

---

# Familietherapeutische Methoden in der Täterbehandlung

TORSTEN KLEMM

## Zusammenfassung

Die Wahl des passenden Settings ist mehr als die halbe Miete, wenn es darum geht, Straftäter nicht allein zur Änderung ihrer inneren Haltung, sondern ihres Handelns anzuregen. Vor dem Hintergrund schwerer Gewalt- und Sexualstraftaten setzt die Notwendigkeit zur Veränderung aber nicht nur den Täter unter Druck, seine Kommunikationsformen und -strukturen künftig gewaltfrei zu gestalten. Auch der Therapeut ist einer erhöhten Erfolgserwartung ausgesetzt. Umso dringlicher stellt sich die Frage, mit welchen Beteiligten die Therapie wirkungsvoll stattfinden kann. Wie können Angehörige des realen Lebensumfeldes in intramurale und ambulante Behandlungssettings einbezogen werden? Welche Voraussetzungen sollten dafür erfüllt sein? An der Hochschule für Technik, Wirtschaft und Kultur in Leipzig wird gegenwärtig in Kooperation mit dem Sächsischen Justizministerium die Konzeption für die Aufbaustufe des Leipziger Selbstkontrolltrainings (Klemm 2003, 2005, 2006 a) entwickelt, die auf spezifische Besonderheiten der therapeutischen Übergangsbegleitung von der intramuralen Behandlung in die ambulante Nachsorge ausgerichtet ist. Eine bedeutsame Rolle spielt dabei die symbolische und reale Einbeziehung von Angehörigen. Erste evaluatorische Ergebnisse zur Familienkonstellation von Straftätern werden vorgestellt.

## Schlüsselwörter

Täterbehandlung, Familientherapie

## Ansätze in der Täterbehandlung

Ausgehend von ernüchternden Evaluationsergebnissen herrschte bis in die späten 1980er eine resignative Haltung des »nothing works« in der Täterbehandlung vor (LIPTON et al. 1975). Der Eindruck der weitgehenden Therapieresistenz und Unbehandelbarkeit von Straftätern ließ sich zum einen auf diagnostische Methoden zurückführen, die nicht genügend Veränderungssensitivität besaßen, um kriminaltherapeutische Fortschritte abzubilden. Zum anderen waren die am häufigsten angewandten Therapieformen selbst nur unzureichend zur Minimierung von Rückfällen geeignet. Ein verfeinertes Evaluationsdesign brachte in den 1990er-Jahren wiederkehrende Befunde von kleinen, aber signifikanten Effekten und löste eine pragmatische Suche nach deliktorientierten Behandlungsformen aus (SHERMAN

et al. 1997). HALL (1995) fand bei 92 seit 1989 veröffentlichten Therapiestudien mit Sexualstraftätern für einen mittleren Katamnese-Zeitraum von 6,85 Jahren eine Rückfallquote von 19 % in den Behandlungsgruppen, jedoch von 27 % in den Kontrollgruppen, was einem Behandlungseffekt nach Cohen von  $d = 0.12$  entspricht. GENDREAU et al. (1996) ermittelten anhand einer Meta-Analyse über 131 Rückfalluntersuchungen im angelsächsischen Raum, in die Daten von über 100 000 Probanden eingingen, die Rangfolge der Rückfallprädiktoren. Einzeln schwankt deren Korrelation mit dem Rückfallrisiko um  $r = .20$ , in regressionsanalytisch zusammengesetzten Skalen findet sich jedoch eine Aussageleistung bis zu  $r = .45$  (QUINSEY et al. 1998):

Tab. 1: Rückfallprädiktoren nach Gendreau et al. (1996)

| Rang | Prädiktor                       | N       | Anzahl der Studien | r   |
|------|---------------------------------|---------|--------------------|-----|
| 1    | soziales Umfeld                 | 11 962  | 27                 | .21 |
| 2    | antisoziale Kognitionen         | 19 089  | 67                 | .18 |
| 3    | antisoziale Persönlichkeit      | 13 469  | 63                 | .18 |
| 4    | kriminogene Bedürfnisse         | 19 809  | 67                 | .18 |
| 5    | Straffälligkeit als Erwachsener | 123 940 | 164                | .18 |
| 6    | Minoritätenstatus               | 56 727  | 21                 | .17 |
| 7    | vorangegangene Straffälligkeit  | 48 338  | 119                | .16 |
| 8    | elterliche Erziehungsstile      | 15 223  | 31                 | .14 |
| 9    | sozialer/beruflicher Erfolg     | 92 662  | 168                | .13 |
| 10   | zwischenmenschliche Konflikte   | 12 756  | 28                 | .12 |
| 11   | Lebensalter                     | 61 312  | 56                 | .11 |
| 12   | Substanzmissbrauch              | 54 838  | 60                 | .10 |
| 13   | Intelligenz                     | 21 369  | 32                 | .07 |
| 14   | Geschlecht                      | 62 021  | 17                 | .06 |
| 15   | Stress/Belastungen              | 19 933  | 66                 | .05 |
| 16   | sozioökonomischer Status        | 13 080  | 23                 | .05 |
|      | zusammengesetzte Skalen         | 57 811  | 123                | .30 |

Bemerkenswert an dieser Aufstellung ist, dass statische Persönlichkeitsmerkmale wie Geschlecht, Alter, Intelligenz und sozioökonomischer Status eher auf den hinteren Plätzen zu finden sind. Ebenso kann ihre therapeutische Beeinflussbarkeit als gering eingeschätzt werden. Entscheidend für den Behandlungserfolg im Sinne langfristiger Rückfallprävention über stationäre Aufenthalte hinaus sind dynamische kriminogene Faktoren wie Kognitionen, Persönlichkeitsauffälligkeiten und Bedürfnisstrukturen sowie – an erster Stelle – das soziale Umfeld. Für die therapeutische Praxis erwachsen aus dieser Erkenntnis zwei paradigmatische Ansätze: Kriminalprävention sollte sich zum einen auf die Tat und ihre psychischen Voraussetzungen in der Person des Täters beziehen. In einzelnen Deliktgruppen lassen sich symptomatische Faktoren differenzieren, von denen die Rückfälligkeit abhängt. Ein spezifisches

Indiz für sexuelle Tatmotivation, das einen hohen Vorhersagewert besitzt, lässt sich bei Sexualstraftätern häufig phallometrisch feststellen (HANSON & BUSSIÈRE 1998). In zahlreichen Konzeptionen für die therapeutische Arbeit mit Straftätern haben sich deliktorientierte Positionen durchgesetzt, die vorwiegend mit kognitiv-behavioralen Methoden realisiert werden. Solange die Behandlung im Soziotop der geschlossenen Unterbringung stattfindet, erscheint dieser Ansatz angemessen und durchführbar. An Grenzen stößt er, wenn der Täter die Vollzugsanstalt verlässt und sich in das Spannungsfeld seiner ursprünglichen oder neu geknüpften sozialen Beziehungen begibt. Familientherapeutische und systemische Therapieformen bieten hier das Handwerkszeug, um die Ressourcen, die in der Macht des sozialen Umfelds verborgen sind, für die Rückfallprävention zu nutzen.

Die folgende Gegenüberstellung arbeitet die Unterschiede zwischen beiden therapeutischen Ansätzen pointiert heraus. Dabei ist nicht zu übersehen, dass sie sich weniger gegenseitig ausschließen als ergänzen.

### **Täter vs. Opfer-Paradigma**

Deliktorientierte Therapien betonen die Verantwortung des Täters, differenzieren klar zwischen Schuld und Unschuld, ziehen Grenzen zwischen Täter und Opfer und benennen individuelle Risikofaktoren, die zum Rückfall beitragen können. Die hauptsächliche Form der Behandlung stellen kognitiv-verhaltenstherapeutische Trainings dar, mitunter auch psychodynamisch orientierte Gespräche, die jeweils einzeln oder in der Gruppe durchgeführt werden.

*Gefahren:* Die Deliktorientierung verführt dazu, die Loyalitätsbindungen des Täters zu ignorieren und die Tat aus ihrem Kontext herauszulösen. Besonders bei innerfamiliären Delikten wie sexuellem Missbrauch oder häuslicher Gewalt wird die Komplexität der Konfliktodynamik eher unterschätzt. Die Zuschreibung von Schuld und Unschuld und das Erarbeiten von Tatbewusstsein – ein zunächst notwendiger Schritt, um überhaupt therapeutisch ansetzen zu können – tragen langfristig dazu bei, Opfer und Täter in ihren jeweiligen Rollen zu fixieren. Dabei erscheint es therapeutisch sinnvoll, dass sich sowohl Täter als auch Opfer aus der Erstarrung in ihren Rollen lösen, denn beide Rollen behindern soziale Fertigkeiten. Die Koalition zwischen Therapeut und juristischen Kontrollorganen, die sich in der Verurteilung des Täters und der Auflage zur Teilnahme an therapeutischen Maßnahmen ausdrückt, legitimiert scheinbar moralisierende Sichtweisen und erschwert oder verhindert sogar das therapeutische Arbeitsbündnis, während sich die Compliance verringert. Diese Folgen sind vor allem dann zu beobachten, wenn die Therapeuten fest in anstaltsinterne Entscheidungsprozeduren eingebunden sind und Informationen aus den therapeutischen Gesprächen ungefiltert in Gremien, die über Lockerung oder bedingte Entlassung befinden, einfließen. Rasch wird der Therapeut als verlängerter Arm von Polizei und Justiz oder Racheengel wahrgenommen.

### Individuum vs. Kontext-Paradigma

Kontextorientierte Therapien fokussieren das Verhältnis zwischen persönlichen Anteilen des Täters am Tatgeschehen und situativen und sozialen Einflüssen, ohne dass damit zwangsläufig eine Schuldzuschreibung verbunden ist. Vielmehr geht es darum, die Funktion des Delikts im familialen oder sozialen System des Täters zu erkennen. Betont werden die psychischen Ressourcen des Täters – die Täter im übrigen häufig auch in der Tatbegehung zeigen – in der Überzeugung, dass Wertschätzung der Person des Täters die Verantwortungsübernahme für seine Taten erleichtert. Die hauptsächliche Form der Behandlung stellen Familientherapien und multisystemische Herangehensweisen dar, bei denen auch Institutionen oder Personen außerhalb der Familie in das Setting eingeladen werden können.

**Gefahren:** Die Kontextualisierung des problematischen Handelns des Täters verführt zu einer Vernachlässigung der Diagnostik seiner individuellen Defizite. Gerade die systemischen Therapien haben sich lange in diagnostischer Abstinenz geübt, was im Kontext der Kriminalprävention zum Übersehen psychopathologischer Risiken des Täters und zur Bagatellisierung der Tat beitragen kann. Wird das soziale Umfeld einbezogen statt ausgegrenzt, kommt es darüber hinaus eher dazu, dass sich Angehörige beschuldigt fühlen.

