

BAGÄP

Jahrestagung Nürnberg

18.09.2008

Protektive Faktoren rückfallfreier
Sexualstraftäter

Dr. Gernot Hahn

Riskmanagement – Die Notwendigkeit Risiken und Defizite zu erkennen

- Behandlung von Sexualstraftätern folgt i. d. R. der Bearbeitung von Defiziten und individuellen Risikofaktoren, welche sich ungünstig auf die Prognose auswirken
- Die Beschreibung möglicher Störungsursachen und entsprechender Symptome ist differenziert und hinsichtlich der Prognosestellung teilweise standardisiert (PCL von HARE 1991/2004, SVR von BOER 1997)
- Der gesellschaftliche Druck, die Erwartung höchster Sicherheit in Behandlung und Nachsorge führte zu einer starken Ausdifferenzierung der Ursachen- und Risikoforschung
- Fokus: belastende Faktoren, Risikofaktoren

Pathogenese – Die Notwendigkeit Risiken und Defizite zu erkennen

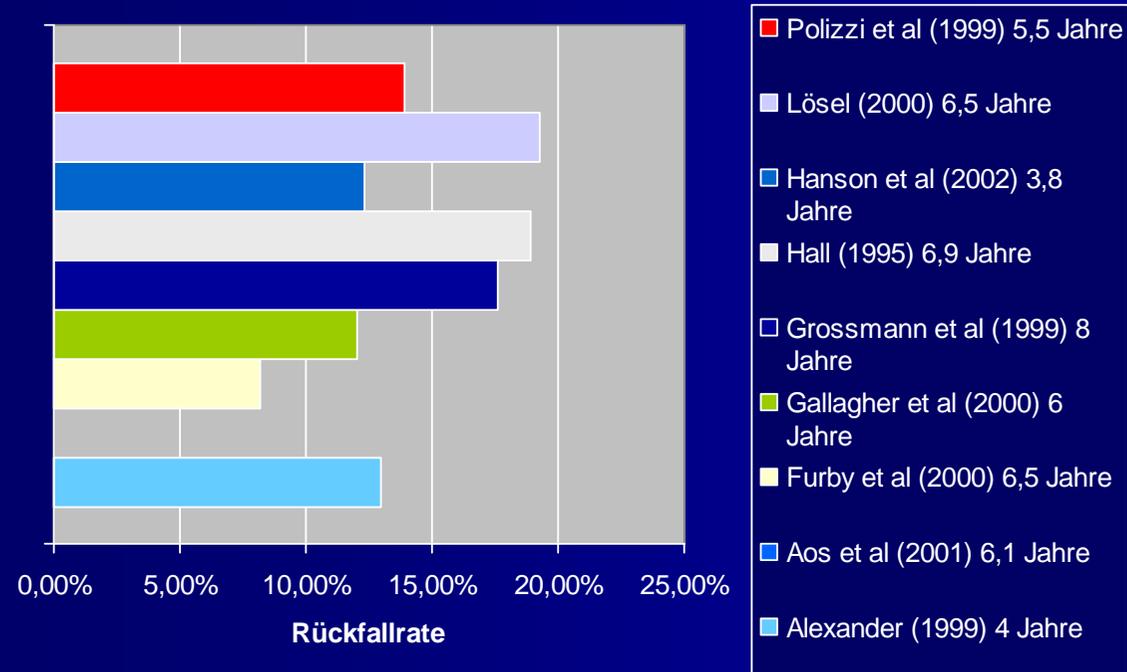
- Die Behandlung (psychisch kranker) Sexualstraftäter folgt ebenfalls dem Ziel der Risikominimierung („No cure, but control“)
- Sexualstraftäter verfügen auch über eine Reihe von **Schutzfaktoren**, welche jedoch in der – risikozentrierten- Praxis nicht immer wahrgenommen werden. Damit sind sie einer professionellen Betrachtungsweise und Förderung entzogen.
- **NEDOPIL** fordert (2002): Integration protektiver Faktoren in die Risikobewertung. Entsprechende Forschung hat kaum stattgefunden.
- Moralisches Problem: dürfen Sexualstraftäter „gute Anteile“ haben?

Rückfällige Sexualstraftäter

- Keine verlässlichen Rückfallaussagen durch „Rückfallstudien“ (Stichprobe, Katamnesedauer, Therapiestatus, Rückfallqualität)
- Generell: RR bei nicht behandelten Tätern ist höher als nach Therapie. Das Risiko steigt mit der Dauer des Entlasszeitraums
- Überblick durch Metaanalysen (SCHMUCKER, 2004)

