

Das „Good Lives Model“ als Ausgangspunkt der Behandlung von Sexualstraftätern: Stärken und Risiken im Blickfeld

Sabine Noom, Jan-Willem van den Berg & Uta Kröger

Zusammenfassung

Das „Good Lives Model“ (GLM) hat sich für die Therapie von Straftätern, insbesondere Sexualstraftätern, als sehr hilfreich erwiesen und gewinnt in den letzten Jahren immer mehr an Bedeutung. In der Van der Hoeven Kliniek, einem forensisch-psychiatrischen Zentrum in den Niederlanden, wurde ein auf diesem Modell basierendes Gruppentherapieprogramm für die stationäre Behandlung von Sexualstraftätern aus dem Strafvollzug und anderen forensischen Einrichtungen entwickelt. Das Behandlungsmodul „Mein positiver Lebensplan“ bildet den Start- und Ausgangspunkt des Programms. Der Patient untersucht dabei gemeinsam mit den Gruppenteilnehmern, Therapeuten und anderen relevanten Bezugspersonen, was seine primären emotionalen Bedürfnisse sind und wie er diese auf sozial akzeptable Weise realisieren kann, ohne dabei eigenes Risikoverhalten aus dem Auge zu verlieren. Gezeigt wird, dass ein dualer Fokus in der Straftäterbehandlung – Verbesserung der Lebensqualität gemäß dem GLM einerseits und Risikomanagement nach den Prinzipien des „Risk-need-responsivity“ (RNR)-Modells andererseits – notwendig und auch gut realisierbar ist. Das ausführlich beschriebene Modul bildet die Grundlage für das Aufstellen, Ausführen und kritische Begleiten von Behandlungsplänen, in denen die für den Patienten relevanten prosozialen Zukunftsziele eine maßgebliche Rolle spielen.

Schlüsselwörter: GLM-Modell, Sexualstraftäter, Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, RNR-Modell

The „Good Lives Model“ as starting point for the treatment of sexual offenders: a focus on strengths and risks

Abstract

The ‘Good Lives’ model (GLM) has proven to be very helpful in the treatment of sexual offenders and has become increasingly important in recent years. At the Van der Hoeven Kliniek, a forensic psychiatric center in the Netherlands, a group therapy program based on this model was developed for the clinical treatment of sexual offenders from prisons and other forensic institutions. The module ‘My positive life’ forms the starting point of the treatment program. With this module, the patient, together with the group participants, therapists and other relevant caregivers, examines how he can realize his primary emotional needs in a socially acceptable way, without losing sight of his own risk factors. It shows that a dual focus in the treatment of offenders – improving the quality of life according to the GLM on the one hand and risk management according to the principles of the “risk-need-responsivity” (RNR)-model on the other hand – is necessary and also feasible. The module forms the basis for formulating, executing and monitoring treatment plans in which the pro-social future goals relevant to the patient play a significant role.

Key words: GLM-model, sexual offending, forensic psychiatry and psychotherapy, RNR-model

Einleitung

Bis Ende der 1980er Jahre war in den Niederlanden der Maßregelvollzug noch synonym mit dem Begriff Forensische Psychiatrie. Seitdem ist der forensisch-psychiatrische Sektor stark ausgeweitet und differenziert worden. Es sind diverse klinische und ambulante Behandlungseinrichtungen in der Allgemeinpsychiatrie und im Strafvollzug für unterschiedliche Zielgruppen hinzugekommen, außerdem mehr als 20 strafrechtliche Regelungen für die Behandlung psychisch gestörter Straftäter. Von den jährlich aus der gesamten forensischen Psychiatrie entlassenen Personen machen Maßregelpatienten heute nur noch ungefähr 4 % aus, während zwei Drittel im Rahmen besonderer Weisungen bei einer bedingten Verurteilung und ein kleinerer Anteil im Rahmen von Haftstrafen behandelt wird (Drieschner, Hill & Weijters, 2018). Wegen der zudem in den letzten zehn Jahren stark gesunkenen Zahl der Maßregelpatienten findet auch eine Differenzierung in den Maßregelkliniken statt, in denen freie Betten mit Patienten, die anderen strafrechtlichen Regelungen unterliegen, gefüllt werden (Kröger, 2015).

2018 wurden die Resultate einer ersten umfassenden empirischen Untersuchung der Rückfälle aller forensischen Patienten in den Niederlanden veröffentlicht (Drieschner et al., 2018). Laut dieser Untersuchung schneidet der Maßregelvollzug in Bezug auf die Rückfallquote seiner Patienten, unabhängig vom Delikt, vergleichsweise gut ab: Von den 2014 entlassenen Maßregelpatienten wurden ungefähr 19% innerhalb von zwei Jahren rückfällig gegenüber 35 % der im Rahmen einer bedingten Verurteilung

und 55 % der im Rahmen einer Gefängnisstrafe behandelten Personen im selben Zeitraum. Damit ist noch nicht eindeutig belegt, dass die Behandlung im Maßregelvollzug effektiver ist. Im Allgemeinen kann man aber davon ausgehen, dass die schon so lange bestehenden Maßregelkliniken im Vergleich zu den übrigen forensischen Einrichtungen über ein umfangreiches Fachwissen sowie einen Reichtum an Kenntnissen und Erfahrungen verfügen, was sich zweifellos positiv auf den Qualitätsstandard und damit die Effektivität der Behandlung auswirkt. Auf dem Gebiet der Behandlung und Diagnostik von Sexualstraftätern erfahrene Mitarbeiter der Van der Hoeven Klinik, in der vorwiegend Maßregelpatienten untergebracht sind, stellten fest, dass insbesondere für Sexualstraftäter in anderen Einrichtungen der forensischen Psychiatrie ein Mangel an intensiven (delikt)spezifischen Therapieangeboten besteht. Es entstand so die Idee, die in der Klinik vorhandene Expertise auch anderen Zielgruppen zur Verfügung zu stellen und damit einen Beitrag zur Verhinderung von Rückfällen zu leisten, speziell für die Sexualstraftäter, die nicht im Maßregelvollzug untergebracht sind, aber dennoch intensiver Behandlung bedürfen. 2018 errichtete die Van der Hoeven Klinik zu diesem Zweck eine spezielle Abteilung, in der Sexualstraftäter vor allem aus dem Strafvollzug maximal zwei Jahre lang stationär behandelt werden können. Es wurde dafür ein auf die Problematik der Sexualdelinquenz zugeschnittenes kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppentherapieprogramm entwickelt, in das die Grundprinzipien des „Good Lives Model“ (GLM) und des „Risk-need-responsivity“ (RNR)-Modells integriert sind. Das Programm soll auf diese Weise ein ausgewogenes Verhältnis zwischen der Behandlung dynamischer Risikofaktoren und dem Streben nach Verbesserung der Lebensqualität als Schutzfaktor gegen Rückfälle herstellen. Die gleichzeitige Betonung der Stärken und Qualitäten des Straftäters sowie der Notwendigkeit eines angemessenen Risikomanagements passt, wie noch näher beschrieben wird, zum Gesamtkonzept der Einrichtung.

Zur wissenschaftlichen Qualitäts- und Effektivitätskontrolle sowie für die weitere Entwicklung der Expertise auf diesem Behandlungsgebiet wird die Durchführung des Programms durch ein Forschungsprojekt der Klinik begleitet.