### Familientherapeutische Thesen zur Genese delinquenten Handelns

Von *der* Familientherapie zu sprechen, suggeriert ein einheitliches Theoriengebäude und praktisches Vorgehen, die nicht existieren. Vielmehr haben sich im Laufe der letzten 60 Jahre, beginnend mit der analytischen Kindertherapie und der Anwendung der Kybernetik auf die Beobachtung zwischenmenschlicher Kommunikationsprozesse verschiedene Richtungen, Stile und Schulen herausgebildet, sodass es passender ist, von Familientherapien im Plural zu sprechen. Die kommunikationstheoretische Erklärung schizophrener Erlebnisweisen auf Grundlage der Doppelbindungstheorie von Gregory BATESON et al. (1956) und die Ableitung entsprechender Interventionsstrategien gehörten zu ersten Aufgaben, denen sich Familientherapeuten stellten. In der Zwischenzeit haben sich systemische Familientherapien zu vollwertigen Behandlungsansätzen entwickelt, die nicht nur ergänzend, sondern bei affektiven und psychosomatischen Störungen sowie Abhängigkeitserkrankungen und Missbrauch eigenständig eingesetzt werden können (SYDOW et al. 2007, SCHULTE & RUDOLF 2008). In 43 Bundesstaaten der USA, in Finnland, Schweden, Polen, Italien, Großbritannien, Österreich und der Schweiz sind Familientherapie und Systemische Therapie (in manchen Ländern synonym verstanden) als eigenständige Psychotherapieverfahren anerkannt. Russell CRANE (2008) konnte in einer Meta-Analyse amerikanischer Krankenakten nachweisen, dass Familientherapie nicht nur effektiver ist als andere Verfahren, sondern auch am meisten die Kosten der Krankenkassen

senkt, insbesondere durch Formen aufsuchender Arbeit. Deutschland hinkt dieser Entwicklung der westlichen Industriestaaten seit Jahrzehnten hinterher. Erst nach langem Zögern hat der »Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie« nunmehr die Zulassung der Familientherapien empfohlen. Damit ist aber derzeit noch keine Abrechenbarkeit über die gesetzlichen Krankenkassen gegeben.

Im Zusammenhang mit unserem Thema stellt sich zunächst die Frage: Lassen sich die Konzepte der Familientherapie auch auf Straftäter und ihr Umfeld anwenden? In diesem Abschnitt projiziere ich therapietheoretische Hypothesen der klassischen Familientherapieschulen auf die Täterbehandlung und stelle mir die Frage: Was hätten ihre jeweiligen Protagonisten wohl zur Genese krimineller Handlungen gesagt?

### Familiendynamische Aspekte

In ihrem familientherapeutischen Klassiker »Unsichtbare Bindungen« beschreiben Ivan BOSZORMENYI-NAGY und Geraldine SPARK (1973) die mehrgenerationale Wirkung unausgeglichener emotionaler Konten, die insbesondere zu destruktiven Konfliktlösungsmustern in Familien beitragen können. In Deutschland wird der familiendynamische Ansatz beispielsweise von Helm STIERLIN (1980) und seinem Konzept der »bezogenen Individuation« vertreten.

#### *Thesen zur Delinquenz:*

- In Delinquenz-Familien gibt es zu wenig interpersonelle Abgrenzung und Wertschätzung des Einzelnen. Stattdessen überwiegen generationenübergreifende Verstrickung, extreme Loyalitätsbindungen und negative emotionale Konten.
- Extreme Erziehungsstile, Vernachlässigung und Verwöhnung, dominieren über ausgeglichene und angemessene Reaktionsweisen in der Familie.
- Der Täter dient als negative Projektionsfläche und Sündenbock, damit sich die übrigen Familienmitglieder zusammenschließen und gut fühlen können.
- Dem Täter gelingt es durch die Delikt, sich der rigiden Kontrolle oder Infantilisierung durch die Familie oder den Partner zu entziehen und die adoleszente Loslösung zu vollziehen, die ihm die Familie oder der Partner sonst nicht gewähren würde.

»Ivan Boszormenyi-Nagy hat mit seiner »Kontextuellen Familientherapie« eine Therapieform entwickelt, die sich bei massiven psychischen Störungen als wirkungsvoll erwies und die die gesamte Familie eines Psychiatrie-Patienten als Unterstützende in die Behandlung einbezog. Er hat die destruktiven Muster der Familieninteraktionen, oftmals über mehrere Generationen wirkend, betrachtet. Demzufolge holte er Großeltern und Kinder sowie Geschwister der Patienten in die Therapie. Indem Ivan

Boszormenyi-Nagy in den Familien eine Balance erarbeitete zwischen Loyalitäten und ethischen Verpflichtungen zwischen den Familienmitgliedern, konnte er dazu beitragen, dass sich die Symptome der Patienten linderten, wenn auch nicht immer heilten. Seine Arbeit fügte die ethische Dimension von Beziehungen in unserer aller Arbeit hinzu: Loyalität, Vertrauen, Fairness – dies stand für ihn im Mittelpunkt des therapeutischen Prozesses. Die kontextuelle Familientherapie stellt mit ihren ethischen und loyalitätsbezogenen Dimensionen eine Familientherapieform dar, die nicht für jeden leicht erlernbar erschien. Oftmals schaute ich bei seinen Life-Konsultationen fasziniert seiner Arbeit zu, die von einem leichten Schweben und gleichzeitig tiefer Gründlichkeit geprägt war – und die bei den Klienten und ihren Familien tief greifende Veränderungen in ihren Haltungen und Einstellungen zueinander bewirkte. Vor allem bei Familien, in denen über Generationen (selbst-)destruktive Handlungen sich tradierten, fand er einen Zugang, diesen Hoffnung auf sich selbst und die ihnen nachfolgende Generation zu geben. Seine Form der Familientherapie hatte nicht das ›Spritzige und Feuerwerkartige‹ mancher anderer großen Pioniere, in seiner Ruhe und In-Sich-Getragenheit fand er Zugang auch zu denen, die von vielen bereits aufgegeben worden waren.« (Marie-Luise CONEN 2008)

### Familienstrukturelle Aspekte

In den USA ist der strukturelle Ansatz vor allem in den Arbeiten von Salvatore MINUCHIN (1983) vertreten. Fokussiert werden insbesondere Grenzen innerhalb von Subsystemen in der Familie, die Wirkung ihrer Missachtung sowie Möglichkeiten zur Wiederherstellung von Grenzen. Cloé MADANES et al. (1981, 1997) entwickelten auf dieser Grundlage ein viel beachtetes familientherapeutisches Konzept zum Umgang mit innerfamilialen Missbrauch und Inzest. Die Mailänder Gruppe unter Leitung von Mara SELVINI-PALAZZOLI (1978, 1996) beobachtete »psychotische Spiele« in Familien und entwickelte die auf den humanistischen Therapeuten Viktor FRANKL (1956) zurückgehenden Techniken paradoxer Vorgehensweisen weiter.

#### *Thesen zur Delinquenz:*

- Delinquenz-Familien zeigen spezifische stereotype Interaktionsmuster. Veränderungsanforderungen durch normative Entwicklungsaufgaben werden mit rigiden Abweisungen und Verleugnung beantwortet.
- Die Familie hat wenig Ressourcen, um Stress zu bewältigen – Überforderungssymptome sind sichtbar, Coping-Strategien fehlen.
- Häufig gibt es spezifische Verstrickungen zwischen dem Täter und einem weiteren Familienmitglied. Generationsgrenzen sind aufgelöst (Triangulation, Imbroglia), z. B. Vater flirtet mit Tochter, Mutter benutzt Sohn als Partnerersatz. Delinquenz wird durch das verstrickte Familienmitglied indirekt unterstützt (Geheimnisse, Racheprojektionen, Schutzversprechen).

### Familientherapeutisch-strategische Aspekte

Provokant-paradoxe Interventionen entwickelte auch Jay HALEY (1980, 1981), der Schüler von Gregory Bateson und Ehemann von Cloé Madanes. Nach dem Motto »Schlimmer geht's immer« oder »Was können Sie tun, damit sich Ihre Situation noch weiter verschlechtert?« veranlasste er verhaltensexterne Klienten, Bewusstsein über ihre chronisch wiederkehrenden, destruktiven Handlungsmuster herauszubilden und sie zu verändern. Haley lenkte bei seinen strategischen Interventionen den Fokus selten auf den Einzelnen, sondern auf den sozialen Kontext.

#### *Thesen zur Delinquenz:*

- Die Tat hat eine beziehungsgestaltende Funktion in der Familie. Die Tatbegehung zeigt Wirkungen auf alle Familienmitglieder (auch bei außerfamilialen Opfern).
- Die Tat ist ein extremer oder paradoxer Ablösungsversuch aus der Familie. Extreme Taten werden (häufig) durch Beziehungsabbruch ausgeglichen.
- Die Kriminalitätskarriere steht in Wechselbeziehung zu familiären oder partnerschaftlichen Interaktionsmustern. Rückfälle haben eine Bedeutung im Familiensystem.

### Systemisch-lösungsorientierte Aspekte

Der Siegeszug der konstruktivistischen Erkenntnistheorie innerhalb der systemischen Familientherapien impliziert, dass Probleme und Lösungen streng genommen »nur« im Kopf des Klienten entstehen können. Führt die problematische Denkweise allerdings zu Handlungen, die das Leben anderer Menschen beeinträchtigen, kann die Gültigkeit des Konstruktivismus infrage gestellt werden (vgl. HERINGTON 1993). Nichtsdestotrotz eignen sich zirkuläre Gesprächs- und Fragetechniken, die von Steve DE SHAZER (1991, 1992) und seiner Frau Insoo Kim BERG (2002) auf konstruktivistischer Grundlage entwickelt wurden, hervorragend, um abwesende Dritte einzubeziehen: dies können beispielsweise Opfer sein, für die ein Täter die Folgen ausblendet, oder Richter, deren Normvorstellungen ein Täter leugnet, oder innere Stimmen, die dem Täter die Ausführung bestimmter Handlungen befehlen.

### *Thesen zur Delinquenz:*

- Die Tat ist als Symptom ein anachronistischer Lösungsversuch früherer Probleme, der dysfunktional geworden ist und sich dissozial auswirkt.
- Die Lösung von Problemen kann sich als Problem erweisen (z. B. Re-Traumatisierung durch Helfersysteme oder Systeme der sozialen Kontrolle statt Unterstützung).
- Delinquentes Handeln wird in sozialer Interaktion mit wichtigen Bezugspersonen erlernt und aufrechterhalten (Familie, Gleichaltrigengruppe).
- Kriminelles Handeln wirkt auf die sozialen Beziehungen des Täters zurück und hat Bedeutung für die Regulation des Beziehungsgleichgewichtes.