Sexualdelikte: Rückfallraten

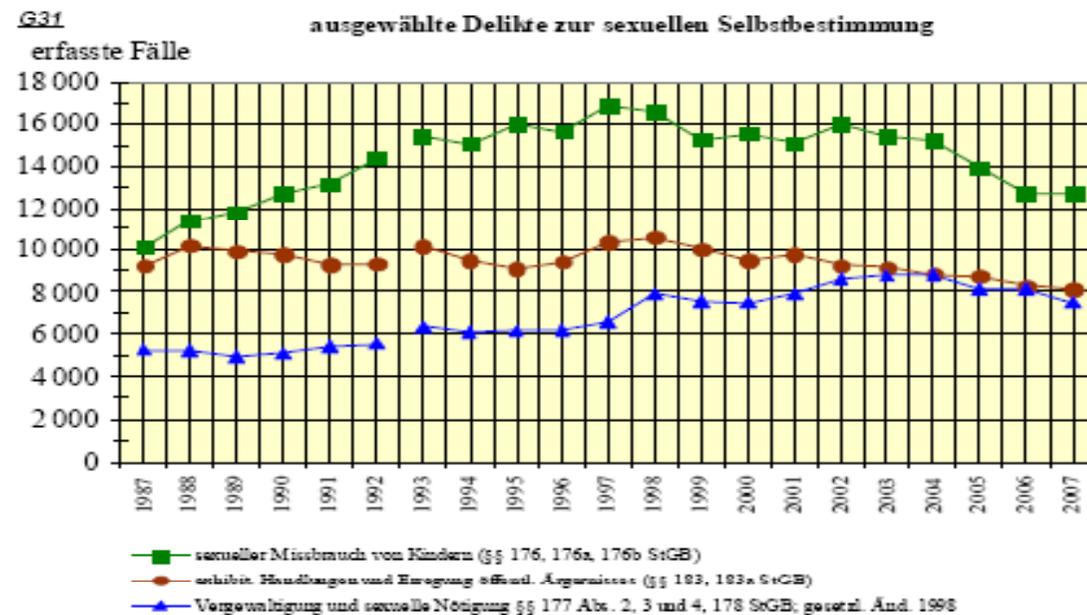
Schmucker (2004) - Metaanalysen



Sexualdelikte

Entwicklung polizeilich erfasster Sexualkriminalität (PKS 2003)

3.2 Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung



Hinweis: 1987-1990: alte Bundesländer
1991-1992: alte Bundesländer mit Berlin
Ab 1993: Bundesgebiet insgesamt

Mehrfachtäter in der BRD 2006

Als Tatverdächtige bereits in Erscheinung getreten

2007 wurden 53,4 % der aufgeklärten Fälle von Personen begangen, die bereits im Zusammenhang mit einer gleichartigen oder anderen Straftat als tatverdächtig in Erscheinung getreten waren (2006: 53,2 %). Das wiederholte Auftreten von Tatverdächtigen wird jedoch nur für einen eng begrenzten Zeitraum und nur jeweils innerhalb der einzelnen Länder geprüft und darüber hinaus auch nicht immer erkannt. Der Anteil ist daher zu niedrig.

Auffällig hoch ist dieser Anteil u.a. bei folgenden Straftaten(gruppen):

Aufgeklärte Fälle verübt von "Mehrfachtätern"

| T28 | | | | | |
|-----------|--|-------------------------------------|---|------|-----------|
| Schlüssel | Straftaten(gruppen) | aufgekl. Fälle insgesamt 2007 | darunter: aufgeklärte Fälle verübt durch "Mehrfachtäter" | | |
| | | | 2007 | in % | 2006 in % |
| 8920 | Gewaltkriminalität | 163 692 | 93 527 | 57,1 | 61,7 |
| 2100 | - Raubdelikte | 27 280 | 21 886 | 80,2 | 79,6 |
| 2160 | - Handtaschenraub | 1 222 | 1 031 | 84,4 | 83,5 |
| 2170 | - Raubüberfälle auf Straßen, Wegen oder Plätzen | 10 288 | 8 664 | 84,2 | 83,9 |
| 2190 | - Raubüberfälle in Wohnungen | 2 089 | 1 714 | 84,1 | 82,9 |
| 1110 | - Vergewaltigung und sexuelle Nötigung §§ 177 Abs. 2, 3 und 4, 178 StGB | 6 224 | 3 551 | 57,1 | 57,3 |

Praxis stationärer Maßregelbehandlung

§ 63 StGB - Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus

- Hat jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit (§ 20) oder der verminderten Schuldfähigkeit (§ 21) begangen, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus an, wenn die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Tat ergibt, daß von ihm infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist.

Praxis stationärer Maßregelbehandlung

§ 20 StGB - Schuldunfähigkeit wegen seelischer Störungen

- Ohne Schuld handelt, wer bei Begehung der Tat wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tiefgreifenden Bewußtseinsstörung oder wegen Schwachsinnns oder einer schweren anderen seelischen Abartigkeit unfähig ist, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln.

Maßregelvollzug

Juristische und klinische Bezeichnung der Schuldfähigkeit

- §§ 20, 21 StGB
- Krankhafte seelische Störung
- Tiefgreifende Bewusstseinsstörung
- Schwachsinn
- Schwere andere seelische Abartigkeit
- Klinische Diagnose
- Endogene Psychosen (z. B. Schizophrenie), Alkohol- und Drogenpsychosen
- Akute Belastungsreaktion
- Intelligenzminderung
- Persönlichkeitsstörungen, Neurosen, Störungen d. Sexualpräferenz

§ 67 d (2) StGB

„... so setzt das Gericht die weitere Vollstreckung der Unterbringung zur Bewährung aus, wenn zu erwarten ist, dass der Untergebrachte außerhalb des Maßregelvollzugs keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird.“

Praxis stationärer Maßregelbehandlung

Die Patienten

- Chronifizierte Störungen
- Multimorbidität
- Dissoziale Persönlichkeitsanteile
- Hafterschaft durchschnittlich 30 Monate
- „Beziehungsstörung“
- Ø Unterbringungsdauer > 6 Jahre

- Biographische Besonderheiten
 - Langjährige institutionelle Vorgeschichte
 - Geringer Bildungsstand
 - Geringe Soziale Teilhabe da
 - Hohes Maß an Marginalisierung durch
 - Doppelte Stigmatisierung („krank und verrückt“)

