

Formen der Deliktbearbeitung

Übersicht:	Seite
1. Deliktbearbeitung, Warum? Definition und Zweck	2
2. Indikation	3
3. Motivation	5
4. Merkmale der Therapeut – Patient - Beziehung	6
5. Therapeutischer Kontext	9
6. Therapeutische Setting	9
7. Therapeutische Methoden und Ansätze im Rahmen der Deliktbearbeitung	10
7. 1. Kognitiv – Verhaltenstherapeutische Methode in der Deliktbearbeitung	10
7. 2. Klärende introspektive therapeutische Interventionen	11
7. 3. Psychodramatischer Ansatz, Rollenspiele (Skript von Ralf Janssen)	
7. 4. konfrontative Methoden und Techniken	11
7. 5. Konfrontation unter Verwendung von Hilfsmitteln	12
7. 6. Konfrontative Pädagogik	13
7. 7. Empathietraining	14
7. 8 . Ressourcenorientiertes Arbeiten im Rahmen der Deliktbearbeitung	14
1. Anhang: Das Verantwortungs- Abwehr – System	15
2. Anhang: Kognitive Verzerrung nach Murphy	
3. Anhang: Soziale Bedürfnisse (im Sinne von Grawe, 1998, 2004)	16
4. Anhang: Die BW- Skala	17
5. Anhang: Deliktorientierte Behandlungselemente in der Arbeit mit Straffälligen	18
6. Anhang: Gliederungsverzeichnis von Übungen und Spielen zum AAT	18
Literaturverzeichnis	19
Anmerkungen	20

1. Deliktbearbeitung, Warum? Definition und Zweck

Für Urbaniok (2003, 32ff) ist in der Therapie mit Straffälligen die deliktorientierte Arbeit zentral. Eine ähnliche Bedeutung weisen weitere Autoren¹ (u.a. Deegener, 1995, 59ff, Hilgers, 2004, 110) einer Rekonstruktion des Tatgeschehens und eine Analyse der Deliktdynamik zu. Hilgers spricht sich für eine möglichst realitätsnahe Rekonstruktion der Tat aus, und meint damit die Bildung eines realistischen Deliktszenarios der letzten 72 Stunden vor und bis zum Delikt. Damit wird der Grundsatz vertreten, dass die Tat der Abschluss (quasi ein Höhepunkt) eines kriminogenen Prozesses darstellt. Der Täter handelt aufgrund seiner Bedürfnisse so und nicht anders. Im Sinne von Urbaniok (ebda., 42) ist er ein „**Experte für sein eigenes Tatverhalten**“. Damit verwirft er eine tiefenpsychologische Tradition in der Behandlung von Straftätern, die eine Aufarbeitung von ursachlichen Konflikten oder Traumatisierung aus der Kindheit zum Hauptgegenstand hat und die Straftat als Symptom dieser frühen Störung ansieht.

Warum? Alle Autoren gehen von der Annahme aus, dass der Delinquent durch eine Klärung der Tatmotive und einer Rekonstruktion seines emotionalen Status zur Tatzeit und im Vorfeld der Tat, Erkenntnisse über sich selbst gewinnt. Hierdurch werde er befähigt und in seiner Intention unterstützt, aggressiv Impulse zu kontrollieren oder in risikoreichen Situationen eine Fremdkontrolle zu akzeptieren.^{2,3} Damit geht die Deliktbearbeitung über eine reine operative Fallanalyse (Rekonstruktion der Tat) hinaus und zielt auf einen therapeutischen Veränderungsprozess ab.

Deegener, in Anlehnung an Murphy 1995, 112ff), sieht die Notwendigkeit im Rahmen einer Deliktbearbeitung den Täter – hier Sexualstraftäter - mit seiner kognitiven Verzerrungen zu konfrontieren und hierdurch zu verändern (vgl. erster und zweiter Anhang) Als therapeutische Methoden benennt er Empathie – Training, Rollenspiele, Informationsvermittlung und eine genaue Klärung der kognitiven Verzerrung.

Müller – Isberner (1998, 202) verweist auf die Notwendigkeit in der Behandlung mit Delinquenten solche Persönlichkeitsmerkmale mit kriminogenen Faktoren und solche, die Risikomerkmal darstellen, therapeutisch zu bearbeiten und zu verändern. Hierunter nennt er unter Anführung von Andrews (1995), Lösel (1995) und Gendreau (1996) folgende Faktoren:

- Antisoziale Ansichten, Einstellungen und Gefühle
- antisoziale Peer-Kontakte
- Identifikation mit kriminellen oder antisozialen Rollenmodellen und Werten
- Impulsivität
- Mangel an sozialen Fähigkeiten
- dysfunktionale Copingstrategien
- Unfähigkeit zu planen und konzeptionell zu denken
- Unfähigkeit Schwierigkeiten oder Risiken zu antizipieren und zu umgehen
- Egozentrik
- Externalisierung von Verantwortung und Schuld
- eingeschränktes Abstraktionsvermögen und starres zeitweilig irrationales Denken
- eingeschränkte Selbstkontrolle und Problemlöseverhalten
- verändertes Selbstmanagement und
- (häufig) substanzgebundene Abhängigkeit.

Seiffge – Krenke, Roth und v. Irmer (2006) verweisen auf die schweren familiären Belastungen in der Kindheit von Straftätern, mit hieraus „maladaptive“ gebildeten Copingstilen. Eine Behandlung von Straftätern müsse hier einen Zusammenhang herstellen. Hilgers (2004, 117) führte pointiert aus: „Wenn man mit dem Patienten bis zu dem Punkt kommt, dass man mit ihm inhaltlich arbeiten könnte, hatte die Behandlung Erfolg.“ Andere Autoren betonen die Arbeit am Affekt und den Emotionen. Meurer (2005) spricht von einer (Re-) Emotionalisie-

rung, um eine authentische Deliktreakonstruktion zu erreichen. Eine affektive Dissoziation als dysfunktionales Coping müsse aufgehoben werden. Die Analytikerin Bauriedl (2002, 59) erachtet als sicherste Rückfallprophylaxe und damit als Behandlungsstrategie die negativen Folgen der Tat beim Täter **emotional erlebbar** zu machen.

Der Zweck einer Deliktbearbeitung besteht darin:

- Ein Rückgang deliktbezogener Leugnungs- und Bagatellisierungsstrategien und damit ein authentischer – verantwortlicher – Umgang mit der Delinquenz.
- Abbau deliktspezifischer dysfunktionaler Denkschemata oder Muster und ein Aufbau von funktionaleren Schemata.
- Wissenszunahme und emotionales Nacherleben über negative Folgen der Gewalt- oder Sexualstraftat für das Opfer.
- Entwickeln von Fähigkeiten, individuelle Risikosituationen zu erkennen, zu bewerten und in einer sozial angemessenen Art und Weise zu bewältigen.
- Entwickeln einer realistischen Selbsteinschätzung des Rückfallrisikos.

Zusammenfassend:

Deliktbearbeitung ist zweckgerichtet und wird im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung mit Delinquenten eingesetzt, um - enge Definition - persönliche und lebensrelevante Merkmale der Tat zu rekonstruieren. Ziel der Deliktbearbeitung ist - erweiterter Definition - eine Veränderung deliktförderlicher und kriminogener Merkmale des Täters.

2. Indikation

In der Essener Prognosestudie von Seifert et al. (2005, 2006) wird ausgeführt, dass entgegen der Auffassung in zahlreichen forensischen Lehrbüchern die Merkmale „Reue über die Tat“, „Krankheitseinsicht“, „Deliktbearbeitung“ und „Gefühlsarmut“ für die Gruppe der psychisch-kranken Straftäter (gem. § 63 StGB) keine prognostische Relevanz besitzt. Demgegenüber weist Müller – Isberner (1998, 202) darauf in, dass bei schizophrenen Straftäter im MRV zusätzlich als Risikomerkmale eine fehlende Krankheits- und Behandlungseinsicht und eine schlechte Compliance gilt.

Berner et al. (2007,72) benennt als notwendige Voraussetzung für eine Beteiligung von Patienten an dem Gruppenmanual Sex Offender Treatment Programme (SOTP) eine ausreichende Frustrationstoleranz, Beziehungsfähigkeit, keine generelle Verleugnung der Tat und die Bereitschaft seine Tat einzugestehen und hierüber in der Gruppe zu sprechen.

Es stellen sich die Fragen,

- wann und in welcher Art und Weise ist eine Deliktbearbeitung indiziert?
- Welche Voraussetzung müssen erfüllt sein, um mit dem Delinquenten eine Bearbeitung zu beginnen?
- Kann eine Thematisierung des Delikts und damit der Beginn einer Deliktbearbeitung auch kontraindiziert sein?

