



www.justizvollzug-bayern.de



Forschungsergebnisse zur Behandlung von Straftätern

München, 2. März 2012

J. Endres
Kriminologischer Dienst
des bayerischen Justizvollzugs

Übersicht

- Ziel der Straftäterbehandlung
- Forschungslage zur Straftäterbehandlung
- Meta-Analysen zur Straftäterbehandlung: Ein klares, aber nicht einheitliches Bild
- Rückfall als zentrales, aber problematisches Erfolgskriterium
- Das RNR-Modell: Risk, Need, Responsivity
- Risikoprinzip: Statische und dynamische Faktoren
(Eine Warnung: Alarmsignale für drohenden Rückfall)
- Bedürfnisprinzip: Kriminogene und nicht-kriminogene kriminelle Defizite
- Ansprechbarkeitsprinzip: Berücksichtigung individueller Lern- und Behandlungsvoraussetzungen
- Grenzen der Straftäterbehandlung („Unbehandelbare“, „Psychopathie“)

Ziel: Senkung der Rückfälligkeit

- Ziel der Straftäterbehandlung: Keine neuen (schweren) Straftaten
- Zentrales Erfolgsmaß: Rückfallquote
- Erfassung durch offiziell registrierte Rückfälle (Bundeszentralregister)
- Problematik dieses Maßes:
 - Rückfall ist ein (in den meisten Fällen) seltenes und punktuelles Ereignis
 - Offizielle Registrierung ist abhängig von Anzeigeerstattung, Verfolgung, Ergreifung, Beweislage usw.; diese wiederum abhängig von Delikt u.a.
 - Rückfallraten sind abhängig vom betrachteten Zeitraum und vom Rückfallkriterium (jede neue Eintragung, jede neue Straftat, jede schwere neue Straftat, jede erneute Freiheitsentziehung)
- D.h.: Es gibt nicht **die** Basisrate des Rückfalls!
Bsp.: Ca. 60 % erneute Straftaten 5 Jahre nach Entlassung.
Einschlägige Rückfälle (bei Sexualtätern oder Gewalttätern) bzw. schwere Rückfälle (mit neuen Freiheitsentziehungen) sind deutlich seltener!

Straftäterbehandlung: Forschungslage

- Forschung über Straftäterbehandlung überwiegend aus Nordamerika
- Nur wenige Studien erfüllen höchste methodische Standards (= Studien mit Kontrollgruppen und randomisierter Zuweisung, „RCTs“)
- Methodisch hochwertige Studien haben meist geringe Stichprobenumfänge und deshalb begrenzte Aussagekraft
- Es gibt nur sehr wenige gute deutsche Studien

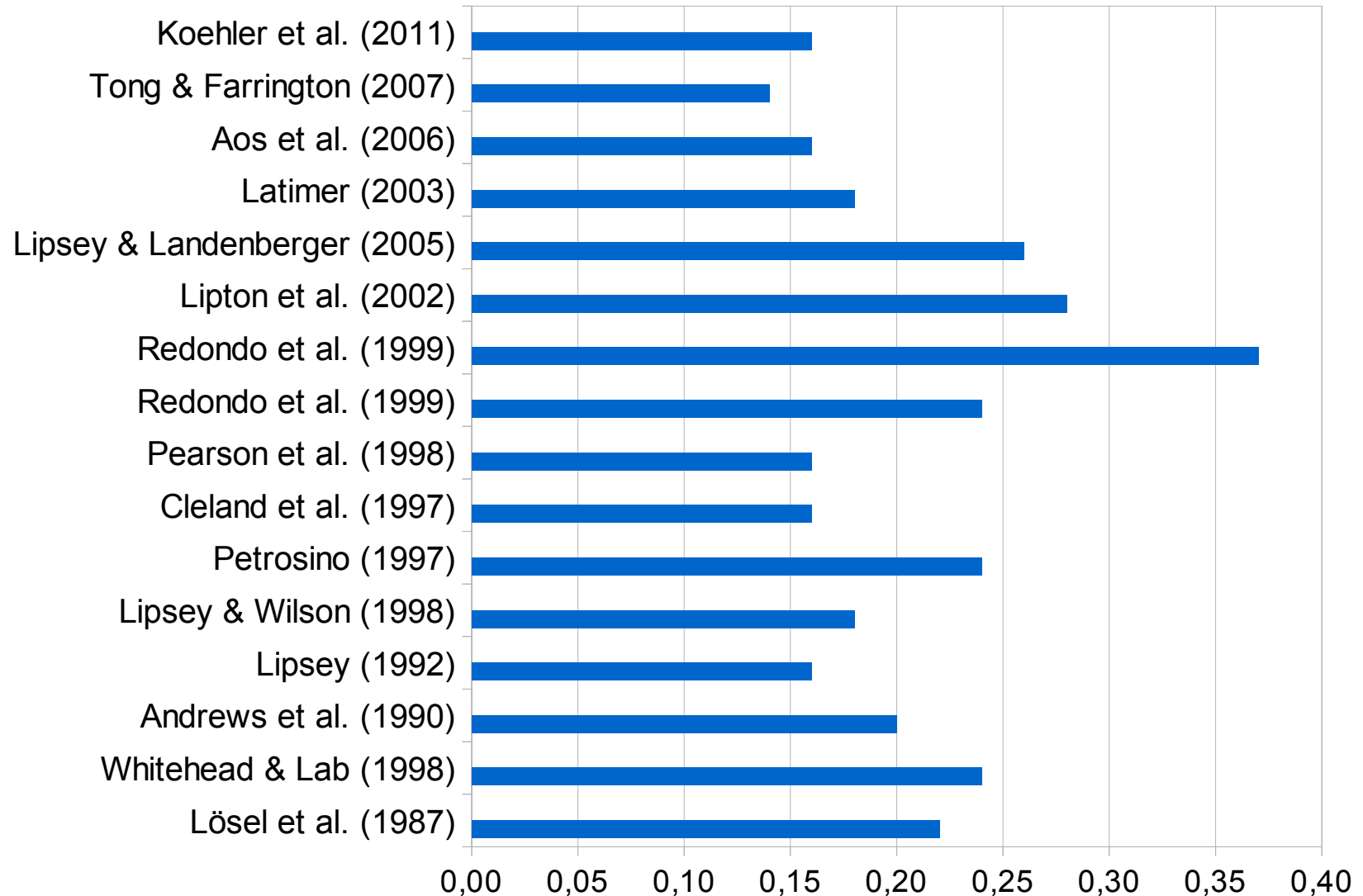
>> Rückgriff auf internationale Meta-Analysen!