Praxis stationärer Maßregelbehandlung

- **Methoden psychiatrischer
Maßregelbehandlung**
- Kognitiv-Behaviorale Methoden (Token-Economies, Empathietraining)
- Relapse-Prevention-Modell (Kriminelles Verhalten als gelerntes Verhalten, Deliktkette)
- Reasoning and Rehabilitation Programm
- Psychoedukation (PEGASUS)
- Integriertes Psychologisches Therapieprogramm für schizophrene Patienten (IPT)
- Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Störung (DBT)
- Verhaltenstherapeutisch-tiefenpsychologisch orientierte (multimodale) Sexualstraftäterbehandlung (z. B. Sozialtherapeutische Gruppentherapie für Sexualstraftäter, (HAHN/WENSKE, 2003))

Das Salutogenese-Modell

- Das **Salutogenese-Modell** von A. Antonovsky (1997) als theoretischer Zugang in der Arbeit mit straffälligen Menschen, der eine stärkere Ressourcenorientierung ermöglicht und soziale Aspekte in Diagnostik und Behandlung einbezieht.
- Die Salutogenese fragt –nicht in Abkehr, sondern in Ergänzung zur Medizin- welche Faktoren dazu führen, warum Menschen, die starken Belastungen ausgesetzt sind, die eigentlich „krank“ sein müssten, die delinquentes Verhalten zeigen müssten, stabil und gesund bleiben, kurz: **was hält gesund?**

Das Salutogenese-Modell

- Salutogenese:
 - lat. Salus = Heil;
 - griech. Genesis = Entstehung
- Pathogenese:
 - griech. Pathos = Krankheit;
 - griech. Genesis = Entstehung

Das Salutogenese-Modell

Kohärenzgefühl

- Die zentrale Antwort auf die Frage, was gesund hält, gibt Antonovsky mit dem Konstrukt des „**Kohärenzgefühl**“ (Sense of coherence, SOC). Der Gesundheitszustand eines Menschen wird durch eine individuelle, psychologische Einflussgröße bestimmt, eine allgemeine Grundhaltung eines Individuums gegenüber der Welt und dem eigenen Leben.
- Je ausgeprägter der SOC einer Person, desto gesünder ist sie, bzw. desto schneller sollte sie gesund werden und bleiben.
- Der SOC wird im **Sozialisationsprozess** der ersten beiden Lebensdekaden gebildet und ist ab ca. dem 30ten Lebensjahr stabil. Besonders bedeutsam sind Umweltfaktoren in der Phase der frühen Kindheit.

Das Salutogenese-Modell

Kohärenzgefühl

- Der SOC besteht aus drei Komponenten
 - **Gefühl von Verstehbarkeit** (sense of comprehensibility)
 - **Gefühl von Handhabbarkeit** (sense of manageability)
 - **Gefühl von Sinnhaftigkeit** (sense of meaningfulness)

Das Salutogenese-Modell

Kohärenzgefühl

- Das SOC ist zusammengefasst definiert als

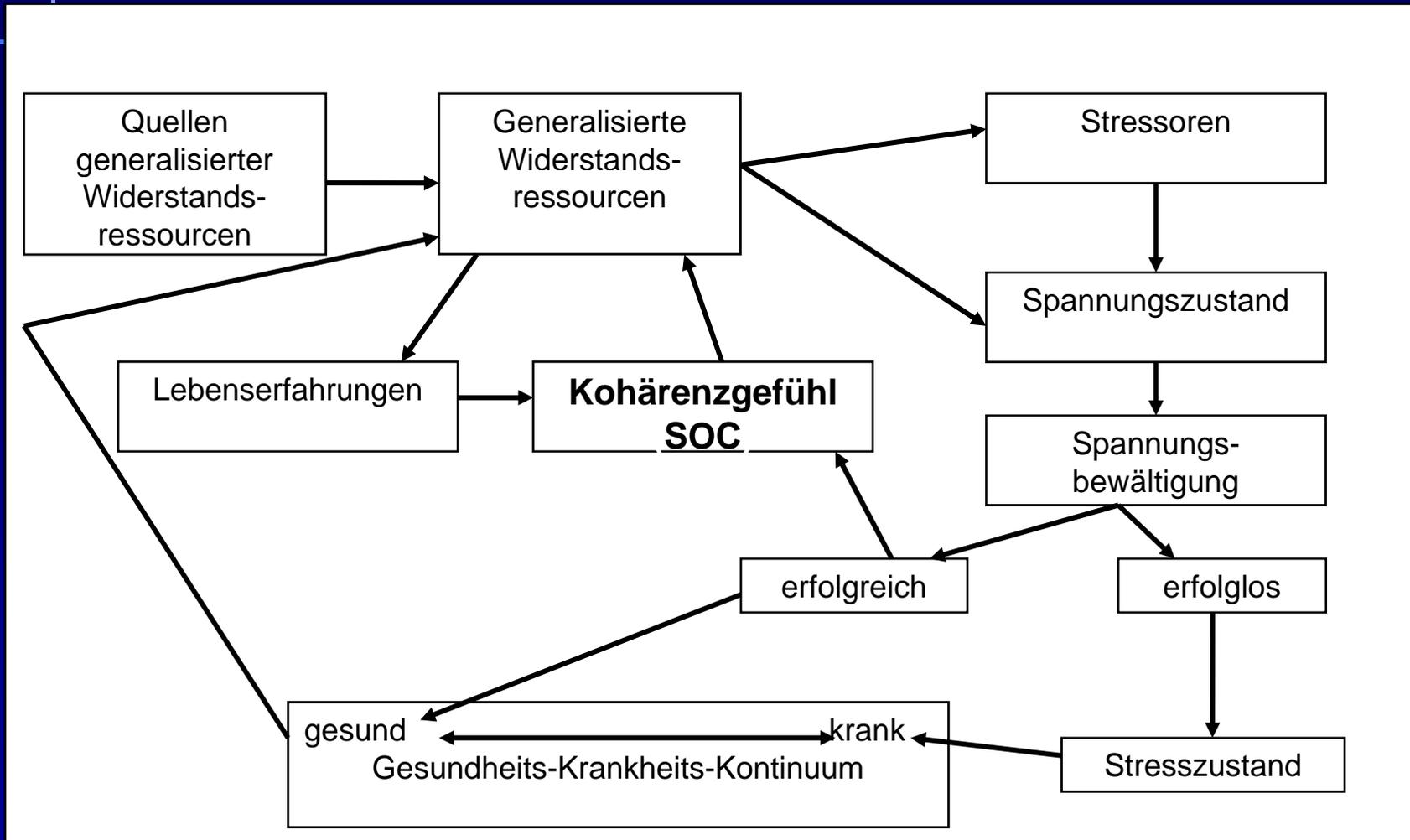
„eine globale Orientierung, die das Ausmaß ausdrückt, in dem jemand ein durchdringendes, überdauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass erstens die Anforderungen aus der inneren oder äußeren Erfahrungswelt im Verlauf des Lebens strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind und dass zweitens die Ressourcen verfügbar sind, die nötig sind, um den Anforderungen gerecht zu werden. Und drittens, dass diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Investition und Engagement verdienen.“ (Antonovsky 1997)