- **Beziehung**

Deliktbearbeitung wird im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung durchgeführt. Voraussetzung ist ein tragfähiges Arbeitsbündnis zwischen Therapeut und Patient, wie in jeder anderen Psychotherapie auch. Liegt eine gravierende Beziehungsstörung vor, die einen psychotherapeutischen Prozess verhindert oder unmöglich macht, ist zunächst an eine ausreichend stabile Therapeut – Patienten – Beziehung zu arbeiten. Ist ein therapeutisches Arbeitsbündnis etabliert (zum Beispiel durch ein offenes und zugewandtes Verhalten des Patienten), kann erwogen werden mit der Deliktbearbeitung zu beginnen (vgl. Abschnitt Beziehungsgestaltung bei der Deliktbearbeitung).

- **Motivation**

Zu Beginn der Behandlung besteht häufig das Problem, dass Patienten sekundär motiviert sind (Lockerungs- und Begnadigungserwartung) und nicht unbedingt veränderungsbereit. Um mit der therapeutischen Arbeit trotzdem starten zu können, muss der Patient absprachefähig sein und die Bereitschaft erkennen lassen, seine Straftat zu thematisieren.

Bevor der Therapeut den Fokus der therapeutischen Arbeit auf die Delinquenz lenkt, thematisieren Patienten häufig eigene Probleme, Traumata, Kränkungen etc.. In ihren Sichtweisen wollen viele eine Bestätigung erfahren (*bestätigungsorientiert*). Geht der Therapeut zunächst behutsam vor und lässt den Patienten zunächst seine Problematik unkritisch berichten, schafft er die Möglichkeit „Beziehungskredit“ aufzubauen, um damit Widerstand zu vermeiden. Ist ein Arbeitsbündnis entstanden, kann er später – konfrontativer – auf die Delinquenz zu sprechen kommen (zur Motivation bei Straftätern, sich an Behandlungsprogrammen zu beteiligen vgl. Dahl, 1995).

- **gemeinsame Zielsetzung**

Zwischen Therapeut und Patient muss im Laufe der Bearbeitung eine gemeinsame Zielsetzung entstehen. Der Patient sollte nachvollziehen können, weshalb eine Thematisierung seiner Straftat therapeutisch von Relevanz ist. Gelegentlich erleben Patienten eine Deliktbearbeitung, insbesondere konfrontative Interventionen, ähnlich wie ein Verhör bei der Polizei. Der Therapeut sollte die unterschiedliche Zielsetzung und die hohe Relevanz für die spätere Resozialisierung verdeutlichen.

- **sozio – moralisches Niveau**

Täter weisen ein unterschiedliches sozio - moralisches Niveau auf. Problematisch erscheint eine Deliktbearbeitung, wenn sich der Patient auf einem präkonventionellen Niveau befindet (in sensu Kohlberg). Für die Deliktbearbeitung ist von Relevanz, in wie weit der Täter das moralisch Verwerfliche seines Handelns erkennen kann. Erachtet er die Tathandlungen als legitim, ist zunächst eine Problematisierung der delinquenten Handlungsweisen notwendig. Zu fragen ist:

- Welche moralischen Werte (bürgerliche oder subkulturelle) hat der Delinquent verinnerlicht und in welcher Weise handelt er danach?
- Reflektiert er sein Handeln oder verhält er sich egozentrisch nach (s)einer Nutzenmaxime?
- Kann ihm vor Augen geführt werden, welche Nachteile er selber, sein Opfer oder andere Tatbeteiligte davon tragen?
- Besteht ein emotionaler Bezug zu seinen Äußerungen oder wirkt er abgeklärt, formal – abgeklärt, taktisch?

- **psychopathologische Merkmale**

Grundsätzlich ist zu prüfen, ob aufgrund psychopathologischer Merkmale eine Deliktbearbeitung (un-)möglich ist. Problematisch erscheint eine Deliktbearbeitung wenn folgende Merkmale gegeben sind:

- Ein akuter psychotischer Zustand vorliegt.
- Eine hirnorganische Störung, die eine Wesensveränderung zur Folge hat, gegeben ist.
- Eine mittelstark oder stark ausgeprägte affektive Störung (Manie oder Depression).
- Eine Beeinträchtigung durch eine Alkohol- oder Drogenintoxikation gegeben ist.
- Zeigen sich bei dem Patienten Merkmale einer gravierenden dissozialen Persönlichkeitsstörung oder sadistische Verhaltensweisen, bedeutet dies ein notwendiges Ausschlusskriterium aus einem Gruppensetting (Gefahr der Behandlungssabotage: Lustgewinn bei der offenen Deliktbeschreibung anderer Mitpatienten).

- **Intellektuelle und persönliche Fähigkeiten**

Liegt eine intellektuelle Beeinträchtigung vor, ist zu prüfen, inwieweit der Patient u. a. emotionale und kognitive Erlebnisinhalte verbalisieren kann und bestimmte kognitive Fähigkeiten aufweist: u. a. Abstraktion von Verhaltensmustern, Perspektivenwechsel, Aufmerksamkeitsfokussierung. Ggf. ist die Deliktbearbeitung zu verändern.

Eine diagnostische Einschätzung der Intellektuellen und persönlichen Eigenschaften hat ferner einen hohen Erkenntniswert zum Ablauf der Straftat. Sind bestimmte Muster zu erkennen, die auf das Persönlichkeitsprofil zurückzuführen ist?

3. Motivation

Vielen Publikationen zur Deliktbearbeitung und psychotherapeutischer Arbeit mit Tätern beschreiben konfrontative Interventionen (vgl. Absatz, konfrontative Methoden). Motivationspsychologische Aspekte werden erst in einigen jüngeren Manualen und Aufsätzen angesprochen. Analog eines Paradigmenwechsels in der Suchtbehandlung in den achtziger und neunziger Jahre - ausgehend von einem überwiegend konfrontativen Behandlungsstils, hin zu einer komplexeren motivierenden Gesprächsführung - ist zu fragen, welche Behandlungsstrategie mehr Effektivität verspricht und ob durch eine Kombination von motivierenden mit konfrontativen Interventionen nicht größere Behandlungserfolge erzielt werden können. Es stellen sich die Fragen:

- Warum sollte ein Täter bereit sein über seine Tat(en) und dem Tatszenario zu reden?
- Durch welche besonderen und allgemeinen Merkmale ist die Therapeut – Patienten – Beziehung im Rahmen der Deliktbearbeitung gekennzeichnet?
- Unter welcher Voraussetzung ist ein Täter bereit sich auf einen therapeutischen Prozess zur Deliktbearbeitung einzulassen?

Häufig sind (zunächst) sekundäre Therapiemotive gegeben (Erwartung nach Lockerung, Gespräch als Zuwendung) und eine Veränderungsmotivation ist in der Regel erst aufzubauen. In der therapeutischen Arbeit mit Tätern gilt, wie in jeder anderen therapeutischen Behandlung auch:

Täter (Patienten) werden nur dann bereit sein über ihre Tat zu reden und sich somit auf eine Deliktbearbeitung einzulassen, wenn sie für sich einen Vorteil oder Nutzen erkennen und in Zukunft antizipieren.

Für den Therapeuten bedeutet dies, ihnen die Nachteile („Kosten“) der illegalen Handlungen vor Augen zu führen. Der Patient sollte motiviert werden zukünftig einen legalen Lebensstil zu führen (Methode: Motivierende Gesprächsführung), in dem er dazu gebracht wird über seine längerfristigen Nachteile (Haft, Trennung) in Relation zu seinen Bedürfnissen in der aktuellen Deliktsituation nachzudenken.

Die motivationale Frage wird in neueren Behandlungsprogrammen stärker berücksichtigt, als in älteren. So ist im aktuellen SOTP (Sex Offender Treatment Programme, Berner [Hrsg.], 2007, 38) eine biographische Einheit vor der eigentlichen Deliktbearbeitung vorgeschaltet worden, um das Aufkommen von Widerständen zu vermeiden und die Gruppenkohäsion zu festigen. Auch betont das Autorenteam immer wieder explizite Motivationsphasen einzubauen und somit die eigentliche deliktbezogene Arbeit zu unterbrechen.

4. Merkmale der Therapeut – Patient - Beziehung

Die Deliktbearbeitung geschieht im Rahmen einer therapeutischen Arbeitsbeziehung zwischen Therapeut und Patient⁵. Deshalb ist zu fragen, durch welche Charakteristiken und Besonderheiten diese Beziehung gekennzeichnet ist. Welche Merkmale der Therapeut – Patient – Beziehung, sind in Hinblick auf die Deliktbearbeitung von Relevanz?

- **Einstellung oder Haltung** des Therapeuten gegenüber seinem Patienten. Müller – Isberner (1998, 202) weist darauf hin, dass die Behandler in erfolgreichen Programmen zur Behandlung von Straftätern eine
 - kritisch – offene
 - engagierte
 - aber klar abgegrenzte Beziehung unter Wahrung der Autorität besitzen.

Simpler Grundsatz:

Unter Berücksichtigung des Rosenthal – Effekts wird eine Deliktbearbeitung nur dann einen Behandlungsfortschritt bringen, wenn der Therapeut hiervon überzeugt ist.