## **Familientherapeutische Settings und systemische Methoden für die Täterbehandlung**

### **Grundlegende Annahmen, Settings, therapeutischer Fokus**

Systemische Therapien betrachten das Individuum nicht als philosophisches Subjekt oder Monade und verorten es nicht im luftleeren Raum, sondern in seinem konkreten, beziehungswirksamen Kontext. Mechanische, mittels Manualen durchexerzierte Therapierezepturen verbieten sich angesichts der Komplexität mehrstelliger Systeme: Es gilt, verdeckte, interagierende, nichtlineare Einflüsse und Intentionen zu berücksichtigen. Diese Sichtweise zieht Implikationen für das Störungskonzept nach sich: Störungen werden nicht ausschließlich im Einzelnen oder im Indexklienten verortet, sondern in der Beziehungswelt der Patienten. Dort entstehen sie, dort werden sie aufrechterhalten. Die beobachtete Einheit ist sowohl die als real erlebte als auch die imaginierte Beziehungswelt.

Der Fokus systemischer Therapien liegt auf der Erfassung und Veränderung von kommunikativen Prozessen in zirkulären zwischenmenschlichen Interaktionen, insbesondere beobachtbare Beziehungsmuster sowie repetitive Interaktionsschleifen. Das Ziel der Behandlung wird häufig in der wechselseitigen Beeinflussung feststehender Überzeugungen der Mitglieder des Systems definiert. Darüber hinaus beschäftigen sich systemische wie individuelle Therapien mit den Beziehungen der Patienten zu ihrem Symptom, ihrer Vergangenheit und ihrer Zukunft.

Während sich systemische Therapien in ihren Anfängen hauptsächlich mit Paaren und Familien beschäftigt haben und daher vorwiegend im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Jugendhilfe anzutreffen waren, haben systemische Konzepte inzwischen auch in die Einzel- und Gruppentherapie, die Netzwerkarbeit und Organisationsentwicklung Einzug gehalten. Man spricht in diesen Fällen mitunter von »Familientherapie ohne Familie«. Gerade diese neueren Konzepte liefern dem »Case-Manager« für die Gestaltung des Übergangs von stationären Behandlungsformen in die ambulante Nachsorge praxistaugliche Hilfestellungen.

Systemische Methoden werden nicht isoliert oder nur taktisch angewandt, sondern vor dem Hintergrund eines systemisch-humanistischen Menschenbildes. Ihre Wirkung entfalten sie in der Regel durch die Gestaltung des Settings, zu dem neben dem Indexklienten häufig auch weitere Systembeteiligte hinzugezogen werden. In manchen Fällen, z. B. bei Kindesmissbrauch, erscheint es aus systemischer Sicht sogar angezeigt, das Opfer als sogenannten Indexklienten, über den abgerechnet wird, weitgehend zu entlasten und gezielt nur in wenige Sitzungen einzuladen. Häufige systemische Techniken sind:

- Auftragsklärung
- systemische Fragen: Ausnahmen, zirkuläre Fragen, Indikation, Skalierung, »Wunder« ...
- kognitive Landkarten und Genogramme
- Timeline-Techniken, Lebensfluss, Biografiearbeit
- paradoxe Interventionen wie Reframing (positive Umdeutung des Symptoms), Symptomverschiebung, Rückfallvorhersage, Utilisation eines Symptoms
- Skulpturen und Systemaufstellungen (z. B. SPARRER & VON KIBED 2000, KLEMM 2008)
- Symbolisierung und Arbeit mit der inneren Familie, Teilarbeit
- Geschichten, Metaphern, Witze
- Zweikammertechniken, Reflecting Team (Tom Anderson)
- Schlussintervention, wertschätzende Konnotation, Komplimente, Hausaufgaben und Beobachtungsaufgaben
- aufsuchende Familientherapie: Alltags- und Lebensweltbezug
- Multifamilientherapie (z. B. ASEN 2002, LIDDLE & HOGUE 2000)

Multisystemische Therapien (MST) als intensive, aufsuchende Familientherapie, wurden ursprünglich für die Behandlung delinquenter Jugendlicher und ihrer Familien entwickelt (HENGGELE et al. 1998). Verschiedene randomisierte klinische Studien konnten ihre Effektivität in der Behandlung hochproblematischer Stichproben nachweisen, darunter delinquente Jugendliche (BORDUIN et al. 1995, 2003; HENGGELE et al. 1992), Drogenabhängige (HENGGELE et al. 2002) und akute Psychotiker (HENGGELE et al. 1999). Das Behandlungskonzept der multisystemischen Therapie ist sozio-ökologisch und familientherapeutisch fundiert. Die Interventionen richten sich an die Täter, ihre Familien und Institutionen (HENGGELE et al. 2005, HENGGELE & SWENSON 2005).

### **Störungsbildübergreifende systemische Strategien**

Diagnostische Klassifikationen bieten in der Regel nur unzureichende Beschreibungsmöglichkeiten für komplexe soziale Systeme, in denen sich Täter, ihre Familien und ihr Umfeld bewegen. Das zugrunde liegende kategoriale Denken ist kaum geeignet, Handlungsabläufe in ihrem Kontext nachzuvollziehen. Die

systemischen Therapien haben sich aus diesen Gründen den herkömmlichen Hypothesen zu psychiatrischen Störungsbildern lange verweigert, was nicht zu verwechseln ist mit der Tatsache, dass sie in Einzelfällen durchaus zutreffende Schilderungen liefern können. Die Verweigerungshaltung gegenüber der traditionellen kategorialen Diagnostik hat der »Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie« im Jahr 1999 noch ernsthaft bemängelt, mittlerweile haben namhafte systemische Vertreter die psychiatrische Diagnostik akzeptiert, vgl. SCHLIPPE und SCHWEITZER (2006), VON SYDOW et al. (2007).

Stattdessen widmeten sich systemische Therapeuten in ihren konzeptionellen Ansätzen metatheoretischen Überlegungen, um praxisrelevante Anhaltspunkte für eine umfassende Therapietheorie herauszustellen. Das Alleinstellungsmerkmal der systemischen gegenüber anderen Therapien ist in der konsequenten *Kontextualisierung* des Problems zu sehen, die sich auf räumliche, zeitliche und personelle Dimensionen bezieht: Herkunfts- und Gegenwartsfamilie, Umfeld und Institutionen, biografische Vorgeschichte, mehrgenerationale Effekte werden berücksichtigt.

Eine detaillierte Auftragsklärung, bei mangelnder Verantwortungseinsicht gegebenenfalls im Beisein der Kontrollinstanz, soll das therapeutische Arbeitsbündnis mit dem Täter stärken und seine intrinsische Motivation – häufig die soziale Kontrolle wieder loszuwerden – erhöhen. Die Einbeziehung weiterer Systembeteiligter außer dem Indexklienten setzt eine Haltung der *Allparteilichkeit* – anstelle von »Neutralität«, die Menschen unmöglich ist – voraus, um die Kooperation in den Sitzungen aufrechtzuerhalten. Allparteilichkeit ist aber keineswegs zu verwechseln mit bedingungsloser Akzeptanz der Äußerungen aller Gesprächsteilnehmer. Zum systemischen Handwerk gehört vielmehr der unbedingte Respekt gegenüber den Personen und Respektlosigkeit gegenüber ihren destruktiven Ideen. Systemische Therapien drehen sich – auch wenn die Angehörigen physisch nicht präsent sein können, sondern durch zirkuläre Gesprächstechniken hypothetisch einbezogen werden – um das frühe Erkennen von Anzeichen eskalierender innerer oder zwischenmenschlicher Konflikte und um maßgeschneiderte Lösungsstrategien.

Problem- oder Defizitfokussierung dominieren in eklatantem Ausmaß die psychiatrischen Diagnosemanuale und forensischen Prognoseinstrumente. Demgegenüber beruft sich das systemische Primat der *Lösungsorientierung* auf die Behebung eines fundamentalen Denkfehlers: Um eine Lösung zu finden, müsse man das Problem (die Ursache) kennen. Dazu ein triviales Gegenbeispiel: Ich sitze mit einem Motorschaden auf einer gottverlassenen Landstraße fest. Mein Beifahrer ist Automechaniker, hat die Motorhaube geöffnet und den Schaden genau analysiert. Einer Lösung sind wir damit nicht näher gekommen. Sie liegt darin, dass ich einen Abschleppdienst anrufe. Problem und Lösung sind logisch voneinander unabhängig. Das detaillierte Bewusstsein zu auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren garantiert keine Verhaltensänderung. Als Hindernis erweist sich vielmehr der therapeutische Irrglaube,

*allein* die Kenntnis der individuellen Ursachen könne zu einem echten Fortschritt führen. In Einzelfällen mag dieses Bewusstsein hilfreich sein.

Gerade in der Täterbehandlung stößt der Therapeut mit dem Gewinnen von Einsichten häufig auf Grenzen, in denen er schließlich gemeinsam mit dem Klienten befangen bleibt. Die Lösungsorientierung in systemischen Therapien geht dagegen einher mit dem Prinzip der *Aquifinalität* (DE SHAZER 1991), das, angewandt auf die Kriminaltherapie, lautet: Viele Wege führen zur Legalbewährung, d. h. nicht nur die, die dem Therapeuten oder dem Richter vorschweben, insbesondere wenn diese, was in der Regel der Fall ist, einem anderen Lebensmilieu entstammen als der Täter und seine Familie. Ein Schaubild von Steve de Shazer illustriert die Vielfalt der Möglichkeiten, einen Ausweg aus der therapeutischen Sackgasse zu finden.

