

*Michel A. Schulte-Ostermann, Marie Luise Grützmaker, Anya Pedersen und  
Christian Huchzermeier*

## Forensische Schematherapie in der ambulanten Straftäter- und Straftäterinnentherapie: Welche Faktoren beeinflussen die Zuweisung?

Eine empirische Untersuchung zur Indikationsstellung

### *Zusammenfassung*

Straffällige Personen weisen eine erhöhte Prävalenz für psychische Störungen und traumatische Erlebnisse auf. Gleichzeitig zeigt die Forschung, dass eine psychotherapeutische Behandlung das Rückfallrisiko senken kann. Aufgrund der positiven Befunde zur Wirksamkeit der Schematherapie im stationären forensischen Setting untersuchte die vorliegende Studie die ambulante Umsetzung der forensischen Schematherapie. Dazu wurden Faktoren betrachtet, die die Entscheidung von Therapierenden für oder gegen die Schematherapie beeinflussen können. Es wurden vor allem die Einflüsse der Persönlichkeit der Patienten, des Substanzkonsums sowie die traumatischen Belastungen in der Kindheit fokussiert. Diese und andere Variablen wurden an 48 Gewalt- und Sexualstraftätern und 9 Therapierenden der Forensischen Fachambulanz des „Zentrums für Integrative Psychiatrie“ in Kiel mittels verschiedener Fragebögen und anhand der Patientenakte erhoben und mit einer binär-logistischen Regression ausgewertet. Im Ergebnis zeigte sich zwar keiner der untersuchten Faktoren als statistisch signifikanter Prädiktor für die Zuweisungsentscheidung. Gemäß Selbstbericht orientierten sich die Therapierenden jedoch vor allem an der Persönlichkeitsstruktur der Patienten und an der Eignung des Therapieverfahrens für den jeweiligen Fall. Auch wenn die Ergebnisse nur unter Vorbehalt betrachtet werden können, untermauern die vorliegenden Befunde den zentralen Stellenwert der Persönlichkeit für die Schematherapie. Zukünftig sollten weitere Faktoren, vor allem unter Berücksichtigung von Therapierenden-Merkmalen, auf ihren prädiktiven Wert für die Zuweisungsentscheidung zur Schematherapie untersucht werden.

*Schlüsselwörter:* Schematherapie, straffällige Personen, ambulante forensische Psychotherapie, Indikation

DOI: 10.5771/2365-1083-2021-2-201

# Forensic schema therapy with outpatient offenders: which factors influence treatment allocation? An empirical study on treatment indication.

## Abstract

The increased prevalence of mental disorders and traumatic life events in the offender population is well known. Additionally, psychotherapeutic treatment has been shown to decrease the risk of criminal recidivism. Especially schema therapy has proven its efficacy in inpatient forensic settings. However, little is known about the factors which come into effect in deciding whether or not offering forensic schema therapy to a patient. In this study, we examined these factors in an outpatient forensic setting, by investigating the influence of personality features, traumatic childhood experiences and substance (ab)use on the decision of the therapist to offer schema therapy to the offender. To investigate these factors, 48 patients and 9 therapists treated in and working for the forensic outpatient center in the „Zentrum für Integrative Psychiatrie“ in Kiel were given different questionnaires, other variables were ascertained from the patient files. For the statistical analysis, a binary logistic regression was performed. None of the examined factors reached statistical significance. Nevertheless, the self-report revealed that whether or not a therapist offers schema therapy to a patient depended mainly on the patients' personality and the subjectively perceived suitability of the treatment method. Although the results need to be considered with caution, the importance of the personality is underlined by the results. Further factors should be examined more closely in following studies and more characteristics on therapist-level should be considered.

*Keywords:* schema therapy, offenders, forensic outpatient psychotherapy, indication

## 1. Psychotherapie in der forensischen Behandlung

Risikomanagement, Kriminaltherapie, forensische Psychotherapie oder forensische Rehabilitation – es bereitet gewisse Schwierigkeiten, den zutreffenden Oberbegriff für all die Tätigkeiten und Aufgaben zu finden, die stationäre und ambulante Institutionen in der Betreuung von Sexual- und Gewaltstraftätern und -täterinnen zu leisten haben. Als allgemein akzeptierte Überzeugung kann indes gelten, dass im Bereich der Straftäter- und Straftäterinnenrehabilitation psychotherapeutische Methoden eingesetzt werden sollen (Lau et al., 2019), um eine günstigere Legalprognose zu erzielen – ein fachlicher Konsens, der auch Eingang in die spezifische Gesetzgebung gefunden hat (Huchzermeier, 2012; Huchzermeier & Aldenhoff, 2002; Schwarze et al., 2018).

Gleichzeitig besteht in der Straftäter- und Straftäterinnentherapie ein bemerkenswertes Defizit an Wirksamkeitsnachweisen für psychotherapeutische Ansätze: Die wenigen methodisch hochwertigen Studien weisen lediglich geringe Behandlungseffekte nach (Lischewski, 2018; Pniewski, 2018; Schmucker & Lösel, 2017), und die

Evaluation eines theoretisch gut fundierten intramuralen Behandlungsprogramms für Sexualstraftäter ergab sogar negative Effekte (Mews, Di Bella, & Purver, 2017).

Einen erfolgversprechenden psychotherapeutischen Ansatz scheint indes die Schematherapie zu bieten, die im Kontext der forensischen Psychotherapie eines der wenigen Verfahren ist, das zumindest dem Ansatz nach als wissenschaftlich fundiert und evaluiert gelten kann (Bernstein et al., 2012).

## 2. Was ist Schematherapie?

Die Schematherapie ist ein relativ neues Verfahren, das in Weiterentwicklung der kognitiven Verhaltenstherapie konzipiert wurde, um insbesondere auch Patientinnen und Patienten mit komplexen und chronischen psychischen Störungen zu erreichen, die von der herkömmlichen Behandlung nicht hinreichend profitiert hatten (Young, Klosko, & Weishaar, 2003). Als sogenanntes „Dritte-Welle-Verfahren“ der Verhaltenstherapie legt die Schematherapie einen stärkeren Fokus auf Affektregulation, Akzeptanz und die besondere Bedeutung der therapeutischen Beziehung (Heidenreich & Michalak, 2013; Kahl, Winter, & Schweiger, 2012).

Mit Blick auf die eingesetzten Methoden handelt es sich bei der Schematherapie um einen integrativen, schulenübergreifenden Therapieansatz: Neben den typischen Techniken der kognitiven Verhaltenstherapie kommen auch Elemente der Psychodynamik mit einem Schwerpunkt auf der Bindungstheorie und der Objekt-Beziehungs-Theorie, Ansätze des Konstruktivismus und die emotionsaktivierenden Methoden der Gestalttherapie zum Einsatz.

