die durch den Ausschluss von deliktorientierten Behandlungsmaßnahmen auch aus den Routinen der Lockerung und Entlassungsvorbereitung herausfallen und dadurch ebenfalls rückfallgefährdeter erscheinen.

Aufgrund der genannten Schwierigkeiten schlagen Ware und Mann (2012) vor, in der Behandlung stärker an der Verantwortungsübernahme des Täters für seine Zukunft statt an der für seine Vergangenheit zu arbeiten. Die Annahme, wenn ein Täter auf Erklärungen, Entschuldigungen und Rechtfertigungen für vergangenes Fehlverhalten

2 Nicht zu vernachlässigen sind auch die frustrierenden Effekte einer zähen „Tataufarbeitung“ bei bagatellisierenden Probanden auf die Behandler, die wiederum zu einer Dynamik beitragen, an deren Ende mitunter die Beendigung der Behandlung steht.

verzichtet und in diesem Sinne die volle Verantwortung dafür übernimmt, werde er sich auch in Zukunft verantwortlicher verhalten und keine Straftaten mehr begehen, ist weder logisch schlüssig noch empirisch belegt. Insbesondere erscheint es sehr zweifelhaft, inwiefern die mit dieser Form der Verantwortungsübernahme verbundene Identifikation als Sexualstraftäter, also das Akzeptieren des Stigmas und die Integration der Tat in das Selbstkonzept, rückfallprotektiv wirken soll.

4.2 (Opfer-) Empathie

Neben der Verantwortungsübernahme stellt sich die Förderung von Empathie, insbesondere von Opferempathie, seit langem als zentrales Ziel deliktorientierter Behandlungsmethoden dar. Dabei kann vorliegend nicht auf die Komplexität dieses Konstrukts und auf die wissenschaftlichen Debatten um seine Dimensionen eingegangen werden (vgl. Cuff et al., 2014). Wesentlich für die vorliegende Argumentation sind die Unterscheidungen zwischen kognitiver Empathie (die mentale Repräsentation des Gefühlszustands des Gegenübers) und emotionaler Empathie (das Nachempfinden des Gefühlszustands des Gegenübers), sowie zwischen allgemeiner Empathiefähigkeit und Opferempathie (Empathie mit dem eigenen Opfer oder mit den Opfern von Straftaten). Mit dieser letzten Unterscheidung verwandt erscheint die Differenzierung zwischen dispositioneller Empathiefähigkeit und situativer Empathie.

Deliktorientierte Behandlungsprogramme versuchen Opferempathie zu fördern, indem Beschreibungen gelesen oder Videos gezeigt werden, in denen Opfer von ihren Reaktionen auf die Straftat berichten, indem (nicht abzusendende) Briefe an die eigenen Opfer geschrieben werden sollen, in denen Einfühlung geprobt wird oder indem Rollenspiele inszeniert werden, in denen Tatsituationen nachgespielt werden. Mitunter müssen Täter in diesen Rollenspielen das Opfer ihrer eigenen Straftat spielen. Auch die generelle Empathie (als sozial-kognitiv-emotionale Kompetenz) wird in einigen Behandlungsprogrammen gefördert (etwa durch Wissensvermittlung, Diskussion von sozialen Szenarien oder Rollenspiele sozialer Interaktionen). Die theoretische Annahme hinter Übungen zur Förderung der Opferempathie im Rahmen deliktorientierter Maßnahmen ist, dass die (rückwirkende) Perspektivenübernahme Fehlwahrnehmungen und falsche Annahmen über die Opfersituation bei der Tatbegehung korrigieren hilft und dass dadurch die Fähigkeit entsteht, in zukünftigen Situationen empathisch zu reagieren, was wiederum potentielle Impulse zur Tatbegehung hemmen sollte.

Zwar fanden Vachon, Lynam und Johnson (2014) in einer Meta-Analyse nur sehr geringe Zusammenhänge zwischen Empathie und Aggression. In relevanteren Stichproben stellten van Langen et al. (2014) indes in einer Replikation und Erweiterung einer Meta-Analyse von Jolliffe und Farrington (2004) signifikant geringere Empathiewerte bei Straftätern als bei nicht straffällig gewordenen Personen fest ($d = .43$ für kognitive und $d = .19$ für affektive Empathie). Diese Unterschiede blieben auch in Moderatoranalysen vergleichsweise stabil. Brown und Walker (in press, zitiert nach Brown, Harkins & Beech, 2012) konnten diesen Befund allerdings nur eingeschränkt für Sexu-

alstraftäter finden (so auch schon Jolliffe & Farrington, 2004). Für prospektive Studien mit Sexualstraftätern konnten weder Hanson und Bussière (1998) noch Hanson und Morton-Bourgon (2005) in ihren Meta-Analysen Zusammenhänge zwischen Empathiemaßen und einschlägiger Rückfälligkeit feststellen. In Bezug auf allgemeine oder gewalttätige Rückfälle ergaben sich geringe Effektstärken (Hanson & Morton-Bourgon, 2004).

Die Heterogenität der Operationalisierung von Empathie und die Vielzahl der eingesetzten Messinstrumente könnten zu den widersprüchlichen Befunden beigetragen haben. Kritisch erscheint etwa, dass Empathie meist mit Selbstauskunftsverfahren gemessen wird; Empathie kann aber auch als Leistung konzipiert werden, die der Selbsteinschätzung nicht unbedingt zugänglich ist. Grundsätzlich ist die Annahme problematisch, mangelnde Opferempathie sei für die Begehung einer Gewalt- oder Sexualstraftat ursächlich gewesen: Situativ fehlende Opferempathie stellt wohl vielmehr eine theoretisch notwendige Konstituente der Straftat dar, denn die Tat wäre wohl überhaupt kaum denkbar unter der Annahme, der Täter hätte im Moment der Tat eine hohe Einfühlung mit dem Opfer gehabt. Allein bei manchen sexuellen Kindesmissbrauchern ist dies denkbar; bei diesen stellt vielmehr die *zu hohe* Empathie mit dem Opfer (im Sinne einer emotionalen Kongruenz mit Kindern; vgl. McPhail et al., 2013) einen Risikofaktor dar, was eine Kontraindikation für Empathiearbeit bedeuten dürfte. Ebenso dürfte deliktorientierte Empathiearbeit bei sadistischen Straftätern kontraindiziert sein, da diesen ja gerade das Erlebnis des Leids ihres Opfers Befriedigung verschafft.