- **Therapie im „Hier und Jetzt“:** Hilgers (2004, 120) weist den Interaktionen in der Therapeut – Patient - Beziehung, dem **Hier und Jetzt**, eine entscheidende Bedeutung in der Behandlung von Patienten mit antisozialen Persönlichkeitsmerkmalen zu. Zu fragen ist,
 - Weist der Delinquent in der Therapeut – Patient – Beziehung Verhaltensaspekte mit einem kriminogenen Aspekt auf?
 - Sind die kriminogenen Aspekte generalisiert auch in anderen Kontakten oder Beziehungskontexten zu beobachten?
 - Liegen Erfahrungswerte aus dem sozio - therapeutischen Milieu vor?
- **Doppelter Arbeitsauftrag** für den Therapeuten:
 - Gesellschaftlich (Besserung seiner dissozialen Störung) und
 - patientenbezogen (Linderung seines [aktuellen] Ungemachs).

Hieraus ergeben sich Konflikte hinsichtlich der Behandlungsplanung (und somit letztendlich bei der Zielsetzung des therapeutischen Vorgehens) und zwischen Therapeut und Patient. Es stellt sich die Frage nach der **ethischen Gewichtung** von Gemeinwohl zur Besserung und Sicherung von Straftätern und einem individuellen Anspruch auf Linderung von Belastungen des Patienten. Deegener (1995, 64) spricht in diesem Zusammenhang von „therapeutischer Macht“ und ist der Ansicht, dass im Rahmen der Behandlung von Sexualstraftätern das Wohl und die Prävention von Kindern und Jugendlichen „eindeutig“ im Vordergrund vor dem Recht des Täters auf Freiwilligkeit einer Behandlung stehe.

Damit ist die Therapeut - Patienten – Beziehung noch nicht hinreichend beschrieben. Im folgenden soll es darum gehen, allgemeine Konstrukte aus der Psychotherapieprozessforschung auf die Arbeit mit Patienten einer delinquenten Problematik zu übertragen.

- **Konsistenzhypothese**

Nach Epstein (1990) und Grawe (2004) strebt jedes Individuum nach Übereinstimmung bzw. nach einer Vereinbarkeit der gleichzeitig ablaufenden neuronalen und psychischen Prozesse. Ein konsistenter Ablauf des psychischen Geschehens resultiert aus einer Übereinstimmung zwischen aktuellen motivationalen Zielen und der realen Wahrnehmung. Emotionale Empfindungen bedeuteten eine Rückmeldung und damit eine Kontrolle über die (In)-Konsistenz. Ein hohes Inkongruenzniveau erzeugt einen erhöhten Pegel von negativen Emotionen und Stress. (vgl. Epstein, 1990, 1993 [Cognitive – Experiential – Self -Therapie, CEST] und Grawe, 2004).

- Deliktbearbeitung führt zunächst zu einer Zunahme von Inkonsistenz (Ausnahme sadistische Straftäter: Konsistenz zwischen Bedürfnis und Reaktion). In der Regel wird von dem Betroffenen verlangt Selbstbildaspekte mit dem Tatgeschehen in Beziehung zu setzen. Hieraus lässt sich die vermeidende, abwehrende oder widerständige Reaktion der Patienten erklären (dysfunktionale Copingstrategie). Die therapeutische Strategie sollte sein, dem Betroffenen implizit wie explizit einen Weg aufzuzeigen, Inkongruenz wahrzunehmen und durch Antizipation negativer Konsequenzen ihm zu einer Verhaltensänderung zu motivieren. Hinsichtlich der Konsistenzhypothese lässt sich die Deliktbearbeitung am deutlichsten von der therapeutischen Arbeit mit „gewöhnlichen“ Patienten unterscheiden.

- **Soziale Motive und Bedürfnisse**

Von besonderer Relevanz erscheint die Frage, was stellt bei der Straftat die Bedürfnisbefriedigung für den Täter dar? Was war aus der Sicht des Täters an der Tat „schön“, „erregend“ etc.?

Grawe (1999, 2004) beschreibt vier (interaktionelle) Grundmotive oder Bedürfnisse, die in der Motivhierarchie eines Menschen hoch angesiedelt sind und sich deshalb generell im Verhalten manifestieren, eben auch bei Straftätern. Jedoch erfolgt aufgrund unterschiedlicher Sozialisationsbedingungen eine individuelle Ausprägung. Eine Annäherung (Befriedigung) an die Motive erfolgt nur, wenn jemand flexible und angemessene Handlungsmuster entwickelt hat. Erfolgt in der Entwicklung eine begrenzte (traumatische) Motiverfüllung, bleibt das Motiv weiterhin dominant gegenüber anderen Motiven. Damit ist eine klinische Relevanz gegeben.

Die vier Grundbedürfnisse sind:

- **Bindung**
- **Orientierung und Kontrolle**
- **Selbstwerterhöhung**
- **Lustbedürfnis/Unlustvermeidung**

Die Berücksichtigung der sozialen Motive sind in vierfacher Hinsicht von Belang:

- Welche Motive - und durch welche Verhaltensweisen versucht der Patient eine Bedürfnisbefriedigung zu erreichen - äußert der Patient im Rahmen der Deliktbearbeitung gegenüber seinem Therapeuten? Welche Appelle vermittelt er dem Therapeuten?

Mit dieser Frage ist der Aspekt verbunden, wie spezifisch oder allgemein verhält sich der Täter in nahen oder intimen Beziehungen?

Besteht eine unterschiedliche motivationale Beziehungsgestaltung gegenüber bestimmten Personengruppen?

- Komplementaritätshypothese: In neueren therapeutischen Konzepten wird als Voraussetzung für eine konstruktive Persönlichkeitsveränderung eine reziprok – komplementäre Beziehungsgestaltung zwischen Therapeut und Patient angenommen (Tscheulin 2006, Grawe 1998, Sachse 1992). Therapeuten sollten grundsätzlich ihr Interaktionsverhalten an den sozialen Motiven des Patienten ausrichten. (in sensu Grawe, 2004 und Sachse, 2002).
Im Rahmen der Deliktbearbeitung ist von Interesse, hinsichtlich welchen Motiven und Bedürfnissen verhält sich der Therapeut komplementär und wann ist ein wechselseitiges ergänzendes Verhalten eher delinquentförderlich?
- Darüber hinaus ist die Frage von Bedeutung, welche sozialen Motive und hier das hieraus resultierende Verhalten sind mit aggressiven Impulsdurchbrüchen, Gewalttätigkeiten oder kriminellen Einstellungen verbunden? Welche sozialen Motive lassen sich aus dem Deliktverlauf erkennen?

- Besonders bei Patienten mit einer dissozialen Persönlichkeitsstörung ist häufig ein Unterschied zwischen dem offen zu Schau gestellten Habitus und der Persönlichkeit zu erkennen. Besteht eine Diskrepanz zwischen der vordergründigen Verhaltensebene und übergeordneten sozialen Motiven?
Welche soziale Motive bleiben unbefriedigt?
- **Aufbau von „Beziehungskredit“**
Voraussetzung für jegliche Bearbeitung problemrelevanter Themen in einer Therapie ist Vertrauen, Sicherheit („Beziehungskredit“) und die Erwartung aller Beteiligten auf Behandlungserfolge, auch in der Arbeit mit Delinquenten. Eine Thematisierung der Straftat sollte erst dann erfolgen, wenn genügend „Beziehungskredit“ aufgebaut wurde. Der Therapeut sollte deshalb dem Patienten von Anfang an verdeutlichen, in welchen Grenzen eine gemeinsame vertrauensvolle Arbeit möglich ist und wo nicht.

Beziehungskredit kann nur dann aufgebaut werden, wenn der Patient tatsächlich die gleichen Ziele verfolgt wie der Therapeut (Ziel: Legale Lebensweise). Verfolgt der Patient sekundäre Motive (Ausgang, Urlaub, Stuserhöhung), ist eine manipulative Spielstruktur gegeben. Andererseits bestehen oft Ängste und Unsicherheiten, ob der Therapeut die erhaltenen Informationen an unautorisierte Personen weitergibt oder Ausgangseinschränkungen ausgesprochen werden.