Das Salutogenese-Modell Krankheits-Gesundheitskontinuum

- In Abgrenzung zum biomedizinischen Krankheitsbegriff, fasst Antonovsky Krankheit und Gesundheit nicht als voneinander getrennt auf, sondern setzt stattdessen ein Kontinuum, eine Line mit den beiden Polen „gesund“ und „krank“. Jeder Mensch ist (so lange er am Leben ist) zu einem bestimmten Zeitpunkt gleichzeitig in einem gewissen Ausmaß krank und in einem gewissen Ausmaß gesund.



Das Salutogenese-Modell



Das Salutogenese-Modell

Widerstandsfaktoren

- **Antonovsky: Forschungsbasierte Identifikation einzelner Faktoren**
 - erfolgreiche Spannungsbewältigung wird erleichtert
 - dadurch Einfluss auf den Erhalt oder die Verbesserung von Gesundheit
 - generalisierte Widerstandsfaktoren (protektive Faktoren, salutogene Faktoren, Ressourcen).
- **Widerstandsressourcen haben zwei Funktionen:**
 - Sie prägen kontinuierlich die Lebenserfahrungen und ermöglichen uns, bedeutsame und kohärente Erfahrungen zu machen, die wiederum das SOC formen.
 - Sie wirken auch als Potential, das aktiviert werden kann, wenn es für die Bewältigung eines Spannungszustandes erforderlich ist.
- In der durch Antonovsky begründeten und später darauf aufbauenden **Forschung zu Widerstandsressourcen** (REISTER 1995, SCHEPANK 2000, Smith & Werner 1982, TRESS 1986) wurden **ca. 100 Einzelfaktoren** beschrieben und belegt, welche zu einer positiven Belastungsbewältigung beitragen

Protektive Faktoren

Modelle der Wirksamkeit

- Direkte Wirkung auf Stressoren (bessere Reaktionsmöglichkeiten)
- Indirekte Wirkung durch Stabilisierung des emotionalen Verhaltens (emotionale Intelligenz, Selbstwirksamkeitserwartung, Konzept der Kontrollüberzeugung, „Hardiness“)
- Transaktionale Stressverarbeitung – Zusammenspiel Anforderung-Person (Lazarus & Folkman 1984)
- Copingtheorie: Bewältigungsverhalten (problemorientiertes, kognitives und emotionsbezogenes Coping)

Protektive Faktoren – Internale Faktoren (Auswahl)

- Krankheits-/Störungseinsicht
- Beziehungsfähigkeit
- Offene Selbstdarstellung
- Soziale Leistungsfähigkeit
- Einfühlungsvermögen und Toleranz
- Emotionale Intelligenz
- Bereitschaft/Durchführung einer Tatanalyse
- Erlernen neuer Konflikt- und Problemlösungsstrategien
- Aufbau von Hemmfaktoren
- Realistische Zukunftsplanung
- „Sinnvolles Leugnen“
- Spirituelle Orientierung
- Positive Bildungserfahrungen
- Besserung der deliktbezogenen psychiatrischen Symptomatik
- Selbstverwirklichung in nicht delinquenten Aktivitäten/Adaption
- SOC-Aspekte
- Fähigkeit, externe Ressourcen zu erkennen und zu nutzen
- Positives Erleben und Bewertung der Unterbringung im MRV

Protektive Faktoren – Externale Faktoren (Auswahl)

- Dauerhafte „gute“ Beziehung zu mind. einer primären Bezugsperson
- Stabiles familiäres Umfeld
- Heimunterbringung (bei retrospektiv positiver Bewertung)
- Soziale Unterstützung/Netzwerke G1
- Stabile intime Beziehung/ eher „konfliktarm“
- Aufnahme/Beendigung spez. Sexualtherapie + Nachsorge
- Fortbestehen externer Sozialkontakte während Unterbringung
- Beruflicher Erfolg
- Einhalten von Therapieauflagen
- Gesichertes Einkommen
- Bindung an Therapeuten
- Gesicherte Wohnverhältnisse
- Verfügbarkeit von Behandlungsmethoden und –angeboten und deren Flexibilität
- Externe Kontrollmöglichkeiten
- Stabilität in Arbeitsverhältnissen