„GLM“- und „RNR“-Modell

Das „Good Lives Model of Offender Rehabilitation“ (GLM) wurde von Ward und Stewart (2002) entwickelt. Es stellt eine Alternative bzw. Erweiterung zum „Risk-Need-Responsivity Model of Offender Rehabilitation“ (RNR-Modell) von Andrews und Bonta (2010, 2017) dar. Bei beiden Modellen handelt es sich um gut ausgearbeitete Rehabilitationstheorien. Während das RNR-Modell zur Sicherung von Rechtsgütern der Gesellschaft primär auf die Identifizierung und Reduzierung individueller dynamischer Risikofaktoren abzielt, steht beim GLM die Verbesserung der Lebensqualität und des Wohlbefindens des Straftäters durch die Befriedigung primärer, intrinsisch belohnender Bedürfnisse im Vordergrund. Die Betonung liegt dabei auf den persönlichen Bedürfnissen, Möglichkeiten, Stärken und Qualitäten des Straf-

täters. Dies soll dem straffreien Leben positive Bedeutung geben und so vor Rückfällen in die Kriminalität schützen. Demgegenüber postuliert das RNR-Modell, dass eine zuverlässige Risikoproggnose, die gezielte Behandlung dynamischer Risikofaktoren und ein effektives Risikomanagement wichtige Voraussetzungen für ein delikt-freies, prosoziales Leben bilden. Kritiker des RNR-Modells sehen die Fokussierung auf das Risikomanagement als Schwäche des Modells, da sie für die Behandlungsmotivation nicht förderlich sein soll (Marshall, Ward, Mann, Moulden, Fernandez, Serran & Marshall, 2005). Sie weisen außerdem darauf hin, dass das Hervorheben kriminogener Bedürfnisse zur Vernachlässigung nicht-kriminogener Bedürfnisse, z.B. einem negativen Selbstbild oder posttraumatischen und anderen Stresssymptomen, führen kann. Nicht-kriminogene Bedürfnisse müssen berücksichtigt werden, um Behandlung überhaupt zu ermöglichen (Ward, Polaschek & Beech, 2006). Das GLM will diese Schwäche des RNR-Modells aufgreifen. Es betont die Relevanz eines dualen Fokus in der Täterbehandlung: Reduzierung des Rückfallrisikos einerseits und Verbesserung der Lebensqualität andererseits (Göbbels, Ward & Willis, 2013; Andrews, Bonta & Wormith, 2011).

Das RNR-Modell ist empirisch gut abgesichert und bietet einen wichtigen Leitfaden für die meisten Rehabilitations- und Behandlungsprogramme in der forensischen Psychiatrie. Zur Wirkung des GLM auf die Rückfallwahrscheinlichkeit gibt es, einem systematischen Review von Netto, Carter & Bonell (2014) zufolge, bisher noch keine empirischen Belege. Untersuchungen haben aber wohl ergeben, dass das GLM einen positiven Effekt auf die Behandlungsmotivation hat und Therapieabbrüchen entgegenwirkt (ebd.). Behandler und Straftäter empfinden die auf dem GLM basierte therapeutische Arbeit, verglichen mit der sich ausschließlich auf den Risikomanagementansatz stützenden Therapie, als motivierender (Harkins, Falk, Beech & Woodhams, 2012). Es knüpft mehr an das an, was der Täter in seinem Leben wichtig findet, ohne dabei die dynamischen Risikofaktoren zu negieren, und bewirkt damit ein stärkeres Engagement und mehr Offenheit während der Behandlung sowie eine positivere therapeutische Beziehung (Mann, Webster, Schofield & Marshall, 2004). Obwohl es an wissenschaftlicher Evidenz des rückfallpräventiven Effekts mangelt, wird das GLM heute als positiver Ansatz und Orientierungshilfe für Interventionen in vielen Behandlungsprogrammen für Sexualstraftäter eingesetzt (McGrath, Cumming, Burchard, Zeoli & Ellerby, 2010). Der bisherige Mangel an evidenzbasierten Daten macht es umso notwendiger, eine GLM-basierte Behandlung zusammen mit Interventionen anzubieten, die nachweislich im Zusammenhang mit der Verminderung von Rückfällen stehen.

Die Van der Hoeven Kliniek

Die Van der Hoeven Kliniek in Utrecht ist eine im Jahre 1955 gegründete Maßregelvollzugsklinik, die seit ihrem Entstehen organisatorisch auf dem Konzept der therapeutischen Gemeinschaft basiert (Van Binsbergen, Keune, Gerrits & Wiertsema,

2007). Auch wenn sich im Laufe der Jahre vieles verändert hat, neue Therapieformen und moderne Risikoprognoseverfahren eingeführt sowie andere forensische Zielgruppen untergebracht wurden, gelten bis heute die von den Gründern formulierten therapeutischen Grundprinzipien. So ist die Behandlung ausgesprochen stärkeorientiert (für eine ausführliche Erklärung des Begriffs siehe Flückiger, 2009). Die persönlichen Fähigkeiten, Qualitäten und motivationalen Bereitschaften des Patienten stehen im Vordergrund. Mit Hilfe eines umfangreichen, breit gefächerten Behandlungsangebots werden vorhandene Ressourcen des Patienten gestärkt, brachliegende wieder aufgebaut und neue entwickelt. Dadurch wird der Patient sich im Laufe seiner Behandlung seiner potentiellen Möglichkeiten mehr bewusst, was sich positiv auf seine Bereitschaft zur Verhaltensänderung auswirken kann. Die Klinik ist wie jede andere geschlossene Einrichtung per definitionem ein künstlicher Lebensraum. Sie will Patienten dennoch dazu befähigen, später auch in der freien Gesellschaft risikofrei mit anderen umzugehen. Um die Kluft zwischen Klinik und gesellschaftlicher Realität zu verringern, ist das alltägliche Leben in der Klinik, was Umgangsformen, Regeln, Absprachen und Verantwortlichkeiten anbelangt, weitestgehend an das Leben in der freien Gesellschaft angepasst. Die Patienten verfügen zudem über viel Bewegungsfreiheit im stationären Bereich. Sie sind in Wohngruppen untergebracht oder verbleiben, wenn dies aufgrund ihrer Störungen nicht möglich ist, auf Abteilungen für individuelle Behandlungen. Sie haben im Prinzip aber alle Zugang zu den Therapieangeboten und Entspannungsräumlichkeiten der Klinik außerhalb ihrer Abteilung. Dort kommen sie mit Patienten und Mitarbeitern anderer Wohngruppen und Abteilungen zusammen. Durch den intensiven Kontakt zu Mitpatienten und Mitarbeitern der Klinik wird ihnen ein wichtiges soziales Übungsfeld geboten. Die Patienten lernen miteinander zu leben, zu lernen und zu arbeiten – mit allen dazugehörigen gegenseitigen Verpflichtungen und Verantwortungen. Sie üben so prosoziale Handlungsstrategien ein, lernen ihre eigenen Bedürfnisse, Stärken und Schwächen kennen und trainieren den Umgang mit positivem wie negativem Feedback. Gleichzeitig werden sie dazu aufgefordert, (Mit-)Verantwortung für ihr eigenes Verhalten und das ihrer Mitpatienten zu übernehmen. Es wird erwartet, dass sie sich gegenseitig unterstützen, indem sie einander zur Teilnahme an der Behandlung motivieren, aber auch ihr risikobezogenes Verhalten kritisch hinterfragen. Der Umgang der Patienten miteinander ist so transparent gestaltet, dass sie die Problemgebiete, kriminellen Hintergründe und Verhaltensrisiken ihrer Mitpatienten zumindest global kennen. Patienten partizipieren ebenfalls an vielen Besprechungen der Behandler, die die Sicherheit innerhalb und, im Falle von Lockerungen, außerhalb der Klinik betreffen (Staatsoezicht op de Volksgezondheid, 2007). Diese geteilte Verantwortung ist ein typisches Element der Klinikkultur, die, zusammenfassend, von jeher sowohl die Förderung der persönlichen Möglichkeiten zur Gestaltung eines persönlich relevanten, prosozialen Lebens als auch das gemeinsame Monitoring und Management der Verhaltensrisiken im Auge hatte.