- **Mitarbeit des Patienten, Reaktionen auf Interventionen**
Der Täter kann in unterschiedlicher Art und Weise auf die Interventionen der Therapeuten reagieren oder sich der Deliktproblematik stellen. Hierdurch werden Persönlichkeitsmerkmale, Copingstrategien, (ggf. dysfunktionale) kognitive Muster deutlich und es ergeben sich Behandlungsansätze. Die folgenden Fragen sollen zu der Klärung beitragen in welcher Art und Weise der Täter die Deliktbearbeitung durchführt:
 - Ist der Patient bereit, seine persönlichen Motive, Einstellungen und Emotionen zu klären? In diesem Zusammenhang ist auch von Interesse, ob er einer Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte ausweicht und in welcher Art vermeidet. Sachse (1992) entwickelte eine Skala der Bearbeitung problemrelevanter Inhalte. Die einzelnen Kategorien geben einen Hinweis, inwieweit der Täter bereit - aber auch befähigt ist - von allgemeinen, oft oberflächlichen Angaben zu einer persönlichen, emotional – bewertenden Bearbeitung zu gelangen (vgl. 4. Anhang BW - Skala).
 - Bestehen thematische Sperrn („schwarze Löcher“), logische Widersprüche, unterschiedliche Genauigkeiten in der Erinnerung?
 - Wie ist der Affekt, die Emotionalität und der emotionale Ausdruck während der Bearbeitung? Ist bei bestimmten Inhalten Scham, Ärger, Aggression oder eine andere Gefühlsregung zu erkennen?
 - Bewertet er seine Tat? Äußert er Normen oder Werte?
 - Sind dysfunktionale kognitive Schemata im Sinne von A. Beck zu erkennen?
 - Welche Attribuierung nimmt der Täter hinsichtlich seiner Schuld vor (extern versus eigene Person)?
 - Widerruft der Patient eigene Angaben oder relativiert Aussagen?
 - Beschreibt er Sachverhalte inhaltsbezogen (sachlich) oder personifizierend?
 - Beschönigt der Patient bestimmte Vorgänge – und in welchem Zusammenhang - des Tathergangs (euphemistische Tatbeschreibung)?
 - Wie ist das nonverbale und das paraverbale Verhalten? Ist er angespannt und bei welcher Thematik ist er angespannt?
 - Kann der Patient bei der Antizipation zukünftiger Umstände zwischen seinen Erwartungen und der Realität unterscheiden (Unterscheidung zwischen „es kann“ zu „es wird“)? Ebenso gilt dies für die Vergangenheit und Gegenwart.

- Ist der Patient in der Lage einen Perspektivenwechsel vorzunehmen? Dies erscheint eine Voraussetzung für Empathiefähigkeit. Ist er auch in der Lage die Situation seines Opfers nach zu empfinden?
- **Selbstbild und Appelle**

Auf der Grundlage des Kommunikationsmodell von Schulz von Thun (1981) ist zu fragen.

 - Welches **Selbstbild** vermittelt der Patient von sich während der Thematisierung des Delikts? Kann er bestimmte problemrelevante Eigenschaften erkennen (schnelle Erregbarkeit, sexuelle Devianz). Welche Selbstwertmerkmale vermeidet er? Welche therapeutischen Ansatzpunkte ergeben sich aufgrund der Selbstbeschreibung?
 - Welche (Größen-) Phantasien stellen ein Ideal dar und besteht ein kriminogener Bezug zur Tat? Wann werden diese Phantasien von ihm ausgelebt?
 - Welche Selbstwertaspekte sind mit dem Tathergang verbunden?
 - Welche Identitätsmerkmale vermittelt er plakativ oder authentisch?
 - Wie korreliert seine Selbstbeschreibung (Image) mit seinem Affekt, seiner Emotionalität und seinem Verhalten aktuell und während der Tat?
 - Welche Kompensations- und Bewältigungsmöglichkeiten bestehen hinsichtlich eigener Schwächen?
 - Bestehen Persönlichkeitsmerkmale, die eine kriminogenen Bedeutung besitzen, aber sich auch in der Therapeut – Patient – Beziehung widerspiegeln?
 - Besteht eine besondere Erwartung nach Solidarisierung oder Distanzierung innerhalb der Therapeut – Patient – Beziehung oder gegen eine andere Person?

5. Therapeutischer Kontext

Therapie findet immer in einem Kontext statt. Das soziale Umfeld übt ebenso einen Einfluss auf den therapeutischen Prozess aus, wie das Setting, die Institution, die Patientengruppe etc. Für den Therapeuten gilt, diese Einflüsse auf die Therapie und insbesondere auf die Therapeut – Patient – Beziehung zu berücksichtigen. Zu fragen ist, wie interagiert er mit dem Milieu auf der Station, mit seinem sozialem Umfeld und der Familie? In welcher Weise wird er beeinflusst und wie beeinflusst er seine Umgebung?

6. Therapeutische Setting

Grundsatz: Einzeltherapeutische Gespräche, gruppentherapeutische Gespräche und ein sozial – therapeutisches Milieu stehen in einem ergänzendem Verhältnis zueinander. Die einzelnen Behandlungssettings weisen unterschiedliche Vor- und Nachteile auf.

● Einzeltherapeutisches Setting

Für ein einzeltherapeutisches Setting spricht:

- Im einzeltherapeutischen Setting ist die Therapeut – Patient – Beziehung ungleich besser aufzubauen und mehr „Beziehungskredit“ zu erwerben, als im gruppentherapeutischen Setting.
- Patienten sind im Einzelkontakt mitunter wesentlich offener und eher bereit über ihr Delikt zu reden. Oft liegen Befürchtungen vor, von Mitpatienten unter Druck gesetzt zu werden oder eine andere Art von Sanktion zu erfahren.
- wenn sie eine Ausgrenzung, ein unter Druck setzten oder eine andere Art von Sanktionierung durch die Gruppe befürchten.
- Ist in der Teilnehmergruppe ein hoher Anteil von Patienten mit einer dissozialen Persönlichkeitsstörung, besteht die Gefahr einer Dominanz von zum Schein angepasster Patienten, die die Gruppendynamik bestimmen. Im einzeltherapeutischen Setting ist im diesem Fall soweit wie möglich eine Realitätskonfrontation sinnvoll.
- Ein einzeltherapeutisches Setting erfordert einen geringeren Ressourcen- und Organisationsaufwand.

- **Gruppensetting**

Die Vorteile der Gruppenbehandlung sind:

- Deliktbezogene Behandlungsgruppen können gebildet werden. Hierdurch wird eine Ausgrenzung, Provokation anderer Straftäter(gruppen) verhindert (u. a. Sexualtätergruppen). Die Patienten erfahren Hypothesen von anderen über Entstehung und Merkmale von Kriminalität und sind in der Lage eine Validierung eigener Einstellungen vorzunehmen.
- Im Verlauf des gruppentherapeutischen Prozesses kann ein offener Austausch angeregt und gebildet werden, wodurch wesentliche Aspekte zur Delinquenz geklärt werden. Voraussetzung: Einige Patienten sind motiviert und stellen vorbildhafte Kristallisationspunkte dar. Besteht ein offenes und sicheres Gesprächsklima in einer Gruppe, motivieren sich die Teilnehmer auf Grund einer solidarischen Einstellung gegenseitig.
- Das Gruppensetting ermöglicht es den Patienten einen direkten, realitätsorientierten Austauschprozess zu führen. Hierdurch können Einstellungen zum Selbstbild, zur sozialen Wirklichkeit und zur Bewertung des Delikts eine Veränderung erfahren.
- Dissoziale Verhaltensstörungen manifestieren sich häufig in einer Unfähigkeit an therapeutischen Gruppen teilzunehmen oder sich zu integrieren. Ein verbessertes Beziehungsverhalten (Gruppenverhalten) bedeutet eine Symptomabnahme.
- Der Patient erfährt eine Thematisierung persönlicher und oft aversiver Themen. Hierüber mit anderen einen Austausch zu führen, stellt schon für viele eine neue Erfahrung dar.
- Ein gruppentherapeutisches Setting ermöglicht neben verbalen Interventionen den Einsatz weiterer Methoden (psychodramatische Episoden, AAT) und eine Verknüpfung zu Trainings (sozialen Kompetenztraining).

7. Therapeutische Methoden und Ansätze im Rahmen der Deliktbearbeitung

Die im folgenden aufgeführten Methoden sind miteinander kombinierbar. Wichtig erscheint die jeweiligen Ressourcen eines Settings und einer Einrichtung auszuschöpfen und eine effiziente Kombination der therapeutischen Methoden zu bilden. Die Analyse der Delinquenz, eine Beurteilung von Risikomerkmalen sollte in einem angemessenen Verhältnis zu dem Erlernen neuer Bewältigungsstrategien und zur Veränderung deliktrelevanter kognitiver – emotionaler Schemata stehen.

7. 1. Kognitiv – Verhaltenstherapeutische Methode in der Deliktbearbeitung

Auf der Grundlage der kognitiven Verhaltenstherapie (in sensu Ellis, 1977) wird eine Verhaltensanalyse vorgenommen. Ausgehend von der Tathandlung werden die damit in Zusammenhang stehenden Kognitionen (Überzeugungen, Bewertungen), die Emotionen und der Affekt sowie die realen und wahrgenommenen Situationsmerkmale analysiert. Hierzu eignet sich zum Beispiel die drei Spaltentechnik. Zum Ende der Anwendung sollten die einzelnen Handlungskomponenten der Tat plausibel dargestellt sein.

In der Arbeit mit Sexualstraftätern beschrieb Bullens (1993, 14ff) den Zeitraum vor der Tat als **Entscheidungskette**. Durch kognitiv – verhaltenstherapeutische Methoden werden die einzelnen Sequenzen des kognitiv – affektiven Geschehens rekonstruiert, die letztendlich handlungsentscheidend sind. Der Patient erfährt somit, dass seine Tat nicht aus heiterem Himmel passierte.