Deliktbezogene Faktoren (Auswahl)

- höheres Alter bei Ersttat (≥ 30 Jahre)
- Geringe strafrechtliche Vorbelastung
- Nur ein Tatopfer
- Weibliches Tatopfer
- Höheres Lebensalter (≥ 50 Jahre)
- Einzeldelikt ohne starke Gewaltanwendung
- Hochspezifische Täter-Opfer-Beziehung
- Mittäterschaft unter Gruppendruck
- Kriminalität Ausdruck lebensphasischer Veränderungen, eines spezifischen schicksalhaften Konflikts, keine „strukturelle Kriminalität“
- Vorübergehender Einfluss psychotroper Substanzen ohne süchtige Bindung

Protektive Faktoren Sexualdelinquenz – Reife Copingstile

- Erkennen und akzeptieren der Bedeutsamkeit von Problemen
- Konstruktive Auseinandersetzung mit Problemen
- Hilfesuchen: Eigeninitiative für Veränderungen
- Kenntniserweiterung: Aktives Lernen, Informationsbeschaffung
- Entlastung: Kompensation durch direkt problemmindernde oder –lösende Aktivitäten
- Verantwortungsübernahme
- Gegensteuerung: Offensive Entgegnung auf Probleme

(nach: Langevin et al, 1989)

Typologie der Rückfallfreiheit - Ergebnisse aus dem Forschungsprojekt

- Fall A: Männl. Geb. 1928 (DDR). 6 Vorstrafen wg. Sexuellem Missbrauch von Kindern (Jungen und Mädchen in insgesamt 27 Fällen). 20 Jahre Haft Erfahrung. Alkoholmissbrauch seit ca. 1950. Erster sexueller Kontakt mit 12 Jahren, zu einem 19jährigen Mann (positiv besetzt). Heirat mit 21 Jahren, Geburt einer Tochter 1950. Erste Straftat 1952 (sexueller Missbrauch eines 7jährigen Mädchens – Bewährungsstrafe). Anlassat: sexueller Missbrauch von Kindern in 12 Fällen
- Diagnosen: Persönlichkeitsstörung, Pädophilie, Alkoholabhängigkeitssyndrom
- Unterbringung im MRV 1994 - 1998

Typologie der Rückfallfreiheit - Ergebnisse aus dem Forschungsprojekt

- Fall A: Risikofaktoren:
- Pädophilie, chronische Störung, Fixierung, Alkoholmissbrauch, Persönlichkeitsstruktur, späte therapeutische Aufarbeitung, soziale Randständigkeit, Impulskontrollstörung, Verfügbarkeit potentieller Opfer, Zugang zu Risiken, weitgehend unkontrollierte Lebenssituation (eigene Wohnung m. Partnerin), negative ökonomische Situation, nahes Bewährungsende

Typologie der Rückfallfreiheit - Ergebnisse aus dem Forschungsprojekt

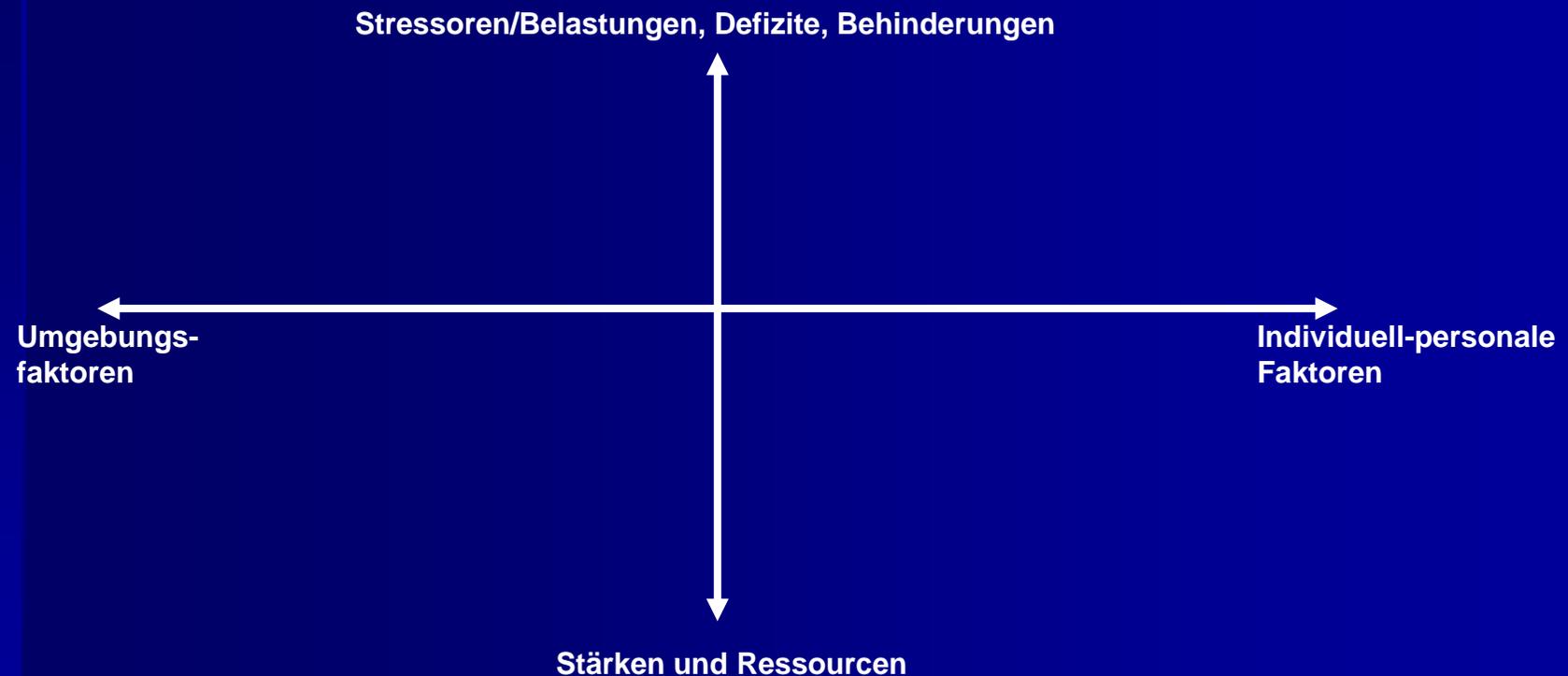
- Fall A: Protektive Faktoren:
- Abgeschlossene stationäre Psycho- und Sozialtherapie,
- aufsuchendes Nachsorgeangebot durch MRV-Klinik
- stabile Beziehung (Anni, informiert)
- emotionale Anbindung an Hausarzt (informiert)
- positive Therapieeinschätzung („... Endlich reden“)
- Verantwortungsübernahme
- triebdämpfende Medikation (Androcur)
- Bewährungshelfer
- emotionale Intelligenz ↑
- Introspektionsfähigkeit ↑
- Intelligenz ∅
- Verbalisationsfähigkeit ↑
- soziale Kontakte (Tochter, informiert)
- Sinnerleben („kleine Welt“: Garten, Tiere),

