

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

Teil 1: Entstehungsgeschichte und methodische Grundlagen

■ F. Urbaniok, M. Stürm

Psychiatrisch Psychologischer Dienst (PPD), Justizvollzug Kanton Zürich

Summary

Urbaniok F, Stürm M. [The 'Zurich Intensive Programme' for the treatment of sexual and violent offenders. Part 1: History of origins and methodical principles.] Schweiz Arch Neurol Psychiatr 2006; 157:103–18.

In the Zurich PPD model a broad spectrum of therapy for the prevention of offences is integrated into Law Enforcement by the incorporation of a forensic psychiatric-psychological centre of competence into the organisational structures of the legal authorities. In this context, the 'Zurich Intensive Programme', a therapy programme for the prevention of offences by sexual and violent offenders with a high habitual risk disposition deep-seated in the personality, has been running in the largest of the Swiss penal institutions since 2000. The programme is part of the overall strategy of Law Enforcement in the Zurich PPD model, oriented towards a maximum prevention of offences. The programme in this form is unique in Switzerland. Up to now predominantly repeat offenders in detention have been treated.

With reference to the findings of forensic therapy evaluation studies the 'Zurich Intensive Programme' advocates an integrative, specifically offence-oriented and group-therapeutic treatment approach. The underlying concepts are built on a continuous systematic integration of methods on the basis of the epistemological position of pragmatism and anthropological concepts, which take account of the variety of people's life patterns, self-

responsibility and life-long development. The treatment concept is also strictly oriented towards the results of therapeutic efficacy research (common-factor approach).

The following aspects are essential conceptional elements of the 'Zurich Intensive Programme': interdisciplinary co-operation in the transprofessional sphere of the penal system, the specific variation of the treatment setting in the therapeutic course of the process, the treatment group as the central therapeutic work field, an offence-oriented mode of operation and the inclusion of resource-promoting intervention strategies. Central to this is the orientation of treatment work directed at the maximum prevention of offences on the basis of a multidimensional target matrix, which integrates approximate and precise objectives, and short-, mid- and long-term changes.

The treatment programme integrated into the structures of the penal institution can be regarded, on the basis of experience to date, as a forward-looking model for a differentiation process oriented towards the consistent prevention of offences in a modern penal system. The comprehensive concept of the 'Zurich Intensive Programme' must take into account both the distinct structural danger of relapse of the treated detainees, the high treatment intensity to be presented in a sustained way and the interdisciplinary requirements, which result from the integration of such a treatment approach into the structures of a penal institution. By specifically employing therapeutic resources and consistently using synergetic potentials, it is possible on the basis of this plan to implement a high-quality range of treatments, which are favourable in price in comparison with other in-patient programmes of similar intensity.

The fundamental conceptional aspects of the 'Zurich Intensive Programme' are presented in this article. The specific therapeutic concept for the prevention of offences, such as the interplay and importance of obligatory offence-oriented and complementary personality-focussing treatment

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

elements, diagnostic focus, group cohesion/relationship patterns, offence orientation, controlled testing and aftercare will be shown and explained with examples in a later study.

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

Einleitung

Das in der grössten Schweizer Strafanstalt praktizierte Ambulante Intensiv-Programm (AIP) ist ein deliktpräventives Therapieprogramm für Sexual- und Gewaltstraftäter mit hoher, chronifizierter in der Persönlichkeit verankerter Risikodisposition. Es ist eingebettet in die therapeutische Angebotspalette des Zürcher PPD-Modells [1].

Durch den Psychiatrisch-Psychologischen Dienst werden jährlich etwa 1300 Straftäter betreut, davon etwa 160 Sexual- und Gewaltstraftäter in deliktpräventiven Therapien, mehr als 60 von ihnen ausserhalb von Haftsituationen in Freiheit. Obwohl die im AIP behandelten Täter mit einer Anzahl von 12 bis 14 Klienten hiervon nur einen geringen Anteil ausmachen, ist gerade das AIP in besonderer Weise im Blickpunkt der Öffentlichkeit. Dies ist insofern verständlich, weil Täter, die sich aufgrund ihrer hohen Risikodisposition vorrangig für ein Intensivprogramm qualifizieren, mehrheitlich Insassen mit langer Haftstrafe oder Verwahrung sind. Sie sind damit in besonderer Weise im Zentrum der öffentlichen Aufmerksamkeit. Von internationalen Experten wird das Zürcher PPD-Modell [2] als wegweisend bezeichnet und das Ambulante Intensiv-Programm positiv bewertet (Expertenberichte an den Regierungsrat des Kantons Zürich, 2002 [3], 2005 [4]). Dennoch wird das AIP im Inland bisweilen in kritischer Weise diskutiert. Gerade angesichts eines oft ambivalent agierenden gesellschaftspolitischen Umfelds und der real existierenden Herausforderungen im Zusammenhang mit Konzepten zum Umgang mit Straftätern sind fachliche Initiativen und wissenschaftliche Diskussionen in der forensischen Psychiatrie und Psychotherapie von besonderer Wichtigkeit. In diesem Sinne werden nachfolgend grundlegende und in einer späteren Publikation behandlingsspezifische konzeptionelle Aspekte des AIP dargestellt.

Das Zürcher PPD-Modell

Rückfälle, insbesondere von Sexual- und Gewaltstraftätern, verursachen gravierendes menschl-

ches Leid und hohe gesellschaftliche Folgekosten. Der Strafvollzug sah es lange Zeit als seine Hauptaufgabe an, geordnete Vollzugsabläufe innerhalb der Anstalt zu gewährleisten und sich somit vorwiegend aus einer Binnenperspektive zu definieren. Resozialisierungsangebote waren meist unspezifisch und fokussierten vorzugsweise auf soziale Parameter wie Wohnen und Arbeit. Der moderne Justizvollzug sieht sich in erster Linie dem Ziel der Rückfallprävention verpflichtet und muss daher mit all seinen Aktivitäten (Untersuchungshaft, Schutzaufsicht, Bewährungshilfe, Therapieprogramm u.a.) über spezifische Konzepte in der professionellen Beurteilung und im nachhaltigen Management von Risiken verfügen. Die moderne forensische Psychiatrie/Psychotherapie kann hierfür durch professionelle Risikokalkulationen und spezifische Therapieangebote für rückfallgefährdete Straftäter wichtige Beiträge leisten.

Mit dem Zürcher Modell wurde dem damit verbundenen Potential in dieser Weise Rechnung getragen, dass mit dem Psychiatrisch-Psychologischen Dienst (PPD) ein forensisch-psychiatrisch/psychotherapeutisches Zentrum in die Organisationsstrukturen des Justizvollzugs integriert wurde. Dabei ist einerseits absolute fachliche Autonomie gewahrt; andererseits ist der PPD als gleichberechtigter Partner in den Entscheidungs- und Führungsgremien (z.B. Geschäftsleitung) der Gesamtorganisation des Zürcher Justizvollzugs vertreten [1, 5]. Mit dem PPD-Modell sollen unter anderem folgende Leitideen verwirklicht werden: Interdisziplinarität, Differenzierung des Strafvollzugs statt 'binnenorientierter Einheitsvollzug' (unterschiedliche Tätergruppen benötigen unterschiedliche Angebote), Verfügbarkeit flächendeckender Risikobeurteilungen, Bereitstellung eines differenzierten therapeutischen Präventionsangebots, fachliche Unabhängigkeit und Sicherstellung von Qualitätsmanagement durch eine eigenständige, mit Entscheidungskompetenzen ausgestattete Institution.

Dieses Modell bietet unter anderem eine gute Grundlage dafür, ein differenziertes Spektrum therapeutischer Angebote an verschiedenen Stellen des Justizvollzugs zu etablieren (ambulante Behandlungen anstelle des Strafvollzugs, als Nachbetreuung nach Entlassung aus Haftsituationen, während des Strafvollzugs u.a.). Die Fokussierung auf Rückfallprävention führt zu pragmatischen Betrachtungsweisen. Für die Indikationsstellung zu einer rückfallpräventiven Therapie steht zum Beispiel nicht eine diagnostische Einordnung im Vordergrund; vielmehr wird ausgehend von einer möglichst genauen Bestimmung des von einem Straftäter ausgehenden Risikos das Interventions-

bzw. Therapieangebot gewählt, das für eine möglichst effektive Risikosenkung am geeignetsten erscheint.

Wirksamkeit von Straftätertherapien

Die Forderung nach differenzierten Therapieansätzen in der Straftäterbehandlung wird seit den späten 1970er Jahren gestellt [6]. In den 1990er Jahren wurden vermehrt Untersuchungen zur Wirksamkeit von Straftätertherapien, insbesondere im Hinblick auf Sexualstraftäter, durchgeführt. Die überwiegende Zahl der Metastudien zeigte bei behandelten Straftätern geringere Rückfallraten als bei unbehandelten [7–15]. Nur drei Studien konnten keine Behandlungseffekte nachweisen [16–18]. Auch letztere stellten nicht grundsätzlich die Behandlung in Frage, sondern forderten für die Zukunft Studien mit verbesserter Methodik.

Gendreau und Goggin verglichen 1996 die Wirkung verschiedener strafbegleitender therapeutischer Interventionen mit den Ergebnissen unterschiedlicher Inhaftierungsformen und anderen nicht therapeutischen Interventionen [19]. Es zeigte sich, dass Haftformen ohne begleitende Therapie und andere, nicht therapeutische Interventionen (z.B. Schutzaufsicht, Wiedergutmachungsprogramme usw.) zu einer leichten Erhöhung der Rückfallwahrscheinlichkeit führten. Kombinierte man eine der Massnahmen mit einer therapeutischen Intervention, so ergab sich eine Reduktion der Rückfallwahrscheinlichkeit um 11%. Intensivtherapien wiesen gar eine Senkung der Rückfallwahrscheinlichkeit von 29% auf, bei Hochrisikoklienten wurden Effekte von bis zu 47% gefunden. Andere Autoren konnten zeigen, dass Therapien von Straftätern durch die Verhinderung von Rückfällen zu Kostenersparnissen führen [12, 20]. Nach Donato und Shanahan ist eine Behandlung von inhaftierten Sexualstraftätern aufgrund der Untersuchungs-, Verfahrens- und Vollzugskosten unter ökonomischen Aspekten betrachtet bereits dann sinnvoll, wenn die Rückfallquote nur um 6–8% gesenkt werden kann. Nicht zuletzt finanzielle Überlegungen führten dazu, dass in Kanada therapeutische Programme für Gewalt- und Sexualstraftäter flächendeckend in den Strafvollzug integriert wurden.

Hinsichtlich methodischer Aspekte zeigten sich bei vergleichenden Untersuchungen die Therapien in ihrer Wirksamkeit überlegen, die durch eine Orientierung auf Verhaltensaspekte vor einem klaren konzeptionellen und strukturellen Hintergrund gekennzeichnet waren [13, 21–25].