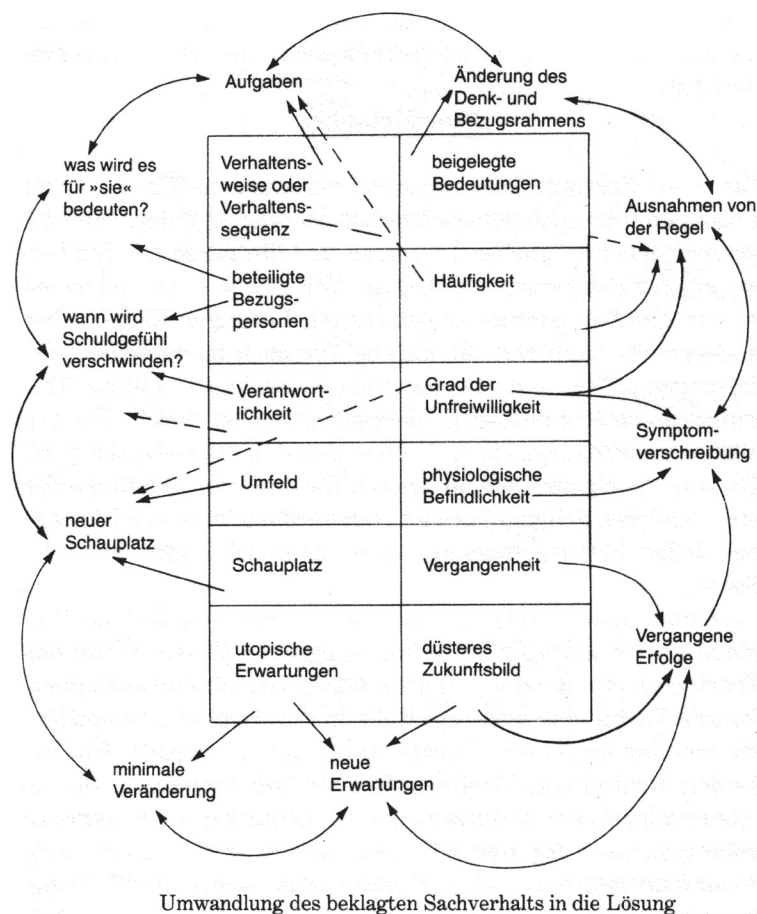


Abb. 1: Aquifinale Lösungsmöglichkeiten nach Steve de Shazer (1997, S. 54)

Das Primat der Lösungsorientierung gegenüber dem Problemfokus bedeutet keinesfalls, dass kluge Lösungen vom Therapeuten vorgeschlagen und empfohlen werden sollten. In diesem Fall wäre zu erwarten, dass die Selbstwertschätzung des Klienten zu einer gesunden Trotzreaktion führt. *Lösungen können sich als Problem erweisen*, und es ist in der Praxis immer wieder verblüffend, wie genau Klienten in ihrer Lebenssituation darüber Bescheid wissen. Die Aufgabe des systemischen Therapeuten besteht vielmehr darin, kluge Fragen zu stellen, aber strohdumm zu sein, wenn der Klient von ihm Antworten erwartet. Gerade im Kontext juristischer Urteile, wenn richtig und falsch von anderer Instanz eindeutig benannt worden sind, ist es verführerisch, in die therapeutische Falle zu tappen und die Autonomie des Klienten durch gut gemeinte Empfehlungen in Reaktanz umzuwandeln. Beispielsweise *muss* die Familie des Täters keine Ressource darstellen, auch wenn am Türschild der Einrichtung »Familientherapie« steht.

Klienten, die viele Jahre in den Genuss unterschiedlicher therapeutischer Maßnahmen gekommen sind und den klinischen Jargon gut beherrschen, überraschen in der Nachsorge häufig durch Selbsteinsichten, die »man« ihnen gar nicht zugetraut hätte. Das Fehlen einer eigenen emotionalen und inneren Haltung zu den gewünschten Änderungen offenbart schließlich die *Pseudo-Ressource*: eine blutleere, angelernte (konditionierte) verbale Reaktion, die ohne Konsequenzen für das Handeln im Alltag bleibt. Systemische Therapeuten sind vor solcherart verbaler Anpassungsleistung nicht gefeit – es gilt, sie aufzudecken und zu hinterfragen und nicht im vermeintlichen Gutglauben der Ressourcenorientierung für bare Münze zu nehmen. Denn in den systemischen Therapien, das ist ihr Erfolgsmaßstab, kommt es an auf *Unterschiede, die Unterschiede machen*.

### Besonderheiten bei innerfamiliären Delikten

Wenn Täter und Opfer demselben Familiensystem angehören, bilden sich in der Regel besondere Spannungsverhältnisse heraus. Die Rollen der Beteiligten sind von vornherein unklar und diffundieren. Die Täterin oder der Täter ist auch Bezugsperson (z. B. Mutter, Stiefmutter, Tante, Vater, Stiefvater, Onkel), das Opfer ist darüber hinaus ein Mitglied des Systems mit spezifischen familialen Bindungen (z. B. Sohn, Stiefsohn, Tochter, Stieftochter, Nichte, Schwester, Cousine). Eine klare Rollenabgrenzung erscheint hier unmöglich und auch wenig anstrengenswert, denn die integrative Bewusstseinsleistung, die von den Familienmitgliedern zu bewältigen ist, besteht gerade darin, zu verstehen, dass ein Mitglied der Familie in seiner Verantwortung als Täter gehandelt hat. Nicht selten bewirkt diese Dissoziation eine Flucht vor der Wahrheit. Die Tat wird möglicherweise innerhalb der Familie geleugnet oder bagatellisiert, um dem überfordernden Rollenkonflikt aus dem Weg zu gehen und eine idealisierte Sicht auf die Vergangenheit nicht aufgeben zu müssen. Im Verborgenen blühen auf dem Grund der Versagensgewissheit, das be-

troffene Kind nicht ausreichend geschützt zu haben, tiefe Schuldgefühle. Die innere Haltung der Angehörigen bei innerfamiliären Delikten ist daher von gravierenden emotionalen Konflikten gekennzeichnet.

Der Ansatz von Cloé MADANES (1997) beinhaltet 1. das Auflösen von Geheimnissen um das Delikt in der Familie, 2. Entschuldigungs- und Wiedergutmachungshandlungen des Täters gegenüber dem Opfer sowie 3. die Einbeziehung der erweiterten Familie zum künftigen Schutz des Opfers. Multisystemische Behandlungsprogramme bei sexuellem Missbrauch, Misshandlung oder Vernachlässigung (z. B. JORASCHKY 1997; KLEMM 2001, 2003) ergänzen dieses strategische Vorgehen in einer vorangestellten Aufklärungsphase um die Komponenten:

- umfangreiche Diagnostik
- Koordination der beteiligten Institutionen (z. B. Jugendamt, Familienhilfe, Familiengericht, Bewährungshilfe, Klinik)
- Wiederzusammenführung der Familie (unter bestimmten Voraussetzungen)
- Entschuldigungsritual

Zur anschließenden Behandlungsphase werden im Rahmen einer Kombinationstherapie Einzelsitzungen, Ehe-therapie, Einbeziehung der Herkunftsfamilie und Sitzungen mit den Kindern integriert, um die dysfunktionalen Interaktionsfolgen in der Familie zu unterbrechen.

### **Eine Fallgeschichte: Herr Meyer-Castingbostel**

1959 geboren, gehörte Herr Meyer-Castingbostel einer ostdeutschen Nomenklatura-Familie an. Der Vater war Direktor eines großen volkseigenen Betriebs, die Mutter Sekretärin eines hohen Parteifunktionärs. Verlief die Kindheit wie bei seinen beiden Brüdern glatt im Sinne der Erziehung zu einer sozialistischen Persönlichkeit, spürte Herr Meyer-Castingbostel in der Pubertät Trotz aufkeimen gegen die rigiden Normvorstellungen seines Vaters, der an den seltenen Tagen seiner Anwesenheit zu Hause dennoch durch seine kompromisslose Art sehr präsent war. Herr Meyer-Castingbostel absolvierte den Armeedienst bei einem Grenztruppenregiment der NVA, währenddessen er Beobachtungen für einen späteren Fluchtversuch aus der DDR anstellte. Nach dem Ende des Wehrdienstes entschloss er sich, durch die Elbe in den Westen zu schwimmen, wurde jedoch nach ein paar Metern gefasst und wegen Republikflucht vor Gericht gestellt. Er verbüßte in der Anstalt Rüdersdorf, einem DDR-Vorzeigeknast mit 18 Gefangenen in einer Zelle von 10 Quadratmetern, eine vierjährige Haftstrafe. Dort diente er seinem »Verwahrraumältesten« als »Mieze«, das heißt als gleichgeschlechtlicher Ersatz für gegengeschlechtliche Beziehungen, zu denen besonders jung und mädchenhaft wirkende Häftlinge gezwungen wurden. Weder Herr Meyer-Castingbostel noch der Kapo hatten ursprünglich homosexuelle Neigungen – im Knastalltag waren Vergewaltigungen jedoch an der Tagesordnung. Wer sich beschwerte, bezog Prügel. Nach der Entlassung aus der Haft arbeitete

Herr Meyer-Castingbostel im Melkbetrieb einer LPG. Dort lernte er seine erste Frau kennen. Die schlimmen Erlebnisse während der Haftzeit verdrängte Herr Meyer-Castingbostel durch vorarbeitermäßiges Leistungsstreben. Er fuhr Sonder-schichten und erfreute sich großer Beliebtheit bei seinem Kaderleiter. Nur einmal platzte ihm die Geduld, denn eigentlich wollte er noch immer in den Westen und kidnappte – ohne Waffe – zu diesem Zweck ein alte Frau auf dem Marktplatz der nächstgelegenen Kleinstadt, um mit ihr als Geisel seine Überstellung in die Bundesrepublik zu erzwingen. Herr Meyer-Castingbostel wurde überwältigt und wiederum für drei Jahre eingesperrt, diesmal in den »Cottbusser Kasematten«, wo es vor Ratten nur so wimmelte – weit weg von der Zonengrenze. Hier erwies sich Herr Meyer-Castingbostel als erfahrener Knastbewohner und verkaufte sich gegen Tabak und Kuchen freiwillig an bevorzugte Gefangene, die sich einen Platz oben in der heimlichen Hierarchie errungen hatten und ihn unter ihren Schutz stellten. Nach der Haft arbeitete er auf dem Bau und lernte seine zweite Frau kennen, eine Mutter mit drei Kindern zwischen einem halben und drei Jahren alt, jedes von einem anderen Vater. Die Kinder nahm Herr Meyer-Castingbostel als seine eigenen an und zum ersten Mal in seinem Leben empfand er die Familie als so etwas wie ein Zuhause. Eigene Kinder kamen nicht hinzu. Nach 1989 erkrankte seine Frau an Krebs, konnte durch die Chemotherapie aber glücklicherweise geheilt werden. Die Behandlung zog sich insgesamt über zweieinhalb Jahre hin. In dieser Zeit erlahmte das Sexualleben des Paares völlig. Es gelang den beiden nicht, es nach Ende der Heilbehandlung wiederzubeleben. Herr Meyer-Castingbostel nahm eine Stelle in einer zweihundert Kilometer entfernten Großstadt bei einem Familienunternehmer auf dem Bau an. Der Chef war sehr begeistert von ihm, denn noch immer engagierte sich Herr Meyer-Castingbostel als universell einsetzbarer Arbeitssklave, der bis in den späten Abend und am Wochenende auf der Baustelle war, wenn es nottat. Die Familiengelöstheit förderte die flexible und mobile Einsatzmöglichkeit. Nur wenn die örtliche Fußballmannschaft spielte, musste der Chef seinen Lieblingsangestellten freistellen. In der Familie des Chefs selbst herrschte ein harscher Ton. Der jüngste Sohn lief mehrmals von Zuhause weg. Daher war der Chef umso zufriedener, als sich Herr Meyer-Castingbostel anbot, den Sohn des Chefs auf die Baustelle mitzunehmen und ihm handwerkliche Fähigkeiten beizubringen. Tatsächlich war dies ein Abenteuer für den Jungen, dem er sich mit Freude zuwandte. Statt zu Hause übernachtete er fortan im Containerzimmer des Herrn Meyer-Castingbostel und lernte anfangs viel über das Bauhandwerk. Dabei blieb es jedoch nicht. Der Liebesentzug von Herrn Meyer-Castingbostel, die homosexuellen Vorerfahrungen und der Mangel an elterlicher Liebe des Jungen führten dazu, dass Herr Meyer-Castingbostel begann, den Jungen sexuell zu missbrauchen, ohne dass dieser sich dagegen wehrte. Im Gegenteil, er wusste den Missbrauch und die Gefahr der Aufdeckung zu nutzen, indem er von Herrn Meyer-Castingbostel