Ein grundlegender Bestandteil der Schematherapie ist das Konzept der frühen maladaptiven Schemata (nachfolgend vereinfacht „Schemata“). Young et al. (2003) definierten diese als tiefgreifend verankerte Muster aus Erinnerungen, Emotionen, Gedanken und Körpersensationen mit Bezug zu frühen Entwicklungsstadien der eigenen Person und zu internalisierten Anteilen wichtiger Bezugspersonen. Diese Schemata bilden sich demnach in Kindheit oder Jugend und verfestigen sich über die Lebensspanne (Young et al., 2003).

Eine zentrale Grundannahme der Schematherapie besteht darin, dass wiederkehrende interpersonelle Probleme und dysfunktionale Verhaltensstile der Gegenwart auf spezifische biografische Konstellationen und Lernerfahrungen der frühen Lebensabschnitte zurückzuführen sind: Demnach haben interpersonelle Mangelenerfahrungen und emotionale Frustrationssituationen dazu geführt, dass wichtige Grundbedürfnisse in prägenden Entwicklungsphasen nicht erfüllt worden sind. Aus diesen frustrierten Bedürfnissen resultieren Grundannahmen, die sich in der weiteren Entwicklung in dysfunktionale kognitive, emotionale und interpersonelle Schemata verdichten – maladaptive Schemata, die fortlaufend zu psychosozialer Fehlanpassung und interpersonellen Schwierigkeiten beitragen. Während die Verhaltensweisen, die mit diesen Schemata in Verbindung stehen, ursprünglich Vorteile mit sich gebracht haben dürften, erweisen sich diese Muster in der weiteren Lebensentfaltung als hinderlich und können

zu psychischen Auffälligkeiten und Störungen führen. Die 18 ursprünglich benannten Schemata können in fünf verschiedenen Domänen verortet werden, die in Tabelle 1 zusammengestellt sind (verändert nach Young et al., 2003).

Tabelle 1: Beschreibung und Zuordnung der Schemata zu ihren Domänen\*

Domäne	Schema
Beeinträchtigte Bindung und Zurückweisung	1. <i>Verlassenheit/Instabilität</i>
	2. <i>Misstrauen/Missbrauch</i>
	3. <i>Emotionale Deprivation</i>
	4. <i>Unzulänglichkeit/Scham</i>
	5. <i>Soziale Isolation/Entfremdung</i>
Beeinträchtigung von Autonomie und Leistung	6. <i>Abhängigkeit/Inkompetenz</i>
	7. <i>Anfälligkeit für Schaden oder Krankheit</i>
	8. <i>Verstrickung/unentwickeltes Selbst</i>
Beeinträchtigung von Grenzen	10. <i>Grandiosität</i>
	11. <i>Unzureichende Selbstkontrolle/Selbstdisziplin</i>
Fremdbezogenheit	12. <i>Unterwerfung</i>
	13. <i>Selbstaufopferung</i>
	14. <i>Streben nach Bestätigung und Anerkennung</i>
Überhöhte Wachsamkeit und Hemmung	15. <i>Negativität/Pessimismus</i>
	16. <i>Emotionale Hemmung</i>
	17. <i>Überhöhte Standards/überkritische Einstellung</i>
	18. <i>Strafneigung</i>

Tabelle 1: \*= Basierend auf den Arbeiten von Fassbinder, Schweiger und Jacob (2011); Reiss, Vogel und Knörnschild (2016) sowie Young et al. (2003).

Als Reaktion auf aversive Gefühle, die bei der Aktivierung von Schemata entstehen, entwickeln Betroffene im Laufe der Zeit bestimmte Strategien, um diese Gefühle zu bewältigen. Die resultierenden Bewältigungsstrategien können Schwierigkeiten unterschiedlicher Art mit sich bringen und werden daher ebenfalls als dysfunktional bezeichnet. Young et al. (2003) benennen 3 grundlegende Mechanismen der dysfunktionalen Bewältigung:

- *Unterwerfung*: Der oder die Betroffene bleibt passiv und erträgt die aversiven Emotionen.
- *Vermeidung*: Der oder die Betroffene versucht, durch unterschiedliche Aktivitäten eine direkte Auseinandersetzung mit den Emotionen zu umgehen.
- *Überkompensation*: Der oder die Betroffene zeigt Verhaltensweisen, die dem Schema direkt entgegengesetzt sind.

Neben diesen dysfunktionalen Bewältigungsmodi beschreibt die Schematherapie dysfunktionale Kindermodi, Zustände, in denen starke negative Gefühle dominieren, z.B.

Wut, Angst oder Hilflosigkeit (Jacob, 2015; Reiss et al., 2016). Außerdem werden dysfunktionale Elternmodi benannt, die frühe, negative Erfahrungen von Verhaltensweisen der Eltern und anderer wichtiger Bezugspersonen repräsentieren. Diese werden internalisiert und entfalten im Weiteren selbstentwertende Kognitionen oder Verhaltensweisen.

Der Modus spiegelt in der Schematherapie den momentanen emotionalen, kognitiven und interpersonellen Status einer Person wider – ein aktueller Zustand (state), der durch die Aktivierung eines oder mehrerer Schemata (traits) ausgelöst wird (Young et al., 2003).

Das therapeutische Ziel der Schematherapie besteht darin, die maladaptiven Schemata und die daraus resultierenden dysfunktionalen Modi zu modifizieren (Young et al., 2003):

- In einem ersten Schritt sollen die maladaptiven Gedanken und Verhaltensweisen identifiziert und für den Patienten oder die Patientin nachvollziehbar gemacht werden, indem ein sogenanntes Modusmodell erstellt wird.
- Im Zusammenhang damit soll das Verständnis für die unerfüllten (kindlichen) Bedürfnisse geweckt und die daraus resultierenden Frustrationen unter Wahrung der professionellen Therapeutenrolle nachträglich bedient werden („limited re-parenting“).
- In der weiteren Therapie sollen internalisierte belastende Persönlichkeitsanteile abgeschwächt und die Bewältigungsstrategien funktionaler gestaltet werden.
- Im Ergebnis wird dem Patienten oder der Patientin in der Schematherapie ermöglicht, neue Lernerfahrungen zu machen und seinen kognitiven, emotionalen und interpersonellen Verhaltensstil adäquat zu modellieren (Fassbinder et al., 2011; Reiss et al., 2016; Young et al., 2003).

### 3. Ist Schematherapie für forensische Patienten anwendbar?

Da Schematherapie speziell für Patienten und Patientinnen mit chronisch verlaufenden, therapierefraktären Störungen und insbesondere für die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen entwickelt wurde und außerdem frühe traumatisierende Erfahrungen bei Straftätern und Straftäterinnen empirisch gesichert sind, war es naheliegend die Schematherapie für den forensischen Kontext zu adaptieren.