Die Befunde der grundsätzlichen Wirksamkeit der Straftäterbehandlung wurden auch in jüngeren Studien bestätigt [26–29]. Drei der erwähnten Untersuchungen konnten zudem den Befund der Überlegenheit verhaltensorientierter Behandlungsmassnahmen erneut replizieren [27–29]. Schmucker und Lösel ermittelten bei ihrer umfassenden Metaanalyse von Therapieevaluationsstudien eine 37prozentige Verminderung von Rückfällen bei therapierten Sexualstraftätern gegenüber nicht therapierten. Interessant an dieser sehr differenzierten Metaanalyse ist zudem, dass die in den untersuchten Studien dargestellten positiven Behandlungseffekte unabhängig davon waren, ob die Evaluationsstudie durch die Behandler selbst oder durch externe Evaluatoren durchgeführt wurde. Es gab auch keinen signifikanten Unterschied zwischen publizierten und nicht publizierten Studien. Diese Ergebnisse sprechen gegen Selektionseffekte durch die beiden untersuchten Faktoren.

Entwicklung des Ambulanten Intensiv-Programms (AIP)

Im Zuge der konsequenten Ausrichtung des Zürcher Justizvollzugs auf das Ziel der Rückfallprävention wurde durch den PPD seit 1997 ein zunehmend differenzierteres therapeutisches Angebotspektrum entwickelt. Besonderes Augenmerk wurde dabei auf die Integration therapeutischer Programme in die Zürcher Strafanstalt Pöschwies, mit 436 Insassen die grösste Schweizer Strafanstalt, gerichtet. Wie erwähnt, können durch die Ausschöpfung deliktpräventiven Behandlungspotentials Opferzahlen gesenkt und damit neben den menschlichen Folgen erhebliche gesellschaftliche Kosten vermieden werden. Therapeutische Programme dort anzubieten, wo sich Straftäter ohnehin befinden, bietet darüber hinaus verschiedene Vorteile. Einerseits ist es schon aus Kapazitätsgründen unrealistisch, für alle inhaftierten Straftäter, die von deliktpräventiven Therapien profitieren können, ein Parallelsystem ausserhalb des Strafvollzugs aufzubauen und sie z.B. in spezialisierten Kliniken zu behandeln. Mit einer solchen Auslagerung von Therapien ist – wie das Beispiel Deutschland zeigt – immer nur ein Bruchteil der Straftäter erreichbar. Andererseits ist es allein aus Kostengründen sinnvoll, die bereits bestehende Sicherheitsinfrastruktur des Strafvollzugs zu nutzen. Das Ambulante Intensiv-Programm (AIP) verursacht pro Klient zusätzliche Nettokosten von etwa Fr. 58 000 jährlich und ist damit um ein Vielfaches günstiger als ein Klinikplatz mit vergleichbarem Sicherheitsstandard.

Mit der Entwicklung verschiedenartiger Behandlungsangebote wurde deutlich, dass eine Versorgungslücke für die Straftäter bestand, die aufgrund einer ausgeprägten und chronifizierten Rückfalldisposition zur effektiven Senkung ihres Risikos eine intensive, delikt- und persönlichkeitsorientierte Behandlung von mehr als 1–2 Wochenstunden benötigen [30]. Diese Versorgungslücke führte zu zwei bedenklichen Konsequenzen. Der Teil der erwähnten Täter, die zu endlichen Freiheitsstrafen verurteilt worden waren, musste mit einem vermeidbar hohen Rückfallrisiko entlassen werden. Diejenigen mit einer lebenslangen Freiheitsstrafe oder Verwahrung mussten ohne Perspektive weiter gesichert werden, weil kein der Problematik entsprechendes Behandlungsangebot bestand.

Die Gruppe der Lebenslänglichen und der Verwahrten ist nicht homogen. Neben eindeutig unbehandelbaren und daher aufgrund ihrer nicht beeinflussbaren Gefährlichkeit lebenslang zu sichernden Personen gibt es eine Reihe von Tätern, bei denen intensive Therapieangebote erfolgreich sein können. Dabei ist es in der vorliegenden Arbeit nicht möglich, den Stand der kontrovers geführten Diskussion zum Thema «Behandelbarkeit» umfassend darzustellen, weshalb wir auf einschlägige Fachliteratur verweisen [30, 31]. Es ist aber darauf hinzuweisen, dass gerade die Verwahrung als Ultima ratio eine so eingreifende Massnahme darstellt, dass sie die Verpflichtung impliziert, der Problematik entsprechende Präventionsangebote in allen Fällen bereitzustellen, in denen ein relevanter Erfolg möglich erscheint. Die damit einhergehende Differenzierung zwischen behandelbaren und unbehandelbaren Verwahrten ist auch deswegen notwendig, weil das schematische Sistieren jeglicher Lockerungsperspektive bei gleich bleibender Anzahl von Verwahrungsanordnungen zu einem Anstieg der verwahrten Insassen, beispielsweise in der Strafanstalt Pöschwies von 11 im Jahre 1993 auf 64 im Jahre 2004, geführt hat. Schon aus rechtspolitischen, aber auch aus Kapazitäts- und Verhältnismässigkeitsgründen muss sich die Massnahme der lebenslangen Sicherung auf eine sehr kleine Gruppe von Tätern beschränken, die höchste, nicht ausreichend veränderbare Risiken repräsentieren.

Ursprünglich sollte die angesprochene Versorgungslücke durch die Schaffung einer therapeutischen Spezialabteilung für 16 Klienten in der Strafanstalt Pöschwies beseitigt werden. Das im Januar 1997 vorgelegte Konzept für das «Rückfall-Präventions-Programm» in einer Spezialabteilung der Strafanstalt Pöschwies wurde durch das Zürcher Kantonalparlament gutgeheissen. Gegen die

Umsetzung des Projekts wurde jedoch das Referendum ergriffen, und die Vorlage wurde mit gut 52% Nein-Stimmen im Oktober 1998 abgelehnt. Weil die Gegner des Projekts aus Kostengründen eine Verstärkung und Intensivierung des ambulanten therapeutischen Angebots im Gegensatz zur Schaffung einer Spezialabteilung gefordert hatten, wurde das Ambulante Intensiv-Programm für Gewalt- und Sexualstraftäter (AIP) konzipiert und im Oktober 1999 durch die Regierung bewilligt.

Ambulant: Ambulant bezieht sich auf das Faktum, dass die Intensivtherapie innerhalb der bestehenden Strukturen des Strafvollzugs angeboten wird. Zur Therapie im AIP erscheinen die Klienten aus ihren jeweiligen Wohngruppen oder Werkstätten und nutzen auch das Freizeit-, Aus- und Weiterbildungsangebot der Strafanstalt gemeinsam mit anderen Insassen, die nicht am Therapieprogramm teilnehmen. Durch diese Integration des Programms in den Normalvollzug können vielfache Synergien genutzt werden.

Intensiv: Die Notwendigkeit einer intensiven Behandlung ergibt sich aus den regelhaft vorliegenden stark ausgeprägten und tief in der Persönlichkeit verankerten risikorelevanten Problembereichen der im AIP behandelten Insassen. Die Bearbeitung stark verwurzelter emotionaler, kognitiver und verhaltensorientierter Persönlichkeitsaspekte erfordert eine alltagsnahe, intensive und persönliche Auseinandersetzung. Die Intensität der Behandlung liegt dabei insbesondere in der gezielten Variation des therapeutischen Settings, wodurch unterschiedliche Persönlichkeitsanteile angesprochen werden sollen, und zusätzlich in der zeitlichen Inanspruchnahme der Klienten.

Programm: Eine deliktorientierte Arbeitsweise bildet die programmatische Ausrichtung des AIPs. Die Therapeuten folgen klaren konzeptionellen Vorstellungen, welche Inhalte in einer deliktpräventiven Therapie bearbeitet werden, sie beherrschen die spezialisierten Behandlungstechniken und orientieren sich am aktuellen Forschungsstand. Fortlaufende Risikobeurteilungen sind integraler Bestandteil des therapeutischen Prozesses.

Methodische Behandlungsgrundlagen

Spezifische Ansätze zur Therapie von Straftätern

Bereits anderorts wurden die verschiedenen Behandlungstraditionen der Tätertherapie in Kontinentaleuropa und im angelsächsischen Raum dargestellt und kritisch reflektiert [2]. Zusammenfassend wurde in Kontinentaleuropa traditionell der Fokus auf biographische Prägungen und die tie-

fenpsychologische Reflexion der Täterpersönlichkeit gerichtet [32]. Die Ergebnisse dieser Arbeiten haben seinerzeit viel zum besseren Verständnis der Täterpersönlichkeit, insbesondere im Bereich der Sexualdelinquenz, beigetragen und bedeuteten einen wichtigen Fortschritt gegenüber früheren undifferenzierten «Triebtäterkonzepten» [33–35]. Die Nachteile einseitig und nahezu ausschliesslich auf die Persönlichkeit ausgerichteter Therapiekonzepte bestehen jedoch in der Gefahr einer mangelnden Fokussierung auf die Tat und in der Orientierung auf ein schwer fassbares Heilungskonzept, das im Hinblick auf die Rückfallprävention nicht zielgerichtet ist. Aufgrund der genannten und anderer damit verbundener Probleme existieren in den Vereinigten Staaten seit Mitte der 1970er Jahre tiefenpsychologisch orientierte Behandlungsprogramme (z.B. für Sexualstraftäter) praktisch nicht mehr.

Die Täterbehandlung im angelsächsischen Raum orientierte sich am aktuell gezeigten Deliktverhalten. Unter dem Motto «no cure, but control» und unter Bezug auf Rückfall-Präventions-Konzepte der Suchttherapie [36–40] entstanden vorzugsweise kognitiv und verhaltenstherapeutisch orientierte Ansätze mit der ausschliesslichen Zielsetzung der Verhaltenskontrolle und dem bewussten Verzicht auf jegliche «Heilungsabsichten». Der Vorteil kognitiver Programme ist vor allem in der stringenten Deliktorientierung zu sehen. Zudem ist es möglich, Therapiezyklen zu standardisieren und damit, wie beispielsweise in Kanada geschehen, weit verbreitet in das System des Strafvollzugs zu integrieren. Ein weiterer Vorteil besteht darin, dass die Vergleichbarkeit hoch standardisierter Programme in Evaluationsstudien erleichtert ist, da die Variable «Therapeut» nur eine geringe Bedeutung besitzt.

Wie eingangs dargestellt, zeigt die empirische Rückfallforschung die Überlegenheit von klar strukturierten und konzeptualisierten Behandlungsansätzen, die sich an kognitiven Prozessen und Verhaltensaspekten orientieren. Es darf jedoch nicht übersehen werden, dass beide hier dargelegten Ansätze – in Reinkultur vertreten – erhebliche Nachteile aufweisen. Lerntheoretische Programme sind oft zu wenig flexibel und zu wenig zugeschnitten auf die individuelle Persönlichkeit des Täters. Sie folgen einem starren, nicht prozessorientierten Ablauf und sind so hinsichtlich Präsentation und «Timing» nicht geeignet, das optimal nutzbare Behandlungspotential zu realisieren. Besonders gravierend ist der Nachteil, dass das Potential, das der Therapeut mit seinen spezifischen Fähigkeiten im Rahmen einer professionell gestalteten therapeutischen Beziehung einzubrin-

gen vermag, ungenutzt bleibt. Es besteht daher die Gefahr, dass Behandlungseffekte flach bleiben und eher angelernt wirken. Diese Vermutung wird durch die Befunde der Evaluation des «Sex Offender Treatment-Program» gestützt. 1996 wurde eine prospektive, randomisierte Evaluationsstudie eines Behandlungsprogramms für Sexualstraftäter begonnen. Um möglichst günstige methodische Bedingungen für die Evaluation zu schaffen, wurde das Programm hinsichtlich der vermittelten Therapieinhalte, der determinierten Zeitdauer der Therapie, der anzuwendenden Methodik und verschiedener weiterer Faktoren hochgradig standardisiert. So sollten mögliche andere, schwer zu erfassende Einflussvariablen weitgehend ausgeschlossen werden. Es darf angenommen werden, dass die oben beschriebenen Nachteile in lerntheoretisch mit Standardmodulen durchgeführten Therapien in diesem Programm besonders stark und einseitig akzentuiert wurden. Die Ergebnisse zeigten nur geringe oder gar keine Behandlungseffekte [41–43].

Der häufig in der Literatur replizierte Befund der überlegenen Wirksamkeit kognitiver Programme kann darum auch so interpretiert werden, dass viele tiefenpsychologische Behandler nicht über die spezifischen in der Tätertherapie anzuwendenden Behandlungstechniken verfügten, wohingegen die verhaltensorientierten Programme aufgrund ihrer Deliktorientierung notwendigerweise immer zumindest einen gewissen Spezialisierungsgrad aufweisen müssen. So spricht viel für die Annahme, dass der entscheidende Wirkfaktor in der Anwendung spezialisierter delikt-fokussierter und klar konzeptionalisierter Therapietechniken liegt, was nicht primär an ein bestimmtes Schulenkonzepth gebunden sein muss.

So kann deliktorientiertes Arbeiten im weitesten Sinne heute als «state of the art» der forensischen Psychotherapie, unabhängig von der «Schulidentität» bezeichnet werden. Dementsprechend setzt sich in der forensischen Therapie zunehmend eine integrative oder eklektische Behandlungspraxis durch. Eine aktuelle Expertenbefragung des Max-Planck-Instituts ergab z.B., dass in der therapeutischen Versorgung von forensischen Patienten in Massregelvollzugseinrichtungen kaum noch klassisch tiefenpsychologisch orientierte Ansätze in «Reinkultur» zum Einsatz kommen und dass die Mehrzahl der Therapeuten sich als integrativ oder eklektisch orientiert versteht [44]. Das jüngst publizierte «Hamburger Modell der Gruppenpsychotherapie für pädosexuelle Männer» [45] stellt einen Versuch dar, kognitiv-behavioural ausgerichtete Deliktarbeit [38, 46] mit psychoanalytischer Gruppentherapie [47] zu verbinden, und steht exempla-

risch für mannigfaltige Integrationsbemühungen im Bereich der forensischen Psychotherapie.

Systematische Methodenintegration

Die therapeutische Ausrichtung im AIP folgt dementsprechend keinem schulenspezifischen Ansatz, sondern einer integrativen Orientierung. Der Begriff der «Integration» wird jenem vor allem im angelsächsischen Raum gebrauchten Begriff des «Eklektizismus» vorgezogen, weil dadurch die kontinuierliche und konsistente Abstimmung verschiedener Theorien, Konzepte und Methoden in einer ganzheitlichen Behandlungskonzeption besser ihren Ausdruck findet und sich somit von Tendenzen des beliebig wirkenden, unsystematischen «wildem Eklektizismus», von Plaum [48] als «orientierungsloser Synkretizismus» bezeichnet, abgrenzt [49]. Hinsichtlich der Integration verschiedener therapeutischer Strömungen in übergeordnete Behandlungskonzepte wird in der Literatur auf die Gefahr hingewiesen, dass es durch die unreflektierte Vermengung verschiedener Theorien, Konzepte und Methoden auf der Interventionsebene zu pathogen wirkenden «double-bind»-Botschaften [50] kommen kann. Um dies zu vermeiden, erfordert Methodenintegration die Orientierung an übergeordneten Prinzipien [51], damit Referenztheorien verschiedener Reichweite und Abstraktion (Metatheorien, realexplicative Theorien und Praxeologien) in einer stimmigen Gesamtkonzeption integriert werden können.

Systematische Methodenintegration im AIP

Vor diesem Hintergrund sei auszugsweise kurz auf drei Grundpositionen der psychotherapeutischen Arbeit des PPD verwiesen:

Anthropologische Grundposition

Als psychotherapeutisch arbeitende Institution orientiert sich der PPD grundsätzlich an der Vielfalt unterschiedlicher Lebensentwürfe. Selbstverantwortlichkeit, lebenslange Entwicklungsfähigkeit und die Fähigkeit zur Selbstregulation sind dabei zentrale menschliche Möglichkeiten [52]. «Täter sein» wird als *eine* von mehreren Persönlichkeitsorganisationen («ego states», «Ich-Zuständen») eines Menschen betrachtet. Die auf der Grundlage der Traumaforschung entwickelten Persönlichkeitsmodelle der «Ego-States» [53], die in einem, auf den ersten Blick entgegengesetzten Kontext entstanden sind, können diesbezüglich auch zum Verständnis der Täterpersönlichkeit dienen. Mit dieser Analogie ist nicht gemeint, in der therapeutischen Arbeit delinquentes Verhalten zu

tolerieren oder zu entschuldigen. Im Gegenteil, die Übernahme von Verantwortung für eigenes Handeln ist ein wesentliches Therapieziel. Es gilt aber stets, die Würde der Klienten zu achten und ihnen gleichzeitig mit «therapeutischem Takt» [54] und forensisch begründeter Wachsamkeit zu begegnen.

Pragmatismus

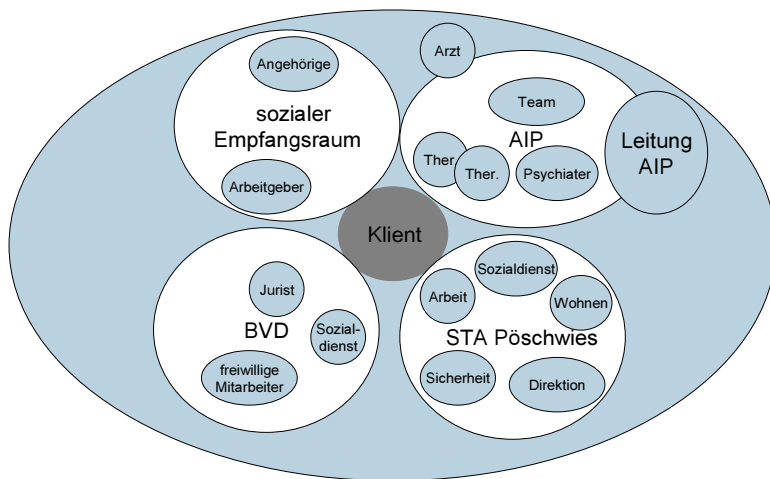
Die erkenntnistheoretische Position des Pragmatismus [55] und ihre Bedeutung für die therapeutische Arbeit wurde anderorts ausführlich dargestellt [56]. Damit soll eine therapeutische Grundhaltung zum Ausdruck kommen, die unabhängig von Glaubenssätzen, Weltanschauungen und Konzepten Phänomene unvoreingenommen als solche betrachtet und das Augenmerk auf das richtet, was gemäss übergeordneten Zielsetzungen (z.B. Rückfallprävention) nützlich ist bzw. «funktioniert». «Wahr ist das, was sich durch seine praktischen Konsequenzen bewährt», so das Credo von James (zit. nach: Störig [57]). Mit der Grundhaltung des Pragmatismus wird der Zugriff auf ein breites Spektrum von möglichen Interventionen ermöglicht und der Weg für differenzierte, den unterschiedlichen Erfordernissen des Einzelfalls angemessene Lösungen geöffnet.

Orientierung an Wirkfaktoren und «common-factors approach»

Die Forschungstradition des «common-factors approach» verfolgt einen praxisorientierten, konzeptkritischen und pragmatisch an der jeweiligen Wirkung orientierten Ansatz. Zwar werden die angewandten Methoden – aufgrund der Komplexität des untersuchten Gegenstandes – strengsten statistischen Anforderungen deduktiver Forschung nur teilweise gerecht, doch geben ihre Ergebnisse den Praktikern wertvolle Heuristiken zur Reflexion und Weiterentwicklung der therapeutischen Praxis an die Hand.

Ausgangspunkt des «common-factors approach» ist die empirisch belegte Feststellung, dass trotz unterschiedlicher Methodik und Begründungszusammenhänge die etablierten Therapieformen vergleichbare Behandlungsergebnisse erzielen [58, 59]. Die Ergebnisse dieser Forschung weisen darauf hin [60–64], dass es trotz der Komplexität des therapeutischen Arbeitsfelds, einflussreiche, schulenspezifische, gemeinsame Wirkfaktoren der Psychotherapie gibt, mit welchen sich ein Grossteil der Veränderung der Klienten erklären lässt. Mit Rückgriff auf Lambert [65] schlagen Hubble et al. [66] die folgenden vier therapeutischen «Megafaktoren» vor, die das Behandlungsergebnis vorrangig beeinflussen (in Klammern die von Lambert berechnete Ergebnisvarianz): extratherapeutische

Abbildung 1 Interdisziplinäres Umfeld eines Modellklienten.



Faktoren (40%), Faktoren der therapeutischen Beziehung (30%), Hoffnung und Erwartung (15%) und Technikfaktoren (15%). Bei dieser Zusammenstellung wird deutlich, dass neben der Persönlichkeit der Klienten und Therapeuten Interaktions- und aussertherapeutische Faktoren das Behandlungsergebnis massgeblich beeinflussen und auf der Grundlage der schulenspezifischen Regeln, Methoden und Erklärungsansätze lediglich etwa 15% der therapeutischen Wirksamkeit erklärt werden können.

Auf der Grundlage metaanalytischer Auswertungen und Systematisierungsarbeiten an 1100 Psychotherapiestudien entwickelten Orlinsky und Howard [67] ein differenziertes allgemeines Psychotherapiemodell, das auch empirisch bestätigt wurde [68–70]. Das «Generetic Model of Psychotherapy» integriert Forschungsergebnisse aus psychodynamischen, erlebnisorientierten, kognitiven und interpersonalen Therapieformen. Die Autoren erheben den Anspruch, «... dass jede spezifische Psychotherapieform adäquat gekennzeichnet werden kann durch den von ihr vorgeschlagenen Kontrakt, die angebotenen therapeutischen Interventionen, ihren expliziten und impliziten Umgang mit der therapeutischen Beziehung, ihre Berücksichtigung der persönlichen Selbstbezogenheit der Beteiligten und durch die angestrebte therapeutische Realisation» ([67], S. 283). Eine ausführliche Darstellung dieses Modells und seiner Implikationen für die forensisch therapeutische Praxis wurde von Pfäfflin und Kächele vorgelegt [71].

Die Kritik an den Ergebnissen der «common factors»-Forschung [62, 72] richtet sich vor allem gegen die etwas beliebig wirkenden, sehr allgemein gefassten Wirkfaktoren und ihre dadurch eingeschränkte Relevanz für die Alltagspraxis. Die Aussage beispielsweise, dass die therapeutische Beziehung 30% des Behandlungsergebnisses er-

klärt, sagt für sich alleine genommen noch wenig aus. So ist nicht spezifiziert, wie Therapeuten im Spektrum zwischen Abstinenz, selektiver Offenheit und «self disclosure» an der therapeutischen Beziehungsgestaltung mitwirken sollen und welche Konsequenzen durch die entsprechenden Verhaltensweisen im therapeutischen Prozess zu erwarten sind. Der grundlegende Einfluss der therapeutischen Beziehung auf den therapeutischen Prozess bleibt jedoch trotz kritischer Anmerkungen ebenso unbestritten wie der Einfluss aussertherapeutischer Faktoren. Gerade dieser zweite Punkt spricht gegen eine Therapie im Elfenbeinturm und insbesondere im Strafvollzug für die Integration der therapeutischen Arbeit in den Alltag der Klienten und erfordert daher interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Interdisziplinarität

Interdisziplinarität ist ein häufig nicht ausreichend konzeptionalisierter Begriff. Eine professionelle interdisziplinäre Arbeitskultur erfordert umsichtige Planung und Pflege. Sie stellt sich nicht von alleine ein und erschöpft sich nicht in regelmäßigen Sitzungsterminen oder der Entwicklung gemeinsamer Papiere. Interdisziplinarität führt zu Kontroversen und erfordert von allen Beteiligten die Bereitschaft, eigene Konzepte, Arbeitshaltungen und -routinen zu hinterfragen und in pragmatischer Weise der Alltagsrealität anzupassen. Die Resultate interdisziplinärer Bemühungen sind oft nicht unmittelbar erkennbar, und häufig kommt es zu Beginn der Implementierung neuer Formen der Zusammenarbeit zu «Reibungsverlusten». Die Erfahrung im AIP ist jedoch, dass sich bei konsequenter Anwendung die Anfangsinvestitionen der Beteiligten lohnen und die Prozess- und Ergebnisqualität durch eine umfassende interdisziplinäre Zusammenarbeit deutlich gesteigert werden kann.

In Abbildung 1 ist das professionelle und private «Helferumfeld» eines Modellklienten aus dem AIP dargestellt. Die am interdisziplinären Prozess beteiligten Personen arbeiten in drei verschiedenen Hauptabteilungen des Amtes für Justizvollzug (JUV): Strafanstalt Pöschwies, Bewährungs- und Vollzugsdienst (BVD inkl. juristische Fallführung bzw. Strafvollstreckung) und PPD. Sie stammen aus unterschiedlichen Berufsgruppen mit unterschiedlichen Funktionen (Handwerker, Sicherheitsbeauftragte, Betreuende, Juristen, Sozialarbeitende, Pflegepersonal, Psychologen, Psychiater und Ärzte, Direktionsmitglieder, Leitungspersonen). Hinzu kommen freiwillige Mitarbeitende, Angehörige und die Klienten selbst.

Damit die Zusammenarbeit zwischen Personen mit so unterschiedlichem persönlichem und professionellem Hintergrund erfolgreich gestaltet werden kann, müssen neben der Motivation aller Beteiligten zur Zusammenarbeit und ihrer Bereitschaft, in einen Entwicklungsprozess einzutreten, einige Grundbedingungen bereits zu Beginn der Zusammenarbeit etabliert werden: Gemeinsame transparente Zielsetzungen (Senkung des Rückfallrisikos und daraus folgende aktuell anzupassende Teilziele), mit denen sich möglichst alle Beteiligten, inklusive des Klienten, als Ziel der Zusammenarbeit, identifizieren können und sich für ihr Erreichen verantwortlich fühlen. Kommunikationsblockaden, z.B. in Form struktureller oder inhaltlicher Dunkelfelder [56], behindern Abstimmungen, Optimierungen und die Einarbeitung risikorelevanter Informationen in therapeutische Strategien und Risikobeurteilungen. Sie können z.B. Ausdruck subtiler Machtstrukturen, Konkurrenz- oder Abgrenzungsphänomene sein und etwa durch die Verwendung nicht allgemein verständlicher Fachbegriffe, selektive Informationsweitergaben oder den Hinweis auf die Schweigepflicht in Erscheinung treten. Der professionell begründete Informationsaustausch sollte hingegen offen und transparent auch gegenüber dem Klienten gestaltet werden. Im kreativen Entwicklungsprozess sind die verschiedenen Perspektiven zunächst grundsätzlich gleichgewichtig zu werten, solange sie konstruktiv, im Dienste der gemeinsamen Ziele stehen. Kompetenz- und Entscheidungsprozesse sollten bereits zu Beginn der Zusammenarbeit klar dargestellt werden.

Eine in dieser Art realisierte interdisziplinäre Zusammenarbeit ermöglicht durch die Integration verschiedener Betrachtungsweisen einen differenzierteren Blick auf Entwicklungsprozesse und insbesondere risikorelevante Aspekte. Sie bietet somit «Schutz gegen Betriebsblindheit», was vor allem für die Arbeit mit besonders rückfallgefährdeten Straftätern von grosser Bedeutung ist.

Zu vermeiden ist dabei eine beliebige Mehrperspektivität, die bei mangelnder Abstimmung zu Zielkonflikten führt und sich im direkten Klientenkontakt als pathogen wirkendes «double-bind» [50] darstellen kann. Auch Konkurrenzphänomene können bei mangelnder Bearbeitung innerhalb des professionellen Teams zu schädlichen Delegationen auf die Klientenebene führen und entsprechende Agierfelder schaffen. Nicht zuletzt ist gerade im forensischen Setting bei mangelnder Transparenz in der Zusammenarbeit die Gefahr der Verantwortungsdiffusion zu beachten.

Interdisziplinarität im AIP

Im AIP wird Interdisziplinarität auf verschiedenen Ebenen aktiv gepflegt und beginnt schon bei der Teamzusammensetzung. Jede Behandlungsgruppe wird von einem gemischtgeschlechtlichen, gleichwertigen *Therapeutenteam* [73], in der Regel mit unterschiedlichen Ausbildungssozialisierungen, geleitet. Damit soll sichergestellt werden, dass psychologische, psychiatrische, milieutherapeutische und sozialagogische Ansätze in die konkrete tägliche Arbeit einfließen.

Um die Integration des AIP-Projektes im Milieu der Strafanstalt aktiv zu fördern, findet mindestens viermal jährlich eine Sitzung der «*Steuerungsgruppe AIP*» statt, an der der Direktor der Strafanstalt, der Chefarzt des PPD, der Chef des Sicherheitsdienstes, der Leiter des Sozialdienstes, je ein Vertreter aus den Gewerben, den Wohngruppen und die Therapeuten des AIP teilnehmen. Hier werden auf strategischer Ebene Probleme und Massnahmen zur Integrationsförderung diskutiert, beschlossen und evaluiert.

Zur interdisziplinären Koordination der Fallarbeit findet zweimal jährlich für jeden Klienten eine ausführliche «*AIP-Fallbesprechung*» statt, an der neben dem Klienten alle Therapeuten, die Kontaktpersonen in der Strafanstalt (Arbeit, Wohnen, Sozialdienst) und seitens der einweisenden Behörde die für die Strafvollstreckung verantwortliche Person teilnehmen. Es werden alle Beobachtungen in den verschiedenen Bereichen dargestellt und reflektiert, aber keine Vollzugsentscheidungen gefällt. Die Fallbesprechungen werden jeweils mit dem Einverständnis aller Beteiligten zur Qualitätssicherung auf Video aufgezeichnet.

Zweimal pro Monat findet in Anwesenheit von Klienten die «*AIP-Fallvisite*» statt. Dabei wird der aktuelle Therapiestand der jeweiligen Gruppe und einzelner Klienten mit der Leitung des AIP diskutiert. Mit dem Einverständnis der Klienten können Bezugspersonen aus der Strafanstalt an der Visite teilnehmen.

Für *freiwillige Mitarbeitende*, die sich für die vollzugsüberschreitende Begleitung von AIP-Klienten zur Verfügung gestellt haben, finden regelmässige Informations-, Schulungs- und Supervisionsabende statt, die durch eine Therapeutin des AIP geleitet werden.

Der ambulante Charakter des AIP und die enge Vernetzung des Programms mit den Strukturen der Strafanstalt ist eine wertvolle Ressource. Dabei bewährt es sich – insbesondere in der Therapie persönlichkeitsgestörter Klienten –, dass mit dem Wohn- und Arbeitsbereich, aber auch mit freiwilligen Betreuern, Angehörigen und Bekannten Beobachtungen aus primär nicht therapeutischen

Sozialräumen eng in die Therapie mit einbezogen werden können. Um dieses auch für langfristige Nachbetreuungen wesentliche Potential nachhaltig zu nutzen, sind kontinuierliche, niederschwellige und aktiv gestaltete Kontakte mit Bezugspersonen und Angehörigen (sog. Netzwerkgespräche) entscheidend.

Gezielte Settingvariation

Lewin [74] beschreibt auf der Grundlage empirischer Untersuchungen zur Feldtheorie [75] das Verhalten einer Person mit der einfachen Gleichung: $V = f(P, U)$. Diese «universelle Verhaltensgleichung» besagt, dass das Verhalten (V) eine Funktion (f) der Person (P) und ihrer jeweiligen Umwelt (U) ist. Auch wenn es mittlerweile sehr viel elaboriertere Modelle der Verhaltensgenerierung gibt [76], wird Lewins Gleichung aufgrund ihrer Einfachheit und unmittelbaren Verständlichkeit in der psychologischen Fachliteratur weiterhin als Argument dafür angeführt, dass menschliches Verhalten nie das ausschliessliche Resultat von Persönlichkeitsmerkmalen oder Umweltfaktoren ist [77]. Lewins Verhaltensgleichung darf jedoch nicht als exakt definierte mathematische Formel betrachtet werden, da die Einflüsse der beiden Faktoren höchst individuell sind. Für Risikokalkulationen ist zu beachten, dass ein inverser Zusammenhang zwischen der Ausprägung der mit der Persönlichkeit verbundenen Risikodisposition und der Bedeutung situativer Faktoren besteht. Je ausgeprägter die Risikodisposition, um so beliebiger, unspezifischer und unbedeutender ist der Einfluss solch situativer Faktoren und umgekehrt [78].

Eine fortlaufende Risikoeinschätzung sollte integraler Bestandteil jeder forensischen Behandlung sein. Da situative Faktoren – wenn auch in Abhängigkeit von der zugrundeliegenden Risikodisposition – in unterschiedlichem Ausmass Einfluss auf das Verhalten haben, kann aus prognostisch therapeutischer Sicht das aktuelle Rückfallrisiko um so besser eingeschätzt werden, je umfangreicher Informationen über das Verhalten des Klienten aus verschiedenen Kontextbedingungen vorliegen. Die Abschottung des Therapie- raumes vom aktuellen Lebensraum der Klienten, wie dies von gewissen tiefenpsychologischen Therapieansätzen propagiert wird [79], ist darum besonders bedenklich, denn Erfahrungen mit Klienten aus alltagsfernen Behandlungssettings gewähren nur einen sehr begrenzten Einblick in das Verhaltensspektrum einer Person und fördern zudem Spaltungsphänomene.

Gezielte Settingvariation im AIP

Aus den genannten Gründen setzt das AIP gezielt Settingvariationen ein, indem auf verschiedene therapeutische Settings mit jeweils unterschiedlicher Teilnehmerzahl, Leitung, Ausrichtung, Zielsetzung und Strukturierung zurückgegriffen wird. Die ambulante Struktur des AIP ist diesbezüglich von Vorteil, da dadurch extramurale Bedingungen besser «simuliert» werden als – wie ursprünglich geplant – mit einer stationären Therapie in einer separaten Abteilung. Die partielle Unabhängigkeit von Bereichen wie Wohnen und Arbeit und der Umstand, dass Beobachtungen des Personals nicht fortlaufend abgeglichen werden, schaffen Voraussetzungen, unterschiedliche Persönlichkeitsanteile, Problembereiche (z.B. Spaltungstendenzen, Agitationsverhalten usw.) und Ressourcen von Klienten zur Geltung zu bringen, und dienen damit auch als intramurales Übungsfeld zum Erlernen sozialer Fähigkeiten. So lässt sich beobachten, dass Klienten in unterschiedlich hochstrukturierten Settings häufig sehr unterschiedliche Persönlichkeitseigenschaften erkennen lassen. Vielen Klienten fällt es leichter, sich an hochstrukturierte Settings anzupassen, als sich in offenen Settings sozial adäquat zu verhalten.

Neben *AIP-Fallbesprechung* und *AIP-Visite*, an denen auch die Klienten teilnehmen, ist jeder Klient einer *Einzeltherapie* und einer stabilen *Behandlungsgruppe* mit unterschiedlicher zeitlicher Intensität zugeteilt. In der Gruppentherapie achten die Therapeuten darauf, dass die Strukturierung des Settings variiert (z.B. hochstrukturierte Deliktarbeit vs. wenig strukturiertes kreativtherapeutisches Arbeiten). Parallel zu den Gruppentherapien findet wöchentlich ein gruppeninternes dreistündiges *Sozialtraining* statt, das in Abhängigkeit von Therapiestand, Risikobeurteilung und Einwilligung der einweisenden Behörden durch *begleitete therapeutische Ausgänge* als extramurales Sozialtraining ergänzt werden kann. Themenspezifische Gruppenangebote (z.B. Ärgerbewältigungstraining, körperzentrierte therapeutische Arbeit, sexualitätszentrierte Gruppe usw.) werden als Module gruppenübergreifend und zum Teil auch anderen Insassen angeboten. Mehr funktional organisatorischen Charakter hat die regelmässig stattfindende *AIP-Vollversammlung*, an der alle Mitglieder der verschiedenen AIP-Gruppen und alle Therapeuten teilnehmen. Sie wird von Klienten in eigener Regie geleitet. Ausserordentliche Aktivitäten wie Sport-Spieltage, Feierlichkeiten, Informationsveranstaltungen für interessierte Fachleute usw. werden dabei gemeinsam geplant und gruppenübergreifende Themen können bearbeitet werden.

Gruppe als zentrales therapeutisches Arbeitsfeld

Die therapeutische Arbeit in Gruppen hat gegenüber der Einzeltherapie eine Reihe von Vorteilen [80–85]. In der Forensik ist die besondere Effektivität von Gruppenbehandlungen grundsätzlich akzeptiert und bildet den «state of the art», insbesondere bei der Behandlung von Sexualstraftätern [86–88]. Ihr Leistungsnachweis ist – wie oben dargelegt – statistisch ausgewiesen. Auch unsere eigene langjährige klinische Erfahrung spricht klar für die «Potenz» von therapeutischen Interventionen in der Gruppe.

Bisweilen vertretene Thesen, wie «... Gruppenbehandlungen von Sexualtätern müssen aus heutiger Sicht verworfen werden ...» [89] (S. 246) sind aufgrund unserer Erfahrungen nicht nachvollziehbar und stehen im Widerspruch zu den Ergebnissen der Forschung und der internationalen Fachmeinung. Die Indikationsstellung zur Gruppentherapie sollte auf der Grundlage von Persönlichkeitskriterien und damit verbundenen Therapiezielen geschehen [90–94], wobei gerade für Sexualstraftäter die Gruppenbehandlung von führenden Fachleuten als das Standardtherapie-setting angesehen wird [38, 86].

Der wesentliche Vorteil einer Behandlungsgruppe besteht darin, dass sie, mit ihren unterschiedlichen sozialen und interaktionellen Bezügen, die soziale Lebensrealität im Grundsatz besser abbildet als das duale Behandlungssetting. Das therapeutische Potential einer Gruppe ist um so grösser, je stärker sich die anwesenden Gruppenteilnehmer als «Mitgestalter» erleben und ihre Wahrnehmungen, Beobachtungen und Interpretationen möglichst frei in den therapeutischen Prozess einfließen lassen. Verschiedene Gruppenmitglieder und die Gruppe als Ganzes erweitern das Wahrnehmungsspektrum und können als «Korrektiv» wirken, wenn beispielsweise die Interventionen der Therapeuten zu wenig nachvollziehbar erscheinen. Zudem haben gemeinsam gestaltete Meinungsbildungsprozesse eine besondere Überzeugungskraft, weil die Gruppe einerseits eine – wenn auch geschützte – Öffentlichkeit darstellt und authentisch erlebte Konfrontationen von gleichfalls Betroffenen bei Klienten weniger Schuld-, Scham- und Autoritätsaspekte aktualisieren.

Als Wirkfaktoren bezeichnen Bloch und Crouch [95] verschiedene Elemente der Gruppentherapie, die zur Verbesserung der Symptomatik der Teilnehmer beitragen. Als Faktoren werden dabei Komponenten des Prozessgeschehens verstanden, die eng mit den Funktionen der Gruppenleiter, anderer Gruppenmitglieder, der Gruppe als Ganzen und des Klienten selbst zusammen-

hängen. Yalom [85] legt ein Set von zwölf Wirkfaktoren vor, die sich zwar teilweise überschneiden, sich jedoch in Forschung und Praxis grosser Akzeptanz erfreuen (zum Konzept der Wirkfaktoren und zur Kritik daran vgl. Bloch und Crouch, 1985 [95]; Tschuschke, 1993 [96], 1999 [93]; Yalom, 1999 [85]). Von Klienten werden die Yalom-Faktoren «Gruppenkohäsion», «emotionale Katharsis» und «Interpersonales Lernen – input» (= «Feedback») in verschiedenen Gruppensettings als besonders hilfreich eingeschätzt. Die «Rekapitulation der Primärfamilie» und «Identifikation mit anderen Gruppenmitgliedern oder den -therapeuten» scheinen für die Klienten weniger bedeutungsvoll zu sein. Psychodynamische und lerntheoretische Begründungszusammenhänge verschiedener Therapieschulen werden aus der subjektiven Erlebnis-sicht der Klienten somit nur teilweise bestätigt (Übersicht der Ergebnisse metaanalytischer Forschung in Tschuschke, 1999 [93]).

Im Gegensatz zu den Wirkfaktoren sind die potentiellen Nebenwirkungen von Gruppenbehandlungen empirisch noch wenig untersucht [97]. Allgemein wird die Meinung vertreten, dass negative Effekte empirisch kaum zu erfassen sind [98] und dass durch eine sorgfältige Indikationsstellung unter Einschluss «probatorischer Sitzungen» oder «pre-training groups» zu erwartende negative Effekte einer gruppentherapeutischen Behandlung frühzeitig erkannt werden können [99].

Bei forensischen Klienten ist zu beachten, dass durch den sozialen Kontext der Gruppe zumindest anfänglich Angst- und Schamaffekte gefördert oder bei Gruppenmitgliedern und Therapeuten beispielsweise durch allzu detailliert geschilderte Deliktdarstellungen sekundäre Traumatisierungsprozesse [100] in Gang gesetzt werden können. Weiter können Gruppenprozesse, insbesondere bei unzureichender Beachtung vulnerabler Persönlichkeitsanteile der Klienten und mangelnder Reflexion des Gruppenprozesses durch Reinszenierung pathogener Stimulationen [101], für die Klienten retraumatisierend wirken (z.B. Wiederholung der «Sündenbockrolle», die viele Klienten aus ihrer Biographie kennen). Insbesondere bei homogen zusammengesetzten Gruppen kann es vorkommen, dass sich Klienten mit ähnlicher Persönlichkeitsdisposition oder Deliktaffinität in der Abwehr der therapeutischen Arbeit unterstützen, indem sie sich beispielsweise deliktspezifische, dysfunktionale kognitive Stile (Verzerrungen, Leugnungen, Legitimationen) gegenseitig bestätigen. Alle hier geschilderten, potentiell kontraproduktiven Aspekte sind durch erfahrene Gruppentherapeuten zu kontrollieren.

Gruppe als zentrales therapeutisches Arbeitsfeld im AIP

Im AIP ist die Gruppe das bevorzugte therapeutische Arbeitsfeld (vgl. Settingvariationen). Die begleitenden einzeltherapeutischen Sitzungen dienen vor allem dazu, möglichst optimale Bedingungen für die Gruppentherapie zu schaffen. Dabei findet in der *Einzeltherapie* nicht eine Auswahl der Themen statt, die in der Gruppe besprochen werden soll, sondern im Gegenteil bedarf es einer speziellen Indikation, wenn ein Thema (noch) nicht in der Gruppe zur Sprache kommt. Opferschutz (z.B. bei noch zu geringer Empathiefähigkeit der einzelnen Klienten oder der Gruppe als Ganzen), traumatheoretische Überlegungen [100, 102], aktuelle Überforderung des Klienten durch Angst- [83] oder Schamaffekte [103–105] können die Gründe für eine *negative Indikation* sein. Konkret berichten Klienten vor jeder AIP-Gruppensitzung in der Einstiegsrunde auch über den Inhalt der zwischenzeitig stattgefundenen Einzeltherapien. Dabei wird auch auf Themen hingewiesen, die aufgrund spezieller Gründe nicht in der Gruppe besprochen werden sollen. Wenn sinnvoll, werden Mitteilungen der Klienten durch die Therapeuten ergänzt oder Themen der Einzeltherapie in der Behandlungsguppe vertieft bearbeitet.

Um potentielle Nebenwirkungen der Gruppenbehandlung möglichst gering zu halten, wird von den Klienten grösstmögliche Transparenz und Offenheit erwartet. Diesen Prinzipien sind auch die Therapeuten verpflichtet. Es wird davon ausgegangen, dass Klienten nie zuviel über ihre persönliche Dynamik, die Funktion verschiedener Interventionen und den Gruppenprozess wissen können. Darum wird das Gespräch über alle mit der Therapie zusammenhängenden Aspekte sowohl in Gruppensitzungen als auch in *Visiten* und *Fallbesprechungen* aktiv gefördert. Informierte und mündige Klienten fühlen sich weniger durch den therapeutischen Prozess «überrollt» und sind besser in der Lage, Verantwortung für sich und andere zu übernehmen [106]; ein Ziel, das für erfolgreiche Rückfallprävention von zentraler Bedeutung ist.

Deliktorientierung

Deliktorientierung umfasst vielfache spezialisierte Therapietechniken. Sie bilden den inhaltlichen Kern aller durch den PPD durchgeführten deliktpräventiven Therapien und werden dementsprechend auch im AIP praktiziert. Dieser spezifische deliktorientierte Ansatz wurde bereits mehrfach dargestellt und aufgrund von Behandlungsbeispi-

len expliziert (zuletzt: [2, 5]). Auf ihn wird deshalb in der vorliegenden Arbeit nur kurz und der Vollständigkeit halber Bezug genommen. Vereinfacht dargestellt besteht bei Straftätern ein Missverhältnis zwischen deliktrelevanter Handlungsmotivation und der gegen diese Motivation gerichteten Steuerungsfähigkeit bzw. -bereitschaft. Deliktorientierte Techniken wie z.B. Deliktrekonstruktion, Sensibilisierungen gegenüber Risikofaktoren, Phantasiearbeit und Förderung von Opferempathie zielen auf einer Metaebene der Behandlung immer darauf ab, die Steuerungsfähigkeit des Täters zu erhöhen und/oder seine Deliktmotivation zu verringern. Dies gelingt um so besser, je genauer die deliktfördernden Faktoren in der Persönlichkeit des Klienten und in seinem relevanten sozialen Umfeld erfasst und einer Bearbeitung zugänglich gemacht werden können. Deliktorientierte Arbeit stellt darum das Tatverhalten in das Zentrum der therapeutischen Arbeit. Deliktbegünstigende Umstände sowie emotionale, kognitive, habituelle und körperliche Persönlichkeitsmerkmale mit Bezug zur Deliktdynamik sollen möglichst umfassend erkannt und im therapeutischen Prozess bearbeitet werden. Klienten sind dabei mündige Partner, die in der Gestaltung dieses Prozesses verantwortlich eingebunden sind.

Deliktorientierung im AIP

Deliktorientierte Arbeitsinhalte gehören auch zum Pflichtprogramm jeder Behandlung, die im AIP durchgeführt wird. Die konkrete Umsetzung der deliktorientierten Themen und ihre Integration in die ganzheitliche Behandlungskonzeption wird im Rahmen der Darstellung spezifisch behandlungstechnischer Aspekte ausführlich dargestellt [107].

Ressourcenorientierung

Das «problemfokussierende» Behandlungsprinzip der Deliktorientierung bedarf der Ergänzung durch das Prinzip der «Ressourcenorientierung». Eine einseitige therapeutische Orientierung auf personale Defizite, Problemstellungen und das Deliktverhalten fördert bei Klienten Gefühle der Frustration (häufig bei geringer Frustrationstoleranz), der Resignation und Hoffnungslosigkeit (häufig bei fehlender realistischer Lebensperspektive) und kann somit Insuffizienz-, Minderwertigkeitsgefühle und sekundäre «Prisonisierungseffekte» verstärken.

Gelingt es jedoch, neben der Problemanalyse und -bearbeitung immer auch gleichzeitig die beim Klienten erkennbaren und bei erfolgreichem Verlauf sich verstärkenden Fähigkeiten zur Problem-

bewältigung zu bestätigen und zu fördern, dann rücken die kompetenten Eigenschaften des Klienten, ein positives Selbstempfinden und ‹Selbstwirksamkeitserwartungen› [108] ins Zentrum der therapeutischen Aufmerksamkeit. Nachweislich ist therapeutische Unterstützung besonders effektiv, wenn an die Möglichkeiten, Fähigkeiten, Eigenheiten und Eigenmotivation der Klienten angeknüpft sowie ressourcen- und lösungsorientiert gearbeitet wird (z.B. [109]). Solche Gratifikations-erfahrungen sind insbesondere bei Straftätern besonders wichtig. Die deliktrelevanten Verhaltens- und Erlebensweisen, die bei erfolgreichem Therapieverlauf reduziert werden, sind häufig neben ihren destruktiven Elementen auch mit Aspekten innerpsychischen Gewinns verbunden. Gerade bei eng mit der Persönlichkeit assoziierten deliktrelevanten Dispositionen ist die Förderung anderer gratifizierender Erlebensweisen für die Nachhaltigkeit von Veränderungen wesentlich. Ein Täter, der vermehrt Kontrolle über sexualdeviante Phantasien gewinnt, entwickelt möglicherweise über den Steuerungs- und Selbstbestimmungszuwachs gegenüber seinen Phantasien selbstwertfördernde Selbstbilder und damit verbunden positive Erlebensweisen wie Stolz, Erleichterung, Freude usw. ([5], S. 57ff.).

Ressourcenorientierung im AIP

Der therapeutische Alltag im Intensivprogramm generiert eine Vielzahl von Aufgaben (z.B. Öffentlichkeitsarbeit, Gestalten von Informationsmaterialien, Sport- und Spieltage), Funktionen (z.B. Gruppensprecher, Diskussionsleiter, Organisator) und Situationen (Fortschritte im eigenen therapeutischen Prozess, Interventionen gegenüber anderen Gruppenmitgliedern, Bewältigung von Konfliktsituationen in der Strafanstalt), die es den Klienten ermöglichen, vorhandene personale Kompetenzen zu zeigen oder in den Dienst der Gruppe zu stellen und dafür von Gruppenmitgliedern und Therapeuten Wertschätzung zu erfahren. Die Übernahme von Verantwortung durch Klienten wird – wann immer möglich – aktiv unterstützt, um Selbständigkeit und Eigenverantwortung zu fördern.

In welcher Form Ressourcenorientierung konkret in deliktorientierten Therapiesequenzen praktiziert wird, wird anderorts ausführlicher dargestellt [107].

Behandlungsziele

Auch wenn im AIP Täter mit besonders chronifizierten Problembereichen behandelt werden,

gehen wir von der basalen Annahme aus, dass die meisten Menschen die Möglichkeit zu einem lebenslangen relevanten Entwicklungs- und Wandlungsprozess mit der Fähigkeit zur Adaptation [110], Assimilation und Akkomodation [111] sowie zur Selbstorganisation [112] haben. Im Sinne des ‹life-span developmental approach› [113] findet dabei die Entwicklung in der gesamten Lebensspanne eines Menschen bis ins hohe Alter Beachtung. Gerade in der Therapie von Straftätern ist es jedoch auch notwendig, die Grenzen des Mach- und gesellschaftlich Vertretbaren zu erkennen. Dauerhafte strukturelle Unbehandelbarkeit, die lebenslange Sicherung bedingen muss, liegt dann vor, wenn einer ausserordentlich hohen Rückfallgefahr für schwerste Straftaten eine ausserordentlich geringe Aussicht auf risikorelevante Veränderungsmöglichkeiten gegenüber steht, insbesondere dann, wenn es bereits wiederholt zu schwersten Delikten gekommen ist [30].

Während in der Kranken- und Opferbehandlung kurative Zielsetzungen im Zentrum der Therapie stehen, ist die Täterbehandlung, so wie sie im PPD vertreten wird, zweckgerichtet und maximal deliktpräventiv ausgerichtet. Andere Autoren setzen hier andere Prioritäten und verstehen zukünftige Deliktfreiheit als eine Art Nebenprodukt der Therapie. In diesem Sinne formuliert zum Beispiel Böllinger ([114], S. 24): ‹Die Eigenschaft der therapeutischen Behandlung schliesst Nebenzwecke wie Resozialisierung und Rückfallverhinderung selbstverständlich nicht aus ...› Diese einseitig einer Verbesserung des psychischen Zustandes eines Täters verpflichtete Haltung ist angesichts des Leides, das durch Gewalt- und Sexualdelikte Opfern und ihren Angehörigen zugefügt wird, mehr als fragwürdig. Im AIP sind demgegenüber alle therapeutischen Bemühungen vor allem auf das Ziel der Deliktprävention ausgerichtet. Diesem Ziel werden alle anderen möglichen Zielsetzungen untergeordnet. Klienten sollen befähigt werden, eigenständig Verantwortung für eine deliktfreie Zukunft zu übernehmen und sich in der Therapie die dafür notwendigen Kenntnisse und Fähigkeiten erarbeiten. Deliktpräventive Arbeit dient dem Schutz früherer und potentieller Opfer und damit der öffentlichen Sicherheit. Dies steht keineswegs im Widerspruch zu den Interessen behandlungsmotivierter Klienten, da es bei den meisten Straftätern – wenn auch nicht bei allen – zumindest einen Teil der Persönlichkeit gibt, der aus ureigenstem Interesse Deliktfreiheit als vorteilhaft empfindet.

Um die deliktpräventive Zielsetzung für die Behandlung nutzbar zu machen, bedarf es einerseits der transparenten Aushandlung einer gemein-

samen Zieldefinition mit Klienten und andererseits der Explizierung des Globalzieles in einer handlungsleitenden <polivalenten Zielstruktur> [115] mit Grob- und Feinzielen, d.h. kurz-, mittel- und langfristig zu erreichenden Zielen.

Das aus didaktischen Gründen vereinfachte <Zweikomponenten-Modell> der Delinquenz [5] beschreibt Deliktverhalten als ein Missverhältnis zwischen einem Handlungsimpuls (Motivation) und der dagegen gerichteten Steuerungsfähigkeit des Täters. Eine deliktpräventive Behandlung verfolgt demnach die Zielsetzung, die Steuerungsfähigkeit des Täters zu erhöhen und/oder seine Deliktmotivation zu verringern (*mittelfristige, persönlichkeitsbestimmte Zielsetzung*). Je besser die deliktrelevanten Aspekte des Tatverhaltens, der Täterpersönlichkeit und der Tatsituation erfasst werden (*kurzfristige, methodenspezifische Zielsetzung*), desto grösser ist die Chance, dass zukünftige Risikoentwicklungen erfolgreich gemeistert werden (*langfristige Globalzielsetzung*).

Zur Erhöhung der Steuerungsfähigkeit dienen beispielsweise auf der Ebene der *kurzfristigen, interventionsspezifischen Feinziele*:

- die Aufdeckung von deliktfördernden, intrapersonalen Prozessen (Kognitionen, Phantasien, Emotionen) in der Feinanalyse des Deliktverlaufs,
- die Sensibilisierung der Klienten für potentielle Hochrisikosituationen mit der Deliktpanoramatechnik (spezifische deliktorientierte Intervention) oder
- das konkrete Einüben kommunikativer Fähigkeiten im Sozialtraining.

Zur Senkung der Deliktmotivation können beispielsweise folgende Prozesse beitragen:

- Kontinuierliches Erleben persönlicher Wertschätzung, Akzeptanz, Respekt, Transparenz und Verlässlichkeit in vertrauensvollen Beziehungen mit dem Ziel, korrigierende emotionale Erfahrungen [116] zu ermöglichen.
- Kognitives und emotionales Vervollständigen des subjektiven Delikterlebens des Täters durch die Perspektive des Opfers oder seines sozialen Umfeldes mit der Zielsetzung der Erhöhung der Empathiefähigkeit des Täters.

Bei ausreichend guter Abstimmung der auf verschiedenen Abstraktionsebenen beschriebenen, zielgeleiteten Prozesse können durch die Therapie, nach dem Prinzip der <Selbstorganisation>, kreative und synergetische Prozesse eingeleitet werden, die beim Klienten nachhaltige Veränderungen bewirken.

Literatur

- 1 Urbaniok F. Das Zürcher PPD-Modell – Ein modernes Konzept der Zusammenarbeit von Justiz und Psychiatrie. Forensische Psychiatrie und Psychotherapie. Aktualisierter Nachdruck 2001;8:37–67.
- 2 Urbaniok F. Der deliktorientierte Therapieansatz in der Behandlung von Straftätern – Konzeption, Methodik und strukturelle Rahmenbedingungen im Zürcher PPD-Modell. Psychotherapie Forum 2003;11:202–13.
- 3 Zürich RdK. Expertenbericht an den Regierungsrat des Kanton Zürich 2002.
- 4 Zürich RdK. Protokoll des Regierungsrates des Kanton Zürich 2005.
- 5 Urbaniok F. Was sind das für Menschen – was können wir tun. Nachdenken über Straftäter. Bern: Zytglogge Verlag; 2003.
- 6 Lösel F. Meta-analytische Beiträge zur wiederbelebten Diskussion des Behandlungsgedankens. In: Steller M, Dahle KP, Basqué M, Herausgeber. Straftäterbehandlung. Pfaffenweiler: Centaurus; 1994. S. 13–34.
- 7 Lösel F, Köferl M. Evaluation research on correctional treatment in West Germany: a meta-analysis. In: Wegener H, Lösel F, Haisch J, editors. Criminal Behavior and the Justice System: Psychological Perspectives. New York: Springer; 1989. p. 334–55.
- 8 Marshall WL, Jones R, Ward T, Johnston P, Barbaree HE. Treatment outcome with sex offenders. Clin Psychol Rev 1991;11:465–85.
- 9 McGrath MG. Sex-offender risk assessment and disposition planning. A review of empirical and clinical findings. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology 1991;35:328–50.
- 10 Freeman-Longo RE, Knopp FH. State-of-the-art sex offender treatment, outcome and issues. Annals of Sex Research 1992;5:141–60.
- 11 Marshall WL, Pithers WD. A reconsideration of treatment outcome with sex offenders. Criminal Justice and Behaviour 1994;21:10–27.
- 12 Becker JV, Hunter JA. Evaluation of treatment outcome for adult perpetrators of child sexual abuse. Criminal Justice and Behaviour 1992;19:74–92.
- 13 Hall GC. Sexual offender recidivism revisited. A meta-analysis of recent treatment studies. J Consult Clin Psychol 1995;36:802–9.
- 14 Bourke ML, Donohue B. Assessment and treatment of juvenile sex offenders: an empirical review. J Child Sex Abus 1996;5:47–70.
- 15 Redondo S, Sánchez-Meca J, Garrido V. The influence of treatment programmes on the recidivism of juvenile and adult offenders: a European meta-analytic review. Psychology, Crime and Law 1999;5:251–78.
- 16 Furby L, Weinrott MR, Blackshaw L. Sex offender recidivism: a review. Psychol Bull 1989;105:3–30.
- 17 Camp BH, Thyer BA. Treatment of adolescent sex offenders. A review of empirical research. The Journal of Applied Social Science 1993;17:191–206.
- 18 Quincey VL, Harris GT, Rice ME, Lalumière ML. Assessing treatment efficacy in outcome studies of sex offenders. J Interpers Violence 1993;8:512–23.
- 19 Gendreau P, Goggin C. Principles of effective correctional programming. Forum on Corrections Research 1996;8:38–41.

- 20 Donato R, Shanahan M. The Economics of Implementing Intensive In-Prison Sex-Offender Treatment Programs. *Trends and Issues in Crime and Criminal Justice*, 1999, No. 134, p. 1–6. Canberra, Australia: Australian Institute of Criminology.
- 21 Andrews DA, Bonta J. *The Psychology of Criminal Conduct*. Cincinnati: Anderson; 1994.
- 22 Antonowicz DH, Ross RR. Essential components of successful rehabilitation programs for offenders. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 1994;38:97–104.
- 23 Lipsey MW. What do we learn from 400 research studies on the effectiveness of treatment with juvenile delinquents. In: McGuire J, editor. *What works? Reducing Reoffending*. Chichester: Wiley; 1995. p. 63–78.
- 24 Lösel F. The efficacy of correctional treatment: a review and synthesis of meta-evaluations. In: McGuire J, editor. *What works? Reducing Reoffending*. Chichester: Wiley; 1995. p. 79–111.
- 25 Lösel F, Bender D. Straftäterbehandlung: Konzepte, Ergebnisse, Probleme. In: Steller M, Volpert R, Herausgeber. *Psychologie im Strafverfahren*. Bern: Huber; 1997. S. 171–204.
- 26 Gallagher CA, Wilson DB, Hirschfield P, Coggeshall MB, MacKenzie DL. A quantitative review of the effects of the sex offender treatment on sexual reoffending. *Corrections Management Quarterly* 1999;3:19–29.
- 27 Hanson RK, Gordon A, Harris AJR, Marques JK, Murphy W, Quinsey VL, et al. First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders. *Sex Abuse* 2002;14:169–94.
- 28 Dowden C, Antonowicz DH, Andrews DA. The effectiveness of relapse prevention with offenders: a meta-analysis. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2003;47:516–28.
- 29 Schmucker M, Lösel F. The effectiveness of treatment for sexual offenders: a comprehensive meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology* 2005;1:117–46.
- 30 Urbaniok F. Gibt es unbehandelbare Täter? Schweizer Arbeitsgruppe für Kriminologie 2002;20:149–69.
- 31 Leygraf N. Verschiedene Möglichkeiten, als nicht therapierbar zu gelten. *Recht & Psychiatrie* 2002;20:3–7.
- 32 Böllinger L. *Psychoanalyse und die Behandlung von Delinquenten*. Heidelberg: C. F. Müller; 1979.
- 33 Schorsch E. *Sexualstraftäter*. Stuttgart: Enke; 1971.
- 34 Schorsch E, Galedary G, Haag A, Hauch M, Lohse H. *Perversion als Straftat*. Berlin, Heidelberg: Springer; 1985.
- 35 Schorsch E, Pfäfflin F. Die sexuellen Deviationen und sexuell motivierte Straftaten. In: Venzlaff U, Foerster K, Herausgeber. *Die sexuellen Deviationen und sexuell motivierte Straftaten*. Stuttgart, Jena, New York: Fischer; 1994.
- 36 Pithers WD, Marques JK, Gibat CC, Marlatt GA. Relapse prevention with sexual aggressives: a self-control model of treatment and maintenance of change. In: Greer JG, Stuart IR, editors. *The Sexual Aggressor: Current Perspectives on Treatment*. New York: Van Nostrand Reinhold; 1983. p. 214–39.
- 37 Laws RD. *Relapse Prevention with Sex Offenders*. New York: Guilford Press; 1989.
- 38 Marshall WL, Anderson D, Fernandez YM. *Cognitive Behavioural Treatment Outcome with Sex Offenders*. Chichester: Wiley; 1999.
- 39 Marques JK, Nelson C. The relapse prevention model: Can it work with sex offenders. In: Peters RD, McMahon RJ, Quinsey VL, editors. *Aggression and Violence Throughout the Life Span*. Newbury Park, CA: Sage; 1992. p. 222–43.
- 40 Marshall WL, Fernandez YM, Hudson SM, Ward T. *Sourcebook of Treatment Programs for Sexual Offenders*. New York: Plenum; 1998.
- 41 Marques JK, Nelson C, Alarcon JM, Day DM. Preventing relapse in sex offenders. What we learned from SOTEP's experimental treatment program. In: Laws RD, Hudson SM, Ward T, editors. *Remaking Relapse Prevention with Sex Offenders*. Thousand Oaks: Sage Publications; 2000. p. 321–40.
- 42 Marques JK, Day DM. *Sex Offender Treatment and Evaluation Project: Progress Report* [unpublished manuscript]. California Department of Mental Health; 1998.
- 43 Marques JK, Wiederanders M, Day DM, Nelson C, van Ommeren A. Effects of a relapse prevention program on sexual recidivism: final results from California's Sex Offender Treatment and Evaluation Project (SOTEP). *Sex Abuse* 2005;17:79–107.
- 44 Wössner G. Arbeitsbereiche aus dem Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht: Behandlung, Behandelbarkeit und Typisierung von Sexualstraftätern. 2002, www.iuscrim.mpg.de/verlag/
- 45 Preuss WF, Lietz K. Gruppendynamik und individuelle Psychodynamik im Hamburger Modell der Gruppenpsychotherapie für pädosexuelle Männer. *Recht und Psychiatrie* 2004;22:67–74.
- 46 Bullens R. Ambulante Behandlung von Sexualdelinquenten innerhalb eines gerichtlich verpflichtenden Rahmens. In: Ramin G, Herausgeberin. *Inzest und sexueller Missbrauch*. Paderborn: Junfermann; 1993. S. 397–411.
- 47 Foulkes S. *Gruppenanalytische Psychotherapie*. München: Pfeiffer; 1992.
- 48 Plaum EF. Aspekte eines «praktischen» Eklektizismus bei psychologischen Interventionsmassnahmen. *Psychologie in Erziehung und Unterricht* 1981;28:222–34.
- 49 Petzold H. Editorial: Psychotherapie und Interventionsforschung. *Integrative Therapie* 1992;18:341–5.
- 50 Bateson G. *Ökologie des Geistes: anthropologische, psychologische, biologische und epistemologische Perspektiven*. Frankfurt: Suhrkamp; 1985.
- 51 Petzold H. *Methodenintegration in der Psychotherapie*. Paderborn: Junfermann; 1982.
- 52 PPD AQ-M, Leitbild PPD. 2004, Justizvollzug Kanton Zürich. www.justizvollzug.zh.ch/content/justizvollzug/p_p_dienst/
- 53 Watkins JG, Watkins HH. *Ego-States – Theorie und Therapie*. Heidelberg: Carl-Auer Verlag; 2004.
- 54 Ferenczi S. Die Elastizität der psychoanalytischen Technik. In: Ferenczi S, Herausgeber. *Bausteine der Psychoanalyse III*. Bern: Huber; 1984. S. 380–98.
- 55 James W. *Pragmatism: A New Name for Some Old Ways of Thinking*. London: Longmans Green; 1907.
- 56 Urbaniok F. *Teamorientierte Stationäre Behandlung in der Psychiatrie*. Stuttgart: Thieme; 2000.
- 57 Störig HJ. *Kleine Weltgeschichte der Philosophie*. Frankfurt: Fischer; 1984.
- 58 Garfield SL, Bergin AE. *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change: An Empirical Analysis*. New York: Wiley; 1978.

- 59 Hyan MT. On the advantages of assuming that the techniques of psychotherapy are ineffective. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 1981;18:11–3.
- 60 Asay TP, Lambert MJ. Empirische Argumente für die allen Therapien gemeinsamen Wirkfaktoren: Quantitative Ergebnisse. In: Hubble MA, Duncan BL, Miller SD, Herausgeber. *So wirkt Psychotherapie*. Dortmund: Verlag Modernes Lernen; 2001. S. 41–82.
- 61 Norcross JC, Goldfried MR. *Handbook of Psychotherapy Integration*. New York: Basic; 1992.
- 62 Märtens M, Petzold H. Wer und was wirkt in der Psychotherapie? Mythos «Wirkfaktoren» oder hilfreiches Konstrukt? *Integrative Therapie* 1998;24:98–110.
- 63 Seligman L. *Selecting Effective Treatments*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1990.
- 64 Stricker G, Gold JR. *Comprehensive Handbook of Psychotherapy Integration*. New York: Plenum Press; 1993.
- 65 Lambert MJ. Psychotherapy outcome research: implications for integrative and eclectic therapist. In: Norcross JC, Goldfried MR, editors. *Handbook of Psychotherapy Integration*. New York: Basic; 1992. p. 94–129.
- 66 Hubble MA, Duncan BL, Miller SD. Einleitung. In: Hubble MA, Duncan BL, Miller SD, Herausgeber. *So wirkt Psychotherapie*. Dortmund: Verlag Modernes Lernen; 2001. S. 17–38.
- 67 Orlinsky DE, Howard KI. Ein allgemeines Psychotherapie-modell. *Integrative Therapie* 1988;14:281–308.
- 68 Ambühl H. Was ist therapeutisch an Psychotherapie? *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie* 1993;41:285–303.
- 69 Orlinsky DE, Grawe K, Parks R. Process and outcome in psychotherapy. In: Bergin AE, Garfield SL, editors. *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley; 1994. p. 270–376.
- 70 Orlinsky DE. Learning from Many Masters – Ansätze zu einer wissenschaftlichen Integration psychotherapeutischer Behandlungsmodelle. In: Petzold H, Märtens M, Herausgeber. *Wege zu effektiven Psychotherapien – Psychotherapieforschung und Praxis*. Band 1: Modelle, Konzepte, Settings. Opladen: Leske und Budrich; 1999. S. 31–44.
- 71 Pfäfflin F, Kächele H. Positive und negative Wirkfaktoren von Psychotherapien. *WsFPP* 2001;8:69–91.
- 72 Petzold H, Orth I. *Mythen der Psychotherapie – Ideologien, Machtstrukturen und Wege kritischer Praxis*. Paderborn: Junfermann; 1999.
- 73 Roller B, Nelson V. *Die Kunst der Co-Therapie*. Köln: EHP; 1993.
- 74 Lewin K. *Principles of Topological Psychology*. New York: McGraw-Hill; 1936.
- 75 Marrow AJ. *Kurt Lewin – Leben und Werk*. Stuttgart: Klett; 1977.
- 76 Grawe K. *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe; 2000.
- 77 Lück HE. *Kurt Lewin – Eine Einführung in sein Werk*. Weinheim: Beltz; 2001.
- 78 Urbaniok F. Validität von Risikokalkulationen bei Straftätern – Kritik an einer methodischen Grundannahme und zukünftige Perspektiven. *Fortschritte für Neurologie und Psychiatrie* 2004;72:260–9.
- 79 Böllinger L. *Psychoanalytisch orientierte Sozialtherapie*. In: Lösel F, Herausgeber. *Kriminalpsychologie. Grundlagen und Anwendungsbereiche*. Basel: Beltz; 1983. S. 239–46.
- 80 Battegay R. *Die Gruppe als Schicksal*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht; 2000.
- 81 Fontao M. *Emotion, Abstraktion und Wirkfaktoren in der Gruppentherapie*. Ulm: Ulmer Textbank Verlag; 2004.
- 82 Heigl-Evers A. *Gruppendynamik*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht; 1973.
- 83 König K, Lindner W. *Psychoanalytische Gruppentherapie*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht; 1991.
- 84 Moreno JL. *Gruppenpsychotherapie und Psychodrama*. Stuttgart: Thieme; 1997.
- 85 Yalom ID. *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie: ein Lehrbuch*. München: Klett-Cotta; 1999.
- 86 Bullens R. *Möglichkeiten der Tätertherapie. Sexueller Missbrauch – Tätertherapie*. Bundesarbeitsgemeinschaft Prävention und Prophylaxe e.V.; 2002. www.praevention.org.
- 87 Marshall WL, Laws RD, Barbaree HE. *Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories and Treatment of the Offender*. New York: Plenum; 1999.
- 88 Pitzing HJ. *Ambulante Psychotherapie von Sexualstraftätern ist ein Beitrag zur Prävention und zum Opferschutz*. In: Kerner H-J, Marks E, Herausgeber. *Internetdokumentation Deutscher Präventionstag, Hannover, 2003*. www.praeventionstag.de.
- 89 Reinfried HW. *Räuber, Diebe, Mörder. Psychotherapie im Strafvollzug*. Stuttgart: Frommann-Holzboog; 1999.
- 90 Dies RR. Research on group psychotherapy: overview and clinical applications. In: Alonso A, Swiller HI, editors. *Group Therapy in Clinical Practice*. Washington: American Psychiatric Press; 1993.
- 91 Piper WE, McCallum M. Selection of patients for group interventions. In: Bernard HS, MacKenzie KR, editors. *Basics of Group Psychotherapy*. New York: Guilford; 1994.
- 92 Roback H, Smith M. Patient attrition in dynamically oriented treatment groups. *Am J Psychiatry* 1987;144:426–31.
- 93 Tschuschke V. Die Bedeutung der Psychotherapieforschung für die Gruppenpsychotherapie. In: Petzold H, Märtens M, Herausgeber. *Wege zu effektiven Psychotherapien – Psychotherapieforschung und Praxis*. Band 1: Modelle, Konzepte, Settings. Opladen: Leske und Budrich; 1999.
- 94 Vinogradov S, Yalom ID. *A Concise Guide to Group Psychotherapy*. Washington: American Psychiatric Press; 1990.
- 95 Bloch S, Crouch E. *Therapeutic Factors in Group Psychotherapy*. New York: Oxford Press; 1985.
- 96 Tschuschke V. *Wirkfaktoren stationärer Gruppenpsychotherapie – Prozess – Ergebnis – Relationen*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht; 1993.
- 97 Tschuschke V. Spezifische und/oder unspezifische Wirkfaktoren in der Gruppenpsychotherapie. In: Tschuschke V, Czogalik D, Herausgeber. *Psychotherapie – Welche Effekte verändern?* Berlin: Springer; 1990.
- 98 Lambert MJ, Bergin AE. The effectiveness of psychotherapy. In: Bergin AE, Garfield SL, editors. *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change*. New York: Wiley; 1994. p. 143–89.

- 99 Strauss B, Eckert J. Schäden und negative Folgen von Gruppentherapien. In: Petzold H, Märtens M, Herausgeber. Therapieschäden – Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Paderborn: Junfermann; 2002. S. 246–65.
- 100 Reddemann L. Imagination als heilsame Kraft. Stuttgart: Klett-Cotta; 2002.
- 101 Petzold H. Die vier «Wege der Heilung» in der Integrativen Psychotherapie. In: Petzold H, Herausgeber. Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Paderborn: Junfermann; 1996. S. 173–284.
- 102 van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L. Traumatic Stress. Paderborn: Junfermann; 2000.
- 103 Hilgers M. Scham – Gesichter eines Affekts. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht; 1996.
- 104 Lewis M. Scham – Annäherung an ein Tabu. Hamburg: Kabel; 1993.
- 105 Wurmser L. Die Maske der Scham. Heidelberg: Springer; 1990.
- 106 Petzold H. Client Dignity konkret – PatientInnen und TherapeutInnen als Partner in «kritischer Kulturarbeit» – eine Initiative. Integrative Therapie 2001;32:388–95.
- 107 Urbaniok F, Stürm M. Das Zürcher «Ambulante Intensiv-Programm» (AIP) zur Behandlung von Gewalt- und Sexualstraftätern. Teil 2: Spezifisch deliktpräventive und therapeutische Konzeptionen. Schweiz Arch Neurol Psychiatr 2006;157:119–33.
- 108 Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavior change. Psychol Rev 1977;84:191–215.
- 109 Petzold H. Das Ressourcenkonzept in der sozial-interventiven Praxeologie und Systemberatung. Integrative Therapie 1997;23:435–71.
- 110 Cyrulnik B. Die Kraft, die im Unglück liegt – von unserer Fähigkeit am Leid zu wachsen. München: Goldmann; 2001.
- 111 Piaget J, Inhelder B. Die Psychologie des Kindes. Olten: Walter; 1972.
- 112 Maturana HR, Varela FJ. Der Baum der Erkenntnis. Wie wir die Welt durch unsere Wahrnehmung erschaffen – die biologischen Wurzeln des menschlichen Erkennens. Bern: Scherz; 1987.
- 113 Baltes PB, Featherman DL, Lerner RM. Life-Span-Development and Behaviour. Hillsdale: Erlbaum; 1988.
- 114 Böllinger L. Kontrolle der Innenwelt statt Resozialisierung. Zur Offenbarungspflicht der Therapeuten im Strafvollzug. WsFPP 2003;10:17–45.
- 115 Petzold H, Osten P Diagnostik und mehrperspektivische Prozessanalyse in der Integrativen Therapie. In: Laireiter AR, Herausgeber. Diagnostik in der Psychotherapie. Wien: Springer; 2000. S. 247–63.
- 116 Alexander F, French TM. Psychoanalytic Therapy: Principles and Application. New York: Ronald Press; 1946.