Typologie der Rückfallfreiheit - Ergebnisse aus dem Forschungsprojekt

- Alter
- Akzeptanz der fehlenden Sexualität
- Überschaubarkeit der Lebenswelt
- Akzeptanz der gesamten Lebenssituation
- Selbstwert: Frau hält zu ihm
- gesicherter finanzieller Status
- gesicherte Wohnsituation
- Alkoholabstinenz
- Erkennen externer Hilfsfunktionen und -quellen
- Motivation: Alter in Freiheit
- Meiden gefährdender Situationen
- Selbstwirksamkeitserleben

Bio-Psycho-Soziale Mehrebenen-Diagnostik

- Koordinaten psycho-sozialer Diagnostik und Intervention (Pauls, 2005; 37)



Fall A. Psycho-soziale Mehrebenenendiagnostik

Stressoren/Risiken/Belastungen

- ♦ Ökonomische Situation
- ♦ Zugang zu Risiken
- ♦ Späte Therapie
- ♦ Bewährungsende
- ♦ Begrenzte Kontrollmöglichkeiten
- ♦ Potentielle Opfer
- ♦ Soziale Randständigk.
- ♦ Persönlichkeit
- ♦ Impulskontrollstörung
- ♦ Pädophilie
- ♦ Chronizität der Störungen
- ♦ Alkoholmissbrauch

Fall A, 75
Jahre

Umgebung

- ♦ Hausarzt
- ♦ Bewährungshilfe
- ♦ Forensische Ambulanz
- ♦ Regelmäßiges Einkommen
- ♦ Wohnung (gesichert)
- ♦ Beziehung („Anni“)
- ♦ Med. Behandlung (Androcur)
- ♦ Soziale Kontakte
- ♦ Aufsuchende Angebote, flexible Anpassung

Person

- ♦ Alter
- ♦ „Handhabbarkeit“
- ♦ Erkennen ext. Ressourcen
- ♦ Selbstwirksamkeitserleben
- ♦ Verantwortungsübernahme
- ♦ Abgeschlossene Therapie
- ♦ Abstinenz
- ♦ Sinnerleben
- ♦ Motivation Freiheit/Verantwortung)
- ♦ Rückzug als „Freiheit“
- ♦ Akzeptanz/Androcur
- ♦ Emotionaler Intelligenz
- ♦ Verbalisationsfähigkeit
- ♦ Introspektionsfähigkeit
- ♦ Selbstwertgefühl
- ♦ Akzeptanz d. Lebenssituation
- ♦ Positive Bewertung des MRV

Stärken/Ressourcen

Typologie der Rückfallfreiheit - Ergebnisse aus dem Forschungsprojekt

- Fall B: Männl. Geb. 1961. problematische Herkunftsfamilie. Stationäre Heimunterbringung ab 3tem Lj, negativ besetzt. SHT mit 10 Jahren, frühe Auffälligkeit, „Wesensänderung“ (i. s. aggressiver Handlungen), soziale Desintegration ab 6tem Lj, fehlender Schul- und Berufsabschluss. KiJup ab dem 11 Lj – 20 Lj. Sexuelle Missbrauchshandlungen an Kindern ab 16 Lj, Unterbringung und später MRV gem. § 63 StGB. MRV: keine Therapie, Sicherung. 3 Vorstrafen wg. Sexuellem Missbrauch von Kindern. Umzug in psychosoziale Versorgungseinrichtungen, erst geschlossen/stationär, mittlerweile IBE. Hohe Krisenfrequenz mit jeweiliger stationärer Krisenintervention
- Diagnosen: Persönlichkeitsstörung, Pädophilie, Intelligenzminderung, Alkoholabhängigkeitssyndrom
- Unterbringung im MRV 1980 - 1995