Was ist eine Meta-Analyse?

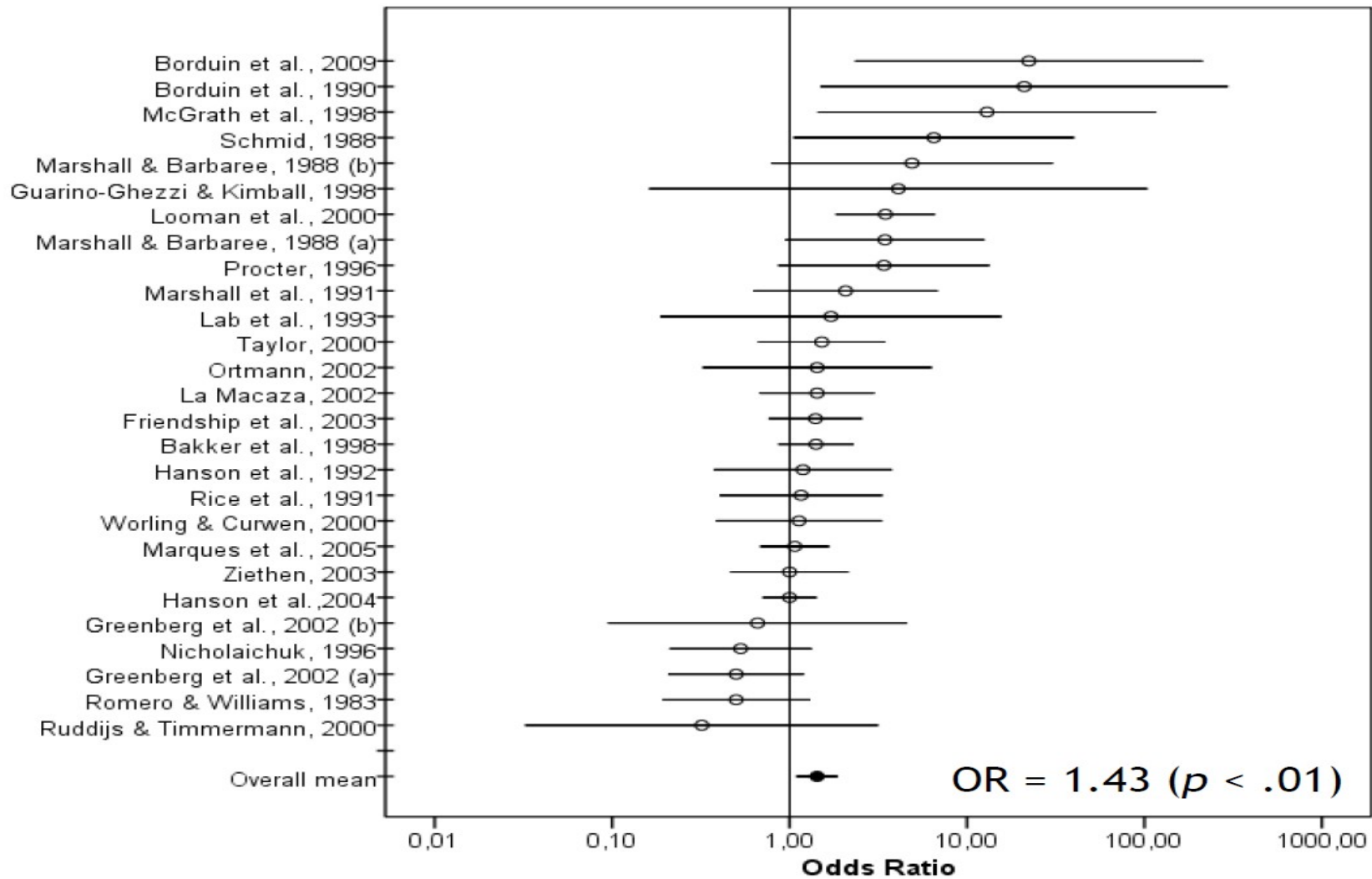
- Eine Vielzahl unterschiedlicher Einzel-Studien zu einer Fragestellung wird zusammengefasst.
- Die Zusammenfassung erfolgt nicht in Form eines „narrativen“ Berichts (Review), sondern auf statistischem Weg.
- Unterschiede zwischen den Studien werden in Moderator-Analysen berücksichtigt (z.B.: Setting, Therapieschule, Merkmale der Stichprobe, methodische Qualität der Studien)
- Die Ergebnisse der Meta-Analyse zeigen mittlere Effekte der Behandlung und geben Hinweise auf Einflussquellen für die Größe der Effekte.

Meta-Analysen zu den Effekten von Straftäterbehandlung: Mittlere Effektstärken (d)

(Quelle: Lösel, 2012, Oxford Handbook of Criminology)

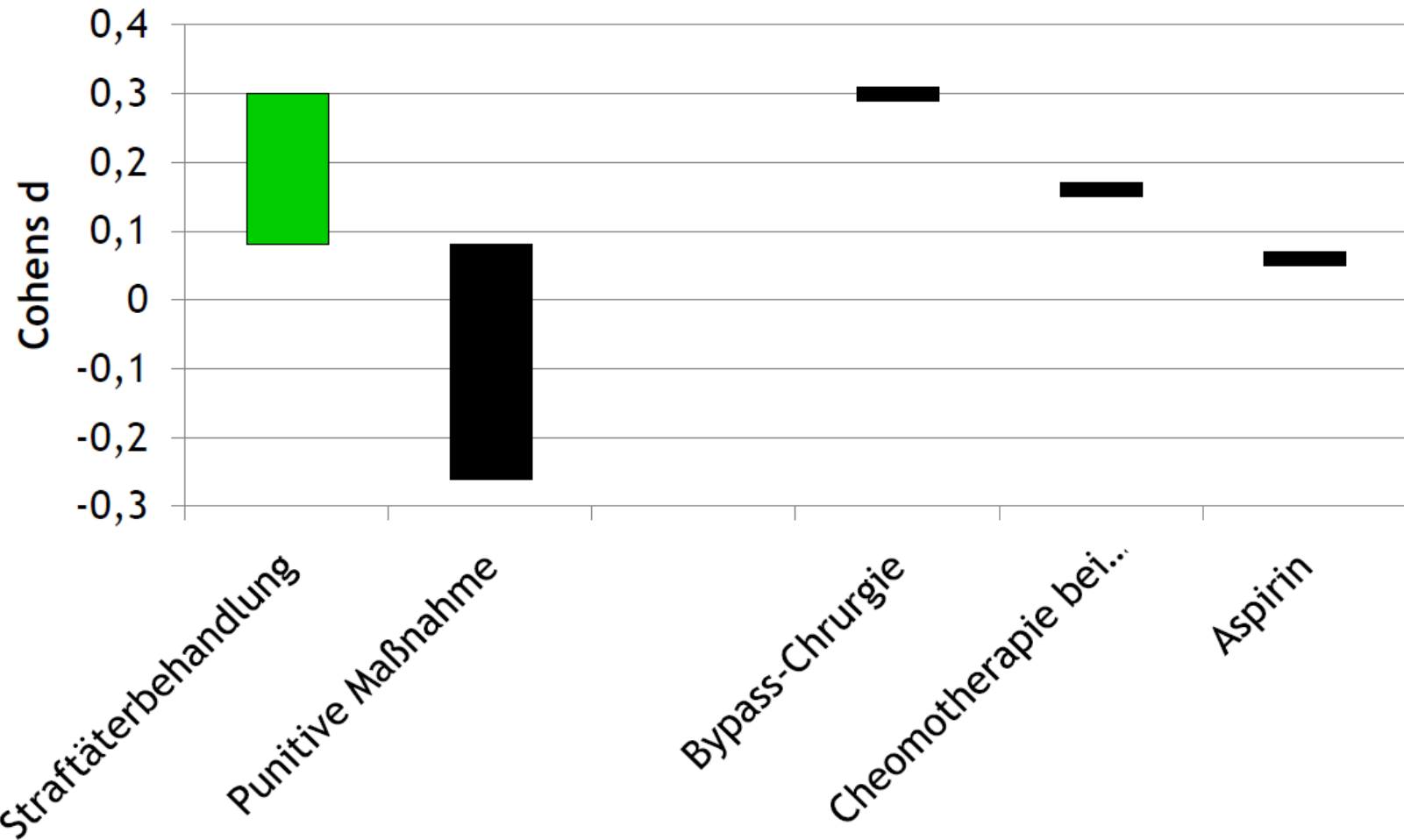


Effektstärken der einzelnen Studien in der Meta-Analyse von Schmucker & Lösel (2011)



Quantitative Einordnung der Effektstärke

(Quelle: Schmucker, 2012)



Zwischenergebnis

- Feststellung: Straftäterbehandlung ist (in der Regel, im Durchschnitt, in vielen Fällen) wirksam!
- Die Effekte liegen in einer ähnlichen Höhe (ca. $d = .20$) wie die vieler medizinischer Standardbehandlungen.
- Allerdings: Die Wirksamkeit ist deutlich geringer als z.B. bei der Psychotherapie von Depression ($d = .67$ bzw. $d = .42$; Cujpers et al., 2010)
- Aber: Straftäter sind weniger motiviert, weniger introspektionsfähig, weniger gebildet; unterschiedliche Outcome-Maße (Rückfall vs. Subjektives Befinden)
- **Die entscheidende Frage: Wovon hängt die Wirksamkeit ab?**

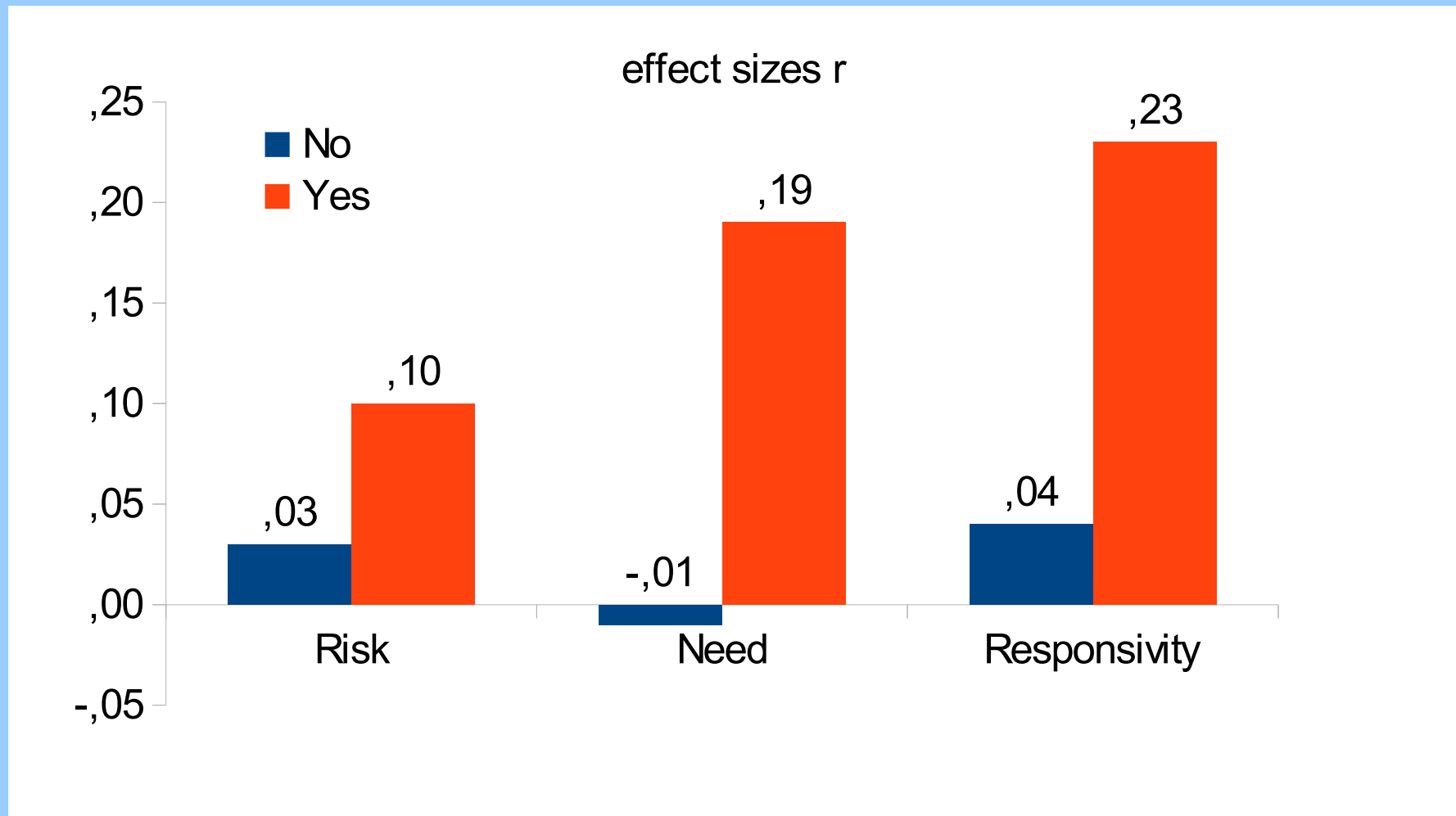
Das RNR-Modell (Andrews & Bonta, 1990, 2010)

3 Grundprinzipien erfolgreicher Behandlung

- **Risk principle:** Die Intensität der Behandlung soll an der individuellen **Gefährlichkeit** ausgerichtet werden. (*Wer ist zu behandeln?*)
- **Need principle:** Die **Behandlungsziele** sollten den dynamischen Risikofaktoren entsprechen. (*Was ist zu behandeln?*)
- **Responsivity principle:** Die Art der Behandlung sollte an der individuellen Ansprechbarkeit des Klienten (kognitive Fähigkeiten, Motivation, kultureller Hintergrund) ausgerichtet sein. (*Wie ist zu behandeln?*)

Quelle: Andrews, D. A. & Bonta, J. (2010). The psychology of criminal conduct (5th ed). New Providence, NJ: Anderson.

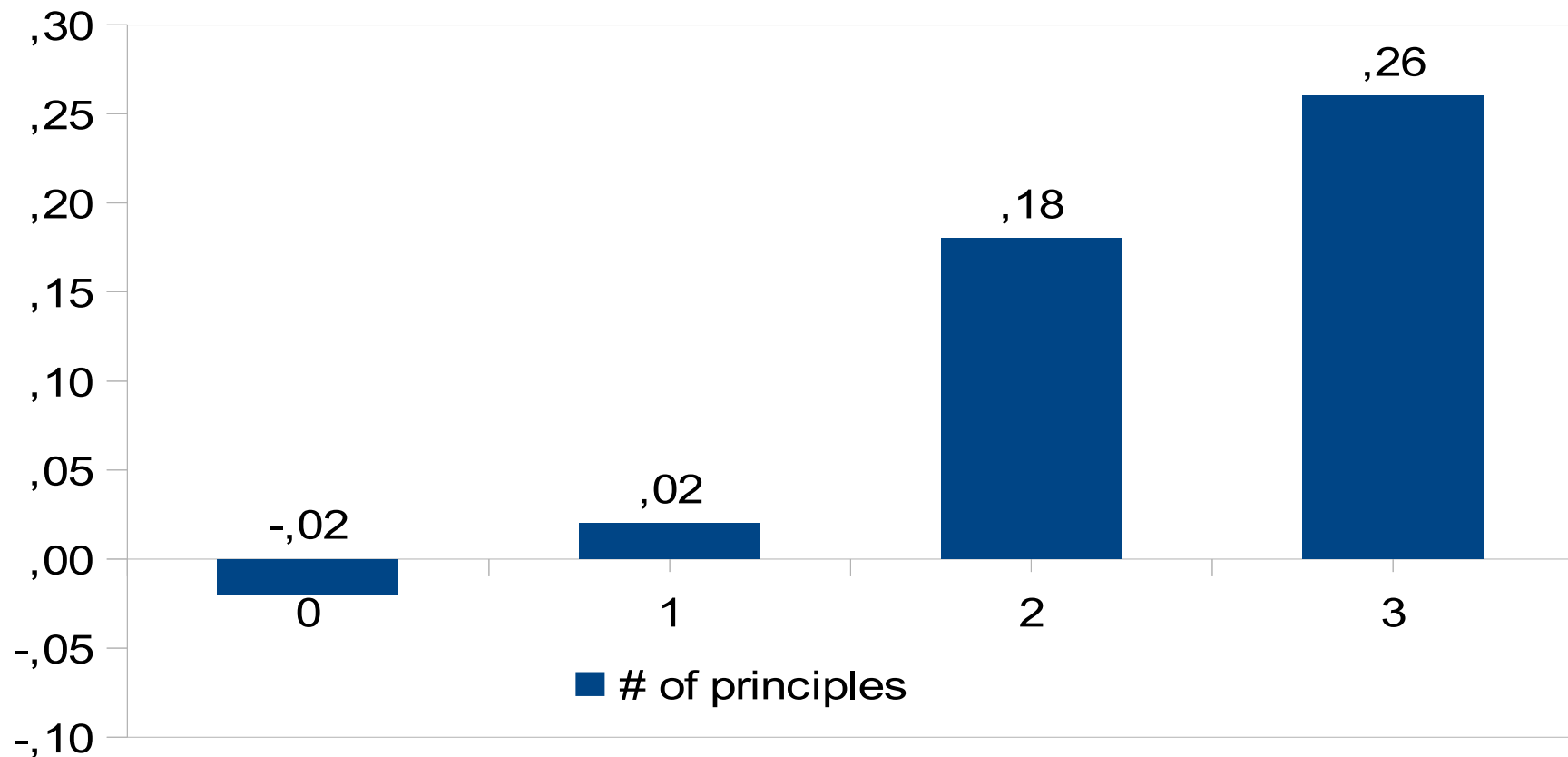
Mittlere Behandlungseffekte in Abhängigkeit von der Verwirklichung der drei Prinzipien (Andrews & Bonta, 2010, S. 73)



(k = 374)

Behandlungseffekte in Abhängigkeit von der Anzahl der verwirklichten Prinzipien (Andrews & Bonta, 2010, S. 74)

mean effect size (r)



Gefährlichkeit (1)

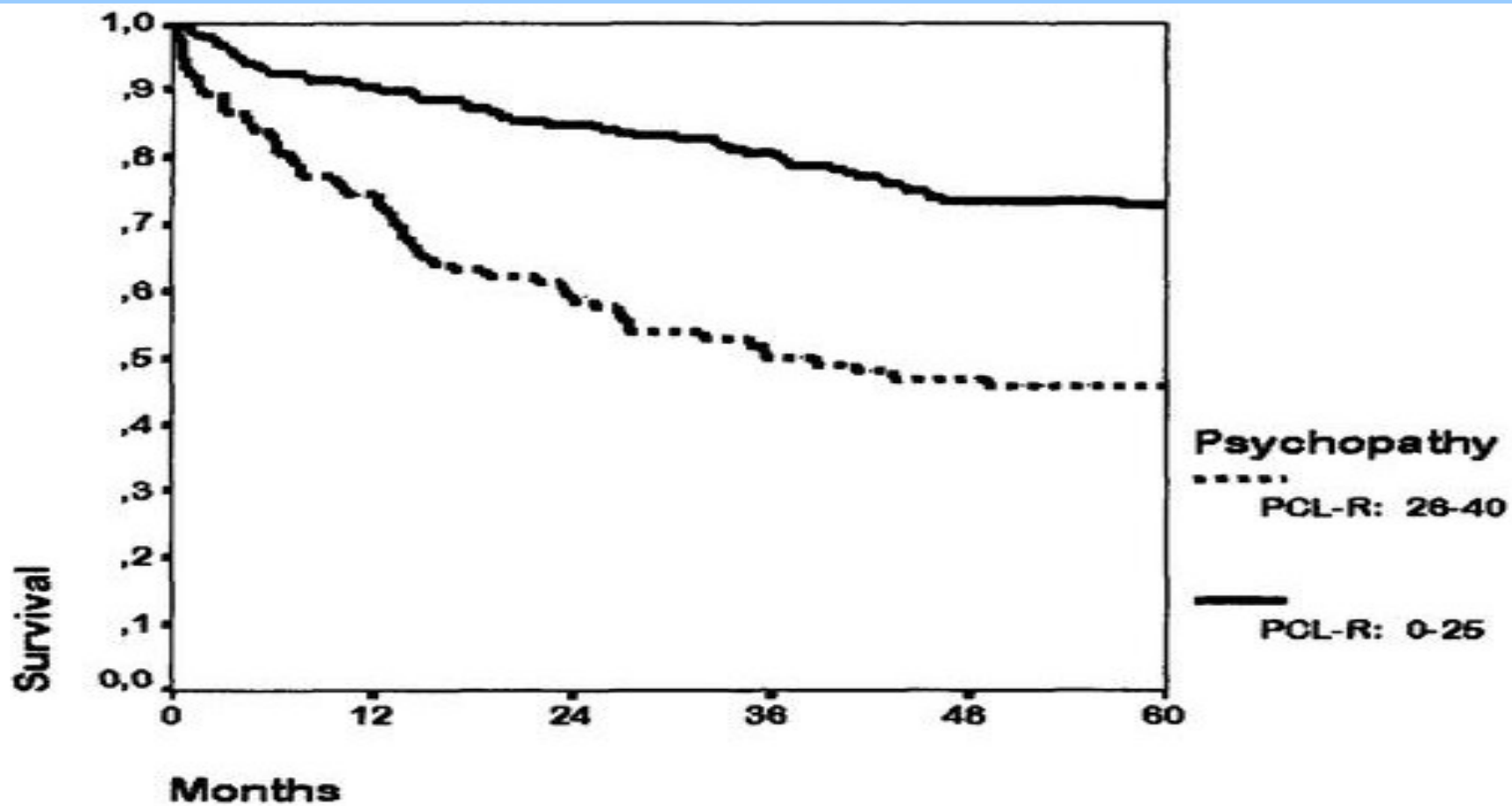
- Gefährlichkeit ist **mehrdimensional** (Wahrscheinlichkeit, Schwere, Geschwindigkeit des Rückfalls)
- **Statische Risikomerkmale:** Vorstrafen, frühere Diagnosen, Probleme in Kindheit, eigene Viktimisierung
- **Dynamische Risikofaktoren:** Kriminogene Defizite und Bedürfnisse (Fähigkeiten der Konfliktbewältigung, Impulskontrolle, Frustrationstoleranz, gewaltaffine Einstellungen, kriminogenes Umfeld, antisozialer Lebensstil usw.)
 - stabile : Dispositionen, Einstellungen etc.
 - akute: Emotionale Zustände, Drogeneffekte etc.
- **Protektive Faktoren** (Behandlung, Ressourcen, Alter, Krankheit)

Gefährlichkeit (2)

Die **BIG FOUR** und die **CENTRAL EIGHT** (Andrews & Bonta, 2010)

- (1) Vorgeschichte antisozialen Verhaltens
 - (2) Antisoziale Persönlichkeit (Psychopathie, Impulsivität, mangelnde Selbstregulationsfähigkeit usw.)
 - (3) Antisozialer Umgang
 - (4) Antisoziale Kognitionen
-
- (5) Familiäre Probleme
 - (6) Probleme in Schule und Beruf
 - (7) Freizeitverhalten
 - (8) Alkohol-/Drogenproblematik

Bsp.: Abhängigkeit des Rückfalls von dem Persönlichkeitsmerkmal Psychopathie (Quelle: Grann, 1999)



Gefährlichkeit (3): Alarmsignale für drohenden Rückfall

- „Akute dynamische Risikofaktoren“ (proximale Risikofaktoren, Auslöser) sind:
 - Verlust stützender äußerer Strukturen (Partner, Arbeitsplatz, Freunde)
 - Starker Stress, psychische Belastungen
 - Wiederaufnahme des Kontakts zum kriminellen Umfeld
 - Konsum von Suchtmitteln
 - „inneres Aufgeben“
- Indikatoren können auch sein
 - depressive Verstimmung
 - vermehrte Geldausgaben
 - geringe Verfehlungen (z.B. Versäumen von Terminen)
 - (Vermehrtes) Reden über kriminelle Ideen und Phantasien

(nach Zamble & Quinsey, 1997: The criminal recidivism process)

„Needs“ (Behandlungsziele)

Wichtige Unterscheidung:

Kriminogene Needs (= dynamische Risikofaktoren)

- z.B. kriminalitätsbegünstigende Einstellungen, kognitive Verzerrungen, Suchtproblematik, kriminelles Umfeld, mangelnde Selbstbeherrschung, Dissozialität, negative Emotionalität

- **Nicht-kriminogene Needs:**

z.B. Selbstwertproblematik, Angst, Unzufriedenheit, geringe Leistungsmotivation

Need-Prinzip: Die Behandlung sollte sich auf die kriminogenen Needs richten! (Andrews & Bonta, 2010)

(Allerdings: Nicht-kriminogene Needs können Behandlungshindernisse darstellen, ihre erfolgreiche Behandlung kann Motivation für weitergehende Behandlung schaffen.

(Alternative Position: Good-Lives-Modell)

Responsivity (Ansprechbarkeit)

General responsivity: Behandlung sollte kognitiv-behavioral sein!

Specific responsivity: Behandlung sollte die individuellen Lernvoraussetzungen berücksichtigen und Behandlungshindernisse überwinden!

Ergebnisse der Forschung über „treatment attrition“: Therapieabbrecher zeichnen sich aus durch

- hohe Psychopathie, antisoziale Persönlichkeit
- ausgeprägte Kriminalität, viele Vorstrafen, Gewalttätigkeit
- geringe Motivation, geringes Behandlungsengagement, Leugnen
- Alkoholprobleme, Cannabiskonsum
- Feindseligkeit während der Behandlung, aktuelle Gewalttätigkeit.

>> Das Dilemma: Therapieabbrecher sind gleichzeitig die Probanden mit der höchsten Behandlungsbedürftigkeit

(Sexualtäter-Erhebung, Bayern, 2004 bis 2011): Von den Anstalten mitgeteilte Gründe für fehlende Behandlungsteilnahme

Gründe	Anteil an allen (N = 1097)	Anteil an Unbehandelten (N = 577)
Mangelnde Motivation	41,1	75,4
Fehlende Eignung	15,2	27,2
▪ mangelnde Intelligenz	1,5	2,4
▪ nicht ausreichende Sprachkenntnisse	8,3	15,3
▪ gesundheitliche Einschränkungen	2,3	3,8
▪ zu kurze Strafdauer	3,6	6,2
▪ kein Platz/Therapeut verfügbar	0,2	0,3
keine Behandlungsbedürftigkeit	1,1	1,9
Unterbringung nach § 63 oder 64 StGB	1,3	2,1
Sonstige Gründe	15,5	27,6

Mehrfachnennungen!

Weitere Moderatoren des Behandlungseffekts

(Quelle: Lösel, 2012)

- Ambulante Behandlung ist wirksamer als stationäre Behandlung
- Positives Behandlungsklima wirkt förderlich
- (Teilweise) individualisierte Behandlung ist wirksamer als vollstandardisiertes Behandlungsprogramm
- Kognitiv-behaviorale Therapie und multi-systemische Therapie sind wirkungsvoller als andere (wenig strukturierte) Therapieformen

Grenzen der Behandelbarkeit

- Leidensdruck und (intrinsische) Änderungsmotivation können bei Straftätern nicht vorausgesetzt werden.
Motivation ist nicht der Ausgangspunkt, sondern ein immer wieder anzugehendes Teilziel der Behandlung.
(Sexual-)Straftäter haben im Vergleich mit Psychotherapie-Klienten häufiger niedrigere Bildungsabschlüsse, weniger Selbstkritik, weniger Selbstbeherrschung.
- „Unbehandelbare“, „Behandlungsresistente“ ??
(vgl. Urteil des BVerfG zur Sicherungsverwahrung, 4. Mai 2011 ...)
- Psychopathie als wichtiger Risikofaktor und zugleich zentrale Behandlungsschwierigkeit



"Compared with other major clinical disorders, little systematic research has been devoted to **PSYCHOPATHY**, even though it is responsible for far more social distress and disruption than all other psychiatric disorders combined."
-Dr Robert Hare

Dr. Robert D. Hare

GEWISSENLOS

DIE PSYCHOPATHEN

UNTER UNS

 Springer Wien New York

Grenzen der Straftäterbehandlung: „Psychopathie“ (psychopathy)

- (K. Schneider, 1923; H. Cleckley, 1941; R.D. Hare, 1970 ff.)
- Psychopathie ist eine schwere Persönlichkeitsstörung (Charakteranomalie), die definiert ist durch folgende Merkmale:
 - affektiv: gefühlskalt, gewissenlos, unfähig zur Empathie
 - interpersonell: ausbeuterische, manipulative, betrügerische Haltung
 - verhaltensbezogen: impulsiv, verantwortungs- und rücksichtslos
 - Lebensstil: frühe Auffälligkeiten, vielfältige kriminelle Aktivitäten
- Extreme Ausprägung der dissozialen PS, verbunden mit Merkmalen der narzisstischen, impulsiven, schizoiden PS
- Psychopathie ist ein zentraler Risikofaktor (ca. $r = .30$).
- Erfassung durch die Psychopathy Checklist-Revised PCL-R (Hare, 2003)
- Psychopathie gilt als nicht oder sehr schwer behandelbar (vgl. aber Salekin, 2010); unstrukturierte Behandlung kann sogar die Rückfälligkeit steigern.

Zusammenfassung und Fazit

- Es gibt starke empirische Belege dafür, dass Straftäterbehandlung insbesondere dann rückfallsenkend wirkt, wenn sie das Risikoprinzip, das Bedürfnisprinzip und das Ansprechbarkeitsprinzip beachtet!
- Realistisch erscheint eine Absenkung der Rückfallwahrscheinlichkeit um bis zu 15 Prozentpunkte.
- Dies erfordert: Konzentration auf mittlere bis hohe Risiken, Fokussierung der zentralen individuellen Risikofaktoren, Berücksichtigung der individuellen Ansprechbarkeit.
- Das Ziel Rückfallsenkung darf in der Behandlung nicht aus dem Blickfeld geraten!

Dr. Johann Endres
Diplom-Psychologe
Kriminologischer Dienst des bayerischen Justizvollzugs
Schuhstr. 41
91052 Erlangen

Tel. 09131/782-150

Email: kriminologischerdienst@jva-erlangen.bayern.de