Tatsächlich gibt es bislang weder überzeugende Belege dafür, dass deliktorientierte Maßnahmen Empathie fördern, noch dafür, dass Opferempathiemodule wirksam sind (Day, Casey & Gerace, 2010; Hoberman, 2016). Wastell, Cairns und Haywood (2009) evaluierten ein Opferempathietraining mit Kindesmissbrauchstätern. Im Vergleich zu einer unbehandelten Kontrollgruppe veränderten sich die verwendeten Empathie Maße bei den Behandelten zum Positiven. Pithers (1997) fand hingegen keine Veränderungen seiner behandelten Probanden in Empathiemaßen. In keiner der beiden Studien wurden Zusammenhänge der Veränderungen mit Rückfälligkeit geprüft. Diese bleiben regelmäßig aus, selbst da, wo positive Veränderungen in Empathie im Verlauf der Behandlung festgestellt werden können (z.B. Olver et al., 2014).

Während Täter selbst berichten, die Empathiearbeit gehöre zu den Komponenten der Behandlung, die die stärkste Wirkung auf sie gehabt hätten (z.B. Levenson et al., 2009), wecken zudem zwei Meta-Analysen Zweifel: Sie fanden zwar eine generelle Wirksamkeit von kognitiv-behavioraler Behandlung (Landenberger & Lipsey, 2005) bzw. kleine Wirksamkeitseffekte in der Behandlung von Gewaltstraftätern (Jolliffe & Farrington, 2009), aber in beiden Studien waren die Effekte dann gering bzw. insignifikant, wenn die Programme eine Empathie-Trainingskomponente beinhalteten.

Mann und Barnett (2013) sehen insgesamt eine noch zu geringe empirische Fundierung für das Behandlungsziel „Empathieförderung“. Sie problematisieren entsprechende Maßnahmen angesichts der fraglichen positiven Effekte auf die Senkung des Rückfallrisikos auch deshalb, weil sie in ihnen eine punitive Komponente entdecken: Der

Täter soll als Vergeltung für die Schmerzen, die er dem Opfer zugefügt hat, in der Therapie ebenfalls Schmerzen und Schuldgefühle erleiden. Empathieförderung kann mit anderen Worten ethisch bedenklich werden, wenn Therapeuten – gewissermaßen als Repräsentanten des gesellschaftlichen Wunsches nach Strafe – Empathietraining als „Bußübung“ inszenieren (vgl. dazu auch Kröber, 2010; S. 32, der bei der Tataufarbeitung ebenfalls die Gefahr sieht, dass sie zur „emotionalen Selbstkasteiung“ führen könne). Auch beim Anti-Aggressivitäts-Training (s.o.) geht es ja explizit darum, den Täter einmal spüren zu lassen, wie es ist, wenn man von anderen fertiggemacht wird; davon wird eine präventive Wirkung erhofft. Dabei wird jedoch übersehen, dass viele Gewalttäter (und auch manche Kindesmissbraucher) durchaus sehr gut aus eigener Erfahrung wissen, wie es ist, Opfer zu sein, und vielleicht gerade deshalb zum Täter geworden sind. Wenn Empathieförderung für die Teilnehmer solcher Maßnahmen quälend und schmerzhaft wirkt³, ist dies ethisch nur dann akzeptabel, wenn diese Maßnahmen auch nachweislich die Rückfälligkeit reduzieren und somit positive Effekte für die Gesellschaft und den Straftäter haben und wenn es keine mildereren Alternativen gibt. Barnett und Mann (2013) schlagen vor, in der Behandlung stärker auf individuelle Risikofaktoren zu fokussieren, die dafür verantwortlich waren, dass der Täter in der Tatsituation keine Opferempathie entwickelte. Das können nach Meinung der Autorinnen Feindseligkeit, Defizite im Problemlösen, deviante sexuelle Interessen o.ä. sein.

4.3 Negativer Fokus

Die intensive Auseinandersetzung mit der Straftat impliziert, dass sich ein großer Teil des Behandlungsgeschehens negativen Verhaltensweisen und Persönlichkeitsmerkmalen des Straffälligen widmet. Schambesetzte, unangenehme Aspekte aus der Vergangenheit des Täters sollen den anderen Gruppenteilnehmern offengelegt werden. Dies und auch die ausgiebige Thematisierung von zukünftig zu vermeidenden Situationen und Verhaltensweisen (z.B. Kinder beobachten oder ansprechen, Alkohol trinken, in den Tag hinein leben) im Rahmen des Rückfallpräventionskonzepts birgt die Gefahr, dass sich negative Auswirkungen auf die Behandlungs- und Veränderungsmotivation ergeben. Tataufarbeitung könnte mit anderen Worten „dämpfend“ statt aktivierend wirken (vgl. Kröber, 2013). Die vergleichsweise hohen Abbruchquoten (z.B. in Sexualstraftäterprogrammen zwischen 15 und 86 %; Larochelle et al., 2011; Langevin, 2006; vgl. auch Olver et al., 2011) können als Hinweis auf diese Dynamik gelten. Das könnte auch damit zusammenhängen, dass der Rückfallvermeidungsansatz seinen Teilnehmern suggeriert, dass eine „Heilung“ ihrer Problematik nicht möglich ist und an ihrer Stelle eine lebenslange (interne) Kontrolle der kriminogenen Impulse treten muss. Während