Liegt eine Entscheidungskette vor, sind die Gewalt- und Sexuellenphantasien im Vorfeld der Tat zu klären.

- Liegen Auslöser vor, die das delinquente Verhalten triggern?
- Sind bei mehreren Straftaten Deliktmuster oder bedingende Muster im Vorfeld der Tat herauszulesen?

Wichtig in diesem Zusammenhang erscheint die Analyse hinsichtlich delinquenzfördernder Faktoren

- **des Lebensstils**
- **der Beziehung(en)**
- **der Lebenseinstellung(en)**
Inwieweit tragen bestimmte Einstellungen der Identität und Sexualität zur Delinquenz bei? Realitätsverzerrende Einstellungen sollten eine Prüfung durch Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie (kognitives Umstrukturieren) unterzogen werden. Ziel, eine Veränderung vorzunehmen
- der **Gefühle** und des **Affektes**, ggf. Affektstörung
- und bei Sexualdelikten hinsichtlich **sexuellen Interessen**.

7. 2. Klärende introspektive therapeutische Interventionen

Die therapeutische Klärung von inkongruenten Motivstrukturen, Normen und Einstellungen, von emotionalen Reaktionen oder von Tatmotiven setzt eine Fokussierung der Aufmerksamkeit auf das innere Bezugssystem des Patienten voraus. Sachse (1992) geht davon aus, dass ein Therapeut den Klärungsprozess durch steuernde Interventionen beeinflussen kann (Steuerungshypothese). Hierbei sollte durch eine aktuelle Emotionalisierung („gefühlte Bedeutungen“) ein Klärungsprozess entstehen, mit dem Ziel, eine Motivklärung zu erwirken, Inkongruenzen aufzulösen oder einen Bezug zu seinem motivationalem und emotionalem Status bei der Tat herstellen zu können. Eine Einschätzung, inwieweit der Patient Zugang zu seinem inneren Bezugssystem herstellt, gibt die BW-Skala nach Sachse (1992, 83, vgl. 4. Anhang) an.

7. 3. Psychodramatischer Ansatz, Rollenspiele

Ausführungen von Ralf Janssen (vgl. Skript zum Seminar)

7. 4. konfrontative Methoden und Techniken

Konfrontative Methoden und Techniken werden häufig im Zusammenhang mit der Deliktbearbeitung beschrieben. Nach Deegener (1995, 59) erfolgt die Konfrontation des Täters mit dem Ziel, eine möglichst weitgehende Verantwortungsübernahme für seine Tat (hier Missbrauchshandlung) zu erreichen. Es stellt sich die Frage, wie verzerrt ist die Darstellung des Tatgeschehens und ist er hinreichend zur therapeutischen Behandlung motiviert.

Konfrontative Interventionen im Rahmen der Deliktbearbeitung können systematisch und evaluiert durch ein therapeutisches Manual erfolgen oder situativ im Verlauf einer Therapie-sitzung indiziert sein. Ein konfrontatives Einstiegsritual für neue Teilnehmer einer jugendlichen sexualdelinquenten Gruppe beschreibt Gruber (1999,65). Die Neuankömmlinge werden „recht schonungslos“ im Rahmen der sog. „**Ausquetschrunde**“ aufgefordert über die Art, die Anzahl und den Ablauf der Delikte ohne Bagatellisierung, Ausflüchte oder Leugnung zu berichten. Das Einstiegsritual erinnert in seiner Konzeption an den „heißen Stuhl“, eine Übung der konfrontativen Pädagogik (vgl. Konfrontative Pädagogik).

Während Deegener und Gruber konfrontative Techniken vergangenheitsbezogen bei der Delikt-rekonstruktion einsetzen, betont Hilgers (2004, 120) in der Arbeit mit dissozial geprägten Patienten das **Hier und Jetzt - Prinzip**. Nach Ansicht von Hilgers (ebda., 120) sollte der Patient mit seinen dissozialen Verhaltensweisen und Einstellungen konfrontiert werden.

Beispiel: „Hören Sie, in unseren Gesprächen bin ich aber das Opfer ihres Gesprächsstils. Sie sind es, der unser Gespräch dominiert. Das ist völlig anders, als das, was Sie von Ihrer Beziehungen außerhalb der Therapie schildern. Können Sie dies nachvollziehen?“
Bei der Behandlung von Patienten mit antisozialer Persönlichkeit ginge es vorrangig um den Schutz der Rahmenbedingungen, das Einhalten von Grenzen und Regeln.

Konfrontative Techniken werden häufig im Zusammenhang mit Deliktbearbeitung oder in der therapeutischen Arbeit mit Delinquenten beschrieben. Aber jede therapeutische Technik ist in der Wirkungsweise und in der Effektivität von der Beziehungsgestaltung des Therapeuten zu seinem Patienten abhängig. Deshalb sollte ein Therapeut nur soweit oder soviel konfrontieren, wie sich der Patient auf die Konfrontation einlässt; bereit ist, sich mit der Hypothese und Haltung auseinander zu setzen. Zu berücksichtigen ist der „Beziehungskredit“, den der Therapeut bei dem Patienten besitzt.

In diesem Zusammenhang erscheint die Vereinbarung gemeinsamer Ziele zwischen Therapeut und Patient notwendig. Eine Rekonstruktion der Straftat sollte nicht als Selbstzweck gesehen werden, sondern als ein schwieriges aber notwendiges therapeutisches Thema. Auch ist oft eine Kombination mit anderen therapeutischen Techniken sinnvoll. So kann sich der Therapeut bewusst komplementär zu den sozialen Motiven des Patienten verhalten, mit der Absicht, Beziehungskredit wieder anzusparen, um die Deliktbearbeitung durchstehen zu können.

7. 5. Konfrontation unter Verwendung von Hilfsmitteln

Konfrontative Techniken können durch informationsgebende Medien unterstützt werden. Ein Einsatz kommt dann in Frage, wenn durch verbale Interventionen keine weitere Klärung oder Veränderung zu erzielen ist, aber ausreichend Beziehungskredit besteht und sich der Patient hierauf einlässt. Ergänzende Medien können sein:

- **Ermittlungsakte und weitere Justizakte**

Ermittlungsakten weisen Zeugenaussagen, Tatortfotos, Protokoll der Polizei und des Täters kurz nach der Festnahme auf. Damit kann der Patient konfrontiert werden. Insbesondere wenn Erinnerungslücken bestehen, können konkrete Fragen zu dem Tathergang gestellt werden.

- **Tatort-, Fallanalyse und Täterprofil**

Aus der Tatortanalyse und dem Täterprofil ergeben sich Merkmale des Täters. Die eigentlich Analyse orientiert sich an die beiden Kernfragen

- Was hat der Täter getan, was er nicht hätte tun müssen?
- Wie lange beschäftigt sich der Täter womit?

Die Beantwortung dieser beiden Fragen lässt auf Motive, Bedürfnisse und Intentionen des Täters schließen. Eine besondere Relevanz besteht bei schweren Gewalttaten, wenn der Patient einen völlig anderen Tathergang schildert. Die Bedeutung der Fallanalyse in der Forensischen Psychiatrie beschreibt Osterheider (2003, 18ff).

- **Gegenstände, Asservate**

Die Konfrontation mit den Asservaten (Kleidung, die während der Tat getragen wurde, [Hosen-]Tascheninhalte) dient dazu, die Reaktion und insbesondere die Emotionalität einzuschätzen. Lässt ihn seine blutverschmierte Hose gleichgültig oder wirkt er in seiner Reaktion betroffen, theatralisch – effekthaschend?

- **Betrachtung von Spiel- oder Dokumentarfilme**

In Spielfilmen (z.B. „Clockwork orange“, der „Trinker“) werden mitunter ähnliche Handlungsmuster dargestellt, wie reale Tatgeschehen der Täter. Er erkennt parallelen in der Handlung, Einstellungen und in den Motiven. Hierdurch ergibt sich eine Identifikationsmöglichkeit mit dem im Film dargestellten Täter oder der Tätergruppe. Die Konfrontation wird zunächst weit weniger aversiv erlebt, als eine direkte Befragung zu dem realen Tathergang. Im weiteren Verlauf ist eine Fokussierung auf die eigene Tat des Patienten möglich.

- **Ausführung zu Tatort oder zum Grab des Opfers**

Eine massive Form der Konfrontation stellt eine Rückkehr an den Tatort, ein Besuch bei dem geschädigten Opfer oder zum Grab des Opfers dar. Solche Maßnahmen können erwogen werden, wenn eine Absprachefähigkeit besteht und der Patient bereit ist, im Anschluss über sein Erleben zu reden. In diesem Zusammenhang können

auch Gespräche mit Familienangehörigen geführt werden, um weitere Perspektiven einzuholen.

7. 6. Konfrontative Pädagogik

Konfrontative Pädagogik meint:

- (Jugendliche) Täter mit den Folgen ihres Handelns im Bezug auf ihr Opfer zu konfrontieren (Opferperspektive).
- „Geführte Gruppenintervention“ (Gall, 2001) durch die Peer-Group, die in einem klar strukturiertem und regelgeleitetem Gruppensetting durchgeführt wird.
- Die Übungseinheiten haben den Zweck, Situationen herzustellen, in denen eine deliktbezogene Auseinandersetzung möglich ist.
- Die Täter sollen dazu gebracht werden Selbstwertdefizite (Selbstinsuffizienz) auszuhalten und (sozialere) Bewältigungsstrategien zu entwickeln.
- Ein veränderter Verstehensbegriff: kein indirektes Einverständnis der Tat durch Akzeptanz in Form von Erklärungsversuchen.
- Nach Hagedorn (1994): *Akzeptanz + Konfrontation = soziale Entwicklung*.
- Eine Konfrontation des Jugendlichen („Täters“) mit seinem Verhalten geschieht nach einer Verletzung, Beleidigung oder Ausgrenzung eines anderen.
- Strategien und Rituale zur Bagatellisierung der Tat sollen aufgedeckt werden.
- Prosoziale Einstellungen und Verhaltensweisen sind zu entwickeln (Im Sinne von Kohlberg: Von einem *präkonventionellen sozio-moralischen Entwicklungsniveau* hin zu einem *konventionellen sozio-moralischen Niveau*).
- Stärkung sozialer Kompetenzen als Voraussetzung um eigene Bedürfnisse mit denen der sozialen Umwelt in Einklang zu bringen.
- Aufdecken von Opferdispositionen.

Antiaggressionstraining® (AAT) und Coolnesstraining® (CT) stellen ein ergänzendes Methodenrepertoire im Rahmen einer Gruppenbehandlung dar. Die theoretische Grundlage wurde nach einem Paradigmenwechsel in den Erziehungswissenschaften in den neunziger Jahren gebildet. In den beiden Jahrzehnten zuvor richtete sich die praktische pädagogische Arbeit überwiegend an humanistischen Paradigmen und (therapeutischen) Konzepten aus (vgl. nondirektive Kinder- und Jugendtherapie).

Während das Anti-Aggressionstraining ausschließlich täter- und deliktbezogen ist, besitzt das Coolnesstraining eine prophylaktische Ausrichtung. Anti-Aggressionstraining und Deliktbearbeitung verfolgen somit die gleiche Zielsetzung, wenngleich mit unterschiedlichen Methoden. Empirische Evaluationsstudien widersprechen sich in der Bewertung der Effektivität (Schanzenbacher, 2003 positiv versus Ohlemacher, 2001 negativ).

Für die Deliktbearbeitung erscheinen einige Übungen sinnvoll. Eine Integration in unterschiedliche Konzepte erscheint vorstellbar. Je nach Zielsetzung können Übungen eingesetzt werden um

- das sozio – moralische Niveau zu explizieren und hierüber einen Reflektionsprozess zu führen.
- eine Tolleranz hinsichtlich Provokationen aufzubauen.
- zu lernen, aggressive Impulse und Emotionen zu kontrollieren.
- provozierende und aggressive Verhaltensweise angemessen entgegen zu treten, sich sozial zu behaupten sowie gegnerische Gewalt abzuwehren.
- zum Erlernen von sozialen Krisenbewältigungs- und Behauptungsstrategien.
- einen Täter mit seinen Gewalttaten zu konfrontieren.

Übungen zum eigentlichen Eingeständnis der Straftat und zur Verantwortungsübernahme (z. B. der „heiße Stuhl“) bedürfen längere Vorbereitungszeit und ein eingewöhntes Setting der Beteiligten an das Setting.

Die einzelnen Formen der Übungen sind in der Broschüre *Anti-Gewalt- und Deeskalations-training* (LVR, 2004) gegliedert und mit zahlreichen praxisnahen Beispielen aufgeführt. Der sechste Anhang gibt die Gliederung wieder.

7. 7. Empathietraining

Übungen zur Perspektivenübernahme und einem Einfühlen in die Gefühlslage des Opfers sind beispielsweise in allen wesentlichen Manualen zur Behandlung von Sexualstraffätern Behandlungsbestandteil.

Übungen zum Empathietraining:

- **Schriftliche Darlegung der Straftat**
Brief an das Opfer. (Wischka et al., 2004, entwickelten ein Rating - Verfahren zur objektivierten Auswertung von Täterbriefen an das Opfer. Die Beurteilung erfolgt an Hand von sieben Merkmalen (Items), die auf einer sechsstufigen Skala beurteilt werden:
 - Tateingeständnis
 - Verantwortungsübernahme
 - kognitive Verzerrung
 - Erkennen der Entwicklung zur Tat
 - Erkennen von Risikosituationen
 - Opfer – Empathie
 - Erkennen der Tatfolgen für das Opfer.

- **Verfahren der Konfrontation unter Verwendung von Hilfsmitteln (vgl. 5 Absatz)**
Konfrontative Techniken können auch zum Zweck eines Empathietrainings verwendet werden. Ein Einsatz sollte dann in Betracht gezogen werden, wenn die Tat hinreichend aufgeklärt ist. Auch bietet sich ein zirkulärer Fragestil an. Beispiel: „Wie meinen Sie, denkt Ihre Tochter (eine emotionalbedeutsame Person) darüber, dass das Opfer diesen Schmerz erlebte?“

- **Perspektivenwechsel**
Zunächst in der Vorstellung und später im Rollenspiel nimmt der Täter die Rolle des Opfers ein, mit dem Ziel einer Perspektivenübernahme. Die Tat wird durchgegangen und ggf. durchgespielt (re-enactment). Wichtig erscheint, dass der Täter dies als Ich-Erzähler formuliert.

7. 8 . Ressourcenorientiertes Arbeiten im Rahmen der Deliktbearbeitung

Wird eine Deliktbearbeitung im Rahmen einer therapeutischen Behandlung durchgeführt, ist eine delinquenzbezogene und defizitorientierte Betrachtungsweise durch eine Ressourcenanalyse zu ergänzen. Durch welche Ressourcen wurde die Tat ggf. abgemildert und welche Ressourcen können zur Senkung des Rückfallrisikos beitragen?

Im einzelnen sind folgende Ressourcenbereiche zu unterscheiden:

- biographische Anhaltspunkte einer gefestigten, sozialintegrierten Lebensweise
- aktuelle Anhaltspunkte einer gefestigten, sozialintegrierten Lebensweise
- (aktuelle) soziale und familiäre Beziehungsstrukturen zur Unterstützung einer legalen Lebensweise
- (besondere) persönliche Fähig- und Fertigkeiten zur Anpassung und Festigung
- (besondere) Einstellungen und Überzeugungen zur Festigung einer legalen Lebensweise
- Motive, Bedürfnisse und Intentionen, die eine legale Lebensweise unterstützen.

1. Anhang:

Das Verantwortungs- Abwehr – System:

Deegener (1995, 59ff) konstruierte ein (Kategorien-)System aus fünfzehn Bereichen zur **inhaltlichen Unterscheidung** von Aussagen zur Verantwortungsverlagerung oder –abwehr (Externale Verantwortungsattribution) bei Sexualstraftätern.

Eine Generalisierung allgemein auf Gewalttäter erscheint aber möglich.

Kategorien mit Beispiel:

1. Täter – Selbstbild

„Ich bin kein Vergewaltiger. Ich hatte mit meiner Frau schon längere Zeit keinen sexuellen Verkehr mehr und sie (das Opfer) war auch damit einverstanden zu ihr in die Wohnung zu gehen. Ich hatte einfach das Bedürfnis.“

2. Staat

„Der Staat schützt viel zu stark die Frauen. Wir Männer sind zum Freiwild geworden. Jede Frau kann behaupten, sie sei vergewaltigt worden und schon bist du am Fliegenfänger.“

3. Justiz

„Die Justiz bestraft viel zu ungerecht. Ich hab’ einen im Knast kennen gelernt, der hat das gleiche Delikt, aber nur die Hälfte der Strafe. Das ist ungerecht. Ich bin ein Opfer.“

4. Polizei

„Von der Polizei wurde ich mit dem Gesicht am Boden eingequetscht. Die bauschten alles auf. Ich bin wie ein Terrorist behandelt worden.“

5. Staatsanwälte

„Der Staatsanwalt, der hatte mich beim vorletzten mal schon angeklagt. Der forderte jetzt die Sicherungsverwahrung. Der war deshalb befangen. Der verbaut mir alles.“

6. Richter

„Die Richterin glaubte meiner Frau alles. Die hörte mich überhaupt nicht an. Wenn da ein Mann gesessen hätte, wäre ich nur zu der Hälfte des Strafmaß verurteilt worden.“

7. Rechtsanwälte

„Im Verfahren hatte ich nur einen Pflichtverteidiger, der sich für mich überhaupt nicht einsetzte. Der sage mir dann, ich soll das Urteil annehmen. Dabei ist das falsch.“

8. Psychosoziale Helfer, Ärzte, Bewährungshelfer

„Mein Arzt und der Bewährungshelfer haben mir überhaupt nicht geholfen. Die waren völlig gegen mich und sollten wir doch eigentlich helfen.“

9. Zeitungen

Die Zeitung hat das alles aufgebauscht (zieht einen Zeitungsausschnitt) aus der Brieftasche. Da, schauen Sie her. Das soll ich gewesen sein. Die Verhaftung kam nur deswegen, weil die Zeitung so Stimmung gegen mich machte.“

10. Sexueller Missbrauch

„Ich hab’ sie nicht vergewaltigt. Sexueller Kontakt war schon da. Meine Tochter schmuste eben gerne mit mir. Hätte eben auch schon früher passieren können. Sie ist eben gut gebaut. Ich hab es nicht beabsichtigt. Es entwickelte sich einfach so.“

11. Die sexuell missbrauchten Mädchen

„Sie wollte ihr Selbstwertgefühl steigern. Beim ersten Mal war sie sehr angetan davon, so dass es ihr im Laufe der Zeit großen Spaß machte. Sie provozierte mich hierzu.“

12. Psychosoziale Reife von Mädchen

Die zwölf bis vierzehn Jährigen, sehen heute schon so erwachsen aus und sind schon so reif, dass ich es nicht richtig finde, ihnen ihre Sexualität zu verbieten. Ab vierzehn, wenn kein Zwang und keine Gewalt angewendet wird, ist das kein sexueller Missbrauch.“

13. Die Mütter oder Ehefrauen

Wollte eigentlich gar nicht mit dem Mädchen sexuellen Verkehr. Ich habe mich an der Mutter gerecht. Die Alte hat mich völlig abserviert.“

14. Familie und Kontakt zum missbrauchten Kind heute

„Ich hab einen normalen Kontakt zu dem Kind. Wir schreiben uns regelmäßig und für sie ist das vergessen und nicht schlimm.“

15. Sonstige

„Ich habe das eh nicht machen können. Ich war doch an dem Tag gar nicht in der Nähe des Tatorts. Aber mir glaubt man ja nicht vor Gericht. Ich bin unschuldig.“

2. Anhang:

Kognitive Verzerrung nach Murphy

Murphy (1990) auf der Grundlage der sozialen Lerntheorie nach Bandura (zitiert nach Deegener (1995, 111ff) formulierte drei Formen kognitiver Verzerrung:

1. Rechtfertigung des verwerflichen Handelns
 - Moralische und psychologische Rechtfertigung der Tat
 - Beschönigende Vergleiche
 - Etikettieren und damit Bagatellisieren der Tat
2. Fehlwahrnehmung der Konsequenzen
 - Minimalisieren oder Ignorieren der Konsequenzen
 - Fehlerhafte Zuschreibung der Konsequenzen (veränderte Attribuierung der Ursache)
3. Abwertung und Schuldzuschreibung gegenüber dem Opfer
 - Herabwürdigung des Opfers
 - Schuldattribuierung auf das Opfer

3. Anhang:

Soziale Bedürfnisse (im Sinne von Grawe, 1998, 2004)

- **Bindung**
Das Bedürfnis nach Nähe zu Bezugspersonen (Ehe, Freundschaften, Bekanntschaften etc.). Je nach den erlebten Beziehung in der Kindheit und Jugend werden bestimmte Bindungsmuster ausgebildet (Vertrautheit, Einfühlungsvermögen etc.). Bestehen tragfähige und verlässliche Beziehungen zu Bezugspersonen, entwickelt sich ein „Urvertrauen“, mit der Erwartung Trost, Beistand und Schutz finden zu können.
- **Orientierung und Kontrolle**
Bedürfnis nach Handlungskontrolle und Einfluss. Je nach individuellen Erfahrungen werden Erwartungen gebildet und Vorstellungen antizipiert, ob es sich lohnt, sich für eine Sache zu engagieren oder nicht. Damit ist auch die Frage verbunden, inwieweit das Leben Sinn macht.
- **Selbstwerterhöhung**
Das Bedürfnis sich selbst als geliebt, wertvoll und kompetent zu erleben. Zur Bildung und Aufrechterhaltung eines sicheren Selbstwertgefühls ist ein wertschätzendes und fürsorgliches soziales Umfeld notwendig.
- **Lustbedürfnis/Unlustvermeidung**
Das Bedürfnis lustvolle oder erfreuliche Erfahrungen herbeizuführen und dem entgegen unlustvolle oder schmerzhaftere Ereignisse zu vermeiden. Je nach der Sozialisation werden bestimmte (un)lustvolle Erfahrungen ausgebildet. Situationsabhängig entwickeln sich eher optimistische oder eher pessimistischere Lebenseinstellungen.

Schon **Sachse** (1997) beschrieb im Rahmen seines therapeutischen Konzeptes eine Persönlichkeitsstörung als Beziehungsstörung aufzufassen, grundlegende interaktionelle Motive. Gleichfalls wie Grawe formuliert er Beziehungs-, Selbstwert- und Kontrollmotive, doch auf einem niedrigerem hierarchischen Niveau und deshalb konkreter.

- **Das Bedürfnis nach Akzeptanz**
Das Bedürfnis von anderen Personen, die einem wichtig sind, um seiner selbst willen geachtet, geliebt und akzeptiert zu werden.
- **Das Bedürfnis, wichtig zu sein**
Das Bedürfnis, für andere in ihrem Leben eine Bedeutung zu haben und eine Rolle (als Sohn, Freund, Ehemann etc.) zu spielen.
- **Das Bedürfnis nach verlässlicher Beziehung**
Das Bedürfnis nach einer „sicheren Bindung“: Eine Beziehung, die tragfähig ist, ohne hinterfragt zu werden und Belastungen aushält.
- **Das Bedürfnis nach solidarischer Beziehung**
Das Bedürfnis vom Partner unterstützt zu werden, wenn Hilfe erforderlich ist oder Geborgenheit gebraucht wird.
- **Das Bedürfnis nach Autonomie**
Das Bedürfnis in seiner Selbstbestimmung, seiner Selbstentwicklung und in seinem Selbstbild akzeptiert zu werden.
- **Das Bedürfnis nach territorialer Unverletzbarkeit der eigenen Domäne**
Das Bedürfnis persönlichrelevante Bereiche des Lebens als eigene Bereiche definieren zu können und von sich aus Grenzen setzen zu dürfen. Damit ist die Erwartung verknüpft von seinem Gegenüber ernst genommen zu werden; eine Akzeptanz der Grenzsetzung.

4. Anhang:

Bedeutungsstrukturen von Patientenäußerungen: BW- Skala (Sachse, 1992, 83)

1. Stufe: Keine Bearbeitung oder Thematisierung relevanter Inhalte erkennbar.

Der Patient spricht über Allerweltsthemen, die für ihn im wesentlichen unbedeutend sind: „small-talk“.

2. Stufe: Intellektualisieren: Theoriebildung oder Wissensvermittlung

Erklärung eigener Belange durch eine Theoriebildung ohne emotionalen Bezug oder persönlicher Daten. Der Patient beschäftigt sich mit der Frage:

„Wie kann ich einen persönlichen Aspekt durch eine Theorie erklären?“

3. Stufe: Bericht: (Journalistische) Berichterstattung über ein persönliches Ereignis

Der Patient schildert ein Ereignis mit einem unklaren Bezug auf sein inneres Bezugssystem. Mögliche Aspekte seiner Motive, Erwartungen, Einstellungen oder seiner Emotionalität sind zu erahnen, bleiben aber unausgesprochen.

„Was hat sich konkret (objektiv) ereignet?“

4. Stufe: Bewertung: Zuschreibung einer Eigenschaft

Durch die Zuschreibung einer Eigenschaft, erfährt der Gesprächsinhalt eine Bewertung. „Was ist der (Un-)Wert eines Inhalts?“.

5. Stufe: Persönliche Bewertung

Der Patient bewertet einen Inhaltsaspekt und erkennt persönliche Bezüge hinsichtlich seiner Emotionalität, Motivation, Erwartungen etc.

„Wie bewerte ich den Gesprächsinhalt?“

6. Stufe: Persönliche Bedeutung

Der Patient kann in der Situation in Bezug zu dem Gesprächsinhalt ein Gefühl oder eine gefühlte Bedeutung empfinden und explizieren.

„Welche emotionale Reaktion entsteht aufgrund des Gesprächsinhalts?“

7. Stufe: Explizierung relevanter Bedeutungsstrukturen

Der Patient expliziert, „versprachlicht“ betreffende Bedeutungsaspekte.

„Was lässt mich in Bezug auf diesen Gesprächsinhalt, in dieser Weise so fühlen?“

8. Stufe: Integration: Aufzeigen von Zusammenhängen und Vernetzung zu weiteren Bedeutungsaspekten

Der Patient setzt die herausgearbeiteten Bedeutungsaspekte zu anderen Problemsituationen, bzw. Motiven, Erwartungen etc. in Beziehung.

Zusammenhänge, Widersprüche aber auch Ressourcen werden deutlich.

„Finde ich bei mir einen Zusammenhang zu anderen Bedeutungsaspekten?“

5. Anhang:

Deliktorientierte Behandlungselemente in der Arbeit mit Straffälligen

zitiert nach Urbaniok (2003, 43ff):

- Aufdecken fördern (z. B. nicht angezeigte Straftaten offen legen, oder Konfrontation mit dissozialen Verhaltensweisen auf der Station, Abteilung).
- Deliktrekonstruktion (herausarbeiten detaillierte Sequenzen hinsichtlich der Emotionalität der Kognitionen und Handlungen).
- Aufhebung kognitiver Verzerrungen (z. B. Beschönigungen, Bagatellisierungen).
- Schaffung von „Delikt – Know – how“ (Bewusstsein über möglichst viele Aspekte des Tatverhaltens).
- Erklärungskontext für die Tat finden und bearbeiten (präventiv wirksames Verständnis über Entstehungsbedingungen, Zusammenhänge und Abläufe herausbilden).
- Tatzyklus erarbeiten (Tatentwicklung, delinquente Verhaltensmuster).
- Affektive Kompetenz steigern (Innere Achtsamkeit und die Beurteilung von Gefühlen steigern).
- Opferempathie ermöglichen und lernen.
- Permanente Wachsamkeitspegel erzeugen und aufrechterhalten in Hinblick auf tatrelevante Aspekte.
- Risikoentwicklung frühzeitig erkennen.
- Fantasiearbeit (hierzu gehört, tatrelevante Sexual- oder Gewaltphantasien kontrollieren und verändern können).
- Erhöhung der Kontrollfähigkeit des eigenen Verhaltens (erlernen von metakognitiven Vorgängen).
- Herausarbeiten der eigenen „Anteile“ - therapeutisches Modell - an der Straftat, um die eigenen „Anteile“ zu erkennen und verändern zu können („Deliktteilarbeit“).
- Offenheit lernen (Gesprächsfähigkeit und –bereitschaft lernen).
- Täteridentität herausbilden (Zugang zu deliktrelevanten Identitätsmerkmalen schaffen).
- Aggressions- und Sexualpädagogik (Psychoedukation).
- Soziales Kompetenztraining.

6. Anhang:

Gliederungsverzeichnis von Übungen und Spielen zum Antiaggressionstraining (vgl. Broschüre Anti-Gewalt- und Deeskalationstraining, LVR, Dez. 4, 2004, Seite 100)

- Übungen zur Gruppenfindung und Initiierung (Warm up, Wahrnehmung, Kommunikation)
- Übungen zur Entwicklung der Gruppendynamik (Wellenbrecher, Vertrauen, Kooperation, Entspannung)
- Übungen zur Gewaltproblematik (Kämpferische Spiele, Täter/Opfer Relation)
- Übungen zur Verhaltensmodifikation hinsichtlich der Gewaltproblematik (Deeskalation, Selbstbehauptung, Auseinandersetzung mit Gewalt)

Literatur:

Bauriedl, T., Beziehungsanalytische Arbeit mit Sexualstraftätern im Strafvollzug. In: Recht und Psychiatrie, 20 Jg., Heft 2, 2002, Seite 54 – 63.

Berner, W., Briken, P., Hill, A. (Hrsg.) Sexualstraftäter behandeln. Köln, 2007.

Bullens, R., Behandlungsprogramm für Mißhandler. unveröffentlichtes Manuskript, Leiden, 1993.

Cornehl, St. Forensische Psychotherapieprozessforschung: Unterschiede und Gemeinsamkeit im psychotherapeutischen Prozess forensischer psychoneurotischer Patienten. Dissertation, Universität Ulm, 2000.

Dahle, K.-P., Therapiemotivation hinter Gittern? Zielgruppenspezifische Entwicklung und Erprobung eines Motivationskonstrukts für die therapeutische Arbeit im Strafvollzug. Regensburg, 1995.

Deegener, G., Sexueller Missbrauch: die Täter. Weinheim, 1995.

Deegener, G., Sexuelle und körperliche Gewalt. Weinheim, 1999.

Ellis, A., Das innere Selbstgespräch bei seelischen Problemen und seine Veränderung. München, 1977.

Gall, R., Warum es gut sein kann, böse Menschen schlecht zu behandeln! In: Lernende Schule, Heft 13, Seite 44 – 48, 2001.

Grawe, K., Neuropsychotherapie. Göttingen, 2004.

Gruber, T., Wehret den Anfängen: Ein integratives Konzept zur stationären Behandlung jugendlicher Sexualstraftäter. In: Deegener, G. (Hrsg.) Sexuelle und körperliche Gewalt. Weinheim, 1999.

Hagedorn, O., Konfliktlotsen. Berlin, 1994.

Hilgers, M., Psychotherapeutische Behandlung antisoziale Persönlichkeiten. In: Persönlichkeitsstörungen, Theorie und Therapie, 8 Jg., Heft 2, 2004, Seite 109 – 122.

Kröber, H.-L., Die Auseinandersetzung mit der Tat. In: Zeitschrift für Forensische Psychiatrie, Psychologie und Kriminologie, 1 Jg., Heft 2, 2007, 162-163.

Landschaftsverband Rheinland, Dezernat (4) Schulen und Jugend, Anti – Gewalt – und Deeskalationstraining, 2004 (unveröffentlicht).

Lasar, M., Trenckmann, U. (Hrsg.) Persönlichkeit und psychische Erkrankung. Dortmund, 2002.

Meurer, H., Stellvertretende Exposition: von der Kunst in der Therapie zur Kunst des Therapeuten. In: Persönlichkeitsstörungen, Theorie und Therapie, 9 Jg., Heft 1, 2005.

Müller – Isberner, R., Ein differenziertes Behandlungskonzept für den psychiatrischen Maßregelvollzug. In: Wagner, E.; Werdenich, W. (Hrsg.) Forensische Psychotherapie. Wien, 1998.

Osterheider, M., „Tatortanalyse“ als integraler Bestandteil Forensischer Psychiatrie. In: *extracta psychiatrica & neurologica*, 11, 2003, 18 – 23.

Sachse, R.: Zielorientiertes Handeln in der Gesprächspsychotherapie, Stuttgart, 1992.

Schanzenbächer, S., Anti-Aggressivitäts-Training auf dem Prüfstand. Herbolzheim, 2003.

Seifert, D., Möller-Mussavi, S., Aktuelle Rückfalldaten der Essener prospektive Prognosestudie. Werden Deliktrückfälle forensischer Patienten (§ 63 StGB) seltener? Fortschritte in der Neurologie und Psychiatrie, Jg. 73, 2005, Heft 1, 16 – 22.

Seifert, D. Helfen uns klinische Prognosekriterien bei der Gefährlichkeitseinschätzung behandelter forensischer (§ 63 StGB)? In: *Forensische Psychiatrie, Psychologie und Kriminologie*, 2006 (1) 27 - 33.

Seiffge – Krenke I., Roth M., v. Irmer J., Prädiktoren von lebenslanger Delinquenz. Welche Bedeutung haben frühere familiäre Belastungen, kindliche Delinquenz und maladaptive Copingstile zur Unterscheidung von Gefängnisinsassen mit unterschiedlicher Schwere der Delinquenz. In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35. Jg., Heft 3, 2006, Seite 199 – 207.

Thompson, J., *Drama workshops for anger management and offending behaviour*, London, 1999, Jessica Kingsley.

Urbaniook, F.: *Was sind das für Menschen – was können wir tun*. Bern, 2003.

Weidner, J.: *Anti-Aggressivitäts-Training für Gewalttäter*. 3. Auflage, Bonn/ Bad – Godesberg, 1995.

Wischka, F. (Hrsg.) *Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter*. Lingen, 2004.

Anmerkungen:

¹. Deegener bezog dies auf die Arbeit mit Sexualstraftätern und Hilgers – unabhängig von der Art des Deliktes – bezog dies auf die Arbeit mit Patienten, mit einer dissozialen Persönlichkeitsstörung.

². In diesem Zusammenhang spricht Deegener (1995, 59) auch von einer angestrebten Erhöhung der Verantwortung hinsichtlich der Sucht-, der Selbstwert- und Beziehungsproblematik des Delinquenten.

³. Die spezifische Therapiephilosophie in der Behandlung von Straftätern des IOT ist durch eine Kombination von deliktorientierten Therapieelementen als Pflichtprogramm mit komplementären – individuell begründete - Behandlungsmodulen gekennzeichnet. (IOT: Institut für Opferschutz und Täterbehandlung des Ordinariat für klinische Psychiatrie der Uni Zürich, vgl. Programmatik zum Lehrgang Forensische Fachqualifikation, www.iot.ch)

⁵ Die Begriffe „Patient“ und „Täter“ werden synonym verwendet. Der Gebrauch des Begriffs „Patient“ betont den therapeutischen Kontext, während die Benutzung des Wortes „Täter“ delinquente Aspekte hervorhebt.

Udo Raum
Psychologischer Psychotherapeut, Supervision
09/2007