

Wirksame Behandlungsformen für den Maßnahmenvollzug nach § 21.1 StGB –

Versuch einer Integration der Forschungsergebnisse

Effective Treatment Methods for the Execution of Sentences and Measures,
According to § 21.1 StGB – an Attempt Towards an Integration of Research
Findings

Manfred Kornberger & Teresa Wohlmann-Kreuch

Themenschwerpunkt Kriminalpsychologie und Profiling

Zusammenfassung

Nachdem kurz auf die historischen und aktuellen rechtlichen Rahmenbedingungen des Maßnahmenvollzugs in Österreich eingegangen wird, folgt eine Darstellung des derzeitigen empirischen Forschungsstandes in Bezug auf die Behandlung von Maßnahmepatienten nach § 21.1 StGB. Da der Stand der Forschung in der forensischen Psychiatrie und Psychotherapie als nicht zufrieden stellend bezeichnet werden muss, werden die Ergebnisse zweier Nachbardisziplinen (allgemeine Psychotherapieforschung im Abschnitt 3 und Forschung zur Straftäterbehandlung im Abschnitt 4) dargestellt. Durch eine systematische Integration der Forschungsergebnisse dieser Bereiche soll eine wissenschaftlich fundierte Behandlung für Maßnahmepatienten zumindest theoretisch umrissen werden.

Anmerkung: Da die meisten Personen, die sich in einer vorbeugenden Maßnahme befinden, männlich sind, wird in diesem und ähnlichen Zusammenhängen auf die weibliche Form verzichtet. In allen anderen Bereichen, in welchen von einer annähernd gleichen Geschlechterverteilung ausgegangen werden kann, wird die übliche Form (z.B. PatientInnen) verwendet.

Abstract

After a brief introduction to the historical and current legal general conditions for the Execution of Sentences and Measures in Austria, follows a presentation of the empirical research findings concerning the treatment of forensic-psychiatric patients according to § 21.1 StGB. Since the current scientific results of Forensic Psychiatry and Psychotherapy are not satisfactory, the authors refer to the results of other similar disciplines (psychotherapy research in the third paragraph and treatment research of criminal offenders in the fourth paragraph). A scientifically established treatment plan for

mentally ill criminal offenders shall be at least theoretically outlined through a systematic integration of the research findings of the above mentioned disciplines.

1. Historische und rechtliche Rahmenbedingungen

Die Auseinandersetzung mit der Frage, wie psychisch einträchtige Menschen im Falle einer Straftat vor dem Gesetz zu behandeln wären, hat eine lange Geschichte. Im Rahmen des römischen Rechts beispielsweise wurden so genannte Rasende, Verblödete oder Tore nicht von der Justiz belangt, da man annahm, sie seien bereits ausreichend durch ihr Schicksal bestraft (Nedopil, 1996). Trunkenheit oder schwere Affekte wirkten sich damals hingegen lediglich strafmildernd aus.

Im österreichischen Strafgesetz wurden psychisch kranke Straftäter vor 1975 exkulpiert und meist auf geschlossenen psychiatrischen Abteilungen behandelt (Schanda, 2005). Im Rahmen der großen Strafrechtsreform wurde ab 1975 der vorbeugende Maßnahmenvollzug für geistig abnorme Straftäter (§ 21 StGB) etabliert. Damals wurden auch § 22 und § 23 StGB erlassen, welche den Umgang mit entwöhnungsbedürftigen Rechtsbrechern und gefährlichen Rückfalltätern regeln sollten. Den letztgenannten Regelungen kommt heute kaum mehr praktische Bedeutung zu, wohingegen § 21 StGB so viele Menschen betrifft wie nie zuvor (Schanda, 2005).

Bei der Einweisung in eine vorbeugende Maßnahme nach § 21 StGB muss vorerst im Rahmen einer Begutachtung die Zurechnungsfähigkeit zum Tatzeitpunkt abgeklärt werden (§ 134 StPO). Diese setzt sich aus der Fähigkeit, Recht und Unrecht zu unterscheiden (Diskretionsfähigkeit) und der Fähigkeit, nach dieser Einsicht zu handeln (Dispositionsfähigkeit), zusammen (Rasch, 1999). Nach österreichischem Gesetz handelt eine Person nicht schuldhaft (§ 11 StGB), wenn eine dieser Fä-

higkeiten verloren geht (Eder-Rieder, 1985). Im Gegensatz zur deutschen Rechtslage, die seit 1933 sowohl eine verminderte als auch eine völlige Schuldunfähigkeit vorsieht (Leygraf, 2006a; Nedopil, 1996), kennt das österreichische Gesetz diese Unterscheidung nicht. Liegt nun Zurechnungsunfähigkeit vor, so ist eine Grundlage für den § 21.1 nach österreichischem Strafrecht gegeben. Wird der Straftäter zum Zeitpunkt der Tat jedoch als zurechnungsfähig angesehen, liegt aber dennoch eine schwere psychische Störung vor, so ist die Unterbringung zugleich mit dem Ausspruch einer Freiheitsstrafe anzuordnen (§ 21 Abs. 2 StGB).

Obwohl aus theoretischer Sicht viele psychische Störungen zur Einweisung in die Maßnahme führen können (vgl. z.B. Rasch, 1999), so stellen Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis im Rahmen des § 21.1 StGB die Hauptdiagnose dar, wohingegen schwere Persönlichkeitsstörungen (teilweise einhergehend mit Sexualstraftaten) meist im Rahmen des § 21.2 StGB behandelt werden (Haller, 1996; Schanda, 2005). Es wird jedoch auch bei primär psychotischen Patienten von relativ hohen Komorbiditätsraten vor allem im Bereich der Persönlichkeitsstörungen ausgegangen (Leygraf, 2006c). Im Abschnitt 3 wird daher vor allem auf die Ergebnisse der Psychotherapieforschung in Hinblick auf diese Störungen eingegangen.

Für beide Varianten des § 21 StGB ist es darüber hinaus erforderlich, dass die begangene Tat mit einer ein Jahr übersteigenden Freiheitsstrafe bedroht ist, und dass unter dem Einfluss der psychischen Störung weitere Straftaten zu befürchten sind.

Bei einer Einweisung in eine Anstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher nach § 21.1 StGB stehen der Behandlungsgedanke und das Ziel der Resozialisierung im Vordergrund. Die Patienten sollen unter Berücksichtigung ihres Zustandes so behandelt werden, wie es den Grundsätzen und anerkannten Methoden der Psychiatrie, Psychologie und Pädagogik entspricht (Eder-Rieder, 1985). Welche Methoden dabei angewandt werden können, und inwieweit diese Methoden empirisch evaluiert sind, wird in den folgenden Abschnitten thematisiert.

In Österreich lässt sich ein signifikanter Zuwachs der Anzahl der Patienten, die im Rahmen der Maßnahme nach § 21.1 StGB behandelt werden, feststellen. Nach Schanda (2005) hat sich deren Anzahl im Zeitraum von 1990 bis 2003 verdreifacht. Leygraf (2006b) stellt weiterführend fest, dass „... die Zunahme der Unterbringung schizophrener Patienten in forensisch-psychiatrischen Einrichtungen [...] ein weltweit zu beobachtender Prozess“ ist (S. 258). Eine wissenschaftlich fundierte, effiziente Behandlung dieser Patienten erscheint daher dringend notwendig. In diesem Sinne widmet sich die vorliegende Arbeit zwar explizit den Behandlungsmöglichkeiten von Patienten im Maßnahmenvollzug nach § 21.1 StGB, einige der referierten Forschungsbefunde sind jedoch für Patienten, die im Rahmen des § 21.2 StGB behandelt werden, ebenfalls relevant (vgl. beispielsweise die Abschnitte über Persönlichkeitsstörungen oder Kriminaltherapie).