- 3 Möglicherweise ist es gerade dieses Quälende, das bei einem Teil der Teilnehmer die Akzeptanz für die Auseinandersetzung mit dem Delikt ausmacht. So wird der „Heiße Stuhl“ des AAT nicht selten als eine Mutprobe erlebt, die durchgehalten zu haben man nachher stolz ist. Und der Gedanke, dass eine Medizin bitter schmecken muss, damit sie wirkt, ist sowohl bei Therapeuten als auch bei Straftätern verbreitet.

diese „no cure, but control“-Annahme (Kröger, 1997) für manche (z.B. paraphile) Straftäter angemessen sein kann, wird seine Übernahme für viele Straftäter nicht nötig sein, wie die Desistance-Literatur zeigt (z.B. Laws & Ward, 2011; Veysey et al., 2013). Für die meisten Täter wird sie auch nicht akzeptabel sein und demotivierende (oder gar stigmatisierende) Effekte haben. Thornton (2013) vermerkt in diesem Zusammenhang: „Some relapse prevention plans are so focused on risk avoidance that they define a life few people would willingly live“ (p. 65).

Der negative Fokus der Tataufarbeitung birgt überdies die Gefahr, dass protektive Faktoren und Stärken des Behandelten zu wenig beachtet werden. Das ist für den Behandelten nicht nur unangenehm und demotivierend; die Fokussierung auf negative Handlungen und „Risiko-Eigenarten“ des Straffälligen impliziert auch eine Überschätzung des Rückfallrisikos. Damit einher geht die Tendenz, falsch positive Rückfall- und Missbrauchsprognosen z.B. bei der Lockerungsprüfung oder der Frage der vorzeitigen Entlassungsmöglichkeit zu stellen. Die Forschung zu protektiven Faktoren hat indes deutliche Fortschritte gemacht (z.B. Serin et al., 2015; de Vries Robbé et al., 2015). Eine Umsetzung dieser Erkenntnisse in Behandlungsprogramme steht allerdings noch aus (Thornton, 2013).

Ein möglicher Behandlungsansatz ist in diesem Zusammenhang das so genannte „Good lives model“ (GLM) von Ward und Mitarbeitern (Ward, Gannon & Mann, 2007; von Franqué & Briken, 2013). Ausgehend unter anderem von der Annahme, dass Vermeidungsziele weniger verhaltenswirksam sind als Annäherungsziele, ist die Behandlung im GLM darauf ausgerichtet, den Straftätern Wege zu vermitteln, ein befriedigenderes Leben zu führen, in dem sie ihre grundlegenden Bedürfnisse und Motive mit legitimen Mitteln befriedigen. Risikofaktoren werden dabei als Hindernisse auf diesem Weg begriffen; die Analyse von individuellen Stärken und gut „funktionierenden“ Verhaltensbereichen gehört zum Ansatz des GLM. Allerdings liegen zu entsprechend der GLM-Konzeption durchgeführten Programmen bislang kaum empirische Daten vor. Kürzlich berichteten Harkins et al. (2012) von einem Vergleich zwischen einem GLM-basierten Behandlungsprogramm und einem Programm, dass auf den Prinzipien der Rückfallprävention basiert. Entgegen der Annahmen des GLM-Ansatzes unterschieden sich weder die Abbruchquoten der beiden Programme noch die Fortschritte, die die Teilnehmer machten. Allerdings berichteten nur die Teilnehmer des GLM-Ansatzes, dass die Behandlung auf die positiven Aspekte der Zukunft ausgerichtet gewesen sei; daraus lässt sich die Hoffnung auf größere Nachhaltigkeit der Effekte ableiten.

4.4 Gruppengeschehen

Bereits erwähnt wurde, dass die meisten deliktorientierten Behandlungsmaßnahmen im Gruppensetting stattfinden. Es stellt sich aber die Frage, ob die erhofften Vorteile der Gruppe tatsächlich zum Tragen kommen können oder ob nicht auch mit unerwünschten und negativen Einflüssen gerechnet werden muss. Könnte nicht zumindest

bei einem Teil der Teilnehmer eine Art „Aufgeilen“ an der detaillierten Besprechung des Tatgeschehens stattfinden? Lässt sich ausschließen, dass manche Teilnehmer aufgrund der eingehend besprochenen und lebensnah „aufbereiteten“ tatbezogenen Gefühle, Gedanken und Handlungen erst „auf den Geschmack“ kommen und gewissermaßen Anregungen für die eigene Phantasietätigkeit und ggf. Masturbationspraxis erhalten, die sie später möglicherweise auch in die Tat umsetzen wollen? Zu diesen nicht-intendierten Nebenwirkungen der Straftataufarbeitung gibt es bislang keine empirischen Erkenntnisse und erstaunlich wenige Diskussionen. In anderen Bereichen medizinischer und therapeutischer Behandlung (vgl. die Gefahren durch Krankenhauskeime und „iatrogene Infektionen“) sind derartige Risiken und Nebenwirkungen ein wichtiges Thema.

Auch ist nicht auszuschließen, dass die regelmäßige Konfrontation mit zum Teil gravierenden sexuellen Übergriffen in der Gruppentherapie gerade nicht zu einem Mehr an Empathie gegenüber dem eigenen und anderen potentiellen Opfern führt, sondern womöglich zum Gegenteil, einem Abstumpfen. Vielleicht sinken also zumindest bei einigen Teilnehmern auch Hemmschwellen, wenn ständig über die Tabubrüche anderer debattiert wird (Endres & Schwanengel, 2015). Empirisch ebenfalls noch nicht näher beleuchtet ist die Gefahr, dass durch die „Aufarbeitung“ von Straftaten eine Retraumatisierung stattfinden könnte, z.B. bei selbst als Kind missbrauchten Sexualstraftätern.