das Taschengeld verlangte, das ihm seine Eltern verweigerten. Dieses Arrangement hielt etwa zwei Jahre, bis sich Herr Meyer-Castingbostel entschloss, in das Dorf zu seiner Frau und den Stiefkindern zurückzukehren. In diesem Moment öffnete sich der Sohn des Chefs seinem Vater, der Herrn Meyer-Castingbostel anzeigte. Die beiden Verurteilungen zu DDR-Zeiten waren Herrn Meyer-Castingbostel als politische Haft anerkannt und materiell entschädigt worden. So kam er nun als nicht vorbestraft in den Ersttätervollzug. Hier absolvierte er das Programm der Sozialtherapeutischen Anstalt für Sexualtäter, wo er sich vor allem Einsicht in den Zusammenhang zwischen seiner Arbeitssucht (Auslöser) und der kompensatorischen Missbrauchshandlungen verschaffte. Eine medikamentöse Behandlung war nicht angezeigt. Das Training sozialer Kompetenzen verbesserte die Verbalisationsfähigkeit. Die Aufarbeitung des Deliktszenarios in der Gruppe förderte die Offenheit, über schwierige Themen sprechen zu können. Darüber hinaus blieben die biografischen Brüche und Traumatisierungen unbearbeitet. Während sich Herr Meyer-Castingbostel in der Haft aufhielt, starben sein Vater und ein Bruder. Seine zweite Frau trennte sich von ihm, kurz nach der Haftentlassung. Damit war auch der Kontakt zu den Stiefkindern unterbrochen. Im Scheidungsprozess gelang es der Frau, das gemeinsame Haus für sich zu reklamieren. Dennoch kehrte Herr Meyer-Castingbostel nach der Entlassung in das Dorf zurück, um sich um seine Mutter zu kümmern, die schwer erkrankt war.

Im Rahmen der systemisch orientierten Nachsorge ging es nicht darum, das Deliktszenario nochmals zu thematisieren, sondern die Lebenssituation zur Tatzeit zu verstehen und mit der gegenwärtigen Lebenssituation zu vergleichen. Dazu fertigte Herr Meyer-Castingbostel ein Soziogramm an, in dem er retrospektiv mit Kreisen die damals bedeutsamen Bezugspersonen, mit Quadraten die damals bedeutsamen Beschäftigungen (Arbeit, Hobbys) und mit Dreiecken Fehlstellen im Alltag kennzeichnete (s. Abb. 2).

Das Delikt-Soziogramm wird durch zwei Dimensionen beschrieben: Erstens spiegelt der *Abstand der Elemente* zum Ich-Kreis die persönliche Bedeutsamkeit wider, das heißt z. B. »Wie wichtig ist mir der Chef, die Ehefrau etc.?« Die *Größe der geometrischen Symbole* (Kreis, Quadrat, Dreieck) sollte laut Instruktion den zeitlichen Umfang darstellen, den die Personen, Beschäftigungen und unerfüllten Wünsche im Alltag zur Tatzeit eingenommen haben, das heißt z. B. »Wie viel Prozent des Tages haben Sie sich mit Arbeit, Hobbys, Ehefrau, Freunden etc. beschäftigt?«

Im Vergleich zu klassischen Familienaufstellungen ist das Delikt-Soziogramm stark auf wesentliche Elemente reduziert, sodass ein subjektiv plausibles, anschauliches Bild der Lebenssituation zur Tatzeit resultiert. Zu erkennen ist, dass der Abstand zur Ehefrau (Erna) deutlich größer war als zum Opfer (Matthias). Selbst die Ex-Freundin empfand Herr Meyer-Castingbostel noch näher als seine Frau. Das Opfer und die Erwerbsarbeit haben darüber hinaus den größten

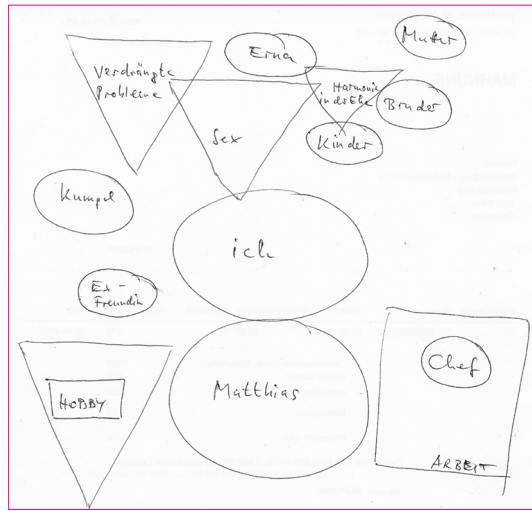


Abb. 2: Delikt-Soziogramm von Herrn Meyer-Castingbostel

Teil des Tages in Anspruch genommen. Bemerkenswert sind die Dreiecke, die Fehlstellen im Leben bzw. unerfüllte Wünsche kennzeichneten. Herr Meyer-Castingbostel hatte zur Tatzeit, wie er unumwunden zugab, ein starkes Bedürfnis nach Sex. Doch eigentlich war dieses Bedürfnis auf seine Frau gerichtet, wo es aufgrund mehrerer Umstände (Krankheit, räumliche Entfernung) unbefriedigt blieb. Weit zurück fielen auch Freizeitbeschäftigungen, die den arbeitsmäßigen und sozialen Stress hätten ausgleichen können. Herr Meyer-Castingbostel fertigte sein Delikt-Soziogramm nicht in einer Einzelsitzung, sondern im Gruppensetting an. Die Teilnehmer hatten im Anschluss Gelegenheit, in zwei Kleingruppen mit jeweils vier Teilnehmern ihre Zeichnungen zu vergleichen und zu diskutieren. Die Ernsthaftigkeit dieses Kleingruppengesprächs war sehr hoch. Hier ging es nicht um eine (mitunter retraumatisierende) Offenbarung des Tatablaufs in filmischer Detailgenauigkeit, sondern um gegenseitiges Verstehen.

In einer der nächsten Sitzungen entwickelte Herr Meyer-Castingbostel ein Bild seiner gegenwärtigen Familiensituation auf dem Familienbrett von Kurt LUDEWIG (2000). Eine seiner drei Stieftöchter war mittlerweile selbst Mutter geworden und hatte sich aus der geschiedenen Rumpffamilie gelöst (hinten links). Herr Meyer-Castingbostel positionierte sich selbst in die Nähe seiner Ursprungsfamilie (vorn rechts, zu der er nicht nur seine Mutter und seinen verbliebenen Bruder, sondern auch seine verstorbenen Familienmitglieder (Vater und älteren Bruder) gesellte. Klar abgegrenzt davon, beinahe wie eine Trutzborg, erscheint in der Perspektive von Herrn Meyer-Castingbostel die Familie der geschiedenen Frau (vorn links).

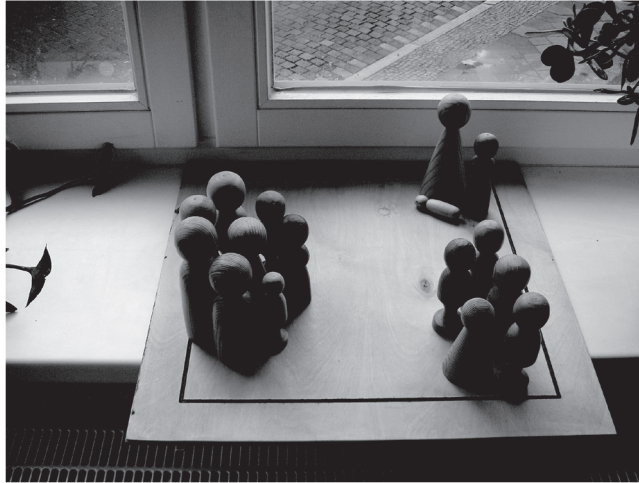


Abb. 3: Herrn Meyer-Castingbostels Skulptur auf dem Familienbrett

Während Frau Meyer-Castingbostel keinen Kontakt mehr zu ihrem Ex-Mann nach dessen Entlassung aus der Haft wünschte, äußerten die mittlerweile erwachsenen Stiefkinder den Wunsch, wieder Kontakt zu ihrem Stiefvater aufzunehmen. In der Vorbereitung einer Familiensitzung wurden die geschiedenen Eltern zu einem Trennungsgespräch eingeladen, in dessen Verlauf sie unter anderem ihre jeweilige Befindlichkeit während der letzten Jahre als biografische Fieberkurve (s. Abb. 4) auf die Rückseite einer ausgerollten Tapete zeichneten. Die Befindlichkeitskurven der Kinder wurden hypothetisch aus der Sicht beider Eltern eingetragen. Sie waren in der Vorbereitungssitzung selbst nicht anwesend. Timeline-Techniken dieser Art können ohne Weiteres im Einzelsetting durchgeführt werden und zur Orientierung im eigenen Lebenslauf wertvolle Unterstützung geben. Die zirkuläre Berücksichtigung nicht anwesender wichtiger Bezugspersonen ist eine wirksame Empathieübung. Eine ganz andere Qualität und Validierung erhält diese Methode jedoch, wenn sie in einer gemeinsamen Sitzung mit den tatsächlichen Mitgliedern des Systems durchgeführt wird.

### Weitere Konzepte zur Familientherapie mit Sexualtätern

Beispielhaft seien an dieser Stelle drei weitere familientherapeutische Konzeptionen zur Täterbehandlung erwähnt:

In Anlehnung an das Konzept von Cloé Madanes beschreibt KOWALCZYK (1993) die Täter-Opfer-Konfrontation im Rahmen der systemischen Behandlung. Um eine neue Realität in der Familie herbeizuführen, sollen Geheimhaltungsmuster unterbrochen werden. Der Täter wird angeregt, vor dem Opfer und der ganzen Familie

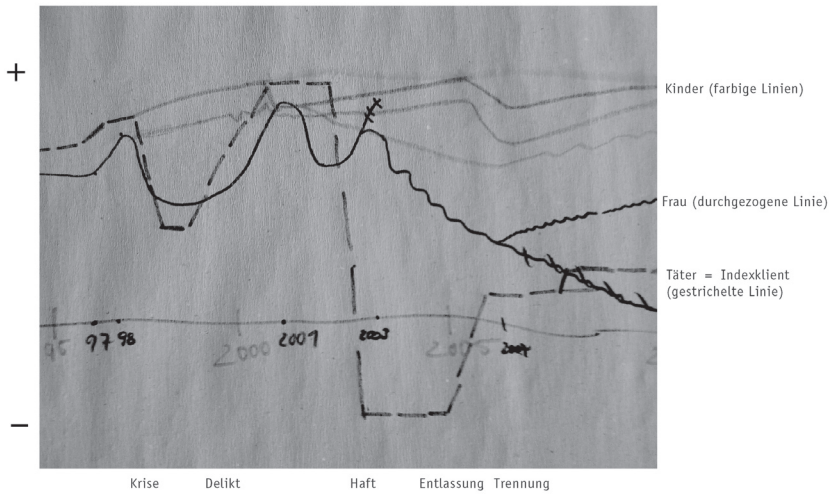


Abb. 4: Biografische Fieberkurven aus Sicht von Herr Meyer-Castingbostel und seiner geschiedenen Frau

die Verantwortung für die offen gelegte sexuelle Misshandlung zu übernehmen, den seelischen Schmerz des Opfers und der ganzen Familie zu benennen, sich zu entschuldigen und Vorschläge zur Wiedergutmachung zu unterbreiten.