Bernstein, Arntz und Vos (2007) haben die verschiedenen Schemata und Modi insbesondere um die verschiedenen Aspekte von Wut, Aggression, Impulsivität, Überlegenheitsgefühlen, Betrug und Manipulation erweitert (Bernstein et al., 2019). Daraus resultieren für die forensische Behandlung 4 weitere spezielle Modi (Tabelle 2 nach Bernstein et al., 2007).

Tabelle 2: Beschreibung der forensischen Schemamodi, übersetzt nach Bernstein et al. (2007)

Modus	Beschreibung
Der ärgerliche Beschützer-Modus ( <i>angry protector mode</i> )	Distanzierung von einer wahrgenommenen Bedrohung durch Wut und Ärger, um sich so zu schützen; gezielter als bei dem Modus „Wütendes Kind“ und ist daher von diesem zu differenzieren.
Der Killer-Modus ( <i>predator mode</i> )	Elimination einer wahrgenommenen Bedrohung, eines Konkurrenten oder anderweitiger Schwierigkeiten auf eine berechnende, kalte und reuelose Art und Weise.
Der Manipulierer und Trickser-Modus ( <i>conning and manipulative mode</i> )	Manipulation, Betrug oder Lügen, um ein bestimmtes Ziel zu erreichen oder einer Strafe zu entgehen.
Der Überkontrollierer-Modus ( <i>overcontroller mode</i> )	Untergliedert in Paranoider und Zwanghafter Überkontrollierer ( <i>paranoid/obsessive overcontroller mode</i> ); Versuch, sich vor Bedrohungen zu schützen und diese unter Kontrolle zu bringen, indem gezielt nach Bedrohungen gesucht wird, um diese frühzeitig enttarnen zu können (paranoid) oder mittels Durchführung von Ritualen, bestimmten Reihenfolgen oder Wiederholungen kontrollieren zu können (zwanghaft).

Mit Blick auf die forensische Klientel waren weitere Modifikationen der ursprünglichen Schematherapie erforderlich:

Wegen der häufig begrenzten Therapiemotivation und aufgrund der eingeschränkten Introspektionsfähigkeit wird hauptsächlich mit Modi, also mit direkt beobachtbaren Verhaltensweisen, und weniger mit den Schemata gearbeitet, die für forensische Patienten und Patientinnen oft kaum zugänglich sind. Wegen des feindseligen Misstrauens, aber auch wegen der Bindungs- und Beziehungsstörungen, die bei forensischen Patienten und Patientinnen häufig anzutreffen sind, besitzt die therapeutische Beziehungsgestaltung einen (noch) höheren Stellenwert als in der herkömmlichen Schematherapie. Zudem wird explizit immer wieder die Therapiemotivation evaluiert und anhand des Modusmodells gefördert.

Obwohl die forensische Schematherapie ein vergleichsweise junges Verfahren ist, gibt es bereits vielversprechende Forschungsergebnisse zu ihrer Wirksamkeit im stationären Setting: In der 2007 begonnenen multizentrischen, randomisierten, kontrollierten Langzeitstudie an niederländischen Gewalt- und Sexualstraftätern mit Persönlichkeitsstörungen zeigte sich im Vergleich mit anders behandelten Patienten, dass schematherapeutisch behandelte Straftäter ein geringeres Rückfallrisiko aufwiesen und gleichzeitig besser dazu in der Lage waren, Schutzfaktoren aufzubauen. Zudem waren die Symptome ihrer zugrundeliegenden Störung geringer ausgeprägt, und ihr Reintegrationsprozess gelang besser (Keulen-de Vos 2016; zitiert nach Bernstein et al., 2019). Angesichts dieser vielversprechenden Befunde erlangte die Schematherapie in

den Niederlanden ihre Anerkennung als erstes evidenzbasiertes Behandlungsverfahren für Straftäter und Straftäterinnen mit Persönlichkeitsstörungen (Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie, 2015).

#### 4. Schematherapie in der Forensischen Fachambulanz

##### 4.1 Die Forensische Fachambulanz

Die tätertherapeutische Ambulanz am Institut für Sexualmedizin und Forensische Psychiatrie und Psychotherapie (ISFP) behandelt als multiprofessionell besetzte Forensische Fachambulanz des Strafvollzugs Gewalt- und Sexualstraftäter und -täterinnen. Die Behandlungsangebote sind überwiegend kognitiv-verhaltenstherapeutisch ausgerichtet und integrieren die RNR-Prinzipien (Risk-Need-Responsivity; Andrews & Bonta, 2010) und die Vorgaben des GL-Modells (Good Lives Model; Ward & Brown, 2004). Neben dieser deliktorientierten Regelbehandlung wird seit 2014 die forensische Schematherapie angeboten. Das Therapeutenteam besteht aus 12 psychologischen Psychotherapierenden, Fachärzten und Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie und einem Sozialarbeiter.

##### 4.2 Fragestellung

Die Therapierenden der forensischen Fachambulanz verfügen über unterschiedliche Ausbildungsgänge und nutzen in den einzeltherapeutischen Behandlungen neben verschiedenen Elementen forensischer Psychotherapie mit kognitiv-verhaltenstherapeutischen, systemischen und tiefenpsychologischen Anteilen zwischenzeitlich auch die forensische Schematherapie.

Da empirisch begründbare Ein- und Ausschlusskriterien für die ambulante forensische Schematherapie bisher nicht entwickelt worden sind, ist bisher unklar geblieben, welchen Patienten und Patientinnen Schematherapie angeboten wird und welchen nicht.

Genau dieser Bereich der Entscheidungsfindung sollte mit der vorliegenden Studie erhellt werden: Es soll eine systematische Annäherung an die Frage erfolgen, unter welchen Bedingungen sich die Therapierenden dafür entscheiden, bei Gewalt- und Sexualstraftätern und -täterinnen die forensische Schematherapie einzusetzen. Dies wurde mit zielgerichteten Hypothesen untersucht:

1. Patienten und Patientinnen mit einer Persönlichkeitsstörung oder starken Symptomausprägungen von Persönlichkeitsstörungen werden eher der Schematherapie zugewiesen als der Routinebehandlung, denn bei der Schematherapie handelt es sich um ein Verfahren, das vor allem für Persönlichkeitsstörungen ausgelegt ist.
2. Die Therapierenden im ISFP wählen eher Patienten und Patientinnen mit geringerem Substanzkonsum in der Vorgeschichte für die Schematherapie aus, weil eine

Substanzproblematik in der klassischen Schematherapie als therapieerschwerend angesehen wird und daher als Kontraindikation gilt (Young et al., 2003).

3. Die Therapierenden weisen vor allem Patienten und Patientinnen mit höherer traumatischer Belastung in der Kindheit der Schematherapie zu. Denn entsprechend einer der Grundannahmen der Schematherapie resultieren die meisten maladaptiven Schemata aus belastenden Kindheitserfahrungen (Young et al., 2003).

