

Behandlung „gefährlicher“ und „schwieriger“ Straftäter

Stefan Suhling

Angesichts steigender Zahlen bei den Personen, die potentiell unbefristet inhaftiert oder untergebracht sind, stellt sich die Frage, mit welchen Haltungen und Methoden man diese als gefährlich geltenden Personen erreichen und so behandeln kann, dass die Wiedererlangung der Freiheit für sie eine Perspektive wird. Immerhin hat etwa das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil vom 4. Mai eine therapeutische Ausrichtung der Sicherungsverwahrung gefordert. Allerdings stehen die Bediensteten des Strafvollzugs (und auch des Maßregelvollzugs) angesichts oft langjähriger Inhaftierung, verschiedener gescheiterter Therapieversuche, einer hohen Verbreitung von Persönlichkeitsstörungen und einer oft geringen Behandlungsbereitschaft mitunter vor immensen Problemen, diesen Anspruch auch zu verwirklichen. Der Beitrag skizziert Ansatzpunkte zur Überwindung der Behandlungsprobleme.

Steigende Zahlen bei den potentiell unbefristet inhaftierten Personen

Die Zahl der Anordnungen von Sicherungsverwahrung und die Zahl der Sicherungsverwahrten sind seit Mitte der 1990er Jahre stark angestiegen. Die Anordnungen stiegen von 45 in 1995 auf 107 in 2009 (+ 138 %), bei den Verwahrten hat es zwischen 1995 und 2010 einen Anstieg von 183 auf 536 (+ 193 %) gegeben, das ist fast eine Verdreifachung des Ausgangswertes. In diesen Zahlen sind Personen, die sich derzeit noch in der Freiheitsstrafe befinden, gar nicht enthalten. Die aktuellste bundesweite Erhebung hierzu besagt, dass ca. 600 weiteren Gefangenen die

Sicherungsverwahrung am Ende ihrer Freiheitsstrafe droht. Wie gezeigt hat es zwar auch bei den Anordnungen von Sicherungsverwahrung einen Anstieg gegeben, der Bestand der Sicherungsverwahrten hat aber deutlich stärker zugenommen. Dies bedeutet, dass es in den betrachteten 15 Jahren für Sicherungsverwahrteschwer war, aus der Unterbringung entlassen zu werden (vgl. auch Dessecker, 2011).

An dieser Stelle liegt es nahe, einen Seitenblick auf die anderen Formen potentiell unbefristeter Freiheitsentziehung zu werfen, die nur beendet werden können, wenn bei den Betroffenen nur noch eine geringe Wahrscheinlichkeit zukünftiger (schwerer) Straftatengesehen wird. Zwischen 1995 und 2010 ist die Zahl der Personen in der lebenslangen Freiheitsstrafe von 1.314 auf 2.048 gestiegen, was einem Anstieg von 56 % entspricht, also einer Vereinerhalbung. Im gleichen Zeitraum hat sich die Zahl der nach § 63 Strafgesetzbuch in einem Psychiatrischen Krankenhaus Untergebrachten von 2.902 auf 6.569 erhöht, also mehr als verdoppelt (Anstieg beträgt 126 %). Rechnet man die derzeit noch in der Freiheitsstrafe befindlichen Personen mit anschließender Sicherungsverwahrung hinzu, gibt es in Deutschland derzeit fast 10.000 Personen, die potentiell unbefristet im Straf- oder Maßregelvollzug einsitzen.

Behandlung als zentrale Voraussetzung der Entlassung

Die statistischen Erhebungen der Kriminologischen Zentralstelle zeigen, dass der wichtigste Weg aus der Maßregel gemäß § 63 StGB, aus der lebenslangen Freiheitsstrafe und aus der Sicherungsverwahrung nach wie vor die Aussetzung zur Bewährung ist. Eine wichtige Voraussetzung hierfür dürften für viele der potentiell unbefristet inhaftierten Straftäter erfolgreich absolvierte Lockerungen sein. Es kann angesichts der gerade gemachten Feststellungen nicht verwundern, dass es – wenn auch wenig

spezifische und wissenschaftlich nur schwer dokumentierbare – Hinweise darauf gibt, dass die Bereitschaft der Maßregel- und Justizvollzugseinrichtungen, Inhaftierte zu lockern, im genannten Zeitraum zurückgegangen ist (z.B. Dünkel, 2004; Feest & Lesting, 2005).