5. Fazit und Schlussfolgerungen

Die deliktorientierte Behandlung gilt – zumindest in Deutschland (im Englischen findet sich erstaunlicherweise kein spezieller Begriff dafür) – als Standard. Sie hat seit einigen Jahren die frühere personenorientierte oder klientenzentrierte Behandlung abgelöst, da diese vor allem der Förderung der Persönlichkeitsentwicklung und der individuellen Entfaltungsmöglichkeiten verpflichtet war, nicht aber der Kriminalprävention. Jedoch muss auch die deliktorientierte Behandlung hinsichtlich ihrer theoretischen Grundannahmen und ihrer praktischen Ausgestaltung hinterfragt werden, zumal die Erfolgsbilanz insbesondere der stationären Straftäterbehandlung bisher wenig befriedigt (vgl. Hoberman, 2016 a; Schmucker & Lösel, 2015): In der Mehrzahl der methodisch hochwertigen Untersuchungen werden behandelte Sexualstraftäter nicht oder nur unwesentlich seltener rückfällig als unbehandelte. Für Gewaltstraftäter ist die empirische Basis deutlich schmaler.

Die bisherigen Delikte eines Täters genau in den Blick zu nehmen, erscheint für diagnostische und prognostische Zwecke nicht nur sinnvoll, sondern unerlässlich. Nur die genaue Analyse der personellen und situativen Faktoren kann Hinweise darauf geben, worin die „in der Tat zutage getretene Gefährlichkeit“, von der das Gesetz spricht (§ 454 StPO), genau begründet liegt. Diese Analyse kann zum einen zeigen, welche Risikosituationen in Zukunft entweder vermieden oder in geeigneter Weise bewältigt werden müssen. Zum anderen ergibt häufig erst die genaue Tatanalyse, welche devianten Motive vermutlich vorliegen, die, solange sie nicht abgemildert oder entschärft

werden können, ein Rückfallrisiko begründen. Die von den Strafvollzugsgesetzen geforderte Behandlungsuntersuchung sollte deshalb auf jeden Fall den Versuch einer Aufklärung der Deliktentstehung einschließen.

Sehr viel problematischer erscheint die Deliktorientierung als Teil der Behandlung. Die erste Schwierigkeit liegt schon darin, dass die Ziele und Wirkmechanismen einer „Deliktbearbeitung“ nur selten explizit gemacht werden, so dass diese manchmal schon als Selbstzweck erscheint (Endres, in Vorb.). Soweit die entsprechenden Wirkungsannahmen formuliert werden, erwartet man sich von der Deliktbearbeitung insbesondere, dass die Täter für ihre Taten verstärkt Verantwortung übernehmen, dass sie Empathie für ihre Opfer entwickeln und generell ihre Empathiefähigkeit stärken können und dass sich ihre Steuerungsfähigkeit gegenüber devianten Impulsen steigert. Alle diese Annahmen erscheinen jedoch theoretisch wenig fundiert und empirisch unzureichend belegt.

Es scheint also geboten, die mit der deliktorientierten Behandlung verbundenen Wirkungserwartungen und die postulierten Wirkmechanismen genau zu benennen und empirisch zu untersuchen. Das ist auch deshalb wichtig, weil man keineswegs annehmen kann, dass Behandlung, die nicht wirkt, schon nicht schaden wird. Dass jede intensive Intervention auch Risiken und unerwünschte Nebenwirkungen hervorbringen kann, ist in der Medizin Allgemeingut, wird in der Psychotherapie und der Straftäterbehandlung allerdings bisher kaum reflektiert. Es ist aber gut vorstellbar, dass insbesondere das intensive Durchsprechen von Tatabläufen im Gruppensetting auch negative Wirkungen haben kann („kriminelle Infektion“, z.B. Verstärkung von devianten Phantasien). Diese Überlegung spricht dafür, das Ausmaß der Deliktanalyse (die „Bearbeitungstiefe“; Endres & Schwanengel, 2015) zu begrenzen und zumindest Teile der Deliktanalyse lieber im Einzelsetting durchzuführen.

Umgekehrt gibt es bisher kaum Belege dafür, dass durch die intensive Deliktbearbeitung die Empathiefähigkeit gestärkt werden kann und dass durch gestärkte Empathie das Rückfallrisiko sinkt. Vermutlich ist Empathieförderung eine gute Idee, da soziale Kompetenzen („relationship skills“) allgemein wichtig sind für ein gelingendes Leben (vgl. Marshall & Hollin, 2015), aber sie ist womöglich kein notwendiger Bestandteil deliktpräventiver Behandlung.