EIBEN (2002) schildert die Arbeit mit den Familien von jugendlichen Sexualstraftätern in der sozialtherapeutischen Wohngruppe der Graf Recke Stiftung in Düsseldorf. Das Erstinterview findet dabei im Haushalt der Eltern statt. In einem Offenlegungsgespräch übernimmt der Jugendliche vor allen Mitgliedern der Kernfamilie die Verantwortung für seine begangenen sexuellen Übergriffe. Schließlich finden in etwa monatlichem Abstand Familiensitzungen statt. Ergänzt werden diese klassisch familientherapeutischen Settings durch thematisch orientierte Elterngruppen, in denen Informationen zur Sexualdelinquenz vermittelt werden.

ROTTHAUS und GRUBER (2004) resümieren Erfahrungen mit der systemischen Behandlung jugendlicher Sexualstraftäter, die seit 1989 im Gerhard-Bosch-Haus der Rheinischen Kliniken Viersen stattfindet. Die Behandlung teilt sich in eine kassenfinanzierte Therapiegruppe und eine jugendhilfefinanzierte Schleusengruppe mit sechs Plätzen. Für die Therapiegruppe besteht ein fünfstufiges »System der Freizügigkeit« (»kein Ausgang«, »Ausgang im Gebäude«, »Ausgang im Gelände«, »Ausgang im Ort« und »freier Ausgang«). Entsprechend der Unterscheidung »Klagender«, »Besucher« oder »Kunde« (Klient) nach Steve DE SHAZER (1992) wird die Behandlungsmotivation sorgfältig differenziert in Anlass, Anliegen und Auftrag. Eine offene Atmosphäre und ritualisierte Alltagsabläufe sollen dazu beitragen, dass die Täter von ihren Delikten

berichten und einen Bezug zwischen den Delikten und ihrer eigenen Person herstellen. Die Aufnahme von Paarbeziehungen innerhalb der Therapiegruppe ist ausdrücklich erwünscht und wird als Zeichen der Reifung interpretiert, unter der Voraussetzung, dass die Partner (und gegebenenfalls die Eltern oder Betreuer) über den Anlass des Aufenthalts in der Klinik informiert werden. Die Beziehungsgestaltung liefert wesentliche Gesprächsinhalte in der Therapie (Intimität, Grenzen, Individualität, Verhütung etc.). Die Therapien umfassen Einzel-, Gruppen- und Angehörigensettings. Letztere sind nicht auf die Kernfamilie beschränkt. Die Schleusengruppe dient dem Übergang in ein eigenständiges Leben nach Entlassung. Die Jugendlichen werden nach einem Hilfeplanverfahren durch andere Pädagogen betreut und kümmern sich weitgehend selbstständig um eigenen Wohnraum in ihrem Heimatort, Ausbildung und Freizeitbeschäftigungen. In der Klinik nehmen sie an einer Rückfallprophylaxe-Gruppe und an freiwilligen Einzelgesprächen teil.

### Effektstudien zur systemischen Familientherapie

Systemische und familientherapeutische Behandlungsansätze für Täter können mittlerweile in ihrer Wirksamkeit als empirisch abgesichert gelten. Für unterschiedliche Störungsbilder sowie insbesondere für jugendliche Täter liegen kontrollierte Evaluationsstudien mit randomisierter Zuweisung vor. Zusammengefasst können die Ergebnisse maßgeblicher Wirkungsstudien zur multisystemischen Therapie (MST) wie folgt beschrieben werden (vgl. LIDDLE et al. 2009):

- MST bezieht nicht nur den Klienten, sondern auch Angehörige in die Behandlung ein. Dadurch wächst die Motivation, die Behandlung zu Ende zu führen. Im Vergleich zu herkömmlichen stationären Therapieformen bei Drogenabhängigkeit heißt dies im Einzelnen (DAKOF et al. 2003):

Tab. 2: Effektivitätsvergleich zwischen multisystemischer und stationärer Therapie bei Drogenabhängigkeit nach Dakof et al. (2003)

|                                                               | home-based MST | stationäre Therapie |
|---------------------------------------------------------------|----------------|---------------------|
| 90 Tage Behandlungsteilnahme                                  | 95 %           | 59 %                |
| vollständiger Abschluss der Behandlung                        | 88 %           | 24 %                |
| vollständige Behandlungsteilnahme bei Jugendlichen (120 Tage) | 96 %           | 78 %                |

- Die Wirkeffekte lassen sich in sehr unterschiedlichen Stichproben nachweisen (verschiedene Länder, Altersgruppen, beide Geschlechter, eine Vielzahl von Anlaßproblemen).
- MST lässt sich flexibel an existierende Programme und die Ressourcen der Anbieter-Einrichtung anpassen.
- Die Wirkungen bleiben nach Ende der Behandlung weitgehend erhalten, wie zahlreiche gemeindenähe Transferstudien belegen.

- Die Effekte der MST erweisen sich gegenüber anderen state-of-the-art Verfahren überlegen, einschließlich Familien-Gruppentherapie, kognitiv-behavioraler Einzeltherapie, Peer-Gruppentherapie und einsichtsorientierte Einzeltherapie (vgl. LIDDLE & DAKOF 2002).
- MST zeigt Wirkung auch bei schwerwiegend komorbiden Klienten, bei denen z. B. Drogenabhängigkeit und Delinquenz gepaart auftreten.
- Psychiatrische Symptome werden durch MST stärker minimiert als durch kognitiv-behaviorale Therapien (mit einem Range zwischen 35 % bis 80 %).
- Nach kognitiv-behavioralen Therapien treten häufiger als nach MST emotionale und verhaltensbezogene Rückfälle auf.
- Teilnehmer an MST kehren häufiger in ihre begonnene Ausbildung oder Schule zurück (43 % bei MST vs. 17 % bei Familien-Gruppentherapie vs. 7 % bei Peer-Gruppentherapie, vgl. ROWE et al. 2004).
- Beobachtungsstudien deuten noch zwölf Monate nach Ende der MST auf ein besseres Familienklima hin als nach Familien- und Peer-Gruppentherapie.
- Die Delinquenzneigung wird durch MST signifikant stärker verringert als durch Peer-Gruppentherapien (gemessen anhand der Zahl der Arreste, Verurteilungen und Bewährungswiderrufe innerhalb von zwölf Monaten nach Behandlungs-ende).
- Die Gesamtkosten für MST sind deutlich geringer als in üblichen Einzeltherapien oder stationären Behandlungen: Für eine MST (\$164 pro Woche) sind ungefähr 15 % der Kosten einer stationären Behandlung (\$1,068) aufzuwenden und etwa die Hälfte einer gemeindenahen Psychiatriebehandlung (\$365) – diese Zahlen gelten für die USA. Eine Intensiv-MST wird mit durchschnittlich \$384 je Woche angesetzt, vgl. FRENCH et al. (2003), LIDDLE & DAKOF (2002), CRANE (2007).

#### *Meta-Studien*

- VON SYDOW (2007): Wie wirksam ist Systemische Psychotherapie/Familien-therapie? (80 Studien)
- VON SYDOW et al. (2006): Systemische Familientherapie bei Störungen des Kindes- und Jugendalters. Eine Metainhaltsanalyse von 47 randomisierten Primärstudien

#### *Effektstudien:*

- BORDUIN et al. (1990): Multisystemic treatment of adolescent sexual offenders – 3-Jahres-Katamnese mit positivem Outcome
- BORDUIN et al. (1995): Multisystemic treatment of serious juvenile offenders: Long-term prevention of criminality and violence (N = 176)
- HENGGELER et al. (1992) : Family preservation using multisystemic therapy: An effective alternative to incarcerating serious juvenile offenders (N = 59)

*Effektstudien:*

- LIDDLE et al. (2008) : Treating adolescent drug abuse: a randomized trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavior therapy (N = 224)
- LIDDLE et al. (2009): Multidimensional family therapy for young adolescent substance abuse: twelve-month outcomes of a randomized controlled trial (N = 83)
- EBBERS (1993): Wenn ein Elternteil inhaftiert ist (N = 150)
- EHER et al. (1997): Verleugnung und Minimierung bei Rückfalltätern mit Sexualdelikten und deren Angehörigen (N = 15)

### **Zusammenhänge zwischen Persönlichkeitsauffälligkeiten im Konfliktverhalten und erlebter Familienkonstellation**

In einer Korrelationsstudie wurden Zusammenhänge zwischen Persönlichkeitsauffälligkeiten im Konfliktverhalten, gemessen mit dem Verfahren »Konfliktverhalten situativ« (KV-S) von KLEMM (2002) und die subjektiv empfundene Familienkonstellation, gemessen mit dem »Familiensystemtest« (FAST) von GEHRING (1998) bei 99 Gefängnisinsassen untersucht.

Der Fragebogen »Konfliktverhalten situativ« quantifiziert die Persönlichkeitsauffälligkeiten nach der ICD-10 und darüber hinaus neun weitere Skalen zur Beschreibung der Persönlichkeit wie Schuld- und Schamkomplexe, Musterübertragung, Problemlösebereitschaft, Psychopathologie, Nervosität, Empathie, Depressivität, Somatisierung und Selbstkontrolle. Das Neue an diesem Fragebogen ist der konsequente Situationsbezug: alle 17 Persönlichkeitsdimensionen werden in sechs verschiedenen sozialen Konfliktsituationen erfasst. Der Fragebogen zeichnet sich dadurch aus, dass er nicht nur – wie viele klinische Tests – Defizite, sondern auch Ressourcen erfasst, ermöglicht dadurch eine ausgewogene Statusdiagnose und eignet sich zur Veränderungsmessung. Durch die Betrachtung der Situationsspezifität wird die Generalisierbarkeit von Auffälligkeiten und die Möglichkeit des Transfers von Ressourcen sichtbar. Die Auswertung umfasst Werte für situationsübergreifende Persönlichkeits-Dimensionen, Situations-Belastungs-Werte sowie als zusammenfassenden globalen Wert den Ressourcen-Defizit-Quotient (RDQ), der das arithmetische Verhältnis der Stärken und Schwächen wiedergibt.