Die Entscheidung, die hier im Vordergrund stehende Zielgruppe der Gefangenen und Untergebrachten zu lockern, dürfte unter anderem von der Bereitschaft der Betroffenen abhängen, sich einer Behandlung zu unterziehen bzw. davon, dass sie in dieser Fortschritte machen. Behandlung und Therapie sind heute mit anderen Worten zumindest für diejenigen, die als gefährlich gelten (und diese Beschreibung trifft wohl auf die meisten der potentiell unbefristet inhaftierten Personen zu), eine zentrale Voraussetzung für die Wiedererlangung der Freiheit. Der Ausbau der sozialtherapeutischen Einrichtungen, die Urteile des Bundesverfassungsgerichtes vom 5. Februar 2004 (2 BvR 2029/01) und vom 4. Mai 2011 (2 BvR 2365/09) sowie die Fachdiskussionen in forensischer Psychologie und Psychiatrie zeugen davon, dass man Behandlung und Therapie für das zentrale Mittel der Resozialisierung für diesen Personenkreis hält.

Bedingungen erfolgreicher Behandlung

Erfolgreiche Behandlung stellt sich nicht von allein ein: Sie hängt, vereinfacht ausgedrückt, von Bedingungen auf der Seite der zu behandelnden Person sowie von Bedingungen auf Seite der behandelnden Akteure und dem Kontext ab, in dem Behandlung stattfindet. Die allgemeinen Bedingungen wirksamer Behandlung sind auch in Deutschland mittlerweile vielfach publiziert worden (vgl. Egg et al., 1998; Lösel & Bender, 1997; Suhling, 2008; Wischka & Specht, 2001) und müssen vorliegend nur kurz und stichwortartig rekapituliert werden:

- ein theoretisch und empirisch gut fundiertes Behandlungskonzept,

- eine angemessene Umsetzung dieses Konzepts,
- sorgfältig ausgewähltes, geschultes und supervidiertes Personal,
- ein positives institutionelles Klima, das keinen Platz für subkulturelle und kriminogene Netzwerke bietet,
- ein klar strukturierter und kontrollierter institutioneller Kontext, der gleichzeitig den Behandlungsgedanken unterstützt,
- eine auf die Risikofaktoren erneuter Straffälligkeit gestützte Diagnostik,
- die eine auf eben diese kriminogenen Faktoren fokussierte Behandlung beeinflusst (wobei Personen mit mehr bzw. ausgeprägteren Risikofaktoren auch intensiver zu behandeln sind),
- tragfähige Beziehungen zwischen Behandelten und Behandlern,
- Stützung und Ausbau protektiver Faktoren (Ressourcen des Behandelten),
- Mobilisierung sozialer Unterstützung,
- angemessene Entlassungsvorbereitung und Nachsorge.

Diese Merkmale erfolgreicher Behandlungsprogramme stützen sich auf das empirisch sehr gut bewährte Modell der Straftäterbehandlung, das aus Risikoprinzip (wer soll behandelt werden?), Bedürfnisprinzip (was soll behandelt werden?) und Ansprechbarkeitsprinzip (wie soll behandelt werden?) besteht (Andrews und Bonta, 2010). Während Risiko- und Bedürfnisprinzip in der obigen Aufzählung berücksichtigt sind, erscheint das Ansprechbarkeitsprinzip für die hier aufgeworfene Frage der Behandlung von „schwierigen“ Inhaftierten von besonderer Bedeutung, geht es bei diesen Personen doch eher um die Frage der Anpassung der Behandlung auf die speziellen Merkmale und Lernstile der zu Behandelnden als um besondere Risikofaktoren für zukünftige Delinquenz. Das Ansprechbarkeitsprinzip ist bislang in der Behandlungsliteratur am wenigsten genau ausformuliert worden. Seine wichtigste Aussage ist, dass kognitiv-behaviorale Behandlungsprogramme mit ihrer Orientierung

an sozial-kognitivem Lernen und ihren Methoden wie z.B. Psychoedukation/ Wissensvermittlung, Arbeit an dysfunktionalen und antisozialen Einstellungen und Denkweisen oder Erlernen neuer Verhaltensweisen in Rollenspielen in der Regel am besten wirken (allgemeines Ansprechbarkeitsprinzip). Das spezielle Ansprechbarkeitsprinzip besagt hingegen, dass individuelle, eventuell besondere Merkmale (wie geringe Intelligenz, geringe Motivation, psychische Störungen, Migrationshintergrund) berücksichtigt werden müssen, damit Behandlungshindernisse überwunden werden und die betroffene Person auch auf die Behandlung „anspricht“.