Um für die Beantwortung der Frage, wann sich Therapierende für oder gegen eine Schematherapie entscheiden, auch mögliche weitere Gründe zu erfassen, welche nicht bereits hypothesengeleitet erfragt wurden, wurden diese mithilfe eines Fragebogens im freien Antwortformat erhoben.

## 5. Durchführung und Ergebnisse

### 5.1 Stichprobe

Eingeschlossen wurden Therapierende, die an der Forensischen Fachambulanz des ZIP in Kiel forensische Patienten und Patientinnen behandelt hatten. Bei diesen wurden mithilfe eines kurzen Interviews und mit einem Fragebogen Alter, Geschlecht, Ausrichtung der therapeutischen Ausbildung und die Relevanz verschiedener Therapieverfahren für die eigene Praxis erfasst. Da die Entscheidung, ob Schematherapie durchgeführt wird oder nicht, davon abhängen kann, wie überzeugt die Therapierenden von diesem Verfahren sind, wurde die Behandleraffinität zur Schematherapie als mögliche Störvariable mittels eines kurzen zu diesem Zweck erstellten Fragebogens erfasst, der auf der Arbeit von van Minnen, Hendriks und Olff (2010) sowie der Credibility Scale (Addis und Carpenter, 1999) basiert.

Um die Indikationsstellung durch die Therapierenden, d.h. die Behandlung mit Schematherapie vs. Routinebehandlung, zu erheben, wurden die Zuweisungsentscheidungen der Therapierenden bei den im Untersuchungszeitraum behandelten Patienten und Patientinnen erfragt.

Die Patienten und Patientinnen wurden hinsichtlich Alter, Intelligenzquotient (IQ), Geschlecht, Familienstand, Migrationshintergrund, Hintergrund der Therapieaufnahme (freiwillig oder im Zwangskontext) und Indexdelikt charakterisiert. Darüber hinaus wurden die Behandlungsdiagnose (*Internationale Klassifikation psychischer Störungen* (ICD-10); Dilling, Mombour, & Schmidt, 2015), das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung (Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II: Persönlichkeitsstörungen (SKID-II); Fydrich, Renneberg, Schmitz, & Wittchen, 1997), der Substanzmittelkonsum (Ausschnitt des *WHO ASSIST Screening-Fragebogens* (WHO ASSIST); WHO ASSIST Working Group, 2002) sowie das Vorliegen traumatischer Erfahrungen in der Kindheit (Deutsche Version des *Childhood Trauma Questionnaire – Short Form* (CTQ-SF); Wingenfeld et al., 2010; im Original von Bernstein & Fink, 1998) erhoben. Auf Basis des Fragebogenteils des *SKID-II* (Fydrich et al., 1997) wurde zudem ein dimensionaler Belastungswert in Form eines Summenscores über das gesamte Instru-

ment gebildet, als Erfassungsmaß für die Belastungen, die mit Persönlichkeitsakzentuierungen oder -störungen assoziierten Eigenschaften verursacht werden.

## 5.2 Ergebnisse

In die Untersuchung wurden 9 Therapierende eingeschlossen. Alle bewerteten die Verhaltenstherapie als wichtig oder völlig wichtig für die eigene therapeutische Arbeit. Die tiefenpsychologisch fundierte oder psychoanalytische Psychotherapie wurde im Kontrast dazu in der Mehrheit als eher unwichtig bis völlig unwichtig bewertet (77 %), während die systemische Therapie für 55 % der Therapierenden als eher unwichtig bis völlig unwichtig eingeschätzt wurde. Die Schematherapie wiederum wurde mit 77 % als eher wichtig bis völlig wichtig bewertet. Somit haben vor allem die Verhaltenstherapie und die Schematherapie Einfluss auf die Arbeit der Therapierenden dieser Stichprobe.

Alle 9 Therapierenden verfügten über eine begonnene oder abgeschlossene Ausbildung in der forensischen Schematherapie, bei 8 Therapierenden lag eine begonnene oder abgeschlossene Verhaltenstherapeutische Ausbildung vor. In 2 Fällen verfügten die Therapierenden zudem über eine begonnene oder abgeschlossene systemische Ausbildung und in einem Fall über eine Tiefenpsychologische Ausbildung. Für die Behandleraffinität gegenüber Schematherapie ergab sich ein Gesamt-Mittelwert von  $M = 32.22$  ( $SD = 9.43$ ). Der jeweilige Affinitäts-Wert der Therapierenden wurde jedem ihrer Patienten zugeordnet, um anschließend deskriptive Kennwerte zu berechnen. Dabei ergab sich in der Schematherapie-Gruppe für die Behandleraffinität ein Mittelwert von  $M = 44.29$  ( $SD = 0.49$ ) und in der Vergleichsgruppe ein Mittelwert von  $M = 26.41$  ( $SD = 9.41$ ).

Insgesamt trafen die Therapierenden im Untersuchungszeitraum bei 48 Patienten eine Entscheidung für bzw. gegen eine schematherapeutische Behandlung. Alle Patienten waren männlich. Durchschnittlich hatten die Patienten am Ende des Erhebungszeitraums  $M = 32.27$  Sitzungen absolviert ( $SD = 28.42$ ).

Der Schematherapie-Gruppe wurden alle Patienten zugeordnet, die von den Therapierenden so benannt wurden und bei denen zusätzlich ein Modusmodell sowie ein Fallkonzept vorlagen. Nach dieser Definition befanden sich rund 15 % der Versuchspersonen in schematherapeutischer Behandlung ( $N = 7$ ).

Das Durchschnittsalter der Gesamtstichprobe lag bei  $M = 38.04$  Jahren ( $SD = 12.75$ ). Der Mittelwert des IQ betrug in der Gesamtstichprobe  $M = 100.67$  ( $SD = 20.20$ ). Die Mehrheit hatte einen Sonder-, Förder- oder Hauptschulabschluss (47 %) und lebte in einer festen Partnerschaft oder Ehe (43 %). Außerdem wiesen die meisten Probanden keinen Migrationshintergrund auf (79 %) und befanden sich im Zuge einer Auflage oder Weisung in Therapie (70 %), rund zwei Drittel wegen eines Gewaltdelikts. Mit Ausnahme einer signifikanten höheren Impulskontrolle in der Gruppe, die mit Schematherapie behandelt wurde ( $p < .001$ ), gab es keine signifikanten Gruppenunterschiede (Tabelle 3).