Mittels der Figurenlegetechnik des »Familiensystemtests« werden die Beziehungen der Familienmitglieder symbolisch dargestellt werden. Daraus lassen sich die Dimensionen »Kohäsion« und »Hierarchie« ermitteln, wie sie vom befragten Mitglied der Familie erlebt werden. »Kohäsion« ist definiert als Zusammenhalt der Familienmitglieder, der als emotionale Bindung und Wunsch nach Nähe empfunden wird. Im Test wird »Kohäsion« anhand des geometrischen Abstands der Figuren gemessen

und nach den Ebenen »Elternpaar«, »Eltern-Kind-Beziehung« sowie »Geschwister« differenziert. »Hierarchie« wird definiert als Ausmaß von Dominanz, Macht und Autorität innerhalb der Familie. Gemessen wird die Variable »Hierarchie« anhand der Zahl der Klötzchen, die der Proband als Podest für die Familienangehörigen wählt. Differenziert wird wiederum zwischen Familien-Hierarchie, Eltern-Hierarchie und Geschwister-Hierarchie.

Die Durchführung des FAST bezieht sich auf typische Alltagssituationen (TR), die gewünschte ideale Familienkonstellation (IR) und die in Konflikten erlebte Familienstruktur (KR).

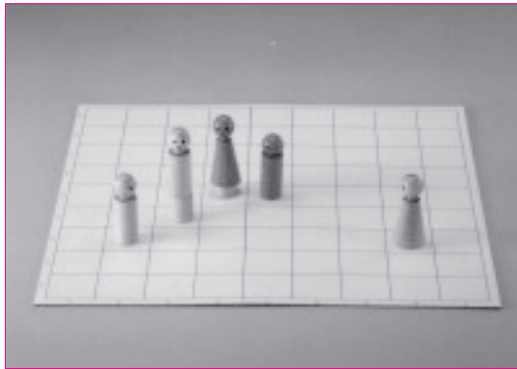


Abb. 5: Beispiel für eine Familienkonstellation im FAST (Gehring 1998)

Sowohl aus Sicht der strukturellen Familientheorie als auch der empirischen Familienpsychologie ist zu erwarten, dass unauffällige Familien eine mittlere Ausprägung in den Variablen »Kohäsion« und »Hierarchie« aufweisen sowie in der Lage sind, auf kritische Herausforderungen flexibel zu reagieren. In Familien mit verhaltensauffälligen Mitgliedern ist im Gegensatz dazu zu erwarten, dass in Krisen deutliche Kommunikations- und Interaktionsstörungen auftreten und die Werte für Kohäsion und Hierarchie rigide festgelegt sind (DEBRY 2001). Zu erwarten ist weiterhin, dass in auffälligen Familien häufiger intergenerationelle Koalitionen (Bindung zwischen einem Elternteil und einem Kind ist größer als zwischen den Eltern) als auch Hierarchie-Umkehr (ein Kind hat mehr Einfluss in der Familie als ein Elternteil) zu beobachten sind.

### Stichprobencharakteristik (N = 99)

An der Studie nahmen 99 Untersuchungshäftlinge im Alter zwischen 14 und 60 Jahren teil. Das Durchschnittsalter betrug 24 Jahre. 49 der befragten Inhaftierten gaben an, dass sie gegenwärtig noch in Beziehung zu einer Partnerin stünden. Im

Durchschnitt hatten die Befragten 2,3 Geschwister. 76 Probanden stammten aus Trennungs- und Scheidungsfamilien. 74 gaben an, dass sie während ihrer Kindheit und Jugend das Familienklima als belastend empfanden. Im Einzelnen schätzten sie ihre Eltern ein als (Mehrfachantworten waren möglich):

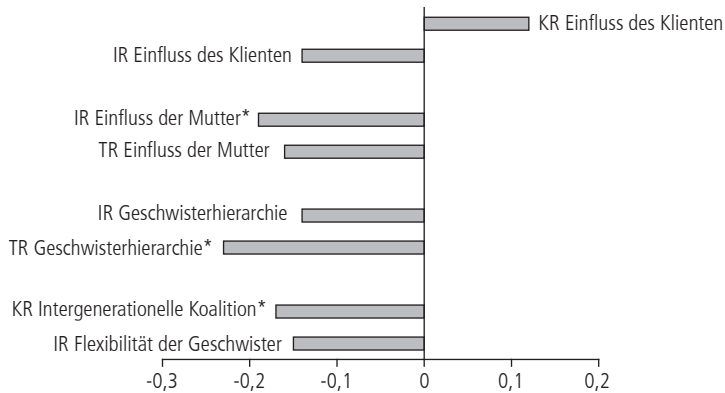
- zu streng: 24
- zu locker: 28
- zerstritten: 44
- in Geldsorgen: 31
- gewalttätig: 22

31 Probanden gaben an, dass wenigstens ein Elternteil Alkoholiker gewesen sei. Im Durchschnitt absolvierten die Befragten 8,5 Schulklassen. 20 Probanden hatten die Förderschule, 54 die Hauptschule, 23 die Realschule und zwei das Gymnasium besucht. 25 Probanden verfügten über keinerlei Ausbildung, 45 hatten ein berufsvorbereitendes Jahr oder eine Lehre angefangen, 29 die Lehre abgeschlossen. 25 der Befragten gaben an, vor der Haft täglich Alkohol zu sich genommen zu haben. 24 konsumierten vor der Haft täglich harte Drogen. 23 hatten wenigstens einen längeren Aufenthalt in der Psychiatrie hinter sich (mindestens drei Monate). 52 Probanden hatten Straftaten ohne Gewalt ausgeübt, die übrigen 47 waren Gewalttäter.

### Ergebnisse

Bei situationsunabhängiger, störungsbildübergreifender Betrachtung ließen sich nur wenige Zusammenhänge zwischen dem Ressourcen-Defizit-Verhältnis der Probanden und der erlebten Konstellation in der Herkunftsfamilie feststellen. Lediglich der Einfluss, den sich der Klient selbst in krisenhaften Situationen auf die anderen Familienmitglieder zuschrieb, korrelierte positiv mit den gemessenen Ressourcen. Der idealisierte, möglicherweise kompensatorische Einfluss des Klienten in der Familie korrespondierte dagegen mit seinen individuellen Defiziten. Ebenso gingen ein hoher Einfluss der Mutter in der Familie (mit häufig abwesendem Vater) und eine ausgeprägte Geschwisterhierarchie mit hohen Defizitanteilen des Klienten einher. Erwartungsgemäß wirkte sich eine hohe intergenerationelle Koalition negativ auf den RDQ aus (oder umgekehrt) (s. Abb. 6).

Bezieht man differenzierend einzelne Störungsbilder bzw. Persönlichkeitsauffälligkeiten in die Betrachtung ein, ergibt sich ein prägnanteres Bild. Erlebte sich der Klient selbst als einflussreich in familiären Konfliktsituationen, ging dies mit signifikant höheren Werten hinsichtlich der Ressourcen Problemlösebereitschaft, Empathie, Selbstkontrolle einher. Die erhöhte Autorität der Mutter zeigte sich im Konfliktverhalten des Klienten dagegen signifikant durch gesteigerte Frustration durch Beurteilung sowie Abhängigkeit, Musterübertragung, Psychopathologie und Somatisierung, aber auch erhöhte Empathiefähigkeit. Der Einfluss des Vaters



**Abb. 6: Korrelationen zwischen dem Ressourcen-Defizit-Quotienten des KV-S und Variablen des Familiensystemtests**

hatte nur in den idealisierten Vorstellungen des Klienten von seiner Familie eine positive Bedeutung.

Deutlich erlebbare Distanz und Hierarchie zwischen den Eltern korrespondierten mit geringerer Aggressivität des Probanden. Zu vermuten ist, dass sich die Probanden in dieser Konstellation weniger durch Streitigkeiten der Eltern provoziert fühlten. Demgegenüber wünschten sich Täter mit Tendenz zur Musterübertragung, geringer Problemlösebereitschaft und höheren Psychopathologie-Werten eher einen geringeren Machtunterschied zwischen beiden Elternteilen.

Sowohl eine geringe Bindung als auch ein starkes Machtgefälle zwischen den Geschwistern wurde von den Befragten als destruktiv erlebt und ging insbesondere mit verringerter Empathiefähigkeit einher.

Intergenerationelle Koalitionen in familiären Konflikten korrespondierten persönlichkeitspsychologisch mit rascher Frustration durch Alleinsein, starkem Abhängigkeitsgefühl, Neigung zur Musterübertragung und Aufmerksamkeitsdefiziten.

Insgesamt legen die Ergebnisse dieser Studie nahe, dass die »Herkunftsfamilie im Kopf« des Täters in einem signifikanten Zusammenhang zu seinem gegenwärtigen Konfliktverhalten steht (s. Tab. 3).

### »Konfliktverhalten in der Familie« bei Sexualtätern

Um Konfliktmuster in der Gegenwartsfamilie zu beschreiben und zu vergleichen, haben wir das Verfahren »Konfliktverhalten situativ« (KLEMM 2002, 2006 b) entsprechend familienpsychologischer Befunde grundlegend modifiziert. Daraus ging das Verfahren »Konfliktverhalten in der Familie« (KV-Fam) hervor, das zunächst

**Tab. 3: Signifikante situationsübergreifende, störungsbildspezifische Korrelationen zwischen Persönlichkeitsauffälligkeiten im »Konfliktverhalten situativ« und dem Familiensystemtest (kursiv ressourcenhafte, schwarz defizitäre Zusammenhänge)**

| <b>Variable FAST</b>                      | <b>Korrelation mit KV-S</b>                                                                               |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Einfluss des Klienten (KR)</i>         | <i>Problemlösebereitschaft, Empathie, Selbstkontrolle</i>                                                 |
| <i>Einfluss der Mutter (KR)</i>           | Frustration durch Beurteilung, Abhängigkeit, Musterübertragung, Psychopathologie, Somatisierung, Empathie |
| <i>Einfluss des Vaters (IR)</i>           | <i>wenig Psychopathologie</i>                                                                             |
| <i>Elternabstand (KR)</i>                 | Frustration durch Alleinsein, Abhängigkeit                                                                |
| <i>Elternabstand (TR)</i>                 | <i>wenig Aggressivität</i>                                                                                |
| <i>Elternhierarchie (IR)</i>              | Musterübertragung, wenig Problemlösebereitschaft, Psychopathologie                                        |
| <i>Elternhierarchie (KR)</i>              | <i>wenig Aggressivität</i>                                                                                |
| <i>Familienabstand (IR)</i>               | Schizoidie (Gehemmtheit)                                                                                  |
| <i>Familienabstand (TR)</i>               | Unaufmerksamkeit (Nervosität)                                                                             |
| <i>Familienhierarchie (IR)</i>            | <i>wenig Aggressivität</i>                                                                                |
| <i>Flexibilität der Eltern (IR)</i>       | <i>wenig Aggressivität</i>                                                                                |
| <i>Geschwisterabstand (TR)</i>            | geringe Empathie                                                                                          |
| <i>Geschwisterhierarchie (IR)</i>         | Aggressivität                                                                                             |
| <i>Geschwisterhierarchie (TR)</i>         | Frustration durch Alleinsein, Schizoidie, geringe Empathie                                                |
| <i>Intergenerationelle Koalition (KR)</i> | Frustration durch Alleinsein, Abhängigkeit, Musterübertragung, Unaufmerksamkeit                           |

anhand einer Stichprobe unauffälliger Eltern validiert wurde (KLEMM & PIETRASS 2007). Das situative Testsystem »Konfliktverhalten in der Familie« (KV-Fam) widmet sich dem Thema, wie sich die Alltags- und Beziehungsgestaltung auf das Klima in der Familie auswirken. Erfasst werden Konfliktlösungsmuster in Familien, die nach Ressourcen und Defiziten differenziert erhoben werden. Befragt werden die Eltern (bzw. Stief- oder Adoptiveltern) in Bezug auf die einzelne Person (Identität, Wohlbefinden), die Paarbeziehung (Kommunikation, Rollen), die Eltern-Kind-Beziehung, Familienbeziehungen sowie die soziale Unterstützung (Freunde, Arbeit). Der Fragebogen kann effizient zur Erhebung des Beratungsbedarfes sowie zur Evaluation von Beratung und Therapie mit Familien genutzt werden.