Ansprechbarkeit „schwieriger“ Gefangener

„Gefährliche“ Gefangene sind dem Risiko- Bedürfnis- und Ansprechbarkeitsmodell zufolge also diejenigen, die ein hohes Rückfallrisiko aufweisen und somit eine hohe Zahl statischer (unveränderlicher) Risikofaktoren (z.B. viele Vorstrafen, geringes Einstiegsalter in Delinquenz) wie auch dynamischer (veränderbarer) Risikofaktoren (z.B. antisoziale Einstellungen, fehlende Empathie, kriminelle Freunde). Je höher das Risiko und je mehr (beeinflussbare) Risikofaktoren, desto intensiver/länger ist zu behandeln, um Fortschritte zu erzielen. Für die vollzugliche Praxis bedeutet dies etwa, dass Straftäter mit einem hohen Rückfallrisiko eher im Vollzugsverlauf z.B. in eine sozialtherapeutische Einrichtung verlegt werden sollten als Gefangene mit einem geringen Rückfallrisiko (auch wenn bei diesen ggf. mehr Strafzeit zur Verfügung steht).

„Schwierige“ Gefangene sind dagegen solche, die Merkmale aufweisen, die in erster Linie Therapiehindernisse darstellen. Empirische Studien haben z.B. gezeigt, dass eine hohe Tatverleugnung, eine geringe Behandlungsmotivation, geringe gesellschaftliche Integration vor der Haft sowie verschiedene Maße der Antisozialität (z.B. das Vorliegen einer Antisozialen Persönlichkeitsstö-

rung, viele und vielfältige Vorstrafen, Bewährungsversagen, Psychopathy) mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit einher gehen, aus Behandlungsprogrammen auszuschneiden (Endres, 2011; Olver, Stockdale & Wormith, 2011; Olver & Wong, 2011; Suhling, 2006). Während für Tatverleugnung und geringe Behandlungsmotivation keine konsistenten Zusammenhänge zur Rückfälligkeit nachgewiesen werden konnten, stellen die Merkmale sozialer Desintegration und Antisozialität auch Prädiktoren erhöhter Rückfallgefahr dar. Mit anderen Worten verfügen Therapieabbrecher oft über eben solche Merkmale, die ihre Gefährlichkeit begründen und einen besonderen Behandlungsbedarf indizieren.

Dieses Dilemma trifft insbesondere auf die Gruppe der Sicherungsverwahrten, aber wahrscheinlich auch auf viele der anderen langfristig und potentiell unbefristet eingesperrten Personen zu: Sie bedürften einer intensiven Behandlung, sind aber oft in einer solchen gescheitert oder haben sich ihr konsequent verweigert – was wiederum die fortdauernde Unterbringung rechtfertigt. Es lässt sich auch formulieren: Die Psychowissenschaften sind noch auf der Suche nach Methoden „schwieriger“ Gefangene „anzusprechen“.

Veränderungsmotivation, Behandlungsmotivation und Behandlungsfähigkeit

Behandlungshindernisse (also Ansprechbarkeitsprobleme) lassen sich grob in Motivations- und Fähigkeitsaspekte differenzieren. Das Leugnen der Straftat kann zum Beispiel dazu führen, dass die Person keinen Veränderungsbedarf bei sich sieht und demnach auch nicht bereit ist, sich in einer Behandlung zu engagieren. Wieder andere sind bereit, sich in Behandlung zu begeben, aber eher, weil sie die Vorzüge der Behandlungseinrichtungen (wie freizügigere Gestaltung des Hafttraums, längere Aufschlusszeiten, besser Aussicht auf Lockerungen) locken und weniger,

weil sie bei sich ein Problem in Bezug auf die Gefahr weiterer Straftaten sehen. Ein Behandlungseingagement, wie es aus vollzuglicher und auch gesellschaftlicher Perspektive wünschenswert wäre, ist wohl auch von diesen Personen zunächst nicht zu erwarten. Für eine geringe Veränderungsmotivation, die zu Behandlungsmotivation führen könnte, kann es sehr unterschiedliche Ursachen geben, z.B. (vgl. Dahle, 1995; Drieschner et al., 2004; Suhling, Bielenberg & Pucks, in Vorbereitung):