Auch die Förderung der Verantwortungsübernahme ist als Behandlungsziel, das mittels „Deliktbearbeitung“ angestrebt wird, problematisch. Vergangenes Fehlverhalten auf stabile internale Faktoren zu attribuieren, statt sich davon zu distanzieren, führt keinesfalls automatisch dazu, dass die Person sich in Zukunft verantwortlicher verhält. „Chronische Zerknirschung, darin sind sich alle Moralisten einig, ist ein höchst unerfreulicher Gemütszustand. Wenn man sich schlecht betragen hat, soll man das bereuen, es wiedergutmachen, soweit man kann, und darauf bedacht sein, sich nächstes Mal besser zu betragen. Keinesfalls brüte man über seiner Missetat. Sich im Schmutz zu wälzen, ist nicht die beste Methode, rein zu werden.“ (Aldous Huxley, 1946, Vorwort zur Neuauflage von „Schöne neue Welt“)

Ein weiterer gravierender Nachteil, der mit der Deliktorientierung als Standard der Straftäterbehandlung einher geht, liegt darin, dass Personen, die die Tatvorwürfe ab-

streiten, nicht für Behandlungsprogramme geeignet sind, die eine Deliktbearbeitung in der Gruppe vorsehen. Es gibt aber keinen Anlass, Leugner nur aufgrund dieses Abstreitens mehr oder weniger intensiv zu behandeln als andere Täter. Die Indikation für Behandlung überhaupt und für spezielle Interventionsformen ergibt sich aus der Gefährlichkeit und aus den einzelnen Risikofaktoren. Das Leugnen selbst ist kein Risikofaktor, kann aber ein Indikator für das Vorliegen sehr unterschiedlicher sowohl protektiver (Scham, Schutz intakter sozialer Bindungen) als auch Risikofaktoren (Dissozialität, deviante Phantasien) sein. Es sollte in Zukunft darauf ankommen, diese zu stärkenden protektiven und zu modifizierenden Risikofaktoren jeweils im Einzelfall sorgfältig diagnostisch herauszuarbeiten. Das Leugnen ist allenfalls ein Aspekt der Ansprechbarkeit, der bestimmt, welche Formen der Intervention für den jeweiligen Probanden erfolgversprechend sind. Insbesondere gilt es, angelehnt an das Behandlungsprogramm von Marshall und anderen (2011) auch in Deutschland Behandlungsmethoden zu entwickeln oder bestehende Programme so zu modifizieren, dass sie auch für Leugner geeignet sind. Auch aus diesem Grund scheint eine Abkehr vom Dogma der Deliktorientierung geboten. Dabei sollte es auch nicht in erster Linie darum gehen, die Leugner zum Zugeben der Tatvorwürfe und zur Verantwortungsübernahme zu motivieren, da dies häufig nur Widerstand erzeugt oder verstärkt und Abbrüche provoziert. Vielmehr (vgl. Ware & Mann, 2012) sollte der Fokus stärker auf allgemeine deliktfördernde Überzeugungen und Schemata sowie die Verantwortungsübernahme für zukünftiges Verhalten gerichtet werden.

Abschließend sei betont: Unsere Einwände und Empfehlungen erheben nicht den Anspruch, auf gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen zu basieren. Sie sind vielmehr Resultat der Feststellung, dass die in den letzten Jahren zum kaum noch hinterfragten Standard gewordene „deliktorientierte Behandlung“ ihrerseits unzureichend theoretisch und empirisch fundiert ist. Dies bedeutet nicht, dass sie in jedem Fall unwirksam oder das falsche Mittel der Wahl sein muss. Aufgrund der hier vorgebrachten Argumente halten wir es allerdings für nötig, in jedem Einzelfall auf der Grundlage einer individuellen Fallkonzeption genauer zu prüfen, ob ein deliktorientiertes Vorgehen sinnvoll ist. Es sollte in jedem Einzelfall geprüft werden: Welche veränderbaren Risikofaktoren liegen vor? Wie hängen sie zusammen? Welche Behandlungsziele lassen sich ableiten? Mit welchen Methoden kann ich diese Ziele bei dieser Person erreichen? Welche Vorteile hätten deliktorientierte Methoden in diesem Fall? Welche Nachteile könnten sie haben? Im Behandlungs- und Therapieplan sollte das Vorgehen – nicht deliktorientiertes wie deliktorientiertes – also explizit begründet werden. Der Abwägungsprozess kann dann dazu führen, dass deliktorientierte Maßnahmen indiziert sind. Er sollte aber auch ergeben können, dass man auf die Auseinandersetzung mit dem Delikt und die „Tataufarbeitung“ verzichtet und andere Methoden vorzieht.

Literatur

Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct* (5th ed.). New Providence, NJ: LexisNexis.

Andrews, D.A., Bonta, J. & Wormith, J.S. (2011). The risk-need-responsivity model (RNR): Does adding the Good Lives Model contribute to effective crime prevention? *Criminal Justice and Behavior*, 38, 735-755.

Barnett, G.D. & Mann, R.E. (2013). Cognition, empathy, and sexual offending. *Trauma, Violence & Abuse*, 14, 22-33.

Beyko, M. J. & Wong S. C. (2005). Predictors of treatment attrition as indicators for program improvement not offender shortcomings: A study of sex offender treatment attrition. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 17, 375-389.

Breuer, M. M., Gerber, K., Buchen-Adam, N. & Endres, J. (2014). *Kurzintervention zur Motivationsförderung*. Lengerich: Pabst.

Brown, S., Harkins, L., & Beech, A. R. (2012). General and victim-specific empathy: Associations with actuarial risk, treatment outcome, and sexual recidivism. *Sex Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 24, 411-430.

Bullock, K. & Condry, R. (2013). Responding to denial, minimization and blame in correctional settings: The 'real-world' implications of offender neutralizations. *European Journal of Criminology*, 10, 572-590.

Cuff, B.M.P., Brown, S.J., Taylor, L. & Howard, D.J. (2014). Empathy: A review of the construct. *Emotion Review*, doi: 10.1177/1754073914558466.

Dahle, K.-P. (2005). *Psychologische Kriminalprognose*. Herbolzheim: Centaurus.

Dahle, K.-P., Harwardt, F. & Schneider-Njepel, V. (2012). *LSI-R – Inventar zur Einschätzung des Rückfallrisikos und des Betreuungs- und Behandlungsbedarfs von Straftätern*. Göttingen: Hogrefe.