Wie in manchen anderen Maßregelkliniken sind in der Van der Hoeven Kliniek in den vorangegangenen Jahren zur Nutzung der vorhandenen Aufnahmekapazität neben den Maßregelpatienten auch Straftäter mit anderen straf- und zivilrechtlichen Maß-

nahmen untergebracht worden. Der Aufenthalt in der Klinik ist für diese Zielgruppen zum Teil durch andere Unterbringungsgesetze geregelt und zeitlich befristet. Die Diversität der Patientenpopulation stellt besondere Anforderungen an die Organisation der Behandlung. Sie muss unter Berücksichtigung der unterschiedlichen rechtlichen Grundlagen eine flexible und zielgerichtete Anpassung an die Behandlungs- und Sicherungsbedürfnisse der individuellen Patienten ermöglichen. Dies ist eine komplexe Aufgabe. Sie stellt jedoch auch eine Herausforderung und Chance dar, in der Behandlung neue Wege einzuschlagen. Aus diesem Pioniergeist heraus wurde 2018 in der Klinik die spezielle Abteilung für die zeitlich befristete stationäre Behandlung von Sexualstraftätern eingerichtet, für die es bisher kein geeignetes Angebot gab. Das Behandlungskonzept der Abteilung entspricht weitgehend organisatorisch und auch inhaltlich dem Gesamtkonzept der Klinik, indem es Prinzipien des „Good-Lives“- und „RNR-Modell“ integriert. Die Patienten werden in ihrer Wohngruppe behandelt, sind aber gleichzeitig in die Patientengemeinschaft der gesamten Klinik integriert. Sie nehmen gemeinsam mit Patienten anderer Abteilungen und Wohngruppen an Sport-, kreativen und Entspannungsaktivitäten teil und müssen sich, wie alle anderen Patienten, an die allgemein geltenden Absprachen und Regeln des Zusammenlebens halten.

Das Gruppentherapieprogramm

In der Mitte 2018 neu eingerichteten Abteilung sind zehn Patienten untergebracht, die speziell für diese Form der Behandlung angemeldet worden sind. Es handelt sich dabei um psychisch gestörte Sexualstraftäter aus dem Justizvollzug, die im Rahmen einer Weisung vorzeitig aus der Haft entlassen worden sind, um sich dieser Behandlung zu unterziehen, um Sexualstraftäter, bei denen die Vollstreckung der Freiheitsstrafe zurückgestellt wurde, um das Behandlungsangebot nutzen zu können, und um Sexualstraftäter, deren Maßregel primär zur Bewährung ausgesetzt wurde. Selbstverständlich müssen diese Straftäter grundsätzlich therapiewillig und -fähig sowie nicht akut psychotisch oder stark substanzabhängig sein. Wenn sie die Behandlung verweigern oder aus anderen Gründen nicht in der Lage sind, an der Behandlung teilzunehmen, ist eine Rückverlegung in den Justizvollzug bzw. eine andere forensisch psychiatrische Einrichtung möglich.

Die Behandlung ist für Straftäter mit einem mittleren bis höheren Rückfallrisiko indiziert. Als Risikoprognoseverfahren wird der STATIC-99R (Harris, Phenix, Hanson & Thornton, 2003; bearbeitet und ins Niederländische übersetzt von Smid, Koch & Van den Berg, 2014) allein oder kombiniert mit dem STABLE-2007 (Fernandez, Harris, Hanson & Sparks, 2012; übersetzt von Van den Berg, Smid & Koch, 2014) verwendet. Abgesehen vom Risikoniveau gibt die Risikoprognose Aufschluss über die dynamischen Risikofaktoren, auf die die Behandlung sich richten muss. Zusätzlich wird der LS/CMI abgenommen, um sicherzustellen, dass alle dynamischen Risikofaktoren erfasst worden sind. Die Risikoprognose ist ebenfalls von Bedeutung für die Behand-

lungsdauer. Sie beträgt 6 bis 24 Monate, abhängig von der Höhe der Rückfallgefahr (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Entscheidungen über die Intensität bzw. Dauer der Behandlung sowie die Möglichkeit von Lockerungen, basierend auf regelmäßig angewandten Risikoprognosen des STATIC-99R sowie der Kombination von STATIC-99R und STABLE-2007. Die Behandlung ist erst ab einem mittlerem bis niedrigem Risikoniveau indiziert und dauert dann ungefähr ein halbes Jahr. Bei einem mittlerem bis hohem Rezidivrisiko muss mit einer Behandlungsdauer von etwa einem Jahr gerechnet werden und bei einem hohen Risiko mit etwa zwei Jahren.

Risikoniveau STATIC- 99R	Risikoniveau STATIC-2007 / STABLE-2007	Aufnahmedauer
-3 bis 0	Niedrig	Keine Behandlung
1 bis 3	Mittel-niedrig	1/2 Jahr
4 und 5	Mittel-hoch	1 Jahr
6 und höher	Hoch	2 Jahr

Die Wohngruppe, auf der die Patienten während der Behandlung leben, ist im Prinzip so gestaltet wie die anderen Wohngruppen der Klinik auch. Während die Therapieprogramme der Patienten anderer Wohngruppen jedoch individuell zusammengestellt sind, nehmen diese Patienten gemeinsam an einem intensiven Gruppentherapieprogramm teil. Dadurch konzentrieren sich alle Wohngruppenmitglieder gleichzeitig auf die zentralen Behandlungsthemen. In diesem relativ geschützten Rahmen entsteht leichter eine Gruppenkohäsion, die sich positiv auf die Behandlungsmotivation und das Vertrauen der Teilnehmer untereinander auswirkt. Der Verlauf der Behandlung jedes einzelnen Patienten wird zweimonatlich in der Wohngruppe evaluiert. Die Sozialtherapeuten, die die Wohngruppe betreuen, nehmen als Co-Therapeuten am Gruppentherapieprogramm teil und helfen den Patienten bei der Erledigung ihrer Hausaufgaben. Sie sind wie die Psychotherapeuten gut über die kriminelle Vorgeschichte und Krankengeschichte der Patienten informiert. Dieser ständige Erfahrungsaustausch zwischen dem, was in der Gruppentherapie bzw. im alltäglichen Leben in der Wohngruppe geschieht, erweist sich als sehr hilfreich für die Lernprozesse der Patienten. Da während der befristeten Aufnahmedauer oft auch eine geeignete Weiterversorgung sichergestellt werden muss, wird ab Beginn der Behandlung eng mit der Bewährungshilfe und anderen Nachsorgepartnern der forensischen Psychiatrie kooperiert.

Das gesamte Gruppentherapieprogramm besteht aus fünf Behandlungsmodulen:

1. Einführung in die Thematik, Erstellen eines auf dem „Good Lives“- und „RNR-Modell“ basierenden, positiven Lebensplans und Arbeit am Deliktsszenario;
2. Verbesserung der allgemeinen Selbstregulation, bezogen auf Verhaltensaspekte wie Impulsivität, Problemlöse-Fähigkeiten und Emotionsregulation;

3. Antisoziale Einflüsse und pro-kriminelle Denkmuster bzw. Auffassungen, die das Delikt begünstigen;
4. Sexuelle Selbstregulation, bezogen auf Aspekte der sexuellen Problematik wie Hypersexualität, Sex als Coping und sexuelle Devianz;
5. Intimität, Sexualität und Partnerbeziehungen.

Die Patienten nehmen zwei- bis dreimal pro Woche für jeweils anderthalb Stunden an der Gruppentherapie teil. Jedes Modul nimmt ungefähr drei Monate in Anspruch. Das erste Modul bildet mit einer Dauer von sechs bis acht Wochen eine Ausnahme. Es handelt sich um offene Therapiegruppen, in die neu aufgenommene Patienten auch zwischenzeitlich einsteigen können. Für viele Patienten sind alle Module indiziert. Wenn die verfügbare Behandlungszeit begrenzt ist, muss jedoch entschieden werden, welche Module am meisten indiziert sind. Auch bei dieser Auswahl sind die dynamischen Risikofaktoren ausschlaggebend. Im Folgenden wird das erste Modul des Behandlungsprogramms, ‘Mein positiver Lebensplan’, näher beschrieben.

Das Modul ‘Mein positiver Lebensplan’

Das Modul ‚Mein positiver Lebensplan‘ ist als ein Basismodul zu betrachten. Es bildet den Start- und Ausgangspunkt des gesamten Therapieprogramms. Mit Hilfe des Moduls sollen die Patienten

- eine gemeinsame Vorstellung von ihren persönlichen, primären Bedürfnissen bekommen und wie sie diese auf prosoziale Weise verwirklichen können;
- ein besseres Verständnis der während der Delikte sowie aktuell noch vorliegenden dynamischen Risikofaktoren entwickeln und sich bewusst werden, welche Errungenschaften noch für eine bessere Kontrolle dieser Faktoren notwendig sind;
- die Behandlungsmotivation erhalten und verstärken;
- konkrete Behandlungspläne formulieren und in die Praxis umsetzen, die darauf gerichtet sind, ein für sie selbst bedeutsames, deliktfreies Leben zu gestalten.

Mitarbeiter und Patienten der Klinik haben an dem Zustandekommen des Behandlungsmoduls mitgewirkt. Das Modul enthält ein Therapeutenmanual und ein Handbuch für die Gruppenteilnehmer. Beide sind in der originalen niederländischen Fassung online verfügbar (Van den Berg, Noom & Van den Bremer, 2015^{a,b}). Das Handbuch ist auf eine für Patienten relativ leicht verständliche und konkrete Weise verfasst. Es enthält sowohl theoretisches Wissen als auch praktische Beispiele.

In den ersten Wochen nach der Einweisung beschreiben die Patienten im Rahmen dieses Moduls ihr ideales zukünftiges Leben. Danach befassen sie sich, entsprechend dem biopsychosozialen Ansatz (Engel, 1977; Egger, 2015), eingehend mit den anlagebedingten, sozialen und psychischen Aspekten ihrer Persönlichkeit. Im nächsten Schritt arbeiten die Patienten am Deliktszenario (Van Beek, 1999), indem sie syste-

matisch untersuchen, welche Gefühle, Gedanken und Handlungsweisen vor, während und nach der Tat eine Rolle spielten. Der Täter lernt auf diese Weise das für ihn typische Muster des Deliktablaufs kennen, die Bedeutung der Sexualität und Aggression innerhalb des Problemverhaltens, tatfördernde Aspekte seiner Lebensweise sowie seine kognitiven Verzerrungen, die es ihm ermöglichen, sein delinquentes Verhalten zu rechtfertigen. Zum Schluss untersucht der Patient, welche Voraussetzungen für den Aufbau einer prosozialen, bedeutungsvollen und deliktfreien Existenz erfüllt sein müssen. Sein positiver Lebensplan und das ausgearbeitete Deliktzenarium bilden die Grundlage für die Erstellung eines Behandlungsplans. Die Behandlung wird anhand des Plans im Abstand von zwei Monaten gemeinsam vom Patienten und seinem Behandlungsteam evaluiert. Mitpatienten liefern einen Beitrag zu dieser Evaluation, indem sie dem betreffenden Patienten vorab Feedback zu seinem allgemeinen Funktionieren und insbesondere zum Erreichen der im positiven Lebensplan formulierten Ziele geben. Das Modul bildet eine entscheidende Hilfe beim Aufstellen, Durchführen und Monitoren von Behandlungsplänen, in denen sowohl die erstrebten Zukunftsziele als auch die persönlichen dynamischen Risikofaktoren und die Weise, wie an deren Reduzierung gearbeitet werden soll, enthalten sind. Dadurch, dass die Teilnehmer im Modul selbst darüber nachdenken, in welche Richtung sie ihr Leben lenken wollen, statt sich passiv von anderen sagen zu lassen, was sie zu tun oder zu lassen haben, werden sie stärker zu ‚Eigentümern‘ ihres Behandlungsplans, was sich positiv auf ihre Behandlungsmotivation auswirkt.

Das Modul besteht je nach Lerntempo aus acht bis zwölf Therapiesitzungen, in denen sich die Patienten mit Hilfe ihres Arbeitsbuchs sowie anhand praktischer Übungen mit verschiedenen Themen beschäftigen und ihren positiven Lebensplan aufstellen. Während der Gruppensitzungen werden dem Patienten theoretische Erkenntnisse vermittelt und er wird dazu angeregt, diese auf seine persönliche Situation zu beziehen. Neben den Gruppensitzungen nehmen die Patienten gemeinsam mit ihrer Gruppe an Fächern wie bildnerische Gestaltung und Unterricht teil, wo sie mit Hilfe von Farben, Formen und unterschiedlichen Materialien die wichtigsten Elemente ihres positiven Lebensplans in Form eines selbst gestalteten Kunstwerks bildnerisch zum Ausdruck bringen (siehe Abbildung 1 und 2).

Diese Art, persönliche Wünsche und Ziele zu visualisieren, hilft nicht nur den Teilnehmern, die sich sprachlich weniger gut ausdrücken können, sondern spricht im Grunde fast alle Gruppenteilnehmer an, da es die zum Teil eher theoretischen, abstrakten Inhalte besser verständlich macht und ihnen diese Arbeitsform auch Spaß bereitet. Auf ihre persönlichen Resultate sind die meisten stolz. Das Thema jeder Sitzung wird durch Arbeitsaufträge weiter ausgearbeitet und vertieft, so dass der Patient seine Erkenntnisse in die Praxis umsetzen und während seiner Behandlung bzw. später im alltäglichen Leben anwenden kann.

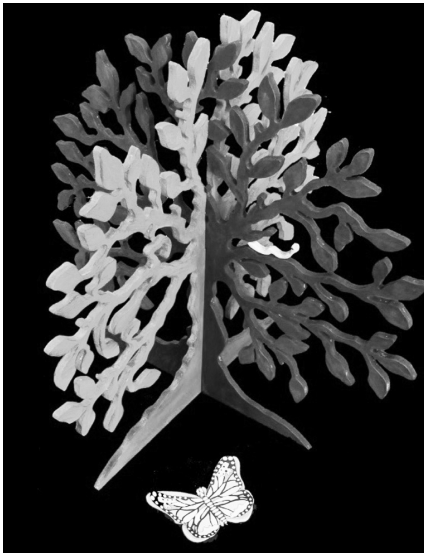


Abbildung 1: Arbeit eines Patienten

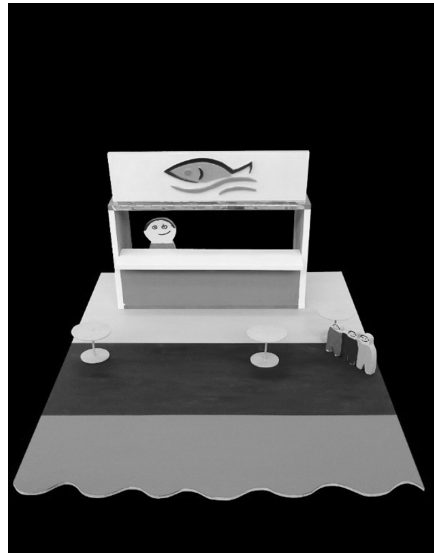


Abbildung 2: Arbeit eines Patienten

In den verschiedenen Therapiesitzungen werden nacheinander die folgenden Themen behandelt:

1. *„Meine primären Bedürfnisse“*

Zu Beginn der Gruppentherapie werden Absprachen getroffen und Regeln vereinbart, um eine sichere, vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen, zum Beispiel, dass das, was in der Gruppe besprochen wird, nicht an Außenstehende weitergegeben wird. Danach wird der Grundgedanke des GLM erläutert, und zwar, dass jeder Mensch primäre emotionale Bedürfnisse hat, die er verwirklichen will, weil sie für ihn intrinsisch belohnend und bedeutsam sind (für eine Übersicht siehe Tabelle 2). Obwohl Menschen sich qua sozioökonomischem Hintergrund, Charakter und Möglichkeiten voneinander unterscheiden, teilen sie doch bestimmte, gemeinsame Bedürfnisse, wie zum Beispiel den Wunsch, gesund zu sein, Autonomie zu besitzen, sich verbunden zu fühlen und glücklich zu sein (Ward & Maruna, 2007, Ward & Marshall, 2004). Welche primären Bedürfnisse als besonders wichtig erfahren werden, ist individuell verschieden. Das GLM sieht delinquentes Verhalten als eine Folge des auf kriminelle Weise Befriedigen dieser Bedürfnisse.

Wichtigstes Ziel der ersten Sitzung ist es, herauszufinden, welche primären Bedürfnisse für den jeweiligen Teilnehmer von besonderer Bedeutung sind. In der Gruppe werden auf spielerische, interaktive Weise die persönlichen Bedürfnisse aller Teilnehmer ermittelt und ins Gespräch gebracht. Bei einer der Übungen werden Karten, auf denen die zehn primären Bedürfnisse jeweils abgebildet sind, auf den Tisch gelegt. Ein Teilnehmer nach dem anderen wählt Karten mit den Bedürf-

nissen aus, die für ihn besonders wichtig sind, und tauscht mit den anderen Teilnehmern seine Gedanken und Erfahrungen darüber aus. Auch die Therapeuten ‚spielen‘ mit und bringen Erfahrungen mit ihren eigenen primären Bedürfnissen ein. Dies hilft, den Abstand zwischen Therapeut und Patient zu verringern, und auch ängstliche Teilnehmer überwinden so leichter ihre Hemmschwelle. Die primären Bedürfnisse stimmen oft miteinander überein: Autonom sein, innere Ruhe empfinden und Freude an etwas haben, finden viele Menschen erstrebenswert, ob sie nun innerhalb oder außerhalb einer forensischen Einrichtung leben. Oft entstehen auf diese Weise anregende Gespräche darüber, was jeden Teilnehmer und Menschen im Allgemeinen antreibt.

Tabelle 2: Übersicht der zehn primären Bedürfnisse

Primäre Bedürfnisse	Wie können sie zum Ausdruck kommen?
Gesundheit	Wenn man in seinem Leben besonderen Wert auf ein gesundes Leben und körperliches Wohlbefinden legt.
Kenntnis	Wenn man immer gern gut informiert sein möchte, Hintergründe begreifen will und Spaß daran hat, sich Wissen anzueignen.
Kompetenz	Wenn man auf einem oder mehreren Gebieten (Arbeit, Sport usw.) kompetent sein, besondere Fähigkeiten besitzen möchte.
Autonomie	Wenn man gern unabhängig sein will, eigene Entscheidungen trifft und selbständig Pläne macht.
Innere Ruhe	Wenn man sich vorzugsweise ruhig, gelassen und entspannt fühlt und keinen Stress hat.
Verbundenheit	Wenn man seine Zeit gern gemeinsam mit anderen verbringt, z.B. mit der Familie, Freunden oder Partnern.
Gemeinschaftssinn	Wenn man gern an einer Gemeinschaft teilhat, zu einer größeren Gruppe gehört, z.B. Mitglied eines Sport-, Kulturvereins oder Fanclubs, einer politischen Partei oder Kirchengemeinde ist.
Spiritualität	Wenn man sich gern mit dem Sinn des Lebens auseinandersetzt und seinem Leben tiefere Bedeutung geben möchte.
Glück, Freude und Genuss	Wenn es einem wichtig ist, sich glücklich zu fühlen, zu genießen, Spaß zu haben und sich über etwas freuen zu können.
Kreativität	Wenn man gern etwas Neues ausprobieren möchte, oft auf der Suche nach neuen Herausforderungen ist oder sich gern auf originelle Weise ausdrückt.

2. ‚Mein positiver Lebensplan‘

Während der zweiten Sitzung werden die primären Bedürfnisse weiter konkretisiert und veranschaulicht. Auf einer Collage stellen die Teilnehmer mit Hilfe selbst angefertigter oder aus Zeitschriften entnommener Abbildungen und Texte ihre wichtigsten primären Bedürfnisse und die Weise, wie sie diese befriedigen (möchten), dar. Dabei untersuchen die Teilnehmer gemeinsam, welche Aktivitäten oder Mittel sie mit der Befriedigung ihrer Bedürfnisse assoziieren und welchen Platz

sie welchen Bedürfnissen in ihrem Leben zuweisen können. Zum Beispiel kann die Teilnahme an einer Ausbildung oder einem Kurs dazu beitragen, dass man Kenntnisse erwirbt. Durch Weiterbildung hat man aber auch mehr Chancen, eine Arbeitsstelle zu finden, bei der man Verantwortung tragen darf und sich dadurch mehr Autonomie verschafft. Sport und gesunde Ernährung fördern die Gesundheit, die man sich gern erhalten will. Über den Sinn des Lebens nachdenken, meditieren, Yoga betreiben oder Gottesdiensten beiwohnen, kann zur Befriedigung spiritueller Bedürfnisse beitragen. Das Präsentieren eigener Lebensbedürfnisse mit Hilfe von Abbildungen macht bisher noch abstrakte Wünsche und Ziele greifbarer und konkreter. Dies stärkt die Motivation und das Durchhaltevermögen bei der Realisierung der Lebensziele. Den Teilnehmern wird angeraten, ihre Collagen an einem für sie leicht zugänglichen Platz aufzubewahren, so dass sie in schwierigen Zeiten daran erinnert werden, was in ihrem Leben eigentlich zählt. Dies kann ihnen mentale Kraft und neue Motivation verleihen.

3. *„Wie befriedige ich meine primären Bedürfnisse?“*

Ein positiver Lebensplan bietet eine nützliche, wertvolle Orientierungshilfe, um das eigene Leben in eine positive Richtung zu lenken. Er gibt Aufschluss darüber, wie der einzelne Teilnehmer seine primären Bedürfnisse auf eine nicht delinquente, sondern vernünftige, prosoziale Weise befriedigen kann. Ausgangspunkt des GLM ist, dass intrinsisch belohnende primäre Bedürfnisse in mehr oder weniger starkem Maße für alle Menschen gelten und aus ethischer Sicht nicht per se „gut“ oder „schlecht“ sind. Die Art und Weise, wie die Bedürfnisse befriedigt werden, hat jedoch kurzfristig wie langfristig Konsequenzen. Was in erster Linie eine starke Belohnung darstellt, im Sinne von Ruhe, materiellem Gewinn oder Genuss, kann auf Dauer Schaden oder grundloses Leid verursachen. Hiermit befassen sich die Teilnehmer in der dritten Sitzung. Sie besprechen miteinander, wie sie ihre Bedürfnisse früher auf unvernünftige bzw. delinquente Weise befriedigt haben und wie sie diese jetzt bzw. später auf vernünftige Weise verwirklichen (wollen). Tabelle 3 gibt zur Erläuterung einige Beispiele wieder. Den Teilnehmern soll dabei die unterschiedliche Art und Weise der Bedürfnisbefriedigung und deren Folgen deutlich gemacht werden. Die Auseinandersetzung mit diesem Thema geschieht unter anderem auf spielerische Weise, wobei die Teilnehmer herausgefordert werden, in einer abgegrenzten Zeit so viele Arten der Befriedigung primärer Bedürfnisse wie möglich zu beschreiben. Anschließend diskutieren sie miteinander darüber, welche Vorgehensweise angemessen bzw. unklug erscheint, wobei prosoziale Entscheidungen angeregt und betont werden. Im Anschluss an dieses Thema (dieser Therapiesitzung) wie auch bei allen folgenden Themen stehen die dynamischen Risikofaktoren und das Risikomanagement gemäß dem RNR-Modell und gleichrangig die primären Bedürfnisse nach dem GLM im Fokus. Es werden auf diese Weise beide theoretischen Ansätze integriert in die Praxis umgesetzt.

Tabelle 3: Beispiele, wie primäre Bedürfnisse auf vernünftige bzw. unvernünftige Weise befriedigt werden können.

Primäres Bedürfnis	Bedürfnisse auf unvernünftige Art und Weise befriedigen	Bedürfnisse auf vernünftige Art und Weise befriedigen
Innere Ruhe	Kiffen.	Meditieren, Sport treiben, sich Probleme vom Herzen reden.
Verbundenheit	Sex mit Kindern.	Gleichwertige Beziehungen anknüpfen.
Autonomie	Keine Rücksicht auf andere nehmen, sich mit Gewalt durchsetzen, sich nicht an Regeln halten.	Grenzen auf respektvolle Weise angeben, sich bei der Arbeit um eine Funktion mit eigener Verantwortung bemühen.

4. Mögliche Hindernisse bei der Realisierung des Lebensplans

Sobald der Teilnehmer weiß, welche primären Bedürfnisse für ihn wichtig sind und wie er sie verwirklichen kann, ist für ihn theoretisch der Weg frei, sich auf das Erreichen seiner Zukunftsziele zu richten. Dies ist jedoch leichter gesagt als getan. Das Realisieren neuer Ideen und Erlernen alternativer Verhaltensweisen erweist sich oft als eine schwierige Angelegenheit. Rückfälle in alte Gewohnheiten kommen häufig vor. Sich systematisch wiederholendes Fehlverhalten kann der Verwirklichung des positiven Lebensplans erheblich im Wege stehen. Man kann hier vier Ursachen oder Schwachstellen unterscheiden, aufgrund derer die Realisierung des positiven Lebensplans scheitern kann:

- Man versucht seine Bedürfnisse mit den falschen Mitteln bzw. auf unkluge Weise zu verwirklichen;
- Der Lebensplan ist zu eingeschränkt; das heißt man richtet sich nur auf ein bis zwei primäre Bedürfnisse aus und kann dadurch nicht auf andere, ebenfalls relevante Bedürfnisse zurückgreifen (siehe Fallbeispiel 1)

Während der ersten Therapiesitzung fällt auf, wie wichtig Verbundenheit für Klaus ist. In der Vergangenheit hat er diese, während einer Krise in seiner Partnerschaft, die mit viel Konflikten und Stress einherging, im sexuellen Kontakt mit Minderjährigen gesucht. In der Therapiegruppe ist bereits besprochen worden, wie Klaus sein Bedürfnis nach Verbundenheit auf eine andere, nicht kriminelle Weise befriedigen kann (z.B. Mitglied eines Vereins werden oder den Kontakt zu früheren Familienangehörigen und Freunden wiederherstellen). Im Gespräch über seine persönlichen Defizite und Fallstricke stellt Klaus fest, dass er ausschließlich auf dieses Bedürfnis nach Verbundenheit fokussiert ist. Er trauert oft einer früheren Beziehung nach, die befriedigend für ihn war, leidet darunter, dass er jetzt keine Beziehung hat und sehnt sich nach einer neuen. Mit Hilfe der Gruppe widmet Klaus seine Aufmerksamkeit mehr seinen anderen primären Bedürfnissen. Er untersucht, was er früher gern tat und was ihm Spaß machte. Er beschließt, sich mehr auf Aktivitäten zu richten, die er früher gern unternommen hatte, und bespricht mit den Leitern der Sport- und bildnerischen Fächern seine Interessen und womit er gern beginnen möchte

Fallbeispiel 1: Klaus

- Die eigenen Bedürfnisse sind nicht zu verwirklichen, da sie schwer miteinander vereinbar sind (siehe Fallbeispiel 2)

Moritz ist wegen Vergewaltigung und Misshandlung seiner ehemaligen Partnerin verurteilt und zur Behandlung in die Klinik eingewiesen worden. Während der ersten Therapiesitzung bespricht er seine primären Bedürfnisse, wobei auffällt, dass er stark nach einer festen, guten Partnerbeziehung strebt. Er beschreibt zum Beispiel ausführlich, wie harmonisch die Beziehung zu seiner Partnerin war, bevor es zur sexuellen Gewalttat kam. Die Gruppenteilnehmer reagieren überrascht und fragen Moritz, wie es doch sein kann, dass er seine Partnerin, zu der er seinem eigenen Empfinden nach eine gute Beziehung hatte, letztlich misshandelt und vergewaltigt. Moritz begründet sein Delikt damit, dass er sich von seiner Partnerin immer mehr fremdbestimmt und unter Druck gesetzt fühlte. Er fühlte sich dadurch eingengt, gekränkt und erniedrigt. Seine Gefühle äußerte er jedoch nicht, sondern er zog sich zurück und entwickelte Rachephantasien. Während eines heftigen Streits schlug und vergewaltigte er sie. In der Gruppentherapie werden daraufhin die Themen Verbundenheit und Autonomie in den Vordergrund gestellt, und er bespricht, wie er mit anderen, insbesondere einer intimen Partnerin, verbunden sein kann, ohne seine Autonomie zu verlieren.

Fallbeispiel 2: Moritz

- Der Mangel an Fähigkeiten oder Einschränkungen durch äußere Umstände können das Erreichen bestimmter Ziele verhindern: Man kann kein Pilot werden, wenn man schlecht sieht, oder eine Wohnung im Grünen kaufen, wenn man sich dies finanziell nicht leisten kann. Die zugrundeliegenden primären Bedürfnisse, Kompetenz, Autonomie bzw. innere Ruhe, müssen also auf eine andere, realistischere Art befriedigt werden.

Während der vierten Sitzung befassen sich die Teilnehmer kritisch mit derartigen Stolpersteinen bei der Durchführung ihrer Pläne und passen ihre Pläne nötigenfalls an.

5. Primäre Bedürfnisse, die dem Delikt zugrunde liegen

In der fünften Gruppentherapiesitzung besprechen die Teilnehmer gemeinsam, welche primären Bedürfnisse bei ihren jeweiligen Sexualdelikten eine Rolle gespielt haben. Um den Teilnehmern diesen Zusammenhang zwischen Bedürfnissen und delinquentem Verhalten besser verdeutlichen zu können, wird ihnen ein fiktiver Kausus vorgelegt (siehe Fallbeispiel 3), anhand dessen sie zunächst herauszufinden versuchen, welche Bedürfnisse dem beschriebenen Delikt zugrunde liegen. Danach gibt jeder Teilnehmer eine kurze Beschreibung der Situation unmittelbar vor und während seines eigenen Delikts und versucht eine Antwort auf die Frage zu finden, welche seiner primären Bedürfnisse dabei eine Rolle gespielt haben. Außerdem überlegt jeder Teilnehmer sich, wie er diese Bedürfnisse von jetzt ab auf eine angemessene, prosoziale Weise verwirklichen kann. Die anderen Teilnehmer denken kritisch mit, geben Ratschläge und ergänzen erforderlichenfalls, was nach ihrer Ansicht bei der Beschreibung des Deliktablaufs noch fehlt.

Jan ist 38 Jahre alt und mehrfach vorbestraft wegen Unzucht mit ausschließlich männlichen Minderjährigen. Während einer ambulanten Behandlung anlässlich seiner vorherigen Straftaten wird er rückfällig, was zu einer erneuten Verurteilung führt. Das Opfer ist der zehnjährige Sohn einer Nachbarfamilie, zu der er guten Kontakt hatte. Bevor es zu diesem Delikt kommt, wird Jan von einer Frau, die ihn interessiert, abgewiesen. Er hat wegen seiner Vorstrafen bereits seine Arbeitsstelle sowie den Kontakt zu seiner Familie verloren. Seine ehrenamtlichen Tätigkeiten in seiner Kirchengemeinde, die er gern ausübte, musste er ebenfalls aufgeben. Es fehlen ihm seine Familie und Freunde. Er fühlt sich niedergeschlagen, einsam und verlassen. Bereits bestehende Minderwertigkeitsgefühle werden immer stärker. Als er merkt, dass er sich von dem Nachbarsjungen sexuell angezogen fühlt, zieht er sich in seine Wohnung zurück, um den Kontakt zu vermeiden. Er will kein Delikt mehr begehen. Zuhause masturbiert er jedoch viel und phantasiert über Sex mit Jungen. Letztendlich verliert er die Kontrolle über seine Impulse. Er lädt den Jungen ein, sich bei ihm zuhause gemeinsam einen Film anzusehen, und ist hinterher erschüttert darüber, dass er wieder ein Delikt begangen hat.

Intrinsisch belohnende, primäre Bedürfnisse (allgemein):

- Gemeinschaft (ehrenamtliche Tätigkeiten);
- Verbundenheit (Verlangen nach Familie und Freunden);
- Spiritualität (Kirchenmitglied).

Intrinsisch belohnende, primäre Bedürfnisse (in Bezug auf das Delikt):

- Verbundenheit (Kontakt zum Nachbarjungen);
- Glück, Freude und Genuss (Masturbieren, Phantasieren, pädosexueller Kontakt);
- Innere Ruhe (Rückzugsverhalten, um Abweisung, Einsamkeit und andere negative Emotionen nicht mehr zu fühlen).

Fallbeispiel 3: Jan. Fiktives Fallbeispiel, anhand dessen die Gruppenteilnehmer das Erkennen primärer Bedürfnisse, die einem Delikt zugrunde liegen können, einüben. Die in diesem Beispiel relevanten primären Bedürfnisse sind zur Verdeutlichung für den Leser hinzugefügt.

6. Dynamische Risikofaktoren

Während der sechsten Gruppentherapiesitzung setzen sich die Teilnehmer mit ihren dynamischen Risikofaktoren auseinander. Das Vorhandensein dynamischer, d.h. grundsätzlich veränderlicher Risikofaktoren erhöht die Wahrscheinlichkeit (sexuell) gewalttätigen Verhaltens. Zu diesen Risikofaktoren zählen beispielsweise Substanzmissbrauch, Impulsivität und das Fehlen emotionaler oder beruflicher Bindungen. Ziel dieser Sitzung ist es, dass die Teilnehmer (wieder)erkennen, welche Risikofaktoren bei ihren Delikten eine Rolle spielten und eventuell noch aktuell wirksam sind. Die in der Therapie besprochenen dynamischen Risikofaktoren stützen sich auf gängige Risikoprognoseverfahren wie den STABLE-2007 (Fernandez, Harris, Hanson & Sparks, 2012; niederländische Übersetzung von Van den Berg, Smid & Koch, 2014) und den LS/CMI (Andrews, Bonta & Wormith, 2004; niederländische Übersetzung von Bouman & Wismeyer, 2011). Außerdem bewerten die Teilnehmer, was sie bis jetzt zur Reduzierung ihrer Risikofaktoren erreicht

haben und was daran noch getan werden muss. Jeder Teilnehmer beurteilt dies während der Sitzung erst für sich und fügt seine Resultate dann in eine Tabelle ein, die er den anderen Teilnehmern zur Beurteilung vorlegt. Gemeinsam werden Unterschiede und Übereinstimmungen in der Wahrnehmung aller betroffenen Parteien untersucht. Es kommt dabei vor, dass die Gruppenteilnehmer mit erstaunlicher Scharfsicht Risikofaktoren ermitteln, die von den Behandlern übersehen wurden. So kann das Behandlungsteam vor allem den Substanzgebrauch eines Patienten und seine Probleme in der Zusammenarbeit im Auge haben, während Gefühle der Einsamkeit und mangelnde Problemlösefähigkeiten eine ebenso große Rolle spielen. Für den Behandlungserfolg ist es wichtig, dass die verschiedenen Gesichtspunkte und Auffassungen geteilt werden und jeder Teilnehmer aktiv darüber nachdenkt, welche dynamischen Risikofaktoren mit welcher Priorisierung in Angriff genommen werden müssen.

7. Ziele formulieren

Während dieser Therapiesitzung üben die Teilnehmer ihre Ziele S.M.A.R.T. zu formulieren; das heißt, die Ziele müssen spezifisch, messbar, ausführbar, realistisch und terminiert sein (Masley & Harrison, 2014) (siehe Tabelle 5). Die Teilnehmer schauen sich ihren positiven Lebensplan noch einmal genau an und denken darüber nach, gegen welche(n) dynamischen Risikofaktor(en) sie in den kommenden acht Wochen vorgehen und welche Fortschritte sie in Bezug auf die Verwirklichung ihrer primären Bedürfnisse machen wollen, insbesondere in den Bereichen Wohnen, Arbeit/Ausbildung, soziale Kontakte und Freizeit. Der abgegrenzte Zeitraum von acht Wochen ist für die Teilnehmer absehbar, bietet aber zugleich ausreichend Zeit, an den formulierten Zielen zu arbeiten, und sorgt auch dafür, dass die zielgerichtete Aufmerksamkeit erhalten bleibt. Vor Anfang der folgenden Sitzung hat sich jeder Teilnehmer mindestens ein S.M.A.R.T. formuliertes Ziel gestellt, das auf die Realisierung des positiven Lebensplans bzw. das Verrin- gern einer seiner dynamischen Risikofaktoren abzielt.

Tabelle 5: Einige Beispiele SMART-formulierter Ziele zur Ausführung des positiven Lebensplans.

Primäre Bedürfnisse	Ziele
Kompetenz Autonomie	Nächsten Donnerstag verabrede ich mich mit meinem Jobcoach, um mit ihm zu besprechen, was meine Chancen auf dem Arbeitsmarkt sind. In den darauffolgenden zwei Monaten stelle ich mit meinem Jobcoach einen konkreten Plan für meine Suche nach einer Arbeitsstelle auf.
Autonomie Innere Ruhe Glück, Freude und Genuss	Ich will aufhören zu kiffen und beteilige mich deshalb in den folgenden drei Monaten an einem Behandlungsmodul für Drogenmissbrauch. Dieses Modul umfasst acht Sitzungen. Abschließend lege ich meinem Behandlungsteam und meiner Familie einen Rückfallpräventionsplan gegen den Gebrauch von Drogen vor, den ich in dem Modul aufgestellt habe.

8. *Monitoren des positiven Lebensplans*

Eine wichtige Voraussetzung für die Verwirklichung des positiven Lebensplans ist das in regelmäßigen Abständen Evaluieren und Anpassen der kurzfristigen Ziele. Es bietet den Gruppenteilnehmern die Möglichkeit, zu prüfen, ob sie ihre Ziele erreicht haben und, wenn nicht, zu untersuchen, woran dies liegt und wie sie sich erneut für ihre Ziele einsetzen können. Nach dem Erreichen der formulierten Ziele werden neue aufgestellt und auf diese Weise Schritt für Schritt an der Verwirklichung des positiven Lebensplans gearbeitet. Während dieses kontinuierlichen Prozesses bietet die Therapiegruppe die nötige Unterstützung, Denkanstöße und Feedback.

Resultate und Ausblick

Das beschriebene Behandlungsangebot für Sexualstraftäter ist in relativ kurzer Zeit, innerhalb eines Jahres, entwickelt und organisatorisch in die Klinik integriert worden. Aufgrund der bisherigen positiven Resultate und der großen Nachfrage wird die Kapazität der neuen Abteilung in Kürze von 10 auf 20 Patienten erhöht. Gleichzeitig findet ein kontinuierlicher Prozess der Bewertung und Anpassung von Verfahrensweisen, Therapieelementen und der Indikationsstellung statt. Was zuvorderst weiter diskutiert werden muss, ist die Frage, wie wir in Zukunft eine noch gelungenere Integration des GLM und RNR-Modells in diesem Therapieprogramm erreichen können, so dass beide Rehabilitationsansätze einander im positiven Sinne noch mehr verstärken. Ein anderer Aspekt ist, dass das Therapieprogramm in der heutigen Form weniger für Patienten mit einer Intelligenzminderung und Patienten mit einer schweren schizophrenen Negativsymptomatik geeignet ist. Daher wird zurzeit daran gearbeitet, den Inhalt der verschiedenen Module an diese Zielgruppen anzupassen. Ebenfalls ist es möglich, einzelne Module in abgewandelter Form in Einzeltherapie zu behandeln. Diskutiert werden müssen auch die Vor- und Nachteile der Beteiligung einzelner Maßregelpatienten am Gruppentherapieprogramm der Abteilung. Einerseits könnten so auch motivierte Maßregelpatienten von diesem Behandlungsangebot profitieren, andererseits besteht die Gefahr der Unterminierung der Gruppenkohäsion, da die betreffenden Patienten nicht zu dieser Abteilung gehören und damit kein Mitglied der betreffenden Wohngruppe sind. Die Patienten der Abteilung sind in die übrige Patientengemeinschaft der Klinik gut integriert. Es bestehen ihnen gegenüber kaum Ressentiments aufgrund des Delikthintergrunds und kein ausgesprochener Neid aufgrund der weit besseren Resozialisierungs- und Entlassungsperspektiven. Möglicherweise hängt dies damit zusammen, dass die Maßregelpatienten bereits seit Jahren mit der Situation vertraut sind, dass Mitpatienten im Rahmen anderer gesetzlicher Regelungen in der Maßregelklinik untergebracht sind. Die Tatsache, dass die Patienten auf einer speziellen Abteilung aufgenommen sind, betont diesen Unterschied, macht die Situation aber gleichzeitig übersichtlicher und möglicherweise dadurch für die Maßregelpatienten noch mehr akzeptabel. Nicht zuletzt trägt wohl auch die bereitwillige, aktive Haltung

der Patienten der Abteilung selbst dazu bei, dass sie von den übrigen Patienten als gleichberechtigt anerkannt werden. Sie sind motiviert und beteiligen sich sehr aktiv an regulären Behandlungs- wie Entspannungsaktivitäten der Klinik. Das Behandlungsteam der Abteilung fühlt sich vom übrigen Klinikpersonal ebenfalls akzeptiert und unterstützt. Sie versuchen stets eine gute Balance zwischen dem therapeutischen Gesamtkonzept der Klinik, mit all seinen Regeln, Absprachen und Gepflogenheiten, und dem eigenen, teilweise abweichenden Vorgehen zu finden, das sich zum Beispiel aus der kürzeren Behandlungszeit ergibt. Durch den offenen Dialog und regelmäßigen Erfahrungsaustausch ist es bisher gelungen, flexibel mit etwaigen Gegensätzen umzugehen.

Das beschriebene Basismodul ist in den Niederlanden das einzige, gleichzeitig auf dem GLM und RNR basierte Behandlungsangebot für Sexualstraftäter, das so konkret als Handbuch ausgearbeitet worden ist. Die Gruppenteilnehmer beurteilen dieses Modul überwiegend positiv und demonstrieren dies durch ihre aktive Teilnahme: Sie äußern sich offen über ihre Wünsche und Bedürfnisse – auch die Bedürfnisse, die ihren Delikten zugrunde gelegen haben – und sind bereit, ihre persönlichen Erfahrungen miteinander auszutauschen. Zudem sind sie in der Lage, ihre dynamischen Risikofaktoren zu erkennen. Je deutlicher sich die Teilnehmer einerseits ihrer primären Bedürfnisse und andererseits der Verhaltensrisiken, die der Verwirklichung ihrer prosozialen Zukunftspläne im Wege stehen, bewusst werden, desto präziser kann die Behandlung diese persönlichen Ziele und Problemgebiete aufgreifen. Das Modul gibt Patienten wie Behandlern Mittel an die Hand, um die Behandlung und Resozialisierungspläne aktiv in die gewünschte Richtung zu steuern und dabei gleichzeitig den Effekt der Behandlung kritisch zu begleiten. Es fördert damit letztlich die Autonomie der Patienten, eines der primären Bedürfnisse des Menschen.

Literatur

- Andrews, D.A., Bonta, J., & Wormith, J.S. (2011). The Risk-Need-Responsivity (RNR) Model: Does Adding the Good Lives Model Contribute to Effective Crime Prevention? *Criminal Justice and Behavior*, 38, 735-755. DOI: 10.1177/0093854811406356
- Andrews, D.A., & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct* (5th ed.). New Providence, NJ: LexisNexis, Matthew Bender.
- Andrews, D.A., Bonta, J., & Wormith, J.S. (2004). *LS/CMI: The Level of Service Case Management Inventory: An Offender Assessment System*. Toronto: Multi-Health Systems. Niederländische Übersetzung: Bouman, Y.H.A., & Wismeyer, C.E. (2011). *Level of Service / Case Management Inventory (LS/CMI)*. Nijmegen: Kairos.
- Beek D.J. van (1999). *De delictscenarioprocedure bij seksueel agressieve delinquenten*. Proefschrift Universiteit Amsterdam. Deventer: Gouda Quint.
- Berg, J.W. van den, Noom, S., & Bremer, M. van den (2015*). *Mijn positief levensplan: Trainershandleiding*. Utrecht, De Forensische Zorgspecialisten. <https://www.researchgate.net/publication/319464958>

- Berg, J.W. van den, Noom, S., & Bremer, M. van den (2015^b). *Mijn positief levensplan: Werkboek*. Utrecht, De Forensische Zorgspecialisten. Geraadpleegd van <https://www.researchgate.net/publication/319465123>
- Binsbergen, M.H., van, Keune, L.H., Gerrits, J., & Wiertsema, H.L. (2007). *Organising Forensic Psychiatry. Clinical Practice at the Van der Hoeven Kliniek*. Utrecht: Forum Educatief
- Bonta, J., & Andrews, D.A. (2017). *The psychology of criminal conduct* (6th ed.). New York, NY: Routledge.
- Drieschner, K., Hill, J., & Weijters, G. (2018). Recidive na tbs, ISD en overige forensische zorg. Cahier 2018-22. Den Haag: Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum Ministerie van Justitie en Veiligheid (WODC).
- Egger, J.W. (2015). *Integrative Verhaltenstherapie und Psychotherapeutische Medizin. Ein biopsychosoziales Modell*. Wiesbaden: Springer
- Engel, G.L. (1977) *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*. In: *Science*, 196, 129-136.
- Fernandez, Y., Harris, A.J.R., Hanson, R.K., & Sparks, J. (2012). *STABLE-2007 coding manual: Revised 2012*. Ottawa: Public Safety Canada. Nederlandse Übersetzung von Berg J.W., van den, Smid, W., & Koch, M. (2014). *Stable-2007 Scorehandleiding*. Utrecht: De Forensische Zorgspecialisten.
- Flückiger, C. (2009). Ressourcenorientierung. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 51, 234-243.
- Göbbels, S., Ward, T., & Willis, G.M. (2013). Die Rehabilitation von Straftätern. Das „Good Lives“-Modell. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 7, 122-132.
- Harkins, L., Falk, V.E., Beech, A.R., & Woodhams, J. (2012). Evaluation of a community-based sex offender treatment program using a good lives model approach. *Sexual abuse: A journal of research and treatment*, 24, 519-543. doi:10.1177/1079063211429469
- Harris, A.J.R., Phenix, A., Hanson, R.K., & Thornton, D. (2003). *STATIC-99R Coding Manual: Revised 2003*. Ottawa: Public Safety Canada. Übersetzung und Bearbeitung von Smid, W., Koch, M., & Berg, J.W. van den (2014). *Static-99R Scorehandleiding*. Utrecht: De Forensische Zorgspecialisten.
- Kröger, U. (2015). Van binnen naar buiten: Aktuelle Entwicklungen im niederländischen Maßregelvollzug. *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie*, 22, 91-115.
- Laws, D.R., & Ward, T. (2011). *Desistance from sex offending: Alternatives to throwing away the keys*. New York: The Guilford Press.
- Mann, R.E., Webster, S.D., Schofield, C., & Marshall, W.L. (2004). Approach versus avoidance goals in relapse prevention with sexual offenders. *Sexual abuse: A journal of research and treatment*, 16, 65-75. doi:10.1177/107906320401600105
- Marshall, W.L., Ward, T., Mann, R.E., Moulden, H., Fernandez, Y.M., Serran, G., & Marshall, L.E. (2005). Working Positively With Sexual Offenders. Maximizing the Effectiveness of Treatment. *Journal of Interpersonal Violence*. 1096-1114.
- Massy, J. & Harrison, J. (2014) *Evaluating Human Capital Projects: Improve, Prove, Predict*. Routledge.

- McGrath, R.J., Cumming, G., Burchard, B., Zeoli, S., & Ellerby, L. (2010). *Current practices and emerging trends in sexual abuser management: The Safer Society 2009 North American survey*. Brandon, Vermont: Safer Society Press.
- Netto, N.R., Carter, J.M., & Bonell, C. (2014). A systematic review of interventions that adopt the Good Lives approach to offender rehabilitation. *Journal of Offender Rehabilitation, 53*, 403-432. doi: 10.1080/10509674.2014.931746
- Staatstoezicht op de Volksgezondheid. Inspectie voor de gezondheidszorg (2007). Rapport algemeen toezichtbezoek Dr. Henri van der Hoeven Kliniek, d.d. 19 december 2007. Den Haag.
- Ward, T., & Maruna, S. (2007). *Rehabilitation, beyond the risk paradigm*. London, New York: Routledge.
- Ward, T., Polaschek, D.L.L., & Beech, A.R. (2006). *Theories of sexual offending*. West Sussex: England, John Wiley & Sons LTD.
- Ward, T., & Marshall, W.L. (2004). Good lives, etiology and the rehabilitation of sex offenders: A bridging theory. *Journal of Sexual Aggression, 10*, 353-360.
- Ward, T., & Stewart, C.A. (2002). Good lives and the rehabilitation of sexual offenders. In T. Ward, D.R. Laws, & S.M. Hudson (Hrsg.). *Sexual deviance: issues and controversies* (pp. 21-44). Thousand Oaks: Sage.
- Yates, P., & Prescott, D. (2010). *Building a Better Life: A Good Lives and Self-regulation Workbook*. Brandon, Vermont: Safer Society Press.