Fall B. Psycho-soziale Mehrebenenendiagnostik

Stressoren/Risiken/Belastungen

- ♦ Ökonomische Situation
- ♦ Zugang zu Risiken
- ♦ erfolglose Therapieversuche
- ♦ Bewährungsende
- ♦ Begrenzte Kontrollmöglichkeiten
- ♦ Potentielle Opfer
- ♦ Soziale Randständigk.
- ♦ Persönlichkeit
- ♦ Impulskontrollstörung
- ♦ Pädophilie
- ♦ Chronizität der Störungen
- ♦ Alkoholmissbrauch
- ♦ Intelligenzminderg.
- ♦ Langjährige Psychiatrieaufenthalte

Fall B, 38
Jahre

Umgebung

- ♦ Intensiv betreutes Einzelwohnen
- ♦ Bewährungshilfe
- ♦ Forensische Ambulanz
- ♦ Geregelttes Einkommen + WfB
- ♦ Wohnung (gesichert)
- ♦ Strukturierte Krisenintervention
- ♦ Med. Behandlung (Androcur)
- ♦ Langfristiger Betreuungsrahmen
- ♦ Aufsuchende Angebote, flexible Anpassung
- ♦ ges. Betreuer

Person

- ♦ Akzeptanz triebdämpfender Medikation
- ♦ Akzeptanz der Lebenssituation u. d. engen Helfersystems
- ♦ Motivation („ich kann Verantwortung tragen“)

Stärken/Ressourcen

Protektionstypen

- Ressourcen/Protektive Faktoren sind in allen biografischen Phasen angesiedelt
- Kindheit
- Jugend/Adoleszenz
- Erwachsenenalter
- Erfahrener Maßregelvollzug/Therapie
- Forensische Nachsorge
- Aktuelle Lebenssituation
- Lebensabschnitt übergreifende Protektivfaktoren

Protektions-Typen

- 1. „**Reicher Protektionstyp**“: externe und interne Schutzfaktoren in allen Lebensphasen, auf die Pb zurückgreifen kann und die in der Therapie genutzt werden können. Entwicklung einzelner Faktoren zu dauerhaften Persönlichkeitsmerkmalen. Mehrere Protektivfaktoren stehen Lebensabschnitt übergreifend zur Verfügung (z. B. Emotionale Intelligenz, Religiöse Orientierung, Gefühl von Sinnhaftigkeit). Stabile Balance externer und interner Faktoren

Protektions-Typen

- 2. „Armer Protektionstyp“: gestörter Erwerb von Schutzfaktoren im Sozialisationsprozess, Dominanz externer, stark strukturierender Ressourcen, welche im Krisenfall dynamisch angepasst werden (müssen), kaum Lebensabschnitt übergreifende Faktoren

Arbeiten mit dem Salutogenese-Konzept

- **Folgerungen:**
- Erweiterung des klassischen Risikofaktorenmodells um psycho-soziale Determinanten und Ressourcen:
**Risikomanagement +
Ressourcenförderung**
- **Ressourcenorientierte Psycho- und Sozialtherapie**
- Einbeziehung umfeld- und verhältnisbezogener Faktoren
- Entwicklung einer Theorie des Zusammenwirkens von Risiko- und Protektivfaktoren
- Integration von Präventionsarbeit, Gesundheitsförderung und Prinzipien der Stress-Coping-Modelle (Empowerment)
- Erweiterung der Prognose um protektive Faktoren und damit umfassendere, differenziertere Aussagen
- Therapie- und Unterbringungsplanung

Rückfallprävention

Rückfallrisiken erkennen, Verhaltensketten identifizieren und regulieren, Benennung kognitiver Verzerrungen