Day, A., Casey, S. & Gerace, A. (2010). Interventions to improve empathy awareness in sexual and violent offenders: Conceptual, empirical, and clinical issues. *Aggression & Violent Behavior*, 15, 201-208.

Demmerling, R. (2012). Behandlung von inhaftierten Gewalttätern (BiG). In B. Wischka, W. Pecher & H. van den Boogaart (Hrsg.), *Behandlung von Straftätern* (S. 454-464). Herbolzheim: Centaurus.

Dessecker, A. (2013). Behandlung im Vollzugsrecht. In A. Dessecker & W. Sohn (Hrsg.), *Rechtspsychologie, Kriminologie und Praxis: Festschrift für Rudolf Egg zum 65. Geburtstag* (S. 113-132). Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle e.V..

Dowden, C., Antonowicz, D. & Andrews, D.A. (2003). The effectiveness of relapse prevention with offenders: A meta-analysis. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 47, 516-528.

ORIGINALBEITRÄGE

- Egg, R. (2015). Konzepte der Straftäterbehandlung im Wandel der Zeit. *Kriminalpädagogische Praxis*, 50, 18-29.
- Elsner, K. & König, A. (2016). Schemaorientierte Psychotherapie mit forensischen Patienten. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 10, 4-13.
- Elz, J. (2015). *Sozialtherapie im Strafvollzug 2015*. Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle e.V.
- Elz, J. (2002). *Legalbewährung und kriminelle Karrieren von Sexualstraftätern- sexuelle Gewaltdelikte*. Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle e.V..
- Endres, J. (in Vorb.). Der Umgang mit tatleugnenden Verurteilten im Justizvollzug. In A. Dessecker & M. Rettenberger (Hrsg.), *Behandlung im Justizvollzug*. Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle e.V.
- Endres, J. & Breuer, M. M. (2014). Leugnen bei inhaftierten Sexualstraftätern. Ursachen, Korrelate und Konsequenzen. *Forensische Psychiatrie, Psychologie und Kriminologie*, 8, 263-278.
- Endres, J. & Schwanengel, M. F. (2015). Straftäterbehandlung. *Bewährungshilfe*, 62, 293-319.
- Feelgood, S. (2008). *Behandlungsprogramm für Gewaltstraftäter BPG*. Brandenburg (Havel): Sozialtherapeutische Abteilung der JVA Brandenburg (unveröffentlicht).
- Gilbert, D. T. & Malone, P. S. (1995). The correspondence bias. *Psychological Bulletin*, 117, 21-38.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Haberstroh, D. (1982). Die Erfahrung der Straftat im Behandlungsvollzug. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 65, 334-342.
- Hanson, R. K., & Bussiere, M. T. (1998). Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 348-362.
- Hanson, R. K., & Morton-Bourgon, K. (2004). *Predictors of sexual recidivism: An updated meta-analysis 2004-02*. Ottawa: Public Safety and Emergency Preparedness.
- Hanson, R. K., & Morton-Bourgon, K. E. (2005). The characteristics of persistent sexual offenders: a meta-analysis of recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 1154-1163.
- Harkins, L., Flak, V., Beech, A., & Woodhams, J. (2012). Evaluation of a community-based sex offender treatment program using a good lives model approach. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 24, 514-543.
- Harkins, L., Howard, P., Barnett, G. D. & Wakeling, H. (2015). Relationships between denial, risk, and recidivism in sexual offenders. *Archives of Sexual Behavior*, 44, 157-166.

Harkins, L., Beech, A. R. & Goodwill, A. M. (2010). Examining the influence of denial, motivation, and risk on sexual recidivism. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 22, 78-94.

Hoberman, H.M. (2016 a). Forensic psychotherapy for sexual offenders: Has its effectiveness yet been demonstrated? In A. Phenix & H.M. Hoberman (Eds.), *Sexual offending. Predisposing antecedents, assessments and management* (pp. 605-666). New York: Springer.

Hoberman, H.M. (2016 b). Forensic psychotherapy for sexual offenders: Likely factors contributing to its apparent ineffectiveness. In A. Phenix & H.M. Hoberman (Eds.), *Sexual offending. Predisposing antecedents, assessments and management* (pp. 667-712). New York: Springer.

Jolliffe, D., & Farrington, D. P. (2004). Empathy and offending: A systematic review and meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 9, 441-476.

Jolliffe, D. & Farrington, D.P. (2009). *Effectiveness of interventions with adult male violent offenders*. Report for the Swedish National Council for Crime Prevention.

Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1996). *Selbstmanagementtherapie* (2. Aufl.). München: CIP-Medien.

Krüber, H. L. (1995). Geständnis und Auseinandersetzung mit der Tat als Gesichtspunkte der Individualprognose nach Tötungsdelikten. In D. Dölling (Hrsg.), *Die Täterindividualprognose. Beiträge zu Stand, Problemen und Perspektiven der kriminologischen Prognoseforschung* (S. 63-81). Heidelberg: Kriminalistik Verlag.

Krüber, H. L. (2010). Leugnen der Tat und Tatbearbeitung in der prognostischen Begutachtung. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 4, 32-38.

Krüber, H. L. (2013). Insassen-Bedürfnisse und Therapie Bedarf. Angemessene Behandlung aus Sicht des forensischen Psychiaters. In R. Egg (Hrsg.), *Straffällige mit besonderen Bedürfnissen* (S. 59-69). Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle.

Landenberger, N. A., & Lipsey, M. W. (2005). The positive effects of cognitive-behavioral programs for offenders: A meta-analysis of factors associated with effective treatment. *Journal of Experimental Criminology*, 1, 451-476.

Langevin, R. (2006). Acceptance and completion of treatment among sex offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 50, 402-417.

Larochelle, S., Diguier, L., Laverdiere, O., & Greenman, P. S. (2011). Predictors of psychological treatment non-completion among sexual offenders. *Clinical Psychology Review*, 3, 554-562.

Laws, D.R. & Ward, T. (2011). *Desistance from sexual offending. Alternatives to throwing away the keys*. New York: Guilford Press.

Laubenthal, K., Nestler, Neubacher, F. & Verrel, T. (2015). *Strafvollzugsgesetze* (12. Aufl.). München: C. H. Beck.

- Levenson, J. S. & McGowen, M. J. (2004). Engagement, denial, and treatment progress among sex offenders in group therapy. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 16, 49-63.
- Levenson, J.S., Macgowan, M.J., Moron, J.W. & Cotter, L.P. (2009). Perceptions of sex offenders: A consumer satisfaction survey. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 21, 6-20.
- Leysieffer, D. (2015). *Therapeutische Zielsetzungen der deliktorientierten Straftäterbehandlung im Rahmen der Sozialtherapie*. Universität Erlangen, Psychologisches Institut: Unveröffentlichte Masterarbeit.
- Linden, M. & Hautzinger, M. (Hrsg.) (2008). *Verhaltenstherapiemanual* (6. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Lösel, F., Koehler, J.A. & Hamilton, L. (2012). Resozialisierung junger Straftäter in Europa : Ergebnisse einer internationalen Studie über Maßnahmen zur Rückfallprävention. *Bewährungshilfe*, 59, 175-190.
- Mann, R.E. & Barnett, G.D. (2013). Victim empathy interventions with sexual offenders: Rehabilitation, punishment, or correctional quackery? *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 25, 282-301.
- Mann, R. E., Hanson, R. K. & Thornton, D. (2010). Assessing risk for sexual recidivism: Some proposals on the nature of psychologically meaningful risk factors. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 22, 91-217.
- Mann, R. E. & Shingler, J. (2006). Schema-driven cognition in sexual offenders: Theory, assessment and treatment. In W. L. Marshall, Y. M. Fernandez, L. E. Marshall & G. A. Serran (Hrsg.), *Sexual offender treatment. Controversial issues* (pp. 173-185). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Mann, R.E. & Thornton, D. (1998). The evolution of a multisite sexual offender treatment program. In W. L. Marshall, Y. M. Fernandez, S. M. Hudson & T. Ward (Eds.), *Sourcebook of treatment programs for sexual offenders* (pp. 47-57). New York: Springer.
- Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (Eds.) (1985). *Relapse prevention*. New York: Guilford.
- Marshall, W.L. & Hollin, C. (2015). Historical developments in sex offender treatment. *Journal of Sexual Aggression*, 21, 125-135.
- Marshall, W.L., Marshall, L.E. & Kingston, D.A. (2011). Are the cognitive distortions of child molesters in need of treatment? *Journal of Sexual Aggression*, 17, 118-129.
- Marshall, W.L., Marshall, L.E., Serran, G.A. & O'Brien, M. (2011). *Rehabilitating sexual offenders. A strenght-based approach*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Marshall, W.L. & Serran, G. A. (2004). The role of the therapist in offender treatment. *Psychology, Crime & Law*, 10, 309 – 320.

- Maruna, S., & Mann, R. E. (2006). A fundamental attribution error? Rethinking cognitive distortions. *Legal and Criminological Psychology*, 11, 155-177.
- McGrath, R.J., Cumming, G.F., Burchard, B.L., Zeoli, S., & Ellerby, L. (2010). *Current practices and emerging trends in sexual abuse management: The Safer Society 2009 North American Survey*. Brandon, VT: The Safer Society Press.
- McMurran, M. (2006). Drug and alcohol programmes: Concept, theory, and practice. In C. R. Hollin & E. J. Palmer (Eds.), *Offending behaviour programmes* (pp. 179-207). Chichester: Wiley.
- McPhail, I. V., Hermann, C. A., & Nunes, K. L. (2013). Emotional congruence with children and sexual offending against children: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81, 737-749.
- Müller, S. (2012). *Mea Culpa? Zur Tatverarbeitung in Therapie und Prognose bei (traumatisierten) Gewalt- und Sexualstraftätern*. Frankfurt a.M.: Verlag für Polizeiwissenschaft.
- Niemz, S. (2015). *Evaluation sozialtherapeutischer Behandlung im Justizvollzug*. Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle e.V.
- Nunes, K. L., Hanson, R. K., Firestone, P., Moulden, H. M., Greenberg, D. M. & Bradford, J. M. (2007). Denial predicts recidivism for some offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 19, 91-105.
- Olver, M. E., Stockdale, K. C. & Wormith, J. S. (2011). A meta-analysis of predictors of offender treatment attrition and its relationship to recidivism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 6-21.
- Olver, M.E., Kingston, D.A., Nicholaichuk, T.P. & Wong, S.C.P. (2014). A psychometric examination of treatment change in a multisite sample of treated Canadian federal sexual offenders. *Law and Human Behavior*, 38, 544-559.
- Pithers, W. D. (1997). Maintaining treatment integrity with sexual abusers. *Criminal Justice and Behavior*, 24, 34-51.
- Reiss, N. & Vogel, F. (2014). *Empathische Konfrontation in der Schematherapie*. Weinheim: Beltz.
- Rettenberger, M., Boer, D. P. & Eher, R. (2011). The predictive accuracy of risk factors in the Sexual Violence Risk-20 (SVR-20). *Criminal Justice and Behavior*, 38, 1009-1027.
- Rooke, A. Das Sex Offender Treatment Programme (SOTP) in England und Wales. In B. Wischka et al. (Hrsg.), *Justizvollzug in neuen Grenzen. Modelle in Deutschland und Europa. 11. Bundeskongress im Justizvollzug in Barsinghausen* (S. 272-287). Lingen: Kriminalpädagogischer Verlag.

- Rossegger, A., Endrass, J., Urbaniok, F. & Borchard, B. (2012). Thesen deliktpräventiver Therapien. In J. Endrass, A. Rossegger, F. Urbaniok & B. Borchard (Hrsg.), *Interventionen bei Gewalt- und Sexualstraftätern* (S. 135-141). Berlin: MWV.
- Sachse, R. (2013). *Persönlichkeitsstörungen: Leitfaden für die Psychologische Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Schmucker, M. & Lösel, F. (2015). The effects of sexual offender treatment on recidivism: An international meta-analysis of sound quality evaluations. *Journal of Experimental Criminology*, 11, 597-630.
- Schneider, J. (2016). *Die Delikthypothese in der sozialtherapeutischen Behandlung*. Universität Erlangen, Psychologisches Institut: Unveröffentlichte Masterarbeit.
- Schulte, D. (1974). *Diagnostik in der Verhaltenstherapie*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Serin, R.C., Chadwick, N. & Lloyd, C.D. (2015). Dynamic risk and protective factors. *Psychology, Crime & Law*, DOI: 10.1080/1068316X.2015.1112013.
- Spöhr, M. (2009). *Sozialtherapie von Sexualstraftätern im Justizvollzug: Praxis und Evaluation*. Mönchengladbach: Forum Verlag.
- Sulz, S. K. D. (2007). Fallkonzeption des Individuums und der Familie. In E. Leibing, W. Hiller & S. K. D. Schulz (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie*, Band 4 (4. Aufl.) (S. 25-46). München: CIP-Medien.
- Thornton, D. (2013). Implications of our Developing Understanding of Risk and Protective Factors in the Treatment of Adult Male Sexual Offenders. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 8, 62-65.
- Urbaniok, F. (2003). Der deliktorientierte Therapieansatz in der Behandlung von Straftätern – Konzeption, Methodik und strukturelle Rahmenbedingungen im Zürcher PPD-Modell. *Psychotherapie Forum*, 11, 202-213.
- Urbaniok, F. (2012 a). Deliktrekonstruktion. In J. Endrass, A. Rossegger, F. Urbaniok & B. Borchard (Hrsg.), *Interventionen bei Gewalt- und Sexualstraftätern* (S. 195-204). Berlin: MWV.
- Urbaniok, F. (2012 b). Persönlichkeitstäter, Situationstäter und Prognostische Syndrome als Konzepte für Risikobeurteilungen und Risikomanagement. In J. Endrass, A. Rossegger, F. Urbaniok & B. Borchard (Hrsg.), *Interventionen bei Gewalt- und Sexualstraftätern* (S. 27-33). Berlin: MWV.
- Urbaniok, F. & Gnoth, A. (2012). Deliktteilarbeit. In J. Endrass, A. Rossegger, F. Urbaniok & B. Borchard (Hrsg.), *Interventionen bei Gewalt- und Sexualstraftätern* (S. 205-216). Berlin: MWV.
- Vachon, D.D., Lynam, D.R., & Johnson, J.A. (2014). The (non)relation between empathy and aggression: Surprising findings from a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 140, 751-773.

- van Langen, M.A.M., Wissink, I.B., van Vugt, E.S., Van der Stouwe, T. & Stams, G.J.J.M. (2014). The relation between empathy and offending: A meta-analysis, *Aggression and Violent Behavior*, doi: 10.1016/j.avb.2014.02.003
- Veysey, B.M., Martinez, D.J. & Christian, J. (2013). "Getting out." A summary of qualitative research on desistance across the life course. In C.L. Gibson & M.D. Krohn (Eds.), *Handbook of life-course criminology* (pp. 233-260). New York, NY: Springer.
- von Franqué, F. & Briken, P. (2013). Das „Good Lives Model“ (GLM). Ein kurzer Überblick. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 7, 22-27.
- de Vries Robbé, M., Mann, R.E., Maruna, S. & Thornton, D. (2015). An exploration of protective factors supporting desistance from sexual offending. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 27, 16-33.
- Ward, T., Gannon, T. & Mann, R. (2007). The Good Lives Model of Offender Rehabilitation: Clinical Implications. *Aggression and Violent Behavior*, 12, 87-107.
- Ward, T. & Hudson, S. M. (1996). Relapse prevention: A critical analysis. *Sexual Abuse*, 8, 177-200.
- Ware, J. & Mann, R. E. (2012). How should „acceptance of responsibility“ be addressed in sexual offending treatment programs? *Aggression and Violent Behavior*, 17, 279-288.
- Wastell, C.A., Cairns, D. & Haywood, H. (2009). Empathy training, sex offenders, and re-offending. *Journal of Sexual Aggression*, 15, 149-159.
- Weidner, J., Kilb, R. & Kreft, D. (Hrsg.) (2009). *Gewalt im Griff 1: Neue Formen des Anti-Aggressivitäts-Trainings* (5. Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Wischka, B., Foppe, E., Griepenburg, P., Nuhn-Naber, C. & Rehder, U. (2002). *Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS)*. Lingen: Kriminalpädagogischer Verlag.
- Yates, P. M. (2009). Is sexual offender denial related to sex offence risk and recidivism? A review and treatment implications. *Psychology, Crime & Law*, 15, 183-199

Korrespondenzadressen

Dr. Stefan Suhling
Kriminologischer Dienst im Bildungsinstitut des niedersächsischen Justizvollzuges
Fuhsestraße 30
29221 Celle
Stefan.Suhling@justiz.niedersachsen.de

Dr. Johann Endres
Kriminologischer Dienst des bayerischen Justizvollzugs
c/o JVA Erlangen
Schuhstraße 41
91052 Erlangen
johann.endres@jva-er.bayern.de