- geringer Leidendruck durch die Straftat und die Lebensumstände vor der Haft, geringe Einsicht in die problematischen Aspekte der eigenen Persönlichkeit und Lebensführung, geringe wahrgenommene eigene Rückfallwahrscheinlichkeit,
- geringe Passung der eigenen Lebensziele zu den wahrgenommenen Zielen der Behandlung,
- fehlender oder geringer Glaube an die eigene Fähigkeit zur Veränderung (Demoralisation, erlernte Hilflosigkeit)
- negative Einstellungen gegenüber der Justiz oder allgemeines Misstrauen gegenüber Hilfen und Angeboten von Bediensteten,
- geringer externer Druck zur Veränderung.

Bei längerfristig inhaftierten Personen, gerade solchen mit einer kriminellen Karriere und mehrfachen Freiheitsentziehungen, können besonders die letzten drei Bedingungen verbreitet sein: wenn mehrere Behandlungs- bzw. Veränderungsversuche gescheitert sind, das Leben schon seit längerem in der Subkultur des Straf- oder Maßregelvollzugs stattfindet und auch nur wenige „Zugkräfte“ von außerhalb der Einrichtung existieren, kann die Hoffnung und auch die Erwartung persönlicher Veränderung, gepaart mit ablehnenden Einstellungen gegenüber den Bediensteten, zum Rückzug und zur Ablehnung von Behandlungsangeboten führen.

Ein einfaches Beispiel, das die Behandlungsfähigkeit betrifft, sind deutliche Sprachkenntnisse. Wer darüber nicht verfügt, wird nicht erreichbar sein. Bei der vorliegend angesprochenen Zielgruppe dürften diese jedoch eher selten ein Problem darstellen. Weitere Beispiele sind geringe Intelligenz, eine akute psychotische Störung oder eine stark eingeschränkte Fähigkeit, aggressive Impulse zu kontrollieren und interpersonelle Konflikte auszuhalten. Auch gering ausgeprägte emotionale und soziale Kompetenzen können die Behandlungsfähigkeit einschränken, etwa, wenn jemand nur schlecht persönliche, emotional tragfähige Beziehungen zu anderen Menschen aufbauen kann. Hier ist man schnell im Bereich der Persönlichkeitsstörungen, die als Beziehungsstörungen verstanden werden können (z.B. Sachse, 2010). Diese Personen stellen Behandler auch in der allgemeinen Psychotherapie vor besondere Herausforderungen. Für den Bereich der Straftäterbehandlung bestätigt die Meta-Analyse von Olver et al. (2011) einen Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsstörung und Behandlungsabbruch, insbesondere für Täter mit einer antisozialen oder Psychopathie-Persönlichkeitsstörung. Olver und Wong (2011) fanden in einer Studie mit Sexualstraftätern, dass es dabei vor allem die emotionsbezogenen Aspekte der Psychopathy waren, die ausschlaggebend für das Scheitern waren. Sie vermuten, dass diese Personen nicht in der Lage waren, eine aus Therapeutesicht notwendige Behandlungsalianz auf emotional tragfähiger Basis aufzubauen. Auch andere Autoren (z.B. Nuhn-Naber & Rehder, 2005) sehen die Behandlungsfähigkeit von Personen mit Psychopathy-Persönlichkeitsstörung zumindest in sozialtherapeutischen Einrichtungen kritisch. Es wird argumentiert, dass diese Täter womöglich im Bereich der sozialen Durchsetzungsfähigkeit profitieren würden, ohne auf der Gefühlsebene prosoziale Emotionen erleben und Bindungen ausbilden zu können, was zusammen genommen ihre Gefährlichkeit steigern könne.

Behandlungsansätze für „schwierige“ Inhaftierte

Der vorausgehende Abschnitt könnte die Schlussfolgerung nahe legen, dass es vor allem Merkmale in der Person des Inhaftierten sind, die das Scheitern in Behandlung bedingen. Dieser Eindruck darf allerdings nicht entstehen. Für die Förderung von Veränderungs- und Behandlungsmotivation und auch für die „Behandlungsbefähigung“ sind die Bediensteten des Straf- bzw. Maßregelvollzugs mitverantwortlich. Dies genau besagt letztlich das Ansprechbarkeitsprinzip: Dass dafür Sorge getragen werden muss, dass Behandlungshindernisse überwunden werden. Zwar ist es unrealistisch anzunehmen, dass alle Straftäter zu einer Behandlung (bzw. persönlichen Veränderung) motiviert und befähigt werden können – sicher wäre diese Erwartung besonders bei Sicherungsverwahrten ziemlich überzogen. Allerdings gibt es gute Gründe, neben den bewährten Methoden neue Ansätze zu berücksichtigen, die in der Straftäterbehandlung bislang vielleicht noch keine ausreichend große Rolle spielen. Auf diese soll im Folgenden kurz eingegangen werden. Auf die Rolle der Rahmenbedingungen der Behandlung im Kontext des Strafvollzugs kann hier nur verwiesen werden (vgl. z.B. Wischka, 2004).

Motivierende Gesprächsführung:

Ein wesentlicher Grundpfeiler dieses von Miller und Rollnick (2004) entwickelten Technik ist die Beziehung zwischen Bedienstetem und Gefangenen. Sie sollte nicht nur von Respekt gekennzeichnet sein, sie sollte auch so partnerschaftlich sein, wie das unter den Umständen des Strafvollzugs möglich ist. Der Gefangene soll als Person akzeptiert werden, auch wenn das Delikt selbstverständlich abzulehnen ist (Trennung zwischen Person und Delikt). Empathie, Wärme, Humor und Unterstützung sind wichtige Kennzeichen einer Beziehung zwischen Bedienstetem und Gefangenen, die eine Veränderung des letzteren wahrscheinlicher machen. Der

Person, die zur Veränderung motiviert werden soll, soll ermöglicht werden, im Rahmen der positiven Beziehung Ambivalenz und innere Widersprüche zur bisherigen Lebensführung zu erleben und diese zunächst zu erkunden. Der Behandler ist in erster Linie dazu da, beim Klienten Gedanken an Veränderung und Hoffnung, dass er dies schaffen kann, zu unterstützen und Äußerungen, die sich mit dem Thema der Veränderung befassen, zu unterstützen. Wichtige Techniken sind dabei offene (statt Ja-Nein-) Fragen, reflektierendes und aktives Zuhören, das Herausarbeiten von Stärken und Schutzfaktoren, die Betonung von Wahlfreiheit und weitere spezielle Gesprächstechniken zum Umgang mit Widerstand und geringer Selbstwirksamkeitsüberzeugung. Motivierende Gesprächsführung ist im Kontext der Behandlung von Sucht entwickelt worden, wurde aber auch schon im Kontext der Straftäterbehandlung positiv evaluiert (McMurrin, 2009). Etwas ausführlichere Informationen zur Motivierenden Gesprächsführung findet man auch unter diesem Stichwort im Strafvollzugs-Lexikon dieser Zeitschrift.

Good Lives Model:

Ward und Kollegen (z.B. Ward & Gannon, 2006) plädieren – nach eigener Aussage in Ergänzung zum Risiko-, Bedürfnis- und Ansprechbarkeitsmodell – dafür, Kriminalität als Ausdruck misslungener Selbstregulation zu sehen: Straftäter haben grundsätzlich die gleichen Bedürfnisse und Motive wie Menschen, die keine Straftaten begehen, sind sich dieser Bedürfnisse aber zu wenig bewusst, repräsentieren sie nicht ausreichend oder nicht ausgewogen in ihren persönlichen (Lebens-) Zielen und/oder verfügen nicht über die Kompetenzen und Mittel, diese Ziele sozial angemessen und ohne Straftaten zu verfolgen. Der Fokus dieses Ansatzes liegt damit prinzipiell ebenfalls auf den Risikofaktoren für zukünftiges kriminelles Verhalten, diese Risikofaktoren werden aber als Hindernisse auf dem Weg zu einem „guten Leben“ gesehen. Dieser

ressourcenorientierte Fokus, der primär auf Annäherung (an ein persönlich zufrieden stellendes Leben, in dem die eigenen Bedürfnisse und Lebensziele prosozial befriedigt bzw. erreicht werden) dürfte mehr Veränderungs- und Behandlungsmotivation erzeugen als die Betrachtung der Straftäter als „Risikoobjekte“, die zukünftig primär etwas (nämlich neue Straftaten) vermeiden sollen (vgl. Suhling, 2007). Praktisch bedeutet dieser Ansatz, dass ein wichtiger Baustein der Behandlung die Arbeit an den abstrakten persönlichen Zielen der Straftäter ist, die zunächst wahrgenommen und formuliert werden müssen und für die dann geeignete konkrete Handlungsziele gebildet und Handlungsschritte entwickelt werden müssen. In der allgemeinen Psychotherapie liegen bereits verschiedene konkrete Methoden zur Arbeit an und mit (Lebens-) Zielen vor (vgl. Koban & Willutzki, 2001; Stavemann, 2008). Dabei ist auch die Passung dieser Ziele zu den Kompetenzen und Stärken einer Person zu denken, die es zu identifizieren und auszubauen gilt.

Klärungsorientierte Psychotherapie:

Um Motive und Ziele und deren zugrundeliegende kognitive Schemata geht es auch in der von Sachse entwickelten Therapieform (z.B. Sachse, Fasbender, Breil & Püschel, 2009). Sie wurde in neuerer Zeit auch auf die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen angewandt (Sachse, Sachse & Fasbender, 2011). Da Persönlichkeitsstörungen in erster Linie Beziehungsstörungen sind, liegt der Fokus auf der Klärung und Bearbeitung von Beziehungsmotiven und -schemata (z.B. Anerkennung, Autonomie, Grenzen, Solidarität). Ein wichtiges therapeutisches Element ist auch hier der Aufbau einer tragfähigen Beziehung, da bei der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen auch mit konfrontativen (allerdings nicht abwertenden, demütigenden) Elementen operiert wird, wofür eine stabile therapeutische Allianz und „Beziehungskredit“ vorhanden sein müssen.

Schematherapie:

Auch in dieser Therapieform geht es um die Bearbeitung von dysfunktionalen Schemata, die in der Biografie durch frustrierte Grundbedürfnisse entstanden sind und unter anderem die Interaktion mit anderen Menschen stören. Frühere Beziehungserfahrungen wirken auf die heutige Beziehungsgestaltung, und problematische Schemata etwa in den Domänen „Ablehnung“ oder „Beeinträchtigungen im Umgang mit Begrenzungen“ können mit strafbaren Handlungen zusammenhängen: Einschüchtern, Lügen, Täuschen und Verletzen können als (kurzfristig gewinnbringende, aber mittel- und langfristig auch für den Täter problematische) Bewältigungsversuche dieser Schemata verstanden werden („Überkompensation“). Im Vergleich zur kognitiven Verhaltenstherapie, die eine wichtige Grundlage darstellt, legt Schematherapie besonderen Wert auf die Beziehungsgestaltung, Arbeit an der Biografie, erlebnisaktivierende, emotionale und imaginative Techniken (zum Überblick z.B. Rödinger, 2009; Jacob & Arntz, 2011).

Behandlung von „Psychopathy“:

Diese Personen galten lange Zeit als unbehandelbar und es wurde davor gewarnt, sie in Gruppenkontexten zu behandeln. Noch immer ist das Vorliegen von Psychopathy für viele Programme ein Ausschlussgrund. Diese Auffassung relativiert sich nur langsam. Zwar gibt es bislang keine gesicherten Erkenntnisse über konkrete einzelne Bausteine wirksamer Programme, aber es gibt mittlerweile internationale Studien, die Erfolge kognitiv-verhaltenstherapeutischer Behandlung nach dem Risiko-, Bedürfnis- und Ansprechbarkeitsmodell zumindest bei einem Teil der Personen mit Psychopathy fanden (z.B. Olver & Wong, 2009). Wittmann (2010) berichtet über positive Erfahrungen mit einer Form der übertragungsfokussierten Therapie im deutschen Maßregelvollzug. Wong und Hare (2005) haben Richtlinien für Behandlungsansätze bei Psychopathy vorgestellt. Sie empfehlen unter anderem, nicht an der Persönlichkeit, sondern am

konkreten Verhalten zu arbeiten und den Schwerpunkt der Behandlung auf die Verdeutlichung der negativen Folgen von Straftaten für den Täter selbst zu legen, mithin also etwa auf das Training von Empathie und die Berücksichtigung von Opferfolgen zu verzichten. Zwar sei eine therapeutische Beziehung notwendig, die Behandler müssten aber stärker als bei anderen eine hohe Sensibilität für Manipulationen bewahren. Das Behandlungssetting soll so gestaltet sein, dass es klar strukturiert ist und dem Täter mit Psychopathy deutliche Grenzen bei Normverstößen aufzeige. Praktische Erfahrungen zeigen, dass Wohn- bzw. Therapiegruppen durchaus ein bis zwei Personen mit dieser Persönlichkeitsstörung „vertragen“ (z.B. Marshall et al., 2011; Pecher, 2011).

Schluss

Im vorliegenden Aufsatz konnte nur ein grober Überblick über Probleme, Hintergründe und Behandlung „schwieriger“ Straftäter gegeben werden. Dieses Thema wird in den nächsten Jahren aktuell bleiben, nicht zuletzt, weil das Bundesverfassungsgericht eine therapeutische Ausrichtung des Vollzugs der Sicherungsverwahrung gefordert hat und sich gerade unter den Sicherungsverwahrten – gewissermaßen definitionsgemäß – viele „schwierige“ Personen befinden. Grundsätzlich scheint es geboten, therapeutische Programme auch bei diesen Personen am Risiko-, Bedürfnis- und Ansprechbarkeitsprinzip auszurichten und um hier skizzierte Elemente anzureichern. Erfahrungen und Konzepte der Sozialtherapie sind dabei unmittelbar relevant.

Mit den skizzierten Erweiterungen bzw. neueren Ansätzen müssen indes noch viele Erfahrungen gewonnen werden. Generell kann vermutet werden, dass die besonderen Behandlungshindernisse, die bei „schwierigen“ Gefangenen bestehen, einzeltherapeutische Interventionen erfordern, die ggf. zusätzlich zu Gruppenmaßnahmen angeboten werden. Über die Beschäfti-

gung mit einzelnen therapeutischen Strategien und Techniken darf dabei auf keinen Fall die Gestaltung des Behandlungssettings, die Kooperation des Behandlungsteams und die Integration in den Anstaltskontext vergessen werden, die vorliegend nur am Rande angesprochen werden konnten. Auch situative Bedingungen der Straffälligkeit, die am ehesten mit einem angemessenen Übergangmanagement und Nachsorgemaßnahmen beeinflusst werden können, dürfen nicht vergessen werden.

Literatur

- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct* (5th ed.). New Providence, NJ: LexisNexis.
- Dahle, K.-P. (1995). *Therapiemotivation hinter Gittern – Zielgruppenspezifische Entwicklung und Erprobung eines Motivationskonstrukts für die therapeutische Arbeit im Strafvollzug*. Regensburg: S. Roderer.
- Dessecker, A. (2011). *Lebenslange Freiheitsstrafe und Sicherungsverwahrung. Dauer und Gründe der Beendigung im Jahr 2009*. Wiesbaden: KrimZ.
- Drieschner, K.H., Lammers, S.M.M. & Van der Staak, C.P.F. (2004). Treatment motivation: An attempt for clarification of an ambiguous concept. *Clinical Psychology Review*, 23, 1115-1137.
- Dünkel F (2004). Riskante Freiheiten? Vollzugslockerungen zwischen Resozialisierung und Sicherheitsrisiko. In: Rehn G, Nanninga R, Thiel A (Hrsg.), *Freiheit und Unfreiheit. Arbeit mit Straftätern innerhalb und außerhalb des Justizvollzuges*. Centaurus, Pfaffenweiler, S 104-134
- Egg, R., Kälberer, R., Specht, F. & Wischka, B. (1998). Bedingungen der Wirksamkeit sozialtherapeutischer Maßnahmen. *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe*, 47, 348-351.
- Endres, J. (2011). *Therapieverweigerer, -abbrecher und Unbehandelbare: Möglichkeiten und Grenzen der Behandlungsprognose*. Vortrag auf der Tagung der LAGen der Psychologinnen und Psychologen im niedersächsischen und nordrhein-westfälischen Justizvollzug.
- Feest, J. & Lesting, W. (2005). Der Angriff auf die Lockerungen. Daten und Überlegungen zur Lockerungspolitik der Länder. *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe*, 54, 76-82.
- Jacob, G. & Arntz, A. (2011). *Schematherapie in der Praxis*. Weinheim: Beltz.
- Koban, C. & Willutzki, U. (2001). Die Entwicklung positiver Perspektiven in der Psychotherapie: Die Interventionsmethode EPOS. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 34, 225-239.
- Lösel, F. & Bender, D. (1997). Straftäterbehandlung: Konzepte, Ergebnisse, Probleme. In M. Steller & R. Volbert (Hrsg.), *Psychologie im Strafverfahren: ein Handbuch* (S. 171-204). Bern: Huber.
- Marshall, W.L., Marshall, L.E., Serran, G.A. & O'Brien, M.D. (2011). *Rehabilitating sexual offenders: A strength-based approach*. Washington DC: American Psychological Association.
- McMurran, M. (2009). Motivational interviewing with offenders: A systematic review. *Legal and Criminological Psychology*, 14, 83-100.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2004). *Motivierende Gesprächsführung*. Freiburg: Lambertus.
- Nuhn-Naber, C. & Rehder, U. (2005). Psychopatie – Gegenindikation für Sozialtherapie? *Monatschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 88, 257-272.
- Olver, M. E., Stockdale, K. C., & Wormith, J. S. (2011). A meta-analysis of predictors of offender treatment attrition and its relationship to recidivism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 6-21.
- Olver, M.E. & Wong, S.C.P. (2009). Therapeutic responses of psychopathic sexual offenders: Treatment attrition, therapeutic change, and long-term recidivism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 328-336.
- Pecher, W. (2011). Sozialtherapeutische Behandlung von Gefangenen mit antisozialer Persönlichkeit. *Persönlichkeitsstörungen*, 15, 64-71.
- Rodinger, E. (2009). *Was ist Schematherapie? Eine Einführung in Grundlagen, Modell und Anwendung*. Paderborn: Junfermann.
- Sachse, R., Fasbender, J., Breil, J. & Püschel, O. (2009). *Grundlagen und Konzepte klärungsorientierter Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2010). *Persönlichkeitsstörungen verstehen. Zum Umgang mit schwierigen Klienten*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Sachse, R., Sachse, M. & Fasbender, J. (2011). *Klärungsorientierte Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Stavemann, H.H. (2008). *Lebenszielanalyse und Lebenszielplanung in Therapie und Beratung*. Weinheim: Beltz.
- Suhling, S. (2006). *Predictors of dropout from German Social Therapy*. Vortrag auf der IATSO-Konferenz in Hamburg.
- Suhling, S. (2007). Positive Perspektiven in der Straftäterbehandlung – Warum zur Rückfallverhinderung mehr gehört als Risikomanagement. *Forum Strafvollzug*, 56, 151-155.
- Suhling, S. (2008). Sozialtherapie im Jugendstrafvollzug: Prinzipien wirksamer Behandlung. *Zeitschrift für Jugendkriminalrecht und Jugendhilfe*, 19, 330-335.
- Suhling, S., Bielenberg, G. & Pucks, M. (in Vorbereitung). *Ansätze zum Umgang mit Gefangenen mit geringer Veränderungs- und Behandlungsmotivation*.
- Ward, T. & Gannon, T. A. (2006). Rehabilitation, etiology, and self-regulation: The comprehensive good lives model or treatment for sexual offenders. *Aggression and Violent Behavior*, 11, 77-94.
- Wischka, B. & Specht, F. (2001). Integrative Sozialtherapie – Mindestanforderungen, Indikation und Wirkfaktoren. In G. Rehn, B. Wischka, F. Lösel & M. Walter (Hrsg.), *Behandlung „gefährlicher Straftäter“: Grundlagen, Konzepte, Ergebnisse* (S. 249-263). Herzolzhelm: Centaurus.
- Wischka, B. (2004). Kognitiv-behaviorale Therapie für Sexualstraftäter im Kontext der Lebenswelt von Justizvollzugsanstalten. In G. Rehn et al. (Hrsg.), *Freiheit und Unfreiheit* (S. 283-306). Herzolzhelm: Centaurus.
- Wittmann, B. (2010). Psychodynamische Psychotherapie bei „psychopathy“. *Recht & Psychiatrie*, 28, 3-9.
- Wong, S.C.P. & Hare, R.D. (2005). *Guidelines for a psychopathy treatment program*. Toronto: MHS.



Dr. Stefan Suhling

Kriminologischer Dienst im Bildungsinstitut des niedersächsischen Justizvollzuges
Stefan.Suhling@justiz.niedersachsen.de