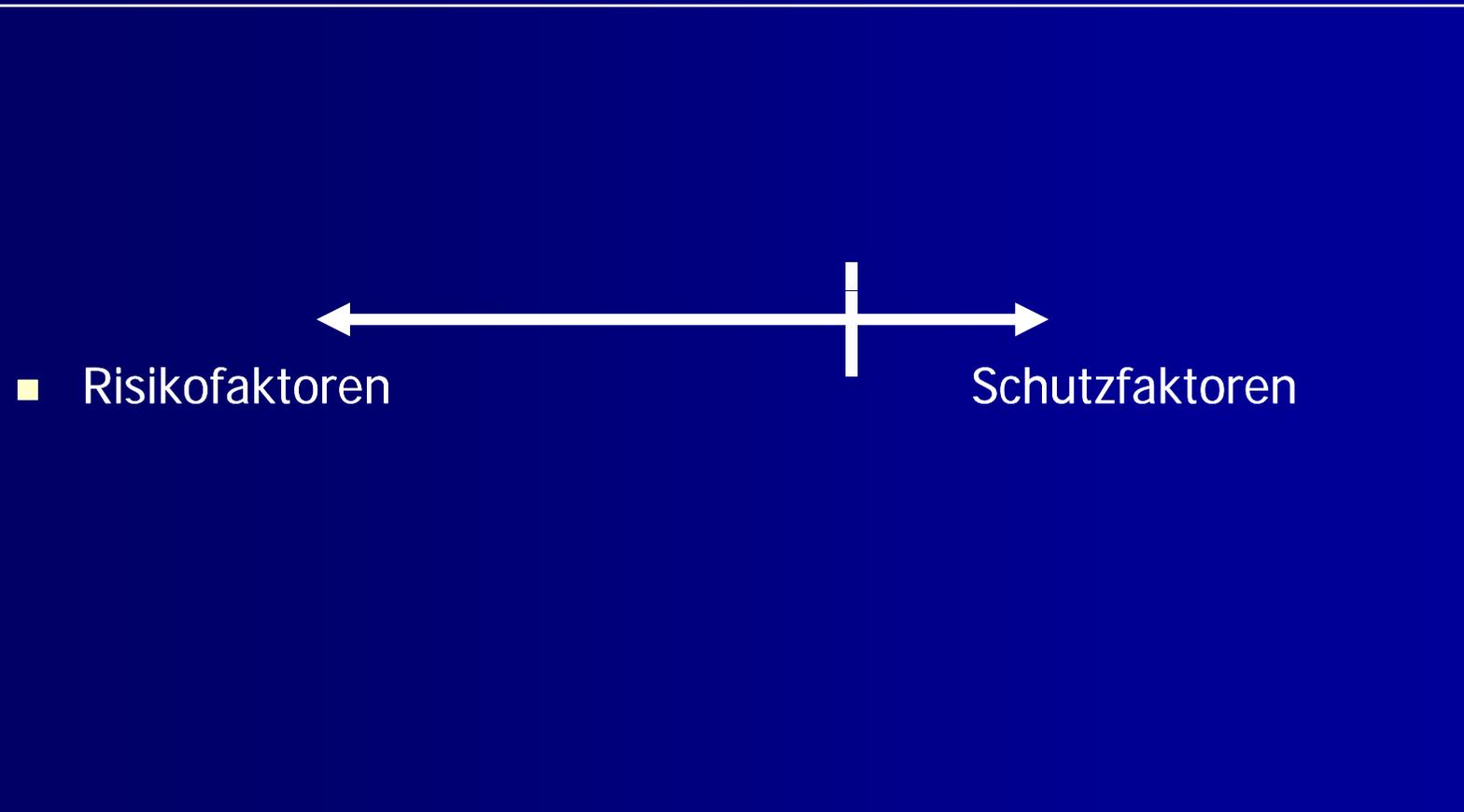


Ressourcen aktivieren
Selbstwirksamkeit – Soziale Unterstützung



Rückfallfreiheit
Fähigkeit zur Bewältigung kritischer Situationen und/oder Anpassung des Betreuungssettings/Krisenintervention

Risiko-Protektivfaktoren-Kontinuum



Arbeit mit protektiven Faktoren Rückfallpräventionsplan

- Straftäter aus therapeutisch orientierten Unterbringungssituationen (MRV, SoThA) haben im Rahmen der Deliktarbeit (Deliktrekonstruktion) Rückfallvermeidungspläne erstellt
- Kenntnis der typischen Deliktmuster, der individuellen Entscheidungsmerkmale bei der Deliktentstehung („Deliktkette“)?
- Kenntnis typischer Protektivmuster

Deliktrekonstruktion und Rückfallvermeidungsplan

- Erkennen von Risiken und Verhaltensketten
- Anwendung alternativer Verhaltensweisen (Risikomanagement) und Nutzung interner/externer Ressourcen
- Einsatz des Rückfallvermeidungsplans
- Symbolische Integration des Rückfallvermeidungsplans in Alltag des Täters
- Integration des Rückfallvermeidungsplans im sozialen Nahraum und bei beteiligten Professionellen
- Regelmäßige Überarbeitung des Rückfallvermeidungsplans

Deliktszenario

Tatablaufsequenzen

Tatfaktoren

Verhaltensalternativen/
Rückfallprävention

Tatvorlaufphase

Tatvorbereitung

Tatanlauf

Tatdurchführung

Nachtatverhalten

Interpersonelle
Modalität

Opfermerkmale
Opferbedeutung



Deliktrekonstruktion und Rückfallvermeidungsplan

- **Arbeit am Deliktszenario und Rückfallvermeidungsplans als beständiger Behandlungsprozess:**
 - 1. Zu Beginn der Therapie (Täterschilderung, Urteil, Gutachten, Ermittlungsakte)
 - 2. In der Außenorientierung (bei stationärer Behandlung: Anpassung der Erkenntnisse, Adaptionsphase)
 - 3. In der ambulanten (Nach)betreuung (Erkennen neuer Belastungsaspekte und Ressourcen, neue Erkenntnisse bzgl. Delikt, verbesserte Fähigkeiten des Täters)

Ressourcen orientierte Täterarbeit

- Vorgespräch und Beginn
- Selbstwertgefühl
- Wertschätzung und Respekt
- Deliktfrontation vs. Verstehen der Tat - Biografiearbeit
- Stützende Funktion der Therapie
- Benennung vorhandener Ressourcen
- Kognitive Restrukturierung
- Deliktrekonstruktion
- Opferempathie
- Ressourcenförderung
- Beziehungsarbeit

Ressourcen orientierte Täterarbeit

- Umsetzung in außerstationäre Bezüge
- Überprüfung des Therapieerfolgs
- Selbstwirksamkeitserleben
- Selbstvertrauen und –wert
- Integration sozialer Ressourcen: Installation des Rückfallvermeidungsplans in Alltag und Gesellschaft
- Nachsorge und flexible Interventionen

Entwicklungsbedarf

- Kaum gesicherte Kenntnisse über Zusammenhang Risiko- und Schutzfaktoren
- Zusammenhang Deliktbewältigung und Ressourcennutzung
- Forschungsarbeit steht am Beginn (Hahn, 2007, Scheibelberger 2008)
- Risikomuster vs. Protektivmuster?

Rückfallfreie Sexualstraftäter



Gernot Hahn

Rückfallfreie Sexualstraftäter

**Salutogenetische Faktoren bei
ehemaligen Maßregelvollzugspatienten**

Forschung für die Praxis / Hochschulschriften

1. Auflage, Bonn 2007

ISBN 3-88414-415-4

416 Seiten

39.90 € / 69.40 sFr

Psychiatrie-Verlag

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit !**