

Einstellungsänderung (deliktspezifisch) von Sexualstraftätern
durch psychotherapeutische Behandlungskonzepte
in sozialtherapeutischen Abteilungen

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades

der Philosophie an der Ludwig-Maximilians-Universität

München

vorgelegt von

Katharina Claudia Manzinger

München, März 2010

Erstgutachter:

Prof. Dr. Willi Butollo

Zweitgutachter:

Prof. Dr. Siegfried Höfling

Tag der mündlichen Prüfung:

05.07.2010

INHALTSVERZEICHNIS

EINLEITUNG	1
I. FRAGESTELLUNG UND ZIELSETZUNG DER ARBEIT	1
II. ZUSAMMENFASSUNG	2
THEORETISCHER TEIL	5
1. SEXUELLE GEWALT UND DIE SICHT DER GESELLSCHAFT MIT IHREN MYTHEN	5
2. SEXUALSTRAFTÄTER: BEGRIFF, TYPISIERUNG, ÄTIOLOGIE, TATMUSTER UND PROGNOSE	8
2.1 Verschiedene Begrifflichkeiten für Sexualdelikte und -täter	8
2.2 Taten- und Tätergruppen	9
2.3 Ätiologie bzw. Ursachen sexueller Gewalt	12
2.3.1 Soziokultureller Ansatz	13
2.3.2 Soziobiologischer Ansatz	14
2.3.3 Interpersonaler Ansatz	14
2.3.4 Intrapersonaler Ansatz	14
2.4 Tatmuster bei sexuellem Missbrauch	15
2.5 Prognose und Begutachtung	16
3. UNTERBRINGUNG VON VERURTEILTEN SEXUALSTRAFTÄTER IN SOZIALTHERAPEUTISCHEN EINRICHTUNGEN (SOTHA)	21
3.1 Formale Aspekte einer SothA, wie Verlegungskriterien und Belegkapazitäten	23
3.2 Inhaltliche Kriterien einer SothA	25
4. THERAPEUTISCHE BEHANDLUNGSPROGRAMME UND –METHODEN IN EINER SOTHA	26
4.1 Kognitiv-behaviorale Programme	26
4.1.1 SOTP	26
4.1.1.1 Formale Kriterien	26
4.1.1.2 Behandlungsmethoden	27
4.1.1.3 Behandlungsinhalte	27
4.1.2 Das Behandlungsprogramm für Sexualstrafäter (BPS)	28
4.1.2.1 Theoriehintergründe des BPS	30
4.1.2.2 Behandlungsziele des BPS	33
4.1.2.2 Programmeinheiten des BPS	34
4.1.2.3 Der Behandlungsverlauf des BPS	35
4.1.3 Das Anti-Aggressivitätstraining für Gewalttäter (AAT)	36
4.1.4 Das „Anti-Sexuelle-Aggressivitäts-Training“ (ASAT)	38

4.2 Psychoanalytische fundierte Behandlungsansätze	40
4.3 Grenzen der Behandelbarkeit.....	45
4.4 Rückfälligkeit von Sexualstraftätern.....	46
4.4.1 Evaluationprobleme von Rückfälligkeit bei Sexualstraftätern.....	47
4.4.2 Metaevaluationsergebnisse bezüglich der Rückfälligkeit	48
4.4.3 Prognose bei Sexualstraftätern	49
4.5 Rückfallprädiktoren	50
4.5.1 Rückfallprädiktoren nach Hanson & Bussiere (1996).....	51
4.5.2 Anamnestische Rückfallprädiktoren bei sexuellen Missbrauchstätern nach Barnard (1989)	51
4.5.3 Rückfallzyklus bei Sexualdelinquenz nach Freeman-Longo & Pithers (1992).....	51
4.5.4 Rückfallprädiktoren bei jugendlichen Täter nach Rösler (1997)	52
4.5 Rückfallprävention in der Justizvollzugsanstalt Lingen	52
5.1 Medikamentöse Therapie.....	54
5.1.1 SSRI	55
5.1.2 Naltroxen (Nemexin)	55
5.1.3 Antihormonelle Substanzen	55
5.2 Chirurgische Kastration	56
5.3 Fazit zur Unterbindung der Produktion von Sexualhormonen.....	57
6.1 Aufgaben der Psychotherapieforschung in der Sozialtherapie	58
6.2 Forschung mit dem SOTP.....	59
6.2.1 Studiendesign.....	59
6.2.2 Messinstrumente	59
6.2.3 Ergebnisse	60
8.1 Penisplethysmographie	63
8.2 Psychologische Diagnostik.....	63
8.2.1 Interview	63
8.2.2 Fragebogenverfahren	63
8.2.3 Projektive Techniken	64
8.2.4 Einzelne Verfahren zur Kriminalprognose	64
8.2.4.1 Sexual Violence Risk-20 (SVR-20)	65
8.2.4.2 Historical Clinical Risk, Version 2 (HCR-20).....	73
8.2.4.3 Rückfallrisiko bei Sexualstraftätern (RRS).....	81
8.2.4.3.1 Hauptkriterien des RRS	81
8.2.4.3.2 Zusatzkriterien des RRS	85
8.2.4.3.3 Static-99.....	86
8.2.5 SORAG.....	88

EMPIRISCHER TEIL.....	90
9.1 Fragestellung und Forschungsziel.....	90
9.2 Probanden	90
9.3 Vorbereitung der Untersuchung.....	90
10.1 Design der in der Untersuchung verwendeten Verfahren im Sinne eines multimethodalen Vorgehens.....	92
10.1.1 Projektive Verfahren	92
10.1.1.1 Die Wunschprobe nach Wilde.....	92
10.1.1.2 Der Foto-Hand-Test	98
10.1.2 Fragebogenverfahren	101
10.1.2.1 Explorationsfragebogen mit persönlichem Interview.....	101
10.1.2.2 Der Gießen-Test	101
10.1.2.3 Der Fragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren (FAF)	104
10.1.2.4 Der Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest (MWT-B).....	107
10.1.2.5 Psychopathy Checklist (PCL)	108
10.1.2.6 Fremdanamnese.....	109
10.1.3 Aktenuntersuchung	110
10.2 Einschränkungen bei der Durchführung	111
10.3 Multimethodales Untersuchungsdesign.....	112
11.1 Therapeutische Aspekte des Behandlungsprogramms.....	114
11.1.1 Gruppentherapie.....	114
11.1.2 Einzeltherapie	115
11.1.3 Konzentrierte Bewegungstherapie.....	115
11.1.4 Gruppenangebote des allgemeinen Vollzugsdienstes	116
11.1.5 Soziales Lernen im Rahmen der Wohngruppe.....	118
11.1.6 Gruppe zur Vorbereitung auf die Entlassung und Rückfallvermeidungsplan	118
11.1.7 Einbeziehung der Außenkontakte	118
11.2 Einzelne Behandlungsphasen.....	118
11.2.1 Orientierungsphase.....	118
11.2.2 Intensive therapeutische Phase.....	119
11.2.3 Lockerungsphase.....	120
11.2.4 Entlassungsphase	121
11.2.5 Nachsorge	121
12.1 Rekrutierung der Stichprobe.....	123
12.2 Allgemeine und besondere Durchführungsbedingungen	124
12.3 Zeitlicher Rahmen der Datenerhebung und Datenauswertung	125

12.4 Ziele der Untersuchung.....	125
12.5 Statistische Bearbeitung der Daten	126
12.5.1 Verwendete Programme.....	126
12.5.2 Statistisches Vorgehen	126
13.1 Repräsentativität der Stichprobe	128
13.2 Vergleich der Experimentalgruppe, der Kontrollgruppe und der Aktenkontrollgruppe	129
13.3 Ergebnisse der Wunschprobe nach Wilde	132
13.3.1 Elementare Sensumotorik	134
13.3.1.1 Sinnesreize	137
13.3.1.2 Reizrestriktion	139
13.3.1.3 Bewegung.....	140
13.3.1.4 Ruhe	141
13.3.1.5 Verknüpfung von Sinnesreizen und Ruhe.....	142
13.3.1.6 Verknüpfung von Reizrestriktion und Bewegung	143
13.3.2 Kulturbezogene Mentalität.....	144
13.3.3 Grundlegende Existenzmodi	146
13.3.4 Elementarer Hedonismus	148
13.3.5 Elementare Ichbezogenheit	150
13.3.6 Konstruktivität	152
13.3.7 Negative Lebenseinstellung	154
13.4 Ergebnisse des Foto-Hand-Tests.....	156
13.5 Ergebnisse des FAF	158
13.6 Ergebnisse des Gießen-Tests	161
13.7 Ergebnisse der Aktenuntersuchung.....	167
13.7.1 Sexualpraktiken.....	168
13.7.2 Alter der Täter zum Untersuchungszeitpunkt	170
13.7.3 Alter der Täter zum Tatzeitpunkt.....	170
13.7.4 Anzahl der Opfer und der Delikte	171
13.7.5 Kriminelle (Vor-) Belastung	172
13.7.6 Strafmaß.....	173
13.8 Ergebnisse der Exploration	174
13.8.1 Sexualanamnese.....	174
13.8.2 Religionszugehörigkeit	175
13.8.3 Sozialisation (Heimaufenthalt, Partnerschaften, Beruf etc.)	175
13.8.4 Bedeutung von Therapieerfolg.....	177
13.8.5 Mitschuld des Opfers	177

13.8.6 Alkoholeinfluss während der Tat.....	178
13.9 Ergebnisse der Fremdanamese.....	178
13.9.1 Deliktbearbeitung.....	179
13.9.2 Bagatellisierung des Delikts.....	179
13.9.3 Zugang zur eigenen Sexualität.....	180
13.9.4 Wahrnehmung der eigenen Aggressivität.....	180
13.9.5 Umgang mit Aggressivität.....	181
13.9.6 Akzeptanz des Delikts.....	181
13.9.7 Opferempathie.....	181
13.9.8 Zusammenhänge Lebensgeschichte und Delikt.....	182
13.10 Ergebnis der Psychopathy Checklist.....	183
13.11 Zusammenhänge der Hauptergebnisse.....	183
13.11.1 Zusammenhang des Foto-Hand-Tests und der Wunschprobe.....	183
13.11.2 Zusammenhänge von Wunschprobe, Foto-Hand-Test und FAF.....	184
13.11.3 Korrelationen von AOS-Scores und Fremdanamense.....	186
13.11.4 Zusammenhang einzelner Fragen des Gießen-Tests mit dem Explorationsfragebogen.....	193
13.11.5 Zusammenhang Fremdanamense und Exploration.....	213
13.11.6 Korrelationen der beiden Hauptwerte des Foto-Hand-Tests.....	214
SCHLUSSFOLGERUNGEN UND AUSBLICK.....	215
14.1 Diskussion der Stichprobe.....	215
14.2 Diskussion der Auswahl der Testverfahren.....	217
14.3 Diskussion der Ergebnisse.....	218
14.3.1 Vergleich der Ergebnisse der projektiven Techniken und der Fragebogenverfahren.....	218
14.3.2 Sexualität.....	219
14.3.3 Aggressivität.....	219
14.3.4 Opferempathie.....	220
14.3.5 Eine mögliche weitere Beobachtung der Täter.....	220
14.4 Diskussion der Behandelbarkeit der Täter.....	220
14.6 Was hilft?.....	221

EINLEITUNG

I. Fragestellung und Zielsetzung der Arbeit

Fragestellung der Arbeit ist: Ändert sich die Einstellung (deliktspezifisch) von Sexualstraftätern durch psychotherapeutische Behandlungskonzepte in sozialtherapeutischen Abteilungen.

Viel Aufwand wird für Behandlung von Sexualstraftätern während der Inhaftierung betrieben. Eine Tätergruppe, die besonders verachtet, aus der Gemeinschaft ausgeschlossen ist und mit voyeuristischem Interesse betrachtet wird, erfährt besondere Zuwendung. Aufgrund der gesetzlichen Regelung aus dem Jahr 1998 werden alle Täter, die eine Sexualstraftat begangen haben, sozialtherapeutisch behandelt.

Wird damit auch für Täter ohne Behandlungsmotivation oder andere mit von Anbeginn an wenig erfolgreich therapierbare viel Geld ausgegeben?

Sozialtherapeutische Einrichtungen -Abteilungen oder ganze Anstalten- (SothA), existieren bereits seit über 30 Jahren. Seit dem 26.01.1998 gibt es bezüglich der Behandlung von Sexualstraftätern eine veränderte Regelung nach § 9 StVollzG. Dieses Gesetz sieht vor, dass ab 2003 jeder behandlungsbedürftige Sexualstraftäter mit einer Freiheitsstrafe von mehr als zwei Jahren eine sozialtherapeutische Behandlung erfährt. § 9 StVollzG statuiert für eine sozialtherapeutische Einrichtung genaue formale und inhaltliche Kriterien. So dauert die Behandlung selbst zwei Jahre und die Einrichtung muss vom restlichen Vollzug abgetrennt sein. Auch gibt es einen eigenen Personalschlüssel.

Nur: Wie sieht sozialtherapeutische Behandlung im Detail aus und welche Behandlungsprogramme gibt es in Sozialtherapeutischen Einrichtungen? Wie effektiv ist die Behandlung?

Dieser Untersuchung liegt die Hypothese zugrunde, dass die umfangreiche Behandlung in sozialtherapeutischen Anstalten eine Einstellungsänderung der Inhaftierten hinsichtlich

deliktrelevanter Aspekte wie Sexualität, Aggressivität, Tat oder Opfer bewirkt. Diese Einstellungsänderung soll sich nach der Entlassung in einer Verhaltensänderung zeigen. Auf diese Weise würde sich die Rückfallprognose der Sexualstraftäter durch Behandlung in einer Sozialtherapie verbessern.

Ziel dieser Arbeit ist, die Effektivität der Behandlungsprogramme in Sozialtherapien anhand psychologischer Diagnostik zu untersuchen und darzustellen.

II. Zusammenfassung

Der erste, theoretische Teil dieser Arbeit behandelt Typisierungen von Sexualstraftätern und Definitionen von Begriffen, die mit Sexualstraftaten in Zusammenhang verwendet werden. Auch die Prognose sowie die Begutachtung dieser Straftätergruppe wird dargestellt. Zudem werden der Begriff der Sozialtherapie und verschiedene Behandlungsmöglichkeiten sowie Therapieprogramme erläutert. Im Rahmen der Behandlungsprogramme geht es um die Grenzen der Behandelbarkeit und die Rückfälligkeit mit Rückfälligkeitsprädiktoren. Neben der psychotherapeutischen Behandlung besteht auch die Möglichkeit der medikamentösen Therapie oder der Kastration. Innerhalb der theoretischen Teils dieser Arbeit werden auch andere Forschungsprojekte im stationären Bereich der Sozialtherapie und ambulanten Bereich der Nachsorge vorgestellt. Zuletzt werden die verschiedenen Diagnostikmethoden, die im Sexualstraftäterbereich verwendet werden, aufgeführt und näher erläutert.

Im Empirischen Teil dieser Arbeit wird die Einstellungsänderung von Sexualstraftätern zu tatrelevanten Aspekten wie Opfer, Aggressivität und Sexualität untersucht. Zu Beginn werden die Planung der Untersuchung und die verwendeten bzw. entwickelten Testverfahren dargestellt. Es handelt sich hierbei um ein multimethodales Vorgehen aufgrund der unterschiedlichen Provenienzen der Verfahren. Auch die Einschränkungen bei der Untersuchung werden aufgeführt. Zur genauen Darstellung der Art und des Umfangs der sozialtherapeutischen Behandlung ist das Behandlungsprogramm der Sozialtherapie der JVA Landsberg ausführlich dargestellt. Die Untersuchung selbst wurde hauptsächlich an zwei Justizvollzugsanstalten, München und der Landsberg, durchgeführt. Bei den untersuchten

Probanden handelte es sich um 27 Gefangene der sozialtherapeutischen Abteilung der JVA Landsberg und München (Experimentalgruppe) und um 20 Gefangene des Normalvollzugs der JVA Landsberg (Kontrollgruppe). Zudem wurden noch 20 Akten anderer Gefangener, die in der sozialtherapeutischen Abteilung waren oder sind, als Aktenkontrollgruppe herangezogen. Die vorliegende Arbeit und empirische Untersuchung beschäftigt sich demnach mit 67 Sexualstraftätern aus bayerischen Justizvollzugsanstalten. Es fand ein intensives Aktenstudium der Gefangenenakten von Experimentalgruppe, Kontrollgruppe und Aktenkontrollgruppe und der Therapieakten der Experimentalgruppe statt. Die Untersuchungen der Probanden der Experimentalgruppe und Kontrollgruppe fanden zu zwei Zeitpunkten mit Zeitabstand von einem Jahr statt. Die erste Untersuchung der Experimentalgruppenprobanden fand zum Aufnahmezeitpunkt in eine sozialtherapeutische Abteilung, der zweite ca. ein Jahr nach Aufnahme und Behandlung statt. Für die Probanden der Kontrollgruppe spielte die Wahl des ersten Untersuchungszeitpunktes keine Rolle, da sie keinerlei Behandlung erfuhren, deren Wirkung überprüft werden sollte. Die Wahl des zweiten Untersuchungszeitpunktes war ebenso wie bei der Experimentalgruppe ca. ein Jahr nach der ersten Untersuchung.

Die Probanden von Experimentalgruppe und Kontrollgruppe wurden mit projektiven und psychometrischen Testverfahren untersucht. Die verwandten projektiven Verfahren waren die *Wunschprobe* nach Wilde zur Erfassung von deliktrelevanten Variablen und der Foto-Hand-Test zur Erfassung der Aggressivität. Die durchgeführten Fragebogenverfahren waren der Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest zur Überprüfung der Intelligenz, der Fragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren und der *Gießen-Test* zur Erfassung des Fremdbildes des Opfers durch den Täter. Zudem wurden Experimental- und Kontrollgruppenprobanden anhand eines standardisierten Explorationsfragebogens befragt. Von der Untersuchungsleiterin wurde zu beiden Untersuchungszeitpunkten die Psychopathy Checklist ausgefüllt. Von den Leitern der Sozialtherapien wurde eine Fremdanamnese zu der aus therapeutischer Sicht stattgefundenen Entwicklung der Probanden der Experimentalgruppe anhand eines standardisiert entwickelten Fragebogens erhoben. Fremdanamnese und Exploration wurden von der Verfasserin dieser Arbeit entwickelt.

Die wichtigsten Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass Sexualstraftäter, die Behandlung erfahren, kognitiv und rational zugänglicher sind, sich wegbewegen von der

Triebebene und von einer starken primären Körperbezogenheit, zu der auch der oft wenig steuerbare Sexualtrieb eines Sexualstraftäters zählt (dies ergab sich aus dem projektiven Testverfahren die *Wunschprobe* nach Wilde und ihrem Unterbereich elementare Sensumotorik). Zudem steigt das Interesse der Experimentalgruppenprobanden an kulturellen Bereichen an (ebenfalls ersichtlich aus der *Wunschprobe* in ihrer Subskala Kulturbezogene Mentalität). Weiterhin sinkt offen aggressives Verhalten, gemessen mit dem Acting-Out-Score des Foto-Hand-Tests bei behandelten Tätern im Vergleich zu unbehandelten. Ein weiteres Ergebnis ist, dass Depressionswerte und Selbstaggression, gemessen mit dem Fragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren, bei behandelten Tätern sinken. Dies kann mit der Auseinandersetzung mit dem Delikt und damit einer besseren Bewältigung der gesamten Situation erklärt werden. Die Daten der Fremdanamnese ergänzen die Ergebnisse der testdiagnostischen Untersuchung. Zudem zeigte sich, dass die Unterskala Destruktivität, die vom Probanden abgelehnt wird, ein Prädiktor für den Acting-Out-Score ist. Dies bedeutet, dass die *Wunschprobe* in diesem Bereich Aggressivität misst und den zukünftigen Aggressivitätswert des Foto-Hand-Tests vorhersagt.

THEORETISCHER TEIL

1. Sexuelle Gewalt und die Sicht der Gesellschaft mit ihren Mythen

Sexualstraftaten sind entsprechend des Gesetzes Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung. Diese Gruppe der Straftaten beschäftigt unsere Gesellschaft in den letzten Jahren zunehmend, mehr als noch vor zehn Jahren. Entsprechend vieler Statistiken hat sich die Anzahl dieser Delikte in den letzten 10-15 Jahren nicht wesentlich verändert bei einer eher abnehmenden Tendenz (u.a. Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) zitiert nach Egg, 1999). Alleine das gesellschaftliche Interesse ist mehr darauf gerichtet. Sexualstraftaten oder die Möglichkeit einer solchen erzeugen in unserer Gesellschaft Angst und Abscheu, aber auch Voyeurismus. Besonders trifft dies auf sexuelle Missbrauchsdelikte bei Kindern zu. Regelmäßig wird in Tageszeitungen oder anderen Medien über derartige Delikte berichtet. Zur Verdeutlichung des Ausmaßes von Sexualdelikten im Rahmen der Gesamtkriminalität sei hier angemerkt, dass der Anteil der Sexualdelikte an der Gesamtkriminalität weniger als ein Prozent ausmacht (vgl. Egg, 2002, S. 36).

Auf Druck der Öffentlichkeit wurde 1998 das „Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten“ verabschiedet. Inhalt dieses Gesetzes ist die Verlegung gefährlicher Straftäter und Sexualstraftäter in eine sozialtherapeutische Abteilung oder Anstalt. In der Realität befinden sich in sozialtherapeutischen Abteilungen oder Anstalten im Bereich des Strafvollzuges für Männer ausschließlich Sexualstraftäter. Das rührt daher, dass für Sexualstraftäter aufgrund des oben erwähnten Gesetzes eine Verlegungspflicht in eine sozialtherapeutische Anstalt und keine Freiwilligkeit mehr besteht. Aus diesem Grunde werden priorisiert Sexualstraftäter aufgenommen. Erst, sollten noch freie Plätze bestehen, würden Straftäter mit anderen Delikten in eine Sozialtherapie verlegt. Da die Kapazitäten aber bereits für alle behandlungsbedürftigen Sexualstraftäter unzureichend sind, ist mit der Aufnahme anderer Straftäter nicht zu rechnen.

Sexuelle Gewalt kann nach Krahé (2002, S. 10) als machtvolle Durchsetzung von sexuellen Interessen mit explizitem Widerstand des Opfers in Verhalten oder durch Äußerungen bezeichnet werden. Um zu einer derartigen Tat imstande zu sein, liegen häufig psychische Störungen wie eine Persönlichkeitsstörung vor, die jedoch nicht zwingend zu einer Unterbringung im Maßregelvollzug führen, da sie z.B. nicht zu einer Verminderung der Schuldfähigkeit beigetragen haben oder gar nicht erkannt oder benannt werden. In der nicht-wissenschaftlichen Öffentlichkeit werden Vergewaltiger nach Rehder (1990, S.19f.) jedoch selten unter dem Aspekt einer psychischen Störung betrachtet. Sie werden eher als sehr trieborientierte Männer -oder auch von einer Frau dazu verführt- gesehen. Dies bedeutet, die Frau trägt Mitschuld an der Tat oder hat diese durch Verhalten, Kleidung etc. provoziert. Auch Vergewaltiger selbst erleben sich als weitgehend ungestört im Krankheitssinne und ebenso nehmen dies die Bediensteten der JVA wahr, so dass es nach Rehder (1990, S. 20) oft zu Fehleinschätzungen kommt.

Groth (1979 u.1986, zitiert nach Rehder 1990, S. 26f.) vertritt eine andere Meinung. Er möchte die Verantwortung nicht vom Täter auf das Opfer verschieben. Nach Weis (1975, S.54) wiederum könne eine Frau nur dann vergewaltigt werden, wenn sie sich nicht genügend wehre. Die Verschiebung der Schuld von dem Täter auf das Opfer weist unter Umständen auf eine bestimmte Meinung hinsichtlich eines Sexualdeliktes hin, die als Missbrauchs- oder Vergewaltigungsmythos bezeichnet wird. Vergewaltigungsmythen sind sozial etablierte Meinungen zu Vergewaltigungsdelikten, welche nachweislich Fehlkonstrukte sind, die auf soziokulturell tradierte moralische Normvorstellungen, biologisch-deterministische Menschenbilder oder rechtsinadäquate Vorstellungen zurückzuführen sind. Vergewaltigungsmythen negieren häufig die Folgen für das Opfer und unterstellen ihm teilweise Verantwortung für die Tat. Anhand von Vergewaltigungsmythen, wie sie unten dargestellt werden, wird sexuelle Gewalt gegen Frauen verharmlost und gerechtfertigt.

Typische Vergewaltigungsmythen nach www.uni-protokolle.de (19.10.2009):

- Die Überfalltheorie; dabei handelt es sich um die falsche Vorstellung Vergewaltigungen fänden in der Regel als Überfall in der Öffentlichkeit statt.
- Die Triebtätertheorie; danach beherrscht der Mann seinen Sexualtrieb nicht und ist damit nicht verantwortlich für sein sexuelles Handeln.
- Die Abwehrtheorie; ihr zufolge wehrt sich das Opfer mit allen Mitteln während der gesamten Dauer der Vergewaltigung.
- Die Vis-haud-ingrata-Theorie, wonach das Opfer sexuelle Gewalt als besondere Form der Sexualität schätzt.
- Theorien über das Verhalten, welche insbesondere Frauen vorschreiben, wie sie sich zu verhalten haben und welche Kleidung sie beispielsweise tragen müssen, um keine Vergewaltigung in Kauf zu nehmen.
- Theorie, dass Männer als das stärkere Geschlecht sich stets gegen sexuelle Gewalt zu wehren wissen.

Gleichsam den Vergewaltigungsmythen existieren Missbrauchsmysmen, gesellschaftliche Einstellungen, die dem Opfer zumindest eine Mitschuld an der Tat zuschreiben, oder die Schuld ganz auf das Opfer verschieben. Eine Version der Zusammenfassung solcher Mythen wurde von Hofmann (2006, S. 53) folgendermaßen dargestellt:

- Nur Mädchen im „Lolitaalter“ werden sexuell ausgebeutet.
- Ein Erwachsener kann einschätzen, wieviel Sex zwischen ihm und dem Kind einem Kind schaden wird.
- Ein Kind kann selbst entscheiden, ob es Sex mit Erwachsenen haben möchte.
- Wehren Kinder sich nicht sehr, machen sie freiwillig mit u. es macht ihnen Spaß.
- Kinder sind oft sehr fantasievoll und erfinden solche Sachen.
- Missbraucher sind in der Regel Fremde und die Übergriffe geschehen überfallartig in dunklen Straßen und Ecken.

2. Sexualstraftäter: Begriff, Typisierung, Ätiologie, Tatmuster und Prognose

2.1 Verschiedene Begrifflichkeiten für Sexualdelikte und -täter

Der juristisch ausgerichtete Begriff ist der der Sexualdelinquenz (Hagmeier, 2008, S. 43). Sexualdelinquenz beinhaltet, dass es bei dem entsprechenden Täter bereits ein strafrechtliches Verfahren gegeben hat.

Aus dem psychologischen Bereich stammt der Begriff der Devianz. Devianz bedeutet Verhaltensabweichung (www.psychology48.com am 20.7.2009). Es kann auch sexuelle Perversion, von den herrschenden Sexualnormen abweichendes Sexualverhalten, z.B. Pädophilie, sein und strafrechtlich verfolgt werden: Der Ausdruck der sexuellen Deviation spielt ausschließlich bei der Benennung von Sexualstraftätern, die bereits einen erkannten Tathintergrund haben eine Rolle. Rehder (2002) definiert das Vorliegen sexueller Deviation folgendermaßen: „Sexuelle Deviation liegt dann vor, wenn die sexuellen Fantasien und/oder Verhaltensweisen einer Person über einen längeren Zeitraum oder episodenhaft ... stark auf altersinadäquate Sexual-„Partner“ (z.B. Kinder), auf nicht einvernehmliche Sexualkontakte (z.B. Vergewaltigung, nicht-einvernehmliche sexuell-sadistische Handlungen) [gelenkt werden] ...“ (S.20).

Des Weiteren gibt es in den psychiatrischen Diagnosesystemen den Begriff der Paraphilie und den der Störungen der Sexualpräferenz. Paraphilie wird im DSM-IV (1998) beschrieben; Exhibitionismus und Pädophilie im ICD-10 (2000). Paraphilien sind nach DSM-IV über einen Zeitraum von sechs Monaten wiederkehrende, intensive, sexuell erregende Phantasien, sexuell dranghafte Bedürfnisse oder Verhaltensweisen, die sich auf nichtmenschliche Objekte, den Partner, Kinder oder Menschen, die nicht einwilligen oder nicht einwilligungsfähig sind, beziehen. Insbesondere geht es darum, dass der Täter unfähig ist, die sexuellen Interessen des Gegenübers wahrzunehmen und dass ein gewisses Leiden des Gegenübers –mit Ausnahme von Gegenständen– in Zusammenhang mit der extremen Bezogenheit auf seinen eigenen sexuellen Erregungsstatus besteht. Störungen der Sexualpräferenz sind im ICD-10

entsprechend des DSM-IV beschrieben: „Es treten über einen längeren Zeitraum –mindestens 6 Monate– ungewöhnliche, sexuell erregende Phantasien, sexuell dranghafte Bedürfnisse oder Verhaltensweisen auf, die sich 1. auf ungewöhnliche nichtmenschliche Objekte, 2. auf Leiden oder Demütigung von sich selbst oder anderen Menschen oder 3. auf Kinder oder andere Personen beziehen, die nicht einwilligungsfähig oder -willig sind. Diese Phantasien, Bedürfnisse oder Verhaltensweisen verursachen in unterschiedlichen Funktionsbereichen Leiden und Beeinträchtigung bei den Betroffenen oder ihren Objekten.“ Die Beschreibung der Pädophilie im ICD-10 ist altersmäßig wenig genau. Sie lautet in Auszügen folgendermaßen: „Sexuelle Präferenz für Kinder, die sich zumeist in der Vorpubertät oder im frühen Stadium der Pubertät befinden. ... Pädophilie kommt selten bei Frauen vor. Unter den Pädophilen gibt es auch Männer, die eigentlich erwachsene Sexualpartner vorziehen, bei der Aufnahme geeigneter Kontakte aber dauernd frustriert werden und sich deshalb ersatzweise Kindern zuwenden. Männer, die ihre eigenen Kinder im Alter der Vorpubertät sexuell belästigen, nähern sich manchmal auch anderen Kindern, in beiden Fällen handelt es sich um Pädophilie.“ Ist das sexuelle Interesse eines Menschen ausschließlich oder überwiegend seit seiner Pubertät auf Kinder gerichtet, spricht man von Kernpädophilie (de.wikipedia.org/wiki/Pädophilie, 11.2.2010). Ein anderer Begriff, ist der der Perversion (Schorsch, 1985, S.9). Dieser Begriff wird auch von dem Internet-Psychologielexikon als identisches Wort zu Devianz erwähnt. Schorsch benennt damit eine Art intrapsychische Symptombildung.

2.2 Taten- und Tätergruppen

Inhaftierte Sexualstraftäter in der Justizvollzugsanstalt sind Täter mit Delikten der Prostitutionsförderung, Ausübung der Prostitution an verbotenen Orten, Verbreitung pornographischer Schriften, Zuhälterei und Menschenhandel und Exhibitionismus, sexuellen Missbrauchs sowie Vergewaltigung. Ausschließlich Täter, die Delikte der letzten beiden Gruppen verübt haben, werden in eine sozialtherapeutische Abteilung verlegt. Dies beruht darauf, dass der § 9 St.VollzG nur diejenigen Täter für die Aufnahme in eine sozialtherapeutische Abteilung oder Anstalt vorsieht, die Straftaten nach §§ 174-180 sowie 182 StGB begangen haben (vgl. Hagemeyer, 2008 S.13). Die beiden größten Untergruppen, die

auch immer wieder in der Literatur zu finden sind, sind diejenigen der Vergewaltigungs- und Missbrauchstäter.

Eine der bekanntesten Typisierungen der Sexualstraftäter ist von Knight und Prentky (Marshall, 1990, S.23 ff.). Auch sie unterscheiden in Missbrauchs- und Vergewaltigungstäter. Bei den Vergewaltigungstätern unterscheiden sie nach den primären Motiven, die der Täter für seine Tat hatte. Diese Motive sind Gelegenheit, anhaltender Ärger, sexuelle Motivation und Rache. Ein weiterer Unterscheidungspunkt ist die soziale Kompetenz der Täter und die Frage nach einer sadistischen Motivationsgrundlage. Insgesamt werden nach den genannten Kriterien 9 Subtypen der Vergewaltigungstäter unterschieden. Bei den Missbrauchstätern werden 24 Subtypen unterschieden. Diese 24 Typen unterscheiden sich durch eine Zuordnung auf zwei Achsen, die miteinander kombiniert werden. Achse eins ist die Fixierung auf Kinder und das Ausmaß der sozialen Kompetenz. Achse zwei bezieht sich auf die Häufigkeit der Kontakte mit Kindern und die Art bzw. Bedeutung des Kontaktes bei Tätern mit häufigem Kontakt und das Ausmaß der Verletzung bei Tätern mit wenigem Kontakten (Marshall, 1990, S.23 ff.).

Auch von Schorsch gibt es eine Typisierung (1971, S. 35). Er beschreibt folgende Arten von Sexualstraftätern und -taten:

- Fetischismus
- Exhibitionismus
- Voyeurismus
- Sexuelle Handlungen an/mit Kindern:
 - 1) kontaktarme, retardierte Jugendliche
 - 2) sozial randständige Jugendliche
 - 3) 'Kernpädophilie'
 - 4) Alterspädophilie
 - 5) dissoziale Täter

6) innerfamiliäre Täter: 'Konstellationstäter', 'pädophil-motivierte' Täter, 'promis-ke' Täter

- Sexuelle Gewaltdelikte: jugendliche und sexuell unerfahrene Täter, 'symbolisch-agierende' Täter, dissoziale Täter, sexuell deviante Täter
- sexuell motivierte Tötungsdelikte

Eine weitere Typologie von Vergewaltigungstätern stammt von Groth (1979, S.3). Seine Typologie ist, wie die oben genannte von Schorsch, psychoanalytisch orientiert. Groth ist der Ansicht, dass in allen Fällen sexueller Angriffe Macht, Wut und Sexualität eine Rolle spielen. Vergewaltigung ist aus seiner Sicht in erster Instanz ein aggressives Delikt.

Groth unterscheidet drei Verhaltensmuster bei Vergewaltigungstätern:

- Anger Rape: Sexualität wird zum feindlichen Akt und dient als Waffe zur Erniedrigung der Frau
- Power Rape: hier drückt Sexualität Unterwerfung aus, da physische Kraft und Sexualität die einzigen Möglichkeiten sind, Überlegenheit zu demonstrieren.
- Sadistic Rape: Wut und Machtgefühle sind erotisiert, sexuelle Kontakte finden erst nach dem Quälen des Opfers statt.

Eine der neuesten Typologien ist von Wössner (2006, S. 132 ff.). Wössner unterscheidet fünf verschiedene Typen von Tätern nach ihren Bewältigungsfähigkeiten (Konfliktfähigkeit und Gewaltanwendungserfahrungen), ihrer sozialen Integration, Psychopathologie, Behandelbarkeit und ihren Deliktsmerkmalen:

- Sozial und psychisch unauffällige Täter: Gewalt ist kein probates Mittel für eine Konfliktlösung. Diese Täter haben kaum Gewalt durch Erziehungspersonen erfahren und haben eine große Bereitschaft zur sozialen Integration.
- Psychopathologisch hoch auffällige Täter: Diese Täter haben eine leichte Tendenz zur Tolerierung von Gewalt und haben mehr Gewalt durch Erziehungspersonen erfahren

als sozial und psychisch unauffällige Täter; auch zeigen sie weniger Bereitschaft, sich in die Gesellschaft zu integrieren als diese.

- Überangepasste Täter: Hier ist der niedrigste Wert für Gewaltbereitschaft zu finden, jedoch der höchste Wert für eigene Gewalterfahrungen durch Erziehungspersonen. Diese Personen sind relativ gut sozial integriert.
- Intelligenzgeminderte Täter: Bei dieser Gruppe ist der zweithöchste Wert auf der Skala „Mangel an Konfliktfähigkeit und Bereitschaft zur Gewalt“ zu finden und auch der Wert Gewalterfahrung durch Erziehungspersonen ist leicht erhöht.
- Dissoziale Täter: Diese Tätergruppe zeichnet sich aus durch ihre Akzeptanz von Gewalt als durchaus probates Mittel zur Konfliktlösung. Auch sie selbst haben viel Gewalt erfahren und sie haben wenig Bereitschaft zur sozialen Integration.

2.3 Ätiologie bzw. Ursachen sexueller Gewalt

Evolutionstheoretische Konzepte muten teilweise an wie Missbrauchs- oder Vergewaltigungsmythen. Gemeint sind Aussagen wie, wenn eine Frau nein zu einem an sie gerichteten sexuellen Begehren eines Mannes sagt, sie ja meine oder dass Frauen einen härteren sexuellen Umgang, d.h. einen etwas gewalttätigeren wünschen etc. So wird z.B. von Thornhill/Palmer (2000) vertreten, dass Vergewaltigung ein Relikt unserer unzivilisierten Vorfahren sei, wonach Männer ein Interesse daran haben, häufig oberflächliche sexuelle Kontakte mit wechselnden Sexualpartnerinnen zu haben. Dies sei als Vorteil weniger sexuell aktiven Männern gegenüber zu sehen. Wichtig sind hier die Arterhaltung und der kurze Akt des Geschlechtsverkehrs. Frauen, die schwanger werden können, haben andere Ressourcen, nämlich deutlich geringere. Sind nicht genügend Frauen für den arterhaltenden Geschlechtstrieb greifbar, entstehen Vergewaltigungen. Frauen, die Widerstand leisten, müssen erobert werden.

Nach Krahe & Scheinberger-Olwig (2002, S. 35 f.) gibt es drei verschiedene Ansätze zur Erklärung sexueller Gewalt: Makrosozial, mikrosozial bzw. interpersonal und intrapersonal. Mit Makrosozial ist gemeint, dass sich diese Ansätze aus den Strukturen des gesellschaftlichen Zusammenlebens ergeben. Die Autoren nennen hier wiederum zwei Ansätze: Den

soziokulturellen Ansatz und den soziobiologischen Ansatz. Das Modell von Krahe & Scheinberger-Olwig (2002) soll im Folgenden dargestellt werden.

2.3.1 Soziokultureller Ansatz

Der soziokulturelle Ansatz umfasst Erklärungen, die sexuelle Gewalthandlungen als Produkt spezifischer soziokultureller Rahmenbedingungen analysieren. Hierzu gehören Ansätze hinsichtlich Geschlechterstereotypen und Vergewaltigungsmythen sowie die Beeinflussung durch pornographische Medien. Soziokulturell bedeutet auch, dass sexuelle Gewalt in verschiedenen Gesellschaften unterschiedlich ausgeprägt ist bzw. sexuelle Gewalt, wie wir diese in unserem Kulturkreis definieren, teilweise nicht als solche gesehen wird. Z.B. kann einer Studie von Schanday (1981, zitiert nach Krahe et al., 2002, S. 37) entnommen werden, dass manche Gesellschaften Vergewaltigung sogar akzeptieren und, noch weiter, sie eine häufige Form sexueller Interaktion darstellen in einer Art Zeremonie oder Ritus oder auch als Bestrafung oder Bedrohung der Frau.

Nach Burt & Albin (1991, zitiert nach Krahe et al., 2002, S. 39) und Krahe (1988, zitiert nach Krahe et al. 2002, S. 40) sind Menschen umso weniger bereit, einen erzwungenen sexuellen Kontakt als Gewalttat bzw. Vergewaltigung zu bezeichnen, je stärker sie von der Mitschuld des Opfers überzeugt sind und je stärker sie Vergewaltigungsmythen akzeptieren.

Bei der Vermittlung sexueller Skripts, die die Entstehung und Verfestigung von Vergewaltigungsmythen und die Akzeptanz sexueller Gewalt fördern, kommt dem Einfluss pornographischer Medieninhalte eine wesentliche Bedeutung zu. Es lässt sich nach Krahe et al. (2002, S. 40) ein klarer Zusammenhang finden zwischen dem Konsum gewaltbezogener pornographischer Darstellungen und aggressionsrelevanten Variablen, wie der Verharmlosung von sexueller Gewalt, Akzeptanz von Vergewaltigungsmythen und erhöhter Vergewaltigungsbereitschaft.

2.3.2 Soziobiologischer Ansatz

Sexuelle Gewalt kann nach Darwin als Resultat eines natürlichen Selektionsprozesses betrachtet werden. Es setzen sich über Generationen diejenigen Merkmale durch, die eine möglichst gute Anpassung des Individuums an seine Umwelt gewährleisten (Krahé et al., 2002 S. 40).

Dies kann interpretativ so aufgefasst werden, als sei Vergewaltigung ein durchaus bewährtes und auch gesellschaftlich anerkanntes Mittel, eine möglichst wohlgeratene Nachkommenschaft zu erhalten.

2.3.3 Interpersonaler Ansatz

Auf der Ebene der sozialen Kommunikation kann es nach Krahé (2002, S. 40) zu Fehlkommunikation sexueller Absichten sowie zur Ausnutzung situativer Gelegenheitsstrukturen, die sexuelle Gewalt begünstigen, kommen oder auch zu Druck von Gleichaltrigen. Unter Fehlkommunikation ist z.B. Verhaltensinterpretation zu Beginn einer Bekanntschaft gemeint. Freundlichkeitssignale werden als Bereitschaft zu sexueller Intimität fehlinterpretiert oder Zurückweisung einer sexuellen Annäherung wird nicht ernst genommen. Eine Regelmäßigkeit nach Krahé (2002, S. 43) ist, dass Männer Frauen in der Regel sexuell freizügiger einschätzen, als diese sind. Der zweite Aspekt sind die situationsspezifischen Konstellationen, die z.B. Hemmungen hinsichtlich sexueller Aggression reduzieren. Hierunter fällt vor allem Alkohol.

2.3.4 Intrapersonaler Ansatz

Hall und Hirschman (1992, zitiert nach Krahé et al. 2002, S.52) haben ein umfassendes Rahmenmodell zur Erklärung sexueller Aggressionsbereitschaft vorgestellt. Dieses Modell stellt Unterschiede zwischen sexuell aggressiven und unauffälligen Personen im Hinblick auf folgende Faktoren dar:

- Biographische Erfahrungen wie sexueller Missbrauch, Wahrnehmung von Gewalt in der Familie oder hohe sexuelle Aktivität in der Familie
- Physiologische Erregung durch sexuell aggressive Stimuli, wodurch die Reaktionskontrolle sowie auch die Stimuluskontrolle sich verschlechtern
- Mangelnde Affektkontrolle durch mangelnde Empathie und feindselige Einstellungen sowie auch Alkohol
- Kognitive Urteilsprozesse. Hier sind z.B. Akzeptanz von Vergewaltigungsmythen gemeint oder Gewalt befürwortende Einstellungen sowie sexuelle Fantasien

2.4 Tatmuster bei sexuellem Missbrauch

Randau & Steck (2008, S. 197-201) untersuchten Tatmuster bei sexuellem Missbrauch von Kindern und Jugendlichen anhand einer breit ausgelegten Stichprobe von 283 verurteilten Sexualstraftätern. Ihrer Untersuchung nach ergaben sich sieben verschiedene Tatmuster bei den untersuchten Missbrauchstätern:

- Distanzbetont (19,4% der untersuchten Stichprobe). Die Täter versuchen im Tatvorfeld Aufmerksamkeit zu erregen. Hier handelt es sich um Hands-off-Delikte ohne Körperkontakt.
- Betatschend genitalorientiert (15,6% der Fälle). Konsum von Drogen oder Alkohol im Vorfeld. Die häufig vermindert schulfähigen Täter konzentrieren sich in ihren sexuellen Handlungen auf die Manipulation an den kindlichen Genitalien.
- Invasiv (12%). Versuchter oder vollendeter Vaginalverkehr am Opfer.
- Betatschend körperorientiert (15,2%). Im Tatvorfeld wurden Drohungen, Zwang und Gewalt eingesetzt. Bei diesem Muster manipulieren die Täter vorwiegend an den sekundären Geschlechtsmerkmalen des Opfers.
- Betatschend außer Haus (20,1%). Die Übergriffe fanden ausnahmslos außerhalb einer Wohnung statt, unbeteiligte Passanten wohnten der Tat bei.
- Hochinvasiv (11,7%). Hier findet ein Aufdrängen von Zungenküssen, eine manuelle Stimulation am Täter, eine gegenseitige orale Stimulation, der versuchte oder

vollendete Analverkehr, sadistische Tatelemente und der Einsatz von Drohungen, Zwang und Gewalt statt.

- Sexuell ausufernd (5,7%). Zur Einleitung der Tat wurden materielle Verstärker in Aussicht gestellt und Handlungen durchgeführt, welche die sexuelle Hemmschwelle des Kindes senken sollten. Es fanden masturbatorische Handlungen seitens des Täters vor dem Opfer statt, Ejakulation des Täters, sexuell ungewöhnliche und ausufernde Verhaltensweisen.

Bei dem invasiven Tatstil handelt es sich nach Randau & Steck (2008, S. 206) bei den Tätern hauptsächlich um Väter und andere leibliche Verwandte, während bei dem hochinvasiven Tatmuster herausstach, dass es sich um Opfer mit hoher sozialer Vulnerabilität handelte und die Täter meist aus dem Nahraum des Opfers stammten. Bei dem sexuell ausufernden Tatstil war das Opfer meist männlich und besonders verletzlich, wobei die Täter als besonders deviant zu sehen sind. In dieser Untersuchung wurde die Hypothese formuliert, dass sozial oder psychisch bzw. sozial und psychisch auffällige Täter ihre Opfer aus dem sozialen Nahraum wählen und sexuell schwerwiegende Handlungen begehen, während exhibitionistische und niedrigschwellige Hands-on-Delikte an Fremden eher mit sozial unauffälligen Tätern in Verbindung zu bringen sind. Diese Hypothese fand in der Untersuchung von Randau & Steck Bestätigung.

2.5 Prognose und Begutachtung

Pfäfflin stellt fest, dass es sich bei der Gruppe der Sexualstraftäter um eine sehr heterogene Gruppe von sehr verschiedenen Tätergruppen handelt und deshalb auch die Rückfallprognose nicht undifferenziert getroffen werden kann (1995, S. 110). Damit will Pfäfflin zum Ausdruck bringen, dass Sexualstraftäter bereits aufgrund ihres Delikts einer bestimmten Prognosewahrscheinlichkeit zugeordnet werden können.

Berner & Bolterauer (1995, S. 114 ff.) sind der Ansicht, dass eine erhöhte Rückfälligkeit und damit eine ungünstigere Prognose zusammenhängen mit Kriterien wie dem Vorliegen einer antisozialen Persönlichkeitsstörung, Alkoholismus, sadistische Persönlichkeitszüge,

Zwischenfälle bei Freigangsregelungen und das Nichteinhalten von Therapieweisungen nach der Entlassung, Diese von Berner & Bolterauer angesprochenen Punkte können auch unter triebgesteuertem impulshaftem Verhalten, das wenig kognitiv gesteuert wird, zusammengefasst werden. Positive Zeichen für die Prognose sind nach Berner & Bolterauer (2005, S. 114) das Vorliegen einer umschriebenen neurotischen oder auch psychotischen Störung (anstelle einer antisozialen Persönlichkeitsstörung), wenig soziale Defekte und Auffälligkeiten sowie Zeichen einer positiven Therapiemotivation. Ihrer Aussage zugrunde liegt eine Untersuchung zum 5-Jahres-Verlauf von 46 aus dem therapeutischen Strafvollzug entlassenen Sexualdelinquenten. Ihrer Aussage nach waren 30% der Untersuchten nach fünf Jahren deliktspezifisch rückfällig geworden, weitere 20% hatten ein Minimaldelikt gesetzt, wofür sie mit Geldstrafen oder einer Haft von unter einem Monat bestraft wurden, und weitere 13% hatten ein anderes Delikt begangen. 37% der an der Untersuchung teilgenommenen Probanden blieben straffrei. Der Vergleich der rückfällig Gewordenen mit den straffrei Gebliebenen bestätigt die oben genannten Risikofaktoren, die bei der Behandlung von Sexualstraftätern besonders zu beachten sind.

Grundsätzlich kann als Ziel einer Prognose nicht die sichere Vorhersage des Eintritts eines Ereignisses gesehen werden, sondern die Bestimmung des Risikos entsprechend der Wahrscheinlichkeit eines Rückfalles. Rückfälle können durch eine Prognose nicht ausgeschlossen werden. Hinsichtlich der Wahrscheinlichkeit eines Rückfalles hat es ein so genannter Legalprognostiker mit verschiedenen Wahrscheinlichkeiten zu tun: Mit der generellen Verhaltenswahrscheinlichkeit (überdauernde, für eine Person typische Verhaltensmuster), mit der momentanen Reaktionswahrscheinlichkeit (u.a. die Stimmung oder besondere physische Zustände sind hier ausschlaggebend) und mit der situativen Auslösewahrscheinlichkeit (situative Bedingungen) (Rehder, 2009, S.4f.).

Weiter zu beachten sind die Einflüsse auf die Qualität einer Prognose. Prognosen verschiedener Sachverständiger sind nicht unbedingt miteinander zu vergleichen. Verschiedene Gutachter wählen unterschiedliche Methoden und interagieren emotional mit dem Untersuchten auf ihre Art und Weise (Rehder, 2009, S. 7).

Im niedersächsischen Justizvollzug hat seit 1.2.2008 ein Prognosezentrum seine Tätigkeit aufgenommen (Villmar, 2009, S. 20). Nach Vorliegen von Gegenanzeigen bezüglich der Indikationsfeststellung für die Sozialtherapie durch die zuständigen Anstalten stellen diese die Notwendigkeit der Begutachtung eines Gefangenen fest und melden ihn mittels eines standardisierten Anmeldebogens dem Koordinator des Prognosezentrums. Besteht keine Gegenindikation, wird der Gefangene für ein bis zwei Wochen nach Hannover zur Untersuchung verlegt. Die Basis einer wissenschaftlich begründbaren und hohen qualitativen Ansprüchen genügenden forensischen Begutachtung sind umfassende Kenntnisse über den Gefangenen, seine lebensgeschichtlichen und aktuellen persönlichen Bezüge sowie über sein Tathandeln (Villmar, 2009, S.21).

Gesetzlich ist für die Erstellung einer Prognose folgendes festzuhalten: Zur Erstellung einer Prognose schreibt das Gesetz in § 56 I 1 und § 57 I 2 StGB (gilt auch für die Aussetzung lebenslanger Freiheitsstrafe nach § 57a StGB) beispielhaft vor, zu berücksichtigen seien „namentlich“ die Persönlichkeit des Verurteilten, sein Vorleben, die Umstände seiner Tat, sein Verhalten nach der Tat, seine Lebensverhältnisse und die Wirkungen, die von der Aussetzung für ihn zu erwarten sind. Für die Reststrafenaussetzung sind zusätzlich das Gewicht des bei einem Rückfall bedrohten Rechtsguts und das Verhalten des Verurteilten im Strafvollzug mit einzubeziehen. Bei der Reststrafenaussetzung ist in bestimmten Fällen die Frage zu beantworten, ob die in der Tat zu Tage getretene Gefährlichkeit noch fortbesteht (§454 II StPO) (Boetticher, Kröber, Müller-Isberner, Böhm, Müller-Metz & Wolf, 2009, S. 24).

Der Prognose vorangestellt ist die Begutachtung. Nur mit einer hochwertigen Begutachtung kann eine qualitativ hochwertige Prognose gestellt werden, der wichtigste Aspekt und das Ziel einer Begutachtung von Sexualstraftätern. Eine sinnvolle Prognose kann nur nach einer ausführlichen Begutachtung erfolgen. Der forensisch tätige Psychiater bzw. Psychologe mit seinen Erfahrungen und seiner Intuition kann nicht losgelöst vom gesellschaftlichen Kontext und den jeweiligen gesetzlichen Grundlagen agieren. Als Gehilfe des Gerichtes muss der Gutachter sein Gutachten (das Beweismittel) auf die geltenden Rechtsbegriffe beziehen, indem er psychisch normative und psychiatrische Merkmale bzw. Diagnosen auf juristische Kategorien wie die Zuweisung in einen Maßregel- oder

Regelvollzug mit Schuldfähigkeit sowie Prognose überschreibt (Häßler & Schläfke, 1999, S.66).

Nach Schorsch (1983, S.143) ist eine Begutachtung, in der sich der Gutachter intensiver mit dem Probanden auseinandersetzt, eine Aufarbeitung der Lebensgeschichte. Eine solche Durcharbeitung der Lebensgeschichte, in der Regel angereichert durch die Aussagen Dritter (Zeugen) und Unterlagen verschiedenster Art in den Akten, geht über den Rahmen eines diagnostischen Erstgesprächs oder Erstinterviews weit hinaus. Nach Schorsch (1983, S.143f.) ist hinreichend bewiesen, dass die Qualität einer Diagnose wesentlich von der Interaktion zwischen Erstuntersucher und Patienten bzw. von Sachverständigen und Probanden abhängt. Seiner Meinung nach ist demzufolge die Forderung nach einer objektiv diagnostizierenden Prozessperson eine Fiktion. Auch in der wissenschaftlichen Beschäftigung mit dem anderen Menschen spielen Phänomene wie Interpersonalität, Beziehung, Verstehen, Einfühlung und Interpretation immer eine entscheidende Rolle. Gutachtertätigkeit beinhaltet nach Schorsch (1983, S. 144) auch und sogar vorrangig ein ärztliches Hilfsangebot. Sie ist eine Krisenintervention und leistet therapeutische Arbeit, so jedenfalls soll und muss sie sich verstehen. Sogar Bleuler (Möller, 1997, S. 426) hat 1910 und 1911 bereits forensisch-psychiatrische Gutachten erstellt, die bisher wenig Beachtung fanden. Bleuler war damals bereit, bei sexueller Devianz eine den Geisteskrankheiten im engeren Sinne entsprechende Beeinträchtigung der Willensfähigkeit anzuerkennen (Möller, 1997, S. 422). Nach Möller (1997, S. 426) wird bei der Beurteilung von Sexualdeviationen häufig auf das von Giese 1962 entwickelte Konzept einer suchtäquivalenten Entwicklung zurückgegriffen. Kriterien für die Prognose seien die Unerwehrbarkeit, der Wiederholungszwang, die Progredienz des Verhaltens und die Entdifferenzierung der Persönlichkeit, die außerhalb des devianten Verhaltens an Interessen, Kontakten und sozialer Leistungsfähigkeit verliere.

Speier & Nedopil (1992, S. 1) untersuchten 37 sexuell deviante Probanden mit dem *Gießen-Test* zu Fremd- und Selbstbild und brachten dies in Zusammenhang mit der Prognose. Sie stellten fest, dass bei getrennter Betrachtung von Fremd- und Selbstbild die Prognoseentscheidung kaum verwertbare Zusammenhänge zu den Testresultaten aufwies. Demgegenüber zeigten die jeweiligen Differenzen zwischen Selbst- und Fremdbild einen

Zusammenhang mit der Prognoseentscheidung. Von den Ergebnissen kann abgeleitet werden, dass nicht die Selbst- oder die Fremdeinschätzung als solche, möglicherweise aber der Realitätsgehalt der Selbstdarstellung und somit Selbstwahrnehmung eine wichtige Komponente im Gesamtbild der Prognoseentscheidung darstellen könnte. Da die Selbstwahrnehmung anhand des Fremdbildes kontrolliert wird, sind die diesbezüglichen Differenzen relevant.

3. Unterbringung von verurteilten Sexualstraftäter in sozialtherapeutischen Einrichtungen (SothA)

Verurteilte Sexualstraftäter können im Maßregelvollzug (Psychiatrie) und im Regelvollzug (Justizvollzugsanstalt) untergebracht werden. Innerhalb des Regelvollzugs ist eine Unterbringung im allgemeinen Regelvollzug möglich oder die Verlegung in eine SothA.

SothAs gibt es in Deutschland seit Ende der 60er Jahre. 1975 war der entsprechende Paragraph noch laut Strafgesetzbuch §65 und hieß: „Unterbringung in einer SothA kann als Maßregel vom Gericht angeordnet werden.“ Das bedeutet, dass zum damaligen Zeitpunkt Sozialtherapie im Maßregelvollzug stattfand. Seit 1977 besteht §9 StVollzG und Sozialtherapie war dem Vollzug zugeordnet. Einige der ältesten SothAs des Justizvollzuges sind Hamburg-Bergedorf (1969), Asperg (1969), Berlin-Tegel (1970), Düren (1971) und München (1972).

Sozialtherapie in SothAs wird nach Specht (2002, S.18) als integrative Sozialtherapie bezeichnet. Nach Eger & Specht (1980, S.25) bedeutet das Folgendes: Das gesamte Lebensumfeld des Gefangenen in und außerhalb der SothA wird berücksichtigt. Die Handlungsmöglichkeiten und Beziehungsformen innerhalb der SothAs werden im Sinne einer therapeutischen Gemeinschaft gestaltet. Psychotherapeutische, pädagogische und arbeitstherapeutische Vorgehensweisen werden modifiziert und verknüpft.

F. Specht hat (persönl. Mitteilung, 24.07.2003) im Rahmen dieser Untersuchung aufgrund seines Interesses für diese Thematik 1983 den Arbeitskreis Sozialtherapeutische Anstalten im Justizvollzug gegründet. Dieser Arbeitskreis hat festgehalten, dass bei einer SothA in drei Bereichen bestimmte Anforderungen erfüllt sein müssen, nämlich in Bezug auf die Organisationsform, räumliche Voraussetzungen und Personalausstattung. Der letzte Punkt beinhaltet auch eine geregelte Dokumentation und kontinuierliche wissenschaftliche Erfassung von Verlauf und Ergebnissen des sozialtherapeutischen Vorgehens.

Seit 26.1.1998 hat sich etwas verändert, das „Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten“ (BGB1.I S. 160-163) wurde verabschiedet. Dieses Gesetz beinhaltet zahlreiche Vorschriften, die den Schutz der Allgemeinheit vor Sexualstraftätern und ihren Taten, besonders von Rückfälligen, erhöhen sollen. Die größte Neuigkeit dieses Gesetzes war die Änderung von der Freiwilligkeit der Verlegung in eine Sozialtherapeutische Einrichtung hin zu der Verpflichtung zur Verlegung bei Sexualstraftätern mit einer Strafe länger als zwei Jahre. Umgesetzt werden soll dieses Gesetz seit dem Jahr 2003. Zudem werden die Vollzugsbehörden verpflichtet, bereits in der Behandlungsuntersuchung zu prüfen, ob eine derartige Verlegung angebracht ist. Fällt die Prüfung negativ aus, ist sie nach sechs Monaten zu wiederholen. Die Wiederholung findet solange statt, bis der Gefangene verlegt oder entlassen ist. Da noch immer nicht ausreichend Therapieplätze zur Verfügung stehen, gilt bislang immer noch die Soll-Vorschrift nach §199 Abs.3 St.VollzG (Egg, 2002, S.36). 1997 waren von 20 Einrichtungen 835 verfügbare Plätze für Männer und 35 Plätze für Frauen verfügbar. 2002 waren es bereits 31 Einrichtungen und 1165 Haftplätze für Männer und 36 Haftplätze für Frauen. Die Belegung lag 1997 bei 92,9% und 2002 bei 96,6% (Egg, 42, S. 45). Interessant ist festzustellen, dass die Klientel altert (Egg, 42. S.45). 1997 waren noch 38,8% bis 30 Jahre alt; 2002 waren es nur noch 31,2%. Der Rest lag altersmäßig darüber.

Bezüglich der Gesamthaftdauer stellt Egg (2002, S.46) fest, dass 2,2% weniger als 2 Jahre Haftdauer haben, 10,9% 2 bis 3 Jahre, 16,7% 3 bis 4 Jahre, 15,3% 5 bis 6 Jahre, 24,6% 5 bis 6 Jahre. 15 Jahre und lebenslängliche Haft haben nur 4,1% der damals Inhaftierten. Die Verteilung der Deliktgruppengröße bei Sexualstraftaten verschiebt sich zugunsten des sexuellen Missbrauches. Während 1997 32,5% sexuelle Kindesmissbrauchsdelikte waren und 59,6% sexuelle Gewaltdelikte, waren es 2002 46,4% Kindesmissbrauchsdelikte und 44,7% sexuelle Gewaltdelikte.

Insgesamt kann man aus juristischer Sicht nach Roth (2005, zitiert nach Wischka et al., 2005, S. 31) schlussfolgernd feststellen, dass der Gesetzgeber in §2 Satz 1 StVollzG die Resozialisierung zum alleinigen Vollzugsziel und zur Vollzugsaufgabe gemacht hat und nicht

den Freiheitsentzug als Strafe. Aus diesem Grunde stehen therapeutische Aspekte im Vordergrund.

3.1 Formale Aspekte einer SothA¹, wie Verlegungskriterien und Belegkapazitäten

Wie bereits oben nach Informationen von Specht erwähnt, soll eine SothA drei formale Hauptkriterien erfüllen. Erstens, die Räumlichkeiten sind vom restlichen Vollzug abzutrennen. Zweitens hat die Abteilung einen deutlich höheren Personalschlüssel und zudem speziell ausgebildetes Personal, im Vergleich zu dem Normalvollzug. Drittens wird eine SothA von einem Fachpersonalzugehörigen geleitet, meist von einem Psychologen und manchmal von einem Mediziner. Meist wird die sozialtherapeutische Einrichtung von einem Mann geleitet, in manchen Fällen, wie z.B. in Straubing bis 2009, auch von einer Frau. Im Team arbeiten Ärzte, Psychologen und Sozialtherapeuten, ebenso wie Vollzugsbeamte, therapeutisch mit.

Indikation für eine Verlegung in die Sozialtherapie sind Therapiebedürftigkeit, Therapienotwendigkeit, Therapiefähigkeit und Therapiemotivation (Suhling & Wischka, 2008, S. 215). Therapiebedürftigkeit bezieht sich auf die Rückfallgefahr, die bei einem Gefangenen diagnostiziert wird. Je höher die Rückfallgefahr, umso größer die Therapiebedürftigkeit. Therapienotwendigkeit ist der Umstand, dass andere Behandlungsmöglichkeiten nicht ausreichen oder nicht sinnvoll sind. Therapiefähigkeit bezieht sich auf die sprachlichen und intellektuellen Fähigkeiten oder auch den Suchtmittelkonsum eines Gefangenen. Unter Therapiefähigkeit ließen sich auch die von Goderbauer (2001, zitiert nach Suhling & Wischka, 2008, S. 215) geforderten Fähigkeiten zum Beziehungsaufbau und zur Introspektion fassen. Auch ein beharrliches Leugnen des Delikts behindert die Therapiefähigkeit massiv. Therapiemotivation kann nach dem Arbeitskreis² als erkennbares Bemühen bei dem Gefangenen um eine Änderung seiner deliktspezifischen problematischen Einstellungen und Verhaltensweisen bezeichnet werden.

1 Einige Informationen zu 3.1. und 3.2 entstammen direkten Informationen der Leitungen der jeweiligen SothA während der Untersuchung von 2005 bis 2009. Die Informationen entbehren deshalb eines Quellennachweises.

2 Bei dem sog. Arbeitskreis handelt es sich um den von Friedrich Specht ins Leben gerufenen Arbeitskreis sozialtherapeutische Anstalten im Justizvollzug.

Zudem ist Voraussetzung für eine Verlegung in eine SothA eine Freiheitsstrafe, die für einen Zeitraum über zwei Jahre angesetzt ist. Hier streiten sich jedoch die Fachleute, ob für die Bestimmung dieses Zweijahreszeitrahmens die Gesamtfreiheitsstrafe oder die Einzelfreiheitsstrafe zugrunde gelegt werden soll (Suhling & Wischka, 2008, S. 217).

Entscheidend ist nach Schüler-Springorum (2002, S. 11) für die Verlegung in eine SothA das Verurteiltsein wegen einer Straftat nach den in §6 StGB benannten Tatbeständen. Schüler-Springorum sieht Sexualstraftäter durch die Nennung mit anderen gefährlichen Straftätern als grundsätzlich degradiert und generell als gefährliche, bekämpfungswürdige Kriminelle herabgewürdigt (2002, S.11).

Weiterhin benennt auch er oben genannte vier Elemente, die ausschlaggebend für die Indikation einer Verlegung in die Sozialtherapie sind:

- Die Bedürftigkeit des Gefangenen,
- die Behandlungsfähigkeit des Gefangenen,
- die Behandlungsnotwendigkeit und
- die Behandlungsmotivation.

Die Behandlungsmotivation ist ein kritischer Punkt in Zusammenhang mit der fehlenden Freiwilligkeit der Verlegung. Nach Schüler-Springorum fehlt die Motivation für eine Therapie in einer SothA, wenn der Gefangene seine Zustimmung zu einer Verlegung verweigert (2002, S12).

3.2 Inhaltliche Kriterien einer SothA

Inhaltlich wichtig für die therapeutische Arbeit in einer SothA ist der Einbezug des gesamten Lebensumfeldes des Gefangenen in und außerhalb der Sozialtherapie bis zur Entlassung, die Gestaltung der Handlungsmöglichkeiten und Beziehungsformen innerhalb der SothA im Sinne einer therapeutischen Gemeinschaft und die Modifizierung und Verknüpfung von psychotherapeutischer, pädagogischer und arbeitstherapeutischer Vorgehensweise. Von besonderer Wichtigkeit für die Arbeit aller im Rahmen einer SothA sind das therapeutische Behandlungsprogramm und seine Inhalte. Unter 4. sollen Behandlungsprogramme vorgestellt werden.

4. Therapeutische Behandlungsprogramme und –methoden in einer SothA

4.1 Kognitiv-behaviorale Programme

4.1.1 SOTP

SOTP heißt *Sex Offender Treatment Program* (Fuchs & Mann, 2007). Es ist ein sehr bekanntes Programm, wurde in England 1991 entwickelt und wird dort vielerorts bei der Behandlung von Sexualstraftäter eingesetzt. Auch in deutschen Programmen tauchen Elemente des SOTP immer wieder auf, oder Aspekte des SOTP werden in unsere Behandlungsprogramme mit einbezogen. Zentrales Element des SOTP ist ein Kernprogramm („core programme“), das darauf abzielt, Leugnungs- und Bagatellisierungstendenzen zu reduzieren, Täter für die beim Opfer herbeigeführten Schädigungen zu sensibilisieren und Rückfallvermeidungsstrategien zu erlernen.

4.1.1.1 Formale Kriterien

Die Behandlung besteht aus einer hinsichtlich Dauer und Ablauf genau festgelegten, blockweise durchgeführten, systematischen Bearbeitung bestimmter vorgegebener Themenkomplexe unter Leitung speziell ausgebildeten Fachpersonals (auch Vollzugsbeamte) und unter Verwendung eines bestimmten Manuals in einem Gruppensetting.

Insgesamt gibt es bei der Anwendung des SOTP zentrale Vorteile: eine großflächige Anwendung sowie gleichzeitig die Entwicklung einer Qualitätskontrolle des Programms.

Die durchschnittliche Behandlungsdauer mit dem SOTP beträgt 180 Stunden in ca. 91 Sitzungen. Eine dieser 91 Sitzungen dauert 2 bis 2,5 Stunden mit einer 20-minütigen Pause.

4.1.1.2 Behandlungsmethoden

Das SOTP besitzt drei zentrale Behandlungsmethoden: kognitive Umstrukturierung mit sokratischem Fragen, Modelling oder vorbildhaftes Verhalten und positive Verstärkung.

Bei kognitiver Umstrukturierung geht es darum, die Bagatellisierung von Tat und Folgen für das Opfer aufgrund von Einstellungen und Glaubenssätzen zu verändern. Modelling kann als Demonstration von antikriminellen Einstellungen und Verhaltensweisen durch den Therapeuten verstanden werden. Unter positiver Verstärkung ist eine Art Belohnung zu verstehen, verbal oder nonverbal für antikriminelle Einstellungen oder Verhaltensweisen.

4.1.1.3 Behandlungsinhalte

Das SOTP hat drei Behandlungsmethoden (s. 4.1.1.2) mit drei Hauptbehandlungsinhalten:

- Deliktbearbeitung,
- Empathietraining und
- Rückfallvermeidung.

Die Deliktarbeit beginnt mit sog. Entscheidungsketten (Auslösende Wahrnehmung, Bewertung davon und Gefühls- und Verhaltenskonsequenz). Sexuelle Fantasien sind die stärksten Prädiktoren für einen einschlägigen Rückfall. Es gibt interne und externe Auslöser von straftatrelevanten Fantasien. Interne Auslöser können Gedanken oder Gefühle sein, externe z.B. ein Film. Jede Tat hat ein eigenes Deliktmuster. Man kann Hintergrundfaktoren und Motivationen des Täters wie Lebensstil, Beziehungen, Einstellungen, Gefühle und sexuelle Interessen identifizieren.

Ziel des Empathietrainings ist, dass sich der Täter in sein Opfer hineinversetzen und die Auswirkungen der Tat für das Opfer nachempfinden kann. Er soll so genannte Opferempathie entwickeln.

Für eine Rückfallvermeidung werden Selbstmanagement- und Rückfallvermeidungspläne erstellt. Es werden Hochrisikogedanken, -gefühle und – verhaltensweisen erarbeitet und Möglichkeiten, damit in Zukunft und in Freiheit umzugehen ist. Auch wird erlernt, dass es zu Rückschritten kommen kann, die nicht mit einem Rückfall gleichzusetzen sind, sondern ein Schritt dorthin sind.

Nach jeder Sitzung bekommen alle Gruppenmitglieder einen Feedbackfragebogen mit fünf geschlossenen Fragen und zwei zu ergänzenden Aussagen:

- mit dem Verhalten der Therapeuten war ich unzufrieden,
- einzelne Gruppenmitglieder haben mich heute sehr geärgert,
- die Erklärungen fand ich gut verständlich,
- in der heutigen Sitzung ging es mir gut,
- ich konnte heute gut mitmachen,
- positiv fand ich heute ... und
- negativ fand ich heute ...

4.1.2 Das Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS)

Ein in Deutschland entwickeltes Programm ist das BPS. Dieses Behandlungsprogramm ist kognitiv-behavioral und wurde u.a. von Wischka³, Leiter der SothA Lingen, an der Justizvollzugsanstalt (JVA) Lingen entwickelt und etabliert. Die JVA Lingen ist mit 739 Haftplätzen die zweitgrößte JVA Niedersachsens. Sie besteht aus einer Hauptanstalt in Lingen,

³ nach Wischka, B. (2005): Das Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS) in der Praxis. In B. Wischka et al. (Hrsg.): Sozialtherapie im Justizvollzug, S.208-229. Ebenso nach persönlichen Informationen während eines Besuches der JVA Lingen 2003.

einer weiteren Abteilung in Hesepe und einer dritten Untersuchungshaftabteilung in Osnabrück.

In Lingen gibt es eine Sozialtherapie, die nicht nur eine sozialtherapeutische Abteilung ist, sondern eine ganze Anstalt. Sie besteht aus einer Aufnahmestation mit 10 Plätzen und vier Behandlungsstationen mit Wohngruppen mit insgesamt 36 Plätzen in zwei Häusern. Die Einrichtung arbeitet mit dem Konzept integrativer Sozialtherapie (Specht, 1993; Wischka & Specht, 2001). Die beiden Häuser der Sozialtherapie sind von der übrigen Anstalt durch Zäune und eigene Freistundenbereiche abgetrennt und es gibt einen eigenen Werkbetrieb sowie eigene Sport- und Freizeitmöglichkeiten. 26 der Insassen sind in Einzelhaftträumen und 20 in Doppelhaftträumen untergebracht. Den 46 Behandlungsplätzen sind fünf Stellen im höheren psychologischen Dienst, vier Stellen im gehobenen Vollzugs- und Verwaltungs- sowie Sozialdienst und 16 Stellen im allgemeinen Vollzugsdienst zugewiesen. Die Fachdienste sind allerdings auch in Aufgaben für die Gesamtanstalt eingebunden. Auch diese Einrichtung arbeitet nach der Methode der integrativen Sozialtherapie (s.o.). Kurz nochmals erwähnt bedeutet dies den Einbezug der intra- und extramuralen Situation des Gefangenen. Das bedeutet, dass das gesamte Lebensfeld innerhalb und außerhalb der Anstalt berücksichtigt wird, Beziehungsformen im Sinne einer therapeutischen Gemeinschaft angestrebt werden und Mitarbeiter mit verschiedenen Professionen und verschiedenen therapeutischen und pädagogischen Methoden im Team zusammenarbeiten. Kennzeichnende Merkmale sind die zunehmende Rückgabe von Selbstverantwortungsmöglichkeiten an die Gefangenen, eine Normalisierung der Lebensbedingungen und die Förderung von sozialen Lernprozessen in einem als problemlösende Gemeinschaft gestalteten Wohngruppenvollzug (Wischka, 2001 und 2004c, zitiert nach Wischka et al., 2005, S. 215). Dazu gehört auch die schrittweise Gewährung von Vollzugslockerungen, um den Prozess der Verantwortungsübernahme dosieren, kontrollieren und reflektieren zu können. Unter 4.1.2.1 werden das BPS und seine Hintergründe dargestellt.

4.1.2.1 Theoriehintergründe des BPS

Folgende Modelle wie die Verhaltenssequenzen nach Pithers liegen dem BPS zugrunde und befassen sich mit dem Thema Rückfall und diesbezüglichen Erklärungen und Vulnerabilitätsfaktoren.

1. Verhaltenssequenzen nach Pithers (1990), die den Verlauf eines typischen Rückfallprozesses deutlich machen (vgl. Wischka, 2005, S.209):

Bestimmte Faktoren beeinflussen, ob aus einem Vorfall, d.h. einem Verhaltensfehler ein Rückfall, d.h. eine erneute Straftat wird. Ein Beeinflussungsfaktor für eine erneute Rückfälligkeit ist z.B., wenn ein Täter, der eine Therapie absolviert hat, die Behandlung aufgrund einer bestimmten Erfahrung als gescheitert betrachtet. Die Zuschreibung persönlicher Schwäche und die Wahrnehmung einer gescheiterten Behandlung erhöht die Wahrscheinlichkeit der Übertretung der Abstinenzschwelle. Weiters wird die Übertretung begünstigt, wenn die positiven Aspekte früherer Sexualstraftaten bevorzugt erinnert werden und negative Konsequenzen in den Hintergrund gedrängt werden. Auch die erwartete Wahrscheinlichkeit eines Rückfalles begünstigt einen Rückfall. Ebenso rückfallbegünstigt sind Täter, die glauben „völlig geheilt“ zu sein, in Momenten des Kontrollverlustes. Sie interpretieren Momente des Kontrollverlustes als unwiderruflich und schreiten nicht korrigierend ein.

2. Erklärung sexueller Gewalt nach Ward & Hudson (2000) in neun Phasen (vgl. Wischka, 2005, S. 211):

- In Phase eins wird das auslösende Lebensereignis, z.B. eine Scheidung, bearbeitet. Dieses belastende Ereignis wird vom Individuum automatisch in Abhängigkeit von bereits existierenden impliziten Schemata, Bedürfnissen und Zielen bewertet.
- In Phase zwei wird das Verlangen des Täters nach devianten sexuellen Aktivitäten bearbeitet. Das o.g. Lebensereignis und die sofortige Bewertung münden in ein Verlangen nach offensivem Sexualverhalten und oft auch unangemessenen

Aktivitäten, die mit diesem Verhalten in Zusammenhang stehen. Das Verlangen und ebenso deviante Phantasien bestehen häufig nebeneinander und können sich auch gegenseitig aufschaukeln.

- In der dritten Phase des Therapieprozesses wird die Entwicklung des tatbezogenen Zieles besprochen. Das Verlangen, sich in der Fantasie mit deviantem Sexualverhalten zu befassen, führt hier zur Etablierung eines tatbezogenen Ziels, das als akzeptabel angesehen wird. Zudem können die in dieser Phase auftretenden begleitenden affektiven Zustände bewusst werden und ebenfalls Ziel der Selbstkontrolle werden.
- In der vierten Phase geht es um die Strategiewahl des Täters. Zur Erreichung des tatbezogenen Ziels wird immer, zwar nicht unbedingt bewusst, aber eine Strategie gewählt.
- In der fünften Phase geht es um Eintritt in Hoch-Risiko-Situationen wie Kontakt mit dem Opfer. Dadurch werden Bewertungsprozesse ausgelöst, die in Beziehung zum Ausgangsziel gesetzt werden. War dieser Kontakt geplant, bedeutet dies Erfolg, war er dies nicht, bedeutet es Versagen.
- Phase sechs behandelt die unmittelbaren Wegbereiter des Sexualdelikts. Der Täter ist entschlossen, ein Sexualdelikt zu begehen. Der Täter reduziert sein Opfer auf einen funktionalen Status (kein Individuum, sondern ein Ventil für eigene Bedürfnisse).
- Phase sieben behandelt das Sexualdelikt. Die Tatausführung ist davon abhängig, worauf der Täter fokussiert ist. Ist er auf sich selbst fokussiert, handelt es sich in der Regel um ein kurzes und heftiges Delikt, ist er auf das Opfer fokussiert, meint der Täter sich um das Opfer zu kümmern. Handelt es sich um wechselseitige Fokussierung, wertet der Täter die Tat als „Beziehung“ mit einem Partner, der in die Beziehung eingewilligt hat. Bei der letzten Situation handelt es sich meist um eine längere und weniger weitreichende Tat, die als gegenseitige Handlung aufgefasst wird.

- In der achten Phase geht es um die Beurteilung des eigenen Verhaltens (Delikts). Häufig ist hier in Hinsicht auf die Affekte zunächst ein positives Erleben (Macht, Befriedigung) ersichtlich und später negatives Erleben (Versagen, Schuldgefühle).
- In der neunten und letzten Phase wird die Frage nach zukünftigen sexuellen Übergriffen geklärt. Es wird eruiert inwieweit dieses Sexualdelikt Wirkung auf zukünftige Absichten und Erwartungen hat. Die Selbstkontrolle kann verstärkt werden oder völlig zusammenbrechen, sie kann Verhaltensmuster verstärken oder zu Verfeinerungen des Tatverhaltens führen.

Täter können sich nach Ward & Hudson (2000) in vier unterschiedlichen Weisen während der neun Phasen verhalten:

- Passive Tatvermeidungssuche: Täter dieser Klasse haben den Wunsch, Sexualdelikte zu vermeiden. Es gelingt Ihnen jedoch nicht, diese zu verhindern. D.h. es versagt die Verhaltenskontrolle oder die emotionale Kontrolle und das Individuum agiert unkontrolliert. Therapieziel ist hier die Verbesserung der Selbstkontrollmechanismen.
- Aktive Tatvermeidungsversuche: Der Täter versucht aktiv, kein Sexualdelikt zu begehen, hat aber nicht die richtigen Vermeidungsstrategien und eine Vermeidung klappt nicht. Hier geht es darum, andere Vermeidungsstrategien zu finden.
- Automatische Tatannäherung: Der Täter hat stark verinnerlichte Verhaltensmuster, deren Inhalte auf Sexualdelikte abzielen. Sein deviantes Sexualverhalten tritt scheinbar völlig unerwartet auf und entwickelt sich in kurzer Zeit. Therapieziel ist ein verbesserter Umgang mit Risikosituationen.
- Ausdrückliche Tatannäherung: Hier findet eine bewusste und genaue Planung statt. Es gibt ausgefeilte Strategien, die zu Sexualdelikten führen. Die Selbstregulierung würde funktionieren, die Ziele sind jedoch unangemessen und gefährlich.

4.1.2.2 *Behandlungsziele des BPS*

- Deviante sexuelle Erregungen reduzieren /gedankliche Vorwegnahme von Tathandlungen vermeiden
- Selbstverpflichtung verbessern gegenüber einer Vermeidung der Rückfälligkeit
- Kognitive Verzerrungen, die Straffälligkeit unterstützen, reduzieren
- Begrenzte/unangemessene Reaktionen auf Stressreaktionen des Opfers reduzieren
- Impulsiven/antisozialen Lebensstil reduzieren
- An Schwierigkeiten arbeiten, persönliche Risikofaktoren zu reduzieren
- Schwierigkeiten abbauen, Bewältigungsstrategien für persönliche Risikofaktoren einzusetzen
- Defizite in Problemlösungsfähigkeiten für Risikosituationen abbauen
- Soziale Unterstützung zur Begehung von Sexualstraftaten mit einbeziehen und bearbeiten
- Geringe emotionale Kontrolle bearbeiten
- Emotionale Einsamkeit bearbeiten
- Geringe empathische Fähigkeiten bearbeiten
- Begrenzte oder unangemessene Fähigkeiten (Umgang mit Zurückweisung, Eifersucht usw.) bearbeiten
- Durch frühe Beziehungsmuster geprägte dysfunktionale Schemata (z.B. Misstrauen) bearbeiten
- Missbrauch von Drogen oder Alkohol behandeln

Manche der Punkte stehen direkt in Zusammenhang mit Sexualdelinquenz und dem Delikt und manche Aspekte gehören zu generell grenzverletzenden Verhaltensweisen und in weiterem Sinne zu Sexualdelinquenz. Aus der Rückfallforschung ist bekannt, dass Faktoren wie antisoziale Persönlichkeitsstörung, frühere Delikte auch nicht sexueller Art (insbesondere aggressive Straftaten), Probleme der Impulskontrolle oder geringe Beziehungsfähigkeit eine Relevanz für die Vorhersage von erneuten Sexualdelikten haben

(Hanson & Bussiere, 1998, zitiert nach Wischka 2005, S. 208). Dissozialität und fehlende soziale Kompetenzen sind somit bei der Planung der Behandlung unbedingt mit einzubeziehen. Aus diesem Grunde besteht das BPS aus einem deliktspezifischen, auf die Sexualstraftat bezogenen, und einem deliktunspezifischen Teil, der nicht in direktem Zusammenhang mit der Sexualstraftat steht. Beide Teile werden unter 4.1.2.2 dargestellt.

4.1.2.2 Programmeinheiten des BPS

1. Deliktunspezifischer Teil (U)

Das BPS beginnt mit Teil U, der aus 32 Gruppensitzungen zu je 1 ½ Stunden besteht. Hier geht es um den Aufbau von sozialen Kompetenzen und von Fähigkeiten zur Selbststeuerung, womit befriedigende soziale Kontakte und Problemlösungen begünstigt werden sollen. Der Behandlungseinstieg ist niederschwellig und erreicht damit auch Sexualstraftäter, die noch nicht vollständig zu ihrem Delikt stehen und deren Therapiemotivation demnach noch nicht sehr hoch ist. Weiterhin sollen kommunikative Kompetenzen und die Entwicklung eines Gruppenklimas aufgebaut werden. Damit soll eine Basis für eine offen deliktspezifische Arbeit geschaffen werden und entschieden werden, ob der entsprechende Teilnehmer für eine weitere diesbezügliche Arbeit geeignet ist.

2. Deliktspezifischer Teil (S)

Der Teil S besteht aus 51 Gruppensitzungen zu ebenfalls je 1 ½ Stunden. Ein wesentlicher Teil des Programmpunktes ist die Bearbeitung des Tatgeschehens, das Deliktszenario. Ziel ist, dass sich der Täter als aktiv Handelnder erlebt, der in einer bestimmten Situation, die durch bestimmte Gefühlszustände, Gedanken und Handlungen beschreibbar ist, eine Reihe von Entscheidungen getroffen hat, die ihn zum Delikt geführt haben. Eine Verantwortungsübernahme des Täters wird unterstützt, indem ihm sein Entscheidungsprozess, seine Fantasien und verzerrte Kognitionen bewusst werden.

Hat der Täter seine Tatplanung verstanden und gelingt es ihm, Verantwortung für die Tat zu übernehmen, kann er ähnliche Ausgangssituationen und Handlungsabläufe vermeiden, damit eine Rückfallvermeidung unterstützen und somit seine Prognose verbessern.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist der Aufbau von Opfer-Empathie. Der Täter lernt zu verstehen, wie es dem Opfer geht und welche Folgen die Tat für das Opfer hat und hatte.

Auch soll ein Hilfesystem eingerichtet werden, d.h. Bezugspersonen, Bewährungshilfe oder andere Personen der Nachsorge.

4.1.2.3 Der Behandlungsverlauf des BPS

Der gesamte Behandlungsverlauf lässt sich nach Wischka et al. (2005, S. 210) in vier Phasen gliedern:

- Aufnahmephase mit Diagnostik, Motivierung des Gefangenen und Beziehungsaufbau
- Behandlungsphase mit verschiedenen Einzel- und Gruppenmaßnahmen mit Bearbeitung für die Straffälligkeit bedeutsamer Erfahrungen und Defizite. Wichtige Themen sind die Lebensgeschichte des Inhaftierten, das Delikt und die aktuellen Beziehungen und Konflikte. Die Lebensgeschichte und die erlebten Beziehungserfahrungen bilden den Hintergrund, vor dem das Delikt erst verstehbar wird. Veränderungen spiegeln sich im aktuellen Verhalten, besonders im Umgang mit Konflikten, wider.
- In der Entlassungsphase geht es um den Übergang von stationärer Behandlung zu ambulanter Behandlung und damit auch in die Eigenverantwortlichkeit.
- Nachsorge hat die Aufgabe, die in der Sozialtherapie erreichten Veränderungen abzusichern.

4.1.3 Das Anti-Aggressivitätstraining für Gewalttäter (AAT)

Das AAT von Weidner⁴ ist neben dem BPS ein weiteres in Deutschland entwickeltes Programm. Es wurde von Weidner 1987 in der Jugendanstalt Hameln als pädagogisches Spezialprogramm für aggressive Wiederholungstäter entwickelt. Dieses Training wird aufgrund folgender zwei Punkten näher dargestellt: Es spielt erstens eine große Rolle für die Behandlung von Straftätern und wird bei der Behandlung von Sexualstraftätern mit einbezogen. Zweitens werden viele Aspekte in einem anderen, speziell für Sexualstraftäter konzipierten Programm, dem ASAT (s. 3.1.4), aufgegriffen.

Das AAT besteht aus drei Phasen:

1. Integrationsphase

Die Integrationsphase eines Gefangenen erstreckt sich über den ersten Monat der Behandlung. Hier wird die Teilnahmemotivation thematisiert, die als primäre (der Teilnehmer will weniger aggressiv werden) und als sekundäre Motivation (der Teilnehmer will schnell Vollzugslockerungen) definiert ist. Weiterhin werden die Traineransprüche formuliert. Es finden Gewaltschilderungen aus eigener Praxis statt, provozierende Situationen werden analysiert und das aktuelle Verhalten im Vollzug wird betrachtet.

2. Konfrontationsphase

Die Konfrontationsphase läuft über den zweiten bis zum vierten Behandlungsmonat. Teil der Konfrontationsphase sind auch die „sieben Level der Konfrontation“ von Glen Mills, einer Jugendanstalt in Philadelphia. Ein stereotypes Konfrontationsritual, das mit einer freundlichen Geste beginnt, die auf ein Fehlverhalten aufmerksam machen möchte. Reagiert der Konfrontierte nicht darauf, wird er mit einer ernsten Geste, die die nonverbale Forderung nach Verhaltensmodifikation unterstreicht, aufmerksam gemacht. Reagiert der konfrontierte Aggressor immer noch nicht, wird er mit freundlich-verbalem Ton auf sein Fehlverhalten

4 Weidner, J.: AAT (2001)

hingewiesen. Findet immer noch keine Reaktion statt wird der Ton barsch. Folgt immer noch keine Reaktion, wird aus der Zweierinteraktion eine Gruppenauseinandersetzung.

Zudem werden Provokationstests durchgeführt mit spontanen massiven Provokationen unter aktuellem Bezug, die zur schweren Kränkung der kränkbaren Anteile des Täters führen sollen. Die Täter werden mit Gewaltrechtfertigungen konfrontiert. Diese werden solange hinterfragt, bis die Bereitschaft besteht, die realen Tatfolgen einzugestehen. Die Täter-Opfer-Kommunikation wird untersucht, es wird ein fiktiver Opferbrief geschrieben, Opferfilme über das Leid der Geschädigten und dessen Folgen werden angesehen. Das Einbeziehen der Opferperspektive soll den Abbau von Neutralisierungstechniken und den Aufbau von Empathie verstärken. Zudem wird die Kränkbarkeit des Täters als z.B. „cooler Schläger“ bearbeitet und aktuelles Verhalten im Vollzug wird besprochen.

Folgende Faktoren werden mit den Probanden im Rahmen des Curriculums erarbeitet (Weidner, 2001, S.146)⁵:

- Aggressivitätsauslöser nach Bandura (1979), wie provozierende Situationen oder Alkohol
- Selbstbild zwischen Ideal- und Realselbst nach Joffe & Sandler (1967): Das Idealselbstbild des Täters ist hart und unbeugsam, das Realselbst kränkbar und wenig selbstbewusst.
- Neutralisierungstechniken nach Sykes & Matza (1979) wie „das war doch halb so schlimm“ gilt es abzubauen und Realität wie die Folgen für das Opfer zu erkennen.
- Opferkommunikation nach Rössner (1984, S.131) und Kuhn (1987), unter anderem auch über den fiktiven Opferbrief, zur Wahrnehmung der Belastungen für das Opfer.
- Aggressivität als Vorteil nach Bandura (1969, S. 283 f.) durch die gewalttätige Unterwerfung des Opfers zur Erhöhung des eigenen Selbstwertgefühls.

⁵ Die im Rahmen der nach Weidner (2001, S.146) dargestellten Faktoren des Curriculums angeführten Zitate wurden entsprechend der Textquelle von Weidner als Sekundärzitate übernommen

- Provokationstests unter aktuellem Bezug nach Farelly & Matthews (1983, S. 95). Hier wird eine Hierarchie aufgestellt von leicht irritierenden Situationen leichter Belästigungen bis hin zu Aggressivität auslösenden Provokationen.
- In dem Aspekt „Subkultur“ nach Polsky (1977, S. 173) soll die „negative, aggressive Führungsrolle“ infrage gestellt werden.
- Institutionelle Gewalt nach Waldmann (1977). Hier soll die die Gewalt der Justiz und die damit ausgelöste Aggression der Inhaftierten durchleuchtet werden.

3. Gewaltverringerungsphase

Diese Behandlungsphase geht über den fünften bis sechsten Monat der Behandlungszeit. Ziel dieser Phase ist die Arbeit an der Definition verschiedener Verhaltensmuster: Friedfertigkeit ist als Stärke zu sehen und nicht als Feigheit und Schwäche. Schwächere Insassen sollen aktiv unterstützt werden und Eltern und Freunde bzw. Freundinnen sollen aktiv über die eigene Tatschuld und Einstellungsänderung aufgeklärt werden.

4. Nachbetreuung

In der Nachbetreuungsphase arbeiten ehemalige Teilnehmer als „Nichtprofessionelle“ in weiteren Kursen mit.

4.1.4 Das „Anti-Sexuelle-Aggressivitäts-Training“ (ASAT)

Bei diesem Training von Steffes-enn handelt es sich um ein inhaltlich hoch strukturiertes und delikt fokussiertes Gruppentraining für Sexualstraftäter (Deliktgruppen: sexueller Missbrauch, sexuelle Nötigung und Vergewaltigung). Insgesamt umfasst das Training 44 Module im stationären und 32 Module im teilstationären bzw. ambulanten Bereich. Es wurde 2001 entwickelt und in der SothA der JVA Amberg erstmals angewandt. Das ASAT ist ein Verhaltenstraining. Es geht um Ansprache auf der kognitiven Ebene („Nachdenken“) und auf der emotionalen Ebene („Betroffenheit“), um neues Verhalten zu lernen (Steinhauer & Brand, 2000, zitiert nach Steffes-enn, 2005, S. 249f).

Das primäre Ziel des ASAT ist die Rückfallvermeidung. Aus diesem Grunde wird versucht, eine Verbesserung der dynamischen, kriminogenen Risikomerkmale bei Straftätern zu erreichen (Lösel, 1995; Andrews, 1995 und Gendreau, 1996, zitiert nach Steffes-enn, 2005, S.249f):

- Antisoziale Ansichten, Einstellungen, Gefühle und Peer-Kontakte
- Identifikation mit kriminellen, antisozialen Rollen-Modellen und Werten
- Mangel an sozialen und zwischenmenschlichen Fähigkeiten
- Impulsivität
- Selbstschädigende Coping-Strategie
- Unfähigkeit, zu planen und konzeptionell zu denken
- Unfähigkeit, Schwierigkeiten vorherzusehen und damit umzugehen
- Egozentrik
- Externalisierung von Verantwortung
- Konkretistisches, starres und zuweilen irrationales Denken
- Störungen von Selbstkontrolle und Problemlösefähigkeiten
- Substanzgebundene Abhängigkeiten

Auf die konzeptionelle Ausgestaltung des ASAT nahm u.a. das AAT (Weidner) (s.o.) Einfluss. Das ASAT besteht aus 3 Phasen mit insgesamt 44 Einheiten (Steffes-enn, 2005, S. 252 ff): Die Integrationsphase beinhaltet 6 Einheiten, die Konfrontationsphase 30 Einheiten und die Gewaltverringerungsphase 6 Einheiten. In der Integrationsphase geht es um Einführung, Verhaltenskunde, Psychologie der (sexuellen) Gewalt und Männlichkeitsbild, Sozialisation, Frauenbild, Selbst- vs. Feindbild, Stolz- und Wertehierarchie sowie „Probe-Heißer-Stuhl“. In der Konfrontationphase geht es um „Heißer Stuhl“ (Schwerpunkt „Wie bin ich? Warum brauche ich (sexuelle) Gewalt?“), Körperübungen (in Anlehnung an das Integrative Konflikttraining nach R. Dahm, Dipl.- Soz.päd., Begründer der Meditativen Kampfkunst), Opferfilm, „Heißer Stuhl“ (Schwerpunkt „Straftat(en) und Tatfolgen“), Expertenvorträge (anschließende Diskussionsrunden), Deliktinszenierung, „Heißer Stuhl“ (Schwerpunkt „Erarbeiten der individuellen Täterklassifikation und Risikofaktoren“). Themen

in der dritten Phase, der Gewaltverringerungsphase, sind die soziale Rolle und Rollenkonflikte, subkulturelle vs. soziale Normen und Werte, Einbeziehung des sozialen Umfeldes, Streitkultur: Probleme erkennen, definieren und lösen, Deliktzirkel/Gewaltspirale und Ressourcen/Handlungsalternativen.

Zu Konfrontation merkt Steffens-enn (2005, S.255) an, dass man sich hier einer klaren, mitunter deutlichen und drastischen Sprache bedient. Es erscheint wichtig, die Sprache des Probanden zu verwenden, da diese seine Einstellungen widerspiegelt. Zudem ist es jedoch wichtig, dass der Proband das Training als Schutzraum empfindet, in dem er authentisch sein darf und lebensnahe Rückmeldungen erhält.

4.2 Psychoanalytische fundierte Behandlungsansätze

Laut Psychoanalyse wird der Mensch als ein von seinen früheren Beziehungserfahrungen in seiner Entwicklung determiniertes Wesen gesehen, der auf der Grundlage seiner bisherigen Erfahrungen und Vorstellungen agiert.

Hinsichtlich der sexuellen Devianz wird nach Schorsch (1985, S.32) davon ausgegangen, dass der sexuell deviante Impuls Kompensationscharakter hat und unter einem reparativen Aspekt zu sehen ist. Es sind Inszenierungen, die, zumindest vorübergehend, eine Angst reduzierende und stabilisierende Wirkung auf das psychische Gleichgewicht haben. In den perversen (entspricht dem Begriff sexuell devianten) Inszenierungen begegnen wir frühen Konflikten, die in den prägenden Beziehungen entstanden sind. Die Symptome der Perversion stellen Lösungsversuche dar. So ist der reparative Aspekt der Schlüssel zum Verständnis des Symptoms. Es sind verschiedene Grundthemen und Ängste, die sich in der perversen Symptomatik ausdrücken können. So ist dies z.B. das Gefühl einer momentanen Wiederherstellung einer beschädigten männlichen Identität: ein übermächtiges Erleben von Potenz und Mächtigkeit in einem Lebensgefühl von Ohnmacht und Nichtigkeit; Suche nach Bewunderung, nach Nähe, Wärme, Geborgenheit, Fürsorge und Versorgtwerden, nach symbiotischer Vervollkommnung z.B. in pädophilen Beziehungen; ein Erleben infantiler

Allmachtsgefühle; Abwehr von Ängsten, von der Frau entmachtet, verschlungen und vernichtet zu werden; Fantasien, jemanden ganz für sich zu haben, zu dominieren als Ausdruck einer Angst vor dem Verlassenwerden usw.

Für die klinische Arbeit ist es vorrangig, aus diesen „mehrfachen Funktionen“ diejenige zu selektieren, die „motivationale Priorität“ (Stolorow, 1979 zitiert nach Schorsch, 1985, S. 33) haben. Diese sind bei jedem Klienten unterschiedlich.

Das spezifische der perversen Symptombildung nach Schorsch (1985, S.32) ist der Abwehrmechanismus der Sexualisierung. Sexuelle Erfahrungen können stabilisierende Funktion haben. Sie können Trost, Sicherheit und Stolz vermitteln, können Ängste beschwichtigen und vielfältige Bedürfnisse erfüllen. Eine forcierte Sexualisierung ist immer auch ein Hinweis auf starke Ängste, die abgewehrt werden.

Grundlegende psychoanalytische Aspekte des perversen Rituals nach Schorsch (1985):

1. Demonstration von Männlichkeit

Dass der sexuelle Übergriff mit einem starken Erleben von Potenz, Männlichkeit und Mächtigkeit einhergeht, ist ein zentrales Merkmal der meisten sexuell devianten Rituale. Dies ist ein Hinweis auf die problematische männliche Identität dieser Menschen. Viele sexuell devianten Symptome sind auch ein Versuch, Kränkungen des männlichen Selbsterlebens kompensatorisch auszugleichen. Generell ist es jedoch nicht einzig auf eine Männlichkeitsproblematik zurückzuführen, sondern häufig sind es zudem noch basalere und frühere Störungen.

In der Biographie von Sexualstraftätern existieren immer wieder Faktoren, die eine Identifikation mit dem Vater und somit die männliche Identifikation erschweren. Dies ist z.B. der Fall, wenn der Vater in der Familie eine geringe Rolle spielt oder im Erleben der Söhne eine negative, bedrohliche oder mit übermächtigen Aspekten von Männlichkeit besetzte Rolle einnimmt.

Demonstration von Männlichkeit spiegelt sich z.B. im Exhibitionismus, in sadomasochistischen Bemächtigungen aber auch bei solchen pädophilen Handlungen, in denen das Alters- und Machtgefälle ein zentraler Bestandteil der Befriedigung ist. Durch das unerwachsene Genital seines kindlichen Gegenübers erfährt der Pädophile ein Gefühl der genitalen Vollwertigkeit, wodurch seine Männlichkeitszweifel reduziert werden.

2. Ausweichen vor Genitalität

Hier geht es auch um eine massive Männlichkeitsproblematik und um ein regressives Flüchten in eine kindliche Welt und ein Ausweichen vor genitaler erwachsener Sexualität.

Die Täter erleben ihr Verhalten nicht als Machtgebärde, sondern als Ohnmachts- und Unterwerfungsverhalten. Exhibitionisten dieser Art präsentieren z.B. ihr nicht erigiertes Genital und haben dabei die Wunschfantasie, von Frauen dafür ausgelacht zu werden.

3. Wut und Hass

Ähnlich wie die Männlichkeitsproblematik ist Aggressivität und damit eine Aggressionsproblematik mit Wut und Hass für das perverse Symptom von essentieller Bedeutung. Hass drückt sich einerseits in der "Entpersönlichung" des Gegenübers aus, andererseits im Erleben des "Triumphes", der in der Umkehr früherer Entwertungen besteht und nach Stoller (1979, zitiert nach Schorsch, 1985, S.34) eine „spezifische Erlebnisqualität der perversen Lust“ ausmacht.

Im Zusammenhang mit frühen Traumatisierungen fehlt z.B. in frühen Entwicklungsphasen ein empathisches Eingehen auf die spezifischen kindlichen Bedürfnisse. Daraus kann dann eine mangelnde Neutralisierung und Integration aggressiver und destruktiver Inhalte resultieren.

Durch eine Bindung der Aggression über die sexuelle Devianz werden gegenwärtige Bindungen "verschont". Dies wird Schutz des Objekts genannt.

4. Oppositioneller Ausbruch

Dieser Aspekt kennzeichnet einen extremen Kontrast zwischen der Lebensführung, der sozialen Situation der entsprechenden Person und den sexuell devianten Verhaltensweisen. Oft handelt es sich bei diesen Tätern um Menschen, die sich in äußere Ordnungen, die eng und rigide sind, zwängen und deren Leben durch "soziales Funktionieren" gekennzeichnet ist. Oppositionelles Ausbrechen durch die Perversion ist eine punktuelle Flucht aus der Umklammerung, häufig durch eine sehr kontrollierende Partnerin, in der sie insbesondere ihre männliche Identität gefährdet sehen. Auch hier wird die direkte Beziehung zur Partnerin nicht gefährdet und das Verhalten ist ebenso wie unter dem vorherigen Punkt objektschützend.

5. Omnipotenz

Hierunter wird eine momentane regressive Wiederbelebung infantiler Allmachts- und Größenvorstellungen verstanden. Omnipotenz erleben weist auf eine seltenere basalere Störung der narzisstischen Organisation hin. Überwiegend bei Tätern von aggressiven Sexualdelikten, unter anderem auch bei sadomasochistisch ausgerichteten Taten, wird von den Sexualdelinquenten erlebte Ohnmacht in phantasierte Allmacht verwandelt.

6. Auffüllen innerer Leere

Lichtenstein (1970, zitiert nach Schorsch, 1985, S. 35) beschreibt, dass Sexualität Funktion für das lustvolle Spüren der Person in ihrer Eigenständigkeit hat. Dieser Aspekt hat bei sexueller Deviation eine besondere Bedeutung. Bei fast allen Menschen mit einer sexuellen Deviation haben wir in ihrem Symptom die Funktion des Trostes, der Selbstvergewisserung, der Auffüllung innerer Leere und der Selbstkonstitution. Aufgrund früher Internalisierungsdefizite und Deprivationen ergibt sich eine Schwierigkeit, tragende und konstante Beziehungen einzugehen oder aufrecht zu erhalten. Die reparative Funktion des Symptoms besteht darin, dass der Täter sich seine meist prägenitalen Bedürfnisse selbst erfüllt und sich auf diese Weise von der Umwelt, von der er erwartet enttäuscht zu werden, unabhängig macht. Demnach benötigen Menschen mit einer defizitären Selbstentwicklung die Perversion zur Aufrechterhaltung ihres narzisstischen Gleichgewichts. Es geht um die

Kompensation von Gefühlen wie Einsamkeit und Wertlosigkeit und auch um den Schutz vor einer depressiven Dekompensation.

7. Identifikatorische Wunscherfüllung

Besonders für die pädophilen Täter ist die Beziehungskonstellation durch projektiv-identifikatorische Mechanismen nach Klein typisch (1972, zitiert nach Schorsch, 1985, S. 36). Es handelt sich um Abwehrprozesse zur Bewältigung früher Verlustängste durch Spaltung, Projektion und Introjektion. Bezeichnend ist hier eine regressive Wiederherstellung der eigenen kindlichen Situation. Das Verhaltensmuster des pädophilen Täters gemeinsam mit dem Kind ist die Erfüllung seiner Wunschfantasien. Die identifikatorische Wunscherfüllung betrifft Wünsche nach Zärtlichkeit, Hautkontakt, Beschäftigung mit dem Genital etc.

Insgesamt kann aus psychodynamischem Verständnis von vier Störungsaspekten der Persönlichkeit ausgegangen werden, die sich vorzugsweise im perversen Symptom ausdrücken und in ihm kompensatorisch ausgeglichen werden: eine Männlichkeitsproblematik bzw. Störung der männlichen Identität, eine Aggressionsproblematik auf der narzisstischen Ebene, eine Störung des Selbsterlebens und eine Beziehungsproblematik. Die Dramaturgie des perversen Symptoms ist unter drei Aspekten zu betrachten: dem Triebaspekt (männliche Identität und Aggression), dem Aspekt der Objektbeziehungen (Beziehungsproblematik) und dem narzisstischen Aspekt (Selbsterleben).

Nach Argelander (1985, zitiert nach Schorsch, 1985, S.37) ist das Ziel einer psychodynamisch psychoanalytischen Therapie eine "emotional korrigierende Beziehungserfahrung" zur Stabilisierung der Persönlichkeitsstruktur des Täters, sodass sie ihre inneren Konflikte weniger durch die Inszenierung vertrauter Beziehungsszenen nach außen tragen. Die korrigierende emotionale Erfahrung wird nach Postpischil (2004, S.234) durch die therapeutische Beziehung möglich, wenn auf die deliktrelevanten grenzverletzenden Szenen, die sich im Hier und Jetzt der Therapiestunde abspielen, Halt stiftend (d.h. begrenzend) und mit einem Verstehensangebot reagiert wird. Es geht dabei um die ganze Person, die sich wertgeschätzt fühlen soll, wobei es kein Einverständnis mit der Delinquenz gibt. Die

Straftaten inklusive der sie begleitenden Emotionen werden in der Behandlung szenisch dargestellt, sodass sich die deliktspezifischen Beziehungsmuster im Kontakt zum Therapeuten wiederholen. Zwei Aspekte spielen hierbei eine wichtige Rolle: Welche emotionale Befindlichkeit lässt den Täter zum Täter werden und wie sind solche Situationen auch ohne ein grenzverletzendes Verhalten zu bewältigen?

4.3 Grenzen der Behandelbarkeit

Rehder stellt fest, dass die Haupteinschränkungen bei der Behandlung im Vollzug nicht etwa fehlende Therapeuten sind. Er beschreibt die Grenzen der Behandlung im Vollzug unter drei Aspekten (1990, S. 113f.):

- Sicherheit: Der Sicherheitsgedanke kann eine Grenze der Behandelbarkeit dahingehend sein, dass die Sicherheitsbeauftragten des Vollzuges Kontrolle und Überwachung in den Vordergrund stellen und damit Kontrolle für Sicherheit wichtiger wäre als Behandlung.
- Anstaltsstruktur: Die Anstaltsstruktur ist fest und es ist nicht einfach, neue Bereiche zu etablieren. Bedienstete geben in erster Linie Inhalte weiter, die für einen reibungslosen Dienstablauf erforderlich sind, weniger Therapieinhalte.
- Einstellungen und Vorurteile der Gefangenen: Innerhalb des Vollzuges sind die meisten Inhaftierten bestrebt, ihr Delikt zu bagatellisieren und sich potent in finanzieller, krimineller und sexueller Hinsicht zu demonstrieren. Die Teilnahme an Behandlungsmaßnahmen gefährdet dieses Bild. Zudem haben sich die Gefangenen umso mehr an ihre Situation gewöhnt, je länger die Haft andauert eine Veränderung ist nicht mehr erwünscht. Zudem haben die Gefangenen große Sorge, dass Informationen aus der Behandlungsarbeit in die Gefangenenakte gelangen könnten.

Eine weitere Grenze der Behandelbarkeit der Täter ist erreicht, wenn ein Täter nach Ablauf der Strafzeit Sicherungsverwahrung auferlegt bekommt. Jedoch auch sicherungsverwahrte Gefangene werden in eine SothA für den Zeitraum der Behandlung befristet aufgenommen, um im Anschluss in die Sicherungsverwahrung zurückzukehren.

Sicherungsverwahrte erhalten, anders als die übrigen Gefangenen, keine Vollzugslockerungen in der SothA.

4.4 Rückfälligkeit von Sexualstraftätern

An der Rückfälligkeit selbst, die hier aus mehreren Blickwinkeln dargestellt wird, wird letztendlich der Erfolg einer Behandlung gemessen. Nach Wischka et al. (2005, S. 223) sind dem Klienten Risikosituationen bewusst, die er nach der Entlassung vermeiden oder bewältigen muss. In der JVA Lingen und seit 2009 auch in der JVA Landsberg wird ein konkreter individueller Rückfallpräventionsplan erarbeitet. Er enthält Angaben zu gefährlichen Stimmungen und Gefühlen, riskanten Gedanken und Fantasien, Rückfall begünstigenden Situationen und Orten, riskanten Berufen und Hobbys, Rückfall fördernden Personen, Warnsignalen und dem Helferkreis. Bei den Wiedereingliederungshilfen werden Risikosituationen berücksichtigt. Die finanzielle Entlassungssituation ist geklärt. In der Entlassungsphase finden eine Kontaktaufnahme sowie eine Unterstützung der Bewährungshilfe statt. Der Klient wird vor der Entlassung dazu angehalten, nach der Entlassung sein Verhalten ständig zu reflektieren. Hierzu kann er ein Tagebuch führen. Der Klient hat Adressen von Einrichtungen etc., an die er sich im Notfall wenden kann.

Rehder & Suhling (2008, S. 250) haben in einer Studie 244 Sexualstraftäter durchschnittlich 15,8 Jahre nach ihrer Haftentlassung geprüft, ob und in welcher Art sie rückfällig wurden. In diesem Fall ergab sich eine einschlägige Rückfälligkeit von 12%. Diese ist nach Rehder & Suhling (2008, S. 250) etwas niedriger als in anderen Untersuchungen angegeben.

Schneider (2002, S. 251) ist der Ansicht, dass es zwei Gruppen von Sexualstraftätern gibt: die kleine Gruppe chronischer Lebenslauf-Sexualstraftäter, die in ihrer frühen Jugend mit der Sexualdelinquenz beginnen und die die Mehrzahl der Sexualstraftaten begehen und die große Gruppe der Jugendzeit-Sexualstraftäter, deren deviantes Sexualverhalten sich beim Erwachsenen spontan zurückbildet. Bei ersteren sieht Schneider (2002, S. 251) die

Rückfallquote hoch, da es sich bei ihrer Deviation um einen robusten Hang, der jahrelang erlernt worden ist und der anhält, handelt. Niedrige Rückfallquoten beruhen nach Schneider (2002, S. 251) darauf, dass man der Beobachtung Rückfallrisikozeiten von nur vier bis fünf Jahren zugrunde legt. Schneider schreibt, dass nach der internationalen Rückfallforschung die langfristigen Basisraten (15-25 Jahre) für den einschlägigen Rückfall bei den sexuellen Kindesmisshandlern 52% und bei den Vergewaltigern 39% sind. Hinzu käme seiner Aussage nach zu seinen Untersuchungen noch ein erhebliches Dunkelfeld nicht angezeigter, verborgener gebliebener Sexualkriminalität. Nach Ansicht Schneiders (2002, S. 252) sind „Sexualstraftaten zumeist Gewaltdelikte, die nicht durch einen abnormen Sexualtrieb, sondern durch das Dominanzstreben und den Machtmissbrauch des Sexualstraftäters motiviert sind. Es gibt nur wenige Sexualstraftäter, die sich ausschließlich auf Sexualdelikte spezialisiert haben; zumeist sind sie Generalisten, die auch andere Arten von Straftaten begehen.“

4.4.1 Evaluationprobleme von Rückfälligkeit bei Sexualstraftätern

1975 wurde u.a. von Martinson verkündet „nothing works“. Ortmann (1994, S. 784) teilte mit, der Erfolg der Sozialtherapie sei gering bis sehr gering, aber nicht null. Sehr hebe sich die Entlassungsvorbereitung der Sozialtherapie vom Regelvollzug ab. Albrecht und Ortmann empfehlen deshalb, auf drei Bereiche mehr Gewicht zu legen: auf das Anstaltsklima, auf eine deutlich bessere soziale Integration der Gefangenen und Entlassenen und die konsequente Anwendung kognitiv-behavioraler Therapiemethoden (2000, 133ff.).

Egg (2002, S. 49-50) beschreibt neun Probleme bei der Evaluation der (Nicht)Rückfälligkeit von Sexualstraftätern. Fünf davon sollen hier kurz angesprochen werden. Erstens die Auswahl der Gefangenen mit einem von ihm gestellten Antrag. Hier ist nicht ganz klar, nach welchen Kriterien ausgewählt wird. Andererseits gibt es angeblich viele Gründe für die Annahme, dass der Zusammenhang zwischen Auswahl, Therapiebereitschaft und Therapiefähigkeit sowie späterer (Nicht-)Rückfälligkeit deutlich überschätzt wurde. Zweitens Rückverlegungen, bei denen sich schnell der Verdacht ergibt, dass es sich hier um besonders schwierige Fälle handelt oder um Gefangene, die sich nicht einordnen können und selbst zurückverlegt werden wollen. Drittens Kontrollgruppen: eine Kontrollgruppenbildung

ist eigentlich nicht möglich, da es nach dem Gesetz von 1998 ausgeschlossen ist, nur einen Teil der Sexualstraftäter aufzunehmen, während sich der andere Teil in der Kontrollgruppe ohne Behandlung befindet. Das vierte Problem ist das der Evaluation der Probanden der Kontrollgruppe. Diese ist notwendig, da es sein kann, dass die therapeutische Arbeit im Regelvollzug ähnlich der sozialtherapeutischen ist. Fünftens geht es um Legalbewährung und sozialtherapeutische Einzelmaßnahmen. Es ist nicht bekannt, welche Teilaspekte wie Gruppen, Arbeit, Trainingsprogramme, Kontakte zu Mitgefangenen in der Anstalt, Qualität der Mitarbeiter etc. in welcher Weise wirksam sind. Und zuletzt haben wir keinen Einblick, wie Gefangene nach der Entlassung wirklich leben. Ob sie z.B. ihre Suchtpotentiale unter Kontrolle haben oder ob sie das Erlernte im Alltag auch wirklich ein- und umsetzen.

4.4.2 Metaevaluationsergebnisse bezüglich der Rückfälligkeit

Als Rückfall wurde nach Rehder & Wischka (2002, S.70) die Festnahme des Sexualstraftäters wegen eines erneuten Sexualdelikts definiert.

Sie legten drei Kriterien fest, um zwischen schwachen und starken Ergebnissen von Behandlung zu unterscheiden:

1. Eine Rückfallquote von weniger als 11 % als Grenzwert für einen positiven Behandlungseffekt,
2. Ein Minimum von N=100 für jede Zelle und
3. Eine Rückfalldifferenz von mindestens 10% zwischen behandelten und unbehandelten Personen.

Ergebnis der Studie von Rehder und Wischka war eine Rückfallquote für behandelte Vergewaltiger von 20,1%, von 23,7% für unbehandelte Vergewaltiger, für behandelte Missbrauchstäter 14,4% Rückfallquote und 25,8% für unbehandelte Missbrauchstäter.

Nach Alexander (1999)⁶ bleiben Täter, die männliche Kinder missbraucht haben, schwer erreichbar. Für diese Gruppe seien massive Interventionen angezeigt. Die Ergebnisse der Metaanalyse von Rehder und Wischka führen zu dem Schluss, dass die Rückfallquote durch Behandlung erheblich reduziert werden kann, insbesondere durch kognitiv-behaviorale Methoden, da diese den Rückfallprozess in das Zentrum der Behandlung rücken würden. Rehder und Wischka (2002, S. 72) schlussfolgern letztendlich, dass realistischerweise davon ausgegangen werden kann, dass sich durch angemessene Behandlungsmaßnahmen die Rückfallquote bei Sexualstraftätern mindestens halbieren lässt. Zudem äußern sie, dass von der Gesellschaft die Rückfälligkeit dieser Täter regelmäßig überschätzt werde. Die Behandlungsaussichten bei Sexualstraftätern seien auch eher günstig als bei anderen Tätergruppen.

4.4.3 Prognose bei Sexualstraftätern

Empirische Untersuchungen belegen meist erstaunlich niedrige Rückfallraten von Sexualstraftätern. Die tatsächlichen Rückfallzahlen zeigen sich ganz anders, als es von der Gesellschaft aufgrund der sehr in den Vordergrund gestellten Berichte über Sexualstraftäter und der Natur des Themas, das emotional sehr bewegt, erwartet wird. Z.B. beschreiben Hanson/Bussiere (1998, zitiert nach Eher et al., 2002, S. 18) eine mittlere Rückfallrate mit Sexualdelikten bei entlassenen Sexualstraftätern von 13,4% nach vier bis fünf Jahren. Hood et al. (2002, zitiert nach Eher et al., 2002, S. 18) untersuchten die Rückfallraten langzeithaftierter Sexualstraftäter. Nach vier Jahren waren 4,3%, nach sechs Jahren 8,5% aufgrund eines Sexualdeliktes wieder inhaftiert.

Als immanente Schwäche des Prognostizierens benennen Eher, Rettenberger und Matthes (2002, S. 21) das Dilemma der empirisch-aktuarischen Prognose. Das Dilemma liegt im Wunsch nach Herausfiltern der optional rückfälligen Täter. Hier wird in Kauf genommen, dass lieber zu viele nicht rückfällig gewordene Täter als gefährlich eingestuft werden und inhaftiert werden als zu wenig tatsächlich rückfällig gewordene.

⁶ Alexander, M. (1999). Sexual offender treatment efficacy revisited, *Sexual Abuse* 11, No.2 (<http://inpsyte.asarian-host/alexander.htm>).

Eher et.al. (2002) stellen das Verhältnis zwischen Prognosestellung mittels aktuarischer Verfahren und der tatsächlichen Legalbewährung anhand einer prospektiven Studie mit 785 entlassenen Sexualstraftätern aus Österreich dar.

Zum Stichtag 17.09.2007 waren in Österreich insgesamt 1216 Täter gemeldet und 785 Täter waren bereits mindestens zwei Jahre, durchschnittlich 4 Jahre, entlassen. Diese Gruppe wurde anhand von Strafregisterauszügen des Bundesministeriums für Inneres auf neue Einträge rechtskräftiger Verurteilungen hin überprüft.

Die Gruppe von 785 Sexualstraftätern unterteilte sich in 224 außerfamiliäre Kindesmissbraucher, 136 innerfamiliäre Kindesmissbraucher und 372 Vergewaltiger. Die sexuell motivierten (einschlägige) Rückfälle betragen in der Gesamtgruppe 3,82%. Für die Gruppe der außerfamiliären Kindesmissbraucher 8,04%, die Gruppe der innerfamiliären Kindesmissbraucher 1,47% und die der Vergewaltiger 1,61%. Interessant sind hier noch die aufgeführten Vordelikte. Die Rate der allgemeinen Vordelikte war bei der Gesamtgruppe 3,09%, bei der Gruppe der außerfamiliären Kindesmissbraucher 3,27%, bei den innerfamiliären Kindesmissbrauchern 1,23% und bei den Vergewaltigern 3,16%. Einschlägige Vordelikte waren verzeichnet mit 0,30% bei der Gesamtgruppe, mit 0,49% bei der Gruppe der außerfamiliären Missbraucher, 0,06 bei den innerfamiliären Missbrauchern und 0,15 bei den Vergewaltigern.

4.5 Rückfallprädiktoren

Es gibt einige Aspekte bei einem Täter wie den frühen Beginn von Sexualdelinquenz oder das Vorliegen einer antisozialen Persönlichkeitsstörung oder auch eine in jungem Alter beginnende grundsätzliche Delinquenz oder auch anamnestische Faktoren, die Prädiktoren für einen einschlägigen Rückfall sind. Im weiteren Verlauf sollen Konzepte unterschiedlicher Rückfallprädiktoren festgehalten werden.

4.5.1 Rückfallprädiktoren nach Hanson & Bussiere (1996)

- Entwicklungsgeschichte: negative Mutterbeziehung
- Demographische Daten: geringes Alter und nie verheiratet
- Deliktvorgeschichte: Frühe insgesamte Delinquenz, frühe Sexualdelinquenz, unbekanntes Opfer
- Klinische Variablen: Pädophilie (phallometrisch nachgewiesen), sexuelle Devianz, geringe Behandlungsmotivation, Persönlichkeitsstörung (insgesamt), Antisoziale Persönlichkeitsstörung, MMPI 5

4.5.2 Anamnestische Rückfallprädiktoren bei sexuellen Missbrauchstätern nach Barnard (1989)

- Eigene körperliche Misshandlung oder eigener sexueller Missbrauch in der Kindheit
- Fehlende Freundschaften während der Jugend bzw. eine insgesamt geringe Bindungsfähigkeit
- Alkohol- oder Drogenmissbrauch
- Gefühle von Angst, Machtlosigkeit, Wut und ein geringes Selbstwertgefühl
- Störung in der Entwicklung eines Begriffs von „Moral“
- ständiges Beschäftigtsein mit sexuellen Themen
- Verleugnung oder Schuldgefühle gegenüber der eigenen Sexualität

4.5.3 Rückfallzyklus bei Sexualdelinquenz nach Freeman-Longo & Pithers (1992)⁷

1. Abstinenz mit Selbsteffizienz und Erfolgserwartung
2. Entscheidung zwischen weiterer Abstinenz mit Verstärkung der Selbsteffektivität und daraufhin einer geringeren Rückfallwahrscheinlichkeit und dem Auftreten von Hochrisikofaktoren wie negativer Stimmung und einem interpersonalem Konflikt, der
3. bei Bewältigung zu weiterer Abstinenz führen kann und bei Nichtbewältigung zu Fehlverhalten wie devianten Fantasien oder dem Konsum von Pornografie. Dadurch entsteht

⁷ zitiert nach Pfäfflin, F., 2001, S. 143.

4. eine Verletzung der Abstinenz mit Selbstentwertung, Versagenserwartung, dem Problem der unmittelbaren Befriedigung, falschen Zuschreibungen und einem erhöhtem Rückfallrisiko. Wenn jetzt Coping stattfindet
5. und funktioniert, dann kehrt der Sexualstraftäter zur Abstinenz zurück. Funktioniert das Coping nicht, findet ein Rückfall mit einer sexuell aggressiven Handlung statt.

4.5.4 Rückfallprädiktoren bei jugendlichen Tätern nach Rösler (1997)

Rösler (1997, zitiert nach Pfäfflin, 2001, S. 143) beschreibt, dass 15,4% der untersuchten 91 Sexualstraftäter in einem Zeitraum von 6 bis 34 Jahren rückfällig wurden. Seine Untersuchung zeigte, dass begünstigende Faktoren Alkohol, eine Persönlichkeitsstörung, ein Gewaltdelikt in der Vorstrafe, keine festen menschlichen Bindungen und Promiskuität sind. Faktoren, die interessanterweise nach seiner Studie keinen Einfluss auf Rückfälligkeit haben sind Intelligenz, zerebrale Vorschädigung, Schulabschluss, Situation der Herkunftsfamilie und Heimunterbringung.

4.5 Rückfallprävention in der Justizvollzugsanstalt Lingen⁸

Eine möglichst frühe Analyse von Risikosituationen, problematischen Einstellungen und sozialen Defiziten im Rahmen des BPS ist sowohl für die weitere Behandlungsplanung hilfreich als auch für die Prüfung der Lockerungseignung und die therapeutische Bearbeitung von Erfahrungen innerhalb der Wohngruppe sowie auch außerhalb der Einrichtung während gewährter Vollzugslockerungen. Rückfallprävention ist demnach bereits während der laufenden Behandlung, in der Entlassungsphase und natürlich auch nach der Entlassung dringend erforderlich. Während der Behandlung sind folgende Ziele relevant: Risikosituationen, die nach der Entlassung vermieden oder bewältigt werden müssen, sollen bewusst gemacht werden. Der Täter soll lernen, mit diesen Risikosituationen anhand verschiedener erlernter Strategien umzugehen. Auch bei den Wiedereingliederungshilfen wie Wohnungs-, Arbeitssuche und Freizeitgestaltung werden Risikosituationen berücksichtigt. Bei

8 Wischka, B., Rehder, U., Specht, F., Foppe, E. & Willems, R., 2005, S.222f.

der Entlassung ist unter anderem die finanzielle Situation geklärt. In der Entlassungsphase findet eine Kontaktaufnahme mit der Bewährungshilfe statt. In der Nachsorge ist der Klient in seiner Lebensführung achtsam und hat Gelegenheit, Erfahrungen und Probleme zu besprechen. Er weiß, an wen er sich in Krisensituationen wenden kann.

5. Behandlung außerhalb der Psychotherapie

5.1 Medikamentöse Therapie

Eine optimale Pharmakotherapie sollte nach Hill et al. (2005, S.34) drei Punkte erfüllen. Sie sollte selektiv deviante sexuelle Verhaltensweisen, Impulse und Fantasien reduzieren. Zweitens sollte Sie die nicht-deviante Sexualität fördern oder zumindest nicht beeinträchtigen und drittens sollte sie keine anderen unerwünschten Nebenwirkungen haben. Hill et al. halten die Entwicklung einer solchen Substanz, die es noch nicht gibt, jedoch eher für unrealistisch. Bisher konzentriert sich die Behandlung von Sexualstraftätern auf zwei Medikamentengruppen. Auf so genannte SSRI (selektive Serotonin Wiederaufnahmehemmer) und Medikamente, die die Produktion und Wirkungen von Androgenen beeinflussen. Diese zweite Gruppe der Medikamente sind CPA (Cyproteronacetat), MPA (Medroxyprogesteronacetat und LHRH-Antagonisten (Gonadotropin-Releasing-Hormone Antagonisten =GnRH-Antagonisten).

Insgesamt kann man sagen, dass bei starken devianten Fantasien und Impulsen oder dem Risiko für Sexualstraftaten und bei depressiver, ängstlicher oder zwanghafter Symptomatik das Wirkungsspektrum von SSRIs gut ist, bei unzureichender Wirksamkeit von SSRI und mittlerem bis hohem Risiko für Hands On-Delikte, starker Impulsivität und Aggressivität der Einsatz von CPA sinnvoll ist und bei diesbezüglicher unzureichenden Wirksamkeit oder Leberfunktionsstörungen unter CPA auf LHRH-Agonisten zurückgegriffen werden kann.

Zusammenfassend ist zu der Gabe eines Medikaments bei sexueller Devianz zu sagen, dass sich damit z.B. das Setting einer Psychotherapie verändert. Patienten können entweder entlastet sein von der Reduktion ihrer sexuell devianten Muster, andererseits kann es bei Wegfall von Sexualität, die auch stabilisierend sein kann, zu einer Krise kommen (Hill et al., 2005, S. 356).

5.1.1 SSRI

Bekannt aus der Behandlung von depressiven Patienten hemmt der Neurotransmitter Serotonin sexuelle Erregung, Orgasmus- und Ejakulationsfähigkeit. Übertragen auf eine mögliche Nutzung bei Sexualstraftätern ist hier sowohl eine Hemmung der gesamten sexuellen Aktivität möglich als auch eine Reduktion der Impulsivität und der sexuellen Zwangssymptome sowie der zugrunde liegenden depressiven Symptomatik und eine indirekte Reduktion des Testosteronspiegels im Serum. Nach Hill et al. (2005, S.345) ist es eher unwahrscheinlich, dass sich die Wirkung der SSRI alleine auf eine allgemeinen Hemmung der Sexualität beschränkt. Unterschiedliche Untersuchungen belegen, dass SSRI bei Verminderung von sexuellen Fantasien, sexuellem Verlangen, Masturbation und sexuell abweichendem Verhalten wirksam sind (Coleman et al., 1992 und Kafka & Prentky zitiert nach Hill et al. 2005, S.346).

5.1.2 Naltroxen (Nemexin)

Der Morphin-Antagonist wird ursprünglich im Sucht-Fachbereich und bei Zwangssymptomatik angewandt. In einer Studie mit 21 Sexualstraftätern (Studie unbekannt, erwähnt von Briken, Hill & Berner 2007, S.142) zeigte sich eine Reduktion von Symptomen wie einem mehr als dreimal täglichen Masturbieren oder der Unfähigkeit der Kontrolle der sexuellen Erregung. Diese reduzierte sich ebenso wie das Masturbieren etwa um 30%. Briken et al. (2007, S. 142) sind der Überzeugung, dass es sich hier um ein sinnvolles Behandlungskonzept handeln könnte.

5.1.3 Antihormonelle Substanzen

Seit den 1960er Jahren wurde in mehreren Studien gezeigt, dass chirurgische Kastration von Sexualstraftätern deren Rückfälligkeit deutlich reduziert (Langelüddecke, 1963; Stürup, 1972; Wille/Beier, 1989; Hansen, 1991). Da Kastration jedoch ein ethisch wenig vertretbares Mittel zur Behandlung eines Menschen ist, wurde die Behandlung mit Cyproteronacetat (CPA) und Medroxyprogesteronacetat (MPA) eingeführt. MPA ist ein Progesteronabkömmling mit einer Dosis-abhängigen Hemmung der Gonadotropin-Sekretion, wodurch die Testosteron Produktion in den Hoden reduziert wird. MPA wird nicht in Deutschland eingesetzt.

CPA reduziert die Auswirkungen von Testosteron und über eine reduzierte Sekretion des LHRH-Hormons im Hypothalamus wird der Plasma-Testosteronspiegel gesenkt. CPA blockiert auch die Androgen-Rezeptoren z.B. an den Hoden, indem es gleichzeitig Testosteron und Dihydrotestosteron von den Rezeptoren verdrängt. Zum anderen reduziert es die Sekretion von Gonadotropin-releasing-Hormon (GnRH bzw. LHRH) (Briken et al., 2007, S. 135f.). Die erwünschte Reduktion der Sexualität setzt frühestens nach einer Woche, meist nach zwei bis drei Monaten ein (Hill et al., 2005, S. 349).

Eine weitere Substanz, die GnRH- oder LHRH-Agonisten, unterdrücken reversibel die Gonadentätigkeit. Auch hier konnte in einer Studie beobachtet werden, dass es zu einer Abnahme sexuell devianter Fantasien und Verhaltensweisen kommt (Briken et al., 2007, S. 137). Rösler und Witzum (2000, zitiert nach Hill et al., 2005, S.348) stellten in einer eigenen Studie fest, dass als Nebenwirkungen der GnRH oder LHRH-Agonisten Gewichtszunahme, vermehrtes Schwitzen und Gynäkomastie sowie Knochenschmerzen, Verminderung des Hodenvolumens, Abnahme der Körper- und Gesichtsbehaarung feststellbar waren.

5.2 Chirurgische Kastration

Traditionelle Versuche, gewalttätig-sexuelles Verhalten zu regulieren waren operative Eingriffe, hirnganisch oder bei den Geschlechtsorganen. Eine chirurgische Kastration ist als massiver Eingriff zu sehen. Bei Tätern, die sich einer solchen Behandlung unterziehen ist nach Heim und Hirsch (1979, zitiert nach Schmucker & Lösel, 2007, S. 300) von vorneherein und unabhängig von der Operation von einem geringeren Rückfallrisiko auszugehen. Aus der Sicht von Heim und Hirsch handelt es sich deshalb bei den in Kastrationsstudien ermittelten Effekten mit einiger Sicherheit um Überschätzungen der wahren Effekte. Hinzu kommt, dass eine Kastration eher nach bereits längeren anderen Behandlungen vollzogen wird. Die Operation bewirkt bei Gelingen ein generell geringeres sexuelles Verlangen. Trotzdem wird als Kritik des operativen Eingriffs noch vorgebracht, dass es nach Untersuchungen zu den Zusammenhängen zwischen den Testosteron-Niveau und sexueller Devianz keine überzeugende Ergebnisse gibt (Fiedler, 2004, S.282).

5.3 Fazit zur Unterbindung der Produktion von Sexualhormonen

Eine Unterbindung der Produktion von Sexualhormonen sowohl durch Medikamentengabe als auch durch Kastration führt nach Rehder (1999, S. 75) auch nach fünf bis sechs Jahren nicht notwendigerweise zum Erlöschen der Erektionsfähigkeit. Volk et al. (1985, zitiert nach Beier et al., 2005, S.462 ff.) sind ähnlicher Meinung hinsichtlich ihrer endokrinologischen und genetischen Untersuchungen an Vergewaltigungstätern. Sie kommen zu folgenden Ergebnissen:

- dass "Vergewaltigungstäter und eine Gruppe gleichaltriger Männer ... keine signifikanten Unterschiede der für die Sexualität relevanten Hormone" zeigten und dass auch " keine Hinweise für einen Zusammenhang zwischen der Höhe des Hormonspiegels und dem Ausmaß der bei der Tat angewandten Gewalt" festzustellen seien und
- dass nach ihren "eingehenden klinischen, neurologischen, psychopathologischen und psychologischen Untersuchungen" die in 3 von 22 Fällen festgestellte gonosomale Aberration (Klinefelter-Syndrom) "keinen unmittelbaren kausalen Zusammenhang mit den Taten haben".

Nach Fiedler (2004, S.283) gelten trotz des langjährigen Einsatzes von medikamentöser Behandlung bei sexueller Devianz, deren Wirkungen und Nebenwirkungen nicht als einschätzbar. Prinzipiell wäre es jedoch eine reversible chemische Kastration.

6. Forschung in sozialtherapeutischen Einrichtungen

Nachdem es sich bei dieser Untersuchung um eine intramurale Forschung in SothAs handelt, wird vor der Darstellung der eigenen Ergebnisse die Kurzdarstellung einer anderen Forschung und Aufgaben der Psychotherapieforschung vorangestellt, zunächst eine Untersuchung des viel verwendeten Behandlungsprogramms SOTP aus England.

6.1 Aufgaben der Psychotherapieforschung in der Sozialtherapie

Das Fehlen wissenschaftlich gesicherter Wirkfaktoren in der Psychotherapie von Sexualstraftätern stellt noch immer ein großes Problem dar (Scholz, 1998, S.177).

Nach Scholz (1998, S. 178) kann man der Psychotherapieforschung drei Aufgaben zuschreiben:

- 1) Optimierung des psychotherapeutischen Prozesses durch Prozessforschung. Merkmale des Psychotherapieprozesses sollen in Zusammenhang mit einem optimalen Behandlungsergebnis gebracht werden.
- 2) Ein Vergleich unterschiedlicher Behandlungsstrategien und deren Effizienz.
- 3) Die Ermittlung des Ausmaßes psychotherapeutischer Zielerreichung bei definierten Behandlungsstrategien. Der Behandlungserfolg selbst ist auf fünf Ebenen festzumachen: Symptomebene (Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls), biologische Ebene (Fokussierung der sexual arousal des Täters und welche Kontrollmechanismen er hat), Verhaltensebene (Definition des prädominanten sexuellen Verhaltens des Täters), Erlebnisebene (Zärtlichkeitsbedürfnis des Täters), soziale Ebene (handlungsregulierender Einfluss sozialer Gebote und Tabus auf das sexuelle Verhalten des Täters).

Fortschritte in der Behandlung von Sexualstraftätern sind dann wahrscheinlich, wenn im Einzelfall Aktivitäten in dreierlei Richtung erfolgen (Scholz, 1998, S. 180):

- 1) Es ist genau zu definieren, welchen Behandlungsauftrag der Täter an den Therapeuten stellt.
- 2) Bei der Formulierung eines für den Einzelfall gültigen Behandlungsplanes sind die im Sinne von Freud wirksamen Bestandteile unterschiedlicher psychotherapeutischer

Schulen derart zu kombinieren, dass der Behandlungsauftrag effizient realisiert werden kann.

- 3) Bereits zu Beginn der Psychotherapie muss herausgefunden werden, welche Voraussetzungen der Täter für die Behandlung mitbringt, um von der Behandlung optimal zu profitieren.

6.2 Forschung mit dem SOTP

6.2.1 Studiendesign

Die dargestellte Untersuchung nach Berner et al. (2007) ist eine zweijährige Studie an 47 inhaftierten Sexualstraftätern in der JVA Berlin-Tegel. 23 Probanden wurden zu verschiedenen Zeitpunkten der Behandlung mit deliktspezifischen Fragebögen untersucht.⁹ Die Studie fand in einem sehr begrenzten Zeitraum statt. Das bedeutete, dass für die untersuchten Probanden in mehrerer Hinsicht nicht die gleichen Bedingungen bestanden. Manche hatten zum Zeitpunkt der Abschlusstestung ein Jahr Therapie, andere ein halbes Jahr und wieder andere eineinhalb Jahre. Ziel der Studie war die Messung deliktbezogener Veränderungen infolge einer gruppentherapeutischen Behandlung im geschlossenen Strafvollzug.

6.2.2 Messinstrumente

Als Messinstrumente wurden fünf Fragebögen verwendet: Fragebogen „Einfühlungsvermögen bezüglich Frauen“ (soll Aufschluss darüber geben, ob der Täter potentielle sexuelle Übergriffssituationen erkennt), Fragebogen „Einstellungen und Ansichten“ (soll kognitive Verzerrungen eines Täters erfassen), Fragebogen „Einstellung zur Sexualstraftat“ (soll Leugnungs- bzw. Bagatellisierungstendenzen erfassen), „Fragebogen zur Opferempathie“ (erfasst das Ausmaß, in dem der Täter über die negativen Konsequenzen seiner Tat für das Opfer Bescheid weiß) und das „Rückfallvermeidungsinterview“ (prüft das Erkennen individueller Hinweisreize bzw. Risikosituationen für einen Rückfall).

⁹ Anmerkung der Verf.: Was mit der „vermutlich“ Kontrollgruppe der restlichen 24 Sexualstraftäter passiert und ob sie ebenso an dem oder einem Therapieprogramm teilnehmen, wird nicht erwähnt.

6.2.3 Ergebnisse

Folgende Veränderungen zu den beiden Messzeitpunkten waren feststellbar: Signifikant niedrigere Werte waren feststellbar im Bereich Leugnung der Verantwortung für die Tat, Leugnung der Tatvorbereitung und Leugnung der Schädigung des Opfers. Auch konnten die Probanden zum Zeitpunkt der zweiten Messung signifikant mehr Langzeitfolgen der Tat für das Opfer anführen. Zudem konnten die Probanden zum zweiten Messzeitpunkt signifikant besser in der Vorstellung dargestellte Risikosituationen einschätzen, diese in der Vorstellung bewältigen und sie schätzten ihre Rückfallgefahr höher ein.

Insgesamt stellen Habermann, Briken und Berner (2007, S. 61) zur Interpretation der gemessenen Effekte fest, dass es ihrer Ansicht nach bei den meisten Sexualstraftätern im geschlossenen Strafvollzug zu einem messbaren Abbau deliktspezifischer dysfunktionaler Denkschemata („kognitive Verzerrungen“) kommt, einem Rückgang von Leugnungs- und Bagatellisierungstendenzen, einer Zunahme des Wissens über negative Folgen der Sexualstraftat für das Opfer, einem Anstieg der Fähigkeiten, individuelle Risikosituationen zu erkennen und zu bewältigen und zu einer realistischen Selbsteinschätzung des Rückfallrisikos. Bezüglich des Anstieges der Fähigkeiten ist jedoch anzumerken, dass mögliche Risikosituationen bestenfalls in sensu durchgespielt wurden, und erst in der Realität das tatsächliche Verhalten des Täters zutage tritt. Eine Desillusionierung ist auch unter 5. Forschung im ambulanten Nachsorgebereich zu finden.

7. Forschung im ambulanten Nachsorgebereich

Eine differenzierte ambulante Nachsorge ist eine der wichtigsten Voraussetzungen für forensische Patienten den stationären Behandlungserfolg zu festigen und ihre Legalprognose zu stabilisieren.

Seit August 2003 besteht am Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (nach Habermann, Briken und Berner, 2007) eine ambulante Nachsorgegruppe für Sexualstraftäter nach dem stationären Vollzug. Die Gruppe wird begleitend evaluiert.

Zur Evaluation der ambulanten Nachsorge wird eine Vielzahl an Methoden herangezogen. In der Eingangsuntersuchung werden Akten analysiert, es werden eine Exploration und Anamnese erhoben sowie psychodiagnostische Testverfahren durchgeführt. Die weitere Evaluation besteht aus einer Veränderungs- und Verlaufsmessung. Während der Veränderungsmessung werden der Fragebogen zu Einstellungen und Ansichten zur Sexualität, der Fragebogen zum Einfühlungsvermögen in Bezug auf Frauen, der Fragebogen zur Einstellung zur Sexualstraftat, der Fragebogen zu Opferempathie und Tatfolgen und das Rückfallvermeidungsinterview durchgeführt. Die Verlaufsmessung besteht aus dem SOTP zugehörigen Feedback-Fragebogen, einer Selbsteinschätzung der Rückfallgefahr, einer Verhaltensbeobachtung, Gesprächsprotokollen zu jeder Sitzung und einer Verlaufsbeurteilung durch den Behandelnden. Die Abschlussuntersuchung besteht aus einem semistrukturierten Intensivinterview mit Schwerpunkt Therapieverlauf und aktuelle Lebenssituation sowie einer abschließenden Verlaufsbeurteilung durch den Probanden selbst und durch den/die Behandelnden (Therapeutenfragebogen).

Die Ergebnisse der sehr umfangreichen Untersuchung an 19 Probanden belegen leider wenig Verbesserung, eher Verschlechterungen. Dies liegt sicherlich auch an der Motivation der Probanden, die eher gerichtlich orientiert ist. Es bleibt zu hoffen, dass die Verschlechterung, z.B. der kognitiven Verzerrungen, wie die „einen Anspruch auf Sex zu haben“ sich ohne Behandlung deutlich verschlechtert hätten. Bedeutsam ist – und das ist positiv- dass die bei

Tätern mit Missbrauchsdelikten unerwünschte emotionale Einfühlung in Kinder, die nach Beendigung des SOTP rasch und stark zunimmt, sich während und nach der Nachsorge nicht verschlechtert. Leugnungstendenzen nehmen nach dem stationären SOTP während der ambulanten Nachsorge wieder zu.

8. Verschiedene Diagnostikmethoden

8.1 Penisplethysmographie

Bei der Penisplethysmographie wird Veränderung von Volumen und Umfang des männlichen Genitals bei der Darbietung verschiedener sexueller Reize gemessen. Hier kann die Objektpräferenz gemessen werden, d.h. inwieweit die entsprechende Person sexuell auf bestimmte Reize, insbesondere auf sexuell deviante Situationen, reagiert.

8.2 Psychologische Diagnostik

8.2.1 Interview

Nach Petermann (2000) kann ein Interview niedrig, hoch- oder halbstrukturiert erfolgen. Bei diesem Vorgehen werden Informationen zu folgenden Bereichen erhoben:

- Symptome
- das erstmalige und aktuelle Auftreten der Symptome
- die aus der Störung resultierenden psychosozialen Beeinträchtigungen

8.2.2 Fragebogenverfahren

Fragebogenverfahren können nach Biedermann (2007, S.15f.) aus folgendem Grund auch als Selbstbeurteilungsverfahren gesehen werden: In einem Fragebogen stellt sich der Proband dar, wie er sich sieht und er erzählt, was er von sich erzählen möchte. Fragebogenverfahren sind in der Regel für den Probanden durchschaubar. Gerade wenn es um die Messung kritischer Variablen wie Gewalt, Aggressivität etc. geht, wird der Proband sich unter Umständen in einem positiven Licht darstellen und v.a. bei unangenehmen Fragen eher beschönigend antworten. Es ist davon auszugehen, dass nicht alle Probanden jede Frage ehrlich und der Wahrheit entsprechend beantworten.

8.2.3 Projektive Techniken

Projektive Verfahren sind Techniken, die für den Probanden nicht durchschaubar sind. Hier entfällt eine Beantwortung nach sozialer Erwünschtheit. Projektive Verfahren können auch als indirekte Verfahren bezeichnet werden. Projektive Techniken sind nach wie vor wenig angewendete und kritisch betrachtete Verfahren, unter anderem auch wegen der meist wenig standardisierten Auswertbarkeit und der dadurch, entgegengesetzt vielen psychometrischen Verfahren, nicht gegebenen klar messbaren Aussagefähigkeit. Diese ist z.B. bei Intelligenzmessungen über den genau errechneten IQ eines Probanden gegeben. Das typische Merkmal der projektiven Verfahren ist nach allgemeinem Urteil die Darbietung von unstrukturiertem und mehrdeutigem Stimulusmaterial, auf welches der Proband entsprechend seiner eigenen Wahrnehmung und Empfindung reagiert (Biedermann, 2007, S. 24)

8.2.4 Einzelne Verfahren zur Kriminalprognose

Bei einer Kriminalprognose kann nach Rehder (2009, S.4) nicht entschieden werden, ob jemand rückfällig wird, sondern nur, wie wahrscheinlich eine Rückfälligkeit, prozentual auf Sexualstraftäter gesehen, ist. Da es Wahrscheinlichkeitsaussagen nicht zulassen, bestimmte Ereignisse auszuschließen, lassen sich Rückfälle demnach nicht ausschließen. Ein Legalprognostiker hat es mit verschiedenen Wahrscheinlichkeiten zu tun. Mit der generellen Verhaltenswahrscheinlichkeit, mit der momentanen Reaktionswahrscheinlichkeit und mit der situativen Auslösewahrscheinlichkeit. Die generellen Schwierigkeiten bei der Erstellung von Legalprognosen könnten nach Rehder (2009, S.5) zu der grundsätzlich wohl kaum zulässigen Schlussfolgerung verleiten, dass es aus Gründen der Sicherheit für die Allgemeinheit sinnvoll sei, alle Sexualstraftäter für immer wegzusperren.

Kriminalprognosen wurden nach Menzies (1995, zitiert nach Rehder, 2009, S. 7) bisher nach zwei Hauptstrategien erstellt: nach der unstrukturierten klinischen Prognosestellung und nach der aktuarischen Risikobeurteilung. Bei der ersten Methode fehlen verbindliche Regeln für den Beurteiler. Bei der zweiten zieht der Beurteiler seine abschließenden Schlussfolgerungen nach festgelegten expliziten Regeln.

Im Folgenden sollen einige, teilweise in Deutschland entwickelte und häufig verwendete Prognoseinstrumente vorgestellt werden. Hier werden auch die diesbezüglich genannten Risikofaktoren für einen erneuten einschlägigen Rückfall genannt.

8.2.4.1 Sexual Violence Risk-20 (SVR-20)¹⁰

Der SVR-20 ist eine Ansammlung von Wissen und Erfahrung von Praktikern und Wissenschaftlern auf dem Gebiet der Einschätzung und Beurteilung des Risikos sexueller Gewalttätigkeit.

Der SVR-20-Beurteilungsbogen beinhaltet 20 Risikofaktoren, die der Behandelnde oder Diagnostiker, den Sexualstraftäter betreffend, beurteilen soll. Elf der Risikofaktoren beziehen sich auf die psychosoziale Anpassung des Probanden, sieben auf die Sexualdelinquenz und zwei auf die Zukunftspläne. Zum Schluss kann der Beurteiler noch weitere Überlegungen anführen sowie eine Gesamtrisikobeurteilung für den Probanden hinsichtlich erneuter sexueller Gewalttaten mit gering/moderat/hoch abgeben.

Risikofaktoren nach dem SVR-20

1. Sexuelle Deviation

Zwei Begriffe werden in diesem Bereich synonym verwendet: Paraphilie und deviante sexuelle Erregung. Definition hierzu ist, dass dies ein relativ stabiles Muster der sexuellen Erregung durch „unangemessene Reize“ wie altersinadäquate oder nicht zustimmende Partner, Tiere oder Gegenstände ist. Dieses Muster verursacht entweder persönliche Leiden oder eine Beeinträchtigung des sozialen Funktionsniveaus (z.B. American Psychiatric Association, 1994, zitiert nach Müller-Isberner et al., 2002, S. 49). Der Zusammenhang zwischen sexueller Deviation und sexueller Gewalt ist hoch. Die Forschungsliteratur belegt zudem eindeutig, dass Menschen, deren sexuelle Gewalt, zumindest teilweise, durch eine sexuelle Deviation motiviert wurde, ein höheres

10 vgl. für 8.2.4.1 Müller-Isberner, R., Gonzales Cabeza, S. & Eucker, S. (2002)

Rückfallrisiko haben. Dieser Befund trifft zu, und zwar unabhängig von der Art und Weise, in der er erhoben wurde: a) Beobachtung des Sexualverhaltens durch Dritte, b) physiologische Messung der sexuellen Erregung durch Penislethysmographie und c) Bericht über sexuelle Phantasien und Kognitionen durch den Straftäter selbst (z.B. Hanson & Busiere, 1996). Für das Vorliegen einer sexuellen Deviation ist das Erleben abweichender sexueller Erregung ausreichend. Sexuelle Deviation kann als stabiles Muster angesehen werden, unabhängig davon, ob es ausschließlich im Rahmen der Straftat auftrat oder ob es für den Straftäter ich-synton ist. Anhaltspunkte für das Vorliegen einer sexuellen Deviation können aus verschiedenen Quellen kommen: klinische Interviews, Fragebögen, früheres Verhalten, Akten oder Informationen über Familienmitglieder sowie Penislethysmographie.

2. Opfer von Kindesmissbrauch, Misshandlung oder Vernachlässigung

Empirische Befunde legen nahe, dass Gewalterfahrung als Kind ein genereller Risikofaktor für Kriminalität, nicht-sexuelle und sexuelle Gewalt ist (Dutton & Hart, 1992a, b; Kaufmann & Zigler, 1989; Widom, 1989, zitiert nach Müller-Isberner et al., 2002, S.51). Für einen spezifischen Zusammenhang zwischen sexuellem Missbrauch als kindliches Opfer und späterer sexueller Gewalt als erwachsener Täter gibt es jedoch nur wenig empirische Evidenz (Hanson & Bussiere, 1996; Romans, Martin & Mullen, 1997). Andererseits betrachten sozialpsychologische Theorien frühe Gewalterfahrung überwiegend als kausalen Verursachungsfaktor und biopsychologische Theorien sehen darin einen Vulnerabilitätsfaktor. Es bestehen auch Theorien, die eine kausale Beziehung zwischen der Erfahrung von sexuellem Missbrauch in der Kindheit und dem Ausüben sexueller Gewalt im Erwachsenenalter sehen. Dies geschieht dadurch, dass die Missbrauchserfahrung die Entwicklung einer devianten sexuellen Präferenz beeinflusst.

Abschließend kann nur gesagt werden, dass frühe Gewalterfahrung wahrscheinlich einen Einfluss auf Art und Wahrscheinlichkeit späterer sexueller Gewalt hat.

3. Psychopathy

Bei Strafgefangenen und forensischen Patienten ist Psychopathy – auch als psychopathische, antisoziale oder dissoziale/kriminelle Persönlichkeitsstörung, mit Hauptkennzeichen fehlender Empathiefähigkeit, bezeichnet – ein robuster Risikofaktor für Kriminalität und Gewalt (z.B. Hart & Hare, 1997). Bei Sexualstraftätern hängt Psychopathy mit „opportunistischen“ und sadistischen Delikten in der Vorgeschichte zusammen (Hart & Hare, 1997, zitiert nach Müller-Isberner et al. 2002, S. 52). Katamnesestudien von Sexualstraftätern zeigen, dass Psychopathy eine prädiktive Validität besitzt und zwar für generelle Kriminalität, nicht-sexuelle Gewalt und sexuelle Gewalt (Hanson & Bussiere, 1996; vgl. auch Rice & Harris, 1997, zitiert nach Müller-Isberner et al., 2002, S. 52). Zwischen Psychopathy und der Wahrscheinlichkeit, der Häufigkeit, der Schwere und der Impulshaftigkeit zukünftiger sexueller Gewalt besteht eine positive Korrelation.

4. Gravierende seelische Störung

Epidmiologische Studien weisen einen Zusammenhang zwischen schweren seelischen Krankheiten mit ernsthaften Denk- und Affektstörungen und einem erhöhten Kriminalitäts- und Gewaltrisiko nach (Hodgins, 1992; Monahan, 1992, zitiert nach Müller-Isberner et al., 2002, S. 53). Weiterhin gibt es einige Evidenz darüber, dass Psychose, neben allgemeiner Gewaltausübungsgefahr und auch Minderbegabung, Risikofaktoren für sexuelle Gewalt darstellen (Hanson & Bussiere, 1996, zitiert nach Müller-Isberner et al., 2002, S. 54). Gravierende seelische Erkrankung wie auch z.B. intellektuelle Minderbegabung, Demenz, Psychose oder schwere Depression sind unter Umständen Faktoren, die zu impulsiven oder irrationalen Verhaltensweisen im Bereich der Sexualität führen.

5. Substanzproblematik

Unter Substanzproblematik ist missbräuchlicher oder suchartiger Konsum illegaler oder legaler Drogen gemeint. Ergebnis des Konsums ist eine substantielle Störung der

Gesundheit oder der psychosozialen Anpassung des Probanden. Ein weithin bekannter Zusammenhang ist Substanzgebrauch und erhöhtes Risiko für allgemeine Gewalt (z.B. Hodgins, 1990; Swanson, 1994). Ein Bezug von Substanzgebrauch und sexueller Gewalt wurde in einigen Untersuchungen nachgewiesen (z.B. Quinsey, Lalumiere, Rice & Murphy et al., 1992). Die Art der Beziehung ist jedoch noch nicht klar. Eventuell führt Substanzgebrauch zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit, dass Menschen mit devianten sexuellen Erregungsmustern enthemmt werden. Eine akute Intoxikation kann mit der „Impulshaftigkeit“ sexueller Gewalt zusammenhängen.

6. Selbst-/Fremdtötungsgedanken

Das Vorliegen von fremd- oder autoaggressiven Gedanken spielt eine Rolle für die Risikobeurteilung. Dieser Faktor kann ein Risikomarker sein für das Vorliegen einer sexuellen Deviation, speziell Sadismus, einer schweren seelischen Störung oder das Vorliegen von Einstellungen, die sexuelle Gewalt unterstützen oder fördern.

7. Beziehungsprobleme

Nach Andrews & Bonta (1994, zitiert nach Müller-Isberner et al., 2002, S. 55) tendieren Strafgefangene und forensische Patienten mit instabilen Intimbeziehungen bzw. familiären Beziehungen dazu, eine ausgeprägtere kriminelle Vorgeschichte, mehr Gewalttaten und höhere Rückfallraten zu haben als solche mit stabilen Paarbeziehungen. Dies gilt nach Hanson & Bussiere (1996, zitiert nach Müller-Isberner et al., 2002, S.59) auch für Sexualstraftäter. Beziehungsprobleme, sowie eine mangelnde Fähigkeit, angemessene sexuelle Kontakte zu knüpfen, können mit einer sexuellen Deviation in Verbindung stehen.

8. Beschäftigungsprobleme

Beschäftigungsprobleme wie häufiger Arbeitsplatzwechsel oder lange bzw. wiederholte Phasen der Arbeitslosigkeit stehen nach Andrews & Bonta (1994, zitiert nach Müller-Isberner et al., 2002, S. 61) in Verbindung mit allgemeiner Kriminalität und nach

McGovern & Peters (1998, zitiert nach Müller-Isberner et al., 2002, S. 61) ebenso mit sexueller Gewalt.

Beschäftigungsprobleme können mit einer Persönlichkeitsstörung oder einer schweren sexuellen Deviation in Verbindung stehen. Beschäftigungsprobleme können psychischen Stress steigern, der zur Zunahme von sexuell-devianten Gedanken oder Drangzuständen führen kann (Proulx et al. 1997, zitiert nach Müller-Isberner et al., 2002, S. 61). Unter Drangzuständen kann man auch die Impulshaftigkeit sexueller Gewalt verstehen.

9. Nicht-sexuelle gewalttätige Vordelinquenz

Gewalt schließt tatsächliche, versuchte oder angedrohte körperliche Gewalt gegen eine andere Person mit ein. Androhungen schließen Aussagen und Angst erzeugendes Verhalten, die den möglichen Einsatz körperlicher Gewalt andeuten, mit ein.

Professionellen Richtlinien zufolge ist frühere nicht-sexuelle Gewalt ein wichtiger Faktor bei der klinischen Risikobeurteilung (Murphy et al., 1992). Dieser Faktor kann antisoziale Einstellungen oder gar eine Persönlichkeitsstörung widerspiegeln.

10. Gewaltfreie Vordelikte

Gewaltfrei bedeutet, dass einer anderen Person kein tatsächlicher, versuchter oder angedrohter körperlicher Schaden zugefügt wurde.

In relevanten Übersichtsarbeiten (McGovern & Peters, 1988, zitiert nach Müller-Isberner et al., 2002, S.64) wird die Wichtigkeit der Berücksichtigung des Merkmals „gewaltfreie Vordelinquenz“ für klinische Beurteilungen betont. Auch hier kann sich eine antisoziale Einstellung oder Persönlichkeitsstörung wie unter 9. widerspiegeln.

11. Früheres Bewährungsversagen

Probanden (auch Sexualstraftäter), die in der Vergangenheit gegen straf- und/oder zivilrechtliche Bewährungsauflagen verstoßen haben, haben generell ein erhöhtes

Kriminalitäts- und Gewaltrisiko (Bonta, Harmann, Hann & Cormier, 1996, zitiert nach Müller-Isberner et al., 2002, S. 65).

Unter straf- und zivilrechtlichen Bewährungsaufgaben subsumieren sich Auflagen zur Vermeidung des Freiheitsentzuges wie Kautionshinterlegung, Therapieauflagen, Bewährungsstrafen, Meldeauflagen, etc. als auch Auflagen im Rahmen einer bedingten Entlassung aus dem Freiheitsentzug, bei Vollzugslockerungen, Tagesurlaube oder Bewährungsentlassungen.

12. Sexualdelinquenz in hoher Frequenz

Hochfrequent bedeutet, dass der Täter in kurzer Zeitspanne mehrere sexuelle Gewalttaten begangen hat.

Einschlägige frühere Delikte haben mit hoher Reliabilität einen Zusammenhang mit einschlägiger Rückfälligkeit, d.h. diesbezüglichen neuen Delikten. Derartiges Verhalten kann auch als Risikomarker für sexuelle Deviation stehen oder das Vorliegen von Einstellungen, die sexuell-gewalttätiges Verhalten unterstützen, widerspiegeln.

13. Multiple Formen der Sexualdelinquenz

Straftäter, die verschiedene Arten von Sexualdelikten begangen haben, weisen ein erhöhtes Rückfallrisiko für Sexualdelikte auf (Hanson, 1997, zitiert nach Müller-Isberner et al., 2002, S. 68). Arten von Sexualstraftaten werden durch Charakteristika des Opfers und der Gewaltanwendung definiert. Z.B. Art und Ausmaß des Opferkontaktes unterscheiden sich (Voyeurismus, Exhibitionismus und Vergewaltigung oder Drohung mit einer Waffe oder Folter) und die Auswahl des Opfers kann in den Dimensionen Geschlecht, Alter und Grad der Bekanntheit differieren.

14. Verletzung der Opfer der Sexualdelikte

Körperliche Verletzung bedeutet, dass das Opfer als eine direkte Folge der Handlungen des Probanden körperlich verletzt wurde (Blutergüsse, Hautabschürfungen, Schnitte etc.), unabhängig, ob der Täter dies beabsichtigte.

Die empirischen Befunde, ob dieser Faktor sexuelle Gewalt vorhersagt, sind widersprüchlich. In Übersichtsarbeiten wird auf jeden Fall die Bedeutung dieses Faktors für die klinische Beurteilung betont (Greer, 1991 und Mc Govern & Peters, 1988, beide zitiert nach Müller-Isberner et al., 2002, S. 70). Auch dieser Faktor wie unter Punkt 9 und 12 ist wahrscheinlich ein Risikomarker, der sexuelle Devianz (Sadismus) ausweist oder Einstellungen, die sexuelle Gewalt unterstützen bzw. bagatellisieren.

15. Waffengebrauch/Todesdrohungen gegen Opfer

Es gibt nach Hanson & Bussiere (1996, zitiert nach Müller-Isberner et al., 2002, S. 71) keinen eindeutigen empirischen Beleg, dass dieser Faktor sexuelle Gewalt vorhersagt. In professionellen Richtlinien wird dieser Faktor für die klinische Risikobeurteilung unterstrichen. Hier gilt wiederum die vorhandene Wahrscheinlichkeit einer sexuellen Deviation etc. Der Begriff Waffen schließt Schusswaffen, Messer, Knüppel, Fesseln und jegliches anderes Werkzeug, das zur Bedrohung des Opfers eingesetzt wurde, mit ein.

16. Zunahme der Deliktfrequenz oder Deliktschwere

Einzelfallstudien zeigen, dass einige Sexualstraftäter ein klares Muster von progredienter sexueller Gewalt zeigen. Dieser Risikofaktor zeigt konzeptionelle Überschneidungen mit anderen Faktoren wie Faktor 12 „Hochfrequente Sexualdelinquenz“. Dieses Item erfasst die individuelle Delinquenzentwicklung über die Zeit hinweg. Auch hier handelt es sich um vermutlich einen Faktor, der sexuelle Deviation in Verhalten und Einstellungen widerspiegelt.

17. Extremes Bagatellisieren oder Leugnen

Extremes Bagatellisieren oder Leugnen bedeutet, dass der Proband die Verantwortung für die Straftat nicht übernimmt, und dass er ernsthafte Folgen von vielen oder allen Sexualstraftaten abstreitet.

Professionellen Richtlinien nach handelt es sich hier um einen Faktor, der ein wichtiges Merkmal für die klinische Risikovorhersage ist.

18. Deliktfördernde Ansichten

„Einstellungen, die sexuelle Gewalt unterstützen oder billigen“ schließen religiöse, kulturelle oder subkulturelle und persönliche Überzeugungen und Werte, die Sex unter Zwang, Sex mit Abhängigen und so weiter fördern oder entschuldigen, mit ein. Probanden, die in kriminelle Aktivitäten verwickelt sind, stimmen oft derartigen Einstellungen zu. Es gibt jedoch keine eindeutige empirische Evidenz, dass dieser Faktor zukünftige sexuelle Gewalt vorhersagt (Hanson & Bussiere, 1996, zitiert nach Müller-Isberner et al., 2002, S. 76).

19. Fehlen realistischer Pläne

Nach Andrews & Bonta (1994, zitiert nach Müller-Isberner et al., 2002, S.77) haben Probanden, die keine sicheren, angemessenen und realistischen Pläne für die Zeit nach der Entlassung haben, ein erhöhtes Kriminalitätsrisiko und Gewaltisiko. Solche Pläne sollten auf die kriminogenen Bedürfnisse des Probanden abgestimmt sein. Der Faktor wurde in empirischen Untersuchungen bisher wenig beachtet, wird jedoch in professionellen Richtlinien diskutiert.

20. Ablehnung weiterer Interventionen

Negative Einstellungen gegenüber Interventionen können zu einer ineffektiven professionellen Unterstützung führen, die ihrerseits folgendes bewirken kann: a) Reduktion der Wahrscheinlichkeit, dass die sexuelle Deviation abnimmt, b) Anstieg der

Wahrscheinlichkeit, dass der Proband psychischem Stress ausgesetzt ist oder c) dass der Proband nach Entlassung aus der Institution destabilisierenden Bedingungen wie illegalen Drogen oder leichtem Zugang zu Opfern entgegentritt.

8.2.4.2 Historical Clinical Risk, Version 2 (HCR-20)¹¹

Der HCR-20 dient der Vorhersage von Gewalttaten, und zwar als Prognose-Checkliste für zukünftiges gewalttätiges Verhalten. Es wurde von Webster, Douglas, Eaves und Hart in Canada entwickelt. Von Müller-Isberner, Jöckel und Gonzalez Cabeza wurde die Deutsche Version modifiziert und adaptiert.

Der deutsche Kodierungsbogen enthält 20 Items aus drei Dimensionen H, C und R, und einen Total Score, welche von einem Beurteiler des Probanden bewertet werden sollen.

Die Dimensionen der 20 Items sind statische Variablen (Vergangenheit), klinische Variablen (Gegenwart) und Risikovariablen (Zukunft).

Die Bewertung der HCR-20-Items erfolgt in zwei Schritten. Zuerst gilt es, sich über das Vorliegen bzw. Nicht-Vorliegen jedes einzelnen der 20 Items klar zu werden. Danach muss der Untersucher die Ergebnisse der Einzel-Items zu einer abschließenden Bewertung der Gefährlichkeitsprognose zusammenfassen. Die Benutzung des vorgegebenen HCR-20-Codierungsschemas ist anzuraten. Bei der Codierung der Items werden alle 20 Items auf einer 3-Punkt-Skala bewertet (0 bedeutet, ein Risikofaktor liegt definitiv nicht vor; 1 bedeutet, der Risikofaktor ist möglicherweise oder teilweise feststellbar; 2 bedeutet, der Risikofaktor ist eindeutig vorhanden). Nur wenn überhaupt keine Informationen vorhanden sind oder die verfügbaren Informationen nicht geeignet sind, die Fragestellung des Items zu beantworten, kann ein Item ausgelassen werden. Dieses Item wird dann mit 9 kodiert (unbekannt, Informationen nicht ausreichend zur Bewertung). Von dieser Möglichkeit sollte so selten wie möglich Gebrauch gemacht werden.

11 vgl. für 8.2.4.2 Müller-Isberner, Jöckel und Gonzalez Cabeza (1998)

Auch der Gesamtbewertung liegt ein 3-Stufen-Schema zugrunde: „Niedrig“ für ein vom Probanden ausgehendes sehr geringes Gewaltrisiko, „mittel“ für ein von dem Probanden ausgehendes, zumindest erhöhtes Risiko und „hoch“ für ein von dem Untersucher eingeschätztes sehr hohes Risiko für zukünftige Gewalttätigkeit.

Items des HCR-20 der Dimensionen H, C und R

H. Die historischen (statistischen) Items

Die aktuarischen (historischen, anamnestischen) Informationen stellen die Basis jeder Risikoabschätzung dar.

H.1 Frühere Gewaltanwendung

Monahan (1981, zitiert nach Müller-Isberner et al., 1998, S.25) hat hervorgehoben, dass das Risiko zukünftiger Straftaten mit jedem begangenen Delikt ansteigt: „...Die alles überragende Erkenntnis in der Prognoseforschung ist, dass die Wahrscheinlichkeit zukünftiger Kriminalität mit jeder begangenen Straftat wächst“ (Seite 104). Diese Aussage wird durch andere Studien ebenso belegt.

H.2 Geringes Alter bei der 1. Gewalttat

In verschiedenen Untersuchungen wurde übereinstimmend festgestellt, dass die Wahrscheinlichkeit zukünftigen gewalttätigen Verhaltens umso größer ist, desto jünger der Proband bei seinem ersten Gewaltdelikt war (Harris et al., 1993, zitiert nach Müller-Isberner et al., 1998, S. 27)

H.3 Instabile Beziehungen

Sozial hilfreiche und positiv-stützende Kontakte im Umfeld eines Probanden sind empirisch nachgewiesen gewaltprotektiv (Klassen und O'Connor, 1994; Swanson, 1994, beide zitiert nach Müller-Isberner et al., 1998, S. 27).

H.4 Probleme im Arbeitsbereich

Rückfallstatistiken haben einen Zusammenhang zwischen Einkommen und Bewährungsverhalten feststellen können. Auch ein Zusammenhang zwischen Beschäftigungslosigkeit, Problemen im Arbeitsbereich und Rückfalldelinquenz wurde gefunden.

H.5 Substanzmissbrauch

Im psychiatrischen Bereich ist der Zusammenhang zwischen Substanzmissbrauch und gewalttätigem Verhalten schon immer bekannt gewesen (Harris et al., 1993, zitiert nach Müller-Isberner et al. 1998, S. 26)

H.6 (gravierende) seelische Störung

Vor noch nicht allzu langer Zeit wurde der Zusammenhang zwischen psychiatrischer Erkrankung und Gewalttätigkeit von Monahan (1981, zitiert nach Müller-Isberner et al., 1998, S. 26) in Frage gestellt. Inzwischen geht er davon aus, dass das Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung ein deutlicher oder gar signifikanter Prädiktor für das Auftreten von Gewalt sein kann (Monahan, 1992, zitiert nach Müller-Isberner et al., 1998, S. 26). Eine Studie von Swanson (1994, zitiert nach Müller-Isberner et al., 1998, S. 27) konnte zeigen, dass insbesondere schizophrene und manische Psychosen ein deutlich erhöhtes Risiko für gewalttätiges Verhalten erzeugen.

H.7 Psychopathy (PCL-Score)

Anmerkung: Die amerikanische Schreibweise wird solange beibehalten werden, bis man sich in deutschsprachigen Fachkreisen auf eine Bezeichnung verständigt hat. Die nahe liegende Übersetzung mit „Psychopathie“ hat im deutschsprachigen Raum historisch eine vollkommen andere Bedeutung.

Harris et al (1993, zitiert nach Müller-Isberner et al., 1998, S. 28) zeigten, dass ein hoher Wert in der PCL-R der stärkste einzelne Prädiktor für zukünftige Gewalttätigkeiten bei einer Gruppe psychisch kranker und gestörter Rechtsbrecher war.

H.8 Frühe Fehlanpassung

Dieses Item zielt auf die Verhaltensstörungen vor Erreichen des 17. Lebensjahres ab, wobei sich die Auffälligkeiten im familiären (Fehlverhaltensweisen der frühen Bezugspersonen wie Missbrauch oder schwere Erziehungsmängel oder auch erlebte gewalttätige Auseinandersetzungen der Eltern), schulischen (Lernversagen ohne Intelligenzdefizite, Konzentrationsschwierigkeiten, sozial störendes oder aggressives Verhalten) oder sozialen Bereich abbilden können. Für deutsche Verhältnisse ist die Altersgrenze zu hoch gegriffen, hier wäre es sinnvoller, die Altersgrenze bei 14 Jahren anzusetzen.

Es wäre es sinnvoll, dieses Item zu teilen. Ein Teil sollte Gewalttätigkeit, Trunksucht und Kriminalität in der Herkunftsfamilie enthalten, der andere Verhaltensauffälligkeiten des Probanden als Kind vor dem 15. Lebensjahr.

H.9 Persönlichkeitsstörung

Die diagnostischen Kriterien -insbesondere der antisozialen/dissozialen und der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung- basieren zum Teil auf Mustern von dissozialem Verhalten. Es gibt einige Belege für den Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsstörung und Gewalttätigkeit (Widiger & Trull, 1994, zitiert nach Müller-Isberner et al., 1998, S.35). In der Untersuchung von Harris et al. (1993, zitiert nach Müller-Isberner et al., 1998, S. 36) ergab sich eine Korrelation von +.26. Ebenso wurden in einer Klientel von Tätern mit Tötungsdelikten überdurchschnittlich häufig die Diagnosen einer antisozialen Persönlichkeitsstörung oder einer Borderline-Persönlichkeitsstörung gefunden.

H.10 Frühere Verstöße gegen Auflagen

Hier geht es um Fehlverhalten des Probanden zu Zeiten, in denen er sich in Behandlung (ambulant oder stationär), in Haft oder unter Bewährung bzw. Führungsaufsicht befand. D.h. es geht um Fehlverhalten, obwohl er sich unter Obhut befand. Cornier (1996, zitiert nach Müller-Isberner et al., 1998, S. 38) verfolgte eine Stichprobe von 3.000 kanadischen Männern über ein Jahr hinweg nach der Entlassung aus kanadischen Vollzugsanstalten. Die Probanden, die Entweichungen (oder Versuche) während der Inhaftierung unternommen hatten, wiesen in diesem Zeitraum von einem Jahr eine Rückfallrate von 65% auf, die bei der Vergleichsgruppe bei 39% lag. Es konnte auch eine positive Korrelation mit gewalttätigen Rückfällen gezeigt werden.

C. Klinische Items (C-Items)

Obwohl die historischen Items von größter Bedeutung für die Treffsicherheit prognostischer Aussagen sind, mangelt es nicht an bewährten klinischen Parametern, die Relevanz für die Einschätzung des Risikos haben können (Klaasen & O'Connor, 1994). Klinische Parameter können historische Faktoren korrigieren oder nach Harris (1993) „ein Anker für die klinische Beurteilung“ sein.

C.1 Mangel an Einsicht

Einsicht ist nach English & English, (1958, S. 264) „das Verständnis und die realistische Einschätzung eines Probanden bezüglich der eigenen innerseelischen Vorgänge, Reaktionen und Selbstwahrnehmung“.

Man sollte versuchen, festzustellen, inwieweit ein Proband fähig ist, sich selbst als gefährlich, aggressiv oder unkontrolliert wahrzunehmen sowie das Verhalten und die Einstellung der Mitmenschen korrekt und unvoreingenommen zu bewerten.

C.2 Negative Einstellungen

Hierzu ist auf Äußerungen und Verhaltensmuster des Probanden zu achten, für die ein Zusammenhang mit Gewalttätigkeit wahrscheinlich ist: Verhält oder äußert sich ein Proband pro- oder antisozial? Wie ist seine Einstellung Mitmenschen oder der Gesellschaft gegenüber? Wie spricht er über Eltern, Familie etc.? Wie ist seine Einstellung Autoritäten und „Recht und Ordnung“ gegenüber? Hat er eine pessimistische oder optimistische Grundeinstellung? Wie ist seine aktuelle Einstellung früheren Taten gegenüber (Reue/Gefühllosigkeit/authentische Trauer/Mangel an Empathie)? Hier können auch sadistische, destruktive und paranoide Einstellungen erfasst werden, die nicht als Symptome psychiatrischer Störungen im engeren Sinne zu verstehen sind.

C.3 Aktive Symptome

Der Kliniker sollte im Rahmen einer Untersuchung sowohl auf produktive als auch negative psychotische Symptome achten, beispielsweise auf formale oder inhaltliche Denkstörungen, inadäquaten Affekt, Wahrnehmungsstörungen, Halluzinationen, Wahnvorstellungen und ähnliches. Monahan (1992, zitiert nach Müller-Isberner et al., 1998, S. 37) geht davon aus, dass besonders die produktiven Symptome und nicht die Erkrankung allgemein mit aggressiven Verhaltensweisen in Zusammenhang stehen.

C.4 Impulsivität

Unter Impulsivität versteht das Instrument unvorhersehbares, kurzschlüssiges Verhalten sowie deutlich auftretende Instabilität im affektiven und emotionalen Bereich. Bezogen auf den möglichen korrigierenden Effekt der klinischen Parameter führen Klassen & O'Connor (1994) auf, dass „differenzierte Typen von 'abschwächenden', klinischen Faktoren identifiziert werden könnten. Impulsivität könnte einer dieser Faktoren sein“ (S. 237). Der Untersucher muss abschätzen, wie ein Proband auf tatsächliche oder vermeintliche Kränkungen oder Beleidigungen, belastende Zwischenfälle oder Enttäuschungen reagieren wird. Umfangreiche Untersuchungen von Barratt (1994, zitiert nach Müller-Isberner et al., 1998, S. 39) haben überzeugend den

Zusammenhang zwischen Impulsivität und Gewalttätigkeit zeigen können. Ein impulsiver Lebensstil im Sinne eines überdauernden Persönlichkeitsmerkmals differenziert rückfällige von nichtrückfälligen Straftätern.

C.5 Fehlender Behandlungserfolg

Von großem Interesse für den Untersucher ist, inwieweit ein Patient auf Behandlungsversuche anspricht. Es ist prognostisch hochrelevant, ob ein Patient die Behandlung von sich aus sucht und sie akzeptiert oder ob er sie offen ablehnt beziehungsweise sie vordergründig akzeptiert, um einen guten Eindruck bei der Hauptverhandlung oder gegenüber der Anstaltsleitung und Strafvollstreckungskammer zu machen.

R Risiko-Management (R-Items)

Diese Kategorie versucht, eine Vorhersage des zukünftigen Verhaltens des Probanden unter den zu erwartenden äußeren Umständen zu treffen. Zukünftige Risiken hängen in erheblichem Ausmaß auch von dem äußeren sozialen Empfangsraum ab, in dem der Proband zukünftig leben wird. Das vorliegende Beurteilungsschema bezieht sich auf ein Leben des Probanden unter Freiheitsbedingungen (out). Es ist aber auch möglich, von der Voraussetzung auszugehen, dass der Untersuchte eingewiesen bleibt oder wird (in). Unter dieser Prämisse sollen die äußeren Umstände berücksichtigt werden, die in naher Zukunft im Rahmen der Unterbringung in der Institution zu erwarten sein werden.

R.1 Fehlen realisierbarer Pläne

Eine Person, die unter Beweis gestellt hat, dass sie Behandlungsmaßnahmen oder sonstige Unterstützung akzeptiert, wird ein vermindertes Risiko für spätere Gewalttätigkeit aufweisen. Es ist offensichtlich, dass es darauf ankommt, ob der Patient oder Straftäter in der Lage ist, in Zusammenarbeit mit dem verantwortlichen Team einen geeigneten, sicheren und realistischen Entlassungsplan zu erarbeiten. Dafür sind auch Gespräche mit zukünftigen Bezugspersonen und Institutionen notwendig.

R.2 Destabilisierende Einflüsse

Diese Art Einflüsse sind zukünftige Situationen, die als ein hohes Belastungs- oder Versuchsrisiko für ein erneutes gewalttätiges (Re-)Agieren des Probanden angesehen werden müssen. Risikofaktoren dieser Art können ein kriminelles Milieu, Verfügbarkeit von Waffen oder Drogen, situations- oder probandenspezifisch sein. Zusätzlich fällt hierunter auch noch ein Mangel an professioneller Unterstützung.

R.3 Mangel an Unterstützung

Unzureichende familiäre Bindungen konnten als Risikofaktor für gewalttätige Handlungsweisen identifiziert werden (Klassen & O'Connor, 1989, zitiert nach Müller-Isberner et al., 1998, S. 47). Es ist wichtig, ein stabiles und stützendes Entlassungsumfeld sicherzustellen.

R.4 Fehlende Compliance

Personen, auf die dieses Item in hohem Maße zutrifft, mangelt es an ausreichender Motivation und Bereitschaft, medikamentöse oder sonstige therapeutische Verfahren mitzutragen.

R.5 Stressoren

Im Rahmen dieses Aspektes soll geprüft werden, welchen möglichen belastenden Anforderungen und Stressmomenten ein Proband zukünftig ausgesetzt sein wird und wie er hierauf vermutlich reagieren wird. Felson (1992, zitiert nach Müller-Isberner et al., 1998, S. 48) konnte einen Zusammenhang zwischen Stress und Gewalttätigkeit sowohl bei ehemaligen Straftätern als auch bei entlassenen psychiatrischen Patienten nachweisen. Allerdings konnten diese Unterschiede nur in der Untergruppe der Probanden gefunden werden, die in der Vergangenheit selbst Opfer von Gewalttätigkeit waren.

8.2.4.3 Rückfallrisiko bei Sexualstraftätern (RRS)¹²

Das RRS soll bei Sexualstraftätern die Vorhersage sowohl einschlägiger Rückfälle (Rückfälle mit Sexualdelikt) als auch von Rückfällen, die zu einer erneuten Inhaftierung führen, verbessern. Das Verfahren kann deshalb auch die Feststellung einer Behandlungsindikation im Rahmen der Behandlungsuntersuchung gemäß § 6 des Strafvollzugsgesetzes (StVollzG) erleichtern. Das RRS ist auch im Rahmen einer gerichtlichen Begutachtung sinnvoll einsetzbar, bei der Eingangsdagnostik im Maßregelvollzug und als Forschungsinstrument.

Zur Bestimmung des Behandlungserfolges können nur die „dynamischen“ (durch Behandlungserfolg veränderbaren) Kriterien des RRS angewandt werden, nicht aber die „statischen“ (lebensgeschichtliche, unveränderbare) Kriterien des RRS.

8.2.4.3.1 Hauptkriterien des RRS

1. Alter bei der ersten Verurteilung

Je jünger der Täter bei der ersten, im Bundeszentralregister (BZR) erfassten Verurteilung war, umso größer ist die Wahrscheinlichkeit einer erneuten Inhaftierung nach der Haftentlassung.

2. Alter beim ersten Sexualdelikt

Je jünger der Täter beim ersten, im Bundeszentralregister erfassten Sexualdelikt war, umso größer ist die Wahrscheinlichkeit eines erneuten Sexualdelikts nach der Haftentlassung.

12 vgl. für 8.2.4.3 Rehder, U. (2002)

3. Depressive Persönlichkeitsmerkmale

Dieses Kriterium ist im Sinne der psychoanalytischen Strukturtheorie zu verstehen, als Neigung zu passiver Erwartungshaltung, Resignationstendenzen, pessimistisch-niedergeschlagener Grundstimmung, hoher Enttäuschbarkeit im zwischenmenschlichen Bereich und emotionaler sowie sozialer Abhängigkeit.

Je stärker die Ausprägung der depressiven Persönlichkeitsanteile ist, umso größer ist die Wahrscheinlichkeit eines erneuten Sexualdelikts nach der Haftentlassung.

4. Bindungs- und Beziehungsfähigkeit

Definition: Unter Bindungs- und Beziehungsfähigkeit wird die im Lebenslängsschnitt erkennbare Fähigkeit verstanden, Beziehungen zu anderen Menschen auf emotionaler Basis langdauernd zu gestalten, ohne Abhängigkeits- bzw. Anklammerungstendenzen, ohne andere zu unterdrücken oder andere zu funktionalisieren. Die Bindungs- und Beziehungsfähigkeit ist dabei umso ausgeprägter, je mehr zwischenmenschliche Beziehungen von partnerschaftlich-respektierender Kommunikation und Gefühlen von Zuneigung geprägt sind.

Je geringer die Bindungs- und Beziehungsfähigkeit entwickelt ist, umso größer ist die Wahrscheinlichkeit eines erneuten Sexualdelikts nach der Haftentlassung.

5. Hafterfahrung

Definition: Hafterfahrung ist die Summe der bis zum Untersuchungszeitpunkt in Haft verbrachten Zeit.

Je größer die bisher in Haft verbrachte Zeit eines Täters ist, umso größer ist auch die Wahrscheinlichkeit einer erneuten Inhaftierung nach der Haftentlassung.

Mit der Länge der Haft verringert sich die Wahrscheinlichkeit einer sozialen Reintegration.

6. Berufliche Leistungsbereitschaft

Berufliche Leistungsbereitschaft zeigt sich in der tatsächlich ausgeübten Tätigkeit und in der engagierten Suche nach Arbeit und ggf. der Übernahme von Arbeit, für die eine Überqualifikation besteht, falls der Betreffende arbeitslos ist.

Je geringer die berufliche Leistungsbereitschaft ausgeprägt ist, umso größer ist bei Tätern, die wegen sexuellen Missbrauchs verurteilt wurden, die Wahrscheinlichkeit eines erneuten Sexualdelikts nach der Entlassung.

7. Soziale Kompetenz

Definition: Unter sozialer Kompetenz wird die Fähigkeit einer Person verstanden, mittel- bis langfristig von der Gesellschaft gebilligte Pläne zu entwickeln und mit sozial angemessenen Mitteln umzusetzen, ohne sich durch kleine Probleme und Schwierigkeiten von seinen Plänen abbringen zu lassen. Zu dieser Fähigkeit zählt nicht nur die Umsetzung „großer“ Ziele (Lebenspläne), sondern auch die konsequente Verwirklichung „kleinerer“ Vorsätze und praktischer Notwendigkeiten, wobei eine angemessene Kompromissfähigkeit zwischen eigenen und fremden Interessen erkennbar sein muss.

Je geringer die soziale Kompetenz entwickelt ist, umso größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass ein Sexualstraftäter nach der Entlassung erneut inhaftiert wird.

8. Zahl der Verurteilungen wegen Sexualdelikten

Je größer die Zahl der Verurteilungen wegen Sexualdelikten bisher ist, umso größer ist auch die Wahrscheinlichkeit eines erneuten Sexualdelikts nach der Haftentlassung.

9. Bekanntheitsgrad zwischen Opfer und Täter

Definition: Der Bekanntheitsgrad zwischen Opfer und Täter gibt an, ob und ggf. wie lange sich Täter und Opfer vor der Tat gekannt haben und wie intensiv diese Bekanntschaft war.

Je geringer der Bekanntheitsgrad zwischen Opfer und Täter vor der Tat ist, umso größer ist die Wahrscheinlichkeit eines erneuten Sexualdelikts nach der Haftentlassung sowohl bei der Gesamtgruppe der Sexualstraftäter als auch bei den wegen Vergewaltigung Verurteilten.

10. Planung der Tat

Je stärker erkennbar wird, dass die Taten geplant und langfristig vorbereitet waren, umso größer ist die Wahrscheinlichkeit neuer Sexualdelikte insbesondere bei Tätern, die wegen Vergewaltigung/sexueller Nötigung Erwachsener verurteilt wurden.

11. Sexuelle Deviation

Definition: Sexuelle Deviation liegt vor, wenn sexuelle Fantasien und/oder Verhaltensweisen einer Person über einen längeren Zeitraum oder episodenhaft so stark auf altersinadäquate Sexual-, „Partner“ (z.B. Kinder), auf nicht einvernehmliche Sexualkontakte (z.B. Vergewaltigung, nicht-einvernehmliche sexuell-sadistische Handlungen) oder auf besondere sexuelle Verhaltensweisen (z.B. Exhibitionismus) ausgerichtet sind, dass sie das psychosoziale Funktionsniveau der Person beeinträchtigen oder persönliches Leid verursachen. Für das Vorliegen einer sexuellen Deviation reicht das Erleben abweichender sexueller Erregung aus.

Je stärker sexuelle Deviation ausgeprägt ist, umso höher ist die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls mit einem Sexualdelikt.

8.2.4.3.2 Zusatzkriterien des RRS

Zusatzkriterien bei Vergewaltigungstätern

1. Zahl sexueller Opfer
2. Alkoholisierung zum Tatzeitpunkt
3. Bedrohung des Opfers
4. Gestörte Realitätseinschätzung

Definition: Gestörte Realitätseinschätzung ist die eingeschränkte Fähigkeit (oder Bereitschaft) eines Täters, die eigenen zukünftigen beruflichen, beziehungsmaßiigen und sozialen Möglichkeiten realistisch einzuschätzen.

5. Konventionelles Geschlechtsrollenverständnis

Definition: Konventionelles Geschlechtsrollenverständnis ist die Überzeugung, dass Männer Frauen überlegen sind und sich daraus Ansprüche gegenüber Frauen ableiten lassen.

6. Selbstbehauptung (Wunsch nach Durchsetzung und Überlegenheit nach 16PF E).

Je größer die im 16 Persönlichkeitsfaktoren Test festgestellte Selbstbehauptung ist, umso größer ist bei Vergewaltigungstätern die Wahrscheinlichkeit eines erneuten Sexualdelikts.

7. Unkonventionalität (nach 16 PF)

Wegen Vergewaltigung Verurteilte zeigen sowohl in der Tat als auch in der testpsychologischen Untersuchung, dass sie sich nicht um Konvention kümmern.

8. Überlegtheit (nach 16 PF)

Je geringer die mit dem 16 PF festgestellte Überlegtheit, desto wahrscheinlicher ein Rückfall mit einem Sexualdelikt.

Zusatzkriterien bei Missbrauchstätern

1. Inzesttäter/Pädophilie

Wegen sexuellen Missbrauchs verurteilte Täter, die sich Opfer außerhalb der Familie suchen, werden häufiger einschlägig rückfällig als innerfamiliäre Täter.

2. Zahl aggressiver Straftaten

3. Intensität des Sexualverhaltens

Je weniger intensiv (Umfang und Schwere der sexuellen Handlungen) das Sexualverhalten beim Sexualdelikt war, umso größer ist die einschlägige Rückfallgefahr.

8.2.4.3.3 Static-99

Das Static-99 wurde 1999 von Hanson und Thornton zur Vorhersage sexuell motivierter und gewalttätiger Rückfälligkeit entwickelt. Es setzt sich aus 10 Items zusammen. Diese können von einem Außenstehenden, z.B. dem Behandler, beantwortet werden. Inzwischen wurden das Static-2002 (Hanson & Thornton 2003, zitiert nach Rettenberger & Eher, 2006, S. 352) und eine revidierte Fassung des Static-99 (Harris/Phenix/Hanson & Thornton 2003) veröffentlicht. Dieses Instrument wird mittlerweile vielerorts zur Prognose verwendet, unter anderem in der SothA der JVA Stadelheim, München.

Tabelle 1

Die 10 Items des revidierten Static-99 von Harris/Phenix/Hanson/Thornton 2003 in der deutschen Adaption (zitiert nach Rettenberger & Eher, 2006, S. 356)

Item	Text	Erläuterung
1	Alter des Straftäters (zum Zeitpunkt der Prognose)	Ist der Täter zum Zeitpunkt, für den die kriminalprognostische Einschätzung gelten soll, zwischen 18 und 25 Jahre alt, wird er bei diesem Item mit >>1<< bewertet. Ist er hingegen 25 Jahre als oder älter, wird dieses Item mit >>0<< bewertet.
2	Beziehungsstatus – partnerschaftliche Beziehungen, die mind. zwei Jahre andauerten	Wenn der Straftäter in der Vergangenheit eine partnerschaftliche Beziehung führte, die mindestens zwei Jahre anhielt, wird dieses Item mit >>0<< bewertet. War dies nicht der Fall, resultiert daraus der Itemscore >>1<<.
3	Verurteilungen beim Index-Delikt aufgrund nicht-sexueller Gewalt	Falls der Strafregisterauszug bzw. der Bundeszentralregisterauszug des Straftäters zusätzlich eine Verurteilung aufgrund nicht-sexueller Gewaltausübung aufweist, die zusammen mit der Verurteilung des Index-Delikts ausgesprochen wurde, wird dieses Item mit >>1<< bewertet. Ist kein zusätzlich verurteiltes Gewaltverbrechen enthalten, wird dieses Item mit >>0<< bewertet.
4	frühere Verurteilungen aufgrund nicht-sexueller Gewalt	Falls der Strafregisterauszug bzw. der Bundeszentralregisterauszug des Straftäters Verurteilungen aufgrund nicht-sexuell motivierter Gewaltverbrechen aufweist, die vor dem Index-Delikt begangen wurden, wird dieses Item mit >>1<< bewertet. Existieren keine derartigen Verurteilungen, wird dieses Item mit >>0<< bewertet.
5	Frühere Anklagen und/oder Verurteilungen aufgrund sexuell motivierter Straftaten	Dies ist das einzige Item des Static-99, das nicht dichotom bewertet wird. Je nach Anzahl früherer Anklagen und/oder Verurteilungen wird dieses Item zwischen >>0<< und >>3<< bewertet.
6	Vorstrafen	Enthält der Strafregisterauszug bzw. der Bundeszentralregisterauszug des Delinquenten vier oder mehr Einträge aufgrund von Straftaten, die vor dem Index-Delikt begangen wurden, wird dieses Item mit >>1<< bewertet. Wenn der Straftäter drei oder weniger Delikte vor dem Index-Delikt beging, wird dieses Item mit >>0<< bewertet.
7	Verurteilungen aufgrund von Sexualstraftaten ohne Opfer bzw. ohne körperlichen Kontakt	Enthält der Strafregisterauszug bzw. der Bundeszentralregisterauszug des Straftäters separate – d.h. unabhängig vom Index-Delikt – Einträge aufgrund von Verurteilungen wegen Sexualstraftaten ohne Opfer bzw. ohne körperlichen Kontakt, wird dieses Item mit >>1<< bewertet. Sind keine derartigen Eintragungen vorhanden, wird dieses Item mit >>0<< bewertet.
8	Verwandschaftliches Verhältnis zwischen Täter und Opfer	Falls mindestens ein Opfer der vom Täter begangenen Sexualdelikte nicht mit diesem verwandt ist, wird dieses Item mit >>1<< bewertet. Handelt es sich hingegen ausschließlich um verwandte Opfer, erhält dieses Item den Score >>0<<.
9	Bekanntheitsgrad zwischen Täter und Opfer	Ist dem Täter mindestens ein Opfer der von ihm begangenen Sexualstraftaten zum Zeitpunkt der im Index-Delikt enthaltenen sexuellen Handlungen noch nicht mindestens 24 Stunden bekannt, wird dieses Item mit >>1<< kodiert. Kannte der Täter hingegen sämtliche Opfer der von ihm begangenen Sexualstraftaten vor der Tat bereits seit mindestens 24 Stunden, wird dieses Item mit >>0<< bewertet.
10	Geschlecht des Opfers	Ist mindestens ein Opfer der vom Straftäter begangenen Sexualdelikte männlich, wird dieses Item mit >>1<< bewertet. Falls sämtliche Opfer weiblich sind, wird dieses Item mit >>0<< bewertet.

8.2.5 SORAG

SORAG bedeutet *Sex Offender Risk Appraisal Guide*. Nach Rettenberger & Eher (2007, S. 484) ist der SORAG neben dem Static-99 und dem SVR-20 eines der bekanntesten und meist verwendeten Prognoseverfahren für Sexualstraftäter. Der SORAG wurde konzipiert nach Rettenberger & Eher (2007, S. 485), um gewalttätige (inklusive sexuell motivierten Gewalttaten) Rückfälle entlassender Sexualstraftäter vorauszusagen. Die sich aus einer Untersuchung ergebenden vorhersagestärksten Variablen wurden zu diesem Testverfahren zusammengefasst.

Die 14 Items des SORAG im englischen Original von Quinsey et al. (2006, zitiert nach Rettenberger & Eher, 2007, S. 486):

- 1.1. Lived with both biological parents to age 16
- 1.2. Elementary school maladjustment
- 1.3. History of alcohol problems (biological parents/teenage or adult alcohol problem, alcohol involved in a prior offense, alcohol involved in the index offense)
- 1.4. Marital status
- 1.5. Criminal history score for convictions and charges for nonviolent offenses prior to the index offense
- 1.6. Criminal history score for convictions and charges for violent offenses prior to the index offense
- 1.7. Number of previous convictions and charges for sexual offenses
- 1.8. History of sex offenses against girls under age 14 only
- 1.9. Failure on prior conditional releases
- 1.10. Age at index offense
- 1.11. Meets DSM-III criteria for any personality disorder
- 1.12. Meets DSM-III criteria for schizophrenia
- 1.13. Phallometric test results
- 1.14. Hare Psychopathy Checklist-Revised score (PCL-R, Hare 1991)

Ein Anliegen der Arbeit von Rettenberger & Eher (2007) war es, eine deutschsprachige Adaption dieses Verfahrens bereit zu stellen. Dies taten sie im Rahmen einer Studie, in der 178 Sexualstraftäter zwischen 1992 und 2004 untersucht wurden.

EMPIRISCHER TEIL

9. Planung der Untersuchung

9.1 Fragestellung und Forschungsziel

Verändert psychotherapeutische oder im spezielleren Sinne sozialtherapeutische Behandlung die Einstellung von Sexualstraftätern zu Opfer, Tat, Aggression, Gewalt und Sexualität? Diese Hauptfragestellung liegt der vorliegenden Untersuchung zugrunde. Hintergrund dieser Fragestellung ist die Verbesserung der Rückfallprognose von Sexualstraftätern durch sozialtherapeutische Behandlung. Zudem wurde im Rahmen dieser Untersuchung festgestellt, inwieweit und wie sich die Einstellungsänderung von Sexualstraftätern, die eine Behandlung erhalten (Experimentalgruppe) im Vergleich zu Sexualstraftätern, die ohne Behandlung sind (Kontrollgruppe) unterscheidet.

9.2 Probanden

Probandenzielgruppe dieser Untersuchung waren in Justizvollzugsanstalten inhaftierte Sexualstraftäter mit Vergewaltigungs- und Missbrauchsdelikten. Es wurden eine Experimentalgruppe und eine Kontrollgruppe zu untersuchender Probanden gebildet. Die Probanden der Experimentalgruppe sollten sich während der Untersuchung in einer sozialtherapeutischen Einrichtung befinden, während sich die Kontrollgruppenprobanden im normalen Vollzug ohne therapeutische Behandlung befinden. Die Untersuchungsdurchführung wurde an der JVA Landsberg und der JVA München geplant. Zudem sollten bei Verlegung von Probanden die entsprechenden Anstalten miteinbezogen werden.

9.3 Vorbereitung der Untersuchung

Für eine intramurale Untersuchung durch einen externen Untersucher muss eine Genehmigung des Münchener Justizministeriums sowie der betroffenen Anstaltsleitungen und der Leitungen der jeweiligen SothA vorliegen.

Nach Vorliegen der erforderlichen Zustimmungen wurde ein Informationsschreiben über diese Untersuchung an die infrage kommenden Gefangenen verteilt. Dieser Brief enthielt die Bitte um die Teilnahme an der Untersuchung. Die Gefangenen konnten das Schreiben anonym ausfüllen und ihren Namen, bei Einverständnis zur Teilnahme, der Untersuchungsleitung über die Leitung der Sozialtherapeutischen Abteilung zukommen lassen.

10. Auswahl der verwendeten Verfahren

10.1 Design der in der Untersuchung verwendeten Verfahren im Sinne eines multimethodalen Vorgehens

Die Methodenauswahl und -verwendung der vorliegenden Untersuchung ist multimethodal.

Nach Biedermann (2007, S. 33) bedeutet multimethodale psychologische Diagnostik die Erfassung bestimmter, in diesem Fall psychologischer Sachverhalte, mit unterschiedlichen Informationsgewinnungsstrategien. Als unterschiedliche Informationsgewinnungsstrategien sind in diesem Fall die verschiedenen Arten der psychologischen Diagnostik zu bezeichnen. Einerseits Fragebogenverfahren wie der Fragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren oder der *Gießen-Test* und andererseits projektive Verfahren wie die *Wunschprobe* nach Wilde oder der Foto-Hand-Test. Zudem ein Interview der Gefangenen und eine Fremdanamnese sowie ein von der Untersuchungsleiterin auszufüllender Fragebogen.

Es folgt eine Beschreibung der verschiedenen Arten der verwendeten psychologischen Diagnostik.

10.1.1 Projektive Verfahren

10.1.1.1 Die Wunschprobe nach Wilde

Die *Wunschprobe*¹³ wurde vor über 50 Jahren von Kurt Wilde entwickelt und inzwischen mehrfach überarbeitet. Bei der Durchführung des Verfahrens erhält der Proband ein mehrseitiges Skript. Auf der ersten Seite befindet sich eine umfangreiche Erklärung zur Bearbeitung des Verfahrens. In dem Test werden 51 Begriffe vorgegeben, wie z.B. Berg, Grashalm, Zauberland, Piratenschiff, Vulkan etc. Der Proband soll in dem

13 Die Wunschprobe wurde ca. 1955 von Wilde entwickelt und wird bis heute in der Form nach Wilde verwendet. Diese Ausführungen sind nach Plaum und Winkler (2001), S.185-209.

vorgefertigten Skript beantworten, ob er das jeweilige Item z.B. ein Grashalm, ein Berg, ein Vulkan oder das Zauberland sein möchte oder nicht und im Anschluss eine Begründung zu seiner Entscheidung notieren. Hat der Proband alle Items bearbeitet, soll er die Begriffe in eine Rangreihe bringen. In der vorliegenden Untersuchung sollte der Proband die sieben Items, die ihm am besten gefallen haben und die sieben Items, die er am wenigsten sein wollte, heraussuchen und jeweils in eine Rangreihe bringen. Mit dieser Methode können nach Biedermann (2007) grundsätzliche Auffassungen hinsichtlich der eigenen Existenz erschlossen werden. Es ist möglich, dadurch auf die Erwartungen, Wunschmotive, Befürchtungen, Wertvorstellungen und Lebensziele von Menschen zu schließen.

Es existiert bisher kein allgemein gültiges Auswertungsmanual, sondern eine bislang unveröffentlichte Handreichung mit detaillierten Hinweisen und zahlreichen Beispielen von Plaum (1997).

Die erste Auswertung wird in zwei Schritten vorgenommen. Zuerst werden die Antworten „ja, möchte ich sein“ und „nein, möchte ich nicht sein“ ausgezählt. Anhand der Anzahl der positiven oder negativen Antworten bzw. deren Überwiegen kann auf eine positive oder negative Lebenseinstellung des Probanden geschlossen werden. In einem zweiten Schritt werden die Itembegründungen den Hauptinhaltskategorien zugeordnet. Es gibt zwölf Hauptinhaltskategorien, denen die Antworten zugeordnet werden können. Diese 12 Hauptkategorien können in 23 Untergruppen unterteilt und auf der anderen Seite in 7 Übergruppen zusammengefasst werden. Eine Antwort kann einer oder mehreren Kategorien gleichzeitig zugeschrieben werden. In der Regel sind dies maximal zwei und in Ausnahmefällen 3 der 23 Untergruppen, denen eine Beantwortung zugeordnet werden kann.

Die zwölf Hauptkategorien der Auswertung:

1. Undifferenzierte Inhalte

Diese hier eingeordneten Aussagen können keinen anderen Kategorien zugeordnet werden. Auch fehlende Begründungen sind hier einzuordnen. Gemeint sind Aussagen wie „keine Ahnung“ oder „weil ich es nicht sein möchte“.

2. Unspezifische Lebenslust versus Unspezifische Unlust

Diese Kategorie wird zugewiesen, wenn es sich um unspezifische positive emotionale Äußerungen, wie sich freuen, Spaß haben oder auch „da geht es mir gut“ handelt. Ebenso gilt sie auf der anderen Seite für unspezifische negative Gefühle, Unlustbetonung, Angst und Wut. Beispiele für die negative Seite sind „mag ich nicht“, „unangenehm“.

3. Sinneswahrnehmungen versus Reizrestriktion

Sinnesreize wie sehen, hören, riechen, fühlen, schmecken aufnehmen oder Sinnesreize auslösen wie bunt sein oder schön klingen werden dem Bereich Sinneswahrnehmungen zugeordnet. Zu Reizrestriktion gehören Äußerungen, die eine reizreduzierte Atmosphäre beschreiben oder ein zuviel der Reize wie „weil es mir zu laut wäre“, „weil es da still ist“, „sieht hässlich aus“,

4. Bewegung versus Ruhe

Inhalte der motorischen Aktivität, Anspannung und Anstrengung wie „weil Bewegung in ihm steckt“ oder körperliche Ruhe, Entspannung und Inaktivität wie „weil man sich darauf ausruhen kann“ werden hier zugeordnet.

5. Ausgriff versus Rückzug

Diese Kategorie erfasst die Erweiterung des Lebensraumes. Inhalt dieser Kategorie sind Aussagen wie „weil ich damit zu anderen Ufern gelangen kann“ oder „weil ich damit Interessantes und Neues entdecken kann“ oder gegensätzlich den Bereich des nicht sozialen Rückzuges mit Aussagen wie „weil es mir zu groß und zu unüberschaubar ist“.

6. Körperbezug versus Distanzierung von der Körpersphäre

Hierunter fallen Aussagen zu Körperkontakt, Sexualität, eigene Gesundheit, Hygiene, Essen und Trinken, ausgewertet mit Aussagen wie „weil ich da am Hals meiner Freundin liege“. Im Gegensatz dazu Aussagen bezüglich des Fehlens des Körperkontaktes, der Unbekümmertheit im Hinblick auf körperliche Gesundheit und Hygiene, Askese sowie sexuelle Enthaltsamkeit „weil ich da weit weg von körperlicher Nähe bin“.

7. Konstruktive Tendenzen versus Destruktive Tendenzen

Diese Kategorie wird verwandt, wenn es einerseits um konstruktive Aussagen geht, um einordnen, aufbauen, erhalten, Ordnung einhalten oder schaffen oder Normorientierung. Andererseits sind Widersetzlichkeit, Zerstörung, Normübertretung und der Ausdruck von Sinnlosigkeit Inhalt. Folgende Art der Aussagen entsprechen diesem Bereich: „damit alles in geordneten Bahnen läuft, alles mit rechten Dingen zugeht“ oder „damit kann etwas zerstört werden, etwas kann Unheil anrichten“.

8. Ökonomischer Wohlstand versus Ökonomische Bescheidenheit

Materieller Wohlstand und Verschwendung mit Aussagen wie „die haben ja viele Besitztümer“ oder Armut und Sparsamkeit mit Aussagen wie „weil ich dazu kein Geld habe, das viel zu teuer ist“ fallen unter diese Kategorie.

9. Selbstentfaltung versus Ich-Einengung

„Weil ich da viel kann oder viele Möglichkeiten habe“. Damit sind Selbstverwirklichung, personale Geltung und Wirkung sowie eigene Fähigkeiten und Möglichkeiten gemeint. Unter Ich-Einengung fallen Zwang, fehlende Eigenständigkeit mit Angaben wie „da bin zu unbedeutend“ oder „da komme ich nicht aus“.

10. Sozialer Kontakt versus Soziale Isolierung

Unter diesem Aspekt wird das soziale Umfeld erwähnt. Zu sozialem Umfeld zählen Tiere und Menschen. Aussagen wie „weil dort meist Leute sind“, „sich die Tiere freuen“ werden in den Bereich Sozialer Kontakt eingeordnet. Wird das Alleinsein und der soziale Rückzug angesprochen mit „da bin ich mutterseelenallein“ wird dies in den Bereich Soziale Isolierung eingeordnet.

11. Altruismus versus Egozentrische Selbsterhöhung

Mit Altruismus ist selbstloses Denken und Handeln, nützlich sein gemeint, etwa mit der Aussage „damit kann ich anderen Menschen helfen“ oder „dadurch werden die Tiere satt“. Auf der anderen Seite geht es bei Egozentrischer Selbsterhöhung um Erhöhung über andere Lebewesen, eigene Selbstverherrlichung oder Macht. Angaben der Probanden wie „weil ich über alles bestimmen kann“, „weil alle nach meiner Pfeife tanzen“ fallen in diesen Bereich.

12. Geistigkeit versus Natürlichkeit

Der Begriff Geistigkeit bezeichnet eine geistig-kulturelle Ausrichtung. Die hierzu gehörenden Aussagen erwähnen Kultur, Wissenschaft und Kunst oder enthalten Metaphern oder eine andere anspruchsvolle Ausdrucksweise. Mit Natürlichkeit wird naturnahes Leben erwähnt, aber auch Kulturlosigkeit oder Wissenschaftsfeindlichkeit wie „weil ich Leben in der Natur mag“.

In folgende sieben Oberkategorien werden die zwölf Inhaltskategorien eingeteilt:

1. Undifferenzierte Inhalte.....	Undifferenzierte Inhalte
2. Elementarer Hedonismus....	Unspezifische Lebenslust vs. Unlust
3. Elementare Sensusmotorik...	Sinneswahrnehmung vs. Reizrestriktion Bewegung vs. Ruhe
4. Elementare Ichbezogenheit..	Körperbezug vs.Distanzierung von der Körpersphäre Selbstentfaltung und Icheinengung
5. Grundlegende Existenzmodi	Ausgriff vs Rückzug Sozialer Kontakt vs. soziale Isolierung
6. Konstruktivität.....	Konstruktive Tendenzen vs. Destruktive Tendenzen
7. Kulturbezogene Mentalität..	Ökonomischer Wohlstand vs. Ökonomische Bescheidenheit Geistigkeit vs. Natürlichkeit

Besonderheit dieser Untersuchung war, dass die sechste Kategorie zur Spezifizierung der Auswertung verändert wurde. Dabei handelt es sich um die Kategorie Konstruktivität mit beiden Kategorienbereichen. Für die vorliegende Untersuchung wurde zusätzlich Konstruktivität im Sozialkontakt und Destruktivität im Sozialkontakt untersucht. Diese beiden Kategorien ersetzen Altruismus und egozentrische Selbsterhöhung. Zudem wurde noch in Ablehnung von Destruktivität und Zustimmung zu Destruktivität unterschieden. Mögliche Aussagen sind „ich möchte gerne ein Vulkan sein (Zustimmung), weil er viele Menschen umbringen kann (Destruktivität im Sozialkontakt). Es kann davon ausgegangen

werden, dass die Aggressivität eines Probanden, der destruktive Aspekte bejaht und sie dann noch in einen sozialen Kontext setzt, besonders hoch ist.

10.1.1.2 Der Foto-Hand-Test

Der Foto-Hand-Test (FHT) wurde bereits in der 70er Jahren entwickelt (vgl. Belscher et al., 1971). Er besteht aus 34 verschiedenen Einzelabbildungen einer männlichen Hand, die dem Probanden jeweils einzeln hintereinander vorgelegt werden. Die Abbildungen können z.B. eine Hand, die zur Faust geballt ist oder eine Hand, die ausgestreckt ist, zeigen. Die Hände werden dem Probanden nacheinander jeweils mit der Frage, was die Hand gerade machen könnte, dargeboten. Die vom Probanden gegebene Antwort wird sofort notiert. Der Foto-Hand-Test erfasst die generelle Aggressionsneigung, die sich im offenen Verhalten zeigen kann. Ziel der Entwicklung des Foto-Hand-Tests war nach Belschner et.al. (1971), einen thematischen Test mit den üblichen Gütekriterien der Objektivität, Reliabilität, Validität und Ökonomie zu schaffen, der in seinem Aussagebereich eingengt ist auf die Erfassung der Aggressivität im offenen Verhalten. Grundlegende Überlegung war, dass die Hand ein besonders vielfältiges und sowohl im psychisch gesunden als auch im psychopathologischen Bereich relevantes Medium in der Auseinandersetzung mit der Umwelt ist. Die Hand dient als Werkzeug, als Orientierungshilfe, als Ausdrucks- und Kommunikationsmittel.

Die grundsätzliche Annahme für die Entwicklung des Foto-Hand-Tests besteht nach Belschner et al. (1971) darin, dass Handlungstendenzen, die ein Proband den abgebildeten Händen zuschreibt, für sein Verhalten charakteristisch sind. So lassen sich aus dem Hervortreten bzw. Zurücktreten bestimmter Intentionen diagnostische und prognostische Folgerungen ableiten. Bei einem Überwiegen aggressiver Handlungstendenzen und einem Zurücktreten sozialer Handlungstendenzen in den Testantworten des Probanden wird man also offene, direkte und körperliche Aggressionen erwarten. Die Verwendung der Hand als Stimulusgattung bei der Testkonstruktion bietet darüber hinaus eine Reihe von Vorteilen wie z.B. der Vertrautheit und der überdurchschnittlichen Abwandelbarkeit durch verschiedene Positionen.

Grundsätzlich kann der Foto-Hand-Test als Einzel- oder Gruppentest durchgeführt werden. In der vorliegenden Untersuchung wurde er als Einzeltest durchgeführt. Die einzelnen Bildtafeln werden dem Probanden vorgezeigt, jedoch nicht in die Hand gegeben. Wie bereits oben festgestellt, werden die Antworten möglichst wörtlich mitgeschrieben. Äußert ein Proband, dass ihm zu einer Tafel keine Antwort einfallt, so versucht ihn der Versuchsleiter zu ermuntern: „Versuchen Sie es noch einmal. Es fällt Ihnen schon etwas ein.“ Kann der Proband auch dann keine Antwort geben, wird das Testverhalten als „Versager“ gewertet und kommentarlos das nächste Bild vorgelegt.

Im Folgenden sollen die in der Untersuchung verwendeten und relevanten Signierungskategorien dargestellt werden:

1) Aggressiv

Mit Aggressiv werden Antworten signiert, die ein gegen einen Organismus oder Organismus-Surrogat gerichtetes Austeilen schädigender Reize festhalten. Es sind Antworten, in denen die Hand dazu dient, jemandem zu drohen, ihn anzugreifen oder zu verletzen.

2) Direktiv

Im Vergleich zu der Kategorie Aggressiv sind diese Antworten sozial angepasster. Es geht darum, das Gegenüber zu lenken und zu beeinflussen, evtl. in autoritärer Art und Weise. Unter anderem wird das Gegenüber in eine Art abhängige Position gebracht. Wie bei Aggressiv will auch bei Direktiv der Handelnde dominieren. Dem anderen bleibt wenig freier Raum für eigene Meinung.

3) Affektiv

In der Antwort werden gegenüber einem anderen positive Gefühle zum Ausdruck gebracht.

4) Kommunikativ

In dieser Kategorie geht es um den Austausch von Informationen, dem Empfänger werden im Gegensatz zu der Kategorie Direktiv keine Vorschriften gemacht.

5) Abhängigkeit

Bei diesen Antworten begibt sich der Sender in eine untergeordnete Position und wendet sich an den Empfänger um Hilfe und Beistand.

6) Furcht

Diese Kategorie wird signiert, wenn die Antwort „Angst“ oder „Furcht“ enthält.

7) Verkrüppelt

Diese Kategorie ist typisch für die Aussagen von Straftätern und kommt entsprechend häufig zum Einsatz. Sie wird dann zugeordnet, wenn die Hand oder der Träger für die Bewältigung einer Situation nicht voll einsatzfähig ist. Dies ist der Fall, wenn die Hand die Attribute krank, verletzt, verkrüppelt zugeschrieben wird oder bei Äußerungen der Hilflosigkeit.

Der Foto-Hand-Test hat zwei wichtige, aus einzelnen Bereichen zusammengesetzte Werte:

1) Der Acting-Out-Score (AOS)

Der AOS wird ermittelt über das Zusammenzählen der Werte der beiden Kategorien Aggressiv und Direktiv. Von diesem Ergebnis wird der gemeinsame Wert der Kategorien Affektiv, Kommunikativ, Abhängigkeit und Furcht abgezogen.

Dieser Wert hat sich als Indikator offen aggressiven Verhaltens bewährt.

2) *Das Aggressivitätssyndrom bei erwachsenen Straftätern (AES)*

Dieser Wert setzt sich aus der Addition der Werte der Kategorien Aggressiv, Direktiv und Verkrüppelt zusammen. Diese Werte sind nach Untersuchungen von Selg (1974) bei Straftätern gegenüber der Kontrollgruppe signifikant erhöht

10.1.2 *Fragebogenverfahren*

10.1.2.1 *Explorationsfragebogen mit persönlichem Interview*

Für diese Untersuchung wurde von der Verfasserin dieser Arbeit ein Explorationsfragebogen entwickelt. In diesem standardisierten Fragebogen werden allgemeine Daten wie Alter, Religionszugehörigkeit, Beruf und Familienstand abgefragt. Zu diesen allgemeinen Daten kommen noch Informationen über Kindheit, diesbezügliche Bezugssysteme und die Sexualentwicklung mit wichtigen anamnestischen Daten wie eigener Missbrauch und das Erleben des ersten Sexualkontaktes. Neben Fragen zur persönlichen Vergangenheit des Probanden wird auch nach dem Erleben der therapeutischen Intervention und der Bedeutung der eigenen Verhaltensänderung sowie nach der Einschätzung des Probanden zu einer Mitschuld des Opfers an der Tat gefragt. Die Frage nach der Mitschuld des Opfers ist besonders relevant, da hier ein Zusammenhang zu der Opfereinschätzung im *Gießen-Test* gebildet werden und eine Veränderung der diesbezüglichen Einschätzung gemessen werden kann. Die Aussage zu einer Mitschuld des Opfers lässt auch Rückschlüsse zu dem Aspekt der Opferempathie zu und auf die sog. Mythen, die sich unter anderem durch die Behandlung verändern können.

10.1.2.2 *Der Gießen-Test*

Der *Gießen-Test*¹⁴ kann zur Selbst- und Fremdbeurteilung eingesetzt werden. In der vorliegenden Untersuchung wurde er zur Beurteilung des Opfers durch den Täter

14 der Gießen-Test (GT) wurde um 1968 in Gießen von Beckmann, D., Brähler, E. & Richter, H.-E. entwickelt. Die Abkürzung GT wird im Folgenden ausschließlich in Tabellen und Grafiken und ihren Beschriftungen verwendet.

verwendet, d.h. als Fremdbeurteilungsskala. Ziel der Art der Verwendung war, zu erkennen, ob hiermit die Veränderung oder ein Zusammenhang mit der Veränderung des Faktors Opferempathie oder Verständnis für das Opfer gemessen werden kann.

Der *Gießen-Test* ist ein Fragebogenverfahren, bestehend aus 40 Fragen über 3 Seiten. Die Fragen werden in der Auswertung in sechs bipolare Skalen unterteilt.

Auswertungskategorien des *Gießen-Tests*:

1) *Soziale Resonanz*

In dieser Skala geht es um die Wirkung des Opfers auf den Täter. Erlebt der Täter sein Opfer eher unattraktiv, unbeliebt, nicht durchsetzungsfähig und an schönem Aussehen desinteressiert oder erlebt er es anziehend, beliebt, geachtet, in der Arbeit geschätzt, durchsetzungsfähig und an schönem Aussehen interessiert?

2) *Dominanz*

Auf der einen Seite dieser Skala stehen Aggressivität, Impulsivität, Eigensinn und Herrschaftsansprüche. Auf der anderen Seite stehen Aggressionsunfähigkeit, Geduld, Anpassungswilligkeit, Unterordnungstendenz. Stellt man sich das Verhältnis zwischen den Skalenpolen personifiziert vor, ergäbe sich in nahezu klassischer Reinheit der Typ eines autoritären Rollenverhältnisses mit wechselseitiger Bedingtheit. Sieht der Täter sein Opfer eher dominant, häufig in Auseinandersetzungen verstrickt, eigensinnig, begabt zum schauspielern, schwierig in enger Kooperation und ungeduldig oder ist das Opfer eher gefügig, selten in Auseinandersetzungen verstrickt, fügsam, gern sich unterordnend, unbegabt zum Schauspielern, unkompliziert in enger Kooperation und geduldig?

3) *Kontrolle*

Die Einschätzung des Opfers durch den Täter auf dieser Skala bewegt sich zwischen den Polen unterkontrolliert und zwanghaft. Im Einzelnen geht es bei der

Skala Kontrolle um die Einschätzung des Täters bezüglich des Umgangs seines Opfers mit Geld, Ordnung, Wahrheit, damit, wie stetig das Opfer ist und wie es um die Fähigkeit des Opfers steht, ausgelassen zu sein. Diese Skala beschreibt die Beziehung zwischen dem Es und den Kontrollmechanismen der Ich-Überich-Organisation, zwischen den Polen „triebhafter Charakter“ und „Zwangsstruktur“.

4) Grundstimmung

Der Aspekt Grundstimmung des Opfers bewegt sich zwischen den Polen positiver Stimmung und negativer Stimmung. Positive Stimmung beschreibt, dass das Opfer selten bedrückt ist, wenig zur Selbstreflexion neigt, wenig ängstlich ist, seinen Ärger eher herauslässt, eher unabhängig und selbstunkritisch ist. Negative Stimmung beinhaltet, das Opfer ist häufig bedrückt, neigt stark zur Selbstreflexion, ist sehr ängstlich, sehr selbstkritisch, frisst Ärger eher in sich hinein und ist eher abhängig. Übergeordnet geht es um die beiden Pole hypomanisch versus depressiv. Mit dieser Skala ist auch ein Hinweis auf die Einschätzung des Täters der Belastung des Opfers durch die Tat gegeben.

5) Durchlässigkeit

Die Skala 5 misst Durchlässigkeit mit den beiden Polen durchlässig und retentiv. Mit durchlässig ist aufgeschlossen, anderen nahe, eher viel preisgebend, Liebesbedürfnisse offen ausdrückend, eher vertrauensselig und intensiv in der Liebe erlebnisfähig, gemeint. Mit dem gegensätzlichen Pol retentiv wird verschlossen, anderen fern, eher wenig preisgebend, Liebesbedürfnisse zurückhaltend, eher misstrauisch und in der Liebe wenig erlebnisfähig bezeichnet. Hier wird das Kontakterleben und Kontaktverhalten des Opfers aus Sicht des Täters dargestellt. Auf der einen Seite der Skala entwickelt sich aus dem basalen Vertrauen Offenheit und auf der anderen Seite aus Angst vor der feindlichen Umwelt, Verschlossenheit.

6) Soziale Potenz

Während Skala 5 vorwiegend frühe orale und anale Merkmale des Kontakterlebens und Kontaktverhaltens anspricht und in sich recht geschlossen erscheint, geht Skala 6 ganz offensichtlich über diese frühen Kategorien hinaus und mutet auf den ersten Blick auch weniger homogen an. Folgende Punkte erfassen die beiden Seiten dieser Skala: einerseits sozial potent und andererseits sozial impotent. Damit ist einerseits gemeint, dass der Täter das Opfer als gesellig ansieht, im heterosexuellen Kontakt unbefangen, sehr hingabefähig, deutlich konkurrierend, fähig zu einer Dauerbindung und fantasie reich. Andererseits kann der Täter das Opfer als ungesellig, im heterosexuellen Kontakt befangen, wenig hingabefähig, kaum konkurrierend, kaum fähig zu einer Dauerbindung und fantasiearm sehen.

10.1.2.3 Der Fragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren (FAF)¹⁵

Der FAF ist ein Instrumentarium, das ca. 1963 entwickelt wurde. Die Entwicklung stand in engem Zusammenhang mit der Konstruktion des Freiburger Persönlichkeitinventars (FPI). Der Fragebogen wurde primär vor dem Hintergrund lernpsychologischer Theorien der Aggressionsforschung konzipiert, daneben wurden auch tiefenpsychologische Anregungen berücksichtigt. Das Verfahren enthält 77 aggressionsrelevante Aussagen, die dichotom mit Ankreuzen von stimmt/stimmt nicht beantwortet werden sollen.

Die einzelnen Aussagen können folgenden sechs Subskalen zugeordnet werden:

- Spontane Aggression (19 Items)
- Reaktive Aggressionen 13 Items)
- Erregbarkeit (13 Items)
- Aggressionshemmung (10 Items)

15 entwickelt in Deutschland 1975 von Hampel, R. und Selg, H.

- Offenheit (10 Items)

Zudem kann ein Summenwert berechnet werden aus den Skalen 1 bis 3, der als Faktor „nach außen gerichteter Aggressionsbereitschaft“ interpretiert werden kann. Dieser Faktor ist in der vorliegenden Untersuchung, da es sich um die Einschätzung des Opfers durch seinen Täter handelt, weniger von Interesse.

Die Aggressivitätsfaktoren des FAF:

Faktor 1 (spontane Aggression)

Erreicht ein Proband hohe Werte auf dieser Skala, gibt er fantasierte, verbale oder körperliche Aggressionen gegen andere Menschen und gegen Tiere zu. In dieser Hinsicht ist der Proband als relativ unbeherrscht zu sehen, er fühlt sich stark, wenn er mit mehreren beisammen ist und hat sadistische Tendenzen. Erreicht ein Proband einen niedrigen Wert, bedeutet dies, dass der Täter sich eher als beherrscht und ruhig bis passiv beschreibt.

Faktor 2 (reaktive Aggressivität)

Diese Art der Aggressionen ist gesellschaftlich weitgehend sanktioniert. Hohe Testwerte sprechen für ein entschiedenes Durchsetzungsstreben des Probanden bei konformistischer Grundhaltung. Bei niedrigen Werten ist davon auszugehen, dass der Proband einen aggressiven Verhaltensstil eher ablehnt.

Faktor 3 (Erregbarkeit)

Hat der Proband bei diesem Faktor hohe Werte, spricht dies für eine erhöhte Affizierbarkeit des Probanden. Er neigt zu vermehrten Wut- und Zornerelebnissen. Der Proband hat einen Mangel an Affektsteuerung und eine niedrige Frustrationstoleranz. Niedrige Werte sprechen für Ausgeglichenheit des Probanden, evtl. sogar Phlegma.

Faktor 4 (Selbstaggression bzw. Depression)

Zu diesem Bereich gehören Selbstaggressionen mit Selbstvorwürfen, aber auch Selbstmordabsichten, ebenso wie depressive Stimmungen, Ressentiments und Misstrauen. Hohe Werte sprechen für dem Probanden zugeordnete depressive Züge, für Unzufriedenheit und eine negative Einstellung des Täters zum Leben. Niedrige Werte lassen eher auf eine ausgeglichene Stimmungslage des Probanden, evtl. auch auf unreflektierte Selbstzufriedenheit schließen.

Faktor 5 (Aggressionshemmung)

Dieser Faktor beschreibt Aggressionshemmungen bzw. allgemeine Gehemmtheiten. Hohe Werte sprechen für selbstquälerische Gewissensaktivitäten des Täters, niedrige eher für skrupellose Einstellungen im sozialen Bereich.

Offenheitswerte

Die Offenheitswerte des FAF gelten eher als problematisch. In Bereichen, in denen Probanden wenige Schäden zugeben, „stimmt“ vielleicht die Testsituation nicht. Andererseits haben vornehmlich Probanden mit hohen Hemmungen sehr niedrige Offenheitswerte. Es könnte sich also um durchaus gültige Antworten von Leuten mit überstrengen Gewissensregungen handeln, die sich tatsächlich die kleinen Schwächen, welche von den Offenheitsitems thematisiert werden, nicht erlauben (z.B. erlauben sie sich keine unanständige Witzelei oder Angeberei).

Summenwert Aggressivität

Die Skalen 1-3 lassen sich zu einer Summe von Aggressivitätsindikatoren zusammenfassen. Der Summenwert könnte die nach außen gerichteten Aggressionsbereitschaften repräsentieren.

10.1.2.4 Der Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest (MWT-B)

Der MWT-B wurde in den 70er Jahren von Lehrl entwickelt. Die gebräuchlichen Intelligenztests wie der Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene oder auch der Intelligenz-Struktur-Test von Amthauer oder der Progressive Matrizen Test nach Raven wären für die vorliegende Untersuchung zu zeitraubend und den Vorstellungen nicht entsprechend. In diesem Fall war ein kurzes Verfahren zum Ausschluss von Probanden mit extrem gering ausgeprägter Intelligenz erforderlich. In der vorliegenden Untersuchung geht es um eine schnelle Information über das allgemeine Intelligenzniveau des Probanden. Das bietet der MWT-B.

Mehrfachwahl-Wortschatz-Tests (MWT) werden nach einem einfachen Schema konstruiert. man stellt ein umgangs-, bildungs- oder wissenschaftssprachlich bekanntes Wort unter vier sinnlose Wörter. So entsteht eine Wortzeile. Mehrere in der Schwierigkeit steigende Wortzeilen bilden den Gesamttest. Den Testpersonen wird die Aufgabe gestellt, die „richtigen“ Wörter herauszufinden. Im Wesentlichen spricht der MWT nur zwei psychische Funktionsgefüge an, nämlich die, Bekanntes wiederzuerkennen und Bekanntes von Unbekanntem zu unterscheiden. Die Anforderungen an die flüssige Intelligenz sind also verhältnismäßig gering. Die Aufgabenschwierigkeit nimmt von oben nach unten zu. Der Proband hat beliebig viel Zeit. Insgesamt besteht der Test aus 37 Wortzeilen.

Auswertung des MWT-B:

Tabelle 10.1.2.4

Auswertungskategorien des MWT-B

Gesamtpunktzahl	Intelligenzstufe	IQ
0-5	sehr niedrige Intelligenz	bis 72
6-20	niedrige Intelligenz	73-90
21-30	durchschnittl. Intelligenz	91-109
31-33	hohe Intelligenz	110-127
34-37	sehr hohe Intelligenz	128 und höher

10.1.2.5 Psychopathy Checklist (PCL)

Die PCL wurde von Hare 1991 (Hare, 1998) zur Messung von Psychopathy bei Straftätern entwickelt. Für das englische Wort Psychopathy ist noch kein entsprechendes deutsches Wort gefunden worden. Aus diesem Grund wird weiterhin der englische Begriff verwandt. Mit Psychopathy ist eine schwere Persönlichkeitsstörung gemeint, die Anteile der dissozialen und antisozialen Persönlichkeit habe. Die Betroffenen können wenig Empathie zeigen, weisen geringe soziale Verantwortung auf und haben wenige Gewissensfunktionen. Die PCL besteht aus 12 Items, die den Probanden beschreiben sollen. Der Versuchsleiter oder derjenige, der den Probanden bewertet, füllt die PCL aus.

Folgende, den Probanden beschreibende Eigenschaften sollen bewertet werden:

- Oberflächlich
- Grandios
- Betrügerisch-manipulativ
- Fehlen von Reue
- Fehlen von Empathie
- übernimmt keine Verantwortung
- Impulsiv
- Schlechte Verhaltenssteuerung
- fehlende Lebensziele
- Verantwortungslos
- Antisoziales Verhalten in der Adoleszenz
- Antisoziales Verhalten im Erwachsenenalter

10.1.2.6 Fremdanamnese

Um ein weiteres Messinstrument zur Veränderungsmessung der Einstellungen der Gefangenen zu haben, wurde von der Verfasserin dieser Arbeit ein Fremdanamnesefragebogen entwickelt. Dieser Fremdanamnesebogen wurde den Leitern der Sozialtherapie nach Abschluss des zweiten Untersuchungsdurchlaufs vorgelegt.

Hierin sollten folgende, die Experimentalgruppenprobanden betreffende Aspekte bewertet werden:

- Wie weit ist es dem Gefangenen gelungen, sein Delikt zu bearbeiten?
- Reduzierung der Bagatellisierung des Deliktes
- Verbesserung des Zugangs zu seiner Sexualität
- Wahrnehmung eigener Aggressivität verbessert

- Umgang mit eigener Aggressivität besser
- Verbesserung der eigenen Akzeptanz des Deliktes
- Entwicklung/Verbesserung von Opferempathie
- Verbesserung von Verständnis für Zusammenhänge von Delikt und Lebensgeschichte

10.1.3 Aktenuntersuchung

In Zusammenhang mit der vorliegenden Arbeit wurden auch die Gefangenakten herangezogen und ausgewertet. Die Aktenuntersuchung unterteilt sich in mehrere Bereiche. Es wurden einerseits die allgemeinen Justizakten aller untersuchten Probanden ausgewertet. Zusätzlich wurden die Therapieakten der Probanden der Experimentalgruppe mit deren Einwilligung herangezogen.

Neben den Akten der untersuchten Probanden wurden die Akten einer Aktenkontrollgruppe, die gebildet wurde, untersucht. Mit dieser Aktenkontrollgruppe sollte geklärt werden, inwieweit es sich bei den Untersuchten der Sozialtherapie um einen Durchschnitt der dort Inhaftierten handelt oder ob die an der Untersuchung Teilgenommenen besondere Auffälligkeiten aufweisen. Auffälligkeiten könnten z.B. sein, dass die an der Untersuchung teilgenommenen Probanden ein besonders leichtes Delikt begangen haben oder, dass an der Untersuchung übermäßig viele Probanden einer bestimmten Deliktgruppe teilgenommen haben.

Aspekte des Aktenstudiums waren: Delikt und Verifizierung des Erzählten, Vorbestrafung und Deliktart der Vorbestrafung, Länge der Haftzeit, Auffälligkeiten während der Haft wie Disziplinarverfahren oder Abmahnung, Testverfahren während der Inhaftierung zur Kontrolle.

10.2 Einschränkungen bei der Durchführung

Bei der Untersuchung gab es folgende Haupteinschränkungen:

1. Wahl der Kontrollgruppe

Günstige Bedingungen für ein Untersuchungsdesign wären sicherlich, wenn es nach freiem Zufallsprinzip solche Sexualstraftäter gäbe, die sich in einer SothA befinden und solche, die keine Therapie erhalten. Auf diese Weise wären mögliche Unterschiede bezüglich der Therapiemotivation der Täter vermieden. Durch das 1998 erlassene Gesetz jedoch sind alle Sexualstraftäter bis auf die unter Punkt 3.1 genannten. Ausnahmen zu einer Behandlung verpflichtet bzw. die Justiz ist dazu verpflichtet, sie zu behandeln. Auf diese Weise war es schwer, eine Kontrollgruppe zu bilden bzw. Probanden für eine Kontrollgruppe zu motivieren.

2. Probanden, die bei dem zweiten Untersuchungsdurchlauf nicht mehr teilnehmen wollten

Bei den Probanden, die zum zweiten Untersuchungsdurchlauf keine Bereitschaft mehr zu einer Teilnahme zeigten, handelte es sich vorwiegend um Teilnehmer der Kontrollgruppe. Gründe waren, dass sie aufgrund ihres Haftverlaufes zu jeglicher Unterstützung eines anderen Menschen demotiviert waren oder vermehrt Sorge hatten, dass die Untersuchungsergebnisse der Anstalt oder einer Gutachtenstelle zukommen könnten.

3. Alle Experimentalgruppenteilnehmer sollten maximal drei Monate in einer SothA sein

Um einen Behandlungseffekt sinnvoll messen zu können war es erforderlich, dass der erste Untersuchungszeitpunkt stattfand, bevor der Proband bereits zahlreiche Einstellungsveränderungen im Rahmen von therapeutischen Lernprozessen

durchgemacht hat. Er sollte weitgehend unbehandelt sein, um dem Ausgangsstatus eines Probanden der Kontrollgruppe zu entsprechen.

4. Teilnehmende Probanden mussten zustimmen

An der Untersuchung teilnehmende Probanden mussten sich selbst zu der Teilnahme entscheiden und konnten nicht verpflichtet werden. Die Experimentalgruppenteilnehmer mussten ihr Einverständnis zu der Einsichtnahme der Therapieakten geben.

10.3 Multimethodales Untersuchungsdesign

Es wurde bewusst ein multimethodales Untersuchungsdesign gewählt. Wie aus vielfachen Veröffentlichungen vor allem von Plaum und auch Biedermann immer wieder hervorgeht, sind Ergebnisse von herkömmlichen Fragebogenmethoden häufig problematisch zu sehen. Bei Fragebogentestungen handelt es sich um „offene Situationen“: Probanden können bereits an der Frage das Ziel dieser erkennen. Nach Kubinger (2001, zitiert nach Biedermann, 2007, S. 19) weiß der Proband zumindest im Prinzip, worum es geht und zahlreiche empirische Studien belegen, dass ausreichend intelligente Probanden die Messintention von Persönlichkeitsfragebögen regelmäßig durchschauen. Das Testverfahren ist durchschaubar hinsichtlich Fragestellung, Zeitpunkt, zu dem es stattfindet und der Tatsache einer Datenerhebung. Aufgrund der offenen Untersuchungssituation werden Probanden prekäre Themen wie Aussagen zu Aggression oder zu ihrem Delikt oder zu anderen generell sozial eher unerwünschten Themen eher umschiffen oder sie sozial erwünscht beantworten. Diese Verfälschungstendenzen gelten insbesondere für Straftäter bei Untersuchungen, die noch zum Zeitpunkt der Inhaftierung durchgeführt werden. In der Regel haben die Gefangenen Angst, dass die Testergebnisse durch irgendeinen Grund doch der Anstaltsleitung oder irgendeiner für den Inhaftierten relevanten, ihn beurteilenden Person in die Hände gelangen. Auf diese Weise könnten die Untersuchungsergebnisse dann einen möglicherweise negativen Beitrag zu einer für sie als Inhaftierten bedeutsamen Entscheidung leisten. Bei projektiven Techniken ist die Untersuchungssituation undurchschaubar. Ein Hauptnachteil dieser Verfahren, auch hinlänglich bekannt, ist ihre komplizierte und teilweise wenig objektive Auswertbarkeit und

das Fehlen der Gütekriterien. Andererseits werden mit diesen Techniken Ergebnisse erzielt, die mit anderen Testverfahren nicht zu erreichen sind. Bei projektiven Techniken ist es dem Probanden nicht möglich, das Ziel der Datenerhebung zu erkennen. Ein Grund dafür ist, dass die interessierenden Aspekte nicht direkt erfragt, sondern indirekt herausgefunden werden. Deshalb gibt es keine Antworten, die durch soziale Erwünschtheit verfälscht werden.

Da das Ziel der Untersuchung war, herauszufinden, inwieweit sich die Einstellung der Inhaftierten durch Behandlung verändert und sich ihre Rückfallprognose verbessert, waren Verfahren erforderlich, die diese Bereiche erfassen. Ein solches Verfahren ist der Fragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren. Ebenso ist dies der Foto-Hand-Test. Dies ist ein projektives Verfahren, spezifiziert auf Straftäter.

Auch die *Wunschprobe*, die ein eher unbekanntes Verfahren ist, ist ein im Straftäterbereich gängig eingesetztes Verfahren (E. Plaum, persönl. Mitteilung, 30.05.04). Diese Technik ist ein kompliziertes Verfahren, das einige Zeit der Unterrichtung benötigt, bis ein Testleiter sie adäquat durchführt und die Ergebnisse entsprechend auswertet. Die *Wunschprobe* enthält eine Vielzahl an Aspekten, durch die eine Aussage zu Straftätern z.B. hinsichtlich deren Veränderung von Aggressivität getroffen werden kann: Destruktivität, Destruktivität im Sozialkontakt wie Macht über ein anderes Lebewesen haben und sich über dieses zu stellen (wie auch bei einem sexuellen Übergriff).

11. Behandlungsprogramm der JVA Landsberg

Dieses Behandlungsprogramm wird exemplarisch für Behandlungsprogramme an SothAs vorgestellt.

Die Behandlung in einer SothA dauert durchschnittlich zwei Jahre. Wichtige Aspekte der Behandlung sind die Gruppen- und die Einzeltherapie.

11.1 Therapeutische Aspekte des Behandlungsprogramms

11.1.1 Gruppentherapie

In der sozialtherapeutischen Abteilung gibt es drei therapeutische Kleingruppen zu je acht Teilnehmern, die von jeweils zwei Therapeuten bzw. Therapeutinnen geleitet werden. Jeder Gefangene wird bei seiner Aufnahme in die Abteilung einer Therapiegruppe zugeordnet und nimmt während der gesamten Maßnahme einmal wöchentlich für eineinhalb Stunden an einer Gruppensitzung teil. In dieser Form einer halboffenen Gruppe können die neuen Gruppenmitglieder von den Erfahrenen gut profitieren. Therapeutischer Schwerpunkt der Gruppensitzungen ist die Bearbeitung der jeweiligen Sexualdelikte. Der einzelne Gefangene schildert vor der Gruppe den Ablauf seiner Tat(en) und stellt sich den Fragen der Therapeuten bzw. Therapeutinnen und der Gruppenteilnehmer. Währenddessen werden gemeinsam mit dem Betroffenen vor allem die Auslöser und Hintergründe seines Delikts, die lebensgeschichtlichen Zusammenhänge und die Konsequenzen aus all diesen Erkenntnissen für seine Zukunft erarbeitet, um Rückfälle und damit weitere Opfer zu vermeiden (prä- und postdeliktisches Verhalten). Weiterer Schwerpunkt der therapeutischen Interventionen ist, die Folgen für das Opfer aufzuzeigen und Empathie bei den Gruppenteilnehmern zu fördern. In diesem Zusammenhang werden eigene Missbrauchs- und Opfererfahrungen besprochen. Daneben ist der Bereich Sexualität ein wichtiges Thema, wobei es zum einen um die individuelle Sexualentwicklung, sexuelle Präferenzen und eventuelle Störungen, zum anderen um sachdienliche Informationsvermittlung geht. Darüber hinaus ist der Umgang mit früheren und

aktuellen Aggressionen, Frustrationen und Kränkungen ein wesentlicher Bestandteil der therapeutischen Gruppenarbeit. Allgemein werden in der Gruppe typische deliktrelevante Denk- und Verhaltensmuster reflektiert und modifiziert, Selbst- und Fremdwahrnehmung geschult, eine konstruktive Beziehungsgestaltung eingeübt sowie Geschlechtsrollenbilder thematisiert.

Bei allen Gruppensitzungen wird auf die Einhaltung der allgemeinen Gruppenregeln geachtet. Aktuelle Themen und Konflikte werden in Absprache mit allen Beteiligten vorrangig bearbeitet. Am Ende der Behandlungsmaßnahme erfolgt eine individuelle Verabschiedung aus der Therapiegruppe, bei der noch einmal auf die besonderen Risikofaktoren des Einzelfalles und die in der Therapie herausgearbeiteten Strategien zur Rückfallvermeidung sowie den individuellen Rückfallvermeidungsplan eingegangen wird.

Zudem wird das Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter nach Bernd Wischka angewandt (s.o. 4.1.2).

11.2.2 Einzeltherapie

Zu Beginn der Behandlungsmaßnahme wird der Gefangene für die Gesamtdauer seiner Therapie einem Einzeltherapeut oder -therapeutin zugeordnet. In der Orientierungsphase werden zwei einzeltherapeutische Kennenlerngespräche durchgeführt. Nach dem Übergang in die intensive therapeutische Phase finden regelmäßige Einzelgespräche mit dem Gefangenen statt, je nach Indikation wöchentlich oder 14-tägig. In der Lockerungs- und Entlassungsphase wird die Frequenz der Gespräche reduziert. Die Gesprächstermine finden nur noch alle drei bis vier Wochen statt.

In der Anfangsphase der Einzeltherapie steht neben der Anamneseerhebung die Motivationsarbeit im Vordergrund.

11.1.3 Konzentrierte Bewegungstherapie

Zusätzlich zu Einzel- und Gruppentherapie wird ein körpertherapeutisches Konzept der Konzentrierten Bewegungstherapie verwandt. Die Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT)

ist eine körperorientierte psychotherapeutische Methode. Sie nutzt Wahrnehmung und Bewegung als Grundlage von Erfahrung und Handeln. Unmittelbare Sinneserfahrungen werden verbunden mit psychoanalytisch orientierter Bearbeitung. Basis dafür sind entwicklungs- und tiefenpsychologische sowie lerntheoretische Denkmodelle.

11.1.4 Gruppenangebote des allgemeinen Vollzugsdienstes

Die Bediensteten des allgemeinen Vollzugsdienstes (aVD) bieten als Ergänzung zur Therapie verschiedene Beamtengruppen an. Diese finden in der Freizeit der Gefangenen statt und werden jeweils von einem Kollegen des allgemeinen Vollzugsdienstes geleitet. Die Gefangenen müssen an mindestens einer dieser Gruppen teilnehmen. Die Auswahl der Gruppe steht den Gefangenen frei. Nachdem sich der Gefangene für eine Gruppe entschieden hat, ist die Teilnahme für mindestens 10 Gruppenstunden bindend.

Jeder Beamte (aVD) der SothA hat seine eigenen Gruppenangebote. Die jeweiligen Gruppenangebote richten sich nach dem Dienstplan.

Tabelle 11.1.4

Gruppen, die zuletzt (bis einschließlich 2009) in der JVA Landsberg angeboten wurden

Gesprächsgruppen: Themenzentriert und problemorientiert.....	Wut, Freude, Ärger Literatur- und Filmgesprächen mit Referaten und Gedichte erörtern über Gefühle sprechen offene Gesprächsgruppen Spielegruppe
Aktionsgruppe.....	Bewusst essen und abnehmen, leichte(r) Sport und Bewegung Rückenschule
Gartengruppe.....	Anpflanzen und Pflege von Blumen und Gemüse
Aquaristikgruppe.....	Pflege und Gestaltung des Aquariums der Abteilung
PC Arbeitsgruppe.....	Vermittlung von Grund- und Fortgeschrittenenkenntnissen
Bastelgruppe.....	

Durch diese vielfältigen Gruppenangebote werden folgende Ziele verfolgt:

- 1) Anregung für eine sinnvolle Freizeitgestaltung
- 2) Verantwortung übernehmen
- 3) Lernfeld für das Ausprobieren verschiedener Verhaltensweisen
- 4) Sprechen und Zuhören lernen in der Gruppe; Regeln aufstellen, vereinbaren und einhalten
- 5) Besseres gegenseitiges Kennenlernen innerhalb der Wohngruppe
- 6) Meinungen von anderen respektieren
- 7) Soziale Kompetenz erlernen
- 8) Positiver Einfluss auf die Mitarbeit in den therapeutischen Gruppen

11.1.5 Soziales Lernen im Rahmen der Wohngruppe

Das Leben in der Wohngruppe ist ein wichtiges soziales Lernumfeld. Das Behandlungsteam trägt hierzu bei, da abends von 19.15 Uhr bis 21.15 Uhr (Einschlusszeit) die Abteilungstüren geschlossen sind und so Kontakte nur noch unter den Teilnehmern der Sozialtherapie möglich sind. Des Weiteren ist die Benutzung des eigenen Fernsehers auf der Zelle unter der Woche während der Zeit von 16.30 Uhr bis 20.00 Uhr verboten. Innerhalb dieser Zeit kann ausschließlich das Fernsehgerät im Aufenthaltsraum genutzt werden.

11.1.6 Gruppe zur Vorbereitung auf die Entlassung und Rückfallvermeidungsplan

Teilnehmer der Gruppe zur Vorbereitung auf die Entlassung sind alle Gefangenen, die bereits Vollzugslockerungen erhalten oder kurz davor stehen. Die Gefangenen sollen über entlassungsrelevante Themen informiert werden und sich damit auseinandersetzen. Hierzu können auch Experten wie eine Schuldnerberatung befragt werden.

Für jeden Gefangenen wird ein eigener Rückfallvermeidungsplan ca. einen Monat vor der Entlassung vom Team gemeinsam mit dem Gefangenen erarbeitet.

11.1.7 Einbeziehung der Außenkontakte

Um das soziale Umfeld des Gefangenen kennen zu lernen, werden Gespräche mit den Angehörigen geführt, an denen der Gefangene teilnimmt.

11.2 Einzelne Behandlungsphasen

11.2.1 Orientierungsphase

Die ersten vier Behandlungsmonate befindet sich der Gefangene in der Orientierungsphase. Der Gefangene erhält noch keine regelmäßige Einzeltherapie, er befindet sich sozusagen in der Probezeit. Das Team der Abteilung macht sich in dieser Zeit ein Bild von dem neuen Mitglied der Behandlungsabteilung. Mit dem Gefangenen wird die Behandlungsvereinbarung getroffen, es geht um Fragen der von ihm erwarteten Mitarbeit, um seine Verschwiegenheitsverpflichtung, Gründe für einen Therapieabbruch usw. Diese

Behandlungsvereinbarung muss vom Gefangenen als Grundlage der therapeutischen Arbeit akzeptiert werden. Über jeden Teilnehmer an der Maßnahme wird eine Therapieakte angelegt. Hierzu werden auch die Ermittlungsakten zu allen bisher durchgeführten Verfahren angefordert. Diese bringen häufig aufschlussreiche Details wie z.B. Zeugenvernehmungen mit der Sicht der Opfer zu Umfang und Ablauf der Straftaten. Jeder neu aufgenommene Gefangene schreibt einen ausführlichen Lebenslauf von sich. Es werden testpsychologische Daten erhoben. Alle Gefangenen haben zur Abklärung möglicher Suchtprobleme einen Termin bei der externen Suchtberatung der Anstalt, um bei Bedarf ergänzende Hilfen für die Therapie in Anspruch zu nehmen.

Nach vier Monaten findet eine Fallbesprechung statt, in der die Erkenntnisse des Teams in der Orientierungsphase zusammengetragen werden.

11.2.2 Intensive therapeutische Phase

Nach Beendigung der Orientierungsphase werden dem Gefangenen in einem Teamgespräch erste Behandlungsziele mitgeteilt. Zudem beginnen nun die Teilnahme an der Kleingruppe mit dem Schwerpunkt Deliktbearbeitung und regelmäßige Einzelgespräche. Abhängig von den individuellen Behandlungszielen nimmt der Gefangene zusätzlich am Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter teil.

Durch die vielfältigen Behandlungsangebote innerhalb der therapeutischen Intensivphase wird der Gefangene in seiner Auseinandersetzung mit sich selbst gefördert. Dies bedeutet, dass er dazu befähigt werden kann, zu erkennen, weshalb es zu der Tat/ den Taten kam und welche biographische und situative Faktoren dazu beigetragen haben. Zudem werden in dieser Phase soziale Defizite bearbeitet und eine Persönlichkeitsentwicklung und „Nachreifung“ durch das sozial-therapeutische Setting angeregt. Auch in dieser Phase wird der Therapieverlauf des Gefangenen überprüft. Je nach individuellem Therapieverlauf dauert diese Phase mindestens 12 Monate bzw. auch entsprechend länger. In dieser Zeit wird auch ein Angehörigengespräch durchgeführt. Dieses dient dem Kennenlernen des sozialen Netzes des Gefangenen und somit auch der Vorbereitung der Vollzugslockerungen. Zum Ende der intensiven therapeutischen

Phase findet eine Begutachtung statt. Bei einem positiven Ergebnis beginnt dann die Lockerungsphase.

11.2.3 Lockerungsphase

Alle psycho- und sozialtherapeutischen Bemühungen sind letzten Endes auf die Bewährung des Gefangenen in Freiheit gerichtet. Der vollzugliche Rahmen stellt eine künstliche Umgebung dar, es fehlen wesentliche Elemente, die mit dem Fehlverhalten des Gefangenen zu tun haben. Insofern wird in der dritten Phase der sozialtherapeutischen Maßnahme versucht, den Gefangenen -ähnlich einer Wiedereingliederung in die Gesellschaft und die Realität außerhalb der Vollzuges-, an das auf ihn nach der Entlassung zukommende Umfeld heranzuführen. Das Strafvollzugsgesetz bietet dazu die Möglichkeiten der in § 11, 13, 15 und 124 StVollzG geregelten Lockerungen des Vollzuges. Bevor Lockerungen stattfinden können, muss jedoch davon ausgegangen werden, dass der Gefangene die Lockerungen nicht für neue Straftaten oder zur Flucht missbraucht.

Folgende Aspekte gehen in die Aussprache von Lockerungen ein:

- Hat sich der Gefangene mit den Hintergründen seiner Straftaten ausreichend auseinandergesetzt?
- Weiß der Gefangene, wo seine spezifischen Risikofaktoren liegen?
- Wie ist der Gefangene mit Auseinandersetzungen auf der Abteilung umgegangen?
- Hat sich der Gefangene in Bereichen seiner Persönlichkeit verändert, die für sein Deliktverhalten relevant waren?
- Ist der Gefangene kooperationsbereit und vertragsfähig?
- Auf welche soziale Situation trifft er bei Lockerungen, hat er tragfähige extramurale Beziehungen?
- Hat der Gefangene Suchtprobleme?

Folgende Lockerungsmaßnahmen sind möglich:

- Ausführungen unter Aufsicht eines Vollzugsbeamten
- Begleiteter Ausgang von bis zu 8 Stunden mit einer Person, die den Gefangenen vorher schon mehrfach besucht hat. Sind keine sozialen Kontakte vorhanden, ist es ein so genannter ehrenamtlicher Helfer, den der Gefangene über die Vermittlung des Pfarrers oder einer sozialen Einrichtung kennen gelernt hat.
- Nach einem oder mehreren Ausgängen ist Urlaub möglich, meist über ein Wochenende, zunächst einmal im Monat. Hier muss der Gefangene nicht mehr von seiner Kontaktperson abgeholt werden. Er kann die Zeit nutzen, ein Stück weit die Situation der Entlassung vorauszunehmen und sich darin auszuprobieren.

11.2.4 Entlassungsphase

Während der Entlassungsphase soll sich der Gefangene verstärkt auf seine zukünftige Lebenssituation in Freiheit konzentrieren und sie so konkret wie möglich vorbereiten. Der Gefangene wird dabei unterstützt, eine psychotherapeutische Anbindung nach der Entlassung zu finden. Seine Wohn- und Arbeitssituation sollte bereits vorher bekannt und geklärt sein. Der erste Kontakt zum Bewährungshelfer sollte vor der Entlassung stattfinden und, falls notwendig, eine Beratung zur Schuldenregulierung stattfinden. In Zusammenhang mit konkreten Maßnahmen des Opferschutzes wird beispielsweise in Einzelfällen das Jugendamt vor Ort über eine Entlassung informiert.

11.2.5 Nachsorge

Wichtigster Aspekt der Nachsorge ist, den Kontakt zwischen dem entlassenen Gefangenen und seinem Bewährungshelfer, seinem Psychotherapeuten und weiteren Einrichtungen seines zukünftigen sozialen Netzwerkes herzustellen.

Unter den Bereich der Nachsorge fällt auch die Teilnahme an dem jährlichen Ehemaligentreffen der SothA. Die ehemaligen Gefangenen können sich untereinander über Erfolge und Schwierigkeiten austauschen und mit dem Behandlungsteam Rücksprache halten. Auch eine telefonische Rücksprache des Entlassenen mit dem Behandlungsteam ist möglich.

In diesem Rahmen können erste Erfahrungen nach der Entlassung berichtet, Fragen zur Klärung von Alltagsproblemen gestellt und Unterstützung vom Behandlungsteam gegeben werden.

12. Erhebung der Befunde und Durchführung der Untersuchung

12.1 Rekrutierung der Stichprobe

Es wurden eine Experimentalgruppe und eine Kontrollgruppe zusammengestellt. Die Experimentalgruppe setzte sich aus Teilnehmern der SothA der JVA München und der SothA der JVA Landsberg zusammen. Die Kontrollgruppe bestand aus Inhaftierten des Normalvollzuges der JVA Landsberg.

Nach juristischen Gesichtspunkten wurden erwachsene männliche Probanden untersucht, die Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung begangen hatten, insbesondere nach § 177 bis § 178 StGB (Vergewaltigung/sexuelle Nötigung) und § 174 bis § 176 (sexueller Missbrauch) Verurteilte und Inhaftierte.

Untersuchungsergebnisse von 47 Probanden waren letztendlich auswertbar. 27 Probanden waren der Experimentalgruppe zuzuordnen und 20 der Kontrollgruppe. Sechs Probanden der Experimentalgruppe der Untersuchung kamen aus der JVA München. Zudem wurden zwei Probanden der Experimentalgruppe während der Untersuchung von der SothA Landsberg nach München verlegt, sodass die zweite Untersuchung in München stattfand. Vier Probanden der Kontrollgruppe wurden während der Untersuchung in andere JVA's verlegt. Die zweite Untersuchung wurde an der jeweiligen Anstalt durchgeführt.

Kriterien für den Ausschluss eines Probanden an der Untersuchung wären eine sprachliche Barriere oder verminderte Intelligenz gewesen. Das sprachliche Verständnis wurde im Vorfeld durch die Verteiler des Eingangsschreibens geklärt und für die Intelligenzfrage wurde der kurze Intelligenztest MWT-B hinzugezogen. Kein einziger Proband musste ausgeschlossen werden.

12.2 Allgemeine und besondere Durchführungsbedingungen

Die Untersuchung wurde durch das Justizministerium genehmigt. Die entsprechenden Anstaltsleiter sowie die Leiter der Sozialtherapien erteilten ihre Genehmigung.

Die infrage kommenden Inhaftierten erhielten von dem entsprechenden Fachpersonal der jeweiligen Justizvollzugsanstalt ein Anschreiben, in dem sie über die Untersuchung informiert und um ihre Teilnahme gebeten wurden. In dem Schreiben wurde vermerkt, dass die Teilnahme freiwillig ist, Schweigepflicht bezüglich der Daten besteht und diese der JVA, einem Gutachter oder einem Betreuer o.ä. nicht zugänglich sind. Den Gefangenen wurde in dem Brief mitgeteilt, dass die Daten der Untersuchung während der Auswertung für das Ergebnis anonymisiert werden und eine nachträgliche Identifikation einer einzelnen Person nicht möglich ist. Zudem stellte sich die Versuchsleiterin nach Verteilung des Schreibens in den jeweiligen Sozialtherapeutischen Abteilungen den Inhaftierten vor und gab einen kurzen Einblick in das Untersuchungsgeschehen. Insgesamt meldeten sich auf diese Untersuchung 56 Probanden.

Die Verfasserin der Arbeit war Versuchsleiterin. Dies hat positive Aspekte wie eine hohe Genauigkeit bei der Erhebung der Daten sowie eine Gleichheit der Bedingungen der Untersuchung aufgrund des gleichen Untersuchers. Auch ist es den Untersuchungsteilnehmern möglich, Fragen zu stellen. Zudem war es für die Probanden ein Anreiz, jemanden Fremdes kennen zu lernen und die Zeit mit etwas Neuem und Anderem zu verbringen als dem Anstaltsalltag. Weiter ist es der Versuchsleiterin auch möglich, bei Motivationseinbrüchen aktivierend auf den einzelnen Probanden einzuwirken.

Es gibt ebenso Nachteile wie ein möglicherweise geringeres Vertrauen einer externen Versuchsleiterin gegenüber als z.B. einem Vollzugsbeamten.

Die Daten wurden schriftlich von der Versuchsleiterin festgehalten.

12.3 Zeitlicher Rahmen der Datenerhebung und Datenauswertung

Die Datenerhebung fand von August 2005 bis Dezember 2007 statt. Der lange Zeitraum war aufgrund der Untersuchungsvorgaben, insbesondere aufgrund der langwierigen Probandenakquise und des erforderlichen Einjahresabstandes zwischen der Untersuchung eins und zwei erforderlich. Die Experimentalgruppenteilnehmer sollten zu Beginn ihres Aufenthaltes in der SothA untersucht werden. Inhaftierte, die sich länger als drei Monate bereits in einem sozialtherapeutischen Rahmen befanden, kamen für die Untersuchung nicht infrage. Zudem fand nach Untersuchung der Probanden eine sehr umfangreiche Aktenauswertung statt. Diese konnte erst im Anschluss an die Untersuchung durchgeführt werden, da eine Aktenanforderung erst nach tatsächlicher Teilnahme aller Probanden sinnvoll war.

Die Datenauswertung erfolgte aufgrund wiederholter neuer Überlegungen, die statistisch überprüft wurden, von August 2008 bis Januar 2010.

12.4 Ziele der Untersuchung

Ziel dieser Untersuchung, und damit die angenommene Hypothese ist es, darzustellen, dass sich die Einstellungen bei Sexualstraftätern hinsichtlich Opfer, Aggressivität, Sexualität etc. dahingehend verändern, dass sie sich von der Triebebene wegbewegen, ihre Aggressivität mehr wahrnehmen, andere Einstellungen zu ihrer Sexualität entwickeln und diese reflektieren, sich selbst mehr als Täter wahrnehmen etc. Diese positiven Einstellungsänderungen gehen einher mit einer guten Prognose bezüglich eines deliktspezifischen Rückfalls. Dies bedeutet, dass davon ausgegangen werden kann, dass Sexualstraftäter durch die Teilnahme an einem Behandlungsprogramm eine geringere Rückfallgefahr haben.

Hierzu sind die Täter, die an einem Behandlungsprogramm teilnehmen, zu Beginn der Behandlung in der SothA sowie nach einem Jahr Behandlung untersucht worden. Durch den Vergleich der beiden Untersuchungszeitpunkte sowie durch den Vergleich von Teilnehmern der SothA und einer Kontrollgruppe von Sexualstraftätern im Normalvollzug wurde der Behandlungseffekt untersucht und dargestellt.

Auch diese Gruppe der Kontrollgruppenprobanden wurde zu zwei Zeitpunkten im Abstand von einem Jahr untersucht. Bei der Kontrollgruppe konnte der Zeitpunkt eins beliebig sein. Durch die Untersuchung der Kontrollgruppe sollte belegt werden, dass sich die Einstellung der Experimentalgruppe verändert oder in einer anderen Weise verändert als die der Kontrollgruppe.

12.5 Statistische Bearbeitung der Daten

12.5.1 Verwendete Programme

Zur Erstellung der vorliegenden Arbeit wurde das Programm Microsoft Office Word 2007 (Microsoft Corp., 2007) verwendet. Die statistische Auswertung sowie die Erstellung von Diagrammen erfolgte überwiegend mit dem Programm Statistical Package for the Social Sciences (SPSS Inc., 2008) in der Version 17.0 Deutsch, zusätzliche Berechnungen und Diagrammerstellungen wurden mit dem Programm Microsoft Office Excel 2007 (Microsoft Corp., 2007) durchgeführt. Zur Berechnung von post-hoc Teststärken und Effektgrößen diente das Programm G*Power (Heinrich Heine Universität Düsseldorf, programmiert von Buchner, Erdfelder, Faul & Lang, 2008). Zusätzliche Grafiken wurden mit dem Programm yED Graph Editor V. 3.4 (yWorks GmbH, 2009) erstellt.

12.5.2 Statistisches Vorgehen

Die statistische Analyse, die durchgeführt wurde, gliederte sich grob in fünf Abschnitte.

- Zunächst wurden die Merkmale der Stichprobe hinsichtlich der Ergebnisse der Testverfahren mittels Häufigkeiten und deskriptiver Statistiken ermittelt.
- Danach wurden in einem zweiten Schritt sämtliche verwendeten Variablen hinsichtlich der Voraussetzungen für die parametrischen Verfahren T-Test und Varianzanalyse für unabhängige Stichproben hin überprüft. Diese sind Unabhängigkeit der Messwerte der Personen untereinander, Intervallskalenniveau der Messwerte, Normalverteilung der abhängigen Variablen sowie Varianzhomogenität (Bühner et al., 2009). Der Test auf Normalverteilung erfolgte mittels Kolmogorov-Smirnov-Test, zur Überprüfung der Varianzhomogenität wurde bei den jeweiligen Verfahren der Levene-Test verwendet.

Zusätzlich wurden vorab mögliche Kovariaten überprüft. Dies geschah durch T-Tests mit verschiedenen unabhängigen Variablen bzw. Varianzanalysen mit unabhängigen Variablen und den potenziellen Kovariaten als abhängigen Variablen. Bei Signifikanz der Ergebnisse wurden die entsprechenden Variablen als Kovariaten in die weitere Auswertung mit einbezogen.

- In einem nächsten Schritt folgte die empirische Analyse der beiden Stichproben zu den beiden Untersuchungszeitpunkten anhand der einzelnen Testverfahren. Im Einzelnen wurde, um einen Behandlungseffekt der Therapiegruppe nachzuweisen, eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung auf einem Faktor berechnet. Auf diese Weise erfolgte eine Analyse der Veränderung der Einstellung der untersuchten Sexualstraftäter. Zur Ermittlung der Zusammenhänge verschiedener Testunterergebnisse einzelner Testverfahren wurden relevante interessante Subtestergebnisse ausgewählt und in Bezug zueinander gesetzt. Hierbei wurden die Subtestergebnisse zum einen korrelativ überprüft (Produkt-Moment-Korrelation nach Person), zum anderen wurden Gruppenunterschiede mittels T-Test und Varianzanalyse getestet. So z.B. der der AOS-Wert des Foto-Hand-Tests mit dem Fragebogen zu den Aggressivitätsfaktoren.
- Es wurden auch Zusammenhänge zwischen der Fremdanamese und dem AOS-Score und der Fremdanamese und dem *Gießen-Test* untersucht.
- Weiterhin wurden Zusammenhänge zwischen der Exploration und der Fremdanamese untersucht. Um die Art der Zusammenhänge zwischen Prädiktor- und Kriteriumsvariablen zu beschreiben, wurden lineare Regressionen gerechnet.

13. Resultate der empirischen Untersuchung

13.1 Repräsentativität der Stichprobe

Im Rahmen dieser Untersuchung ist es wichtig zu wissen, inwieweit diese Stichprobe hinsichtlich der Gesamtpopulation der inhaftierten Sexualstraftäter repräsentativ ist. Zudem müssen die beiden Gruppen, Experimentalgruppe und Kontrollgruppe, vergleichbar sein. Das bedeutet, es ist wichtig, dass sie sich in relevanten Aspekten der Untersuchung nicht maßgeblich unterscheiden. Zur Überprüfung dieser beiden Aspekte Repräsentativität und Vergleichbarkeit dieser Stichprobe mit der Gesamtpopulation der inhaftierten und behandelten/zu behandelnden Sexualstraftäter wurde eine Aktenkontrollgruppe von 20 Probanden gebildet. Diese Aktenkontrollgruppe setzte sich aus aktuellen und ehemaligen Teilnehmern der SothA Landsberg, die nicht an der psychodiagnostischen Untersuchung teilgenommen haben, zusammen. Ausgewählt wurden die Aktenkontrollgruppenprobanden durch den Leiter der SothA Landsberg ohne spezielle Auswahlkriterien.

Die Variablen, anhand derer die Repräsentativität der Stichprobe erfasst und überprüft wurde waren Delikt, Vorstrafen der Probanden, Strafmaß zum aktuellen Delikt des Probanden, Alter des Probanden zur Tatzeit, Zeitraum, über den sich die relevante Sexualstraftat erstreckte und Sexualpraktiken im Rahmen der Tat sowie Alter der Opfer.

Tabelle 13.1
Repräsentativität der Stichprobe

	Untersuchte Pbn n = 47	Aktenkontrollgruppe n = 20
Alter Tatzeit	40,0J.	42,6J.
sex. Mb Opfer weibl + männl	2	1
sex. Mb Opfer männl	6	1
sex. Mb Opfer weibl	32	13
Vergewaltigung	7 Pbn	5 Pbn
Vorstrafen ein- schlägig	8 Pbn	3 Pbn
andere Vorstrafen	12 Pbn	4 Pbn
Strafmaß	4,0J	3,7J.
Praktiken GV/AV	20 Pbn	9 Pbn

13.2 Vergleich der Experimentalgruppe, der Kontrollgruppe und der Aktenkontrollgruppe

Wie oben bereits erwähnt, geschah die Hinzuziehung der Aktenkontrollgruppe zur Überprüfung der Repräsentativität der Experimentalgruppe und der Kontrollgruppe bezüglich der Gesamtheit der inhaftierten Sexualstraftäter. Es ist demnach ist nicht nur der Vergleich der Aktenkontrollgruppe mit der Experimentalgruppe interessant, zumal beide Behandlung

erhalten haben, sondern auch ein Vergleich mit der Kontrollgruppe der Untersuchung. Zudem wird erhoben, inwieweit sich diese drei Gruppen in den ausgewählten Variablen entsprechen.

Alle Vergleiche ergaben, dass sich die Gruppen entsprechen und miteinander sowie mit der Gesamtheit der inhaftierten Sexualstraftäter übereinstimmen. In der genaueren Darstellung wird ersichtlich, dass sie sich hinsichtlich Deliktverteilung, Alter, Strafmaß, Vorstrafen, Zeitraum der Tat und Praktiken sowie Alter der Opfer entsprachen.

Weitere spezielle Darstellungen finden sich im Bereich der Erläuterungen zur Aktenuntersuchung.

Tabelle 13.2

Vergleich der Einzelstichproben anhand des Alters zur Tatzeit, des Strafmaßes etc.

	Experimentalgruppe n = 27	Kontrollgruppe n = 20	Aktenkontrollgruppe n = 20
Alter Tatzeit	39,0 J	41,0 J	42,6 J
Strafmaß	4,0 J	4,1 J	3,7 J
sex. Mb	23 Pbn	17 Pbn	15 Pbn
Vergewaltigung	4 Pbn	3 Pbn	5 Pbn
ein Opfer	20 Pbn	13 Pbn	9 Pbn
mehrere Opfer	7 Pbn	7 Pbn	11 Pbn
Vorstrafen einschlägig	7 Pbn	0 Pbn	3 Pbn
andere Vorstrafen	7 Pbn	5 Pbn	4 Pbn
GV/AV	11 Pbn	11 Pbn	9 Pbn
Alter Opfer < 10 J	7 Pbn	14 Pbn	8 Pbn
Alter Opfer > 9 J und < 16 J	17 Pbn	9 Pbn	11 Pbn

13.3 Ergebnisse der Wunschprobe nach Wilde

Die Ergebnisse des projektiven Verfahrens der *Wunschprobe* nach Wilde sind bedeutsam, da es sich, wie bereits erwähnt, nicht um Ergebnisse eines für den Probanden durchschaubaren Testverfahren handelt, sondern um ein für die Versuchsperson undurchschaubares, projektives Verfahren. Das bedeutet, wie bereits dargestellt, dass das Ziel des Testverfahrens für den Probanden nicht ersichtlich ist, und er demnach nicht sozial erwünscht oder in anderer Weise das Ergebnis manipulierend antworten kann.

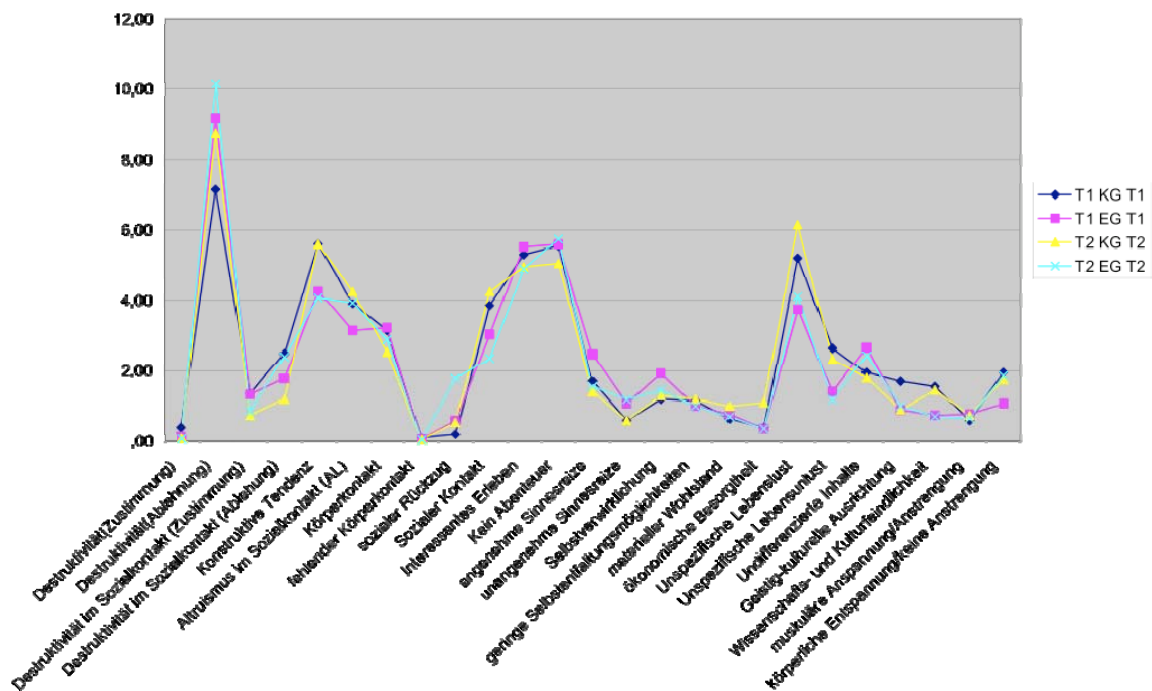


Abbildung 13.3a
Ergebnisse der Wunschprobe, dargestellt als Profil

In Abbildung 13.3.a (s.o.) werden die Ergebnisse als Profildiagramm dargestellt. In dem Profildiagramm sind alle einzelnen Unterskalen der *Wunschprobe* dargestellt. Es zeigt die Einzelwerte der Experimentalgruppe und der Kontrollgruppe zu beiden Untersuchungszeitpunkten t1 und t2. Demnach können alle Einzelunterskalenwerte beider

Gruppen zu beiden Untersuchungszeitpunkten und die entsprechenden Veränderungen bzw. Unterschiede ersehen werden.

Bereits an diesem, aufgrund der Menge der Unterskalen etwas unübersichtlichen Profildiagramm sind einige Unterschiede und Veränderungen gut erkennbar. So sind dies z.B. die dargestellten Ergebnisse von Wissenschafts- und Kulturfeindlichkeit, worin sich Kontrollgruppe und Experimentalgruppe unterscheiden. Ebenso verhält es sich mit den Ergebnissen der Bereiche Unspezifische Lebenslust und Sozialer Kontakt, wie Konstruktive Tendenz. Eine detaillierte Aufschlüsselung und Darstellung der Einzelergebnisse der Unterskalen, besonders der genannten, folgen im Weiteren unter 13.3.1 bis 13.3.7.

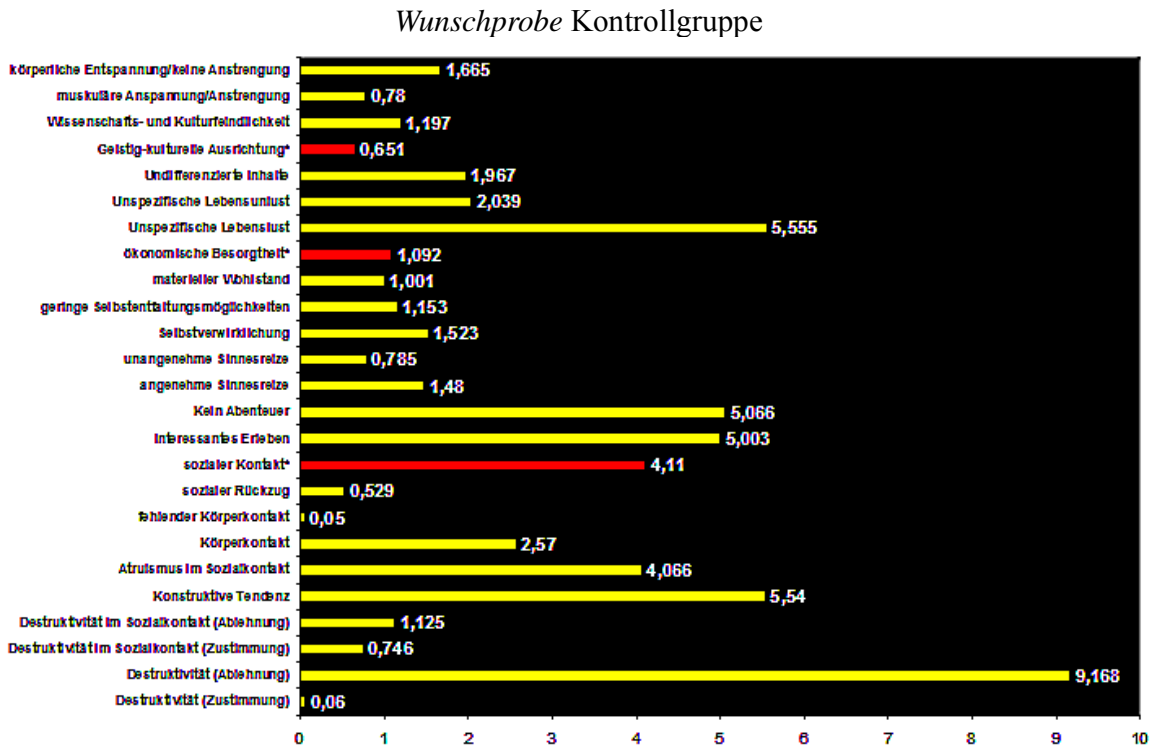


Abbildung 13.3 b1
Ergebnisse der Unterskalen der Wunschprobe die Kontrollgruppe betreffend

Als nächstes in den beiden Abbildung 13.3.b1(s.o) und 13.3.b2 (s.u.) eine für Experimentalgruppe und Kontrollgruppe getrennte Darstellung der Ergebnisse der einzelnen Unterskalen, wodurch eine klarere Unterscheidung der Ergebnisse dieser beiden Gruppen gelingt.

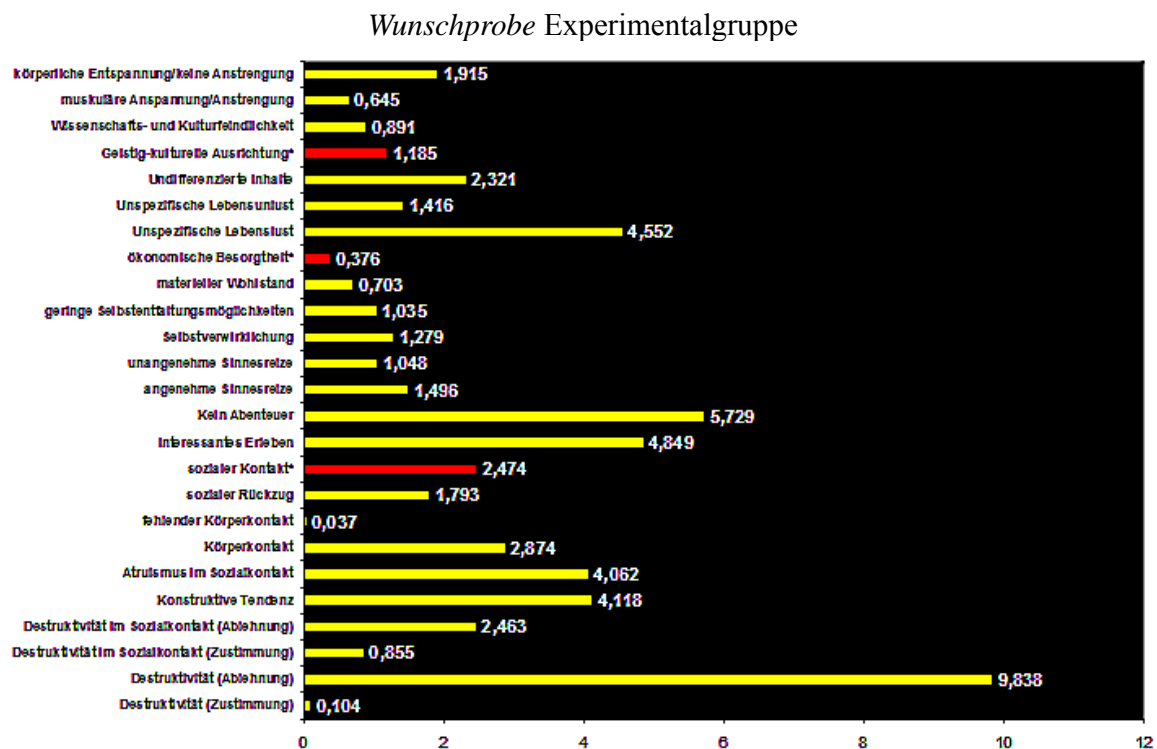


Abbildung 13.3 b2

Ergebnisse der Unterskalen der Wunschprobe die Experimentalgruppe betreffend

13.3.1 Elementare Sensumotorik

Bei der Skala Sensumotorik geht es, noch einmal, kurz erwähnt, um zwei Unterbereiche. Zum einen setzt sich Sensumotorik aus Motorik zusammen. Hier sind Inhalte der motorischen Aktivität, die sich zwischen Anspannung und Anstrengung und körperlicher Ruhe und Entspannung bis hin zu Inaktivität bewegen, enthalten. Zum anderen gehören der Bereich der Sinnesreize und Reizreduktion zur Sensumotorik, mit Wahrnehmung von Sinnesreizen sowie

der Wahrnehmung eines Zuviel an Sinnesreizen, das sich in der Regel als unangenehme Sinnesreizwahrnehmung charakterisieren lässt (zu laut, zu hell).

Bei der Auswertung der Ergebnisse zeigt sich, dass sich Kontroll- und Experimentalgruppenprobanden mit $p=.026$ signifikant unterscheiden. Die Ausprägung der elementaren Sensumotorik nimmt von Untersuchungszeitpunkt eins zu Untersuchungszeitpunkt zwei bei der Experimentalgruppe deutlich ab. Bei der Kontrollgruppe verändert sich der Wert der elementaren Sensumotorik nicht. Nimmt die Ausprägung einer Skala ab, bedeutet dies, dass die Anzahl der Antworten, die zu diesem Bereich gegeben werden, abnehmen. Weiterhin bedeutet dies, dass der Ausprägungsgrad der Antworten anderer Bereiche ansteigt, wie dies auch die weitere Darstellung der Ergebnisse der *Wunschprobe* zeigen wird. Unter den Aspekt elementare Sensumotorik fallen, wie oben bereits erwähnt, die Bereiche Sinneswahrnehmung versus Reizrestriktion und Bewegung versus Ruhe. Bezüglich Sensumotorik geht es demnach um sehr elementare Bereiche des Erlebens, die grundsätzlich im einfacher entwickelten oder niedrigeren Strukturbereich anzusiedeln sind, vergleicht man sie mit emotionalen Prozessen. Diese Veränderungen und Unterschiede im Rahmen der elementaren Sensumotorik können nun folgendermaßen interpretiert werden: Die Experimentalgruppe bewegt sich aufgrund der Intervention von einem hohen sensumotorischen Niveau weg auf ein deutlich niedrigeres sensumotorisches Niveau. Elementare Reizverarbeitung auf einer einfachen trieborientierten und triebabhängigen Stufe mit starker Körperbetonung wird ersetzt durch ein höheres Niveau. Auf der Stufe der Sensumotorik ist auch die reflexartige, triebgesteuerte, machtorientierte, deliktbezogene Sexualität eines Sexualstraftäters anzusiedeln. Diese Veränderung kann als Interventionseffekt betrachtet werden.

In Abbildung 13.3.1a werden die vier Unterbereiche von Sensumotorik mit den Einzelergebnissen für Experimental- und Kontrollgruppe dargestellt.

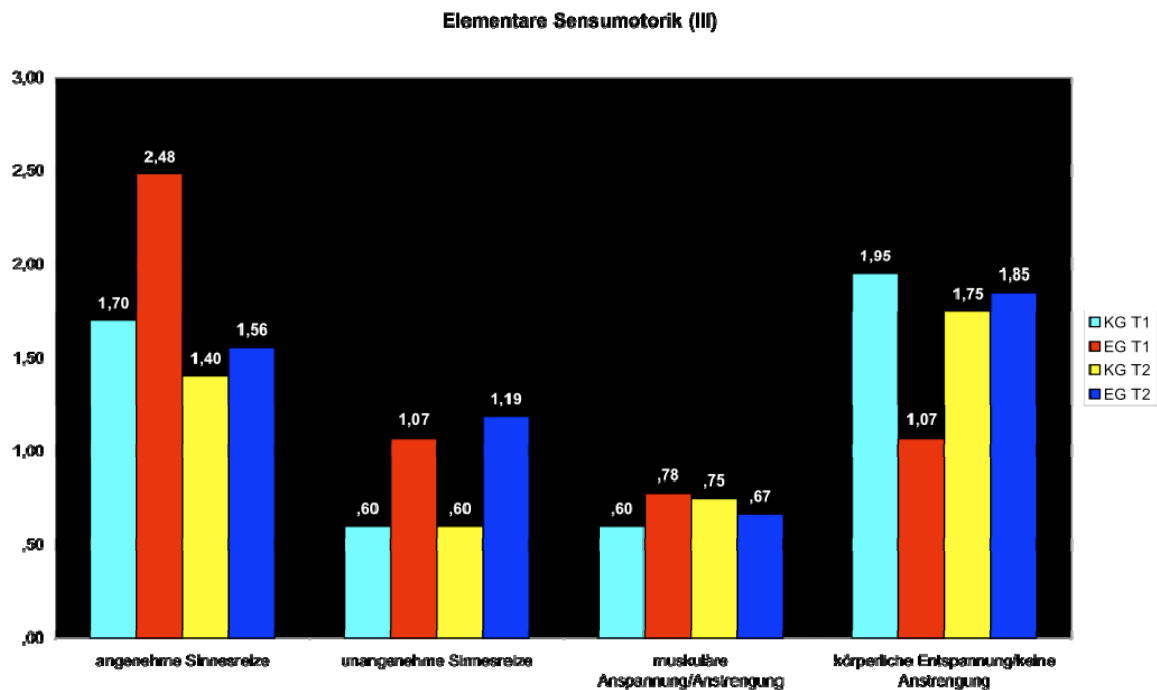


Abbildung 13.3.1a

Elementare Sensumotorik, dargestellt in ihren vier Bereichen für Experimental- und Kontrollgruppe

Diesem Diagramm kann entnommen werden, dass die Angabe der Wahrnehmung angenehmer Sinnesreize¹⁶ bei Experimentalgruppen-Probanden abfällt, d.h. weniger wird, ebenso wie die muskuläre Anspannung. Gleichzeitig steigt -und dies ergibt sich logisch im Rahmen der Gesamtergebnisse- Entspannung und Wahrnehmung unangenehmer Sinnesreize bei der Experimentalgruppe von Untersuchungszeitpunkt eins zu zwei an. Bei der Kontrollgruppe sind die Effekte sehr gering ausgeprägt oder sogar gegenläufig. Der Anstieg von Anspannung und der gleichzeitige Abfall von Entspannung und Ruhe bei der Kontrollgruppe kann aufgrund fehlender sozialtherapeutischer Behandlung und damit fehlender Verarbeitung des Delikts sowie fehlender Auseinandersetzung und Abbau von triebgesteuerten Verhalten, verbunden mit fehlender Verarbeitung von Macht, Aggressivität und fehlgesteuerter Sexualität, gesehen werden.

¹⁶ der Unterbereich Reizrestriktion wird hier als unangenehme Sinnesreize bezeichnet, da es um Aspekte wie zu laut, zu hell etc. geht und dies als unangenehm bezeichnet werden kann.

In Abbildung 13.3.1b wird die Veränderung der beiden Gruppen über die Zeit gruppenspezifisch dargestellt. An dieser Tabelle, die die Einzelergebnisse, die in Tabelle 13.3.1a dargestellt sind, zusammenfasst, werden die Veränderung und der Unterschied der beiden Gruppen ganz klar dargestellt und erkennbar.

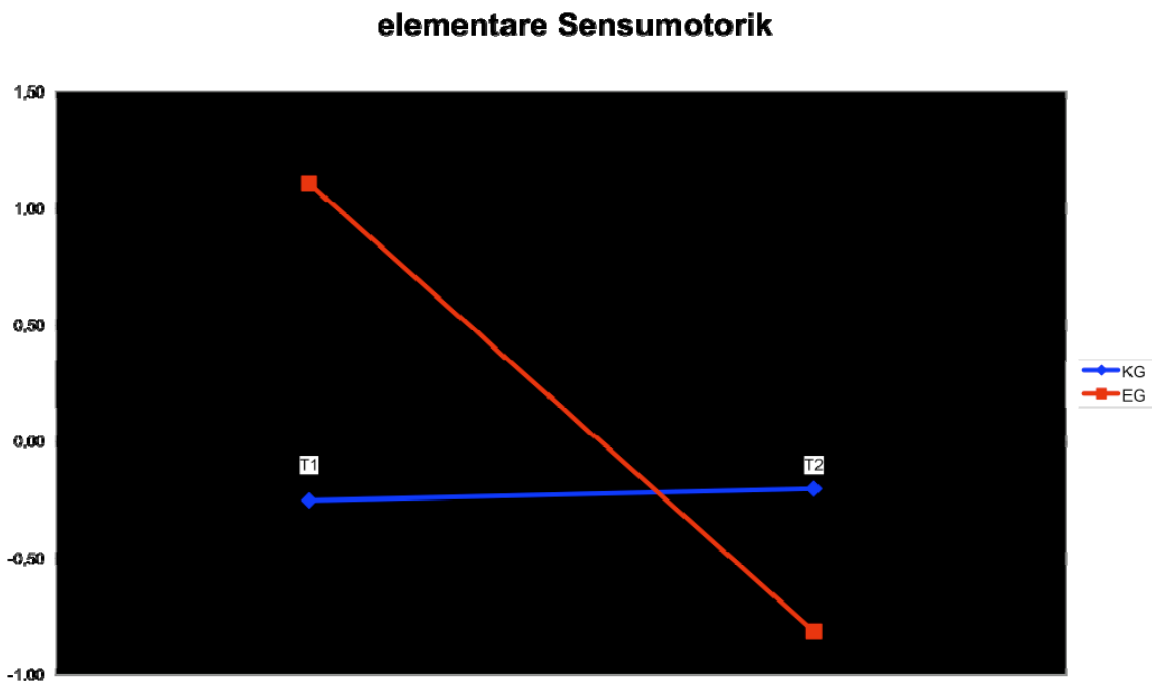


Abbildung 13.3.1b

Elementare Sensumotorik, dargestellt in der Unterscheidung Kontroll- und Experimentalgruppe

In 13.3.1.1 bis 13.3.1.6 werden die einzelnen Unterbereiche der elementaren Sensumotorik separat behandelt, die bereits in Abbildung 13.1.1a gesamt aufgelistet wurden. Es werden die Einzelergebnisse sowie verschiedene Zusammenhänge dargestellt und erläutert.

13.3.1.1 Sinnesreize

Der Unterbereich Sinnesreize der Skala *elementare Sensumotorik* erfasst die Antworten der Probanden, die sich auf die Angabe der Wahrnehmung von hören, sehen, riechen, tasten etc. beziehen. Die Antworten der Versuchspersonen stellen demnach neutrale oder positive Äußerungen über Sinnesreizwahrnehmungen dar. Der Proband

bringt demnach in Zusammenhang mit seiner gedanklichen Annahme einer eigenen dinglichen Existenz Äußerungen von akustischen, optischen oder z.B. taktilen Reize in der *Wunschprobe* bei den erfragten Items zum Ausdruck. Hinsichtlich der Auswertung des Ergebnisses dieser Untersuchung nimmt die Äußerung von Sinnesreizen bei der Experimentalgruppe deutlich stärker ab als bei der Kontrollgruppe. Zudem fällt der Wert der Experimentalgruppe von Untersuchungszeitpunkt eins zu Untersuchungszeitpunkt zwei von einem deutlich höheren Niveau ab, als der der Kontrollgruppe. Die Fokussierung auf Sinnesreize nimmt demnach bei der Experimentalgruppe stärker ab, als bei der Kontrollgruppe.

Bei dem Ergebnis wird die Wechselwirkung Zeit (Untersuchungszeitpunkt) und Intervention nicht signifikant, eine generelle Veränderung der beiden Gruppen über die Zeitpunkte T1 und T2 wird durch den tendenziell signifikanten Faktor Zeit ($p=.06$) deutlich.

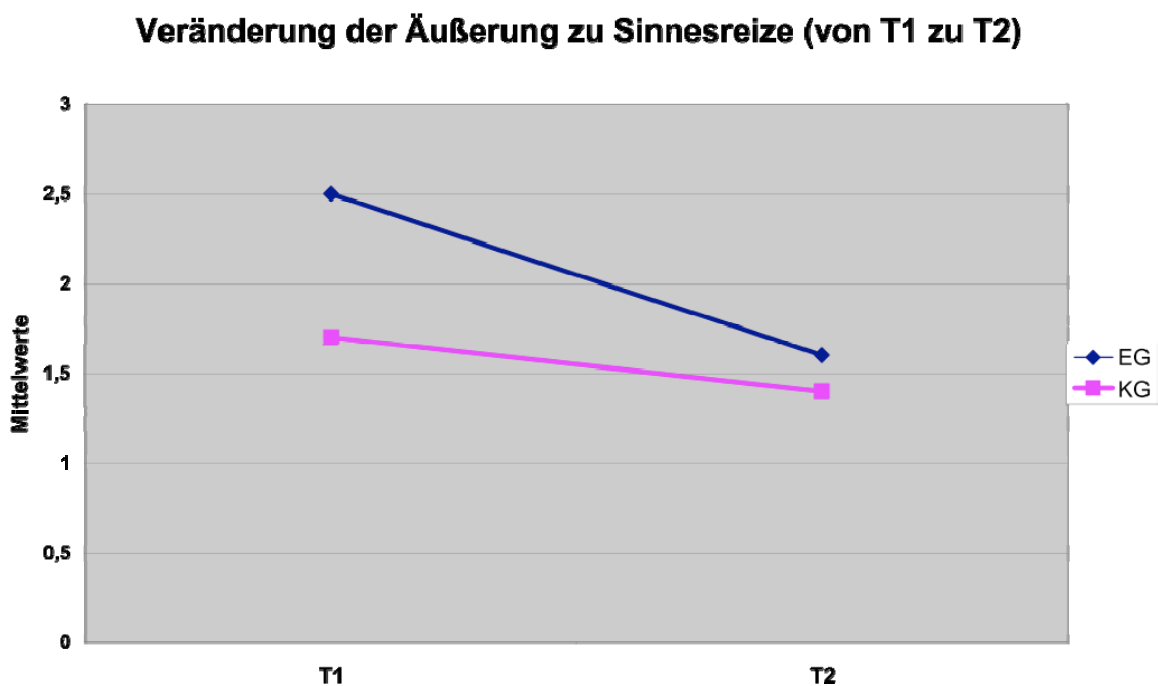


Abbildung 13.3.1.1:

Unterscheidung von Experimental- und Kontrollgruppe in Bezug auf die Äußerungen zu Sinnesreizen

13.3.1.2 Reizrestriktion

Reizrestriktion oder der Ausdruck der restriktiven Wahrnehmung von Sinnesreizen wird z.B. die Aussage, etwas sei zu laut oder zu hell, genannt. Der Proband äußert sich restriktiv über einen wahrgenommenen Reiz. Diese Äußerungen nehmen bei der Experimentalgruppe von Untersuchungszeitpunkt eins zu Untersuchungszeitpunkt zwei leicht zu, während sie bei der Kontrollgruppe gleich bleiben. Zudem befindet sich der Ausgangswert der Experimentalgruppe auf einem deutlich höheren Niveau als der der Kontrollgruppe. Aussage dieses Ergebnisses kann sein, dass die Wahrnehmung von Reizrestriktion bei der Experimentalgruppe zu Beginn höher ist als bei der Kontrollgruppe und mit dem Verlauf der Behandlung weiter ansteigt. Dies kann als Behandlungseffekt angesehen werden, da es auf eine Auseinandersetzung mit ihrer Situation zurückgeführt werden kann und sie sich demnach unangenehmer Reize mehr bewusst werden und es ihnen auch gelingt, es zu äußern.

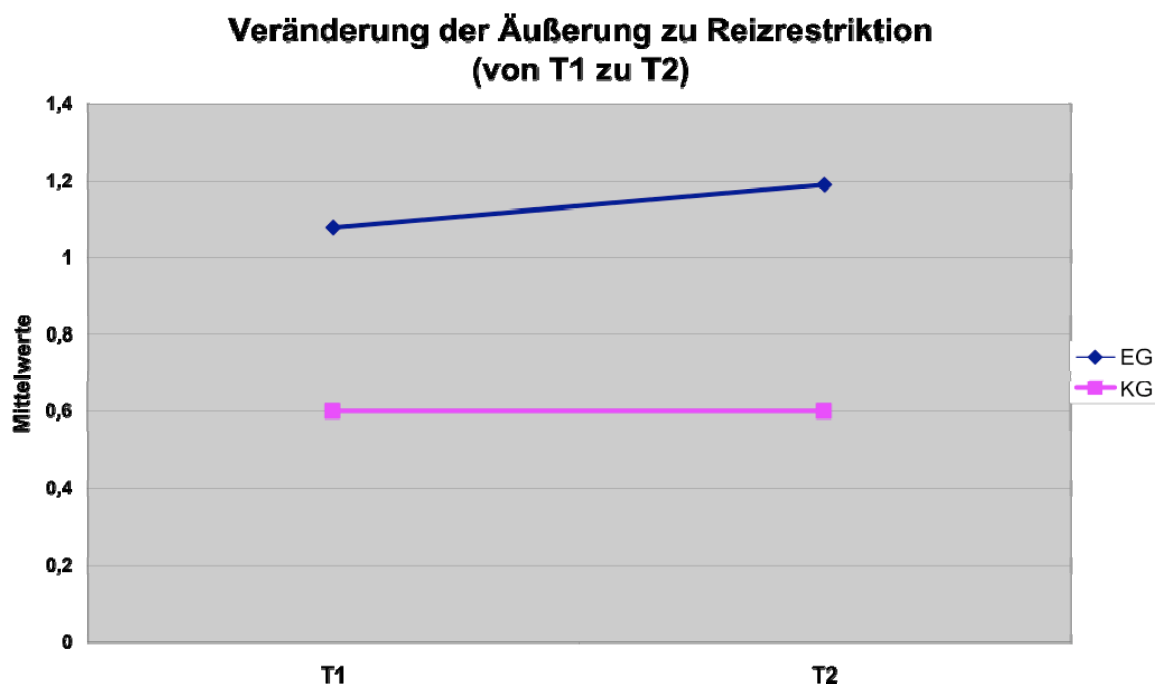


Abbildung 13.3.1.2.

Veränderung von Reizrestriktion unter vergleichender Betrachtung von Experimental- und Kontrollgruppe

13.3.1.3 Bewegung

Bewegung gehört zu der zweiten Unterskala Motorik des Bereichs der *elementaren Sensumotorik*. Dieses Ergebnis zeigt einen gegenläufigen Effekt von Experimental- und Kontrollgruppe. Motorik und insbesondere Bewegung bzw. die Äußerungen dazu werden bei der Experimentalgruppe, die auf einem deutlich höheren Niveau startete, deutlich weniger, während die Äußerungen der Kontrollgruppe ansteigen, die bei Untersuchungszeitpunkt eins von einem deutlich niedrigeren Niveau ausgingen.

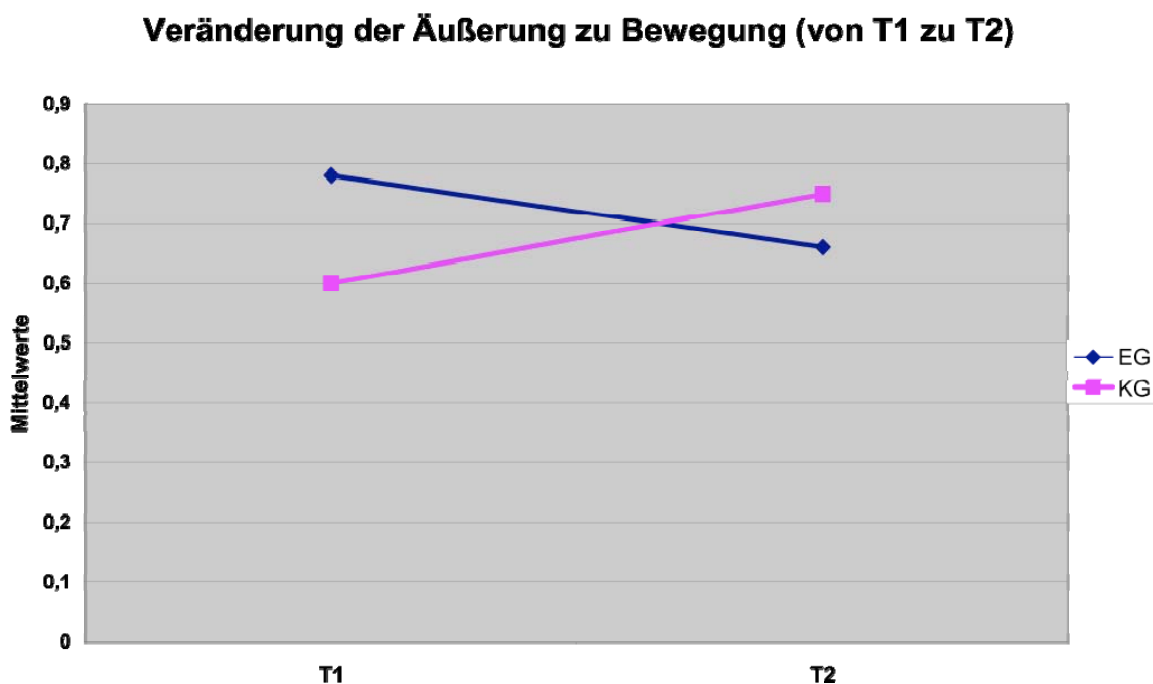


Abbildung 13.3.1.3

Gruppenspezifische Veränderung des Bereichs Bewegung von Untersuchungszeitpunkt eins zu zwei

Hier zeigt sich der im Gesamtergebnis der Sensumotorik wahrgenommene Effekt sehr deutlich: *Elementare Sensumotorik*, bzw. die Anzahl der diesbezüglichen Antworten nimmt bei der Experimentalgruppe ab, bei der Kontrollgruppe zu. Dementsprechend steigt die Anzahl der Antworten der Experimentalgruppe in anderen Bereichen und sinkt

dementsprechend bei der Kontrollgruppe in anderen Bereichen. Die Experimentalgruppe erreicht aufgrund der Intervention eine andere, höher entwickelte, kognitivere und emotional zugänglichere Ebene als die Ebene der Motorik und damit auch der übergeordneten Skala und Ebene der *Sensumotorik*.

13.3.1.4 Ruhe

Ruhe ist der Gegenpol zu Bewegung und einer der beiden Aspekte, die zu der Unterskala Motorik der Skala *Sensumotorik* gehören. Ruhe bedeutet fehlende Bewegung, Bewegungslosigkeit und Entspannung. Die Anzahl der Antworten von Ruhe und Entspannung nehmen bei der Experimentalgruppe stark zu, während sie bei der Kontrollgruppe abnehmen. Zudem muss gesehen werden, dass die Ausgangsbasis dieses Wertes sehr niedrig ist.

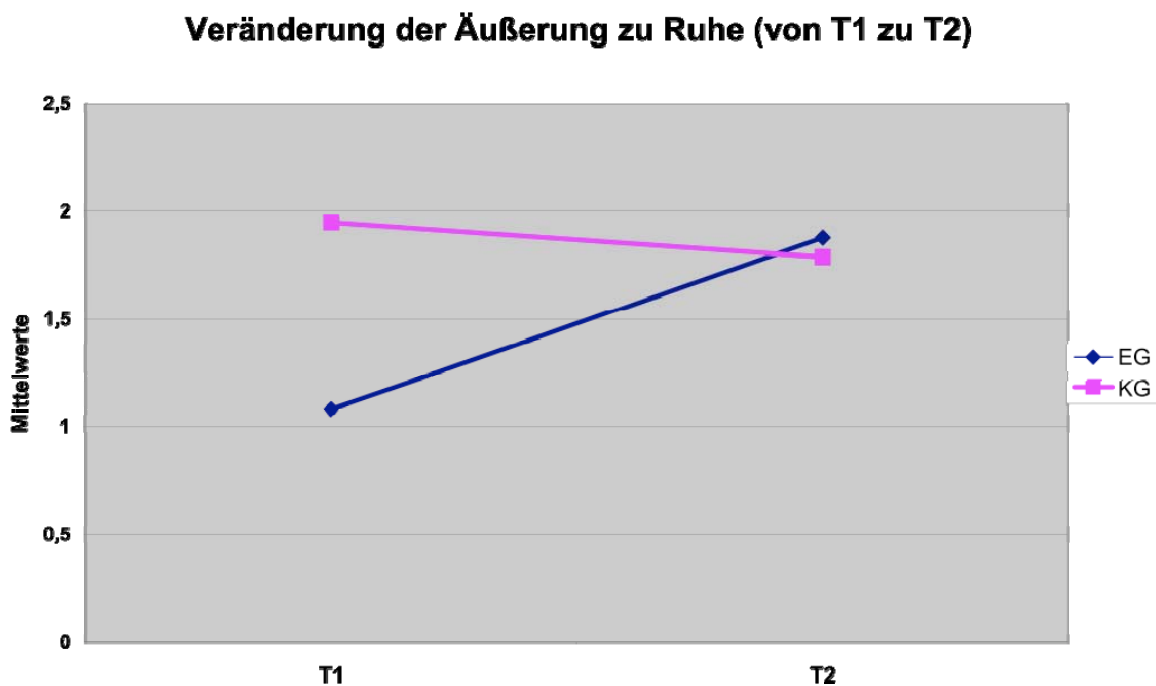


Abbildung 13.3.1.4

Gruppenspezifische Veränderung des Bereichs Ruhe von Untersuchungszeitpunkt t1 zu t2.

Dies bedeutet, dass Antworten in diesem Bereich zum Untersuchungszeitpunkt eins extrem selten waren. Der große Anstieg ist demnach in Relation zu sehen. Ruhe und Entspannung bekommt eine größere Bedeutung, befindet sich jedoch mit dem zweiten, massiv angestiegenen Wert nur leicht über dem zweiten Wert der Kontrollgruppe. Das bedeutet, dass dieser Bereich, auch wenn die Anzahl der Antworten Ruhe ansteigen, zwar im Bereich *Sensumotorik* dominant ist, jedoch nicht der Bereich *Sensumotorik* an sich. Die Anzahl der Ruhe betreffenden Antworten der Probanden der Kontrollgruppe erfährt wenig Veränderung und bleibt auf einem mittelhohen Bereich.

13.3.1.5 Verknüpfung von Sinnesreizen und Ruhe

Es wurden die beiden Aspekte Sinnesreize und Ruhe miteinander verknüpft. Sinnesreize gehört zu der einen Unterskala der Skala *Sensumotorik*, Ruhe zu der anderen Unterskala Motorik, zwei gegenläufige Aspekte.

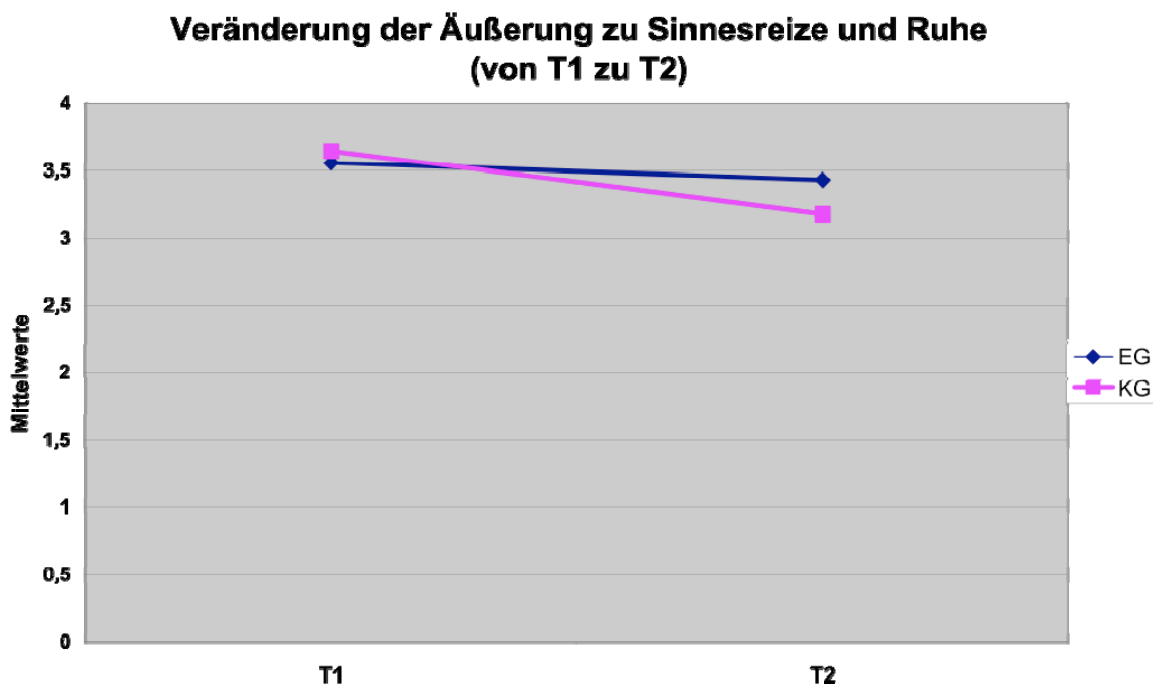


Abbildung 13.3.1.5

Veränderungen von t_1 zu t_2 bei Experimental- und Kontrollgruppe durch die Verknüpfung der Antworten aus dem Bereich Sinnesreize und Ruhe

Im übertragenen Sinne könnte man Ruhe (Bewegungslosigkeit) und Reizrestriktion (Rückzug von Reizen, zu laut etc.) gleichsetzen, ebenso wie Bewegung (Aktion) und Wahrnehmung von Sinnesreizen, was ebenfalls als aktiv angesehen werden kann.

Zum Untersuchungszeitpunkt eins befanden sich Kontrollgruppe und Experimentalgruppe auf einem ähnlich hohen Level. Äußerung von Ruhe und sensorischen Reizen war bei der Experimentalgruppe zum Ende deutlich höher als bei der Kontrollgruppe, jedoch deutlich niedriger bei Untersuchungszeitpunkt eins als bei Untersuchungszeitpunkt zwei.

13.3.1.6 Verknüpfung von Reizrestriktion und Bewegung

Dies kann, wie unter 13.1.1.5 bereits angesprochen, ebenso auf der anderen Seite bei Verknüpfung von Reizrestriktion und Bewegung als die Verknüpfung zweier gegenläufiger Aspekte angesehen werden.

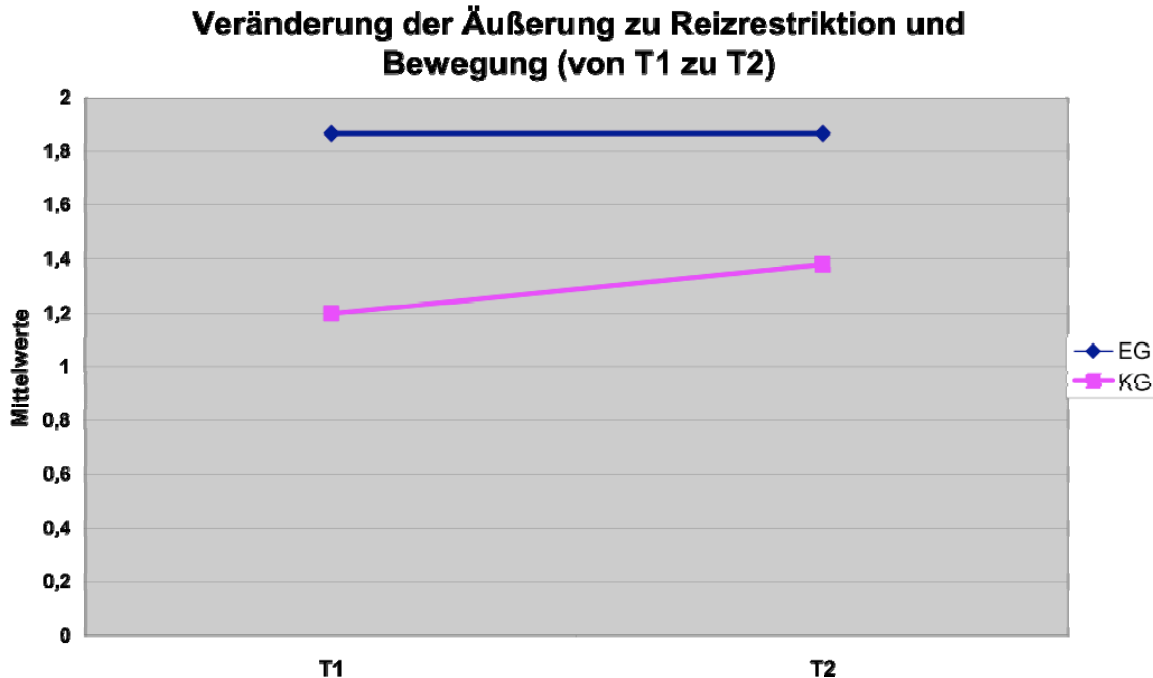


Abbildung 13.3.1.6
Verknüpfung Reizrestriktion und Bewegung

Reizrestriktion ist die Reduzierung des Bedürfnisses nach Reizen, Bewegung ist das Gegenteil von Ruhe, also reduzierter Bewegung. Aus der Verknüpfung dieser beiden Aspekte ist ersichtlich, dass sich bei der Experimentalgruppe, die sich auf einem höheren Niveau befindet als die Kontrollgruppe, von Zeitpunkt eins zu zwei nichts verändert, während die Anzahl der Aussagen der Kontrollgruppe zu diesem Aspekt ansteigt.

13.3.2 Kulturbezogene Mentalität

Der Bereich der *kulturbezogenen Mentalität* setzt sich aus Geistigkeit und Natürlichkeit, Ökonomischer Wohlstand und Ökonomische Bescheidenheit zusammen. Die beiden erstgenannten Begriffe Geistigkeit und Natürlichkeit gehören zusammen und bilden gemeinsam eine Unterskala. Ökonomischer Wohlstand und Ökonomische Bescheidenheit bilden die andere, zu *kulturbezogener Mentalität* gehörige Unterskala. Mit Geistigkeit ist, wie oben bereits beschrieben wurde, eine geistig-kulturelle Ausrichtung gemeint. In den Aussagen werden Kultur, Wissenschaft und Kunst erwähnt sowie Metaphern oder andere anspruchsvolle Ausdrucksweisen. Natürlichkeit meint naturnahes Leben, aber auch Kulturlosigkeit oder Wissenschaftsfeindlichkeit wie „weil ich Leben in der Natur mag“.

Unter Ökonomischer Wohlstand versus Ökonomische Bescheidenheit fallen materieller Wohlstand und Verschwendung oder Armut und Sparsamkeit.

In dieser Untersuchung zeigt sich folgendes Ergebnis: Die Anzahl der Aussagen, die Kulturbezogenheit betreffen, steigen bei der Experimentalgruppe von Untersuchungszeitpunkt eins zu Untersuchungszeitpunkt zwei leicht an, während der Wert der Kontrollgruppe deutlich abfällt. Hier ist von einem Interventionseffekt auszugehen. Das kann deshalb angenommen werden, da diejenigen Gefangenen, die sich in Therapie befinden, durch die Sozialtherapie einen deutlich anderen Alltag haben als Gefangene im Normalvollzug. Sie erleben eine andere Auseinandersetzung mit sich und mit kulturellen und kulturnahen Bereichen, insbesondere auch durch die vielfältigen therapeutischen Aspekte, als die Teilnehmer der Kontrollgruppe. Ein Gefangener im Normalvollzug verbringt viel Zeit auf seiner Zelle oder in seinem Arbeitsbereich, sollte ihm eine Arbeit zugewiesen worden sein, oder aber Zeit auf dem Gang mit seinen Mitinhaftierten. In dieser unkontrollierten und un gelenkten Zeit geschehen andere

Dinge, als in einer kontrollierten, beobachteten und zielführenden Behandlung wie sie oben unter 11. (Behandlungsprogramm) beschrieben ist. Die Veränderung von Untersuchungszeitpunkt 1 zu Untersuchungszeitpunkt 2, bezogen auf die Unterscheidung der Experimentalgruppe von der Kontrollgruppe, hat eine Tendenz von $p = .080$.

In Abbildung 13.3.2a werden die Unterschiede von Experimentalgruppe und Kontrollgruppe zu Untersuchungszeitpunkt eins und zwei dargestellt.

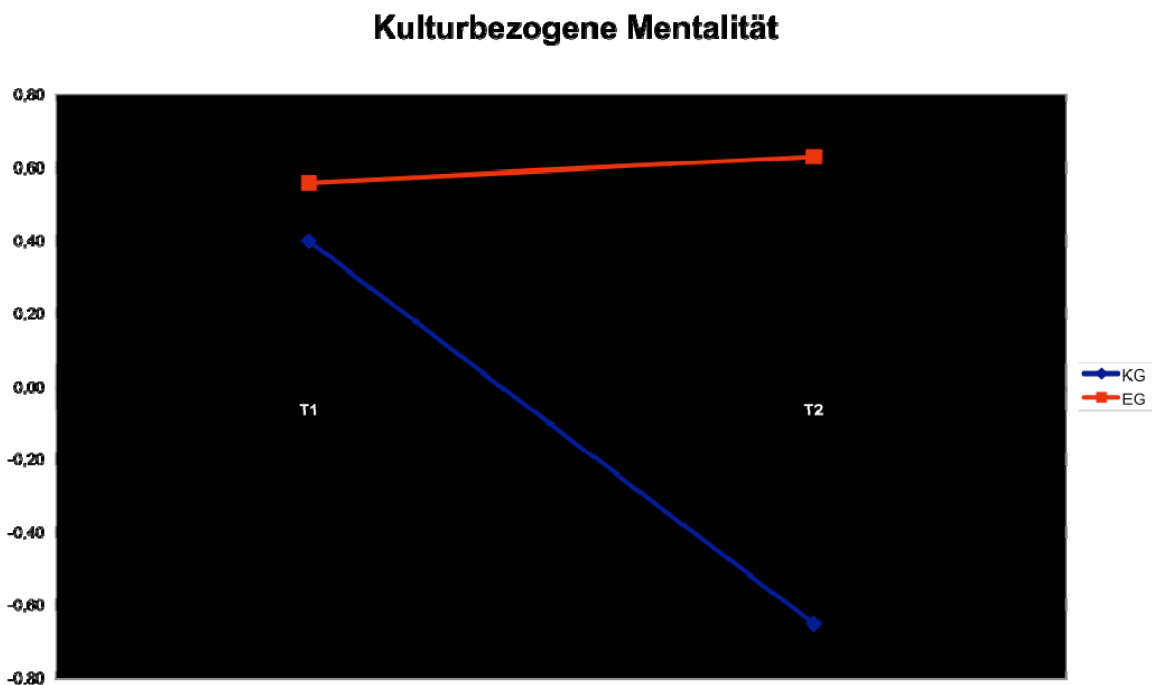


Abbildung 13.3.2a

Kulturbezogene Mentalität im Vergleich von t1 zu t2 und Experimental- zu Kontrollgruppe

Abbildung 13.3.2.b stellt die vier Unterbereiche von *kulturbezogener Mentalität* dar. Es ist an dieser Abbildung gut erkennbar, welche Bereiche in welcher Weise vertreten sind und wie sich die beiden Gruppen Experimentalgruppe und Kontrollgruppe in Untersuchungszeitpunkt eins zu zwei verhalten.

Kulturbezogene Mentalität (VII.)

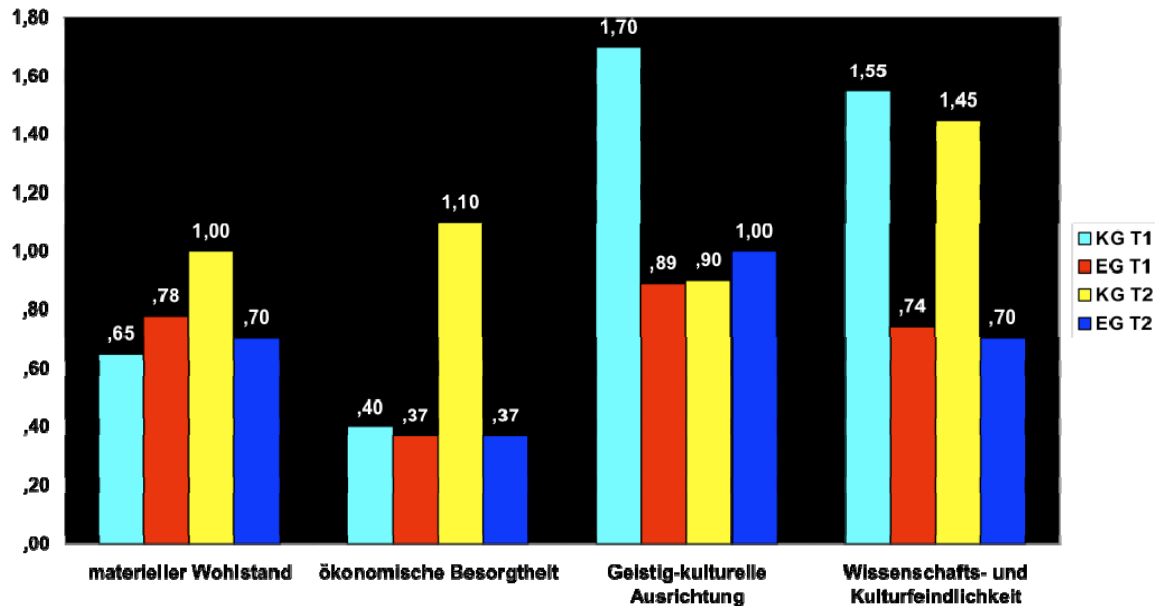


Abbildung 13.3.2b

Darstellung der vier Subskalen von Kulturbezogene Mentalität hinsichtlich der Unterscheidung von Kontroll- und Experimentalgruppe zu t1 und t2

13.3.3 Grundlegende Existenzmodi

Dieser Themenbereich setzt sich aus den vier Unterpunkten Ausgriff und Rückzug, Sozialer Kontakt und Soziale Isolierung zusammen. Ausgriff und Rückzug bilden einen Unterbereich und Sozialer Kontakt und Soziale Isolierung den anderen. Es geht um den Lebensraum, der erweitert wahrgenommen wird oder durch Veränderungen und Neuigkeiten erweitert oder eingeengt wird bzw. eingeengt wahrgenommen werden kann. Beispiele hierfür sind Aussagen von Probanden, dass ihnen z.B. ein Palast zu groß und unüberschaubar ist oder auch ein Zauberland zu unbegreiflich. Unter Sozialem Umgang wird der Kontakt mit dem gesamten sozialen Umfeld mit Menschen und Tieren verstanden. Sozialer Umgang und demnach Kontakt kann entweder reduziert werden (soziale Isolation = „weil ich da allein bin“) oder erweitert werden („da sind viele Menschen“).

Ergebnis dieser Untersuchung ist, dass die Probanden der Experimentalgruppe zum zweiten Untersuchungszeitpunkt mehr Antworten des Bereichs Soziale Isolierung geben. Vermutlich nehmen Sie, gerade auch aufgrund der intensiven Auseinandersetzung mit ihrer Situation und auch mit der Außenkontaktsituation ihren Lebensraum zunehmend eingengt wahr und es werden ihnen ihre fehlenden Kontakte bewusst. Dies zeigt sich mit einer Tendenz von $p = .074$. Das Erleben der sozialen Aktivität bei der Kontrollgruppe bleibt gleich, ebenso der Bezug zu ihrem Lebensraum.

Grundlegende Existenzmodi

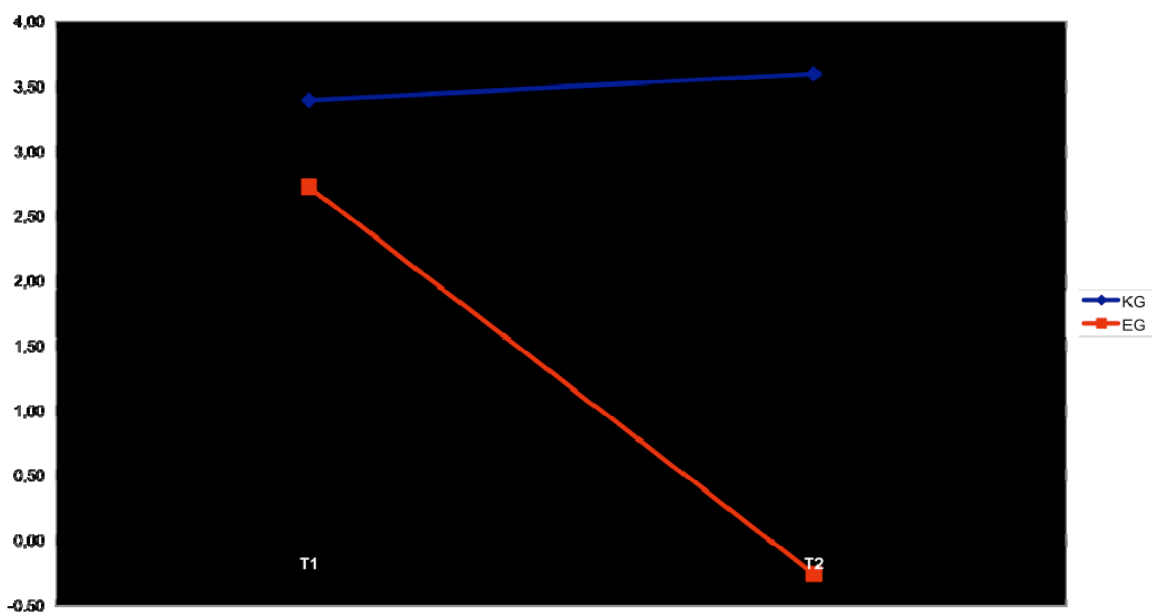


Abbildung 13.3.3 a:

Allgemeine Darstellung der Veränderung der Grundlegenden Existenzmodi von Untersuchungszeitpunkt eins zu zwei bei Experimentalgruppe und Kontrollgruppe

Es ist davon auszugehen, dass der Experimentalgruppe durch die sozialtherapeutische Auseinandersetzung ihre Lebenssituation deutlich bewusster wird, auch die Arbeit an und mit ihrem Delikt intensiver ist und ihnen deshalb die Auswirkungen dessen wesentlich bewusster zugänglich sind als dies bei Probanden der Kontrollgruppe ohne jegliche therapeutische Interaktion der Fall ist. Deshalb wäre es den logischen Gegebenheiten folgend, dass durch

Belastung der Auseinandersetzung mit dem Delikt und mit ihrer Situation ein Rückzug aus Kontakten entweder wahrgenommen wird oder stattfindet und die Gefangenen ihren Lebensraum, so wie es Spezifität des Gefängnisses ist, als eingengt erleben.

Grundlegende Existenzmodi (V.)

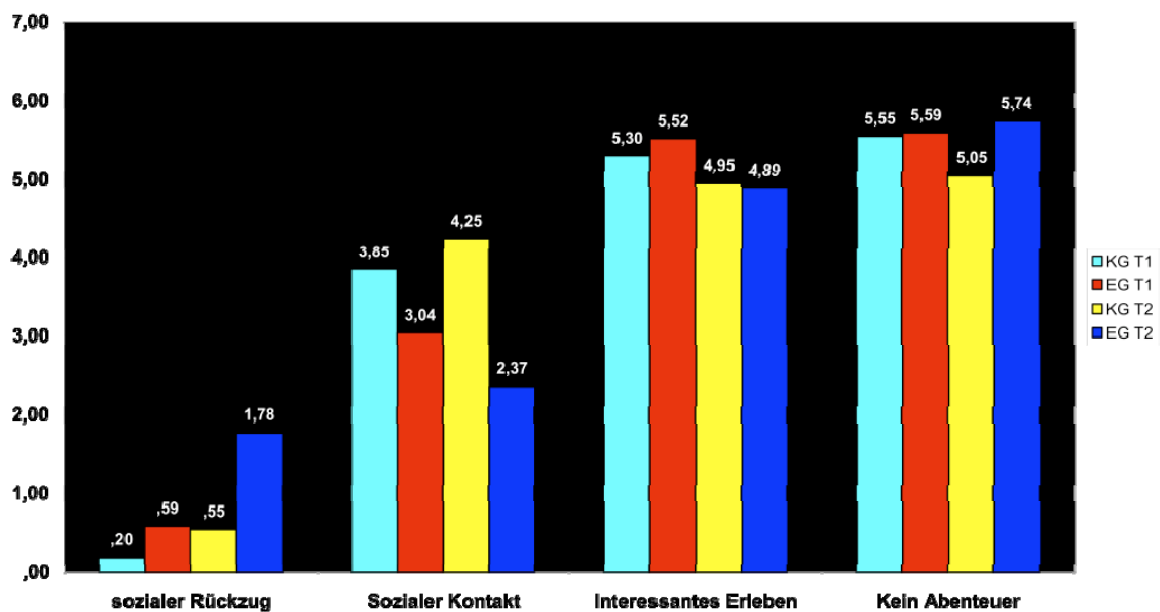


Abbildung 13.3.3.b

Darstellung der einzelnen Unterbereiche des Aspekts grundlegende Existenzmodi im Vergleich der beiden Gruppen (EG und KG) und Untersuchungszeitpunkte

13.3.4 Elementarer Hedonismus

Ein weiterer Hauptbereich der *Wunschprobe* ist der *Elementare Hedonismus*. Er drückt Lust- und Unlustbekundungen aus, im Speziellen unspezifische Lebenslust und unspezifische Unlust. Diese Kategorie beinhaltet unspezifische, positive emotionale Äußerungen, wie sich freuen, Spaß haben. Ebenso gilt sie auf der anderen Seite für unspezifische negative Gefühle wie Unlustbetonung oder Angst und Ärger. Beispiele für die negative Seite sind „mag ich nicht“, „unangenehm“.

Zu dem Ergebnis ist zu sagen, dass der Bereich Unspezifische Lebenslust bei der Kontrollgruppe, gemessen zum zweiten Untersuchungszeitpunkt, deutlich stärker zunimmt als bei der Experimentalgruppe. Auch im Ausgangsstatus zum ersten Untersuchungszeitpunkt ist der Bereich bei dieser Gruppe stärker vertreten. Das bedeutet, dass die Kontrollgruppe deutlich häufiger Antworten gibt, die in diesen Bereich fallen und dass demnach Lebensunlust bei der Kontrollgruppe höher ausgeprägt ist als bei der Experimentalgruppe. Lebensunlust nimmt bei beiden von Zeitpunkt eins zu Zeitpunkt zwei leicht ab. Dass der Bereich Lebenslust bei der Kontrollgruppe stärker ausgeprägt ist, kann, ähnlich wie bei Punkt 13.1.3 beschrieben, mit der stärkeren Auseinandersetzung mit dem Delikt und ihrer gesamten Lebenssituation bei denjenigen Gefangenen, die an der intramuralen Therapie teilnehmen, erklärt werden.

Elementarer Hedonismus

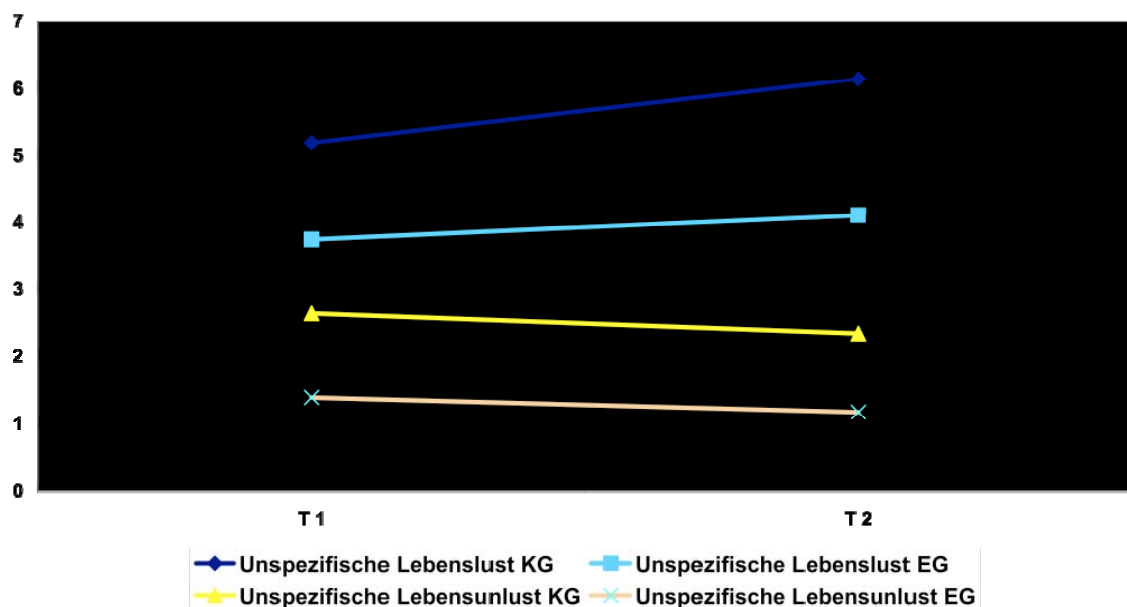


Abbildung 13.3.4

Vergleich von Experimental- und Kontrollgruppe in der Einstellungsänderung in den Einzelbereichen Elementarer Hedonismus von Untersuchungszeitpunkt eins zu zwei

Abbildung 13.3.4 veranschaulicht die Entwicklung der beiden Bereiche des *Elementaren Hedonismus*. Die Kontrollgruppe liegt, hier sehr deutlich ersichtlich, zu beiden Untersuchungszeitpunkten und in beiden Bereichen über den Werten der Experimentalgruppe.

13.3.5 Elementare Ichbezogenheit

Der Hauptbereich *Elementare Ichbezogenheit* der *Wunschprobe* ist aus den Subbereichen Selbstentfaltung versus Ich-Einengung und Körperbezug versus -distanz zusammengesetzt.

„Weil ich da viel kann oder viele Möglichkeiten habe“. Damit trifft der zitierte Proband den Bereich Selbstentfaltung mit den Aspekten Selbstverwirklichung, personale Geltung und Wirkung sowie eigene Fähigkeiten und Möglichkeiten. Unter Ich-Einengung fallen Zwang, fehlende Eigenständigkeit mit Angaben wie „da bin zu unbedeutend“ oder „da komme ich nicht aus und bin gefangen/eingeengt“.

In den Bereich Körperkontakt fallen Aussagen aus dem allgemeinen Bereich Sexualität und Körperkontakt mit weiteren zugehörigen Begriffen wie eigene Gesundheit, Hygiene, Essen und Trinken. Hierzu gehören Aussagen wie „weil ich da am Hals meiner Freundin liege“, „auf mir herumgetrampelt wird“, „sich eine schöne Frau auf mich legt“, etc. Im Gegensatz dazu verhalten sich Aussagen bezüglich des Fehlens des Körperkontaktes, der Unbekümmertheit im Hinblick auf körperliche Gesundheit und Hygiene, Askese sowie sexuelle Enthaltsamkeit „weil ich da weit weg von körperlicher Nähe bin“, „mich nicht anlangen lassen möchte“, „die Berührung von anderen eklig finde“.

Bei der Experimentalgruppe kommen Äußerungen zu dem Bereich Körperkontakt etwas häufiger vor als bei der Kontrollgruppe. Bei beiden Gruppen sinkt die Anzahl der Äußerungen von Zeitpunkt eins zu Untersuchungszeitpunkt zwei ab. Dies bedeutet, hier ist kein Interventionseffekt feststellbar. Dieser Bereich Körperkontakt ist jedoch ein viel erwähnter. Dies spricht unter Umständen für die Straftätergruppe der Sexualstraftäter, die ein Delikt mit grenzüberschreitendem Körperkontakt begangen haben. Eventuell wäre dies für die weitere Arbeit an therapeutischen Programmen ein wichtiger Hinweis, dass unbedachte und spontane Äußerungen bei Sexualstraftätern relativ hoch sind.

Selbstverwirklichung wird von der Experimentalgruppe zu Untersuchungszeitpunkt eins deutlich häufiger angeführt als von der Kontrollgruppe. Der Wert sinkt von Zeitpunkt eins zu zwei bei der Experimentalgruppe massiv ab. Bei der Kontrollgruppe, bei der dieser Aspekt bereits zu Beginn der Untersuchung weniger ausgeprägt ist, steigt er ein wenig an. Hier ist von einem Zusammenhang mit der Behandlung auszugehen. Gefangene, die sich für Behandlung entscheiden, haben vermutlich zu Beginn die Wahrnehmung der Selbstverwirklichung, während sie, wenn sie sich während der Therapie aktiv mit ihrer Situation auseinandersetzen sie sich ihrer Einschränkungen bewusster werden als Gefangene im Normalvollzug.

Elementare Ichbezogenheit (IV)

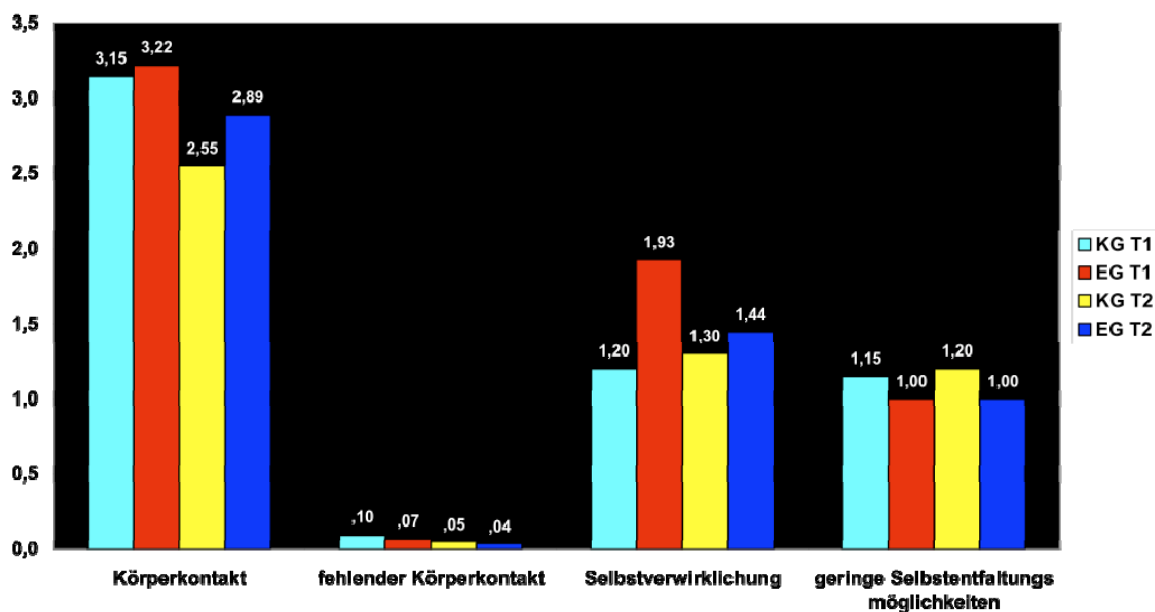


Abbildung 13.3.5

Vergleichende Darstellung von Experimental- und Kontrollgruppe zu beiden Untersuchungszeitpunkten im Bereich Elementare Ichbezogenheit

In direktem Zusammenhang dazu stehen das Ergebnis der Wahrnehmung der eigenen, geringen Selbstentfaltungsmöglichkeiten bzw. die Selbsteinschränkungen in der eigenen Situation. Diese nimmt die Experimentalgruppe zu beiden Untersuchungszeitpunkten deutlich

mehr wahr als die Kontrollgruppe. Das kann auf die Intervention zurückgeführt werden, da hier wieder die deutlich höhere Auseinandersetzung der Probanden der Experimentalgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe eine Rolle spielt.

13.3.6 Konstruktivität

Der Bereich *Konstruktivität* der *Wunschprobe* unterteilt sich in Konstruktive Tendenzen versus Destruktive Tendenzen. Im speziellen wurde er für diese Untersuchung weiter unterteilt. Die Unterteilung betraf den Bereich Destruktive Tendenzen und Konstruktive Tendenzen. Bei Ersterem wurde zwischen Destruktivität (allgemein) und Destruktivität im Sozialbereich unterschieden, bei Zweiterem zwischen Konstruktivität (allgemein) und Altruismus im Sozialkontakt. Das hatte sich bereits nach Biedermann (2007) als sinnvoll erwiesen und wurde von E. Plaum (persönl. Mitteilung, 27.03.2009) speziell für diese Untersuchung bestätigt. Zudem wurde noch untersucht, inwieweit Probanden dem von Ihnen angeführten, destruktiven Verhalten, das durch die vorgeschaltete dingliche Existenz ausgeübt wird, zustimmen oder es ablehnen. Diesbezüglich kann davon ausgegangen werden, dass ein Proband, der einer destruktiven Situation zustimmt und sie demnach gutheißt, nochmals eine höhere Aggressivität aufweist als ein Proband, der diese Haltung zwar äußert, sie aber ablehnt. Ein typisches Beispiel hierfür ist: „Ich möchte ein Vulkan sein, weil ich dann alle meine Feinde töten kann“, „ich möchte das Gesetz sein, weil ich dann über alle bestimmen kann und gemacht wird, was ich anschaffe“, etc.

Die Oberkategorie *Konstruktivität* wird verwandt, wenn es einerseits um konstruktive Aussagen geht, um einordnen, aufbauen, erhalten, Ordnung einhalten oder schaffen oder Normorientierung. Andererseits sind Widersetzlichkeit, Zerstörung, Normübertretung und der Ausdruck von Sinnlosigkeit weitere Inhalte. Folgende Art der Aussagen entspricht diesem Bereich: „damit alles in geordneten Bahnen läuft, alles mit rechten Dingen zugeht“ oder „damit kann etwas zerstört werden, etwas kann Unheil anrichten“. Die Sondergruppe Konstruktivität und Destruktivität im Sozialkontakt wurde gewählt, da es bei Straftätern, - insbesondere bei Sexualstraftätern- sicherlich interessant ist, wie sich ihr konstruktives oder destruktives Verhalten im Sozialkontakt zeigt. Bei Destruktivität im Sozialkontakt geht es

auch um Selbstüberhöhung des Probanden sowie seine Selbstverherrlichung, nicht nur um Aggressivität Menschen oder Tieren gegenüber.

Bei dieser Untersuchung ist zu sehen, dass die Kontrollgruppe zu beiden Zeitpunkten deutlich konstruktiver ist als die Experimentalgruppe. Auch sinkt Konstruktivität bei der Experimentalgruppe von Zeitpunkt eins zu Zeitpunkt zwei sogar noch leicht ab. Bei Altruismus im Sozialkontakt, also helfendes, konstruktives und unterstützendes Verhalten anderen Menschen oder Tieren gegenüber, zeigt die Kontrollgruppe einen höheren Ausgangswert als die Experimentalgruppe. Bei beiden Gruppen steigt der Wert an, wobei er bei der Experimentalgruppe deutlicher ansteigt. Der Anstieg an sich und insbesondere der stärkere Anstieg kann auf die Intervention und dahingehend auf die Auseinandersetzung mit dem Opfer und der Opferperspektive und somit die Entwicklung von Opferempathie zurückgeführt werden.

Destruktivität im Sozialkontakt fällt bei beiden Gruppen von Untersuchungszeitpunkt eins zu zwei ab.

In Abbildung 13.3.6 werden die vier Aspekte des Bereichs Konstruktivität dargestellt. Der Bereich Destruktivität im Sozialkontakt bei Ablehnung ist vernachlässigt. Da destruktive Tendenzen sich bei Experimentalgruppe und Kontrollgruppe gleichermaßen reduzieren, ist zumindest nicht von einem alleinigen Interventionseffekt auszugehen.

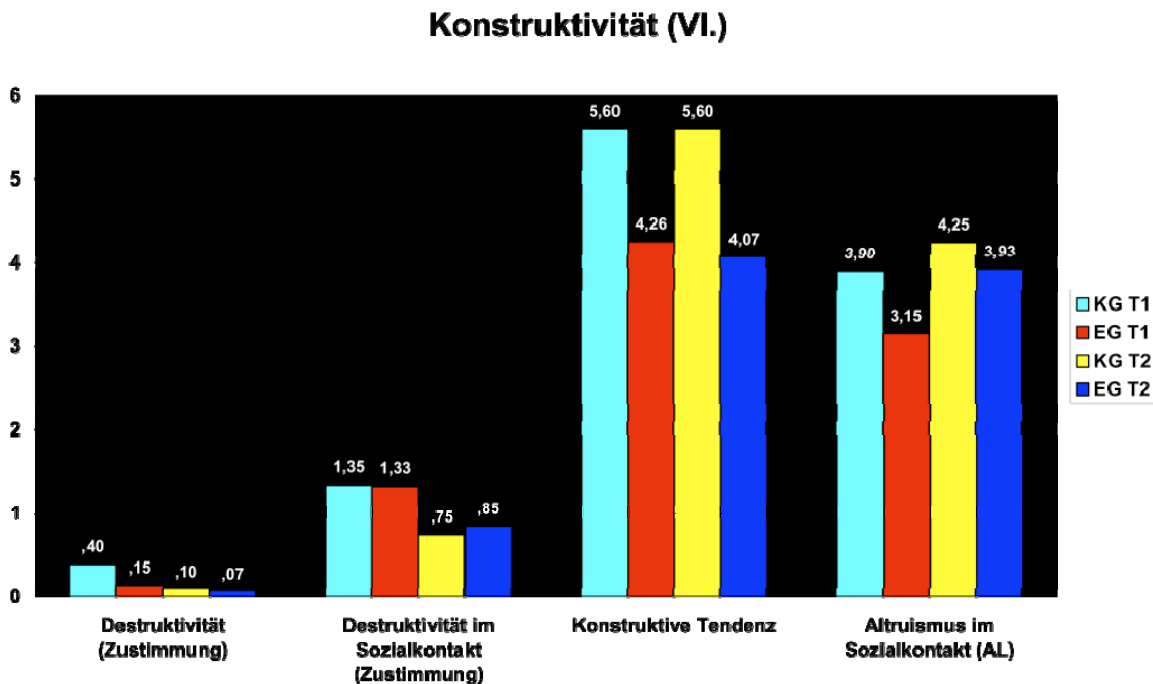


Abbildung 13.3.6

Vergleichende Darstellung von Experimental- und Kontrollgruppe von Untersuchungszeitpunkt eins zu zwei hinsichtlich des Bereichs Konstruktivität

13.3.7 Negative Lebenseinstellung

Wie anfänglich dargestellt, besteht die Auswertung der *Wunschprobe* aus mehreren Schritten. Zuerst werden die Anzahl der positiven und negativen Antworten zu den 51 dinglichen Daseinsformen gezählt. Damit sind die positiven und negativen Antworten zu den einzelnen Fragestellungen nach einer dinglichen Existenz gemeint, ohne Einbezug der spezifischen Begründungen. Der Aspekt *negative Lebenseinstellung* wird demnach erfasst über das Auszählen der negativen Antworten, anhand derer der Proband bekundet, dass er nicht der gefragte Gegenstand sein möchte. Verneint ein Proband, die Mehrzahl der Begriffe sein zu wollen, ist davon auszugehen, dass seine grundsätzliche Lebenseinstellung negativer ist als diejenige eines Probanden, der die größere Anzahl der Begriffe bejaht. Die *negative Lebenseinstellung* von Experimental- und Kontrollgruppe nimmt von Untersuchungszeitpunkt eins zu zwei ab, während die Gefangenen der Experimentalgruppe zu beiden Zeitpunkten eine höhere *negative Lebenseinstellung* haben als die der Kontrollgruppe. Dies ist eventuell mit der

Auseinandersetzung und damit der Akzeptanz und fehlenden Verleugnungsmöglichkeit als Hilfe und Unterstützung in für den Probanden schweren Zeiten zu sehen. Viele Probanden der Kontrollgruppe stehen nicht zu ihrem Delikt und sind z.B. der Überzeugung oder tragen es zumindest derart vor, dass in dem Gerichtsurteil Vieles steht, das nicht der Wahrheit entspricht. Oder sie geben an, dass das Opfer nicht die Wahrheit gesagt habe. Eine direkte Akzeptanz des Delikts wird auch unterbunden durch die Mitgefangenen, die nicht erfahren dürfen, wegen welchen Delikts der Täter seine Haftstrafe verbüßt. Wüssten die Mitgefangenen davon, würde dem Sexualstraftäter viel Ablehnung und auch Aggressivität drohen. Auch hängen diese Probanden den Vergewaltigungs- und Missbrauchsmysen deutlich mehr nach. Dieses Thema erarbeiten die Experimentalgruppenprobanden mit dem Therapeuten und auch untereinander.

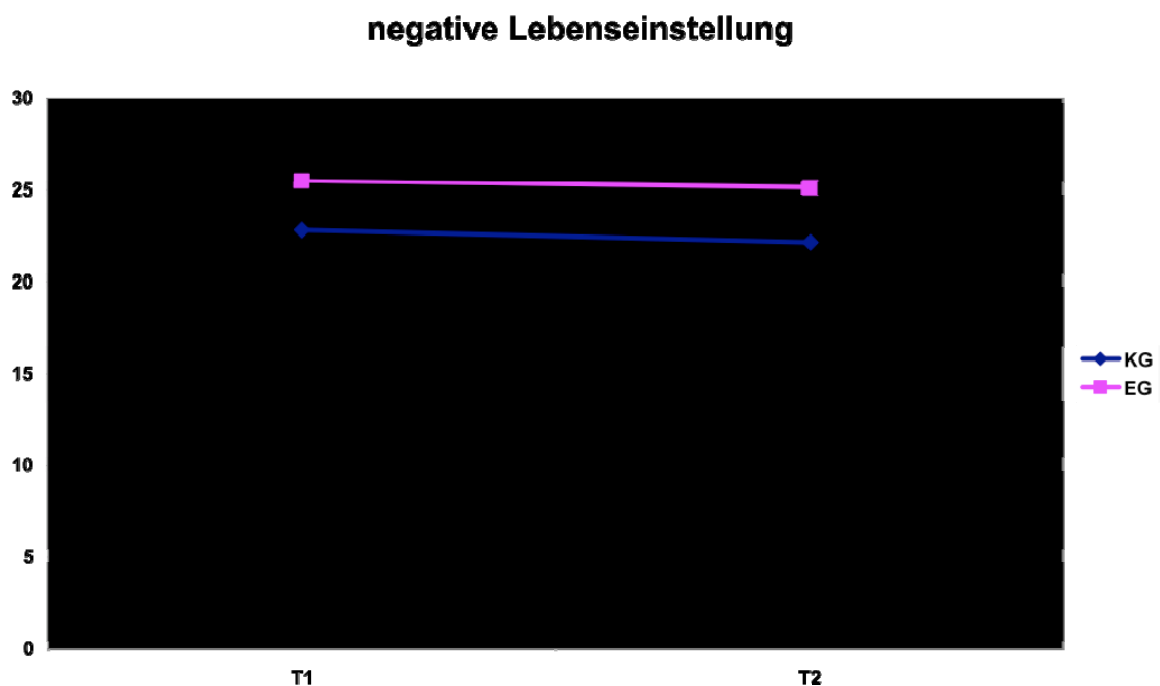


Abbildung 13.3.7

Negative Lebenseinstellung, gemessen mit der Wunschprobe zu beiden Untersuchungszeitpunkten und bei Experimental- und Kontrollgruppe

13.4 Ergebnisse des Foto-Hand-Tests

Der Foto-Hand-Test war das zweite projektive Verfahren, das neben der *Wunschprobe* zur psychodiagnostischen Untersuchung der Probanden verwendet wurde. Auch bei diesem Verfahren ist dem Probanden das Ziel des Testverfahrens nicht direkt zugänglich. Die Frage nach der tatsächlichen Anwendung aggressiver Handlungen würde mit Sicherheit anders beantwortet, als indirekt zu beantwortende Bilder oder Darstellungen. Insgesamt ist der FHT ein im Strafgefangenenbereich häufiger verwendetes Verfahren als die *Wunschprobe* und er ist deutlich bekannter als diese. Ergebnisse, d.h. die Auswertung ist hier deutlich leichter und mit weniger Auswertungs- und Interpretationskenntnissen abzulesen. Auch mit diesem Verfahren haben sich einige sehr interessante Ergebnisse gefunden.

Im Folgenden zuerst ein Vergleich der beiden Untersuchungsstichproben anhand der beiden Hauptkennwerte des Foto-Hand-Tests, des Acting-Out-Scores und des Aggressivitäts-Wertes für erwachsene Straftäter. Wiederholend zur Erklärung: Der AOS-Wert dient der Erfassung der spontanen Aggressivität. Der AES-Wert ist ein Wert, der typisch für die Aggressionsmessung bei Straftätern ist.

Bei dieser Untersuchung und der Auswertung der entsprechenden Ergebnisse zeigte sich, dass der AOS-Wert die beiden Gruppen Kontroll- und Experimentalgruppe gut unterscheidet. Er liegt bei der Kontrollgruppe deutlich höher als bei der Experimentalgruppe. Dadurch kennzeichnet sich eine deutlich höhere Äußerung von spontaner Aggressivität bei den Probanden der Kontrollgruppe als bei den Probanden der Experimentalgruppe ab. Der AES-Wert unterscheidet die beiden Gruppen deutlich weniger. Wobei auch dieser Wert bei der Experimentalgruppe geringer ausgeprägt ist, als bei der Kontrollgruppe. Das bedeutet, dass auch hier die Probanden der Experimentalgruppe einen geringeren Aggressivitätswert verzeichnen.

Dieses Ergebnis kann als Interventionsergebnis gesehen werden.

Die beiden Abbildungen von 13.4 stellen die beiden Hauptwerte des Foto-Hand-Tests, den AOS-Score und den AES-Wert für die Kontroll- und die Experimentalgruppe getrennt dar.

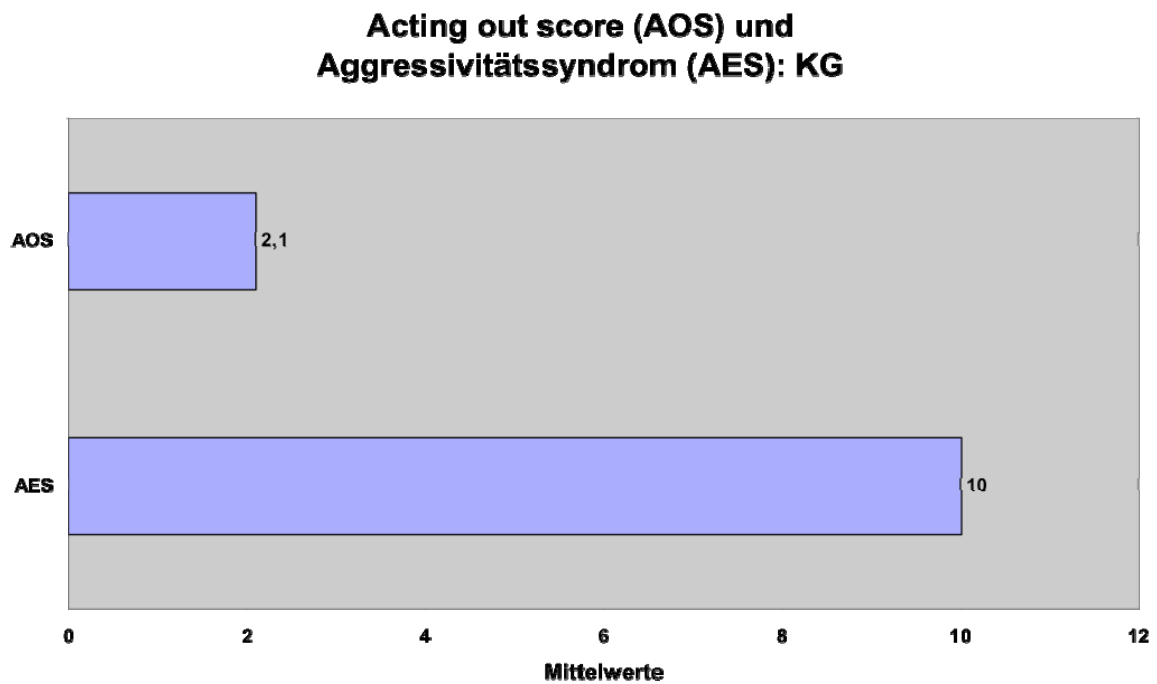


Abbildung 13.4a
Unterscheidung der Kontrollgruppe bezüglich AOS und AES

Sie zeigen, dass der AES bei beiden Gruppen deutlich höher liegt als der AOS. Zudem zeigt die Grafik, dass der AOS-Score deutlich und der AES-Wert bei der Kontrollgruppe etwas höher liegt als bei der Experimentalgruppe.

Acting out score (AOS) und Aggressivitätssyndrom (AES): EG

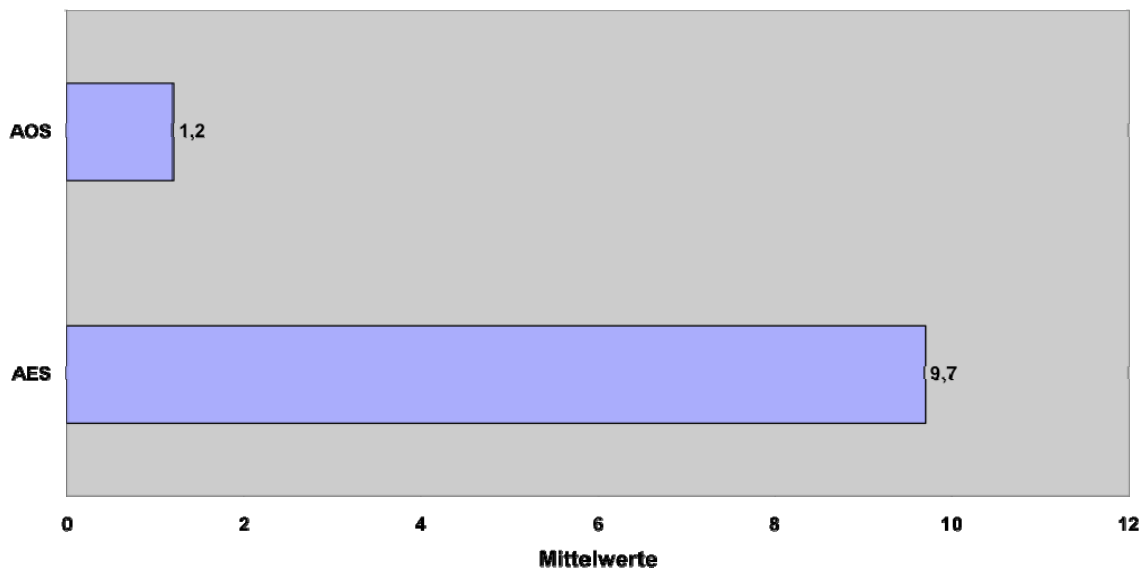


Abbildung 13.4b

Unterscheidung der Experimentalgruppe bezüglich AOS und AES

13.5 Ergebnisse des FAF

Der FAF, der Fragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren, ist ein -ebenso wie der *Foto-Hand-Test*- häufig verwandtes Verfahren für Straftäter. Hier können, wie bereits unter 10.1.2.3 beschrieben, verschiedene Arten der Aggressivität abgelesen werden. Der Hauptnachteil des Testverfahrens liegt darin, dass es für den Probanden gänzlich durchschaubar ist. Anhand der Fragestellungen ist für den Probanden erkennbar, dass es hier um die Ermittlung seiner Aggressivität geht. Es ist davon auszugehen, dass Menschen ungern Aussagen über eigene aggressive Verhaltensweisen, Einstellungen oder Gedanken äußern. Demzufolge ist die Wertung dieser Ergebnisse anders zu sehen als die der im Vorangehenden angeführten Verfahren *Wunschprobe* und *Foto-Hand-Test*. Inwieweit ein Versuchsleiter diese Ergebnisse als völlig unverfälscht und der Wahrheit entsprechend ansieht, bleibt diesem

überlassen. In der folgenden Abbildung 13.5a werden die Ergebnisse der Einzelaggressionsskalen des FAF separat für Kontrollgruppe und Experimentalgruppe dargestellt. Anhand der Ergebnisse ist ersichtlich, dass die Experimentalgruppe eine höhere Gesamtaggressivität angibt als die Kontrollgruppe. Auch in den Einzelwerten liegt die Experimentalgruppe in fast allen Subskalen über den Werten der Kontrollgruppe. Aus Sicht der Versuchsleiterin ist dieses Ergebnis zumindest teilweise auf einen reflektierteren und offeneren Umgang der Experimentalgruppe mit dem Faktor Aggressivität zurückzuführen. Ein offenerer Umgang steht in Zusammenhang mit weniger Verfälschungstendenzen aufgrund von sozialer Erwünschtheit. In der Behandlung lernen Teilnehmer des Behandlungsprogramms, inwieweit ihr Delikt im Zusammenhang mit Aggressivität steht und welche ihrer Verhaltensweisen aggressiv sind. Sie können einzelne Verhaltensmuster besser erkennen und auch zugeben und haben weniger Angst davor, dass diese identifiziert werden. Sie antworten demnach wie oben angesprochen vermutlich weniger sozial erwünscht. Ausschließlich bei dem Faktor Selbstaggression liegt die Kontrollgruppe über der Experimentalgruppe. Aus diesem Grund wird dieser Subbereich des FAF neben der Gesamtdarstellung aller Skalen in Abbildung 13.5.b grafisch dargestellt werden.

Abgesehen davon, dass die Selbstaggression der einzige Bereich des FAF ist, bei dem die Werte der Kontrollgruppe über den Werten der Experimentalgruppe liegen, wurde bei der statistischen Auswertung bei der Skala Selbstaggression hinsichtlich der Unterscheidung von Kontrollgruppe und Experimentalgruppe eine Tendenz von $p=.061$ festgestellt. Im Folgenden dazu die graphische Darstellung der Veränderung der Selbstaggression von Untersuchungszeitpunkt eins zu zwei und der Vergleich von Experimentalgruppe und Kontrollgruppe. Die Selbstaggression fällt bei der Experimentalgruppe von Untersuchungszeitpunkt eins zu zwei deutlich ab und steigt bei der Kontrollgruppe leicht an, wobei der Ausgangswert der Experimentalgruppe deutlich über dem der Kontrollgruppe liegt.

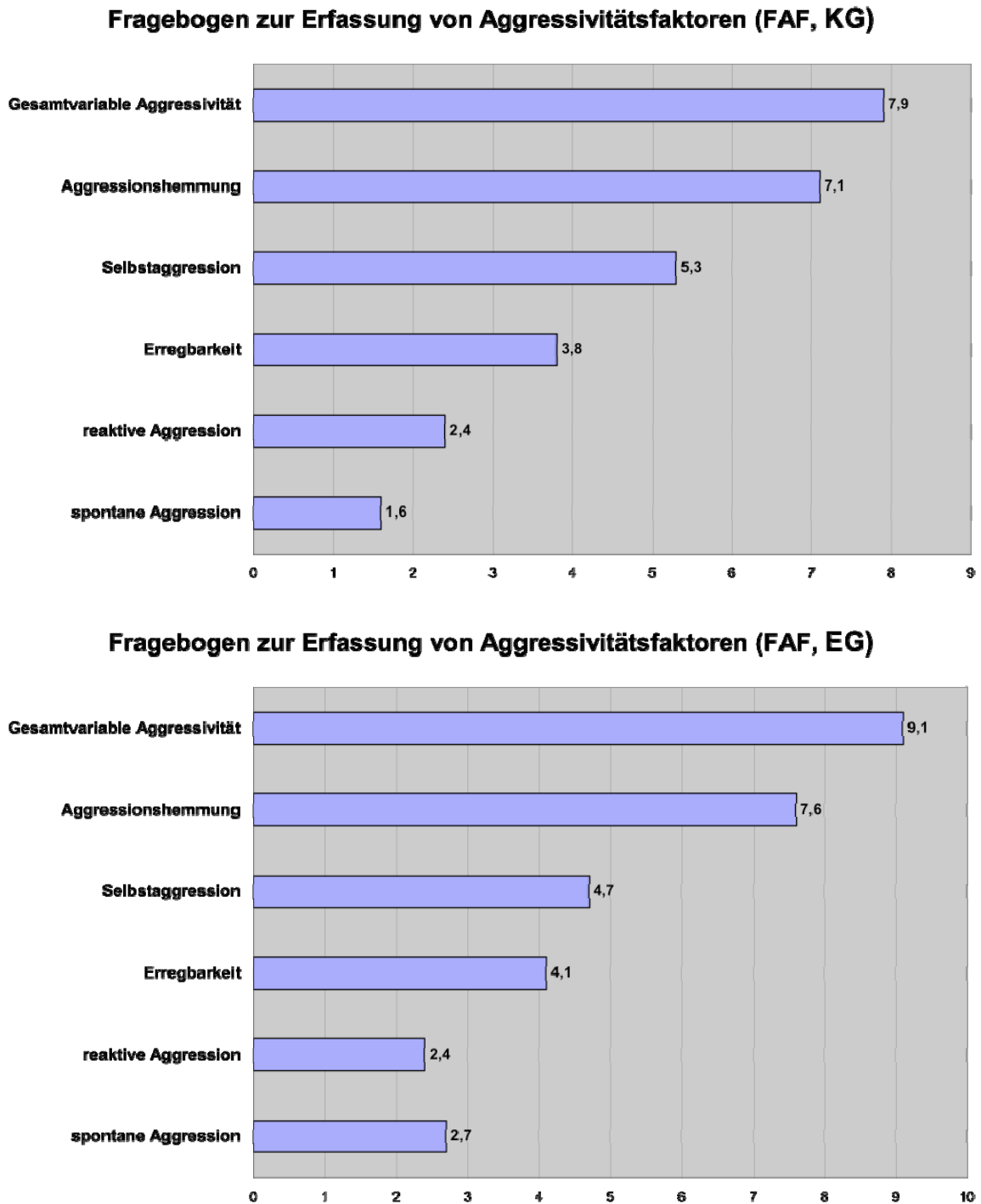


Abbildung 13.5a

Ergebnisse der Subskalen des FAF im Vergleich von Experimental- und Kontrollgruppe

Dieser deutlich höhere Ausgangswert ist, wie bereits erwähnt, vermutlich mit einer höheren Auseinandersetzungsbereitschaft der Experimentalgruppe und damit einer geringeren sozialen Erwünschtheit und Beschönigungsbereitschaft zu erklären.

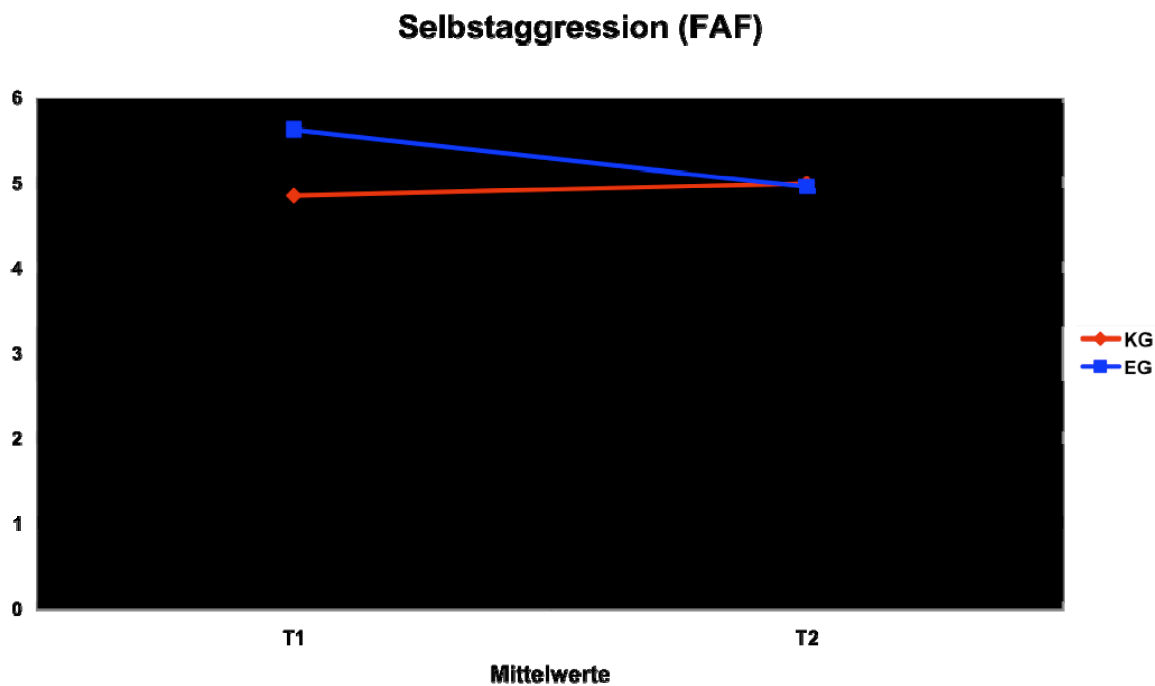


Abbildung 13.5.b

FAF - Veränderung der Skala Selbstaggression bei Experimental- und Kontrollgruppe zu t1 und t2

13.6 Ergebnisse des Gießen-Tests

Der *Gießen-Test* ist ein weiteres Fragebogenverfahren, das in dieser Untersuchung eingesetzt wurde. Der *Gießen-Test* kann als Fremd- und Selbstbildverfahren eingesetzt werden. Entweder soll sich der Proband selbst beurteilen, oder er wird von einer ihm bekannten Person beurteilt.

Besonderheit in dieser Untersuchung ist, dass der Täter anhand des *Gießen-Tests* sein Opfer beurteilt. Ziel dieser Opferbeurteilung war, Veränderungen in der Sicht des Täters über

sein Opfer aufgrund seiner Äußerungen zu erkennen und damit auf seine Einstellungsänderungen zu schließen. Auch bei diesem Verfahren ist von einer hohen Durchschaubarkeit auszugehen, da die Fragen tatsächlich das Erfragende erfassen sollen. Jedoch ist das Bedürfnis des Probanden, der sozialen Erwünschtheit zu entsprechen und damit die Antworten zu beschönigen, deutlich niedriger, als dies bei einem Aggressivitätsfragebogen der Fall ist. Die Täter geben in der Regel gerne Auskunft über ihre Sicht über ihr Opfer. Sie haben in dieser Situation das Gefühl, besser verstanden zu werden oder sich hinsichtlich ihrer Tat zu rechtfertigen. Eine tatsächliche Beantwortung der Fragen ist demnach wahrscheinlicher als bezüglich sozial unerwünschter Korrelate, wie der Aggressivität.

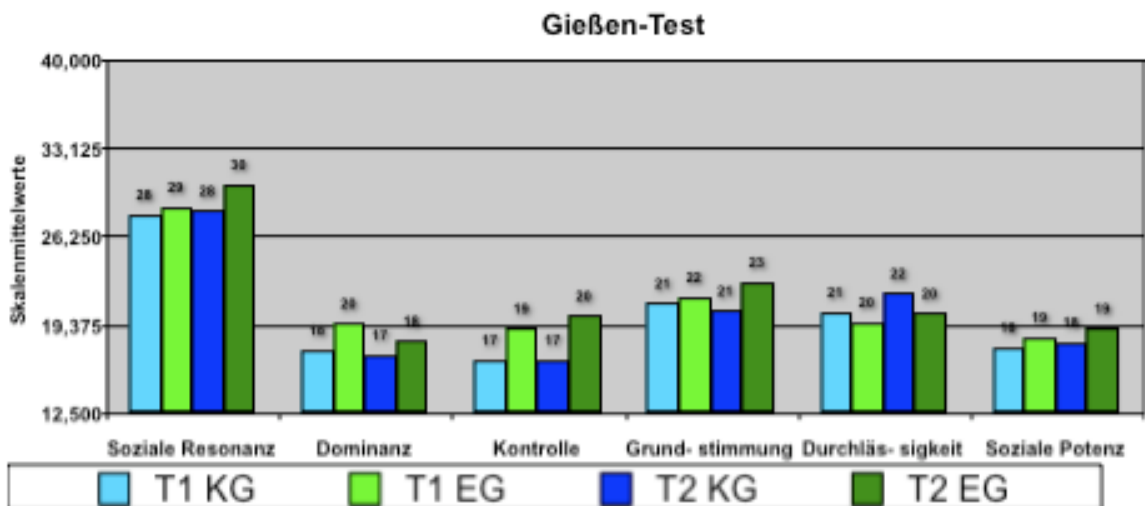


Abbildung 13.6 a

Alle Skalen des GT im Vergleich von Experimental- und Kontrollgruppe zu t1 und t2

Die statistische Auswertung belegt, dass die Experimentalgruppe ihr Opfer als sozial potenter, durchlässiger beschreibt und dessen Grundstimmung als deutlich besser wahrnimmt als die Täter der Kontrollgruppe. Nach Aussage der Probanden der Experimentalgruppe sind deren jeweiligen Opfer deutlich kontrollierter und sozial resonanter, als die Probanden der Kontrollgruppe ihre jeweiligen Opfer einschätzen. Das gesamte statistische Ergebnis zu allen Skalen des *Gießen-Tests* wird in Abbildung 13.6 (s.o.) dargestellt.

Ergebnisse einzelner Fragen des Gießen-Tests

Einige Fragen wurden aus dem Gesamtkontext des *Gießen-Tests* extrahiert und gesondert ausgewertet. Dies war unter anderem die Frage 4 des *Gießen-Tests*. Sie bewegt sich zwischen zwei Polen und lautet: Ich glaube, eine Änderung der äußeren Lebensbedingungen meines Opfers würde seine seelische Verfassung sehr stark bis sehr wenig beeinflussen. Dem *Gießen-Test* liegt eine Bewertungsskala von -3 bis +3 inklusive 0 bei.

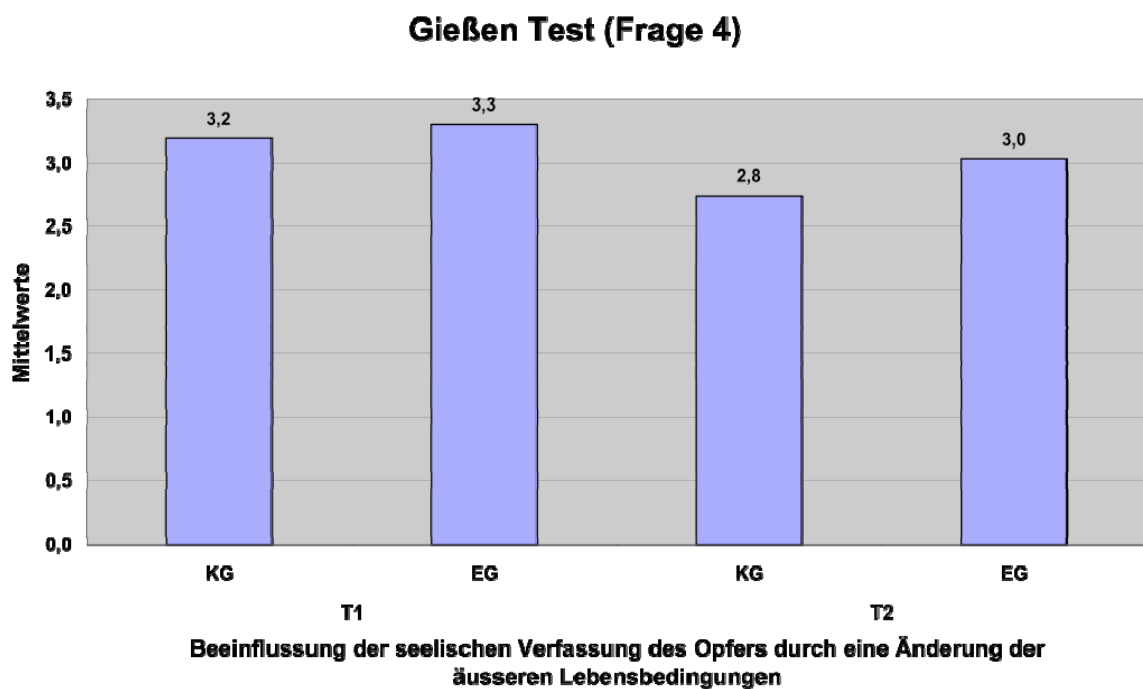


Abbildung 13.6.1a

Inwieweit ist die seelische Verfassung des Opfers durch eine Änderung seiner äußeren Lebensbedingungen beeinflussbar. (1 = extrem stark bis 7 = gar nicht)

Für die Abbildung wurde die Skalierung geändert und 1 bedeutet extrem starke Beeinflussung, 2 sehr starke Beeinflussung, 3 Beeinflussung und 4 weder Beeinflussung noch keine Beeinflussung. 5 würde wenig Beeinflussung, 6 sehr wenig Beeinflussung und 7 gar keine Beeinflussung bedeuten. Den Angaben der Probanden zufolge sieht die Experimentalgruppe zwar eine Beeinflussung der seelischen Verfassung durch Veränderung der äußeren Lebensbedingungen wie einen sexuellen Übergriff, aber es ist eher eine Tendenz.

Die Kontrollgruppe sieht das Opfer etwas mehr beeinflusst. Zum Untersuchungszeitpunkt zwei ist die Vorstellung der Beeinflussung etwas größer, bei der Kontrollgruppe immer noch stärker ausgeprägt als bei der Experimentalgruppe.

Eine weitere Frage, die einzeln untersucht wurde, war die Frage 11. Sie lautet: Ich habe den Eindruck, das Opfer zeigt extrem viel (1) bis kaum (7) von seinen Bedürfnissen nach Liebe. In dieser Frage geht es um eine Art Rechtfertigung für die Sexualstraftat. Sexualstraftäter, die sich und ihre Tat nicht im Rahmen von Therapie reflektiert haben, gehen eher davon aus, dass das Opfer eine Mitschuld (Vergewaltigungs- und Missbrauchsmysmen) an der Tat hat. Bei dieser Frage ist erkennbar, dass die Meinung der Probanden der Kontrollgruppe unverändert geblieben ist, die der Experimentalgruppe sich dagegen verändert hat. Demnach hat sich die Einstellung der Experimentalgruppe etwas wegbewegt von der Ansicht, dass das Opfer sehr viel von seinen Bedürfnissen nach Liebe zeigt hin zu der Ansicht, dass es etwas von seinen Bedürfnissen nach Liebe zeigt. Die Einstellung der Kontrollgruppenprobanden ist zu beiden Untersuchungszeitpunkten mit dieser Ansicht identisch.

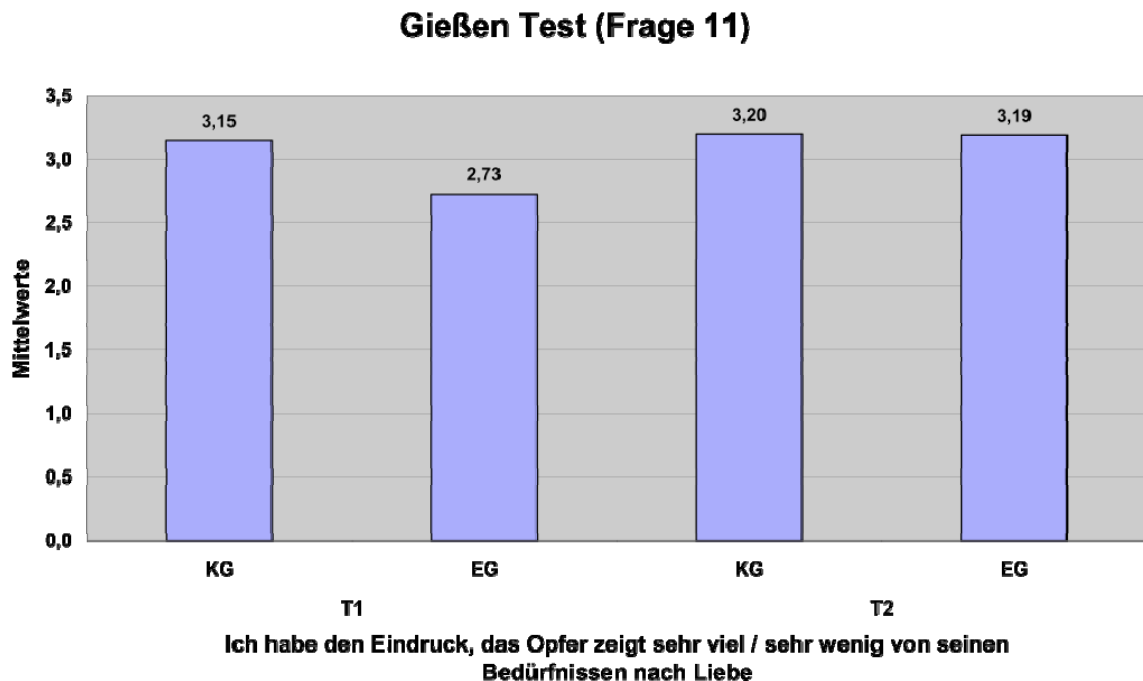


Abbildung 13.6.1b

Inwieweit zeigt das Opfer seine Bedürfnisse nach Liebe (1 = extrem stark bis 7 = gar nicht)

Bei der Frage 21 des *Gießen-Test* geht es darum, ob der Täter sein Opfer als sehr unordentlich (1) oder sehr überordentlich sieht (7). Die Ordentlichkeit kann mit Ehrlichkeit und Glaubwürdigkeit in Verbindung gesetzt werden. Sieht der Täter sein Opfer als ordentlich, hat er eine bessere Meinung von ihm und damit einen besseren Bezug zu ihm, als wenn er es als extrem unordentlich beschreibt. Die Probanden der Kontrollgruppe sehen ihr Opfer unordentlicher als die Probanden der Experimentalgruppe. Zudem fällt der Wert der Kontrollgruppe zum Untersuchungszeitpunkt zwei ab, d.h. sie sehen das Opfer noch etwas unordentlicher. Bei der Experimentalgruppe steigt er deutlich an, das bedeutet, ihr Bezug zum Opfer (Opferempathie) verbessert sich und sie können es ordentlicher sehen. Genau genommen sehen sie es als gar nicht mehr unordentlich an, sondern in der Tendenz als eher recht ordentlich.

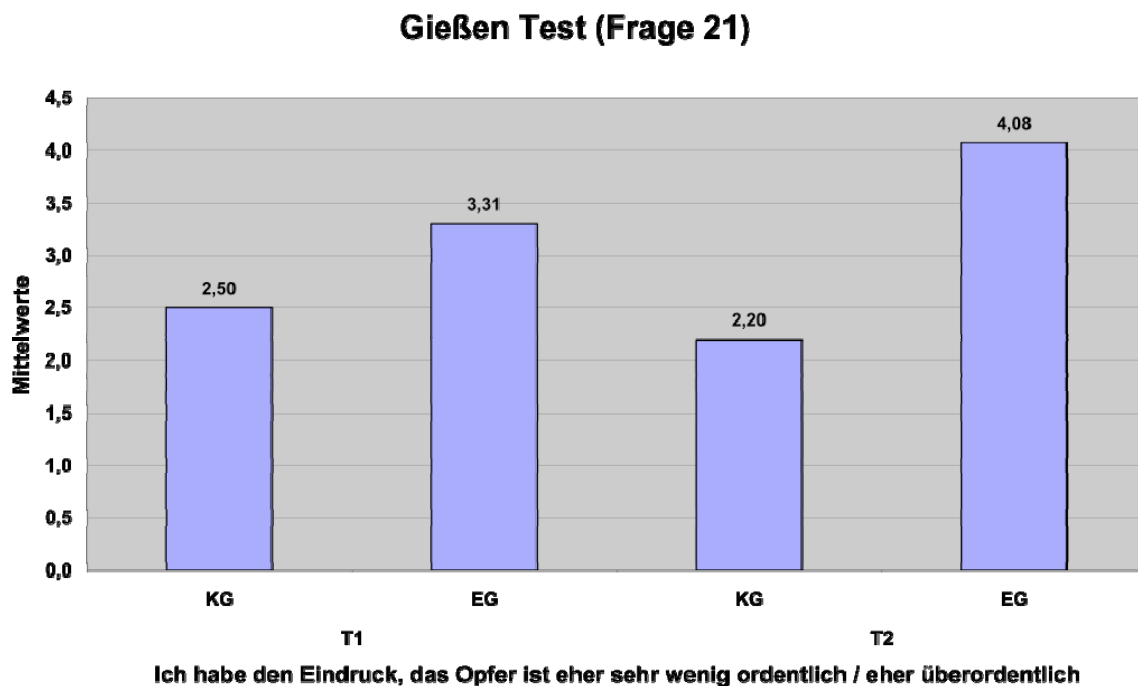


Abbildung 13.6.1c

Inwieweit ist das Opfer sehr unordentlich oder extrem überordentlich (1 = extrem stark bis 7 = gar nicht)

In der Frage Nummer 35 des *Gießen-Test* geht es um die schauspielerischen Fähigkeiten, die der Täter dem Opfer beimisst. Schauspielerische Fähigkeiten bedeuten etwas Ähnliches wie Unordnung. Der Täter sieht sein Opfer als wenig ehrlich, sein Verhalten könnte nicht echt sondern geschauspielert sein, es macht seiner Umwelt gerne etwas vor. Schreibt er ihm extrem gute schauspielerische Fähigkeiten zu liegt der Wert bei 1. Schreibt der Täter seinem Opfer sehr schlechte schauspielerische Fähigkeiten zu, liegt der Wert bei 7. Alle Täter weisen ihrem Opfer zu beiden Zeitpunkten ziemlich gute schauspielerische Fähigkeiten zu. Bei der Experimentalgruppe ist eine leichte Veränderung zur Tendenz zu erkennen, weniger gute Fähigkeiten festzustellen. Bei der Kontrollgruppe verändert sich die Einstellung nicht, wobei beide Werte mehr in Richtung weniger gute schauspielerische Fähigkeiten tendieren als bei der Experimentalgruppe. Die Veränderung der Experimentalgruppe könnte als leichter Interventionseffekt gesehen werden.

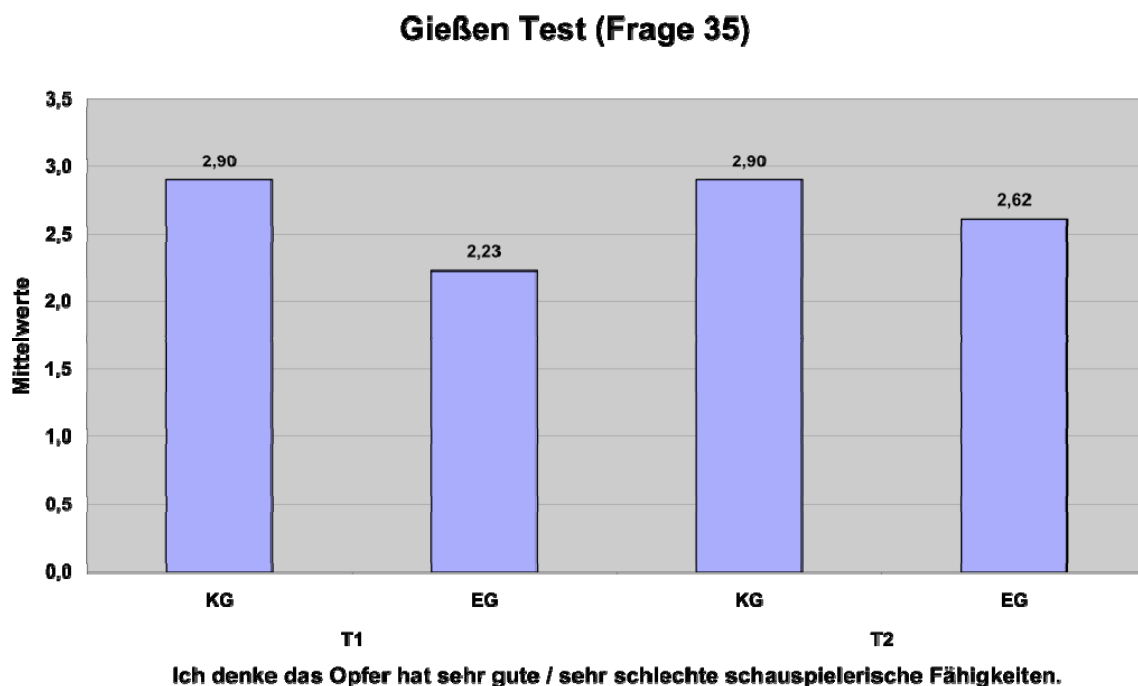


Abbildung 13.6.1d

Inwieweit besitzt das Opfer extrem gute oder schlechte schauspielerische Fähigkeiten (1 = extrem gut bis 7 = extrem schlecht)

13.7 Ergebnisse der Aktenuntersuchung

Zusätzlich zu der testdiagnostischen Untersuchung wurden die Gefangenenakten der untersuchten Probanden der Experimentalgruppe und Kontrollgruppe sowie die Therapieakten der Experimentalgruppe herangezogen. Aus diesen Ergebnissen wurde zu Beginn der Ergebnisdarstellung bereits die Repräsentativität der Stichprobe abgeleitet und dargestellt (s. 13.1 und Tabelle 13.1). Die Repräsentativität der Stichprobe und die Vergleichbarkeit der beiden Unterstichproben miteinander war einer der wichtigsten Aspekte der Aktenuntersuchung. Zudem sollten die Aussagen der Probanden aus der Exploration zu ihrem Alter, Beruf, Delikt etc. anhand der Aktenuntersuchung objektiviert und abgeglichen werden. Es wurde festgestellt, dass die Aussagen zu den personengebundenen Daten wie Alter etc. und auch Angaben zu dem verübten Delikt der Probanden weitgehend wahrheitsgemäß waren. Ausschließlich die Aussagen derjenigen, die sich für unschuldig hielten oder ihr Delikt nicht als Delikt betrachteten, unterschieden sich in der Darstellung des Delikts häufiger als die anderer Probanden von der Darstellung der Tat im Urteil. Es gab jedoch nie verschiedene Ergebnisse von Befragung und Aktendarstellung in den Aussagen zu Beruf, der Länge des Strafmaßes etc. Zudem wurden allgemeine Daten wie Strafmaß, Vorstrafen, aber auch sexuelle Praktiken an den Opfern unter anderem aus der Urteilschrift entnommen. Die Ergebnisse der in der entsprechenden Justizvollzugsanstalt verwendeten Testverfahren konnten leider nicht sinnvoll miteinbezogen werden, da diese ausschließlich ein Kontrollmaß der Testverfahren der Experimentalgruppe gewesen wären, nicht aber der Kontrollgruppe. Damit wären der für diese Untersuchung angestrebte Vergleich und der Aspekt der Entwicklung bzw. Einstellungsänderung nicht erfasst gewesen. Aus diesem Grunde sind diese Werte bedauerlicherweise nicht mit in die vorliegende Untersuchung eingeflossen, obwohl sie erhoben wurden. Eine separate Betrachtung dieser Werte, die kurzfristig in Überlegung war, wurde dennoch ausgeschlossen, um den Rahmen der Untersuchung nicht zu sprengen.

13.7.1 Sexualpraktiken

Anhand der Aktenuntersuchung, im speziellen der Gerichtsgutachten, Verurteilungen und Urteilsschriften konnten die verschiedenen, von den Tätern verwandten sexuellen Praktiken erfasst werden. Die Täter können demnach unterschieden werden nach ihren sexuellen Praktiken, die sie verwendeten.

Folgende Praktiken konnten ausgemacht werden (in Klammern sind die in der Tabelle verwendeten Abkürzungen):

- Geschlechtsverkehr (GV)
- Analverkehr von Täter an Opfer (AV)
- Oralverkehr (OV)
- Opfer hat Täter oral befriedigt (OVO)
- Täter hat Oralverkehr an Opfer durchgeführt (OVT)
- Oralverkehr durch Opfer an Täter und umgekehrt (OVOT)
- Streicheln im Genitalbereich des Opfers durch den Täter (S)
- Manueller Verkehr, mit Eindringen mit Finger(n) in die Scheide/den Anus (MV)
- Täter dringt mit Finger(n) in die Scheide ein/manipuliert am Penis (MVT)
- Opfer manipuliert auf Verlangen des Täters an Penis des Täters (MVO)
- Täter manipuliert Opfer im Genitalbereich und verlangt dies währenddessen auch bei sich von Opfer (MVOT)
- Lecken des Opfers im Genitalbereich durch den Täter (LO)
- Selbstbefriedigung des Täters vor dem Opfer (SB)

Tabelle 13.7.1

Unterschiedliche sexuelle Praktiken der Täter an ihren Opfern (jeweils Angabe der Anzahl der Probanden)

	EG (27 Pbn)	KG (20 Pbn)	KG 2 (20 Pbn)
GV	10	8	7
AV	1	4	2
OVO	2	3	3
OVT	2	3	2
OVOT	0	1	1
S	8	5	16
MVT	10	8	9
MVO	7	8	5
MVOT	5	5	1
LO	2	1	1
SB	1	1	0

Aus Tabelle 13.7.1 kann abgelesen werden, dass es sich bei den häufigsten Praktiken, die während des sexuellen Übergriffs angewandt wurden, um Geschlechtsverkehr (GV), Streicheln (S) und Täter manipuliert mit dem Finger am Genital des Opfers (MVT) sowie Opfer muss am Genital des Täters manipulieren (MVO) sind.

13.7.2 Alter der Täter zum Untersuchungszeitpunkt

Aufgrund des Einbezugs des Geburtsjahres der Täter wurde ersichtlich, dass die durchschnittliche Altersstruktur der Täter zum Beginn der Untersuchung im Jahr 2005 47 Jahre war. Das durchschnittliche Geburtsjahr der Experimentalgruppe 1955, das der Kontrollgruppe 1962, und das der Aktenkontrollgruppe 2 (Aktenkontrollgruppe) 1957. Bezogen auf den Beginn der Untersuchung 2005 bedeutet dies, dass die Probanden zum Untersuchungsbeginn 2005 durchschnittlich 51 Jahre (Experimentalgruppe), 44 Jahre (Kontrollgruppe) und 49 Jahre (Aktenkontrollgruppe) alt gewesen sind.

Zu Bedenken ist hierbei, dass es sich bei dem hier angeführten Geburtsjahr, aus dem das Alter der Täter geschlossen werden kann, um das Alter der Täter zum Untersuchungsbeginn 2005 handelt und nicht zum Zeitpunkt der Tat. Dieser Zeitpunkt liegt in der Regel Jahre vor der Untersuchung und der beginnenden Inhaftierung. In der Regel können mindestens zwei bis drei Jahre, oft noch deutlich mehr von dem durch das Geburtsjahr in Zusammenhang mit der Untersuchung errechnete Alter abgezogen werden.

13.7.3 Alter der Täter zum Tatzeitpunkt

Wie bereits unter 13.7.2 „Alter der Täter zum Untersuchungszeitpunkt“ angesprochen, ist das Alter der Täter zum Tatzeitpunkt in der Regel ein deutlich niedrigeres als zum Zeitpunkt der Inhaftierung. Meist dauert das Prozedere der Bekanntwerdung der Tat einige Zeit. Auch bis es zur Öffentlichwerdung der Tat kommt, der Täter angezeigt wird, der Anzeige nachgegangen wird und ein gerichtliches Verfahren eingeleitet wird und dieses letztendlich eine Inhaftierung nach sich zieht, vergeht einige Zeit. Demnach ist das Durchschnittsalter der Täter zum Zeitpunkt der Tat, gemessen in Jahren, bei der Experimentalgruppe ungefähr 39 Jahre, das der Kontrollgruppe etwa 40 Jahre und das der Aktenkontrollgruppe ca. um die 42 Jahre.

13.7.4 Anzahl der Opfer und der Delikte

Ein interessanter Punkt bei der Aktenuntersuchung war die Feststellung der Anzahl der Delikte und der Anzahl der Opfer, sowie der Zeitraum der Tat. Manche Täter verübten ausschließlich einen sexuellen Übergriff (= 1 Delikt), andere verübten mehrere Delikte an einem Opfer und wieder andere mehrere Delikte an mehreren Opfern. Interessant ist auch der Zeitraum, über den sich die sexuelle Übergriffigkeit eines Täters erstreckt. Der Zeitraum kann, wenn es sich um eine Vergewaltigung handelt, eine Stunde sein, geht es um einen sexuellen Missbrauch, kann er sich über mehrere Jahre erstrecken. Demzufolge ist die Zeitdauer, über die eine Tat immer wieder wiederholt wird, bei sexuellem Missbrauch deutlich höher. Der Zeitraum einer Vergewaltigung ist demgegenüber teilweise verschwindend gering und wirkt bei der tabellarischen Darstellung fast unbedeutend.

Erkennbar aus dem Vergleich der drei Gruppen ist, dass die Ergebnisse der Experimentalgruppe und der Kontrollgruppe bei dieser Untersuchung etwas näher beieinander liegen als die der Experimentalgruppe und der Aktenkontrollgruppe hinsichtlich der Anzahl der Opfer. Die Experimentalgruppe weist durchschnittlich 1,2 Opfer auf, die Kontrollgruppe 1,5 Opfer und die Aktenkontrollgruppe 2 Opfer. Insgesamt sind sich alle drei Gruppen diesbezüglich relativ ähnlich. Auch betreffend den durchschnittlichen Zeitraum der Tat sind sich die drei Gruppen ähnlich. Die Tatdauer bei der Experimentalgruppe ist durchschnittlich ein Jahr, bei der Kontrollgruppe zwei Jahre und bei der Aktenkontrollgruppe 1,75 Jahre. Es ist jedoch nochmals festzuhalten, dass der Zeitraum, über den sich ein sexueller Missbrauch erstreckt, in der Regel deutlich länger ist als der einer Vergewaltigung einer erwachsenen Frau.

Hinsichtlich der Genauigkeit der Fachsprache ist die Anzahl der Delikte nicht gleichzusetzen mit der Anzahl der Opfer. Ein Delikt bedeutet ausschließlich einen Tatvorfall, mehrere Delikte können auch an demselben Opfer vorgenommen werden. Bei der Experimentalgruppe haben ausschließlich drei Probanden nur ein Delikt begangen, d.h. einen Vorfall an einem Opfer und bei der Kontrollgruppe sogar kein einziger Proband. Bei der Aktenkontrollgruppe hatten zwei Probanden nur ein Delikt an einem Opfer begangen. Mehrere

Delikte wiesen alle 20 Probanden der Kontrollgruppe auf, 23 Probanden der Experimentalgruppe und 18 Probanden der Aktenkontrollgruppe.

Zu der Anzahl der Opfer ist hinzufügen, dass 20 Probanden der Experimentalgruppe ein Opfer hatten und sieben Probanden zwei Opfer. Keiner der Experimentalgruppenprobanden hatte mehr als zwei Opfer. Bei den Probanden der Untersuchungskontrollgruppe verhielt es sich folgendermaßen: 13 Probanden hatten ein Opfer, vier Probanden hatten zwei Opfer und drei Probanden hatten drei Opfer. Bei den Probanden der Aktenkontrollgruppe hatten 9 Probanden ein Opfer, 6 zwei Opfer, 3 drei Opfer, einer fünf Opfer und einer sechs Opfer.

Tabelle 13.7.4

Vergleich der Einzelstichproben anhand der Anzahl der Opfer und der Delikte

	Experimentalgruppe n = 27	Kontrollgruppe n = 20	Aktenkontrollgruppe n = 20
Anzahl der Opfer = 1	20 Pbn	13 Pbn	9 Pbn
Anzahl der Delikte = 1	4 Pbn	0 Pbn	2 Pbn
Anzahl der Opfer = 2	7 Pbn	4 Pbn	6 Pbn
durchschnittl. Anz. d.O.	1,2	1,5	2 Pbn
durchschnittl. Zeitraum der Tat	1,0 Jahre	2,0 Jahre	1,75 Jahre
Zeitraum > 1 Jahr	8 Pbn	13 Pbn	6 Pbn

13.7.5 Kriminelle (Vor-) Belastung

Wie von vielen Autoren immer wieder dargestellt wird, ist die kriminelle Vorbelastung ein wichtiger Rückfallprognoseprädiktor. Im Folgenden werden die Ergebnisse der kriminellen Vorbelastung der Gesamtgruppe der Probanden, Experimentalgruppe und Kontrollgruppe der

Untersuchung und Aktenkontrollgruppe, demnach insgesamt 67 Probanden, dargestellt werden.

Von der Experimentalgruppe haben 19 Probanden keine einschlägige Vorstrafe, 7 Probanden haben eine einschlägige Vorstrafe und einer hat eine andere Vorstrafe. Von der Kontrollgruppe haben alle Probanden keinerlei Vorstrafen. Von der Aktenkontrollgruppe haben 16 Probanden keine Vorstrafe und 4 Probanden eine einschlägige Vorstrafe. Demnach ist die Experimentalgruppe die aktivste Straftätergruppe, aber immer noch 70 % der Gruppe haben keinerlei Vorstrafe und 26 % haben eine einschlägige Vorstrafe. Diese 26% wären entsprechend der Literatur die für einen Rückfall am stärksten gefährdeten. Hinzuzufügen ist diesem Aspekt der kriminellen Vorbelastung, dass es sich hier weitgehend um Ersttäter handelt, da in der JVA Landsberg hauptsächlich Täter ihre Haft verbüßen, die zum ersten Mal inhaftiert worden sind. Dies trifft vor allem auch für die Kontrollgruppe zu, da diese aus dem Normalvollzug rekrutiert wurde. Die Teilnehmer der Sozialtherapie setzen sich nicht nur aus ursprünglichen Inhaftierten des Normalvollzuges der JVA Landsberg oder im Falle des kleineren Anteils der Experimentalgruppe München zusammen, sondern kommen aus allen JVA. Jeder Anwärter für eine Sozialtherapie muss einen schriftlichen Antrag hierfür stellen. Über die JVA wird er über aktuelle Valenzen der verschiedenen JVA/SothA informiert und bewirbt sich auf eine möglicherweise freie Stelle weg von der JVA, in der er aktuell inhaftiert ist. Die Aktenkontrollgruppe setzt sich wieder nicht nur aus Gefangenen der JVA Landsberg zusammen, da sie Teilnehmer der SothA sind oder waren. Für sie gilt ebenso das oben Angeführte.

13.7.6 Strafmaß

Das durch das Aktenstudium ermittelte durchschnittliche Strafmaß für die Experimentalgruppe war 47,6 Monate, das für die Untersuchungskontrollgruppe 48,7 Monate und das für die Aktenkontrollgruppe 43,6 Monate. Das bedeutet umgerechnet in Jahren, dass ein durchschnittlicher Experimentalgruppenproband 3,96 Jahre Strafmaß hat, ein durchschnittlicher Untersuchungskontrollgruppenproband gute vier Jahre und ein Aktenkontrollgruppenproband nur 3,6 Jahre Inhaftierungszeit zu verbüßen hat. Das Strafmaß

aller drei Gruppen befindet sich in einem sehr ähnlichen Bereich und macht die Gruppen demzufolge vergleichbar.

13.8 Ergebnisse der Exploration

13.8.1 Sexualanamnese

Wie aus Untersuchungen bekannt ist, spielt der selbst erlebte Missbrauch für die Gestaltung des eigenen Lebens auch für eine Tausübung eine Rolle. Wenn Probanden selbst einen Missbrauch erlebt haben, sind sie geneigt, über diese Art von Beziehungsgestaltung zu kommunizieren. Auch werten sie einen Missbrauch anders als Menschen, die noch keinen Missbrauch erlebt haben. Hinzuzufügen ist, dass Sexualstraftäter oftmals in einer Missbrauchsatmosphäre aufgewachsen sind. Dies muss nicht nur ein sexueller Missbrauch sein, sondern kann auch ein emotionaler Missbrauch sein.

In dieser Untersuchung haben acht Probanden der Kontrollgruppe und 10 Probanden der Experimentalgruppe einen eigenen sexuellen Missbrauch. Hierbei handelt es sich ausschließlich um Sexualstraftäter, die ein Delikt des sexuellen Missbrauchs begangen haben. Dies erscheint nicht überdimensional viel. Legt man die Zahlen jedoch auf die Allgemeinbevölkerung um, müsste mindestens jeder Dritte Mensch Opfer eines sexuellen Missbrauchs sein. Dies ist sicherlich nicht so und wäre eine extrem hohe Zahl.

In dem Explorationsfragebogen wurde nach den Umständen der Aufklärung bzw. den aufklärenden Personen gefragt. Es wurde unterschieden zwischen Aufklärung durch die Eltern, durch Freunde, durch die Schule oder durch Zeitschriften. Es waren Mehrfachnennungen möglich.

10 Probanden der Experimentalgruppe und 14 Probanden der Kontrollgruppe geben an, ihre sexuelle Aufklärung sei durch die Eltern erfolgt. 13 Probanden der Experimentalgruppe und 12 Probanden der Kontrollgruppe führen an, dass sie durch Freunde sexuell aufgeklärt wurden. Jeweils 11 Probanden der Experimentalgruppe und der Kontrollgruppe führen an, auch durch Zeitschriften sexuelle Aufklärung erfahren zu haben. Nur sechs Probanden der Experimentalgruppe haben im Rahmen der Schule sexuelle Aufklärung erfahren.

Weiterhin wurde nach dem Erleben des ersten Sexualkontaktes gefragt. 17 Probanden der Kontrollgruppe und 19 Probanden der Experimentalgruppe haben ihren ersten sexuellen Kontakt positiv erlebt, 3 Probanden der Kontrollgruppe und 8 Probanden der Experimentalgruppe negativ. Das bedeutet, dass die Mehrheit der Probanden beider Gruppen ihren ersten Sexualkontakt positiv erlebt hat.

Die Probanden wurden zur genaueren Darstellung ihrer Sexualität nach gleichgeschlechtlichen sexuellen Erfahrungen gefragt. Dem ist hinzuzufügen, dass kein einziger der Probanden homosexuell lebt. Vier Probanden der Kontrollgruppe und sechs Probanden der Experimentalgruppe haben gleichgeschlechtliche sexuelle Erfahrungen.

Da für die sexuelle Entwicklung das Vorbild der Eltern sehr wichtig ist, wurde danach gefragt. 13 Probanden der Kontrollgruppe und 7 Probanden der Experimentalgruppe haben ihre Eltern als sexuelles Vorbild erlebt. Das bedeutet, dass die Mehrheit der Probanden ihre Eltern nicht als Vorbild erleben und dies ist ein Hinweis auf relativ problematische familiäre Verhältnisse. Diese sind unter 13.8.3.3 nicht in diesem Sinne aufgeführt. Hier ist allerdings von fehlender Reflektiertheit der Probanden oder sozialer Erwünschtheit auszugehen. Viele wollten sicherlich ihre eigenen familiären Verhältnisse nicht in ein allzu schlechtes Licht rücken.

13.8.2 Religionszugehörigkeit

13 Probanden der Experimentalgruppe und 13 Probanden der Kontrollgruppe haben eine katholische Religionszugehörigkeit und 4 Probanden der Experimentalgruppe und drei Probanden der Kontrollgruppe eine evangelische Religionszugehörigkeit. Die übrigen Probanden waren konfessionslos.

13.8.3 Sozialisation (Heimaufenthalt, Partnerschaften, Beruf etc.)

- Berufsausbildung

17 Probanden der Kontrollgruppe und 21 Probanden der Experimentalgruppe haben eine abgeschlossene Berufsausbildung. Demnach hat die Mehrzahl der Probanden eine abgeschlossene Berufsausbildung.

- Familienstand

19 Probanden der Kontrollgruppe und 22 Probanden der Experimentalgruppe sind verheiratet oder waren bereits einmal verheiratet. Fast alle Probanden haben bereits über längere Zeit heterosexuelle Beziehungen mit adäquat alten Partnerinnen geführt inklusive einer heterosexuellen Sexualität.

- Herkunftsfamilie

13 Probanden der Kontrollgruppe und 15 Probanden der Experimentalgruppe geben an, aus vollkommen intakten Familienverhältnissen zu stammen. Jeweils 7 Probanden geben an, dass es in ihrer Herkunftsfamilie mäßig schwere Probleme wie Scheidung oder Tod eines Familienmitgliedes gegeben habe. 5 Probanden der Experimentalgruppe führen an, völlig zerrüttete Familienverhältnisse gehabt zu haben. Es ist wie unter 13.8.1 bereits angeführt für sehr viele vermutlich problematisch, die Schwierigkeiten oder gar dissozialen Verhältnisse ihrer Ursprungsfamilie offenzulegen. Manchen ist unter Umständen die Dissozialität gar nicht bewusst und es mangelt an Reflektiertheit.

18 Probanden der Kontrollgruppe und 23 Probanden der Experimentalgruppe geben an, bei den leiblichen Eltern aufgewachsen zu sein. Jeweils ein Proband der beiden Gruppen hat eine vorübergehende Heimunterbringung gehabt. Zwei Probanden der Experimentalgruppe haben eine dauerhafte Heimunterbringung gehabt. Zwei Probanden der Kontrollgruppe und drei der Experimentalgruppe sind bei Adoptiv- oder Pflegeeltern aufgewachsen. Bei drei Probanden der Experimentalgruppe hat die Unterbringungssituation mehrfach gewechselt. Grundsätzlich ist die überwiegende Mehrheit aller Probanden bei den leiblichen Eltern aufgewachsen.

3 Probanden der Kontrollgruppe und 13 Probanden der Experimentalgruppe sind in der Kindheit von den Eltern/Adoptiveltern/im Heim geschlagen worden. Aus welchem Grunde sich die Anzahl der geschlagenen Kontrollgruppenprobanden derart von der der Experimentalgruppenprobanden unterscheidet, sei dahingestellt. Vermutlich spielt hier wieder ein Faktor der sozialen Erwünschtheit mit. In jedem Fall sind ungefähr 50

% der Experimentalgruppe zuhause geschlagen worden, während es 15 % der Kontrollgruppe war.

13.8.4 Bedeutung von Therapieerfolg

Die Bedeutung, die eine Einstellungsänderung oder persönliche Veränderung während der Inhaftierung für einen Probanden hat, ist ausschlaggebend für seine Motivation, an sich zu arbeiten und z.B. Therapie zu machen. Für 11 Probanden der Kontrollgruppe und für einen Probanden der Experimentalgruppe ist die Änderungsbedeutung gering, für 25 Probanden der Experimentalgruppe und für 9 der Kontrollgruppe hoch. In der Kontrollgruppe kann vermutlich hier differenziert werden zwischen Probanden, die auf einen Therapieplatz warten und denjenigen, die eine Therapie verweigern (9 zu 11). Für zwei Probanden der Experimentalgruppe ist eine Veränderung mittelmäßig wichtig. Demnach ist für 92 % der Experimentalgruppe eine Einstellungsänderung von hoher Bedeutung. Das heißt, dass sie, jedenfalls von ihrem Ansatz her, mitarbeiten werden und ein Interesse an der Therapie haben. Probanden der Kontrollgruppe haben verständlicherweise weniger Veränderungsmotivation. Sie befinden sich auch nicht in einem „Veränderungssetting“, wie man Therapie auch sehen könnte

13.8.5 Mitschuld des Opfers

Diese Frage ist aufgrund einiger Zusammenhänge mit Einstellungen des Täters sehr interessant. Es ist davon auszugehen, dass ein Proband umso eher eine Mitschuld des Opfers sieht, je weniger Opferempathie er hat. Je weniger er seine eigene Rolle als Täter akzeptieren kann und versteht, dass er dem Opfer Leid zugefügt hat, umso eher wird er dem Opfer eine Mitschuld zuschreiben. 18 Probanden der Experimentalgruppe (67 %) und 12 (60 %) Probanden der Kontrollgruppe nehmen keine Mitschuld ihres Opfers an dem Delikt an. Sechs Probanden der Kontrollgruppe (=30 %) und vier Probanden der Experimentalgruppe (=15%) gehen davon aus, dass ihr Opfer etwas Mitschuld an der Tat ist. Ein Proband der Kontrollgruppe (5 %) und drei Probanden der Experimentalgruppe (11 %) gehen von einer deutlichen Mitschuld des Opfers aus. Ein Proband der Kontrollgruppe (5 %) und zwei

Probanden der Experimentalgruppe (7 %) gehen von einer massiven Mitschuld des Opfers aus.

Dass das Opfer die Tat durch anderes Verhalten hätte verhindern können, geben 17 Probanden der Experimentalgruppe (63 %) und 8 Probanden der Kontrollgruppe (40 %) an. Zwölf Probanden der Kontrollgruppe (60 %) und zehn Probanden der Experimentalgruppe (37%) verneinen dies. Demnach ist die Mehrheit der Experimentalgruppenprobanden zu Beginn der Behandlung und zum Untersuchungszeitpunkt eins der Ansicht, dass das Opfer die Tat durch anderes Verhalten (z.B. zurückhaltender oder abweisender) hätte verhindern können. Indirekt hat das Opfer, wenn es die Tat durch anderes Verhalten hätte verhindern können, auch Mitschuld an der Tat. Diese Aussage spricht noch für wenig Opferempathie.

Wichtig ist es, bei diesem Ergebnis die Tatsache zu beachten, dass es zu den Ergebnissen zu Untersuchungszeitpunkt eins gehört. Dies ist vor der Behandlung. Zeigen die Probanden aktuell (vor der Behandlung in der SothA) wenig Opferempathie, ist dies vermutlich nach der Behandlung deutlich anders.

13.8.6 Alkoholeinfluss während der Tat

Bei acht Probanden der Experimentalgruppen (30 %) und zwei Probanden der Kontrollgruppe (10 %) fand die Tat unter Alkoholeinfluss statt. Diese Probanden gaben auch an, dass die Tat aufgrund des Alkoholkonsums stattfand. Es kann leider keine verbindliche Aussage darüber getroffen werden, ob die Tat ohne Alkoholeinfluss nicht stattgefunden hätte. Vermutlich ist das zu ca. 50 % der Fall.

13.9 Ergebnisse der Fremdanamese

Im Folgenden sind die einzelnen Fragestellungen der Fremdanamese und die Bewertung der 27 Experimentalgruppenprobanden durch den jeweiligen Leiter der SothA aufgelistet. Die Bewertung wurde am Ende der Gesamtuntersuchung vorgenommen, also nach Ablauf mindestens eines Jahres, in der Regel nach eineinhalb Jahren Teilnahme des Probanden an dem Behandlungsprogramm in der sozialtherapeutischen Abteilung. Demnach war es dem

Leiter jeweils gut möglich, festzustellen, ob bei dem Probanden eine Veränderung in den im Nachgang genannten Bereichen eingetreten ist.

13.9.1 Deliktbearbeitung

Die Bearbeitung des eigenen Deliktes ist vermutlich der wichtigste Aspekt der Behandlung. Gelingt es einem Probanden nicht, sein Delikt zu bearbeiten, hat er in seiner therapeutischen Karriere noch sehr viele blinde Stellen. Den meisten der Probanden ist dies ganz gut gelungen.

Elf Probanden ist es gut gelungen, ihr Delikt zu bearbeiten, elf mittel und fünf schlecht. Das bedeutet, dass es nur 18,5 % der Experimentalgruppenprobanden schlecht gelungen ist, ihr Delikt zu bearbeiten.

13.9.2 Bagatellisierung des Delikts

Zu Beginn ihres Aufenthaltes gelingt es Probanden oft nur schwer, die Ausmaße ihres Delikts richtig zu sehen und zu akzeptieren. Sie spielen es gerne herunter mit Aussagen wie „war gar nicht so schlimm, war ja nur ...“ , „...das Opfer übertreibt, gibt Schlimmeres...“. Unter Bagatellisierung kann auch die Akzeptanz von Missbrauchs- oder Vergewaltigungsmythen verstanden werden, aufgrund derer die Verantwortung auf das Opfer verschoben wird. Mit einer Reduzierung der Bagatellisierung des Deliktes geht einher, dass sie die Schwere und die Auswirkungen ihres Deliktes für das Opfer anerkennen und damit eine verbesserte Akzeptanz ihres Deliktes und gleichzeitig auch eine bessere Basis für die Verarbeitung des Deliktes geschaffen haben.

17 Probanden ist es gut gelungen, die Bagatellisierung des Delikts zu reduzieren, 7 ist es mittel mäßig gelungen und drei Probanden ist es schlecht gelungen.

Das heißt, dem Großteil der Gruppe ist es sehr gut gelungen, sich von der Bagatellisierung zu distanzieren und nur 11 % ist es kaum gelungen, die Schwere ihres Delikts anzunehmen und für sich zu verarbeiten.

13.9.3 Zugang zur eigenen Sexualität

Hat ein Proband einen guten Zugang zu seiner Sexualität, ist es ihm möglich, Probleme damit anders und besser zu reflektieren als mit einem schlechten Zugang zu seiner Sexualität. Ist sein Zugang gut, hat er weniger Tabus oder kennt diese und er erlebt seine Sexualität positiver. Viele Sexualstraftäter haben gerade aufgrund des Sexualdeliktes oder nach dem Sexualdelikt in Zusammenhang mit massiver Stigmatisierung einen schlechten Zugang zu ihrer Sexualität, da eine Auseinandersetzung damit durch das Delikt sehr unangenehm ist und sie es gerne vermeiden möchten. Sie generalisieren unter Umständen Sexualität als insgesamt verwerflich. Manche der Täter hatten aber auch von Beginn an einen schlechten Zugang zu ihrer Sexualität und dies war ein Prädiktor für das Stattfinden des Delikts. Einen engen Zusammenhang mit Sexualität haben Aggression und Macht. Hat ein Proband einen schlechten Zugang zu seiner Sexualität, hat er in der Regel auch Schwierigkeiten mit Aggression und Macht. Damit schließt sich wieder der Kreis zum Sexualdelikt.

Im Falle der Experimentalgruppenprobanden ist 4 Probanden durch die Behandlung eine sehr gute Verbesserung des Zugangs zu ihrer Sexualität gelungen, 16 eine mittlere Verbesserung und 7 eine schlechte. Damit haben 26 % der Experimentalgruppe ihren Zugang zur Sexualität kaum oder nicht verbessert.

13.9.4 Wahrnehmung der eigenen Aggressivität

Ein weiterer Aspekt, der für eine Straftat und auch für eine Sexualstraftat, wie unter 13.9.3. bereits angesprochen, eine wichtige Rolle spielt, ist die Aggressivität. Hier geht es erst einmal überhaupt um die Wahrnehmung der eigenen Aggressivität. Viele Täter sind der Überzeugung, nicht aggressiv zu sein und haben erst einmal wenig Zugang zu ihrer eigenen Aggressivität. Sie sehen kaum einen Zusammenhang zwischen Aggressivität und Sexualdelikt. Aufgrund der Grenzüberschreitung ist auch ein Missbrauchsdelikt, selbst wenn es ohne sichtbare Aggressivität und Verletzungen abgelaufen ist, ein aggressives Delikt, da es dem Opfer Schaden zufügt.

Ergebnis der Fremdanamnese zu diesem Punkt war, dass es sieben Probanden gut gelungen ist, ihre Wahrnehmung der eigenen Aggressivität zu verbessern, zwölf mittel und acht schlecht. Damit haben 30 % ihre Wahrnehmung der eigenen Aggressivität durch die Therapie wenig verbessert.

13.9.5 Umgang mit Aggressivität

Nach der Wahrnehmung eines Verhaltens folgt der Umgang damit. Die Wahrnehmung ist jedoch zwingende Voraussetzung und demnach einem besseren Umgang vorangestellt. Für eine gute Prognose hinsichtlich einer neuen Straftat ist dies ein sehr wichtiger Aspekt. Nach Aussage der Leiter der Sozialtherapien ist es 4 Probanden gut, 9 mittel und 14 schlecht gelungen, ihren Umgang mit Aggressivität zu verbessern. Das ist ein wenig gutes Ergebnis. Es sind 52 % der Experimentalgruppenprobanden, denen kaum eine Verbesserung ihres Umgangs mit der eigenen Aggressivität gelungen ist.

13.9.6 Akzeptanz des Delikts

Wie oben unter 13.9.1 bereits angesprochen, ist für die Bearbeitung eines Delikts die eigene Akzeptanz unabdingbar. Nur wenn es einem Probanden gelingt, trotz Stigmatisierung und anderen, für ihn sehr negativ erlebten Aspekten sein Delikt für sich zu akzeptieren und anzunehmen und er es nicht immer verschleiert oder es als überhaupt nicht zu seiner Person gehörig erlebt, kann ihm langfristig eine Verhaltensänderung gelingen, die ihm eine gute Prognose ermöglicht. 10 Probanden ist dies nach Aussage der Leiter gut gelungen, 13 mittel und 4 Probanden schlecht. Dies wiederum ist ein sehr gutes Ergebnis mit einer guten Prognose. Nur 15 % der Experimentalgruppenprobanden ist es nicht gelungen, ihr Delikt zu akzeptieren.

13.9.7 Opferempathie

Ein ganz wichtiger Punkt ist die Entwicklung oder gar Verbesserung von Opferempathie. Opferempathie bedeutet, der Täter kann sich in sein Opfer hineinversetzen, verstehen, was er ihm angetan hat und welche Folgen seine Tat für sein Opfer hat. Dies ist ein sehr belastender Vorgang. Wenn der Täter anerkennt, dass sein Delikt, das er verübt hat, massive Folgen für das

Opfer hat, sein Leben häufig massiv beeinträchtigt und durch die Tat verändert ist, muss er sich für sich erst einmal mit massiven Schuldgefühlen und Selbstvorwürfen, die bis zur eigenen Suizidalität reichen können, auseinandersetzen und dies für sich aushalten.

Eine Verbesserung der Opferempathie ist 7 Probanden gut gelungen, 13 mittel und 7 schlecht. Dies bedeutet, dass 26 % der Probanden nach Aussage der Leiter der SothA keine Verbesserung ihrer Opferempathie gelungen ist, während 74 % ihre Opferempathie verbessert haben. Diese Aussage zum Untersuchungszeitpunkt zwei, demnach nach einem Jahr Therapie, steht der Auswertung des Explorationsfragebogens, der zu Beginn der Behandlung bearbeitet wurde, gegenüber (siehe Mitschuld des Opfers 13.8.5).

13.9.8 Zusammenhänge Lebensgeschichte und Delikt

Das Erkennen von Zusammenhängen der eigenen Lebensgeschichte mit dem Delikt ist sehr bedeutend. Ein Delikt wird nicht aus heiterem Himmel verübt. Nicht jeder Mann kann zu einem Sexualstraftäter werden. Auch wenn Frank Urbaniok, ein Schweizer Psychiater, der als Experte für Sexualstraftäter gilt, in einem Interview 2007 einmal gesagt hat, dass die beste Voraussetzung für eine Sexualstraftat das männliche Geschlecht ist und damit alle Männer potentielle Sexualstraftäter sind, gibt es sicher wichtigere Prädiktoren und Warnzeichen. Lebensgeschichte und Genetik tragen sicherlich ein großes Stück dazu bei. Aus diesem Grunde sind die Bearbeitung der Lebensgeschichte und das Verstehen von auslösenden Bedingungen aufgrund der Lebensgeschichte unabdingbar. So haben im Vergleich zur Normalbevölkerung sehr viele Sexualstraftäter und gerade Täter mit einem Missbrauchsdelikt selbst in ihrer Lebensgeschichte einen sexuellen Missbrauch.

In diesem Fall ist es zwölf Probanden gut gelungen, Zusammenhänge zu erkennen, zwölf mittel und drei schlecht.

13.10 Ergebnis der Psychopathy Checklist

Keiner der Probanden hatte auffällige oder annähernd auffällige Werte nach der PCL hinsichtlich Psychopathy. Dies deckt sich auf Nachfrage der Versuchsleiterin mit Aussagen der Leiter der sozialtherapeutischen Abteilungen zu diesem Aspekt. Grundsätzlich wird die PCL häufig im Rahmen von Regel- oder Maßregelvollzug verwandt und greift auch. In diesem Fall verhielt es sich anders. Aufgrund des Rückspracheergebnisses ist hier jedoch nicht von einem Versuchsleiterfehler auszugehen.

13.11 Zusammenhänge der Hauptergebnisse

13.11.1 Zusammenhang des Foto-Hand-Tests und der Wunschprobe

Philippen & Plaum (1996, S. 64f.) beschreiben, dass der AOS-Score des FHT der Kategorie Destruktivität der *Wunschprobe* entspricht. Damit würde der Wert Destruktivität der *Wunschprobe* eine Aussage zur Aggressivität machen. Dies wurde in dieser Untersuchung mit einer Regressionsanalyse überprüft. Der Bereich Destruktivität wurde in dieser Untersuchung in mehrere Unterkategorien unterteilt. Der aussagekräftigste Zusammenhang ergab sich mit dem Unterbereich Destruktivität im Sozialkontakt, den die Probanden ablehnten. Hier zeigte sich, dass der Destruktivitätswert der *Wunschprobe* zum Untersuchungszeitpunkt eins ein Prädiktor für den AOS-Wert zum Untersuchungszeitpunkt zwei ist. Der Zusammenhang zeigt sich auch bei den Durchschnittswerten, unabhängig von den Untersuchungszeitpunkten. Dies ist demnach ein nicht mit der Intervention zusammenhängendes Ergebnis, jedoch ein sehr wichtiger Aspekt für die Untersuchung von Straftätern.

Der Faktor Destruktivität Ablehnung ist zum Untersuchungszeitpunkt eins Prädiktor für den AOS-Score zu Untersuchungszeitpunkt zwei mit einer Signifikanz von $p < .05$, mit einem F-Wert von 4,121, einem β -Gewicht von .290 und einem R^2 -Wert von .084.

Ein Betagewicht von 29 % bedeutet, dass dieser Prädiktor 29 % an Varianz auflöst.

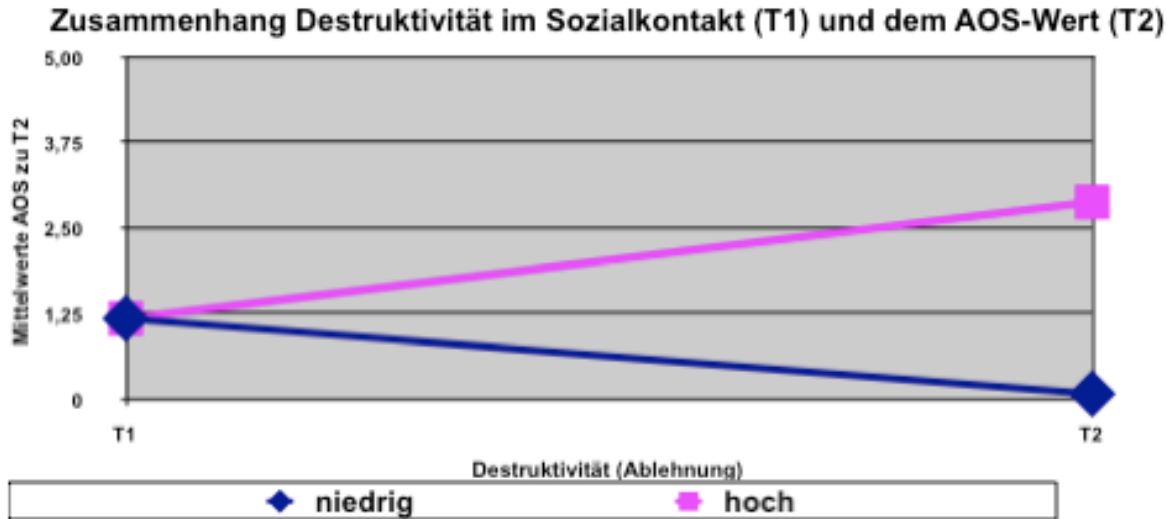


Abbildung 13.11.2a
 Zusammenhang von Wunschprobe (Destruktivität) und AOS-Wert (FHT). Wunschprobe (T1) ist Prädiktor für AOS (T2)

13.11.2 Zusammenhänge von Wunschprobe, Foto-Hand-Test und FAF

Im Rahmen von varianzanalytischen Zusammenhängen wurden die Verbindungen und Verknüpfungen der besonders interessanten und relevanten Ergebnisse dieser Untersuchung von Wunschprobe, FHT und FAF untersucht. Im speziellen ging es um den Bereich der elementaren Sensumotorik (Wunschprobe), den Acting-Out-Score (FHT) und die Skala Selbstaggression (FAF). Es zeigt sich hier ein Absinken des Gesamtwertes bei der Experimentalgruppe und ein Ansteigen bei der Kontrollgruppe, wobei der Ausgangswert der Experimentalgruppe höher ist als der der Kontrollgruppe. Der höhere Ausgangswert kann nur teilweise, z.B. durch eine höhere Offenheit der Experimentalgruppe, erklärt werden. Alles in allem ist jedoch ein Absinken des Wertes auf einen Interventionseffekt zurückzuführen.

In Abbildung 13.11.2 werden die einzelnen Werte von Experimentalgruppe und Kontrollgruppe und deren Entwicklung von Untersuchungszeitpunkt eins zu zwei bezüglich des Zusammenhangs von Wunschprobe, FHT und FAF nochmals verdeutlicht.

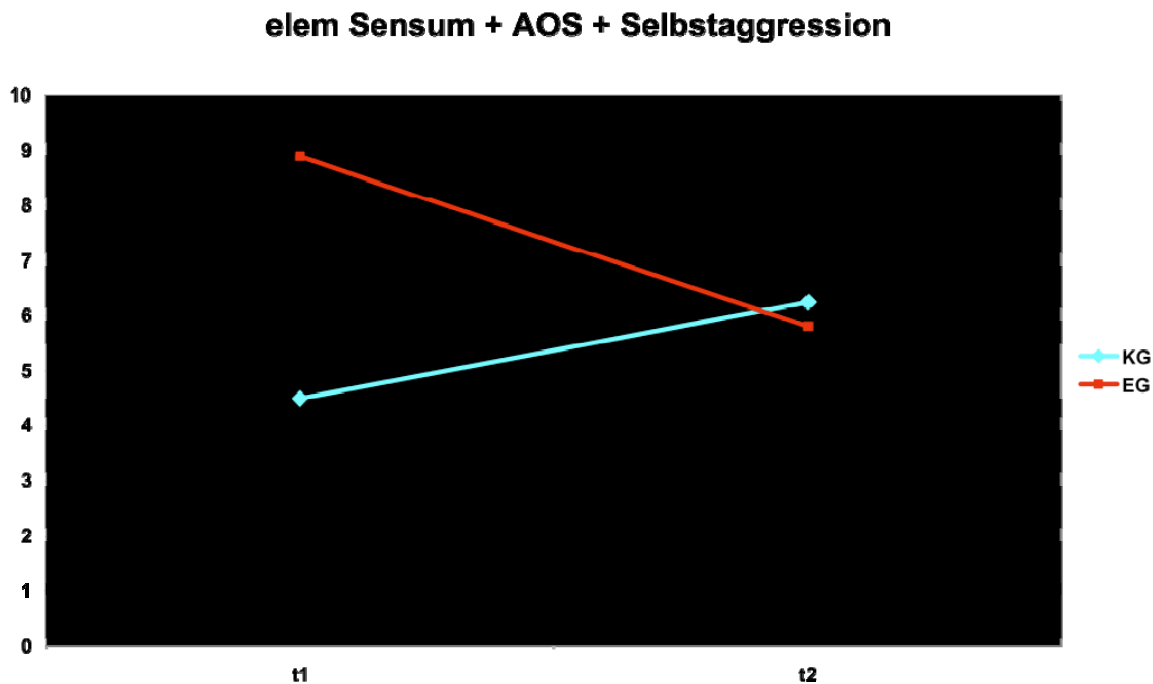


Abbildung 13.11.2a

Zusammenhänge von Wunschprobe(elem.Sensumotorik),FHT(AOS) und FAF (Selbstaggression)

In einem weiteren Versuch wurde noch ein vierter Wert zu den drei bestehenden hinzugenommen: der der spontanen Aggressivität des FAF. Bei der spontanen Aggressivität hat die Experimentalgruppe höhere Werte als die Kontrollgruppe. Näheres zur spontanen Aggressivität unter 13.5 (Ergebnisse des FAF). Das varianzanalytische Experiment von elementarer Sensumotorik, mit AOS-Score und zwei Werten des FAF (Selbstaggression und spontane Aggressivität) wird in Abbildung 13.11b graphisch dargestellt. Es zeigt sich wiederum ein Abfallen des Wertes der Experimentalgruppe von Untersuchungszeitpunkt eins zu zwei und ein Anstieg des Wertes bei der Kontrollgruppe von Untersuchungszeitpunkt eins zu zwei. Jedoch schwächt der zusätzlich hinzugenommene Wert die Veränderungen ab. Demnach ist zu sehen, dass die Einzelwerte den Gesamtzusammenhang bestimmen.

elem. Sensum + AOS + Selbstaggression + spontane Aggression

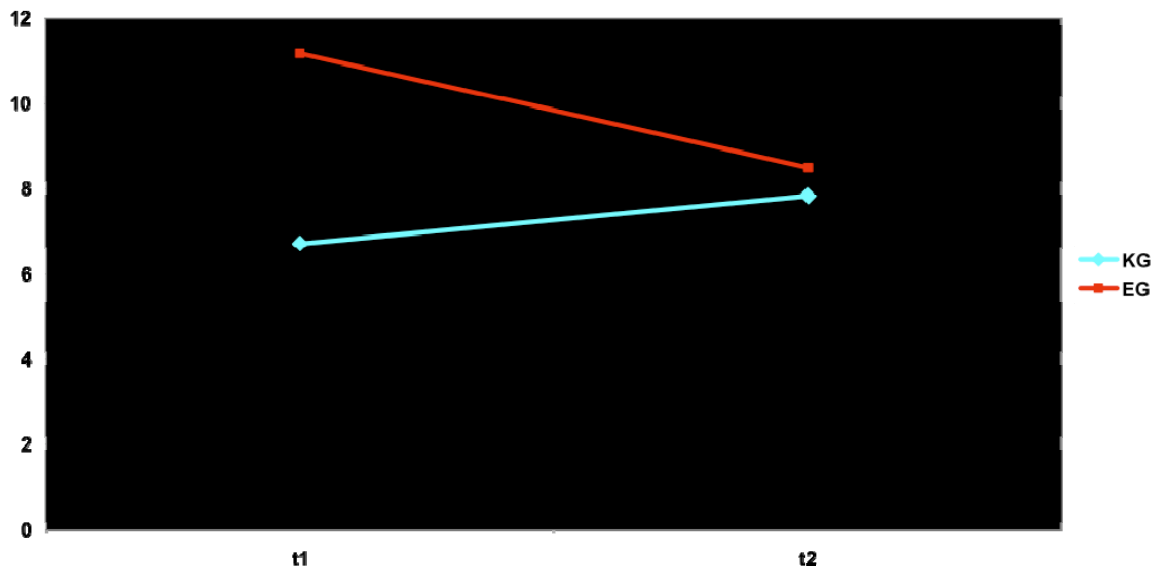


Abbildung 13.11.2b

Zusammenhänge von elementarer Sensumotorik (WP), AOS-Score (FHT), Selbstaggression (FAF) und spontane Aggressivität (FAF)

13.11.3 Korrelationen von AOS-Scores und Fremdanamnese

Der AOS-Score ist einer der beiden Hauptwerte zur Aggressivität, die durch den *Foto-Hand-Test* gemessen werden. Für diese Untersuchung ist er von Grund auf wegen des Zusammenhangs Sexualität und Aggressivität ein wichtiger Wert. Zudem hat er diesbezüglich relevante Ergebnisse erbracht. Er ist ein Indikator für offen aggressives Verhalten. Der AOS-Wert wird nun in Zusammenhang mit einzelnen Fragen des *Fremdanamnesebogens* gebracht, den die Leiter der jeweiligen SothA zu den Probanden der Experimentalgruppe ausgefüllt haben. Zwei Aggressivitätsaspekte aus unterschiedlichen diagnostischen Methodenfeldern werden hier zusammengebracht und Zusammenhänge überprüft. Ziel der Darstellung eines möglicherweise bestehenden Zusammenhangs war die sich im Rahmen der Untersuchung dargestellte Aggressivität des Gefangenen und die fremdanamnestiche Aussage zur Veränderung von Aggressivitätsaspekten oder Korrelaten hierzu, die bei dem einzelnen

Gefangenen der Experimentalgruppe gegen Ende der Behandlung sichtbar waren. Die Darstellung dieser Zusammenhänge bezieht sich ausschließlich auf Probanden der Experimentalgruppe. Die Bewertung der Experimentalgruppe erfolgte über die Skalierung gut, mittel oder schlecht. Ein Beispiel hierfür wäre die als Erstes dargestellte Frage der Verbesserung der Wahrnehmung der eigenen Aggressivität. Der Beurteiler kann nun differenziert beurteilen, ob die Verbesserung des Probanden gut, mittel oder schlecht war.

1. Korrelation des AOS-Scores (FHT) und der Fremdanamnese-Frage 4 nach der Verbesserung der Wahrnehmung der eigenen Aggressivität

In der Frage 4 des *Fremdanamnesebogens* geht es um die Frage, inwieweit der Proband zum Untersuchungszeitpunkt zwei, also nach erfahrener Behandlung und durch diese die Wahrnehmung seiner Aggressivität verbessert hat. Die Einschätzung durch die Leitung der Sozialtherapie wird nun in Zusammenhang gesetzt mit dem Aggressivitätsscore AOS des Foto-Hand-Tests.

Die im Rahmen der Fremdanamnese als „gut“ eingeschätzten Probanden (d.h. diejenigen, die nach Ansicht der Leitung der Sozialtherapie ihre Wahrnehmung der eigenen Aggressivität verbessert haben) und die „schlecht“ eingeschätzten (nach Aussage der fremdanamnestisch befragten Personen gibt es hier keine Verbesserung der Wahrnehmung der Aggressivität) haben zum Zeitpunkt zwei einen höheren AOS-Score als zum Untersuchungszeitpunkt eins. Hinzuzusetzen ist, dass die Werte der als fremdanamnestisch „gut“ bewerteten Probanden sowohl zu Untersuchungszeitpunkt eins als auch zu zwei deutlich niedriger sind, als die der für „schlecht“ befundenen. Der Verlauf der Werte der beiden Untergruppen ist jedoch parallel. Der AOS-Wert der als „mittel“ eingeschätzten sinkt deutlich von Untersuchungszeitpunkt eins zu zwei. Das Ergebnis der „schlechten“ und der „mittleren“ Probanden ist entsprechend der Erwartung und kann einem Interventionseffekt zugeordnet werden. Das Ergebnis der „Guten“ ist eigentlich nicht zu interpretieren oder einzuordnen. Abbildung 13.11.3.1 zeigt die Werteverläufe des AOS-Scores der drei Gruppen „gut“, „mittel“ und „schlecht“ zu beiden Untersuchungszeitpunkten.

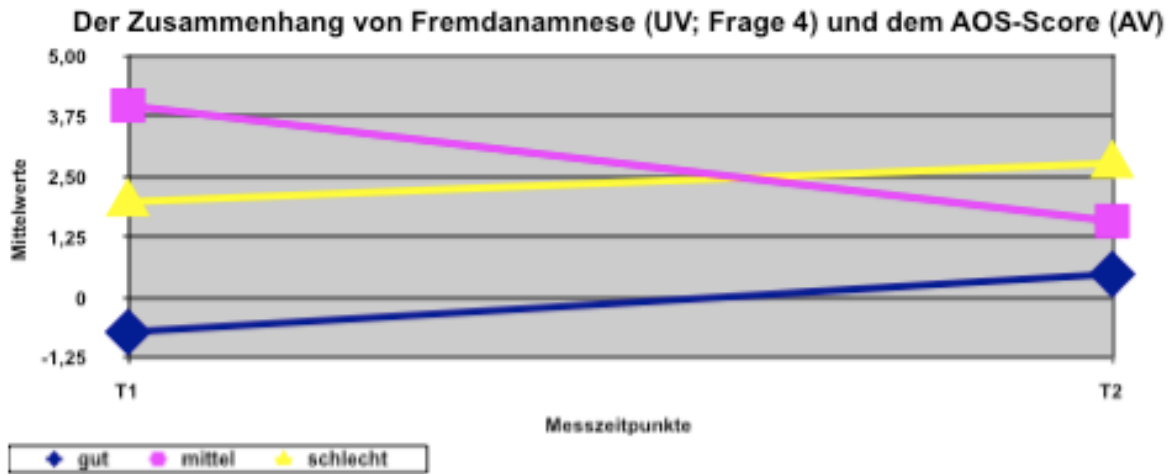


Abbildung 13.11.3.1

Zusammenhang Fremdanamnese Frage 4 (Verbesserung der Wahrnehmung der Aggressivität) und AOS

2. Korrelation des AOS-Scores und der Fremdanamnese-Frage 5 nach der Verbesserung des Umgangs mit der eigenen Aggressivität

In Frage 5 des Fremdanamensebogens geht es um den Umgang der Probanden mit der eigenen Aggressivität. Eine Verbesserung des Umgangs mit einer Emotion fußt auf einer verbesserten Wahrnehmung. Dies ist die Transferleistung der Darstellung von Frage 4 (1.) der Fremdanamnese. Auch dieser Zusammenhang der beiden Komponenten AOS-Score und Fremdanamnese unterstreicht die Entwicklung der Aggressivität der Probanden der Experimentalgruppe. An Diagramm 13.11.3.2a ist zu sehen, dass der AOS-Score bei denjenigen Probanden, die in der Fremdanamnese bezüglich der Entwicklung des Umgangs mit ihrer eigenen Aggressivität als „gut“ und „mittel“ angesehen werden, sinkt, während er bei den als „schlecht“ Bewerteten ansteigt.

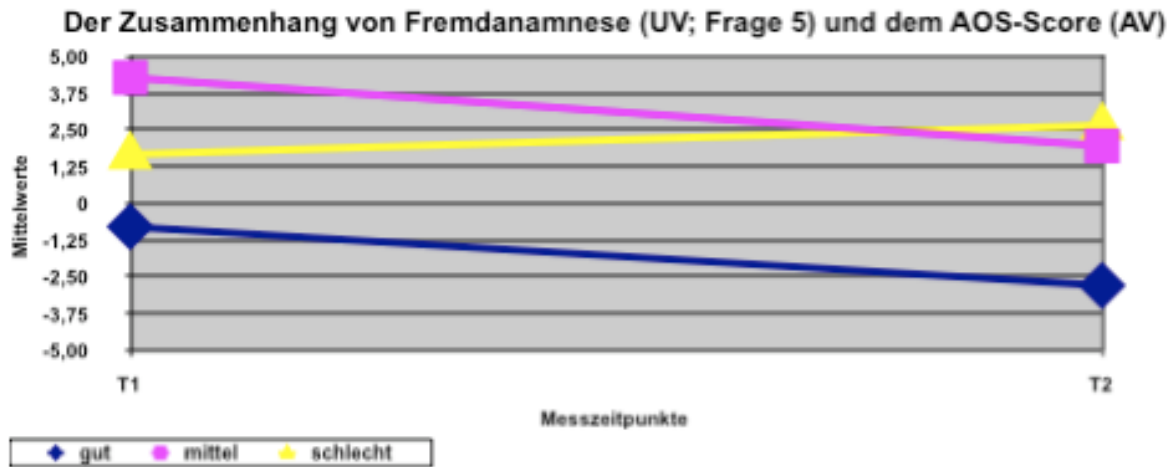


Abbildung 13.11.3.2a
Zusammenhang Fremdanamnese Frage 5 und AOS

Dieses Ergebnis entspricht der Erwartungshaltung diese Untersuchung betreffend. Es stärkt das Ergebnis der Untersuchung, da die Probanden in der von der Untersuchungsleitung unabhängigen Fremdanamnese entsprechend ihren Untersuchungsergebnissen des AOS-Scores wahrgenommen werden. Zum Untersuchungszeitpunkt zwei haben diejenigen, die ihren Umgang mit der eigenen Aggressivität kaum oder nicht verbessert haben, den höchsten AOS-Score. „Gute“ und „Mittlere“ entwickeln sich parallel. Die „gut“ Eingeschätzten haben grundsätzlich noch einmal niedrigere Aggressionswerte zu beiden Untersuchungszeitpunkten als die für „mittel“ Befundenen.

Mit dem Balkendiagramm 13.11.3.2b wird noch einmal der Aspekt der Verringerung des AOS-Scores bei den „Guten“ der Situation bildlich gut dargestellt. Der Umgang mit der Aggressivität verbessert sich, der Wert wird demnach niedriger, auch hinsichtlich des AOS-Scores bei den „Guten“ und „Mittleren“; bei den „Schlechten“ gerät der Wert in den Positiven Bereich, er nimmt zu. Das Balkendiagramm macht den erwünschten Verlauf sehr gut deutlich, insbesondere durch die Darstellung des generellen Unterschieds zwischen den Gruppen „gut“, „mittel“ und „schlecht“ im Umgang mit der eigenen Aggressivität, da der Wert vom

Untersuchungszeitpunkt eins als Vergleichswert herausgerechnet und hier kein zeitlicher Verlauf dargestellt wird.

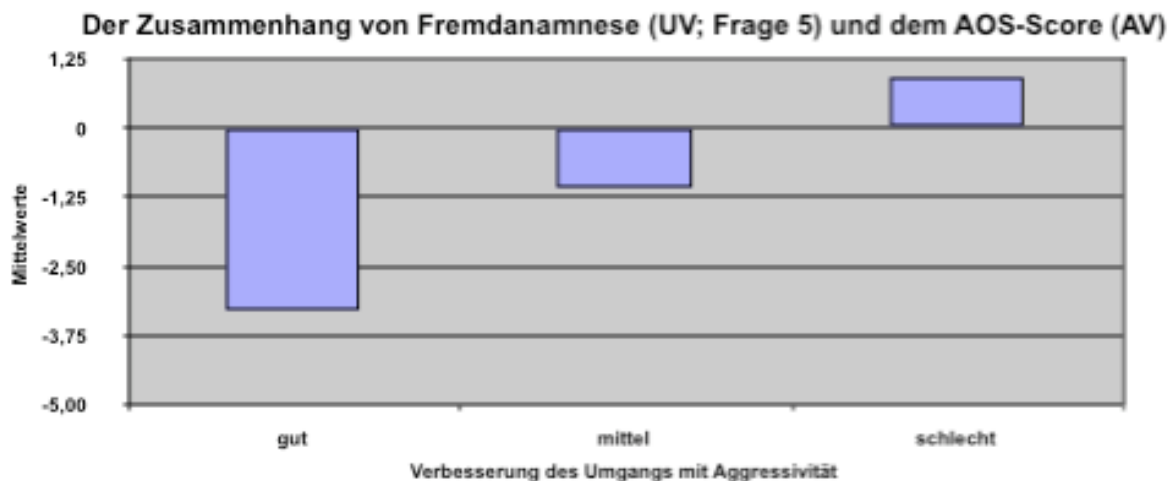


Abbildung 13.11.3.2b
Zusammenhang Fremdanamnese Frage 5 und AOS

3. Korrelation des AOS-Scores und der Fremdanamnese-Frage 7, die sich auf die Entwicklung/ Verbesserung von Opferempathie bezieht

Bei dieser Frage der Fremdanamnese geht es um die Entwicklung der Empathie des Täters dem Opfer gegenüber. Entwicklung von Opferempathie ist ein sehr wichtiger Faktor für die Rückfallprognose von Sexualstraftätern. Opferempathie bedeutet Einfühlungsvermögen in die Situation des Opfers. Durch Einfühlung und Verständnis für das Leid des Opfers und dessen Opferrolle reduziert sich die Annahme von Missbrauchs- und Vergewaltigungsmythen und demnach aktivieren sich kognitive Prozesse bei Abbau der Priorität der Triebebene.

Der AOS-Score sinkt bei denjenigen Probanden der Experimentalgruppe, die in der Fremdanamnese „gut“ und „mittel“ bewertet wurden. Bei den „Guten“ sinkt der AOS-Score sogar massiv ab. Bei den „schlecht“ Bewerteten steigt AOS- Score leicht an und ist insgesamt auf dem höchsten Niveau. Das bedeutet, dass diejenigen von den Leitern der Sozialtherapie am schlechtesten hinsichtlich ihrer Opferempathie bewertet werden, deren Aggressivität mit

dem AOS-Score als sehr hoch bemessen wird und zum Zeitpunkt zwei höher als zum Zeitpunkt eins ist. Dies entspricht der Erwartung der Untersuchung.

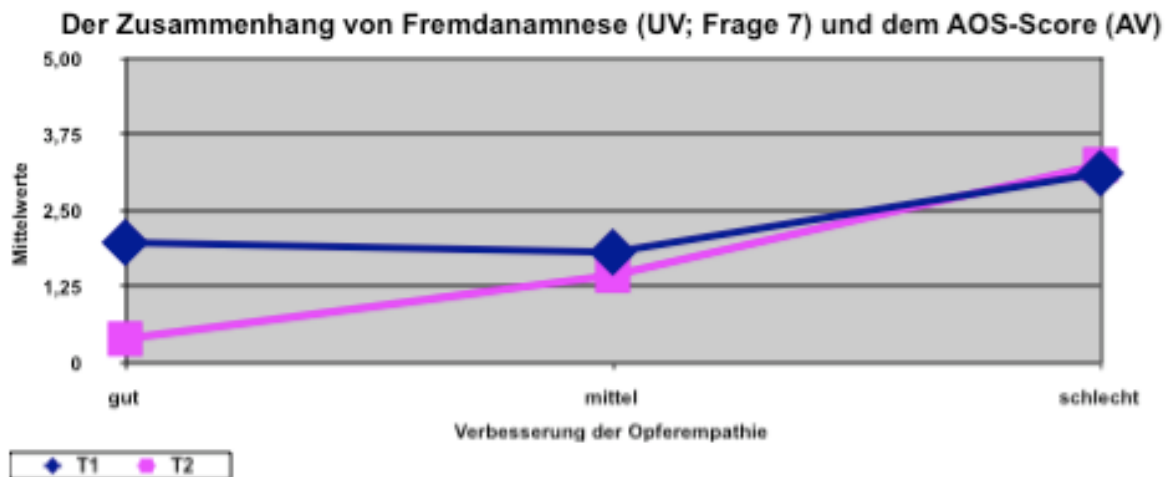


Abbildung 13.11.3.3
Zusammenhang Fremdanamnese Frage 7 und AOS

4. Korrelation des AOS-Scores und der Fremdanamnese-Frage 8, die sich auf die Verbesserung des Verständnisses für Zusammenhänge von dem eigenen Delikt mit der eigenen Lebensgeschichte bezieht

In diesem Unterpunkt geht es um den Zusammenhang des AOS-Scores mit dem verbesserten Verständnis der Probanden für Zusammenhänge, die ihre Lebensgeschichte mit ihrem Delikt hat. Es geht um anamnestische Prädiktoren eines Sexualstraftäters. Wird einem Täter verständlich, welche Punkte in seiner Lebensgeschichte einen Zusammenhang mit der Tat haben, ist ein Rückfall besser vermeidbar. Einer der deutlichsten Zusammenhänge, ist ein eigener sexueller Missbrauch in einem ähnlichen Lebensalter wie das des Opfers des Probanden. Aber auch Lebensumstände wie 'broken home' etc. sind Belastungen, die und deren Auswirkungen Gefangenen häufig nicht klar sind. Auch ein Rückzug der Partnerin, Wut auf das Stiefkind oder die Betrachtung des Stiefkinds als Partnerersatz können

lebensgeschichtliche Details sein. Ebenso können Aggressionen gegen die eigene Partnerin oder auch die Mutter zu Wut auf Frauen beitragen und Prädiktor für einen Übergriff werden.

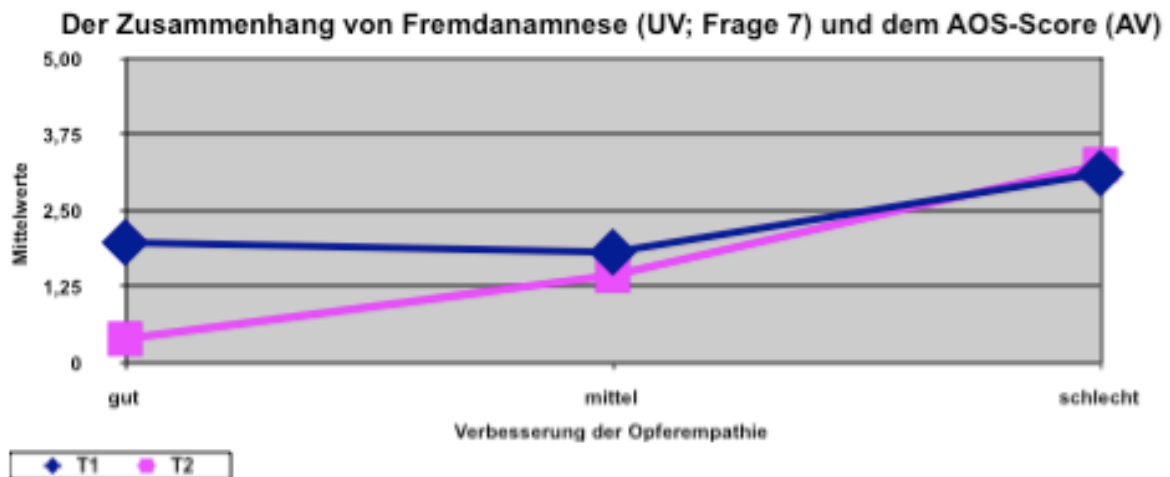


Abbildung 13.11.3.4

Zusammenhang Fremdanamnese Frage 8 und AOS

Interpretativ bedeutet das Ergebnis (siehe auch Abbildung 13.11.3.4), dass diejenigen, die Zusammenhänge zwischen ihrem Delikt und der Lebensgeschichte deutlich besser verstanden haben und ihr Delikt deshalb noch einmal auf eine andere Art verarbeiten und einordnen konnten und denen möglichen Rückfallprädiktoren aufgrund ihrer Lebensgeschichte besser bekannt sind sowie diejenigen, denen eine Verbesserung ihres Verständnisses der Zusammenhänge zwischen Lebensgeschichte und Tat gar nicht gelang, einen Anstieg beim AOS-Score von Zeitpunkt eins zu zwei verzeichneten. Ausschließlich bei denjenigen, die „mittel“ in der Verbesserung ihres Verständnisses waren, ist ein deutliches Absinken des AOS-Scores im Rahmen des FHT festzustellen. Eine sinnvolle oder logische Erklärung oder beides ist hier nicht möglich. Hinsichtlich derjenigen mit einem hohen AOS-Score, die zu Beginn der Untersuchung als „gut“ eingestuft wurden und bei denen nach Erhalt der Therapie eine weitere Erhöhung des Wertes festgestellt wurde, könnte folgende Überlegung angestellt werden: Das Verständnis der Zusammenhänge von Lebensgeschichte mit der Tat kann als positives Zeichen gewertet werden und macht es ihnen unter Umständen möglich, mit ihrer hohen Aggressivität

besser umzugehen und sie besser zu reflektieren. Die zu Zeitpunkt zwei durch die Fremdanamense bewerteten „Mittleren“ haben einen sehr niedrigen AOS-Wert. Dieses Ergebnis passt wiederum zur Gesamtuntersuchung, ebenso wie der sehr hohe AOS-Score der „Schlechten“.

13.11.4 Zusammenhang einzelner Fragen des Gießen-Tests mit dem Explorationsfragebogen

Im Folgenden geht es um die Zusammenhänge zwischen dem Unterpunkt des Explorationsfragebogens „inwieweit hat das Opfer Mitschuld an der Tat“ und der Mittelwerte einzelner Fragen des *Gießen-Tests*. Diese Zusammenhänge werden für Experimentalgruppe und Kontrollgruppe jeweils zum ersten Untersuchungszeitpunkt und zum zweiten Untersuchungszeitpunkt getrennt dargestellt. Die Fragen des *Gießen-Tests* wurden entsprechend ausgewählt, sodass ein Zusammenhang mit der Überlegung der Mitschuld des Opfers in Betracht kommt. Insgesamt geht es hier um den übergeordneten Aspekt der Opferempathie.

1. Zusammenhang der Mitschuld des Opfers mit der Frage 3 des Gießen-Tests

Die dritte Frage des *Gießen-Tests* bezieht sich darauf, inwieweit das Opfer es darauf anlegt, von anderen gelenkt zu werden oder andere zu lenken. Hier geht es um die Skala Dominanz, darum, ob der Täter das Opfer eher klein und anpassungswillig macht oder ob er ihm unterstellt, dass es sich in eher impulsiver Weise an dominierten Partnern abreagiert und eher Herrschaftsansprüche hat. Es kann vermutet werden, dass ein Täter, der sein Opfer als mitschuldig sieht, dieses auch eher dominant und damit durchsetzungsfähig und wehrhaft statt als anpassungsfähig und sich unterordnend und damit als Opfer sieht.

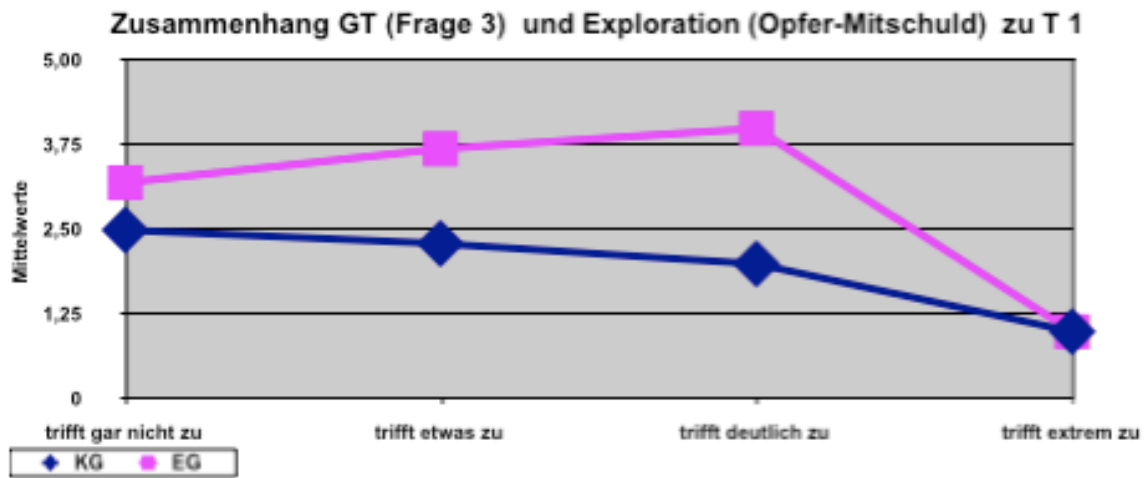


Abbildung 13.11.4.1a

Zusammenhang Gießen-Test (3) und Exploration Mitschuld Opfer zum Untersuchungszeitpunkt 1

Die Abbildungen 13.11.4.1a und 13.11.4.1b lassen erkennen, dass Täter, die zum Untersuchungszeitpunkt eins dem Opfer eine extreme Mitschuld an der Tat zubilligten, auch der Ansicht waren, dass es das Opfer eher darauf anlegt, andere zu lenken (Wert 1). Damit sehen sie das Opfer als handlungs- und entscheidungsfähig an und sehen es weniger in einer Opferrolle. Kontroll- und Experimentalgruppe unterscheiden sich hierin nicht. Bei der Meinung Mitschuld des Opfers trifft deutlich zu meinen diejenigen Probanden der Kontrollgruppe, dass es das Opfer ziemlich darauf anlegt, andere zu lenken. Entsprechend ist die Experimentalgruppe der Ansicht, dass sich das Opfer im Mittelmaß befindet und es weder darauf anlegt, andere zu lenken, noch von anderen gelenkt zu werden. Die Experimentalgruppe schreibt dem Opfer demnach deutlich weniger Dominanz und Aggression und damit eigenständige Handlungsfähigkeit zu, als es die Probanden der Kontrollgruppe zum Untersuchungszeitpunkt eins machen. Insgesamt ist zu Untersuchungszeitpunkt eins zu sagen, dass die Kontrollgruppe ihr Opfer dominanter und aggressiver einschätzt und damit weniger schutzlos und verletzbar, als dies die Experimentalgruppe tut.

Zu Untersuchungszeitpunkt zwei haben sich folgende Veränderungen ergeben: Diejenigen der Experimentalgruppe, die dem Opfer eine extreme Mitschuld an der Tat beimessen, sehen das Opfer nicht mehr als dominant und aggressiv, sondern als anpassungsfähig und

unterordnend, wohingegen die entsprechenden Teilnehmer der Kontrollgruppe das Opfer weiterhin als dominant und aggressiv sehen. Hier kann davon ausgegangen werden, dass ein Täter, der die Schuld gerne auf das Opfer schiebt, dieses leichter tut, wenn er das Opfer als dominant und durchsetzungsfähig bezeichnet. Hier zeichnet sich ein Vergewaltigungsmythos ab, nach dem eine Frau sich wehren kann und nicht vergewaltigt werden muss, wenn sie es nicht will.

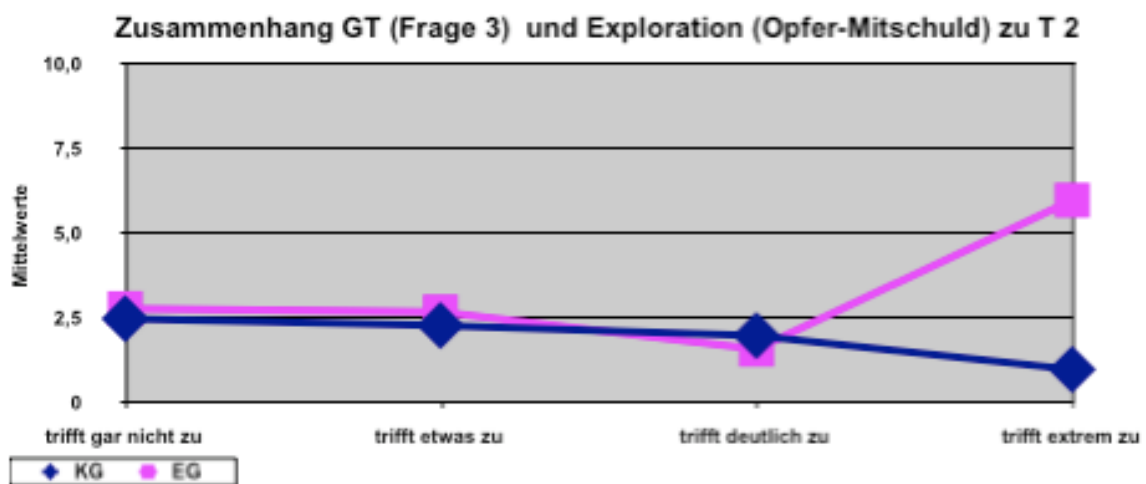


Abbildung 13.11.4.1b

Zusammenhang Gießen-Test (3) und Exploration Mitschuld Opfer Untersuchungszeitpunkt 2

Ebenso kann hier ein Missbrauchsmythos gesehen werden, dass ein Kind die sexuelle Handlung auch will und Freude daran hat bzw. den Täter dazu bringt. Bei Tätern, die ihre Opfer nicht unbedingt dominant und herrschsüchtig und demnach aggressiv und durchsetzungsfähig sehen, sondern sich unterordnend, ist die Aussage der Mitschuld weniger als Vermeidungstendenz und einem Mythos folgend, um sich selbst gut darzustellen zu sehen, sondern eher der Realität oder fehlendem Einblick zuzuschreiben. Diejenigen der beiden Untersuchungsgruppen, die dem Opfer keine Mitschuld an der Tat zuweisen, sehen bei der Experimentalgruppe weniger Aggressivität und Dominanz bei dem Opfer als die Kontrollgruppe.

2. Zusammenhang der Annahme der Mitschuld des Opfers mit der Frage 4 des GT

In der vierten Frage des *Gießen-Tests* geht es um die Ansicht des Täters, dass eine Änderung der äußeren Lebensbedingungen des Opfers seine seelische Verfassung beeinflussen würde, wie und in welcher Intensität. Unter Änderung der Lebensbedingungen kann auch der sexuelle Übergriff gefasst werden.

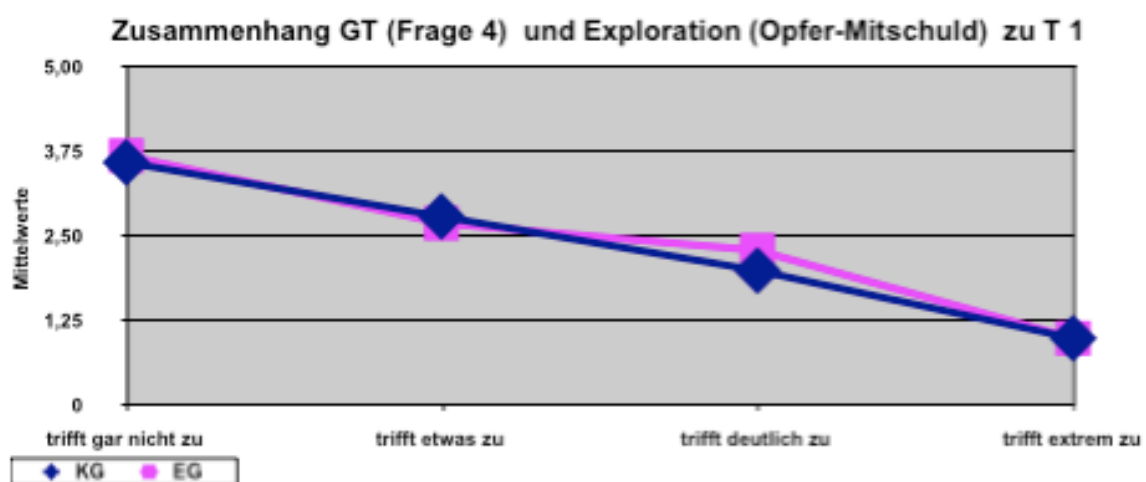


Abbildung 13.11.4.2a

Zusammenhang Gießen-Test (4) und Exploration Mitschuld Opfer Untersuchungszeitpunkt 1

Diese Frage gehört zur Skala Grundstimmung, der Beschreibung der emotionalen Grundbefindlichkeit des Opfers. Hier kann der Täter sein Opfer einerseits als selten bedrückt, wenig zu Selbstreflektion neigend und eher unabhängig beschreiben. Gelingt es dem Opfer, seine Aggression eher nach außen abzuführen, sich durchzusetzen, stark zu sein, ist es gut gestimmt. Richtet das Opfer seine Aggression gegen sich selbst, ist es eher schlecht gestimmt, neigt stark zu Selbstreflektion, ist eher abhängig und selbstkritisch.

Beide Untersuchungszeitpunkte werden im Folgenden für Kontroll- und Experimentalgruppe getrennt dargestellt. Dies kann in den Abbildungen 13.11.4.2.a und 13.11.4.2.b nachvollzogen werden. Zu Untersuchungszeitpunkt eins läuft die Kurve beider Gruppen fast parallel und fast linear (s. Abbildung 13.11.4.2a). Interessant ist, dass diejenigen,

die die stärkste Mitschuld des Opfers sehen, auch seine stärkste Beeinflussung seines Lebens durch äußere Umstände wie auch den sexuellen Übergriff annehmen.

Zum zweiten Untersuchungszeitpunkt sieht die Kontrollgruppe eine stärkere Beeinflussung des Opfers durch die Tat, als es die Experimentalgruppe sieht. Dies betrifft diejenigen der Experimentalgruppe, die eine Mitschuld des Opfers extrem zutreffend finden und diejenigen der Kontrollgruppe, die eine Mitschuld als gar nicht zutreffend sehen. Eine genaue Darstellung findet sich in Abbildung 13.11.4.2b.

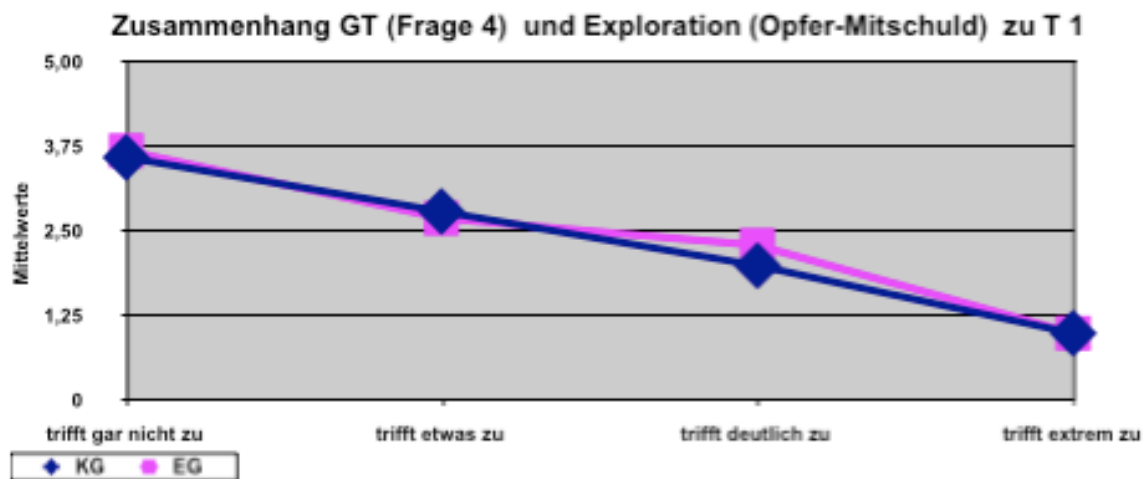


Abbildung 13.11.4.2b

Zusammenhang Gießen-Test (4) und Exploration Mitschuld Opfer Untersuchungszeitpunkt 2

3. Zusammenhang der Annahme der Mitschuld des Opfers mit der Frage 10 des GT

Bei dieser Fragestellung geht es um die Aussage des Täters zu dem Vertrauen des Opfers zu anderen Menschen. Der Täter wird gefragt, ob sein Opfer Vertrauen zu anderen Menschen hat und er soll dies in einer Abstufung von besonders viel bis besonders wenig beurteilen. Diese Frage gehört zur Skala der Durchlässigkeit. Sie stellt fundamentale Qualitäten des Kontakterlebens dar. Sieht der Täter das Opfer als durchlässig, sieht er es aufgeschlossen, anderen nahe, eher viel preisgebend, Liebesbedürfnisse offen ausdrückend und vertrauensselig. Hier geht es um Urvertrauen, Autonomie und Kontaktsicherheit. Bezüglich des anderen Pols kann der Täter sein Opfer verschlossen, anderen fern, wenig preisgebend,

misstrauisch, Liebesbedürfnisse zurückhaltend sehen. Hier sieht der Täter bei dem Opfer eher ein Urmisstrauen und Schamgefühle sowie Zweifel und Verschlossenheit aufgrund von Ängsten, ausgebeutet und missbraucht zu werden.

Täter, die ihren Opfern keine Mitschuld an der Tat zusprechen, sehen das Opfer eher als sehr vertrauensvoll und kontaktsicher gegenüber anderen Menschen. Das trifft sowohl für die Experimentalgruppe als auch für die Kontrollgruppe zu. Das bedeutet, dass diese Täter ihr Opfer als kontaktsicher erleben. Täter, die eine extreme Mitschuld des Opfers sehen, halten ihr Opfer für sehr misstrauisch und tendenziell schizoid und mit Ängsten, ausgebeutet zu werden. Sie meinen demnach, ihr Opfer sei kein Draufgänger, sondern würde sich, wenn es dies für notwendig erachte, schützen. Die Experimentalgruppe vertritt noch etwas häufiger diese Ansicht als die Kontrollgruppe. Beide Aussagen betreffen den Untersuchungszeitpunkt eins.

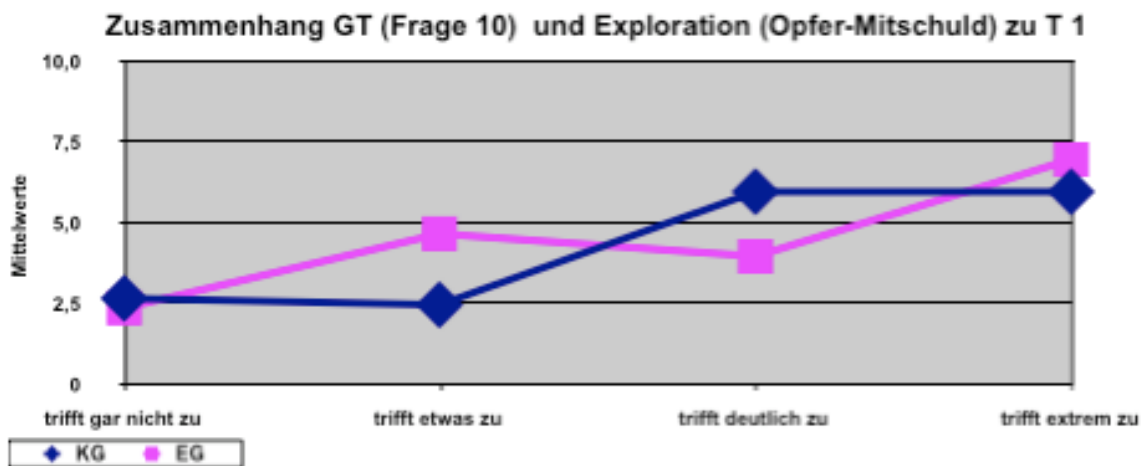


Abbildung 13.11.4.3a

Zusammenhang Gießen-Test (10) u. Exploration (Mitschuld Opfer) Untersuchungszeitpunkt 1

Zum Untersuchungszeitpunkt zwei (siehe Abbildung 13.11.4.3b) sehen alle Täter (Experimentalgruppe und Kontrollgruppe), die dem Opfer eine extreme Mitschuld an der Tat zuweisen, wiederum ihr Opfer als sehr vertrauensselig. Dies ist entgegengesetzt zu Untersuchungszeitpunkt eins. Zum Untersuchungszeitpunkt zwei beschreiben Täter, die keine Mitschuld beim Opfer sehen, ihr Opfer als eher tendenziell vorsichtig. Die entsprechenden

Probanden der Experimentalgruppe sehen ihr Opfer als eher vorsichtig, die der Kontrollgruppe als neutral. Die Probanden der Kontrollgruppe die eine deutliche Mitschuld des Opfers an der Tat sehen, geben an, ihr Opfer als sehr misstrauisch zu erleben. Die Probanden der Experimentalgruppe erleben ihr Opfer nur tendenziell misstrauisch. Aufgrund der z.B. bei „extremer Mitschuld“ sehr ähnlichen Aussagen von Kontroll- und Experimentalgruppe ist hier nicht von einem Interventionseffekt zu sprechen.

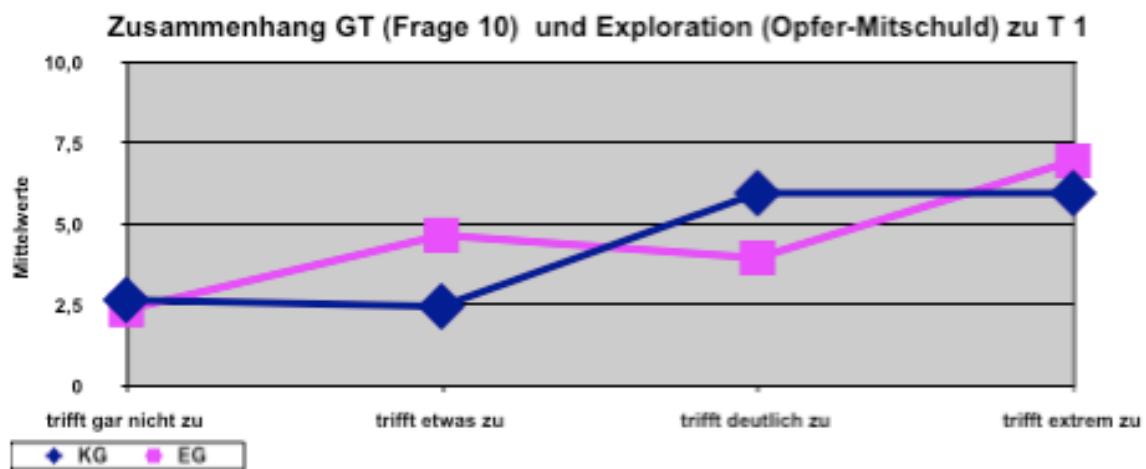


Abbildung 13.11.4.3b

Zusammenhang Gießen-Test (10) u. Exploration (Mitschuld Opfer) Untersuchungszeitpunkt 2

4. Zusammenhang der Annahme der Mitschuld des Opfers mit der Frage 11 des GT

Auch in der elften Frage des *Gießen-Tests* geht es um die Skala Durchlässigkeit. Inhalt der Frage ist die Äußerung des Täters zu der Bedürfnisäußerung des Opfers nach Liebe. Kann das Opfer dies gut zeigen, ist es eher kontaktsicher, hat Vertrauen. Gelingt dem Opfer dies nach Aussage des Täters nicht, ist es eher misstrauisch, hat Angst, ausgebeutet zu werden. Bei dem Ergebnis dieses Teils der Untersuchung ist zu sehen, dass sich Experimental- und Kontrollgruppe beim Untersuchungszeitpunkt eins deutlich voneinander unterscheiden. Experimentalgruppen- Täter, die ihre Opfer als mitschuldig an der Tat sehen, halten diese für eher wenig durchlässig und damit kaum ihre Bedürfnisse nach Liebe zeigend, sondern eher zurückhaltend. Damit sehen sie ihre Opfer eher wenig kontaktsicher. Täter der Kontrollgruppe

sehen ihre Opfer deutlich kontaktsicherer und sind der Ansicht, dass diese ihre Bedürfnisse nach Liebe gut zeigen. Hier ist der Mythos erkennbar, dass Opfer schon zeigen, was sie wollen und in der Tat sozusagen zustimmen, da sie als sehr kontaktsicher und damit durchsetzungsfähig erlebt werden (Abbildung 13.11.4.4a).

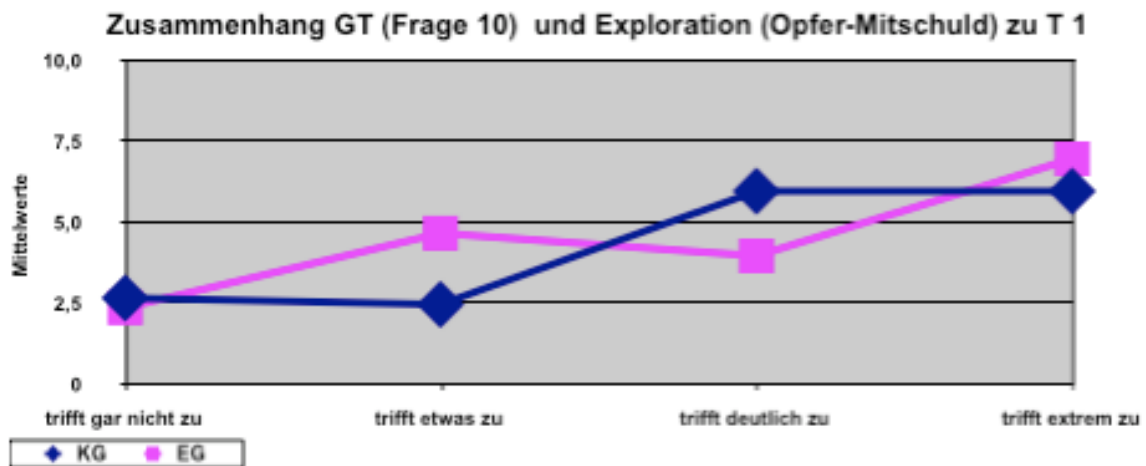


Abbildung 13.11.4.4a

Zusammenhang Gießen-Test (11) u. Exploration (Mitschuld Opfer) Untersuchungszeitpunkt 1

Zum Untersuchungszeitpunkt zwei hat sich folgendes verändert: sowohl Experimentalgruppen- als auch Kontrollgruppen-Probanden, die eine extreme Mitschuld des Opfers an der Tat sehen, nehmen ihre Opfer als weder ihre Bedürfnisse nach Liebe besonders zeigend noch als sehr wenig zeigend wahr, sondern genau in der Mitte. Bei dem Zuweisen einer deutlichen Mitschuld sehen die Täter der Kontrollgruppe ihre Opfer als deutlich zurückhaltender und misstrauischer, weniger durchlässig und damit weniger kontaktsicher als die Täter der Experimentalgruppe. Damit hat sich die Ansicht der Experimentalgruppenteilnehmer von Untersuchungszeitpunkt eins zu zwei kaum verändert, während die Kontrollgruppe ihre Ansicht von vertrauensselig zu misstrauisch gewechselt hat. Diejenigen Täter, die gar keine Mitschuld des Opfers sehen, erleben ihr Opfer als sehr viel von ihren Bedürfnissen nach Liebe zeigend und damit als unbeschwert aufgeschlossen. Zum Vergleich Untersuchungszeitpunkt eins: Hier erleben die Täter der Kontrollgruppe, die ihrem Opfer keine Mitschuld anlasten, ihre Opfer als deutlich zurückgezogener und misstrauisch und

weniger von ihren Bedürfnissen äußernd als zum Untersuchungszeitpunkt 2. Die Ansichten der Täter zu Untersuchungszeitpunkt zwei werden in Abbildung 13.11.4.4b dargestellt.

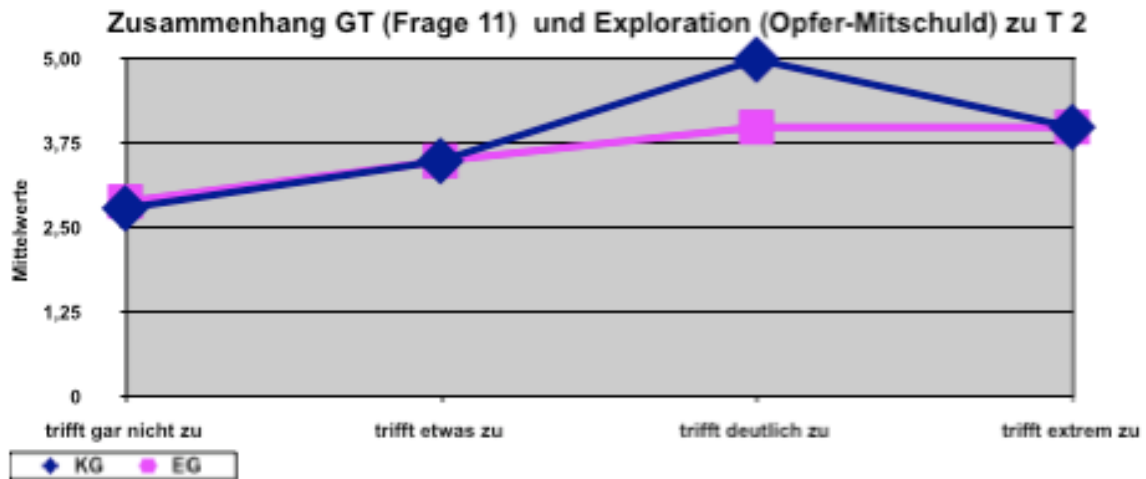


Abbildung 13.11.4.4b

Zusammenhang Gießen-Test (11) u. Exploration (Mitschuld Opfer) Untersuchungszeitpunkt 2

5. Zusammenhang der Annahme der Mitschuld des Opfers mit der Frage 18 des GT

Die Frage 18 gehört zu der Skala der Kontrolle. Der Täter kann sein Opfer als unterkontrolliert wahrnehmen, unbegabt im Umgang mit Geld, bequem, unstetig, also mit einem eher triebhaften Charakter. Auf der anderen Seite der Skala wird das Opfer eher als zwanghaft gesehen denn als überordentlich, eher wahrheitsfanatisch, stetig und unfähig, ausgelassen zu sein.

Die Frage 18 bezieht sich auf die Wahrheitsliebe des Opfers.

Zum Untersuchungszeitpunkt eins (s. Abbildung 13.11.4.5.a) unterscheiden sich Probanden der Kontrollgruppe deutlich von Probanden der Experimentalgruppe. Täter der Experimentalgruppe, die ihr Opfer für extrem mitschuldig halten, sehen das Opfer als weder großzügig noch übergenu mit der Wahrheit an, sondern genau in der Mitte. Täter der Kontrollgruppe sehen ihre Opfer als großzügig im Umgang mit der Wahrheit an. Das beinhaltet, dass Täter der Kontrollgruppe ihre Opfer als wenig ehrlich einschätzen. Die so gesehenen Opfer, die gerne einmal die Unwahrheit sagen, würden demnach z.B. auch bei

Gerichtsaussagen bezüglich des sexuellen Übergriffs lügen. Auch bei den beiden Tätergruppen Kontroll- und Experimentalgruppe, die keine Mitschuld beim Opfer sehen, verhält es sich ähnlich. Probanden der Kontrollgruppe sehen ihre Opfer als deutlich weniger wahrheitsliebend als Probanden der Experimentalgruppe.

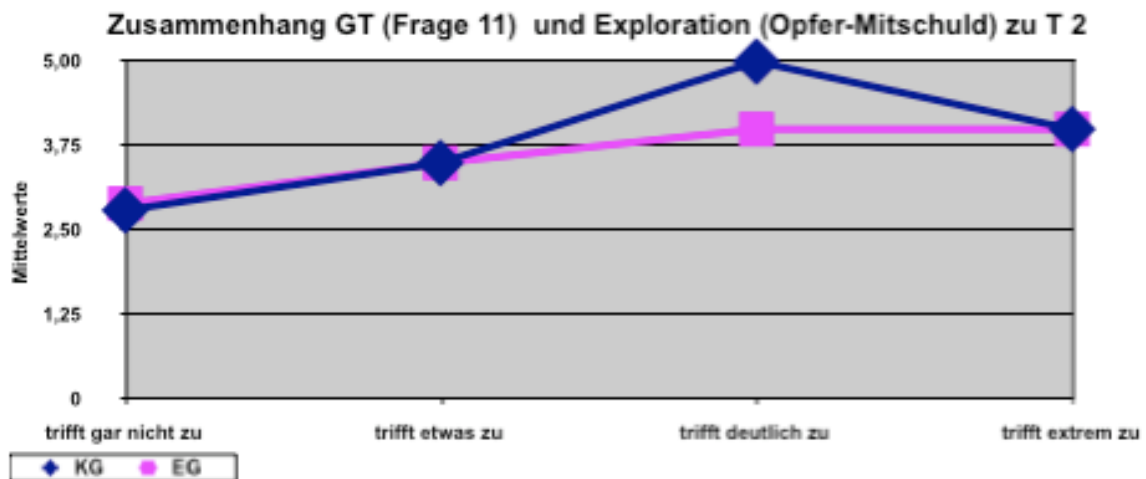


Abbildung 13.11.4.5a

Zusammenhang Gießen-Test (18) u. Exploration (Mitschuld Opfer) Untersuchungszeitpunkt 1

Zum Untersuchungszeitpunkt zwei (s. Abbildung 13.11.4.5.b) hat sich die Situation folgendermaßen verändert: Täter, die bei ihren Opfern keine Mitschuld sehen, erleben diese eher im Mittelbereich, weder übergenu noch großzügig, und Täter, die eine extreme Mitschuld sehen, erleben bei der Kontrollgruppe ihr Opfer als sehr großzügig mit der Wahrheit und bei der Experimentalgruppe als sehr genau mit der Wahrheit. Täter der Kontrollgruppe stellen ihr Opfer zur zweiten Untersuchung noch weniger wahrheitsliebend dar als bei der ersten Untersuchung, bei der Experimentalgruppe ist es gleich geblieben. Dies kann im Rahmen eines Interventionseffektes gesehen werden. Hätten die Probanden der Experimentalgruppe keine Intervention erhalten oder hätten sie sich nicht für Therapie entschieden und würden ihr Delikt verleugnen, würden sie ihr Opfer auch als die Unwahrheit erzählend darstellen.

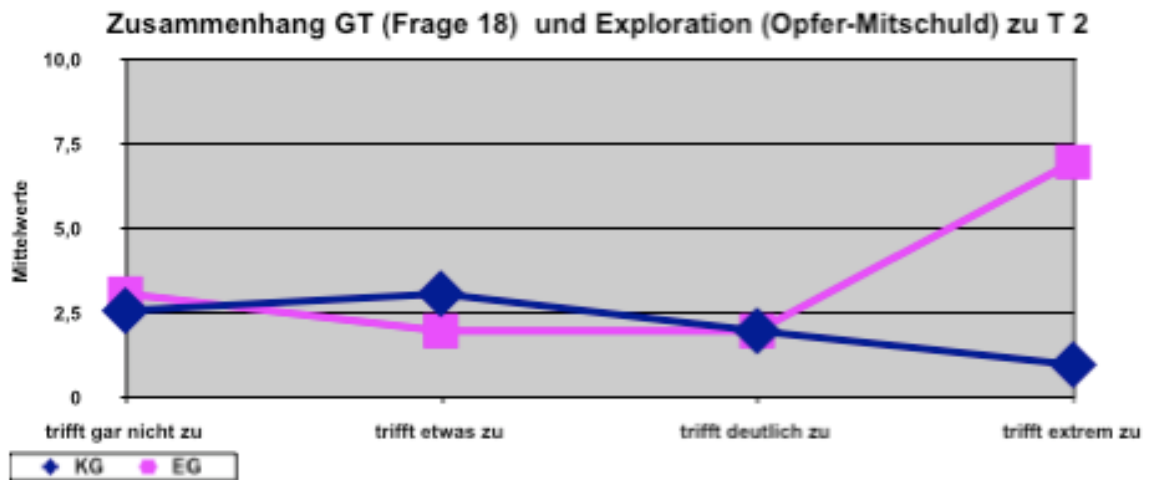


Abbildung 13.11.4.5b

Zusammenhang Gießen-Test (18) u. Exploration (Mitschuld Opfer) Untersuchungszeitpunkt 2

6. Zusammenhang der Annahme der Mitschuld des Opfers mit der Frage 21 des GT

Die Frage 21 des *Gießen-Tests* betrifft wieder die Skala der Kontrolle. Es geht um die Ordentlichkeit und Genauigkeit des Opfers: Nimmt der Täter sein Opfer eher wenig ordentlich oder überordentlich wahr? Zum Untersuchungszeitpunkt eins (s. Abbildung 13.11.4.6a) nehmen die Täter der Experimentalgruppe, die extreme Mitschuld sehen, ihre Opfer als extrem unordentlich wahr, die Täter der Kontrollgruppe als sehr unordentlich wahr. Im Vergleich dazu nehmen Täter, die keine Mitschuld ihre Opfers sehen der Experimentalgruppe ihre Opfer weder unordentlich noch ordentlich sondern im Mittelbereich wahr. Täter der Kontrollgruppe nehmen ihre Opfer wenig ordentlich wahr.

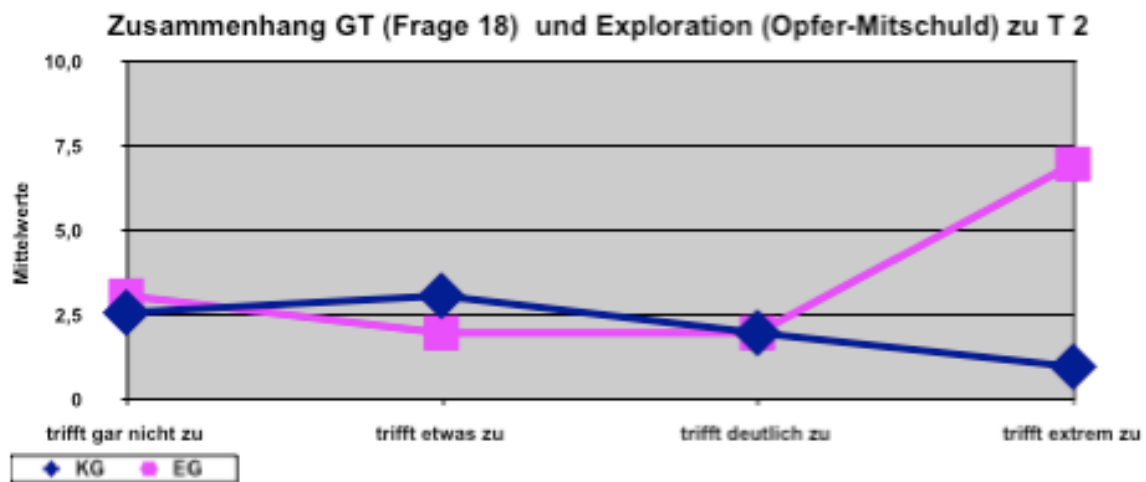


Abbildung 13.11.4.6a

Zusammenhang Gießen-Test (21) u. Exploration (Mitschuld Opfer) Untersuchungszeitpunkt 1

Zum Untersuchungszeitpunkt zwei, auch in Abbildung 13.11.4.6b nachvollziehbar, hat sich folgendes verändert: Die Experimentalgruppen-Teilnehmer sehen ihre Opfer im Mittelbereich als durchschnittlich ordentlich, während die Kontrollgruppen-Teilnehmer ihr Opfer als wenig ordentlich beschreiben. Bis auf diejenigen, die ihrem Opfer eine extreme Mitschuld beimessen. Hier sehen die Kontrollgruppen-Teilnehmer ihre Opfer als sehr ordentlich, während die Experimentalgruppen-Probanden ihre Opfer weder überordentlich noch sehr wenig ordentlich sehen. Diejenigen der Kontrollgruppe, die eine deutliche Mitschuld des Opfers sehen, sind zum Untersuchungszeitpunkt zwei der Ansicht, dass ihr Opfer sehr unordentlich ist. Je weniger ordentlich und demnach schlampiger und auch unzuverlässiger ein Mensch gesehen wird, umso weniger ernst kann er auch genommen werden. Diese Ernsthaftigkeit betrifft auch die Aussage zur Straftat und damit eigene Verleugnungstendenzen. Hier tendieren Täter unter Umständen dazu, die Aussage des Opfers und damit auch das Gerichtsurteil als unwahr darzustellen und ihre eigene Täterschaft zu verleugnen. Diese Verleugnungstendenzen werden in der Sozialtherapie im Rahmen von therapeutischen Interaktionen behandelt. Diese Aussagen der Täter über ihre Opfer -besonders von Probanden der Experimentalgruppe- bzw. der Anstieg der Annahme der Ordentlichkeit kann als Interventionseffekt gesehen werden.

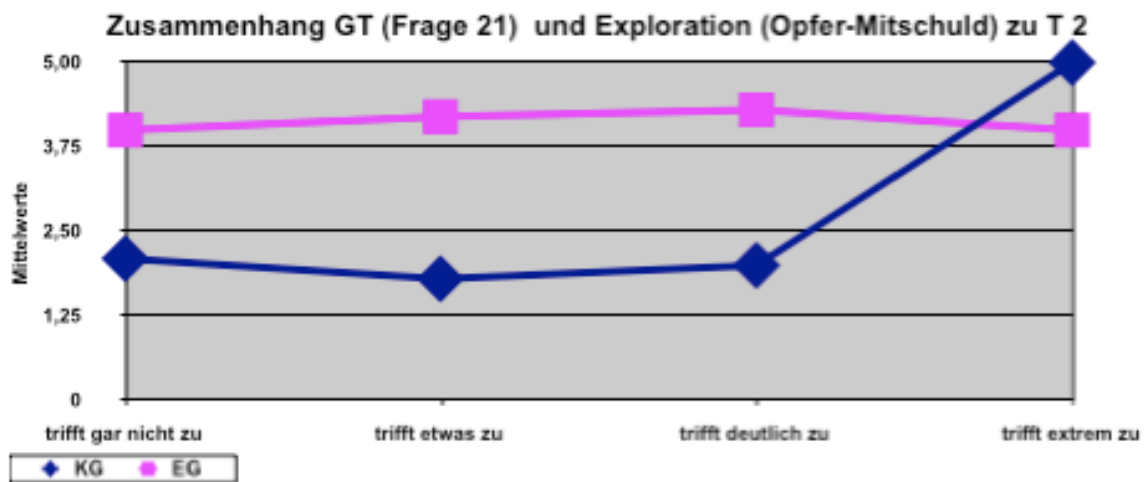


Abbildung 13.11.4.6b

Zusammenhang Gießen-Test (21) u. Exploration (Mitschuld Opfer) Untersuchungszeitpunkt 2

7. Zusammenhang der Annahme der Mitschuld des Opfers mit der Frage 27 des GT

Diese Frage des *Gießen-Tests* gehört zur Skala der sozialen Resonanz. Soziale Resonanz bezeichnet auf der einen Seite die Unattraktivität eines Menschen, seine Unbeliebtheit, geringe Durchsetzungsfähigkeit und an schönem Aussehen desinteressiert. Auf der anderen Seite kennzeichnet einen positiv sozial resonanten Menschen, dass er anziehend ist, beliebt, geachtet, in der Arbeit geschätzt, durchsetzungsfähig und an schönem Aussehen interessiert. Dass das Maß der sozialen Bestätigung mit der Möglichkeit korreliert, die eigenen Interessen im Leben durchzusetzen, ist leicht verständlich. Bei der Frage 27 geht es um den Wert, den das Opfer nach Aussage des Täters darauf legt, schön auszusehen. Hier spielt auch die Frage nach der körperlichen Attraktivität und Anziehungskraft eine Rolle, etwa inwieweit das Opfer aus Sicht des Täters für ihn verführerisch aussehen wollte.

Zum Untersuchungszeitpunkt eins unterscheiden sich Experimentalgruppe und Kontrollgruppe bei denjenigen, die das Opfer extrem mitschuldig sehen dahingehend, dass die Experimentalgruppenprobanden ihre Opfer als sozial negativ resonant erleben, d.h., an seinem Aussehen wenig interessiert. Die Kontrollgruppenprobanden erleben ihre Opfer sehr positiv sozial resonant und stellen dar, dass es ihren Opfern sehr wichtig ist, schön auszusehen. Sie sehen demnach, dass ihr Opfer bei anderen sehr gut ankommt und eher narzisstisch mir

hysterischen Komponenten oder exhibitionistisch-voyeuristisch akzentuiert ist. Ein Opfer, das sich derart verhält, trägt natürlich aufgrund der eigenen Persönlichkeitsstruktur wesentlich mehr zur Tat bei als ein zurückhaltendes, wenig attraktives und wenig durchsetzungsfähiges Opfer. Opfer, denen keine Mitschuld an der Tat zugerechnet wird werden von beiden Gruppen als positiv resonant erlebt mit großem Wert auf attraktives Aussehen.

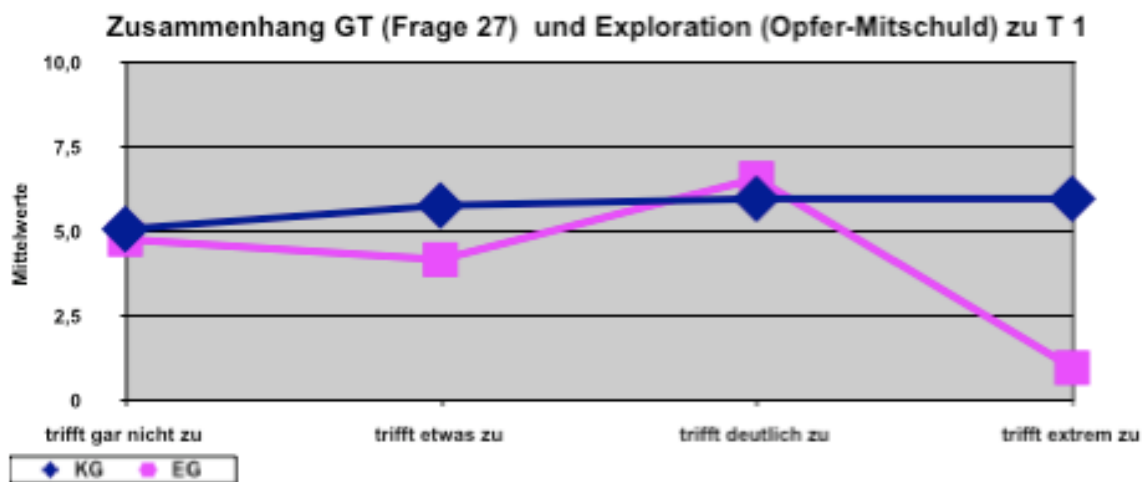


Abbildung 13.11.4.7a

Zusammenhang Gießen-Test (27) u. Exploration (Mitschuld Opfer) Untersuchungszeitpunkt 1

Die Werte der Probanden zum zweiten Untersuchungszeitpunkt sind in Abbildung 13.11.4.7b dargestellt. Zum zweiten Untersuchungszeitpunkt erleben beide Gruppen, die ihren Opfern eine extreme Beteiligung an der Tat zuschreiben, diese als sozial sehr resonant, demnach als in der Tendenz narzisstisch und hysterisch und sehr anziehend, vermutlich auch aus Sicht der Täter bewusst anziehend aussehend und durchsetzungsfähig sowie extrem an ihrem Äußeren interessiert. Diejenigen Probanden, die ihrem Opfer keine Mitschuld anlasten, nehmen ihre Opfer dahingehend wahr, dass sich das Interesse an deren eigenem Äußeren in einem normalen Bereich bewegt.

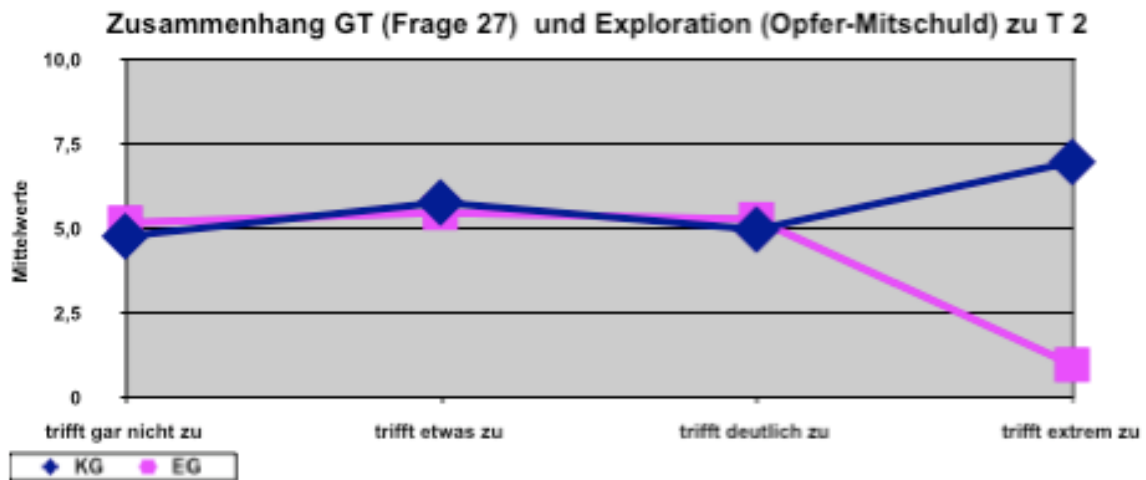


Abbildung 13.11.4.7b

Zusammenhang Gießen-Test (27) u. Exploration (Mitschuld Opfer) Untersuchungszeitpunkt 2

8. Zusammenhang der Annahme der Mitschuld des Opfers mit der Frage 35 des GT

Bei diesem Unterpunkt des *Gießen-Tests* (Frage 35) geht es um den Bereich der Dominanz mit Eigenschaften wie eigensinnig, gern dominierend, ungeduldig versus gefügig, selten in Auseinandersetzungen verstrickt und geduldig. Im speziellen geht es um eine Beurteilung des Täters, ob sein Opfer gute oder schlechte schauspielerische Fähigkeiten hat. Damit geht in gewisser Weise einher, dass sich der Täter auf das Opfer hereingefallen und von ihm überlistet fühlt. Hier zeigt sich eventuell wieder der Aspekt, dass jeder Täter doch ganz gerne unschuldig wäre. Zuerst wieder zu den Tätern, die eine extreme Mitschuld des Opfers an der Tat sehen. Hier sind die Experimentalgruppenprobanden der Überzeugung, dass das Opfer extrem gute schauspielerische Fähigkeiten besitzt, während die Kontrollgruppe diese Fähigkeiten nur als sehr gut bezeichnet. Bei denjenigen unter den Tätern, die keine Mitschuld des Opfers sehen, sieht die Experimentalgruppe die schauspielerischen Fähigkeiten der Opfer als sehr gut und die Kontrollgruppe befindet sie für gut (Abbildung 13.11.4.7a).

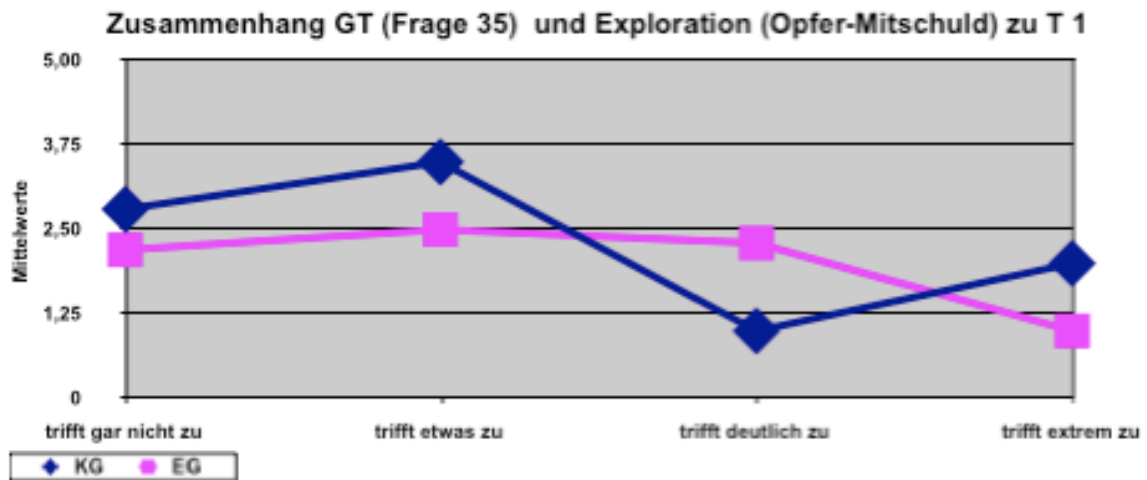


Abbildung 13.11.4.8a

Zusammenhang GT (35) u. Exploration (Mitschuld Opfer) Untersuchungszeitpunkt 1

Zum Untersuchungszeitpunkt zwei verändert sich die Situation (siehe Abbildung 13.11.4.8b). Die Experimentalgruppen-Teilnehmer sehen die schauspielerischen Leistungen der Opfer als sehr schlecht und die Kontrollgruppen-Teilnehmer betrachten sie als ziemlich gut. Beides betrifft die Gruppe der Probanden, die das Opfer mit einer extremen Mitschuld belasten. Bei denjenigen der Untersuchten, die keine Schuld beim Opfer sehen, werden von beiden Gruppen die schauspielerischen Fähigkeiten der Opfer als mäßig gut bewertet.

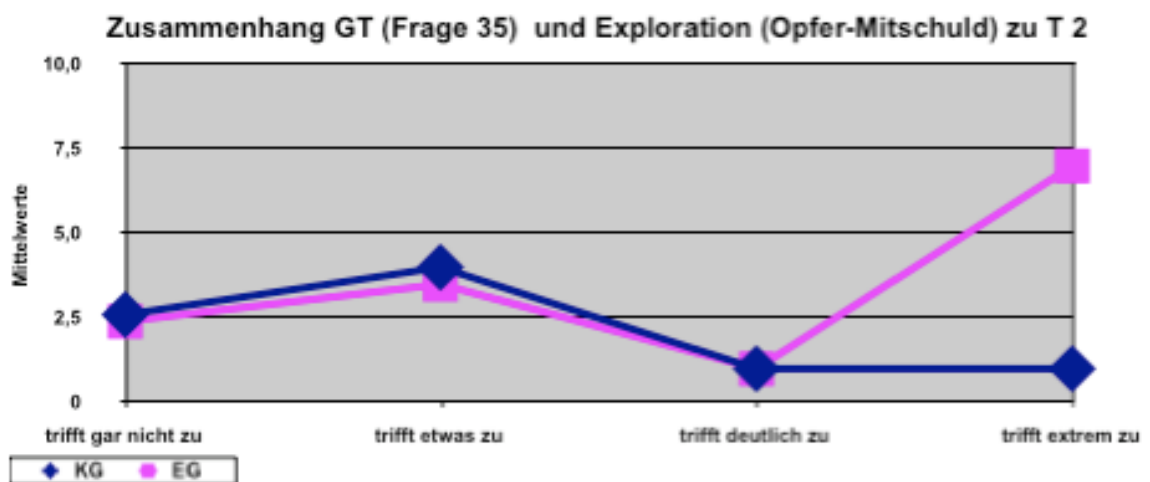


Abbildung 13.11.4.8b

Zusammenhang Gießen-Test (35) u. Exploration (Mitschuld Opfer) Untersuchungszeitpunkt 2

9. Zusammenhang der Annahme der Mitschuld des Opfers mit der Frage 37 des GT

Diese Frage fällt wieder in den Bereich der Skala soziale Resonanz. Es geht darum, wie der Täter die Anziehungskraft des Opfers auf andere einschätzt, ob es dem Opfer leicht oder schwer gelingt, auf andere anziehend zu wirken. Aus Sicht der Täter, die eine extreme Mitschuld sehen, hat es das Opfer sehr leicht, auf andere anziehend zu wirken. Die Experimentalgruppe sieht dies noch etwas extremer als die Kontrollgruppe. Dies bedeutet eine Unterstützung der Aussage der Mitschuld des Opfers. Es ist dem Opfer sozusagen aufgrund seiner extremen Anziehungskraft nicht zu widerstehen. Auch bei denjenigen Tätern, die keine Mitschuld sehen, geht die Beurteilung der Opfer in die Richtung, dass es das Opfer sehr leicht hat, auf andere anziehend zu wirken (Kontrollgruppe und Experimentalgruppe, s. Abbildung 13.11.4.9a). Ausschließlich diejenigen der Kontrollgruppe, die eine deutliche Mitschuld des Opfers sehen, sind der Ansicht, dass es das Opfer eher schwer hat, auf andere anziehend zu wirken. Eine sinnvolle Interpretationsbasis ist für das Gesamtergebnis nicht gegeben. Es wäre zu erwarten gewesen, dass Täter, die dem Opfer eine Mitschuld unterstellen, auch der Ansicht sind, dass es sehr leicht auf andere anziehend wirkt.

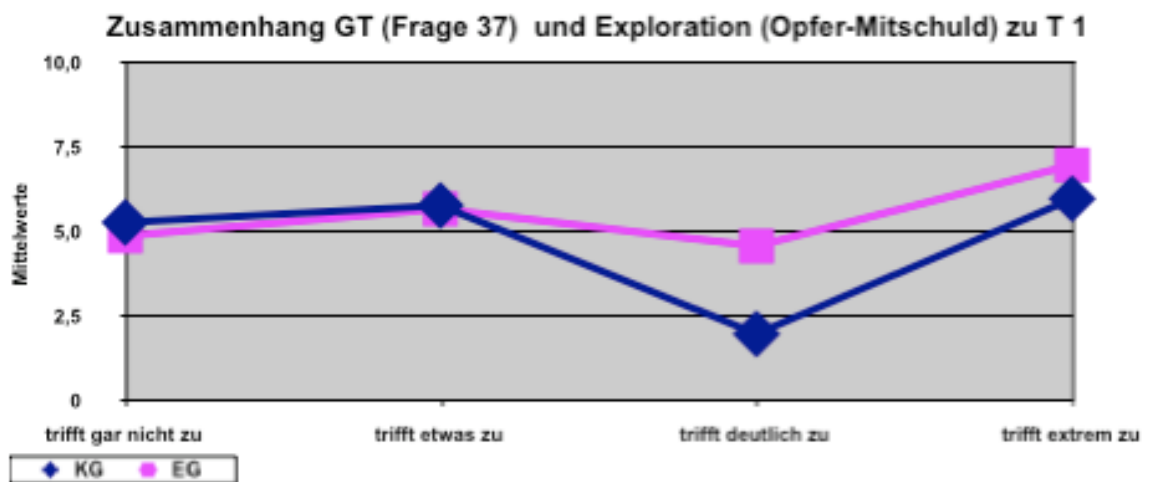


Abbildung 13.11.4.9a
Zusammenhang Gießen-Test (37) u. Exploration (Mitschuld Opfer) Untersuchungszeitpunkt 1

Zum Untersuchungszeitpunkt zwei ist der Teil der Kontrollgruppe, die dem Opfer eine extreme Mitschuld zusprechen, davon überzeugt, dass diese Opfer es sehr leicht haben, auf andere anziehend zu wirken. Dies würde die bereits oben angesprochene Hypothese bestärken, dass Täter, die ihre Opfer als mitschuldig ansehen, der Ansicht sind, dass sie sehr anziehend sind und ein sexueller Übergriff etwas mit dieser Anziehungskraft zu tun hat. Die Experimentalgruppe sieht die Anziehung gegeben, aber deutlich weniger leicht, als es die Kontrollgruppe erachtet. Diejenigen, die dem Opfer keine Mitschuld attestieren, halten es für das Opfer jedoch auch für leicht, auf andere anziehend wirkend. Insgesamt gehen die Probanden auch hier davon aus, dass es das Opfer leicht hat auf, andere anziehend zu wirken. Demnach gibt es keine durchgängige Hypothesenbestätigung oder keinen durchgehenden Zusammenhang, der die Entwicklung von Opferempathie belegt. Es kann nur gesagt werden, dass von Untersuchungszeitpunkt eins zu zwei die Experimentalgruppe etwas weniger der Ansicht ist, dass es das Opfer sehr leicht hat, auf andere anziehend zu wirken. Dies könnte ein leichter Hinweis auf vermehrte Entwicklung von Opferempathie sein. Insgesamt kann bezüglich dieser Frage festgehalten werden, dass damit die sexuelle Straftat in Verbindung mit körperliche Attraktivität gebracht wird und evtl. auch sexueller Anziehungskraft, der sich die Täter nicht widersetzen können. Hier auch ein Hinweis auf die Gültigkeit eventueller Mythen.

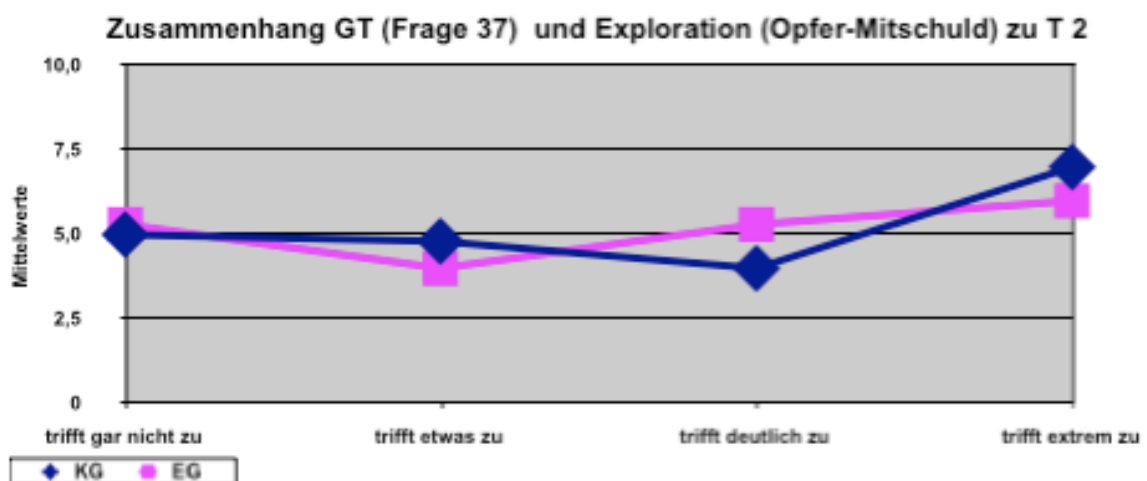


Abbildung 13.11.4.9b

Zusammenhang Gießen-Test (37) u. Exploration (Mitschuld Opfer) Untersuchungszeitpunkt 2

10. Zusammenhang der Annahme der Mitschuld des Opfers mit der Frage 40 des GT

Bei der Frage Nummer 40 geht es um die Subskala des *Gießen-Tests* der sozialen Potenz. Sozial potent ist jemand, der gesellig ist, im heterosexuellen Kontakt unbefangen, sehr hingabefähig, deutlich konkurrierend, fähig zu einer Dauerbindung und fantasiereich. Im Gegenzug dazu ist jemand sozial impotent, wenn er ungesellig ist, im heterosexuellen Kontakt befangen, wenig hingabefähig, kaum konkurrierend, kaum fähig zu einer Dauerbindung und fantasiarm. Jemand, der sozial als sehr potent gesehen wird, hat ein sehr großes Selbstvertrauen und narzisstische Anteile.

Im speziellen geht es bei der Frage 40 darum, wie der Täter den Umgang seines Opfers mit dem anderen Geschlecht einschätzt, ob er den Umgang eher sehr befangen oder unbefangen einschätzt. Schätzt er sein Opfer als sehr unbefangen ein, schnell auf Männer zugehend, ist dies wieder ein Aspekt, der einen Zusammenhang mit der Zuschreibung einer Mitschuld des Opfers an dem Zustandekommen der Tat herstellt. Zuerst einmal die Darstellung des Untersuchungszeitpunktes eins, auch in der Abbildung 13.11.4.10a zu sehen: Die Täter, die eine Mitschuld der Opfer sehen, empfinden ihre Opfer im Umgang mit dem anderen Geschlecht als unbefangen. Dies betrifft sowohl die Kontroll- als auch die Experimentalgruppe. Dies würde die Hypothese stützen, dass das leichte Zugehen auf den Täter einen Zusammenhang mit Mitschuld an der Tat hat. Auch die Täter, die keine Mitschuld des Opfers sehen, empfinden das Opfer als unbefangen im Kontakt mit dem anderen Geschlecht. Ausschließlich die Täter der Experimentalgruppe, die eine deutliche, jedoch keine extreme Mitschuld der Opfer an der Tat sehen geben an, ihre Opfer als deutlich befangen einzuschätzen.

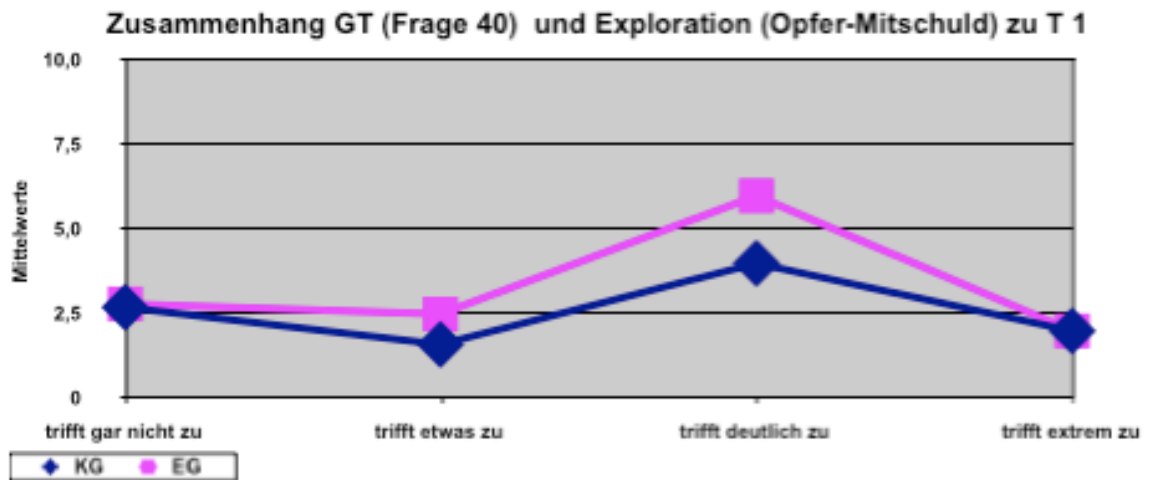


Abbildung 13.11.4.10a

Zusammenhang Gießen-Test (40) / Exploration (Mitschuld Opfer) Untersuchungszeitpunkt 1

Auch zum zweiten Untersuchungszeitpunkt (Abbildung 13.11.4.10b) nehmen die Täter von Experimentalgruppe und Kontrollgruppe, die ihrem Opfer eine extreme Mitschuld zuschreiben, diese Opfer als sehr unbefangen im Umgang mit dem anderen Geschlecht wahr. Parallel zum ersten Untersuchungsdurchlauf nehmen auch bei Einschätzung einer deutlichen Mitschuld die Experimentalgruppenprobanden ihre Opfer wieder sehr befangen wahr. Die Kontrollgruppe nimmt ihre Opfer identisch wahr. Hinsichtlich derjenigen, die ihren Opfern keine Mitschuld zuweisen, werden die Opfer in diesem Untersuchungsdurchlauf von den Kontrollgruppen-Tätern etwas befangener wahrgenommen als zum Untersuchungszeitpunkt eins. Insgesamt liegt die Beurteilung hier im Mittelmaß zwischen befangen und unbefangen.

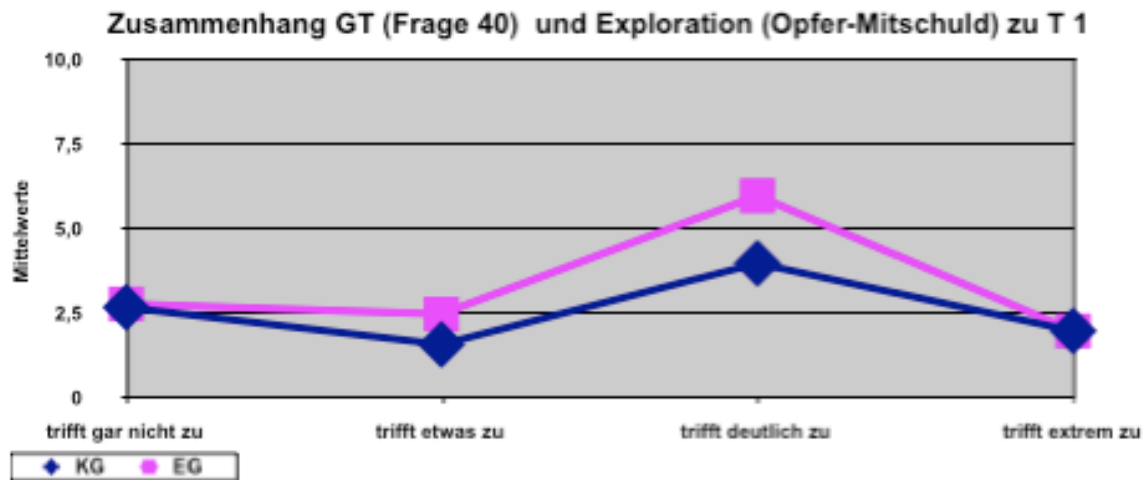


Abbildung 13.11.4.10b

Zusammenhang Gießen-Test (40) / Exploration (Mitschuld Opfer) Untersuchungszeitpunkt 2

13.11.5 Zusammenhang Fremdanamnese und Exploration

Die Frage nach der Mitschuld des Opfers wird hier noch einmal aufgegriffen. Da die Annahme der Mitschuld des Opfers etwas mit der Opferempathie des Täters zu tun hat, wird sie hier in Bezug zu dem fremdanamnestischen Punkt gesetzt, inwieweit sich durch die Behandlung die Opferempathie zum Untersuchungszeitpunkt zwei bei den Tätern der Experimentalgruppe verbessert hat. In dem folgenden Balkendiagramm (Abbildung 13.11.5) wird die Darstellung des Zusammenhangs der fremdanamnestischen Einschätzung der Verbesserung der Opferempathie und der in der Exploration angegebenen Mitschuld des Opfers an der Tat gezeigt.

Diejenigen Probanden der Experimentalgruppe, die nach Aussage der Leiter der entsprechenden SothA in der Fremdanamnese als verbessert in ihrer Opferempathie angeführt wurden, sehen zum Großteil (85 %), dass das Opfer keine Mitschuld an der Tat hat. Dies belegt den Zusammenhang von dem Maß der Annahme des Täters von einer Mitschuld des Opfers und dem Maß der Opferempathie. Das heißt, hier besteht ein Zusammenhang.

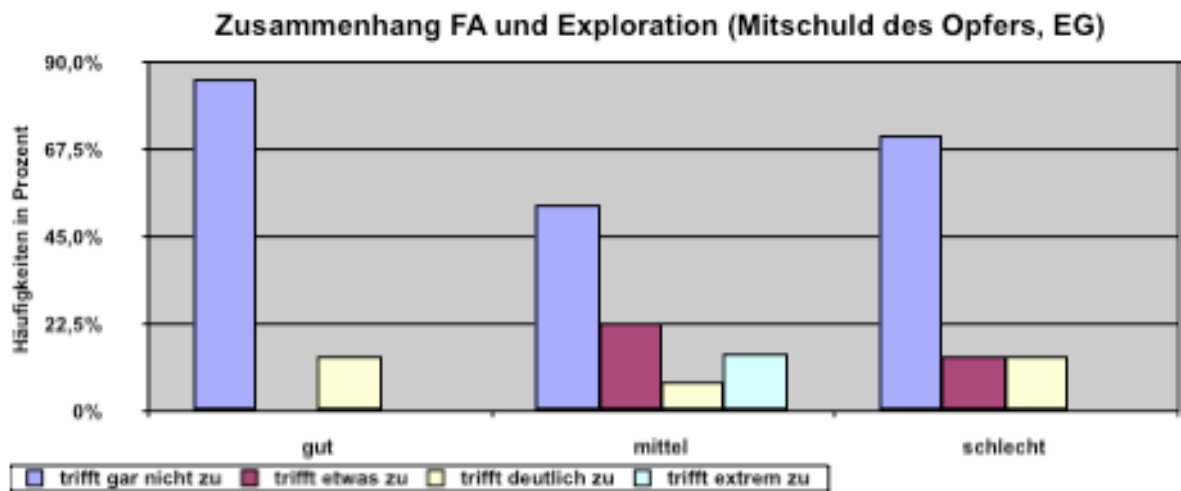


Abbildung 13.11.5
Zusammenhang FA und Exploration (Mitschuld Opfer) bei Experimentalgruppe

13.11.6 Korrelationen der beiden Hauptwerte des Foto-Hand-Tests

Wie von außen auch zu erwarten wäre, zeigen die Korrelationen der beiden Werte Acting-Out-Score und Aggressivitätswert für erwachsene Straftäter über die Einzelgruppen und die Gesamtgruppe der untersuchten Probanden hinweg mindestens einen signifikanten positiven Zusammenhang, wenn nicht einen sehr signifikanten positiven Zusammenhang. Bei der Experimentalgruppe ist dieser Zusammenhang $.659$ und sehr signifikant, bei der Kontrollgruppe $.525$ und signifikant und bei der Gesamtgruppe $.613$ und wieder sehr signifikant.

SCHLUSSFOLGERUNGEN UND AUSBLICK

14. Schlussfolgerungen und Ausblick

14.1 Diskussion der Stichprobe

Die Auswahl der Stichprobe kann hinsichtlich der Wahl der Justizvollzugsanstalten, der Problematik der Kontrollgruppe und der relativ kleine Stichprobe sowie Auslese derjenigen Probanden, die sich bereit erklärt haben, an der Untersuchung teilzunehmen kritisch gesehen werden.

Die Wahl der JVAs beruht auf folgenden Gründen: Die beiden SothAs der Justizvollzugsanstalten, die ausgewählt wurden, Landsberg und München, sind gut vergleichbar miteinander: Die Tätergruppe ist ähnlich hinsichtlich der Straftaten, der Strafdauer und der Vorstrafen. Landsberg und München tauschen Täter wenn außertherapeutische Gründe bestehen, miteinander aus und haben ein ähnliches Behandlungsprogramm, wie exemplarisch unter 11 dargestellt. Die Untersuchung fand intramural mit ausführlicher Diagnostik durch einen Externen statt. Die Untersuchung durch Externe soll eine objektivere bzw. neutralere Betrachtung durch den Untersucher im Vergleich zu einer Fragebogenuntersuchung, durchgeführt durch JVA-Personal sicherstellen. Aufgrund der gleichbleibenden Person des Untersuchers ist eine höhere Standardisierung der Untersuchungsbedingungen möglich.

Die Beantragung dieser intramuralen Untersuchung bzw. die Genehmigung war mit zahlreichen Hindernissen verbunden. Um innerhalb einer JVA, als Externer zu untersuchen, müssen viele Vorkehrungen getroffen werden, der Kontakt mit den Gefangenen und der Einblick in ein Gefängnis ist nicht ohne weiteres und nicht jeder Person möglich, dies insbesondere dann, wenn ein regelmäßiger Zutritt über Jahre hinweg mit Einführung von Gegenständen erforderlich ist. Auch die Gefährdung einer weiblichen Untersuchenden musste bedacht werden. Die ständige Kontrolle durch einen Beamten des aVD musste gewährleistet

sein. Zudem mussten die Leiter der JVA, die Leiter der SothA und nicht zuletzt auch das Justizministerium dieser Untersuchung zustimmen.

Zum zweiten Punkt, der Auswahl der Kontrollgruppe: Für eine wissenschaftliche Untersuchung wäre es sinnvoll, eine unabhängige Kontrollgruppe von Sexualstraftätern, die sich in einer JVA befinden und weder auf einen Therapieplatz warten noch eine Therapie verweigern, zu bilden. Mit der Neufassung des § 9 JvollzG mit Wirkung zum 01.01.2003 hat jeder Sexualstraftäter mit Ausnahme der bereits unter Punkt 3.1 angeführten Ausnahmen wie unzureichende Sprachkenntnisse oder ein zu kurzer Aufenthalt (weniger als zwei Jahre) an einer sozialtherapeutischen Maßnahme teilzunehmen. Damit war eine Bildung einer unabhängigen Kontrollgruppe nicht möglich. Es musste eine Kontrollgruppe „generiert“ werden. Die Rekrutierung von Versuchspersonen, auch von Probanden der Experimentalgruppe, stellte sich insgesamt als schwierig heraus. Die meisten Inhaftierten haben große Sorge, dass Ergebnisse der Untersuchung an öffentliche Stellen weitergeleitet werden und dass die versprochene Schweigepflicht nicht eingehalten wird.

Dies gilt auch für den dritten Aspekt, die relativ kleine Stichprobe. Geplant waren 30 Probanden je Unterstichprobe. Mit zwei Gruppen (Experimental- und Kontrollgruppe), wären es insgesamt mindestens 60 Probanden gewesen. Da Teilnehmer der Experimentalgruppe nur zum Zeitpunkt ihrer Aufnahme in die SothA (Therapiebeginn) in das Untersuchungsprogramm integriert werden können und auf diese Weise auf neue Teilnehmer, die in die Behandlungsgruppe aufgenommen werden, gewartet werden muss, war die Auswahl durch den ohnehin langen zeitlichen Rahmen begrenzt.

Letztendlich kann noch die Überlegung angestellt werden, ob die Probanden, die sich bereit erklärt haben, an dieser Untersuchung teilzunehmen, nicht schon durch die Bereitschaft zur Teilnahme eine Auswahl für sich sind. Sind diese Probanden besonders motiviert oder interessiert? Ganz wird diese Frage nicht zu klären sein. Das Ergebnis des Vergleichs der teilgenommenen Probanden mit der Aktenkontrollgruppe schließt jedoch aus, dass es sich bei den teilnehmenden Probanden um Inhaftierte handelt, die ein besonders leichtes Delikt begangen haben oder dass Gefangene mit einer bestimmten Deliktart sich bevorzugt melden als andere, oder dass Gefangene eines bestimmten Alters sich bevorzugt melden. Viele dieser

Kriterien können durch die Aktenkontrollgruppe ausgeschlossen werden, da sich die Probanden aller drei Gruppen in ihren Kennzeichen entsprachen. Nicht jedoch kann die Vermutung ausgeschlossen werden, dass sowohl die Probanden der Experimentalgruppe als auch der Kontrollgruppe, die an der Untersuchung teilgenommen haben, besonders motiviert waren oder in irgendeiner anderen Eigenschaft besonders waren im Gegensatz zu den nicht Teilnehmenden. Es ließ sich jedoch nachweisen, dass kein Unterschied in den relevanten Kriterien der Untersuchung besteht.

14.2 Diskussion der Auswahl der Testverfahren

Die Auswahl, Anzahl und Art der Testverfahren wurden mit mehreren Diagnostikspezialisten diskutiert, u.a. mit Herrn Professor Dr. Ernst Plaum, der auf Straftäteruntersuchung spezialisiert ist. Weiterhin angedacht als Untersuchungsinstrumente waren weiterhin das Freiburger Persönlichkeitsinventar oder auch ein anderes projektives Verfahren speziell für Straftäter mit einem Missbrauchsdelikt der *blacky picture test*. Das Freiburger Persönlichkeitsinventar wurde aufgrund mangelnder Spezifität für diese Untersuchung verworfen. Der *Blacky Picture Test* besteht aus einigen gemalten Bildtafeln, auf denen ein kleiner Hund gemeinsam mit seiner Familie in den verschiedenen Lebensphasen wie oraler Phase, analer Phase, Verliebtheit, Rivalität und Tod dargestellt ist. Aufgrund dessen, dass es sich hier um ein Verfahren für Missbrachstäter handelt, in der vorliegenden Arbeit zwei Gruppen von Sexualstraftätern untersucht werden, erwies sich sein Einsatz nicht als sinnvoll. Auch das *Multiphasic Sex Inventory* von Deegener war in Überlegung. Es wird in vielen Sozialtherapien im Rahmen der psychologischen Testdiagnostik angewandt. Es würde sich zwar um ein Verfahren handelt, das sich speziell auf die Sexualität bezieht, jedoch um einen Fragebogentest. Es wäre von einer Beantwortung entsprechend der sozialen Erwünschtheit auszugehen. Zudem standen für jeden Probanden in einer Untersuchungseinheit ca. zwei bis zweieinhalb Stunden zur Verfügung standen, vorgegeben durch die JVA, wodurch die Auswahl der Anzahl der Verfahren begrenzt war.

Der *MWT-B* wurde als kurzes Intelligenztestverfahren eingesetzt, um zu gewährleisten, dass die teilnehmenden Probanden der Testung hinsichtlich ihrer Intelligenz gewachsen sind. Als Aggressivitätstests wurden der *FAF* und der *Foto-Hand-Test* eingesetzt. Die *Wunschprobe*

wurde als multiples Verfahren zur Veränderungsmessung der Einstellung in deliktspezifischen Variablen eingesetzt und der *Gießen-Test* zur Opferbeschreibung durch den Täter. Der *Explorationsfragebogen* wurde für die allgemeine Datenerfassung, zur Opferkontaktbeschreibung und zur Sexualanamnese eingesetzt, die *Fremdanamese* zur Veränderungsmessung und die *PCL* zur Schwere der Symptomatik der Täter aufgrund der Kenntnis, dass Psychopathy ein extrem negativer Prognosefaktor ist, genutzt. Die ausgewählten Verfahren geben somit hinreichend Auskunft zu der Fragestellung der Untersuchung.

Ein wesentliches Merkmal dieser Untersuchung ist die Multimethodalität und die Verwendung der projektiven Verfahren, insbesondere die Wahl der *Wunschprobe*. Der Einsatz von projektiven Techniken wird kontrovers diskutiert. Die Auswertung ist anspruchsvoll und erfordert viel Übung, da eine Standardierung ebenso fehlt wie Gütekriterien. Andererseits sind projektive Techniken für den Probanden nicht durchschaubar und es bestehen keine bzw. minimale Verfälschungstendenzen im Rahmen der sozialen Erwünschtheit. Gerade bei inhaftierten Sexualstraftätern, deren Ziel ein möglichst kurzer Gefängnisaufenthalt ist und denen demzufolge eine positive Selbstdarstellung mit Ziel einer guten Prognose unterstellt werden kann, sind Techniken, die nicht durchschaubar sind, von großem Vorteil und deren Ergebnisse von anderer Bedeutung als Ergebnisse eines durchschaubaren Testverfahrens.

14.3 Diskussion der Ergebnisse

14.3.1 Vergleich der Ergebnisse der projektiven Techniken und der Fragebogenverfahren

Die Hauptergebnisse können der Testung mit projektiven Techniken zugewiesen werden. Im Rahmen des AOS-Scores des *Foto-Hand-Test* ist eine Veränderung der Aggressivität von Untersuchungszeitpunkt eins zu zwei und ein Unterschied zwischen Experimental- und Kontrollgruppe feststellbar. Die Ergebnisse der *Wunschprobe* stützen das Ergebnis des Foto-Hand-Tests. Bei den Ergebnissen des Fragebogenverfahrens *FAF* ist dies nicht der Fall. Hier liegen die Werte der Experimentalgruppe über den Werten der Kontrollgruppe mit Ausnahme der Skala Selbstaggression. Aufgrund zweier Aspekte ist von Verfälschungstendenzen bei der Beantwortung des *FAF* auszugehen: Erstens wurde ein Zusammenhang von *FAF* und Foto-Hand-Test festgestellt und zweitens ein Zusammenhang von *Wunschprobe* und Foto-Hand-

Test. Die Subskala Destruktivität der *Wunschprobe* ist ein Prädiktor für den AOS-Score des *Foto-Hand-Tests*.

14.3.2 Sexualität

Ein Hauptergebnis der Untersuchung ist, dass sich Sexualstraftäter durch Behandlung von der Triebebene entfernen (*Wunschprobe, elementare Sensumotorik*). Dies bedeutet, dass die Triebsteuerung im sexuellen Bereich abnimmt zugunsten einer höheren Entwicklungsebene wie der kognitiven oder emotionalen Zugänglichkeit. Dies wiederum bedeutet, dass eine Förderung der kognitiven und emotionalen Inhalte in der Sozialtherapie von großer Bedeutung für eine gute Prognose und keine erneute Rückfälligkeit mit einem Sexualdelikt ist. Die Rückfälligkeit bewegt sich in der letzten Phase des Rückfallprozesses auf der Triebebene. Ist es einem Täter möglich, sich in allen Phasen des Rückfallprozesses auf kognitiv gesteuerte Ebenen zu begeben, ist es ihm möglich, den Rückfallprozess zu beenden. Hierzu gehört auch der Bereich der *kulturbezogenen Mentalität*. Werden kulturelle Interessen gefördert, geht dies auch zugunsten der kognitiven und emotionalen Bezogenheit. Auch dieser Bereich ist bei Probanden der Experimentalgruppe stärker ausgeprägt und zeigt einen Interventionseffekt im Vergleich zu Kontrollgruppenprobanden.

Weiterhin ist die Verbesserung des Zugang zur Sexualität durch die *Fremdanamese* untersucht. Im Falle der Experimentalgruppenprobanden ist nur sieben Probanden, d.h. 26% kaum oder keine Verbesserung ihres Zugang zur Sexualität gelungen und 74% haben ihren Zugang verbessert. Ein verbesserter Zugang bedeutet mehr Kenntnis und Einsicht soweit Reflektionsvermögen bezüglich Rückfallgefahren und Erkennen von Situationen auf denen der Täter auf die Triebebene abgeleitet. Dies ist aus dem Ergebnis der Testung mit der hängt der *Wunschprobe* erkennbar.

14.3.3 Aggressivität

Hinsichtlich der Untersuchungsergebnisse zur Aggressivität treffen mehrere Verfahren eine Aussage. Dies ist einerseits der Foto-Hand-Test, andererseits der FAF und die *Wunschprobe* aber auch die Fremdanamese. Die Ergebnisse von Foto-Hand-Test und *Wunschprobe* ergänzen sich, das Ergebnis des FAF ist leider wenig kohärent, sondern schreibt

eher noch den Probanden der Kontrollgruppe eine gute Entwicklung zu als den Probanden der Experimentalgruppe. Diese Thematik wurde bereits unter 14.3.1 diskutiert.

14.3.4 Opferempathie

Opferempathie wurde mit dem *Gießen-Test*, dem *Explorationsfragebogen* und der *Fremdanamnese* gemessen. Eindeutig auf einen Interventionseffekt hinweisende Ergebnisse gab es nicht. Anhand der *Fremdanamnese* kann eine positive Entwicklung der Experimentalgruppe festgestellt werden. Mit dem *Gießen-Test* waren ansatzweise Ergebnisse hierzu zu bekommen, ebenso mit dem Explorationsfragebogen. Diese Ergebnisse wurden miteinander in Bezug gesetzt und ergaben teilweise Ansätze eines Belegs der Entwicklung von Opferempathie bei der Experimentalgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe.

14.3.5 Eine mögliche weitere Beobachtung der Täter

Eine Weiterverfolgung und Weiterbeobachtung der Täter über den Zeitraum der Untersuchung wäre sehr sinnvoll, da nach Entlassung der Gefangenen aus der Justizvollzugsanstalt eine tatsächliche Rückfälligkeit und damit eine Bewährung in der Freiheit überprüft werden könnte. Dies wäre eine Aufgabe für eine Anschlussarbeit an diese Untersuchung.

14.4 Diskussion der Behandelbarkeit der Täter

Ist das Ergebnis dieser Arbeit, dass die Täter durch ein Behandlungsprogramm rückfallfrei bleiben? Sicherlich nicht. Einerseits kann nach einer intramuralen Untersuchung nur eine Rückfallprognose für den Zeitraum nach der Entlassung abgegeben werden. Andererseits hängt eine Behandlungsfähigkeit mit dem Täter selbst und seiner Persönlichkeit bzw. seiner psychischen Gesundheit zusammen. Sind die Störungen Ergebnis massiver frühkindlicher Störungen, steht es in Frage, inwieweit und wieviel an Veränderung durch Therapie erzielt werden kann. Bekannt ist auch die nach Therapieende eintretende Verschlechterung der Symptomatik.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigen, dass bei den Tätern durchaus eine Behandelbarkeit vorliegt und sich Einstellungen (deliktspezifisch) verändern.

14.6 Was hilft?

Es ist zu klären, mit welcher Behandlung bei welchen Tätern und unter welchen Bedingungen welche Wirkung erzielt werden kann. Die entscheidende Frage ist nicht, ob sozialtherapeutische Behandlung wirkt, sondern unter welchen Aspekten. Es wäre sinnvoll, wie von verschiedenen Autoren wie auch von Wößner (2006) angesprochen, einzelne Täteruntergruppen verschiedenen Behandlungsprogrammen zuzuführen. Vermutlich ist dies innerhalb einer SothA nur schwer durchführbar. Vielleicht wäre es möglich, einzelne SothAs auf verschiedene Behandlungsprogramme und/oder unterschiedliche Gruppen von Sexualstraftätern zu spezialisieren, so z.B. eine Differenzierung der Täter auf der Basis der Intelligenz, der Motivation, der Differenziertheit, der Therapievorerfahrung oder auch nach ihrer Reflektions- und Introspektionsfähigkeit. Auf diese Weise könnten niedrigschwelligere Programme von höherschwelligeren getrennt werden und der Fortschritt der Tätergruppen wäre größer. Ebenso wäre es sinnvoll, manche Täter aufgrund fehlender Motivation oder ständigen Provokationen und Ablehnung von Therapie aus bestimmten Bereichen oder von der gesamten Behandlung auszuschließen. Auf diese Weise könnte sich die Behandlungseffektivität des Behandlungsprogramms erhöhen und die Prognose der Täter verbessern.

15. Resümee

Die Untersuchung, die unter dem Zeichen 'welchen positiven Behandlungseffekt hat Sozialtherapie' stand, bestätigt die Hypothese, dass die Sozialtherapie in einer SothA eine deliktspezifische Einstellungsänderung von Sexualstraftätern bewirkt. Das ist ein positives und wünschenswertes Ergebnis. Hauptergebnisse waren, dass die mit dem *Foto-Hand-Test* durch den AOS-Score gemessene Aggressivität bei der Kontrollgruppe ansteigt, während sie bei der Experimentalgruppe deutlich absinkt. Zudem bewegt sich die Experimentalgruppe durch die Intervention weg vom sensumotorischen Niveau, das verantwortlich für die Durchführung des Rückfalls ist (Triebebene). Hierin unterscheidet sie sich zudem von der Kontrollgruppe (gemessen mit der *Wunschprobe* nach Wilde). Auch die kulturellen Interessen nehmen bei der Experimentalgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe. Zudem ist ein Zusammenhang von *Wunschprobe* und *Foto-Hand-Test* nachweisbar. Ein Destruktivitätswert der *Wunschprobe* ist Prädiktor für den AOS-Score des *Foto-Hand-Test*. Das alles spricht für die positive Wirkung der Sozialtherapie und möchte zu sozialtherapeutischer Arbeit ermutigen.

LITERATURVERZEICHNIS

- Albrecht, H.-J. & Ortmann, R. (2000). Abschlussbericht. *Längsschnittstudie zur Evaluation der Wirkung der Sozialtherapie in Nordrhein-Westfalen sowie Ansätze zur Effizienzsteigerung*. Freiburg i.B.: MPI für ausländisches und internationales Strafrecht.
- Alexander, M. (1999). Sexual offender treatment efficacy revisited, *Sexual Abuse* 11, No.2 (<http://inpsyte.asarian-host/alexander.htm>).
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Andrews, D. A. & Bonta, J. (1994). *The psychology of criminal conduct*. Cincinnati, OH: Anderson.
- Argelander, H. (1985). *Der Flieger*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Bandura, A. (1976). *Lernen am Modell*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bandura, A. (1979). *Aggression*. Klett-Cotta: Stuttgart.
- Bandura, A. (1979): Modifikation und Kontrolle aggressiven Verhaltens. In A. Bandura (Hrsg.), *Aggression*. Stuttgart: Kett-Cotta:
- Barnard, G. W., Fuller, A. K., Robbins, L. & Shaw, T. (1989). *The child molestor. An integrated approach to evaluation and treatment*. New York: Brunner & Mazel

- Barratt, E. S. (1994). Impulsiveness and aggression. In J. Monahan & H. J. Steadman (Eds.), *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment* (pp. 61-79). Chicago: University of Chicago Press.
- Beckmann, D., Brähler, E. & Richter, H.-E. (1990). *Der Gießen-Test (GT)*. Göttingen: Hans Huber.
- Beier, K.M., Bosinski, H.A. & Loewit, K. (2005). *Sexualmedizin*. München: Fischer.
- Belscher, W., Lischke, G. & Selg, H. (1971). *Foto-Hand-Test (FHT) zur Erfassung der Aggressivität*. Freiburg/München: Karl Alber.
- Berner, J., Briken, P. & Hill, A. (2007). *Sexualstraftäter behandeln*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH.
- Berner, W. & Bolterauer, J. (1995). 5-Jahres-Verläufe von 46 aus dem therapeutischen Strafvollzug entlassenen Sexualdelinquenten. *Recht & Psychiatrie* 3/95. S. 114 - 118.
- Biedermann, T. (2007). *Beiträge zur Aggressionsdiagnostik*. Hamburg: Dr. Kovac.
- Boetticher, A., Kröber, H.-L., Müller-Isberner, R., Böhm, K., Müller-Metz, R. & Wolf, T. (2009) Mindestanforderungen für Prognosegutachten. *KrimPäd*, 37. Jahrgang, Heft 46, S. 23 - 31.
- Bortz, J. (1995). *Statistik für Sozialwissenschaftler* (5.Aufl.). Berlin: Springer.
- Bonta, J., Harman, W. G., Hann, R. G., & Cormier, R. B. (1996). The prediction of recidivism among federally sentenced offenders: A revalidation of the SIR scale. *Canadian Journal of Criminology*, 38, S. 61-79.

- Briken, P., Hill, A. & Berner, W. (2007). Medikamentöse Therapie für Sexualstraftäter. In W. Berner, P. Briken & A. Hill (Hrsg.), *Sexualstraftäter behandeln*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH.
- Bühl, A. (2008). *SPSS 16*. München: Pearson Studium.
- Burt, M. R. & Albin, R. S. (1981). Rape myths, rape definitions, and probability of conviction. *Journal of Applied Social Psychology*, 11, S. 212-230.
- Bussmann, K.-D., Seifert, S. & Richter, K. (2008): Probanden im sozialtherapeutischen Strafvollzug: Delinquenzbelastung, Biographie und Persönlichkeitsmerkmale. *MtschrKrim* 91. Jahrgang, Heft 1, S. 6 - 21.
- Cornell, D., Warren, J., Hawk, G., Stafford, E., Oram, G. & Pine, D. (1996). Psychopathy in instrumental and reactive violent offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, S. 783-790.
- Darwin, C. (1859). *On the origin of species*, London: Murray.
- Deegener, G. (1999). *Multiphasic Sex Inventory. Handbuch*. Göttingen: Hogrefe.
- Dodge, K. A., Price, J. M., Bacharowski, J. & Newman, J. (1990). Hostile attributional biases in severely aggressive adolescents. *Journal of abnormal Psychology*, 385-392 .
- Dutton, D. G & Hart, S. D. (1992a). Evidence for longterm, specific effects of childhood abuse on criminal behavior in men. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 36, S. 129-137.
- Dutton, D. G & Hart, S. D. (1992b). Risk markers for family violence in a federally incarcerated population. *International Journal of Law and Psychiatry*, 15, 101-112.

- Eger, H & Specht, E. (1980). *Integrative Sozialtherapie-Innovation im Justizvollzug, Ein Bericht über den Modellversuch einer sozialtherapeutischen Anstalt in der Justizvollzugsanstalt Bad Gandersheim 1972-1977*. Bad Gandersheim: Selbstverlag.
- Egg, R. (1999). *Sexueller Missbrauch von Kindern*. Wiesbaden: KrimZ.
- Egg, R. (1999). Legalbewährung und kriminelle Karrieren von Sexualstraftätern. In R. Egg (Hrsg.): *Sexueller Missbrauch von Kindern*. Wiesbaden: KrimZ.
- Egg, R. (2000). *Behandlung von Sexualstraftätern im Justizvollzug*. Wiesbaden: KrimZ.
- Egg, R. (2002). Die Sozialtherapeutischen Einrichtungen heute und in der Zukunft, *KrimPäd*, 30, Heft 42, S. 36-43.
- Egg, R., Pearson, F.S., Cleland, C.M. & Lipton, D.S. (2001). Evaluation von Straftäterprogrammen in Deutschland: Überblick und Meta-Analyse. In G. Rehn /B. Wischka / F. Lösel / M. Walter (Hrsg.), *Behandlung gefährlicher Straftäter*. Herbolzheim: Centaurus, S. 321-347.
- Eher, R. (2009). Zu den Aufgaben der Begutachtungs- und Evaluationsstelle für Gewalt- und Sexualstraftäter im österreichischen Strafvollzug. *KrimPäd*. 37. Jahrgang, Heft 46, S.9 - 14
- Eher, R., Rettenberger, M. & Matthes, A, (2007). Aktuarische Prognose bei Sexualstraftätern: Ergebnisse einer prospektiven Studie mit 785 Tätern mit besonderer Berücksichtigung von relevanten Tätergruppen und Rückfallkategorie. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform* 92 (2009), Heft 1, S. 18-27.
- Eibl-Eibesfeldt, I. (1982). *Liebe und Hass*, München: Piper.
- Englisch, H. R. & Englisch, A. C. (1958). *A comprehensive dictionary of psychological and psychoanalytic terms: A guide to usage*. New York: Longmans, Green, and Co.

- Farelly, F. & Matthews, S. (1983). Provokative Therapie, in: R. Corsini (Hrsg.): *Handbuch der Psychotherapie*. Weinheim: Beltz.
- Felson, R. B. (1992). "Kick `em when they're down": Explanations of the relationship between stress and interpersonal aggression and violence. *Sociological Quarterly*, 33,1-16.
- Fuchs, A. & Mann, R. (2007). Das Sex Offender Treatment Programme (SOTP) in England und Wales. In W. Berner, P. Briken & A. Hill (Hrsg.), *Sexualstraftäter behandeln* (S. 33-47). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH.
- Goderbauer, R. (1999): Stationäre Behandlung von Sexualstraftätern im Strafvollzug. In R. Egg (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch von Kindern*, S. 167-180. Wiesbaden: KrimZ.
- Giese, H. (1962). *Psychopathologie der Sexualität*. Stuttgart: Enke.
- Groth, A. N. (1979). *Men who rape*. New York: Plenum Press.
- Groth, A. N. (1986). Leitfaden zur Behandlung von Sexualtätern. In J. Heinrichs (Hrsg.), *Ver-gewaltigung: Täter und Opfer*. Braunschweig: Holtzmeier.
- Greer, W. C. (1991). Aftercare: Community integration following institutional treatment. In G.D. Ryan & S. L. Lane (Eds.), *Juvenile sex offending. Causes, consequences, and corrections* (pp. 377-390). Toronto: Lexington.
- Habermann, N., Briken, P. & Berner, W. (2007). Gruppentherapie für Sexualstraftäter im geschlossenen Strafvollzug - Erprobung einer Methode zur Evaluation. In W. Berner, P. Briken & A. Hill (Hrsg.), *Sexualstraftäter behandeln*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, S. 47 - 68.

- Habermann, N., Briken, P. & Berner, W. (2007). Ambulante Nachsorge für aus der Haft entlassene Sexualstraftäter. In W. Berner, P. Briken & A. Hill (Hrsg.), *Sexualstraftäter behandeln*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, S. 113- 132.
- Häßler, F., & Schläfke, D. (1999). Begutchtungspraxis von Sexualstraftätern vor dem Hintergrund unterschiedlicher gesetzlicher Grundlagen. *MschKrim* 82. Jahrgang, Heft 2, S.66 - 76.
- Hagemeier, A. (2008). *Der Behandlungsgedanke bei Sexualdelinquenz*, Baden-Baden: Nomos.
- Hampel, R. & Selg, H. (1975). *Fragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren*. Göttingen: Hogrefe.
- Hanson, R.K. & Bussiere, M.T. (1996). *Predictors of sexual recidivism: A meta-analysis*. Ottawa: Public Works and Government Services Canada.
- Hanson, R.K. & Bussiere, M.T. (1998). Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66, S.348-362.
- Heim, N. & Hirsch, C.J. (1979). Castration for sex offenders: Treatment or punishment? A review and critique of recent european literature. *Arch. Sex. Behav*, 8, S.281-304.
- Hanson, R.K. & Thornton, D. (1999). *Static-99 : Improving Actuarial Risk Assessments for Sex Offenders. User Report 1999-02*. Ottawa: Department of the Solicitor General of Canada.
- Hare, R.D. (1991). *Manual for the Psychopathy-Checklist-Revised*. Toronto: Multi-Health-Systems.
- Hart, S. D. & Hare, R. D. (1997). Psychopathy: Assessment and association with criminal conduct. In D. M. Stoff, J. Brieling & J. Maser (Eds), *Handbook of antisocial behavior* (pp. 22.35). New York: Wiley.

- Harris, G. T., Rice, M. E. & Quinsey, V. L. (1993). Violent recidivism of mentally disordered offenders: The development of a statistical prediction instrument. *Criminal Justice and Behavior*, 20, 315-335.
- Harris, A., Phenix, A., Hanson, R.K. & Thornton, D. (2003). *Static-99 Coding Rules Revised-2003*. Ottawa: Department of the Solicitor General of Canada.
- Hill, A., Briken, P., Kraus, C., Strohm, K. & Berner, W. (2005). Medikamentöse Therapie von Sexualstraftätern. In B. Wischka, U. Rehder, F. Specht, E. Foppe & R. Willems, (Hrsg.), *Sozialtherapie im Justizvollzug*, Lingen: Kriminalpädagogischer Verlag (S.344-359).
- Hodgins, S. (1990). Prevalence of mental disorders among penitentiary inmates in Quebec. *Canada's Mental Health*, 37, 1-4.
- Hodgins, S. (1992). Mental disorder, intellectual deficiency, and crime. *Archives of General Psychiatry*, 49, 476-483.
- Hofmann, R. (2006). *Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen im Auge des Betrachters*. Herbolzheim: Centaurus.
- Hood, R., Shute, S., Feilzer, M. & Wilcox, A. (2002). Sex offender emerging from long-term imprisonment: A study of their long-term reconviction rates and of parole board members' judgment of their risk. *British Journal of Criminology*, 42, S. 371-3
- Jackson, S. (1978). The social context of rape: Sexual scripts and motivation. *Women's Studies International Quarterly*, 1, S. 27-38.
- Joffe, W. G. & Sandler, J. (1967). Über einige begriffliche Probleme im Zusammenhang mit dem Studium narzisstischer Störungen. *Psyche*, 21, S. 152-165.

- Kaufman, J. & Zigler, E. (1989). The intergenerational transmission of child abuse. In D. Cicchetti, & V. Carlson (Eds.), *Childmaltreatment: theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (pp.129-150). Cambridge: Cambridge University Press.
- Klassen, D. & O'Connor, W. A. (1994). Demographic and case history variables in risk assessment. In J. Monahan & H. J. Steadman (Eds.), *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment* (pp. 229-258). Chicago: University of Chicago Press.
- Klein, M. (1972). *Das Seelenleben des Kleinkindes und andere Beiträge zur Psychoanalyse*. Reinbek: Rowohlt (S.101).
- Koss, M.P. (1992). Defending date rape. *Journal of Interpersonal Violence*, 7, S. 122-126.
- Krahe, B. & Scheinberger-Olwig, R. (2002). *Sexuelle Aggression*. Göttingen: Hogrefe.
- Krüger, M (2004). Probleme der Einbettung Sozialtherapeutischer Abteilungen in Anstalten des Regelvollzugs. In G. Rehn u.a. (Hrsg.), *Freiheit und Unfreiheit*, 234 ff. Herbolzheim: Centaurus.
- Kube, E. (1985). *Täter-Opfer-Ausgleich. Wunschtraum oder Wirklichkeit?* In: Weißer Ring, 6/1985, S. 10-18.
- Kuhn, A. (1987). *Körperverletzung als Konflikt*. Reutlingen: Kinder- und Jugendpsychiatrische Praxis.
- Lehrl, S. (1977). *Mehrfachwahl-Wortschatz-Test (MWT-B)*. Erlangen: Straube.
- Lehrl, S., Merz, J, Burkhard, G. & Fischer, S. (1976). *Der Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest MWT-B*. Göttingen: Hogrefe.

- Leygraf, N. (1999). Probleme der Begutachtung und Prognose bei Sexualstraftätern. In R. Egg (Hrsg.), *KrimZ: Sexueller Missbrauch von Kindern*, Bd. 27, S. 125-136.
- Malamuth, N. M. & Heilmann, M. F. (1998). Evolutionary psychology and sexual aggression. In C. H. Crawford & D. L. Krebs (Eds.), *Handbook of evolutionary psychology* (pp. 525-542). Mahwah, NJ: L. Erlbaum.
- Marshall, W.L., Laws, D.R. & Barbaree, H.E. (1990). *Handbook of Sexual Assault*. New York: Plenum Press.
- Martinson, R. (1974). What works?-questions and answers about prison reform. In *The Public Interest*, 10/1974, 22-54.
- McGovern, K. & Peters, J. (1988). Guidelines for assessing sex offenders. In L.A. Walker (Ed.), *Handbook on sexual abuse of children* (pp.216-246). New York: Springer.
- Möller, A. (1997). Forensische Begutachtung von Sexualdelinquenz durch Eugen Bleuler in den Jahren 1910/1911. *MschKrim*, 80.Jahrgang, Heft 6, S. 422 - 430.
- Monahan, J. (1981). *Predicting violent behavior: An assessment of clinical techniques*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Monahan, J. (1992). Mental disorder and violent behavior. *American Psychologist*, 47, 511-521.
- Monahan, J. (1995). *The clinical prediction of violent behavior*. Northvale, NJ: Jason Aronson. (Original work published in 1981).
- Monahan, J. (1996). Violence prediction: The last 20 and the next 20 years. *Criminal Justice and Behavior*, 23.

- Müller-Isberner, R., Gonzalez Cabeza, S. & Eucker, S. (1997). *Die Vorhersage sexueller Gewalttaten mit dem SVR-20*.
- Murphy, W. D. Haynes, M. R. & Page, I. J. (1992). Adolescent sex offenders. In W. O'Donohue & J. H. Greer (Eds.), *The sexual abuse of children: clinical issues* (pp. 394-439). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Nichols, H.R. & Molinder, I. (1996). *Multiphasic Sex Inventory. Fragebogen zur Erfassung psychosexueller Merkmale*. Göttingen: Hogrefe.
- Ortmann, R. (1994). Resozialisierung im Strafvollzug. In *Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft*, 1994, Heft/Band 106, S.782 -821.
- Ortmann, R. (2002). *Sozialtherapie im Strafvollzug*. Freiburg: Herder.
- O'Brien, R.M. (1991). Sex-ratios and rape rates. A power-control theory. *Criminology*, 29, Roles, 35, S. 171-183.
- Philippen, A. (1995). *Konvergenzen und Divergenzen bei einer multimethodalen Einzelfalldiagnostik. Untersuchungen anhand einer Gruppe Drogenabhängiger*. Unveröff. Diplomarbeit. Phil.-Päd. Fak. Katholische Universität Eichstätt.
- Philippen, A. & Plaum, E. (1996). Konvergenzen und Divergenzen bei einer multimethodalen Einzelfalldiagnostik. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, Jg. 19, Nr. 3/4, S. 63-77.
- Plaum, E. (1992). *Psychologische Einzelfallarbeit. Einführendes Lehrbuch zu den Voraussetzungen einer problemorientierten Praxistätigkeit*. Stuttgart: Enke
- Plaum, E. (1996a). *Einführung in die Psychodiagnostik*. Darmstadt: Primus.

- Plaum, E. (1996b). *Die Wunschprobe nach Wilde: Ein zu Unrecht vergessenes diagnostisches Verfahren*. Vortrag auf dem 40. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in München. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Plaum, E. & Winkler, J. (2001). *Lebensthemen stationärer Psychotherapiepatienten-eine Untersuchung nach Wildes Wunschprobe*. In R.T. Vogel (Hrsg.), *Die Psychotherapiestation*. Gießen: Psychosozial Verlag.
- Polsky, H. (1977). *Cottage Six*. Huntington, New York: Robert E. Krieger Publishing Co.
- Postpischil, S. (2004). *Sexualstraftäter – Rechtliche Aspekte, Häufigkeiten, Ätiologie, Ätiologie, Behandlungsansätze*. In W. Pecher (Hrsg.), *Justizvollzugspsychologie in Schlüsselbegriffen*, S. 225 - 236.
- Pfäfflin, F. (1995). *Rückfallprognose bei Sexualdelinquenz*. *Recht & Psychiatrie* 3/95, 13. Jahrgang, S. 106 - 113.
- Pfäfflin, F. (2001). *Rückfallpräventionsprogramme für Sexualstraftäter*. *Recht & Psychiatrie*, 19. Jahrgang, Heft 3, S. 140 - 151.
- Prentky, R. A., Knight, R. A., Lee, A. F. S. & Cerce, D. D. Predictive validity of lifestyle impulsivity for rapists. *Criminal Justice and Behavior*, 22, 106-128.
- Proulx, J., Pellern, B., McKibben, A., Auibut, J. & Quimet, M. (1997). *Static and dynamic predictors of recidivism in sexual aggressors*. *Sexual Abuse: Journal of Research & Treatment*, 9, 7-27.
- Quinsey, V. L., Lalumiere, M. L., Rice, M.E. & Harris, G. T. (1995). *Predicting sexual offenses*. In J.C. Campbell (Ed.), *Assessing dangerousness: Violence by sexual offenders, batterers, and child abusers* (pp. 114-137). Thousand Oaks, CA: Sage.

- Randau, W.-J. & Steck, P. (2008). Tatmuster bei sexuellem Missbrauch von Kindern und Jugendlichen und ihr Zusammenhang mit Täter- und Opfermerkmalen. *MschKrim* 91. Jahrgang, Heft 3, S. 197 - 209.
- Rehder, U. (1990): Aggressive Sexualdeliquenten. Lingen: *KrimPäd*, Bd. 10.
- Rehder, U. (2009). Kriminalprognose = Vorhersage von Straftaten? Konsequenzen aus den Grenzen von Legalprognosen. *Kriminalpädagogische Praxis*, 37. Jahrgang, Heft 46, S. 4 - 8.
- Rehder, U. & Wischka, B. (2002). Behandlung von Sexualstraftätern, *KrimPäd.*, 30.Jahrg., Heft 42, S. 70-76.
- Rehder, U. & Wischka, B. (2009). Prognosen im Strafvollzug. *KrimPäd*, 37. Jahrgang, Heft 46, S. 38 - 45.
- Rehder, U. (2002): *Rückfallrisiko von Sexualstraftätern*. Lingen: Kriminalpädagogischer Verlag.
- Rehder, U. & Suhling, S. (2008). Rückfälligkeit haftentlassener Sexualstraftäter. *MschKrim*, 91. Jahrgang, Heft 4, S. 250 -268.
- Rehn, G. (2000): Folgerungen aus der Änderung des § 9 StVollzG. In R. Egg (Hrsg.), *Behandlung von Sexualstraftätern im Justizvollzug*. Wiesbaden: *KrimZ*, S. 117-124.
- Rettenberger, M. & Eher, R. (2006). Die deutsche Übersetzung des Static-99 zur aktuarischen Kriminalprognose verurteilter Sexualstraftäter. *MschKrim*, 89. Jahrgang, Heft 5, S. 352 - 366.
- Rettenberger, M. & Eher, R. (2007). Aktuarische Kriminalprognosemethoden und Sexualdelinquenz: Die deutsche Version des SORAG. *MschKrim* 90. Jahrgang, Heft 6, S.484 - 498.

- Rice, M. E. & Harris, G. T. (1997). Cross-validation and extension of the Violence Risk Appraisal Guide for child molesters and rapists. *Law and human behavior*, 21, 231-241.
- Rösler, A. & Witztum, E. (2000). Pharmacotherapy of the paraphilias in the next millennium. *Behav Sci Law*, 18, 43-56.
- Rösler, M. (1997). Jugendliche Sexualstraftäter. In DVJJ (Hrsg.): *Fördern Fordern Fallenlassen – Aktuelle Entwicklungen im Umgang mit Jugenddelinquenz.* : Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg GmbH.
- Rössner, D. (1984). Soziales Training. In *Zeitschrift für Sozialvollzug*, 18 ff.
- Roth, R. (2005). Rechtliche Grundlagen des sozialtherapeutischen Vollzuges. In B. Wischka et al. (Hrsg.), *Sozialtherapie im Justizvollzug*. Lingen: Kriminalpädagogischer Verlag.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (deutsche Bearbeitung) (1998). *Diagnostische Kriterien des DSM-IV*. Göttingen: Enke.
- Schmucker, M. & Lösel, F. (2007). Wie erfolgreich ist Therapie von Sexualstraftätern? In Lösel, F., Bender, W. & Jehle, J.-M. (Hrsg.), *Kriminologie und wissenschaftsbasierte Kriminalpolitik*. Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg.
- Schneider, H. J. (2002). Rückfallprognose bei Sexualstraftätern. *MschKrim* 85. Jahrgang, Heft 4, S. 251 - 270.
- Scholz, B. O. (1998). Psychotherapieforschung als Qualitätssicherung bei der Behandlung von Sexualstraftätern. *Recht & Psychiatrie*, 16. Jahrgang, S. 177 - 184.
- Schorsch, E. (1971). *Sexualstraftäter*. Stuttgart: Enke.

- Schorsch, E. (1983). Psychotherapeutische Aspekte der forensichen Begutachtung. *Psychiat. Prax.* 10 (1983), S. 143 - 146. Stuttgart: Thieme.
- Schorsch, E., Galedary, G., Haag, A., Hauch, M. & Lohse, H. (1985). *Perversion als Straftat. Dynamik und Psychotherapie*, Springer: Berlin.
- Schüler-Springorum, H. (2002). Rechtsfragen des sozialtherapeutischen Strafvollzuges nach dem Gesetz vom 26.01.1998, *Kriminalpädagogische Praxis* Heft 42, S.10-15.
- Selg, H. (1974). *Menschliche Aggression*. Göttingen: Hogrefe.
- Snyder, D. K. & Fruchtman, L.A. (1981). Differential patterns of wife abuse: A data-based typology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 878-885.
- Specht, F.(2002). Die Entwicklung der Sozialtherapeutischen Einrichtungen, Vorgehensweisen und Ergebnisse, *Kriminalpädagogische Praxis*, Heft 42 (2002), S. 16-22.
- Speyer, R. & Nedopil, N. (1992). Abweichungen zwischen Fremd- und Selbstbild bei persönlichkeitsgestörten Sexualdelinquenten und ihre Relevanz bei Prognoseentscheidungen. *MschKrim* 75. Jahrgang, Heft 1, S. 1 - 9.
- Steffens-enn, R. (2005). Das „Anti-Sexuelle-Aggressivitäts-Training“ (ASAT): Stark genug, um schwach zu sein. In B. Wischka, U. Rehder, F. Specht, E. Foppe & R. Willems (Hrsg.), *Sozialtherapie im Justizvollzug*. Lingen: Kriminalpädagogischer Verlag.
- Steinhauer, B. & Brand, M. (2000). *Arbeitsmappe zum Anti-Aggressivitäts-Training*. Frankfurt a. M.: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik.
- Stoller, R. J. (1979). *Perversion. Die erotische Form von Hass*. Reinbek: Rowohlt.

- Stolorow, R. D. (1979). Psychosexuality and the representational World. In *J Psychoanalysis*, 60:39.
- Suhling, S. & Wischka, B. (2008). Indikationskriterien für die Verlegung von Sexualstraftätern in eine sozialtherapeutische Einrichtung. *MschKrim* 91. Jahrgang, Heft 3, S. 210 - 226.
- Swanson, J.W. (1994). Mental disorder, substance abuse, and communitiy violence: an epidemiological approach. In J. Monahan & H.J. Steadman (Eds.), *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment* (pp.101-136). Chicago: University of Chicago Press.
- Sykes, G.M. & Matza, D (1979). Techniken der Neutralisierung: Eine Theorie der Delinquenz. In F. Sack & R. König (Hrsg.), *Kriminalsoziologie*. Wiesbaden: Akademische Verlagsgesellschaft.
- Thornhill, R & Palmer, C.T. (1990). *A Natural History of Rape*, Massachusetts Institute of Technology.
- Villmar, T. (2009). Prognosezentrum im niedersächsischen Justizvollzug bei der JVA Hannover. *KrimPäd*, 37. Jahrgang, Heft 46, S. 20 - 22.
- Vogel, R.T. (2001). *Die Psychotherapiestation*. Gießen: Psychosozial Verlag.
- Volk, P., Hilgarth, M., Lange-Joest, C., Birmelin, G., Boesken, S., Schempp, W. & Diebold, W. (1985). Vergewaltigungstäter, Sonderdruck (aus: 'Festschrift für Horst Leithoff'). In: G. Walther & H.-T. Haffner, *Sonderdruck aus: 'Festschrift für Horst Leithoff'*. Heidelberg: Kriminalistik Verlag.
- Waldmann, P. (1977). *Strategien politischer Gewalt*. Stuttgart: Westdeutscher Verlag.
- Weidner, J.(2001). *Anti-Aggressivitäts-Training für Gewalttäter*. Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg.

Weis, K. (1982). *Die Vergewaltigung und ihre Opfer*. Stuttgart: Enke.

Winkler, J. & Plaum (2001). Lebensthemen stationärer Psychotherapiepatienten- eine Untersuchung nach Wildes *Wunschprobe*. In R. T. Vogel (Hrsg.), *Die Psychotherapiestation*, S. 185-210. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Wischka, B., Foppe, E., Gripenburg, E., Nuhn-Naber, C. & Rehder, U. (2001). Das Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS) im Niedersächsischen Justizvollzug. In G. Rehn, B. Wischka, F. Lösel, & M. Walter (Hrsg.), *Behandlung gefährlicher Straftäter*, Herbolzheim: Centaurus (S. 193-205).

Wischka, B., Rehder, U., Specht, F., Foppe, E. & Willems, R. (2005). *Sozialtherapie im Justizvollzug*, Lingen: Kriminalpädagogischer Verlag.

Wößner, G. (2006). *Typisierung von Sexualstraftätern*. Freiburg: Max-Planck-Gesellschaft für ausländisches und internationales Strafrecht.

Zierep, A. (2005). Grenzen der Behandelbarkeit? Die Behandlung von Sicherheitsverwahrten in sozialtherapeutischen Einrichtungen. In B. Wischka, U. Rehder, F. Specht, E. Foppe & R. Willems (Hrsg.). *Sozialtherapie im Justizvollzug*, Lingen: Kriminalpädagogischer Verlag.

www.psychology48.com (20.07.09): Definition Devianz

www.uni-protokolle.de (19.10.2009): Vergewaltigungsmythen

www.de.wikipedia.org/wiki/Pädophilie (11.2.2010): Definition Kernpädophilie

Anhang 1 : Anschreiben Gefangene

München,

Sehr geehrter Herr,

im Rahmen einer wissenschaftlichen Untersuchung zur Psychotherapie in der Sozialtherapeutischen Abteilung der JVA bitte ich Sie um Ihre Mitarbeit.

Gegenstand der Untersuchung ist der Vergleich zwischen denjenigen von Ihnen, die sich in der Sozialtherapeutischen Abteilung befinden und denjenigen, die auf eine Verlegung in eine Sozialtherapeutische Abteilung warten bzw. nicht verlegt werden.

Um mehr darüber zu erfahren, benötige ich Ihre Hilfe. Ich bitte Sie deshalb an meiner Befragung teilzunehmen. Die Untersuchung wird während Ihrer Inhaftierung im Laufe von einem Jahr zweimal stattfinden. Sie setzt sich aus einigen Fragebögen und Testverfahren zusammen. Insgesamt wird dies jedes Mal maximal zwei bis drei Stunden in Anspruch nehmen. Einige Grunddaten zur Fremdanamnese sowie Testergebnisse werden über den Leiter der Sozialtherapeutischen Abteilung, Herrn Dr. med. Matthias Hollweg, erhoben. Es werden keine Details erhoben und es besteht kein Kontakt zu Ihrem Therapeuten.

Die ermittelten Daten stehen unter Datenschutz. Die Daten werden anonymisiert ausgewertet, d.h. sie können keiner Person zugeordnet werden. Die JVA hat keinen Zugang zu den Daten. Das Untersuchungsergebnis hat keinen Einfluss auf den Verlauf Ihrer Haft und Therapie. Die Untersuchung dient ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken.

Es ist sehr hilfreich, wenn Sie sich entschließen teilzunehmen. Die Untersuchung wird von mir persönlich in der JVA München durchgeführt und soll in Kürze beginnen.

Bitte kreuzen Sie unten an und geben diesen Brief bald an den Sozialdienst zurück.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Bitte ankreuzen/einfügen:

Ich befinde mich seit Monaten in JVA und Monaten in Behandlungsabteilung

Ja. Ich nehme an der Untersuchung während meiner Inhaftierung teil und bin mit den oben genannten Bedingungen einverstanden.

Ja. Ich nehme an der Untersuchung während meiner Inhaftierung und an der Nachuntersuchung nach meiner Entlassung teil und bin mit den oben genannten Bedingungen einverstanden.

Nein. Ich nehme nicht an der Untersuchung teil.

Name Vorname:

(bitte deutlich schreiben, Blockschrift)

Unterschrift:

Anhang 2: Explorationsfragebogen

Fragen zur Exploration der Inhaftierten

1. Eigenes Alter
2. Religionszugehörigkeit
 - katholisch
 - evangelisch
 - andere
 - keine
4. Eigener Beruf:
 - abgeschlossene Ausbildung
 - keine oder abgebrochene Ausbildung
5. Familienstand:
 - schon einmal verheiratet/Zusleben länger als 2 J.
 - unverheiratet und Zus.leben kürzer als 2J
6. Herkunftsfamilie:
 - Intakte Familienverhältnisse
 - mäßig schwere Probleme durch Scheidung/Tod
 - völlig zerrüttete Herkunftsfamilie
 - ich bin geschlagen worden
7. Heim-oder Fremdunterbringung
 - bei den leibl. Eltern aufgewachsen
 - vorübergehende Heimunterbringung (< 2J)
 - dauerhafte Heimunterbringung
 - Aufwachsen in Adoptiv- oder Pflegefamilie
 - mehrfacher Wechsel der Betreuungssituation
8. Sexualentwicklung
 - a) Sexuelle Aufklärung durch
 - Eltern
 - Freunde
 - Zeitschriften
 - b) Wie wurde erster sexueller Kontakt erlebt? Positiv Negativ
 - c) Waren Sie selbst Opfer eines sex. Mißbrauchs? Ja Nein
 - d) Gleichgeschlechtliche Vorerfahrungen? Ja Nein
 - e) Haben Sie Ihre Eltern als Vorbild für Ihre Sexualität empfunden? Ja Nein

9. Welche Intervention wird als sinnvoll, positiv, hilfreich empfunden:

- Gruppe
- Einzeltherapie
- Lockerungsmaßnahmen
- Bildungsmaßnahmen
- Arbeit
- soziales Miteinander

10. Welche Bedeutung hat Änderung von mir durch/während der Inhaftierung für mich:

- keine
- gering
- hoch

11. Schuld von Opfer – Mitschuld an der Tat:

- trifft gar nicht zu
- trifft etwas zu
- trifft deutlich zu
- trifft extrem zu

12. Hätte das Opfer die Tat durch anderes Verhalten vermeiden können?

Ja Nein

13. Fand die Tat unter Alkoholeinfluss/Drogeneinfluss statt

Ja Nein

und kam es aufgrund des Alkoholeinflusses/Drogeneinflusses zur Tat?

Ja Nein

Anhang 3: Fremdanamnese

Fremdanamnese:

Sehr geehrter Herr,

bitte kreuzen Sie bei jeder der 8 Fragen jeweils entweder gut, mittel oder schlecht an.
Für jeden der 8 in der JVA untersuchten Gefangenen liegt ein Anamnesebogen bei, der namentlich gekennzeichnet ist. Im folgenden für Ihre Unterlagen die bezüglich der Entwicklung der Gefangenen gestellten Fragen.

Anamnesebogen:

1. Dem Gefangenen ist es gelungen, sein Delikt zu bearbeiten	gut	mittel	schlecht
2. Reduzierung der Bagatellisierung des Deliktes	gut	mittel	schlecht
3. Verbesserung des Zuganges zu seiner Sexualität	gut	mittel	schlecht
4. Wahrnehmung eigener Aggressivität verbessert	gut	mittel	schlecht
5. Umgang mit eigener Aggressivität besser	gut	mittel	schlecht
6. Verbesserung der eigenen Akzeptanz des Deliktes	gut	mittel	schlecht
7. Entwicklung/Verbesserung von Opferempathie	gut	mittel	schlecht
8. Verbesserung von Verständnis f. Zusammenhänge Delikt-Lebensgeschichte	gut	mittel	schlecht