2. Der Stand der Forschung im Maßnahmenvollzug nach § 21.1 StGB

Empirische Wirksamkeitsuntersuchungen für die Behandlung psychisch kranker Straftäter innerhalb von geschlossenen Institutionen (entspricht dem Maßnahmenvollzug nach § 21.1 StGB in Österreich), fehlen bislang weitgehend. Hodgins (2001) stellt diesbezüglich fest, dass „evaluation studies of inpatient care for offenders with major mental disorders are nonexistent“ (S. 445). Für ‚high security hospitals‘ im angloamerikanischen Raum gilt Ähnliches: „... empirical data on the efficacy of the clinical services they provide remains scant“ (Blackburn 2001, S. 523). Auch in internationalen Standardwerken zur forensischen Psychotherapie (z.B. Cordess & Cox 1996) sucht man vergeblich nach validen empirischen Wirksamkeitsbelegen. Im deutschsprachigen Raum wird der aktuelle Stand der Forschung nicht viel optimistischer betrachtet: „Die wissenschaftliche Evaluation therapeutischer Verfahren im forensischen Bereich steckt aber weiterhin in den Kinderschuhen und kann sich auch nur zögerlich entwickeln“ (Nedopil, 2003, S. 67).

In der Literatur finden sich jedoch Hinweise und Empfehlungen, welche Interventionen in der Behandlung psychisch kranker Rechtsbrecher erfolgreich sein könnten. Leygraf (2006c) sieht beispielsweise „... diejenigen therapeutischen Strategien [...], die eine klare Struktur aufweisen, eine kognitiv-behaviorale Ausrichtung haben und den Betroffenen aktiv in eine Reihe verschiedener Behandlungsmodule miteinbeziehen“ als besonders aussichtsreich an (S. 278). Für Hodgins (2001) sind jene Behandlungsbausteine zentral, die sich in der Behandlung der jeweiligen Grunderkrankung und der komorbiden Erkrankungen als effektiv erwiesen haben und welche auf ein autonomes Leben außerhalb der stationären Einrichtung abzielen.

Die unbefriedigende empirische Forschungslage steht im Widerspruch zu den immer lauter werdenden Forderungen nach einer spezifischen forensischen Psychotherapie, nach Effizienzuntersuchungen und nach der Evaluation neuer Therapieformen im forensischen Bereich (vgl. Huchzermeier & Aldenhoff, 2002; Nedopil, 2003). Osterheider (2002) geht diesbezüglich noch einen Schritt weiter, indem er postuliert, dass es „... in Zukunft darum gehen [wird], unzureichend evaluierte, sozusagen nicht ‚forensik-adäquate‘ Therapieverfahren vom Leistungsangebot auszuschließen und sich anerkannten und sowohl empirisch als auch wissenschaftlich gesicherten Therapieverfahren zuzuwenden“ (S. 18). Die breite Kluft zwischen derzeitigem Wissensstand einerseits und Forderungen an den Fachbereich der forensischen Psychiatrie und Psychotherapie andererseits ist unter dieser Perspektive kaum zu übersehen.

Es lassen sich mehrere Ursachen für die skizzierte Problematik ausfindig machen. So besteht ein Hauptproblem der forensisch-psychiatrischen Psychotherapieforschung darin, dass sie von einer wichtigen Nachbardisziplin, der traditionellen Psychotherapieforschung

schung, fast gänzlich ausgegrenzt wurde und wird (Pfäfflin & Mergenthaler, 1998; Pfäfflin, 2006). Dies erklärt zum Teil die geringe Menge an forensischen Outcome- und Prozessforschungsdaten.

Erschwerend kommt hinzu, dass die Zielgruppe forensisch-therapeutischer Interventionen äußerst heterogen ist – sie erstreckt sich vom gesunden Straftäter über persönlichkeitsgestörte und sexuell deviante Menschen bis hin zu psychotischen und intellektuell behinderten Personen (Kröber, Dölling, Leygraf & Sass, 2006).

In Bezug auf wissenschaftliche Forschung ergeben sich besonders im forensischen Bereich zusätzlich Schwierigkeiten. So ist es beispielsweise kaum möglich, ausreichend große Stichproben oder Kontrollgruppen zu bilden (Nedopil, 2003).

Aufgrund der unzureichenden empirischen Befunde wird in den folgenden Abschnitten auf die Nachbardisziplinen der forensischen Psychiatrie und Psychotherapie eingegangen. Dabei liefert zum einen die Psychotherapieforschung wertvolle Hinweise, andererseits können aus der Forschung zur Behandlung von Straftätern wichtige Erkenntnisse gewonnen werden.

3. Psychotherapieforschung

In diesem Abschnitt wird der aktuelle Wissensstand in Bezug auf die Behandlungsmöglichkeiten von schizophrenen PatientInnen dargestellt. Danach werden aktuelle Ergebnisse der Psychotherapieforschung zum Bereich der Persönlichkeitsstörungen sowie zur Therapie von Sucht und Abhängigkeit zusammengefasst.

3.1. Schizophrenie

Die im Folgenden beschriebenen Interventionen zur Behandlung der Schizophrenie wurden in fast allen Studien ergänzend zur neuroleptischen Medikation eingesetzt. Unter diesen Bedingungen erwiesen sich lerntheoretisch fundierte Interventionen (z.B. Token economies), soziales Kompetenztraining, Problemlösetraining, edukative Familienprogramme, Familienbetreuung und verhaltenstherapeutische Familieninterventionen, kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppentherapie, Psychoedukation, das Training von krankheitsbezogenen Copingskills und kognitive Verhaltenstherapie bei Residualsymptomatik und persistierenden Positivsymptomen als wirksam (Brenner & Donzel, 1996; Brenner & Pfammatter, 1998; 2000; Dilk & Bond, 1996; Hahlweg & Dose, 1998; Müller, 1998; Roth & Fonagy, 1996; Schaub, Andres, Kopelwitz & Liberman, 1998; Tarrier 1996).

Was kognitive Rehabilitations- und Trainingsprogramme (wie beispielsweise das integrierte psychologische Therapieprogramm von Roder, Brenner & Kienzle, 2002) angeht, so fanden manche Autoren Belege für die Wirksamkeit (z.B. Brenner & Pfammatter 1998; 2000). Andere Autoren kommen in ihren Studien hingegen zum Schluss, dass die Effekte von kognitiven Rehabilitations-

und Trainingsprogrammen nur in den trainierten Bereichen nachweisbar sind und dass kaum Generalisierung auf andere Bereiche stattfindet (z.B. Mueser & Bond 2000).

Was die Wirksamkeit psychoanalytischer Therapien bei schizophrenen Patienten betrifft, so sind hier sowohl psychoanalytisch orientierte Autoren (z.B. Roth & Fonagy 1996) als auch Vertreter anderer Richtungen (vgl. Tarrier, Haddock & Barrowclough 2002) skeptisch. Brenner und Pfammatter (1998) konnten beispielsweise die für verhaltenstherapeutische Familieninterventionen nachgewiesenen Effekte bei psychodynamischen Therapieformen nicht finden. Buchheim und Cierpka (2001) stellen fest, dass die tatsächlichen Behandlungserfolge psychodynamischer Verfahren deutlich hinter den Erwartungen zurückblieben, was auch psychodynamisch orientierte Vorzeigekliniken dazu brachte, ihre Behandlungskonzepte umzustellen. Schwarz et al. (2006) kommen zum Schluss, dass in letzter Zeit „... nur mehr selten Studien über die Wirksamkeit analytischer Verfahren bei den Psychosen zu finden“ sind (S. 309). Die Autoren fassen den Forschungsstand insofern zusammen, als dass in kontrollierten Studien meist nur geringe Erfolge nachweisbar waren (vgl. Schwarz et al. 2006, S. 309ff; Schwarz 2000), dass aber in unkontrollierten Versuchen (S. 312ff) auch positivere Ergebnisse gefunden wurden. Insgesamt stellen Schwarz und Kollegen fest, dass es „großen Diskussions- und erheblichen Forschungsbedarf“ gibt, obwohl in ihren Augen „keine zwingenden Argumente, die dazu berechtigen, die grundsätzliche Wirksamkeit der psychodynamischen Therapie bei Schizophrenen zu bestreiten“, vorliegen (S. 315).

Metaanalytische Studien bestätigen dieses Bild im Wesentlichen. So fanden etwa Grawe, Donati und Bernauer (1994) in ihrer umfassenden Untersuchung eindeutige empirische Wirksamkeitsbelege für Problemlösetraining, Stressbewältigungstraining und Familieninterventionen bei schizophrenen Störungen. Wunderlich, Wiedemann und Buchkremer (1996) stellen in ihrer Metaanalyse fest, dass Familienbetreuung, kognitive Therapie sowie Verhaltenstherapie die größten Effekte aufweisen. Und auch Mojtabai, Nicholson und Carpenter (1998) konnten die allgemeine Wirksamkeit psychosozialer Interventionen nachweisen, wobei sie die größten Effekte für kognitive, behaviorale und high-expressed emotion-bezogene Interventionen im Einzel- und Familiensetting fanden. Die Therapieerfolge blieben über den Katamnesezeitraum hinweg stabil. Überraschenderweise zeigte sich in einer Metaanalyse außerdem, dass Negativsymptome tendenziell sogar besser behandelbar waren als die Positivsymptomatik, und dass chronische Patienten besser auf die Behandlung ansprachen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass der Stand der Therapieforschung die Wirksamkeit von bewältigungsorientierten Ansätzen nahe legt. Es ist jedoch kritisch anzumerken, dass in allen der zitierten Studien lediglich einzelne Interventionen evaluiert wurden, wobei die Dauer der Therapie selten mehr als ein Jahr betrug.

3.2. Persönlichkeitsstörungen

Aktuelle Studien belegen eine Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen unter allgemein-psychiatrischen PatientInnen von ca. 30-50 %, wobei mehr als die Hälfte der Betroffenen mehr als eine Persönlichkeitsstörung aufweist. Vermeidende, Borderline- und zwanghafte Persönlichkeitsstörungen sind dabei die häufigsten Diagnosen (Zimmerman, Rothschild & Chelminski, 2005).

So wird auch bei den im Rahmen der Maßnahme nach § 21.1 StGB behandelten primär psychotischen Patienten von relativ hohen Komorbiditätsraten im Bereich der Persönlichkeitsstörungen ausgegangen (Leygraf, 2006c). Aufgrund des Einflusses der Persönlichkeitsstörung auf den Verlauf, die Rückfallsrate, die Behandelbarkeit und die Heilungschancen der Achse-I-Störung erscheint eine Erfassung und Behandlung der Persönlichkeitsstörung unbedingt notwendig. Dies betrifft auch die im forensischen Bereich besonders zu beachtende Gruppe der Patienten mit einer dissozialen Persönlichkeitsstörung. Unter schizophrenen Männern liegt die Prävalenz einer dissozialen Persönlichkeitsstörung nach Moran und Hodgins (2004) überraschenderweise bei 23 %, unter männlichen forensischen Patienten mit Schizophrenie sogar bei geschätzten 27 %. Damit steigt auch die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen von Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit sowie die Anzahl der begangenen Delikte.

Auch heute herrscht unter Klinikern immer noch Skepsis in Bezug auf die Behandelbarkeit von Persönlichkeitsstörungen, wobei die dissoziale Persönlichkeitsstörung als besonders therapieresistent gilt (Salekin, 2002). Die Sichtweise von klinischen Praktikern spiegelt sich insofern in der Forschungslage wider, als dass zur Therapie von Persönlichkeitsstörungen weitaus weniger Wirksamkeitsuntersuchungen vorliegen als etwa im Bereich der Schizophrenie und dass diese häufiger methodische Mängel aufweisen. Trotzdem lassen sich aus Übersichtsarbeiten Hinweise auf effektive Behandlungsformen ableiten. Benjamin und Karpiak (2001) beispielsweise betonen die Bedeutung der therapeutischen Beziehung, der klaren Strukturierung des Therapieprozesses sowie der Grenzsetzung bei inadäquatem PatientInnenverhalten. Als wirksame Ansätze führen sie die dialektisch-behaviorale Therapie nach Linehan (1996) und das day treatment program (ein milieu-therapeutisches Konzept nach Piper) an. Bateman & Fonagy (2000) kommen in ihrer Übersicht zum Schluss, dass erfolgreiche Therapien folgende Merkmale aufweisen: gute Strukturierung, eher aktive Rolle des Therapeuten, Fokus auf Förderung der Compliance und der therapeutischen Beziehung, klarer Therapiefokus, theoretische Kohärenz, langfristige Ausrichtung sowie Kooperation mit anderen psychosozialen Einrichtungen. Diese Merkmale können beispielsweise für die dialektisch-behaviorale Therapie, die Schematherapie nach Young (Young, Klosko & Weishaar, 2003), für die transference-focused therapy nach Kernberg (TFP; Clarkin, Yeomans & Kernberg, 2001) sowie für das mentalization-based treatment (MBT) nach Bateman und Fonagy (2004) als erfüllt angesehen werden.

Bezüglich der PatientInnenmerkmale erwiesen sich bei Cluster-B-Persönlichkeitsstörung das Nichtvorliegen von Selbstverletzungen in der Vergangenheit, die Abwesenheit einer zusätzlichen vermeidenden Persönlichkeitsstörung sowie eine gute allgemeine Anpassung und jüngeres Alter als Prädiktoren für einen lang anhaltenden Therapieerfolg (Chiesa & Fonagy, 2007).

In der Metaanalyse von Leichsenring und Leibling (2003) wird die Wirksamkeit zweier Therapieverfahren verglichen. Demnach fanden sich annähernd gleich große Effektstärken für psychodynamische und kognitiv-behaviorale Therapieverfahren, wobei eine längere Dauer der Therapie sowie ein manual-basiertes Vorgehen vor allem bei psychodynamischen Therapieformen bessere Ergebnisse zu bewirken scheint.

Mit der Arbeit von Giesen-Bloo et al. (2006) liegt darüber hinaus eine methodisch gut kontrollierte neuere Studie mit Borderline-PatientInnen vor. Dabei wurde über einen Zeitraum von drei Jahren Schematherapie nach Young et al. (2003) als integrativer, kognitiver Therapieansatz mit der psychodynamisch orientierten transference-focused therapy (TFP) nach Kernberg (Clarkin et al., 2001) verglichen, wobei mit Jeffrey Young und Frank Yeomans Autoren der jeweiligen Therapiemanuale als Supervisoren für die Studie gewonnen werden konnten. Für beide Therapieformen konnten bereits nach einem Jahr signifikante Verbesserungen festgestellt werden. Die Ergebnisse sprechen insofern jedoch für die schemafokussierte Therapie, als dass in dieser Methode mehr Patienten ihre Therapie innerhalb von drei Jahren abschlossen und Therapieabbrüche seltener und zu einem späteren Zeitpunkt beobachtet wurden. Insgesamt ließ sich feststellen, dass „... the SFT group improved significantly more than the TFP group with respect to abandonment fears, relationships, identity disturbance, impulsivity, (para)suicidal behavior, and dissocial and paranoid ideation“ (Giesen-Bloo et al., 2006, p. 655). Die Schematherapie erfuhr mittlerweile durch Bernstein, Arntz und de Vos (2007) eine Adaptierung an den forensischen Bereich, da aus Sicht dieser Autoren frühe maladaptive Schemata eine wichtige Rolle bei Rückfall in ein neuerliches Delikt spielen dürften. Dabei stellt eine auftretende Komorbidität mit Achse-I-Störungen keine Kontraindikation in der Anwendung dar.

In Bezug auf die Therapie der dissozialen Persönlichkeitsstörung stellt Salekin (2002) in seiner Übersichtsarbeit fest, dass sowohl psychoanalytisch orientierte als auch kognitiv-verhaltenstherapeutische Vorgehensweisen (mit leichten Vorteilen für letztgenannte) effektiv sind. Die Kombination von kognitiver Verhaltenstherapie mit einsichtsorientierten Vorgehensweisen steigert die Erfolgsrate jedoch zusätzlich. Im Bereich der kognitiven Verhaltenstherapie liegen folgende inhaltlich strukturierte Therapiebausteine vor: Training sozialer Fertigkeiten und der Empathiefähigkeit, Dilemmadiskussion zur Förderung von Werten, das relapse-prevention-model zur Vermeidung von Rückfällen, die Identifikation von Risikobedingungen für einen Impulskontrollverlust, Wahrnehmungstrainings, die Beteiligung von Bezugs-

personen sowie Einzeltherapie und Transfersicherung (Herpertz & Saß, 2003; Fiedler, 2000). Korrelationen mit höheren Therapieeffekten fand Salekin unter anderem in Studien mit jüngeren Patienten, wenn die Therapie länger als ein Jahr dauerte und intensiv war. Die Effekte von sozial-therapeutischen Gemeinschaften oder medikamentöser Behandlung erfuhren hingegen wenig empirische Bestätigung.

3.3. Substanzmissbrauch und Abhängigkeit

Alkohol- und Drogenmissbrauch bzw. -abhängigkeit stellt ein häufig auftretendes therapeutisches Problem in der Behandlung psychisch kranker Straftäter dar (Leygraf, 2006b). Um die Rückfallgefahr in eine neuerliche Straftat zu minimieren, scheint es daher notwendig, therapeutisches Augenmerk auf die im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen auftretenden Störungen zu legen. Auch scheint im Bereich der Abhängigkeitsstörungen eine hohe Komorbidität mit posttraumatischen Belastungsstörungen und mit schweren Persönlichkeitsstörungen vorzuliegen, wobei vor allem dissoziale und Borderline-Persönlichkeitsstörungen als prognostisch ungünstig bewertet werden (Burtscheidt, 2001). Demnach ist die Suchterkrankung oft als Selbstbehandlungsversuch in Folge einer Traumatisierung anzusehen. Hier gilt es, in der Behandlung an der Wurzel anzusetzen und die grundlegenden Störungen ins Zentrum zu rücken (Kreische, 2002).

In der Behandlung von Substanzabhängigkeiten werden häufig mehrere therapeutische Ansätze kombiniert, wobei soziokulturell orientierte Programme, psychoanalytische Konzepte, kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze und biologische Therapien besonders verbreitet Anwendung finden (Comer, 2001). In metaanalytischen Studien erwiesen sich in der Behandlung von Alkoholismus kognitive Bewältigungstrainings, Problemlösetraining sowie speziell zusammengestellte verhaltenstherapeutische Alkoholprogramme als effektiv. So wird am expliziten Beispiel der Alkoholabhängigkeit aufgezeigt, wie durch Psychotherapie langfristig Kosten im Gesundheitssystem eingespart werden können (z.B. Grawe, et al. 1994). Burtscheidt (2001) fasst einige Metaanalysen mit dem Ergebnis zusammen, dass zu tiefenpsychologischen Ansätzen wenig empirische Wirksamkeitsuntersuchungen vorliegen, und dass aus dem kognitiv-behavioralen Bereich soziales Kompetenztraining, Rückfallprävention, kognitive Therapie sowie motivationale Kurzzeitinterventionen als wirksam angesehen werden können. Solche verhaltenstherapeutischen Techniken können nach Manualen durchgeführt werden und führen konsistent zu höheren Abstinenzraten und guten Langzeiteffekten sowie zu hoher Akzeptanz im Gegensatz zu nicht spezifischer, unterstützender Therapie (Burtscheidt, Wölwer, Schwarz, Strauss & Gaebel, 2002). So wurden in den letzten drei Jahrzehnten besonders viele, hilfreich erscheinende verhaltenstherapeutische Programme für Alkohol- und Drogenmissbrauch und -abhängigkeit entwickelt

(Carroll & Onken, 2005). Kognitiv-behaviorale Therapien, Kontingenstraining, Paar- und Familientherapien und andere Ansätze haben sich als wirksame Interventionen erwiesen. Vor allem Rückfallspräventionstrainings als Kombination aus sozialem Kompetenztraining und operanter Konditionierung zeigten sich bei Alkoholkranken als gut empirisch belegt. Darüber hinaus bewies sich eine Kombination aus behavioralen und pharmakologischen Maßnahmen als hilfreicher als die Anwendung einer dieser Ansätze allein.

Als erfolgreicher psychotherapeutischer Ansatz bewährte sich bisher auch das Verhaltensdrama von Redecker (2002), welches, aus der Praxis entwickelt, eine Kombination aus psychodramatischen und verhaltenstherapeutischen Techniken darstellt. Die Behandlungsstrategie scheint sich insbesondere für suchtkranke Menschen zu eignen, welche gleichzeitig unter einer weiteren psychischen Erkrankung leiden.

Ein weiterer Ansatz stellt die syndrombezogene Alkoholismustherapie nach Scholz (1996) dar, welche sich als verlaufsorientierte Therapie mit Syndrombezogenheit, die gezielt auf die im Einzelfall konkret vorhandene Abhängigkeitsform eingeht, versteht, und in deren Verlauf auch die Bearbeitung von psychosozialen Hintergrundstörungen vorgesehen ist.

Auch bei Patienten mit einer Komorbidität von Schizophrenie und Substanzmissbrauch zeigte sich ein integriertes Interventionsprogramm aus regelmäßiger psychiatrischer Unterstützung, motivierender Gesprächsführung, kognitiv-verhaltenstherapeutischer Therapie und systemischer Familienintervention als wirksam in Bezug auf die Reduktion von Positivsymptomatik, die Vermeidung von Symptomverschlechterung sowie auf die Abstinenzsteigerung (Barrowclough et al., 2001). Dabei erscheinen ein besonders breites Spektrum an empirisch belegten Behandlungskomponenten sowie ein gut geschultes, kompetentes Therapeutenteam als der Effektivität des Programms zuträglich (Ho et al., 1999).

Andere Befunde relativieren dieses Bild jedoch. Cutler und Fishbain (2005) analysierten beispielsweise die Daten der größten Alkoholismus-Behandlungs-Studie project MATCH neu, wobei die Ergebnisse enttäuschend ausfielen und nur eine geringe Effektivität gängiger psychosozialer Behandlungsmethoden für Alkoholismus vermuten lassen. Dies zeigte sich auch in Bezug auf die drei manualisierten therapeutischen Maßnahmen: die kognitiv-behaviorale Therapie (CBT), die Motivationsförderungstherapie (MET) und das 12-Schritte-Programm der Anonymen Alkoholiker.

Insgesamt erscheint der Schluss von Burtscheidt (2001) gerechtfertigt, aus dem Stand der Forschung derzeit „... nur begrenzt Richtlinien für die therapeutische Praxis“ abzuleiten (S. 19).

4. Straftäterbehandlung und Kriminaltherapie

Nach Pfäfflin (2006) beschreibt der relativ neue Begriff der Kriminaltherapie die Kombination aus medizinischen, psycho- und ergotherapeutischen Interventionen, Bildungsmaßnahmen und Soziotherapie, wodurch Rückfälle und somit weitere Straftaten vermieden werden sollen. Im Gegensatz zur Psychotherapie geht es dabei weniger um Heilung oder Linderung von subjektivem Leid.

In den 50er Jahren des vorigen Jahrhunderts machte man sich mit Optimismus und vielen unterschiedlichen Methoden an die Behandlung von Straftätern (Müller-Isberner, 2002). Nachdem Mitte der 70er Jahre in einigen Untersuchungen sehr kleine oder gar keine Effekte gefunden wurden, etablierte sich die Einstellung des „nothing works“. In den 80er Jahren wurde die Forschung wieder vermehrt aufgenommen, sodass schließlich zu Beginn der 90er Jahre doch konsistent ein „small but significant effect“ der Behandlung auf die Rückfallrate von Straftätern nachgewiesen werden konnte (Hollin, 2001). Demnach reduzieren kriminaltherapeutische Interventionen das Rückfallrisiko von Straftätern um durchschnittlich 10-12 % (Lösel, 1995; McGuire & Priestley, 1995). Zusätzliche Effekte wurden in Bezug auf die psychische Befindlichkeit, im interpersonellen sowie im schulischen und Ausbildungsbereich gefunden (Lipsey, 1995).

Allerdings ergeben sich nach Lösel und Bender (1997) im Forschungsbereich der Kriminaltherapie unterschiedliche Probleme: der Großteil der Studien stammt aus Nordamerika und Kanada und wurde mit Jugendlichen durchgeführt; zwischen den Studien existiert ein hohes Maß an Variabilität (bezüglich Zielgruppe, Interventionen, Qualität der Studien ...); eine Randomisierung der Behandlungsgruppen ist schwierig oder gar nicht zu erreichen; die Einteilung in Gruppen basiert oft auf oberflächlichen diagnostischen Kriterien; Komorbiditäten wurden unterschätzt, der Fokus der Behandlung wurde auf dissoziale und kriminogene Anteile gelenkt; prozessbezogene Daten wurden kaum erhoben; die Behandlungsintegrität ist teilweise unklar; die Erfolgsmessung (meist Rückfallhäufigkeiten) ist eindimensional und damit suboptimal.

Im Ergebnis zeigen große Metaanalysen (z.B. Andrews, 1995; Cooke & Philips, 2001; Lipsey, 1995; Lösel, 1995; Lösel & Bender, 1997; McGuire & Priestley, 1995), dass reine Sanktionen, Bestrafung, abschreckende oder einschüchternde Maßnahmen, aber auch permissive, unstrukturierte, nondirektive Ansätze keine oder sogar negative Effekte haben. Auch Beratungsprogramme, rein medikamentöse Behandlung, klientenzentriertes Case-Management sowie klientenzentrierte und psychodynamische Psychotherapie haben kaum positive Wirkungen. Letztere Einschätzung wird teilweise auch von psychoanalytisch orientierten Autoren in abgeschwächter Form vertreten: „Für die psychodynamische Behandlung liegen keine neueren Untersuchungen mit ausreichenden

Stichproben vor“ (Pfäfflin, 2006, S. 360).

Als wirksam stellten sich längerfristig angelegte (mehr als 100 Kontakte umfassende), klar strukturierte, auf kriminelle Verhaltensweisen abzielende, skills-orientierte, multimodale Therapieprogramme mit kognitiv-behavioralem Hintergrund heraus. Diese sollen von fachlich gut ausgebildeten Personen durchgeführt werden, wobei auf die so genannte Programm-Integrität geachtet werden muss. Ein Beispiel für solch ein multimodales Vorgehen stellt das reasoning & rehabilitation programme von Ross & Fabiano (Gretenkord, 2002; Robinson & Porporino, 2001) dar.

Der aktuelle Forschungsstand lässt sich folgendermaßen zusammenfassen: „The treatment of choice is cognitive-behavioural treatment directed at reducing the dynamic risk factors which promote criminal behaviour and enhancing the factors that inhibit such behaviour“ (Cooke & Philips, 2001, S. 24).

Folgende therapeutische Methoden und Interventionen können als empirisch abgesichert betrachtet werden (Andrews, 1995; Lipsey, 1995; Lösel, 1995; Lösel & Bender, 1997):

auf der behavioralen Ebene:

- konkrete Anleitung und Hilfestellungen
- abgestuftes Üben
- (Selbst-) Verstärkung
- Löschung
- Therapieverträge

auf der sozialen Ebene:

- prosoziales Modelllernen
- Rollenspiele
- Einüben prosozialen Verhaltens
- soziales Kompetenztraining
- Problemlösen

auf der kognitiven Ebene:

- Förderung kritischen und moralisch-ethischen Denkens Perspektivenübernahme
- kognitive Umstrukturierung
- Arbeit an der Metakognition

auf der Selbstregulationsebene:

- Selbstkontrolltechniken
- Selbstinstruktionen
- Stressmanagement
- Entspannung
- systematische Desensibilisierung
- Emotionsregulation
- Ärgermanagement sowie
- Ressourcenaktivierung
- Gruppendiskussionen/-aufgaben

Es wird empfohlen, diese Interventionen in einem stark strukturierten, sich an prosozialen Werten orientierenden, positiv verstärkenden Milieu umzusetzen. Sind diese Merkmale bei so genannten *therapeutic communities* oder sozialtherapeutischen Ansätzen verwirklicht worden, so haben sich auch diese in Untersuchungen als wirksam erwiesen (z.B. Lipton, 2001; Lösel & Bender, 1997). Allerdings gibt es auch Hinweise darauf, dass solche therapeutischen Gemeinschaften für Patienten mit starken dissozialen Anteilen eher schädlich sein können (McMurran, 2001).

Nach Andrews (1995) sollen therapeutische Interventionen nach dem Risikoprinzip vor allem bei Personen mit hohem Rückfallrisiko zur Anwendung kommen, es soll bei der Durchführung auf eine Passung mit dem Lernstil und Auffassungsvermögen der Teilnehmer geachtet werden (Ansprechbarkeitsprinzip), und es sollen so genannte kriminogene Faktoren verändert werden (Bedürfnisprinzip). Unter kriminogenen Faktoren oder dynamischen Risikofaktoren werden dissoziale Einstellungen, Werte, Kontakte und Rollenidentifikation, Impulsivität/wenig Selbstkontrolle, wenig soziale und problemlösende Fertigkeiten, wenig planendes/antizipierendes/logisch-konzeptionelles Denken, Egozentrik/Empathiemangel, Externalisierung von Verantwortung sowie Substanzprobleme verstanden.

5. Integration

Wie bereits in Abschnitt 2 ausgeführt wurde, liegt ein Mangel an Wirksamkeitsbelegen für den Maßnahmenvollzug nach § 21.1 StGB vor, obwohl (nicht zuletzt aufgrund der hohen Behandlungskosten) der Anspruch an eine effektive Behandlung besteht. Da die zu behandelnden Personen einerseits straffällig geworden sind und andererseits oft mehrere schwere psychische Störungen aufweisen, liegt es nahe, die Ergebnisse der Psychotherapieforschung und jene der Straftäterbehandlung für die Behandlung zu nutzen.

Dies erscheint nicht zuletzt notwendig, da sich Maßnahmepatienten durch einige Charakteristika auszeichnen, welche sowohl die rein psychotherapeutische als auch die kriminaltherapeutische Behandlung erheblich erschweren. So erscheint aus der psychotherapeutischen Perspektive ein rein bewältigungsorientiertes Vorgehen in Hinblick auf die Komorbidität mehrerer schwer behandelbarer Störungen (psychotische Grunderkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, Substanzabhängigkeit oder -missbrauch; Leygraf 2006a; Rohdich & Kirste, 2005) als nicht ausreichend. Viel mehr ist davon auszugehen, dass die komplexe, komorbide Krankheitsstruktur eine dementsprechend komplexe Behandlung erfordert. Außerdem finden sich bei forensisch-psychiatrischen Patienten oft geringe Compliance, unzureichende Medikamentenwirkung und Hospitalisierungserscheinungen (Leygraf, 2006b).

Unter der kriminaltherapeutischen Perspektive ergibt sich die Schwierigkeit, dass die bisher evaluierten

Methoden für psychisch gesunde Straftäter konzipiert und auch an solchen erprobt wurden. Selbst für relativ erfolgreiche Programme wie etwa das *reasoning & rehabilitation* programme von Ross & Fabiano (Robinson & Porporino 2001; Gretenkord 2002) gilt daher noch immer, dass die Anwendung bei psychisch Kranken „... awaits empirical investigation“ (Robinson & Porporino 2001, S. 191). Die größte Schwierigkeit dabei dürfte in der Multimorbidität der Maßnahmepatienten zu sehen sein (Hodgins, 2001). Lösel und Bender (1997) sehen dies ähnlich: „Für die Straftäterbehandlung bedeutet dies, dass wahrscheinlich viele Maßnahmen zu eng auf die Antisozialität abzielen, ohne den verschiedenen komorbiden und ätiologischen Prozessen gerecht zu werden“ (S. 174).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sehr wahrscheinlich weder ein rein psychotherapeutischer noch ein rein kriminaltherapeutischer Ansatz als Basis für eine effektive Behandlung für Patienten im Maßnahmenvollzug ausreichen wird. Eine Integration ist demnach notwendig: „Die Antwort auf diese Frage kann nur sein, dass man sich vieles vereinfachen würde, griffe man die Entwicklungen in jeweils anderen Feld aktiver auf“ (Pfäfflin 2006, S. 361). Eine Möglichkeit in Bezug auf die theoretische Einbettung eines integrativen Ansatzes sieht Nedopil (2003) beispielsweise im Wirkfaktorenmodell von Grawe (2000; 2004). Für die praktische Umsetzung erscheinen multimodale Therapieformen, welche sich in der Konvergenz verschiedener Therapieschulen widerspiegeln, brauchbar zu sein. Diese haben sich auch in der allgemeinen Psychotherapieforschung (dort teilweise unter dem Begriff der *eklektischen Therapieformen*) als besonders wirksam herausgestellt (Bergin & Garfield 1994; Grawe et al. 1994).

Unter dem Blickwinkel der Integration lässt sich in Bezug auf die referierten Forschungsergebnisse feststellen, dass ein effektives Therapieprogramm für Maßnahmepatienten mehrere Kriterien erfüllen muss. Die theoretische Grundausrichtung und das dahinter stehende Menschenbild sollten über die Zeit stabil und kohärent sein. Dabei erwies sich das *kognitiv-behaviorale Modell* über alle referierten Problembereiche als brauchbar und effektiv. Behandlungsziele sind klar zu definieren und nur über einen längeren Zeitraum zu erreichen. Inhaltlich spiegeln sich in ihnen die wesentlichen Probleme der Patienten (schizophrene Grunderkrankung, Persönlichkeitsstörung, dissozial-kriminelle Anteile, Suchterkrankung) wider. Diese zentralen Probleme sollen in Form von inhaltlich klar strukturierten Modulen behandelt werden, wobei auf der technischen Ebene ein multimodales Vorgehen (d.h. kognitiv, emotional, zwischenmenschlich und verhaltens-/skillsbezogen) gewählt wird. Auf der Prozessebene sollten während der gesamten Therapie Ressourcenaktivierung, Complianceförderung sowie eine aktive therapeutische Beziehungsgestaltung durchgehend Beachtung finden.

Der Versuch einer theoretischen Integration der verfügbaren Forschungsergebnisse kann als Schritt auf dem Weg der Weiterentwicklung der forensischen Psychiatrie und Psychotherapie angesehen werden. Freilich wird die

konkrete therapeutische Ausgestaltung all dieser Komponenten und ihre praktische Umsetzung in den jeweiligen Institutionen eine ganz andere Herausforderung darstellen. Und wir dürfen annehmen, dass dies für die exakte wissenschaftliche Evaluation solch einer innovativen forensischen Behandlungspraxis ebenfalls gelten wird ...

Literatur

- ANDREWS, D. (1995). The psychology of crime conduct and effective treatment. In J. McGuire (Hrsg.), *What works: Reducing reoffending. Guidelines from research and practice* (S. 35-62). Chichester: Wiley.
- BARROWCLOUGH, C., HADDOCK, G., TARRIER, N., LEWIS, S. W., MORING, J., O'BRIEN, R., SCHOFIELD, N. & MCGOVERN, J. (2001). Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance abuse disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1706-1713.
- BATEMAN, A. W. & FONAGY, P. (2000). Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorders. *British Journal of Psychiatry*, 177, 138-143.
- BATEMAN, A. W. & FONAGY, P. (2004). Mentalization-based treatment of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 18(1), 36-51.
- BENJAMIN, L. S. & KARPIAK, C. P. (2001). Personality disorders. *Psychotherapy*, 38(4), 487-491.
- BERGIN, A. E. & GARFIELD, S. L. (EDS.) (1994). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- BERNSTEIN, D. P., ARNTZ, A. & DE VOS, M. (2007). Schema focused therapy in forensic settings: theoretical model and recommendations for best clinical practice. *International Journal of Forensic Mental Health*, 6(2), 169-183.
- BLACKBURN, R. (2001). Treatment in high security hospitals. In C. R. Hollin (Hrsg.), *Handbook of offender assessment and treatment* (S. 523-535). Chichester: Wiley.
- BRENNER, H. D. & PFAMMATTER, M. (1998). Outcome and costs of psychological therapies in schizophrenia. In T. Wykes, N. Tarrrier & S. Lewis (Hrsg.), *Outcome and innovation in psychological treatment of schizophrenia* (S. 237-257). Chichester: Wiley.
- BRENNER, H. D. & PFAMMATTER, M. (2000). Psychological therapy in schizophrenia: what is the evidence? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, supplementum (407), 74-77.
- BÖCKER, W. & BRENNER, D. (HRSG.) (1996). *Integrative Therapie der Schizophrenie*. Bern: Huber.
- BUCHHEIM, P. & CIERPKA, M. (2001). Geleitwort der Reihenherausgeber. In F. Schwarz & C. Meier (Hrsg.), *Psychotherapie der Psychosen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulübergreifend* (S. v-vi). Stuttgart: Thieme.
- BURTSCHIEDT, W. (2001). *Integrative Verhaltenstherapie bei Alkoholabhängigkeit. Ein Therapiemanual*. Berlin: Springer.
- BURTSCHIEDT, W., WÖLWER, W., SCHWARZ, R., STRAUSS, W. & GAEBEL, W. (2002). Out-patient behaviour therapy in alcoholism: treatment outcome after 2 years. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 227-232.
- CARROLL, K. M. & ONKEN L. S. (2005). Behavioral therapies for drug abuse. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1452-1460.
- CHIESA, M. & FONAGY, P. (2007). Prediction of medium-term outcome in cluster B personality disorder following residential and outpatient psychosocial treatment. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 347-353.
- CLARKIN, J. F., YEOMANS, F. E. & KERNBERG, O. F. (2001). *Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit. Manual zur psychodynamischen Therapie*. Stuttgart: Schattauer.
- COMER, R.J. (2001). *Klinische Psychologie*. Heidelberg: Spektrum.
- COOKE, D. J., & PHILIPS, L. (2001). To treat or not to treat? An empirical perspective. In C. R. Hollin (Hrsg.), *Handbook of offender assessment and treatment* (S. 17-34). Chichester: Wiley.
- CORDESS, C. & COX, M. (EDS.) (1996). *Forensic psychotherapy. Crime, psychodynamics and the offender patient. Volumes I and II*. London: Kingsley.
- CUTLER, R. B. & FISHBAIN, D. A. (2005). Are alcoholism treatments effective? The Project MATCH data. *BMC Public Health*, 5, 75. Abgefragt am 01.04.2008, von <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=16018798>
- DILK, M. N. & BOND, G. R. (1996). Meta-analytic evaluation of skills training research for individuals with severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1337-1346.
- EDER-RIEDER, M. A. (1985). *Die freiheitsentziehenden vorbeugenden Maßnahmen. Eine Betrachtung in materiellrechtlicher, prozessualer und vollzugsrechtlicher Sicht*. Wien: Manz.
- FIEDLER, P. (2000). *Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- GIESEN-BLOO, J., VAN DYCK, R., SPINHOVEN, P., VAN TILBURG, W., DIRKSEN, C., VAN ASSELT, T., KREMERS, I., NADORT, M. & ARNTZ, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder. Randomized trial of Schema-focused Therapy vs Transference-focused Psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649-659.
- GRAWE, K. (2000). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- GRAWE, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- GRAWE, K., DONATI, F. & BERNAUER, R. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- GRETENKORD, L. (2002). *Das Reasoning and Rehabilitation Programm (R&R)*. In R. Müller-Isberner & L. Gretenkord (Hrsg.), *Psychiatrische Kriminaltherapie. Band 1* (S. 29-40). Lengerich: Pabst.
- HADDOCK, G. & SLADE, P. D. (EDS.) (1996). *Cognitive-behavioural interventions with psychotic disorders*. London: Routledge.
- HAHLWEG, K. & DOSE, M. (1998). *Schizophrenie*. Göttingen: Hogrefe.
- HALLER, R. (1996). *Forensische Psychiatrie in Österreich*. In N. Nedopil (Hrsg.), *Forensische Psychiatrie. Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht* (S. 242-249). Stuttgart: Thieme.
- HEIGL-EVERS, A., HELAS, I., VOLLMER, H.C. & BÜCHNER, U. (Hrsg.) (2002). *Therapien bei Sucht und Abhängigkeiten. Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- HERPERTZ, S. C. & SASS, H. (2003). *Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart: Thieme.
- HO, A. P., TSUANG, J. W., LIBERMAN, R. P., WANG, R., WILKINS, J. N., ECKMAN, T. A. & SHANER, A. L. (1999). Achieving effective treatment of patients with chronic psychotic illness and comorbid substance dependence. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1765-1770.
- HODGINS, S. (2001). Offenders with major mental disorders. In C. R. Hollin (Hrsg.), *Handbook of offender assessment and treatment* (S. 433-451). Chichester: Wiley.
- HOLLIN, C. R. (ED.) (2001). *Handbook of offender assessment and treatment*. Chichester: Wiley.
- HUCHZERMEIER, C. & ALDENHOFF, J. B. (2002). Zum gegenwärtigen Stand der forensischen Psychotherapie in Deutschland. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 70(7), 378-384.
- KOPELWITZ, A. & LIBERMAN, R. P. (1998). Psychosocial treatments for schizophrenia. In P. E. Nathan & J. M. Gorman (Hrsg.), *A guide to treatments that work* (S. 190-211). Oxford: University Press.
- KREISCHE, R. (2002). Neuere therapeutische Entwicklungen in der Psychoanalyse. In A. Heigl-Evers, I. Helas, H. C. Vollmer & U. Büchner (Hrsg.), *Therapien bei Sucht und Abhängigkeiten. Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie* (S. 92-108). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- KRÖBER, H., DÖLLING, D., LEYGRAF, N. & SASS, H. (2006). Vorwort. In: H. Kröber, D. Dölling, N. Leygraf & H. Sass (Hrsg.), *Handbuch der forensischen Psychiatrie. Psychiatrische Kriminalprognose und Kriminaltherapie*. Darmstadt: Steinkopff.

- KRÖBER, H., DÖLLING, D., LEYGRAF, N. & SASS, H. (Hrsg.) (2006). Handbuch der forensischen Psychiatrie. Psychiatrische Kriminalprognose und Kriminaltherapie. Darmstadt: Steinkopff.
- LEICHSENDRING, F. & LEIBING, E. (2003). The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behaviour therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160(7), 1223-1232.
- LEYGRAF, N. (2006a). Psychiatrischer Maßregelvollzug. In: H. Kröber, D. Dölling, N. Leygraf & H. Sass (Hrsg.), Handbuch der forensischen Psychiatrie. Psychiatrische Kriminalprognose und Kriminaltherapie (S. 193-221). Darmstadt: Steinkopff.
- LEYGRAF, N. (2006b). Verschiedene Tätergruppen – Psychisch kranke Rechtsbrecher. In: H. Kröber, D. Dölling, N. Leygraf & H. Sass (Hrsg.), Handbuch der forensischen Psychiatrie. Psychiatrische Kriminalprognose und Kriminaltherapie (S. 254-270). Darmstadt: Steinkopff.
- LEYGRAF, N. (2006c). Therapie verschiedener Tätergruppen – Persönlichkeitsgestörte Rechtsbrecher. In: H. Kröber, D. Dölling, N. Leygraf & H. Sass (Hrsg.), Handbuch der forensischen Psychiatrie. Psychiatrische Kriminalprognose und Kriminaltherapie (S. 271-288). Darmstadt: Steinkopff.
- LINEHAN, M. (1996). Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München: CIP-Medien.
- LIPSEY, M. W. (1995). What do we learn from 400 research studies on the effectiveness of treatment with juvenile delinquents? In J. McGuire (Hrsg.), *What works: Reducing reoffending. Guidelines from research and practice* (S. 63-78). Chichester: Wiley.
- LIPTON, D. S. (2001). Therapeutic community treatment programming in corrections. In C. R. Hollin (Hrsg.), *Handbook of offender assessment and treatment* (S. 155-177). Chichester: Wiley.
- LÖSEL, F. (1995). The efficacy of correctional treatment: a review and synthesis of meta-evaluations. In J. McGuire (Hrsg.), *What works: Reducing reoffending. Guidelines from research and practice* (S. 79-111). Chichester: Wiley.
- LÖSEL, F. & BENDER, D. (1997). Straftäterbehandlung: Konzepte, Ergebnisse, Probleme. In M. Steller & R. Volbert (Hrsg.), *Psychologie im Strafverfahren: Ein Handbuch* (S. 171-204). Bern: Huber.
- MCGUIRE, J. (Ed.) (1995). *What works: Reducing reoffending. Guidelines from research and practice*. Chichester: Wiley.
- MCGUIRE, J. & PRIESTLEY, R. (1995). Reviewing 'what works': Past, present and future. In J. McGuire (Hrsg.) *What works: Reducing reoffending. Guidelines from research and practice* (S. 3-34). Chichester: Wiley.
- McMURRAN, M. (2001). Offenders with personality disorders. In C. R. Hollin (Hrsg.), *Handbook of offender assessment and treatment* (S. 467-479). Chichester: Wiley.
- MOJTABAI, R., NICHOLSON, R. A. & CARPENTER, B. N. (1998). Role of psychosocial treatments in management of schizophrenia: A meta-analytic review of controlled outcome-studies. *Schizophrenia Bulletin*, 24(4), 569-587.
- MORAN, P. & HODGINS, S. (2004). The correlates of comorbid antisocial personality disorder in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 30(4), 791-802.
- MUESER, K. T. & BOND, G. F. (2000). Psychosocial treatment approaches for schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 13, 27-35.
- MÜLLER, P. (1998). Aktueller Stand der Psychotherapieforschung bei schizophrenen Patienten. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 66(3), 101-108.
- MÜLLER, J. L. & HAJAK, G. (Hrsg.) (2003). Über das Dürfen und Müssen der Forschung mit forensischen Patienten. Aachen: Shaker.
- MÜLLER-ISBERNER, R. (2002). Psychiatrische Kriminaltherapie. In R. Müller-Isberner & L. Gretenkord (Hrsg.), *Psychiatrische Kriminaltherapie*. Band 1, (S. 1-6). Lengerich: Pabst.
- MÜLLER-ISBERNER, R. & GRETENKORD, L. (Hrsg.) (2002). *Psychiatrische Kriminaltherapie*. Band 1. Lengerich: Pabst.
- NATHAN, P. E. & GORMAN, J. M. (Hrsg.) (1998). *A guide to treatments that work*. Oxford: University Press.
- NEDOPIL, N. (1996). Forensische Psychiatrie. Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht. Stuttgart: Thieme.
- NEDOPIL, N. (2003). Stand der Forschung in der forensischen Psychiatrie. In J. L. Müller & G. Hajak (Hrsg.), *Über das Dürfen und Müssen der Forschung mit forensischen Patienten* (S. 48-75). Aachen: Shaker.
- OSTERHEIDER, M. (2002). Longstay-Abteilungen – Vorbedingungen, Möglichkeiten und Begrenzungen. *Recht & Psychiatrie*, 20(1), 17-20.
- PFÄFFLIN, F. (2006). Spezielle Therapieformen. In H. Kröber, D. Dölling, N. Leygraf & H. Sass (Hrsg.), *Handbuch der forensischen Psychiatrie. Psychiatrische Kriminalprognose und Kriminaltherapie* (S.349-368). Darmstadt: Steinkopff.
- PFÄFFLIN, F. & MERGENTHALER, E. (1998). Forschungsfragen der forensischen Psychotherapie. In E. Wagner & W. Werdenich (Hrsg.), *Forensische Psychotherapie. Psychotherapie im Zwangskontext von Justiz, Medizin und sozialer Kontrolle* (S. 21-36). Wien: Facultas.
- RASCH, W. (1999). *Forensische Psychiatrie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- REDECKER, T. (2002). Verhaltensdrama. Eine Behandlungsstrategie bei Abhängigkeitserkrankten. In A. Heigl-Evers, I. Helas, H. C. Vollmer & U. Büchner (Hrsg.), *Therapien bei Sucht und Abhängigkeiten. Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie* (S.123-132). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- ROBINSON, D. & PORPORINO, F. J. (2001). Programming in cognitive skills: The reasoning and rehabilitation programme. In C. R. Hollin (Hrsg.), *Handbook of offender assessment and treatment* (S. 179-193). Chichester: Wiley.
- RODER, V., BRENNER, H. D. & KIENZLE, N. (2002). Integriertes psychologisches Therapieprogramm bei schizophren Erkrankten – IPT. Weinheim: PVU.
- ROHDICH, R. & KIRSTE, A. (2005). Ein integrierter Behandlungsansatz für schizophrene Patienten mit Suchterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen in der Klinik für forensische Psychiatrie Haina. *Recht & Psychiatrie*, 23(3), 116-122.
- ROTH, A. & FONAGY, P. (1996). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York: Guilford.
- SALEKIN, R. T. (2002). Psychopathy and therapeutic pessimism: clinical lore or clinical reality? *Clinical Psychology Review*, 22, 79-112.
- SCHANDA, H. (2005). Die aktuelle Psychiatriegesetzgebung in Österreich: Zivil- und Strafrecht aus psychiatrischer Sicht. *Recht & Psychiatrie*, 23(4), 159-165.
- SCHAUB, A., ANDRES, K., BRENNER, H. D. & DONZEL, G. (1996). Entwicklung einer bewältigungsorientierten Gruppentherapie für schizophrene Patienten. In W. Böker & D. Brenner (Hrsg.), *Integrative Therapie der Schizophrenie* (S. 330-352). Bern: Huber.
- SCHOLZ, H. (1996). *Syndrombezogene Alkoholismustherapie: ein verlaufsorientierter Stufenplan für die Praxis*. Göttingen: Hogrefe.
- SCHWARZ, F. (2000). Empirische Studien zur psychoanalytischen Psychotherapie. *Psychotherapie Forum*, 8, 123-129.
- SCHWARZ, F. & MEIER, C. (Hrsg.) (2001). *Psychotherapie der Psychose. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend*. Stuttgart: Thieme.
- SCHWARZ, F., TABBERT-HAUGG, C., WENDL-KEMPMANN, G., HEERING, W. & KAPFHAMMER, H. P. (2006). *Psychodynamik und Psychotherapie der Psychose*. Stuttgart: Kohlhammer.
- STELLER, M. & VOLBERT, R. (Hrsg.) (1997). *Psychologie im Strafverfahren: ein Handbuch*. Bern: Huber.
- TARRIER, N. (1996). Family interventions and schizophrenia. In G. Haddock & P. D. Slade (Hrsg.), *Cognitive-behavioural interventions with psychotic disorders* (S. 212-234). London: Routledge.
- TARRIER, N., HADDOCK, G. & BARROWCLOUGH, C. (2002). Are all psychological treatments for psychosis equal? The need for CBT treatment of psychosis and not for psychodynamic psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy*, 75, 365-374.
- WAGNER, E. & WERDENICH, W. (Hrsg.) (1998). *Forensische Psychotherapie. Psychotherapie im Zwangskontext von Justiz, Medizin und sozialer Kontrolle*. Wien: Facultas.
- WUNDERLICH, U., WIEDEMANN, G. & BUCHKREMER, G. (1996). Sind psychosoziale Interventionen bei schizophrenen Patienten wirksam? Eine Metaanalyse. *Verhaltenstherapie*, 6, 4-13.
- WYKES T., TARRIER, N. & LEWIS, S. (Hrsg.) (1998). *Outcome and innovation in psychological treatment of schizophrenia*. Chichester: Wiley.

- YOUNG, J. E., KLOSKO, J. S. & WEISHAAR, M. E. (2003). Schema therapy. A practitioners guide. New York: Guilford.
- ZIMMERMAN, M., ROTHSCCHILD, L. & CHELMINSKI, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. American Journal of Psychiatry, 162, 1911-1918.

Autoren

Mag. phil. Manfred Kornberger
Klinischer- und Gesundheitspsychologe
sowie Psychotherapeut in freier Praxis und
an der Abteilung für Forensische Psychiatrie
und Alkoholranke (Station für Forensische
Akutpsychiatrie und Begutachtung) des
Otto-Wagner Spitals



Baumgartner Höhe 1
A-1145 Wien
Telefon: +43/1/91060 2 2320
manfred.kornberger@wienkav.at

Mag. rer. nat. Teresa Wohlmann-Kreuch
Klinische- und Gesundheitspsychologin
an der Abteilung für Forensische Psychiatrie
und Alkoholranke (Station für Forensische
Sozialpsychiatrie) des Otto-Wagner Spitals



Baumgartner Höhe 1
A-1145 Wien
Telefon: +43/1/91060 2 2330
teresa.wohlmann@gmx.at