Tabelle 3: Signifikanz der Gruppenunterschiede bezüglich demografischer Daten

Variable	Fisher	Mann-Whitney	
	<i>p</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
IQ*	–	74	.349
Sitzungen	–	134	.797
Schulabschluss	.913	–	–
Familienstand	.856	–	–
Migrationshintergrund	.147	–	–
Freiwilligkeit	.171	–	–
Indexdelikt	.079	–	–
Körperverletzung	1.00	–	–
Mord/Totschlag	1.00	–	–
Brandstiftung	1.00	–	–
Impulskontrolle/Aggressionen	.001	–	–
Betäubungsmittel	.562	–	–
Sexueller Missbrauch	.179	–	–
Kinder-/Jugendpornografie	.318	–	–
Raub	1.00	–	–

Anmerkungen. *n* = 48 für alle Variablen außer IQ. \* *n* = 39. *p* = exakte Signifikanz zweiseitig. Statistisch signifikante Unterschiede sind hervorgehoben.

## 6. Überprüfung der Hypothesen

### Zuweisung aufgrund von Persönlichkeitsstörungen

Aufgrund der geringen Gruppengrößen nach Kontrolle der Daten (Schema: *n* = 2; Routine: *n* = 14) erfolgte keine statistische Auswertung auf der Grundlage der Diagnostikstellung. Alternativ wurde das Ausmaß der Belastungen, die durch mit Persönlichkeitsakzentuierungen oder -störungen assoziierten Eigenschaften bedingt sind, anhand des *Belastungswertes* (Gesamtscore im SKID-II) analysiert. In einer binär-logistischen Regression zeigte diese Belastung durch Persönlichkeitsmerkmale unter Berücksichtigung der Behandleraffinität keinen signifikanten Beitrag für die Vorhersage einer Zuweisung zu einer der beiden Behandlungsgruppen (Tabelle 4). Das Modell klassifizierte jedoch 87 % der Probanden korrekt nach Schematherapie und Routinebehandlung.

## Zuweisung aufgrund von Substanzkonsum

Zur Überprüfung der Hypothese, dass ein geringerer Substanzkonsum eher dazu führt, den Patienten oder Patientinnen Schematherapie anzubieten, wurde ebenfalls eine binär-logistische Regression mit der Behandlerraffinität als Störvariable gerechnet. In diese Analyse gingen nach Ausschluss fehlender Werte insgesamt  $n = 41$  Probanden ein, von denen 6 Schematherapie-Patienten waren. Unter Konstanthaltung der Behandlerraffinität erreichte der Substanzkonsum ebenfalls keine statistische Signifikanz als Einflussfaktor für die Zuweisungsentscheidung, weshalb auch hier die Nullhypothese nicht verworfen werden konnte (Tabelle 4). Mit dem Modell konnten 87 % der Probanden korrekt klassifiziert werden.

## Zuweisung aufgrund von traumatischen Belastungen in der Kindheit

Schließlich wurde zur Untersuchung der Hypothese, dass die Patienten und Patientinnen mit höherer traumatischer Belastung in der Kindheit eher der Schematherapie zugewiesen werden als der Routinebehandlung, eine weitere binär-logistische Regression gerechnet. Dieser Analyse lagen  $n = 48$  Probanden zugrunde, es gab keine fehlenden Werte. Die traumatische Belastung erreichte unter Konstanthaltung der Behandlerraffinität keine Signifikanz für die Therapiezuweisung (Tabelle 4). Das Modell klassifizierte 89 % der Probanden korrekt.

Tabelle 4: Ergebnisse der binär-logistischen Regression zu den Hypothesen

## Hypothese 1

Prädiktor	$b$ (SE)	Wald	df	$p$	Exp( $b$ )	95 %-KI für Exp( $b$ )	
						Untere Grenze	Obere Grenze
Belastung	0.005 (0.037)	0.015	1	.904	1.005	0.934	1.081
Affinität	0.397 (0.352)	1.270	1	.260	1.487	0.746	2.965
Konstante	-17.480 (15.300)	1.305	1	.253	0.000		

## Hypothese 2

Prädiktor	$b$ (SE)	Wald	df	$p$	Exp( $b$ )	Untere Grenze	Obere Grenze
Substanzkonsum	-0.102 (0.221)	0.213	1	.644	0.903	0.585	1.393
Affinität	0.445 (0.406)	1.200	1	.273	1.560	0.704	3.456

Konstante	-19.259 (17.958)	1.150	1	.284	0.000
-----------	---------------------	-------	---	------	-------

*Hypothese 3*

Prädiktor	<i>b</i> (SE)	Wald	df	<i>p</i>	Exp( <i>b</i> )	Untere Grenze	Obere Grenze
Trauma	0.020 (0.034)	0.337	1	.562	1.020	0.954	1.091
Affinität	0.429 (0.307)	1.957	1	.162	1.539	0.842	2.804
Konstante	-19.955 (13.766)	2.101	1	.147	0.000		

*Anmerkungen.* KI = Konfidenzintervall. *b* = Regressionsgewicht. *SE* = Standardfehler. *Wald* = Wert der Wald-Statistik. *df* = Freiheitsgrade. *p* = *p*-Wert. *Exp(b)* = Odds Ratio.

### 7. Evaluation der Entscheidungsgründe durch die Therapierenden

Von den Therapierenden wurden insgesamt 117 Entscheidungsgründe angegeben, 36 davon für die Anwendung der Schematherapie. Allerdings gingen diese 36 Gründe auf 13 Patienten zurück, von denen jedoch nur 7 auch nach den vorgegebenen Kriterien (Modusmodell und Fallkonzept vorhanden) als Schematherapie-Patienten für diese Studie eingeschlossen werden konnten. Vor dem Hintergrund der strengen Einschlusskriterien dieser Studie, wurden auch nur für diese Patienten die Entscheidungsgründe in der Gesamtdarstellung betrachtet, um ein sauberes methodisches Vorgehen gewährleisten zu können. Dementsprechend wurden 6 Patienten von der Auswertung ausgeschlossen. Zur Evaluation der Angaben wurden diese zunächst gesichtet und dann thematisch geclustert.

#### Gründe für die Indikation einer Schematherapie

Etwa 37 % der Gründe für die Schematherapie-Anwendung bezogen sich auf die Persönlichkeit des Patienten, also dominante Persönlichkeitsanteile, den Zusammenhang von Tat und Persönlichkeit, vorliegende Persönlichkeitsstörungen und durch Persönlichkeitsaspekte entstandener Leidensdruck.

Belastende Kindheitserfahrungen wurden in 18 % der Entscheidungsgründe thematisiert. Außerdem wurde in jeweils 12 % der Gründe angegeben, dass entweder Modi in der Anamnese präsent waren, die Patienten die nötigen kognitiven Voraussetzungen erfüllten oder die Schematherapie mit Hilfe ihrer Techniken (z.B. Stuhldialoge) sehr gut ermöglichte, die Thematik aus verschiedenen Blickwinkeln zu betrachten und eine gemeinsame, wertschätzende Sprache zu entwickeln. Darüber hinaus gab es einen Grund, der keiner Kategorie zugeordnet werden konnte, nämlich, dass der Patient mit der schematherapeutischen Behandlung einverstanden war.

## Gründe gegen die Indikation einer Schematherapie

Der am häufigsten genannte Grund gegen die Anwendung von Schematherapie war mit rund 48 % die bessere Eignung eines anderen Therapieverfahrens (v. a. klassische Verhaltenstherapie). Davon bezog sich etwas weniger als die Hälfte (46 %) auf eine im Vordergrund stehende Nachsorge bzw. Begleitung nach der Haft, weswegen ein eher supportives bzw. stabilisierendes Therapieverfahren gewählt wurde. Bei 15 % der Angaben dieser Kategorie wurde die Notwendigkeit von Techniken genannt, die nicht primärer Bestandteil der Schematherapie sind (Verhaltenskontrolle, Aufbau positiver Aktivitäten, Soziales Kompetenztraining, Expositionstherapie). Die übrigen 38 % spezifizierten die „bessere Eignung“ nicht. Der mit 16 % zweithäufigste Grund gegen Schematherapie bezog sich auf die Diagnosen des Patienten: Entweder lag keine Persönlichkeitsstörung vor oder es wurde angegeben, dass eine andere psychische Störung (v. a. Suchterkrankungen und Impulskontrollstörungen) im Vordergrund der Behandlung stand. Weitere 13 % der Gründe beschrieben Faktoren, die eine schematherapeutische Arbeit erschwerten, welche hier unter der Überschrift „schwieriger Patient“ zusammengefasst wurden. Dabei wurde vor allem auf Schwierigkeiten hinsichtlich der emotionalen Belastbarkeit, der Regelmäßigkeit der Sitzungen, der Zuverlässigkeit des Patienten sowie dem geringen Ausmaß von Motivation und Leidensdruck Bezug genommen. Eine Unsicherheit in der Durchführung von Schematherapie seitens der Therapierenden wurde in ca. 11 % als Hinderungsgrund genannt. Außerdem bezogen sich 7 % der Benennungen auf nicht ausreichende kognitive Ressourcen des Patienten, die dazu führten, keine Schematherapie anzubieten. Schließlich wurde mit 3 % die fehlende Präsenz von dysfunktionalen Schemata, Schemamodi oder Belastungserfahrungen in der Kindheit als Entscheidungsgrund genannt.

## 8. Diskussion

Psychotherapie gilt als wichtige Maßnahme zur Resozialisierung von Straftätern und Straftäterinnen und wird zwischenzeitlich sogar gesetzlich vorgeschrieben (Lau et al., 2019). Gleichzeitig kann die Effektivität der Psychotherapie im forensischen Kontext noch nicht als hinreichend gesichert gelten (Oberlader, Schmidt, & Banse, 2018). Daher ist es grundsätzlich zu begrüßen, wenn Therapieverfahren, die sich in der allgemeinen Psychotherapie als wirksam erwiesen haben, für den forensischen Bereich adaptiert werden – ein Weg, den die Forensische Schematherapie eingeschlagen hat: Ausgehend von der Arbeitsgruppe um Bernstein et al. (2007) wurde die Schematherapie zur Bearbeitung spezifischer dissozialer Verhaltensstile entwickelt, evaluiert und in den Niederlanden als evidenzbasiert anerkannt (Bernstein et al., 2019; Bernstein et al., 2012; Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie, 2015; Keulen-de Vos, Bernstein, & Arntz, 2013). Die Ergebnisse ermutigen dazu, die Forensische Schematherapie breiter und vor allem auch im ambulanten Behandlungssektor einzusetzen.

Die vorliegende Arbeit war bestrebt, sich einigen offenen Fragen in der forensischen Forschungslandschaft zu widmen: Dabei sollte einerseits die ambulante Straftäter- und

Straftäterinnentherapie in den Blick genommen werden. Andererseits wurde beabsichtigt, die empirischen Grundlagen für die Anwendung der forensischen Schematherapie zu erweitern: In der aktuellen Studie wurde erstmals die ambulante Anwendung der Schematherapie in der forensisch-psychotherapeutischen Behandlung einer forensischen Fachambulanz in den Fokus genommen, wobei insbesondere untersucht werden sollte, wann sich Therapierende dafür entscheiden, die Schematherapie anzuwenden.

Die Studie liefert auf deskriptiver Ebene tendenziell hypothesenkonforme Ergebnisse:

- Therapierende scheinen sich für eine Schematherapie als Methode der Wahl zu entscheiden, wenn im diagnostischen Prozess Persönlichkeitsauffälligkeiten und darauf basierende Verhaltensauffälligkeiten besonders deutlich geworden sind. Insbesondere in den Freitext-Angaben nannten die Therapierenden am häufigsten dominierende dysfunktionale Persönlichkeitsanteile als Begründung für ihre Entscheidung, Schematherapie durchzuführen. Damit scheint sich auch im forensischen Kontext eine indikationsgeleitete Therapieentscheidung zu bestätigen, denn die Schematherapie wurde speziell für Persönlichkeitsstörungen höheren Schweregrades entwickelt.
- Die Entscheidung für die Schematherapie scheint auch im forensischen Kontext vom Konsumverhalten abzuhängen; denn entsprechend den Ergebnissen der Untersuchung werden eher Patienten eingeschlossen, bei denen gegenwärtig eine substanzbezogene Problematik nicht im Vordergrund steht. Dies entspricht nicht unbedingt den Empfehlungen der Begründer der forensischen Schematherapie: Angesichts der gerade bei straffälligen Personen so häufigen substanzbezogenen Probleme gilt für forensische Patienten zwar Punktabstinenz als eine Therapievoraussetzung, während eine Suchterkrankung an sich keine Kontraindikation darstellt (Bernstein et al., 2007).
- Auch eine vorbestehende Belastung mit traumatisierenden Erfahrungen scheint die Therapierenden dazu zu bewegen, die Schematherapie einzusetzen. Obwohl die Schematherapie sich nicht als traumaorientierte Therapie im engeren Sinne versteht, ist dies entsprechend der theoretischen Grundlagen der Schematherapie gut nachzuvollziehen, da demnach dysfunktionale Schemata und Verhaltensstile auf biographische Belastungen zurückzuführen sind.
- In diesem Bereich ergab sich allerdings eine Diskrepanz zwischen den Fragebogenergebnissen der Patienten mit deutlichen Hinweisen auf eine Häufung von traumatisierenden Kindheitserfahrungen und den Entscheidungsgründen der Therapierenden, die belastende Kindheitserlebnisse unerwartet selten benannten. Eine mögliche Erklärung könnte darin liegen, dass die besonders belastenden Ereignisse der Lebensgeschichte von den Patienten anfänglich nicht oder nur oberflächlich berichtet werden, was vor dem Hintergrund verständlich wird, dass eine Offenbarung solcher Erlebnisse eine tragfähige therapeutische Beziehung voraussetzt (Farber, 2003). Eine derart positive Arbeitsbeziehung muss besonders in der Straftäter- und Straftäterinnentherapie unter Überwindung einer basalen misstrauischen Grundhaltung und

vor dem Hintergrund einer überwiegend fremdmotiviert aufgenommenen Therapie bei oftmals nur geringem Leidensdruck meist erst über einen längeren Zeitraum entwickelt werden.

- Im ungünstigsten Fall könnte diese Diskrepanz dazu führen, dass eine passgenaue Zuweisung zu den unterschiedlichen Therapieverfahren nicht erfolgt: Eigentlich geeignete Patienten und Patientinnen werden möglicherweise nicht schematherapeutisch behandelt und umgekehrt werden möglicherweise einige Patienten und Patientinnen, für die ein anderes Verfahren besser geeignet wäre, dennoch der forensischen Schematherapie zugeführt.

Die Befunde deuten darauf hin, dass die Therapierenden im ISFP die Schematherapie in der forensischen Ambulanz den Möglichkeiten entsprechend nah an den Experten-Empfehlungen orientiert in das ambulante Setting implementieren könnten. Allerdings zeigt sich auch, dass dieser Prozess noch am Anfang steht und es noch weiterer Förderung und Forschungserkenntnissen bedarf, um die Schematherapie als gleichwertiges Verfahren neben der Routinebehandlung im ISFP etablieren zu können. In diesem Zusammenhang scheinen spezifischere Schulungen und regelmäßige Supervisionen, aber auch eine Überwachung der Behandlungsintegrität bei gleichzeitiger Beachtung der individuellen kriminogenen Bedürfnisse notwendig zu sein (Owen & Hilsenroth, 2014).

Die aktuelle Arbeit ist durch die kurze Studiendauer und den daraus resultierenden niedrigen Fallzahlen limitiert und erzielte keine signifikanten Unterschiede zwischen den untersuchten Gruppen. Gleichzeitig liefern die Daten Ansatzpunkte für zukünftige Studien, die vor allem eine größere Stichprobe einschließen sollten:

Ähnlich wie im stationären Setting sollte auch im ambulanten Feld eine langfristige, multizentrische Evaluation der forensischen Schematherapie angestrebt werden. Dabei wäre auf Seite der Therapierenden vor allem auf mögliche traumatisierende Erfahrungen zu fokussieren: Da belastende Erlebnisse aufgrund der theoretischen Annahmen des Verfahrens eine Indikation für die Schematherapie darstellen, sollten die Therapierenden durch ein proaktives Explorationsverhalten mit gezielter Abfrage systematisch mögliche traumatisierende Erfahrungen erfassen.

Auf Patientenseite sollte der Einfluss der kognitiven Ressourcen genauer untersucht werden. Sollten sich dabei signifikante Trends abzeichnen, könnten einerseits die Kontraindikationen für Schematherapie genauer definiert werden und andererseits das Verfahren z.B. für intelligenzgeminderte Straftäter und Straftäterinnen angepasst werden. So könnten langfristig noch mehr „schwierige“ Patientengruppen von der Schematherapie profitieren.

Weiter wäre auch eine Subgruppenbetrachtung nach Deliktbereichen interessant. Dadurch könnten Spezifikationen der Schematherapie für die einzelnen Deliktgruppen abgeleitet und diese somit noch effizienter gestaltet werden. Ein solches Vorgehen wird in ähnlicher Form in der klassischen Schematherapie bereits hinsichtlich unterschiedlicher Persönlichkeitsstörungen praktiziert (Behary & Dieckmann, 2011; Masley, Gillanders, Simpson, & Taylor, 2012; Rafaeli, Bernstein, & Young, 2010).

Die zukünftigen Studien sollten neben den Einschlusskriterien für eine Schematherapie gleichzeitig auch Fragen zur Effektivität adressieren. In diesem Bereich würde einerseits generell interessieren, ob Schematherapie die einschlägige Rückfalldelinquenz reduziert. Andererseits sollte in einem weiteren Schritt genauer untersucht werden, ob die therapeutische Arbeit an den forensischen Modi tatsächlich für diese Veränderung verantwortlich zeichnet.

### Literatur

- Addis, M. E. & Carpenter, K. M. (1999). Why, why, why?: Reason-giving and rumination as predictors of response to activation- and insight-oriented treatment rationales. *Journal of Clinical Psychology, 55*(7), 881–894.
- Andrews, D. A. & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct*. London: Routledge.
- Behary, W. T. & Dieckmann, E. (2011). Schema Therapy for Narcissism. In W. K. Campbell & J. D. Miller (Hrsg.), *The Handbook of Narcissism and Narcissistic Personality Disorder* (S. 445–456). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Bernstein, D., Arntz, A. & de Vos, M. (2007). Schema focused therapy in forensic settings: Theoretical model and recommendations for best clinical practice. *International Journal of Forensic Mental Health, 6*(2), 169–183.
- Bernstein, D., Clercx, M., Keulen-de Vos, M., Polaschek, D., Day, A. & Hollin, C. (2019). Schema Therapy in Forensic Settings. In D. L. L. Polaschek, A. J. D. Day & C. R. Hollin (Hrsg.), *The Wiley International Handbook of Correctional Psychology* (S. 654–668). Hoboken: John Wiley & Sons Ltd.
- Bernstein, D. & Fink, L. (1998). *Manual for the childhood trauma questionnaire*. New York: The Psychological Corporation.
- Bernstein, D., Nijman, H. L., Karos, K., Keulen-de Vos, M., de Vogel, V. & Lucker, T. P. (2012). Schema therapy for forensic patients with personality disorders: Design and preliminary findings of a multicenter randomized clinical trial in the Netherlands. *International Journal of Forensic Mental Health, 11*(4), 312–324.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien* (10. Aufl.). Bern: Hogrefe.
- Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie (2015). *Jaar-en eindverslag Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie [Annual report of the Ministry of Justice's approval committee for behavioral interventions]*. Den Haag: Ministerie van Veiligheid en Justitie.
- Farber, B. A. (2003). Patient self-disclosure: a review of the research. *Journal of Clinical Psychology, 59*(5), 589–600.

- Fassbinder, E., Schweiger, U. & Jacob, G. (2011). *Therapie-Tools Schematherapie*. Weinheim: Beltz.
- Fydrich, T., Renneberg, B., Schmitz, B. & Wittchen, H.-U. (1997). *SKID II. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II: Persönlichkeitsstörungen. Interviewheft. Eine deutschsprachige, erw. Bearb. d. amerikanischen Originalversion d. SKID-II von: MB First, RL Spitzer, M. Gibbon, JBW Williams, L. Benjamin, (Version 3/96)*. Göttingen: Hogrefe.
- Heidenreich, T. & Michalak, J. (2013). Einführung. In T. Heidenreich & J. Michalak (Hrsg.), *Die »dritte Welle« der Verhaltenstherapie: Grundlagen und Praxis* (S. 13–19). Weinheim: Beltz.
- Huchzermeier, C. (2012). Persönlichkeitsmerkmale von Straftätern und psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten von Straftätern in Haftanstalten. In J.L. Müller, N. Nedopil, N. Saimeh, E. Habermeyer & P. Falkai (Hrsg.), *Sicherungsverwahrung – wissenschaftliche Basis und Positionsbestimmung* (S. 131–151). Berlin: MWV.
- Huchzermeier, C. & Aldenhoff, J. (2002). Zum gegenwärtigen Stand der forensischen Psychotherapie in Deutschland. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie*, 70(7), 374–384.
- Jacob, G. A. (2015). Was ist innovativ an der Schematherapie? *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 59(3), 179–186.
- Kahl, K. G., Winter, L. & Schweiger, U. (2012). The third wave of cognitive behavioural therapies: what is new and what is effective? *Current opinion in psychiatry*, 25(6), 522–528.
- Keulen-de Vos, M., Bernstein, D. P. & Arntz, A. (2013). Schema Therapy for Aggressive Offenders with Personality Disorders. In R. C. Tafrate & D. Mitchell (Hrsg.), *Forensic CBT: A Handbook for Clinical Practice* (S. 66–83). Hoboken: Wiley-Blackwell.
- Keulen-de Vos, M.E., Bernstein, D.P., Vanstipelen, S., de Vogel, V.Lucker, T.P.C; Slaats, M., Hartkoorn, M., Arntz, A. (2016) Schema modes in criminal and violent behaviour of forensic cluster B PD patients: A retrospective and prospective study. *Legal and Criminological Psychology* 21 (1), 56–76
- Lau, S., Voss, T., Mauzait, A., Huchzermeier, C., Konrad, N. & Basdekis-Jozsa, R. (2019). Zur Situation stationärer forensischer Psychotherapie in Deutschland – Ergebnisse einer Umfrage in Maßregelvollzugseinrichtungen. *Psychiatrische Praxis*, 46(5), 263–267.
- Lischewski, C. (2018). *Wirksamkeit der stationären Behandlung von Sexualstraftätern in Deutschland* (Bericht Nr. 3). Bonn: Nationales Zentrum Kriminalprävention.
- Masley, S. A., Gillanders, D. T., Simpson, S. G. & Taylor, M. A. (2012). A Systematic Review of the Evidence Base for Schema Therapy. *Cognitive Behaviour Therapy*, 41(3), 185–202.

- Mews, A., Di Bella, L. & Purver, M. (2017). *Impact evaluation of the prison-based Core Sex Offender Treatment Programme*. London: Ministry of Justice.
- Oberlader, V., Schmidt, A. F. & Banse, R. (2018). Methodische Herausforderungen in der Evaluation von Straftäterbehandlungsprogrammen. In M. Walsh, B. Pniewski, M. Kober & A. Armnorst (Hrsg.), *Evidenzorientierte Kriminalprävention in Deutschland. Ein Leitfaden für Politik und Praxis* (S. 313–332). Heidelberg: Springer.
- Owen, J. & Hilsenroth, M. J. (2014). Treatment adherence: The importance of therapist flexibility in relation to therapy outcomes. *Journal of counseling psychology*, 61(2), 280.
- Pniewski, B. (2018). *Effekte von ambulanter Behandlung zur Prävention von Sexualdelikten. Systematische Übersichtsarbeit zu den Methoden und Ergebnissen von Evaluationsstudien im Bereich ambulanter Rückfallprävention bei Sexualtätern* (Bericht Nr. 1). Bonn: Nationales Zentrum für Kriminalprävention.
- Rafaëli, E., Bernstein, D. P. & Young, J. (2010). *Schema therapy: Distinctive features*. London: Routledge.
- Reiss, N., Vogel, F. & Knörnschild, C. (2016). *Schematherapie bei Patienten mit aggressivem Verhalten: ein Therapieleitfaden*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Schmucker, M. & Lösel, F. (2017). Sexual offender treatment for reducing recidivism among convicted sex offenders: a systematic review and meta-analysis. *Campbell Systematic Reviews*, 13(1), 1–75.
- Schwarze, C., Voß, T., Kliesch, O., Bauer, A., Braunisch, S., Feil, M. G., Fellmann, H., von Franqué, F., Freese, R., Gretenkord, Y., Huchzermeier, C., Jückstock, V., Klemm, T., Kroon-Heinzen, H., Martin, R., Pitzing, J., Wegner, K. & Zisterer-Schick, M. (2018). Qualitätskriterien forensischer Ambulanzen des Strafvollzugs. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 12, 369–379.
- van Minnen, A., Hendriks, L. & Olf, M. (2010). When do trauma experts choose exposure therapy for PTSD patients? A controlled study of therapist and patient factors. *Behaviour Research and Therapy*, 48(4), 312–320.
- Ward, T. & Brown, M. (2004). The good lives model and conceptual issues in offender rehabilitation. *Psychology, Crime & Law*, 10(3), 243–257.
- WHO ASSIST Working Group (2002). The alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction*, 97(9), 1183–1194.
- Wingenfeld, K., Spitzer, C., Mensebach, C., Grabe, H. J., Hill, A., Gast, U., Schlosser, N., Höpp, H., Beblo, T. & Driessen, M. (2010). Die deutsche Version des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ): Erste Befunde zu den psychometrischen Kennwerten. *PPmP – Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie*, 60(11), 442–450.
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.

*Korrespondenzadressen:*

Prof. Dr. Christian Huchzermeier  
Institut für Sexualmedizin und Forensische Psychiatrie und Psychotherapie (ISFP)  
Zentrum für Integrative Psychiatrie ZIP gGmbH, Campus Kiel  
Niemannsweg 147, 24 105 Kiel  
E-Mail: christian.huchzermeier@uksh.de

Michel Anton Schulte-Ostermann  
Institut für Sexualmedizin und Forensische Psychiatrie und Psychotherapie (ISFP)  
Zentrum für Integrative Psychiatrie ZIP gGmbH, Campus Kiel  
Niemannsweg 147, 24 105 Kiel  
E-Mail: michel.schulteostermann@uksh.de

Marie Luise Grützmacher  
Fachkliniken St. Marien – St. Vitus GmbH  
Alhorney Straße 32, 49429 Visbek  
E-Mail: ml.gruetzmacher@googlemail.com

Prof. Dr. Anya Pedersen  
Klinische Psychologie und Psychotherapie  
der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel  
Olshausenstr. 62, 24118 Kiel  
Email: pedersen@psychologie.uni-kiel.de