**Tab. 4: Abkürzungen im Testverfahren »Konfliktverhalten in der Familie« (KV-Fam)**

|                                    |                                             |
|------------------------------------|---------------------------------------------|
| A – Selbstständigkeit              | ss – Selbstsicherheit/Stoizismus            |
| B – Partnerkonflikte               | bu – Besorgtheit/Unsicherheit               |
| C – Stress mit Kind                | uv – Verbundenheit/Verstrickung             |
| D – Einmischung der Verwandtschaft | aa – Affektivität/Aggressivität             |
| E – Konflikte mit der Umwelt       | kd – Kommunikativität/Durchsetzungsschwäche |
|                                    | zr – Zurückhaltung/Rückzug                  |
|                                    | ua – Gegenseitige Unterstützung/Aufopferung |
|                                    | ra – Rollenteilung/Abgrenzung               |
|                                    | zo – Zufriedenheit/Oberflächlichkeit        |
|                                    | ks – Körper-Kontakt/Somatisierung           |

Für die hier vorgestellten Ergebnisse zu Auffälligkeiten im gegenwärtigen familiären Konfliktverhalten wurden 31 (Stief-)Väter befragt, die ihre (Stief-)Kinder sexuell oder körperlich misshandelt bzw. sich gegenüber fremden Kindern sexuell übergriffig verhalten haben und dafür rechtskräftig verurteilt wurden.

Demografisch unterschieden sich die sexuellen Misshandler signifikant von der Vergleichstichprobe unauffälliger Eltern. Sie waren, obwohl älter, seltener langfristig mit einem Partner liiert, lebten häufiger in Patchwork-Konstellationen sowohl in der Ursprungs- als auch in der Gegenwartsfamilie, widmeten sich intensiver ihren Hobbys, konsumierten mehr Alkohol, betreuten mehr Kinder im Haushalt und fühlten sich weniger von den Schwiegereltern anerkannt und unterstützt.

Tab. 5: Biografische Unterschiede zwischen unauffälligen (N = 208) vs. misshandelnden (N = 31) Eltern (Scheffé-Test)

|                                            |       |
|--------------------------------------------|-------|
| Familienstand                              | ***   |
| Stiefeltern                                | ..**  |
| Heim/WG                                    | ..*** |
| Schulklassen                               | *     |
| Zahl der Hobbys                            | ..**  |
| Intensität der Hobbys                      | ..*** |
| Dauer der Partnerschaft                    | **    |
| Alkoholkonsum                              | ..*** |
| Alter                                      | ..*** |
| Anzahl der Kinder im Haushalt              | ..*** |
| Zusammensetzungsgrad der Gegenwartsfamilie | ..*** |
| Unterstützung durch die Schwiegereltern    | **    |

## Ergebnisse

Im Vergleich zu unauffälligen Eltern zeigten die Misshandler signifikant erhöhte Werte in Konfliktsituationen mit ihrem jeweiligen Partner und mit ihren Eltern. Sie schrieben sich zwar eine höhere Selbstkontrolle (bzw. Stoisizität) zu, gaben zugleich aber eine hochsignifikant größere Unsicherheit und Aufopferungsbereitschaft im Umgang mit Konflikten an. Die unauffälligen Eltern zeigten demgegenüber eine signifikant höhere emotionale Verbundenheit zu ihren Kindern (s. Tab. 6).

## Das Leipziger Selbstkontrolltraining – Aufbaustufe

In KLEMM (2003, 2005) habe ich bereits Grundzüge des Leipziger Selbstkontrolltrainings (SKT) beschrieben. In einem jüngst vom Sächsischen Justizministerium geförderten Modellprojekt wird die Aufbaustufe zur Verbesserung der ambulanten

Tab. 6: Scheffé-Signifikante Unterschiede im familiären Konfliktverhalten zwischen unauffälligen (N = 208) vs. misshandelnden (N = 31) Eltern

|     | Sit | ss  | bu   | uv  | aa | kd | zr | ua   | ra | zo | ks |
|-----|-----|-----|------|-----|----|----|----|------|----|----|----|
| Sum | —   | —*  | —**  | —   | —  | —  | —  | —**  | —  | —  | —  |
| A   | —   | —   | —    | —   | —  | —  | —  | —    | —  | —  | —  |
| B   | —** | —*  | —*** | —   | —  | —* | —  | —*** | —  | —  | —  |
| C   | —   | —   | —    | *** | —  | —  | —  | —    | —  | —  | —  |
| D   | —*  | —   | —*** | —   | —* | —  | —  | —*   | —  | —  | —  |
| E   | —   | —** | —*   | —   | —  | —  | —  | —*   | —  | —  | —  |

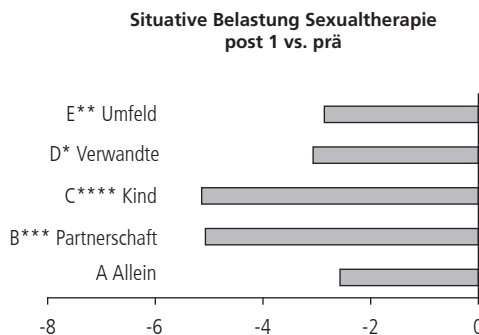
Nachsorge weiterentwickelt. Kernstück des Konzepts ist die personelle Kontinuität, d. h. der Täter hat Gelegenheit, bereits im letzten Jahr der Haft die Betreuer der ambulanten Nachsorge kennenzulernen. Ohne diese personelle Kontinuität haben etliche Klienten ein bis zwei Jahre nach der Haftentlassung benötigt, um einen Therapeuten zu finden, der bereit war, sie aufzunehmen. Gerade diese Zeit ist aber durch ein erhöhtes Rückfallrisiko gekennzeichnet. Viele Klienten wurden wiederholt von niedergelassenen Therapeuten abgelehnt, sodass die Nachbetreuungs-Auflage vom Gericht fallen gelassen werden musste. Die Betreuung der Gewalt- und Sexualtäter umfasst im Leipziger Modellprojekt folgende Phasen:

- *SKT-Grundstufe* (Einzelgespräche und Tätergruppe): In der Regel ca. ein Jahr – bei Teilnahme an Sozialtherapie ca. ein halbes Jahr – vor der Entlassung beginnt die intramurale Vorbereitung in Form anamnestischer Einzelgespräche und der Teilnahme an der SKT-Gruppe. Themen sind in dieser Phase Beziehungsaufbau, individuelle Ressourcen- und Risikodiagnostik, Selbstkontrolltechniken im engeren Sinne, Entspannungsfähigkeit, sensorische Wahrnehmung, Gefühlsausdruck, Empathie- und Kommunikationstraining sowie Konfliktlösungsfähigkeiten.
- *Übergangsmanagement*: In dieser Phase steht die Vernetzung der intramuralen und ambulanten Institutionen im Vordergrund. Der Täter nimmt einerseits ersten Kontakt zum Bewährungshelfer oder zur Führungsaufsicht (Institution sozialer Kontrolle) auf und lernt andererseits die ambulante Nachsorgeeinrichtung (Beratungsstelle bzw. hochschulgebundenes Gruppenprojekt) kennen. Im günstigen Fall findet ein gemeinsames Gespräch zwischen dem Bewährungshelfer/Führungsaufsicht, dem Berater/Therapeut und dem Klienten statt.
- *SKT-Aufbaustufe 1* (Tätergruppe): Die intramurale SKT-Tätergruppe wird vom selben Therapeuten ambulant weitergeführt. Der Klient hat also bereits eine Arbeitsbeziehung und Vertrauen zum Therapeuten aufgebaut. Damit soll zum einen verhindert werden, dass sich die Nachsorgebetreuung in ermüdender Wiederholung der Themen erschöpft, die während der intramuralen Therapie bereits besprochen wurden. Zum anderen soll die zeitliche Lücke zwischen Entlassung und Einsetzen der Nachsorge geschlossen werden, die zwangsläufig entsteht,

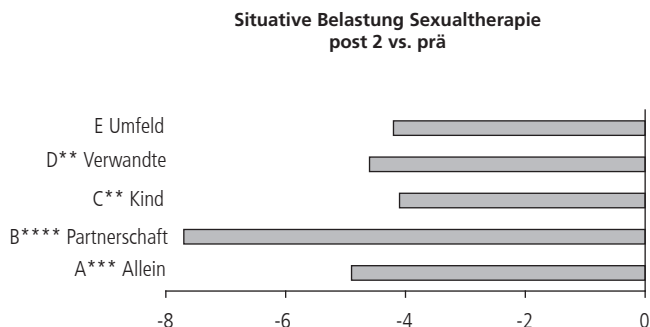
wenn intramurale Behandlung und Nachsorge institutionell getrennt sind. Themen der ambulanten SKT-Nachsorgegruppe sind die soziale Ressourcendiagnostik, Umgang mit Geheimnissen, familiäre Situation zum Tatzeitpunkt und in der Gegenwart, Beziehungsgestaltung, Wünsche und Erwartungen an die Zukunft (Skulpturarbeit, KLEMM 2008).

- **SKT-Aufbaustufe 2** (Täter- und Angehörigengruppe): Im Mittelpunkt des zweiten Teils der ambulanten Nachsorge steht die Einbeziehung von Angehörigen. Es geht einerseits darum, dass die Klienten ihre erarbeiteten Fertigkeiten und Haltungen im konkreten sozialen Kontext umsetzen, Konflikte klären und Geheimnisse lüften. Andererseits erhalten die Angehörigen Informationen zum Delikt und haben Gelegenheit, Befindlichkeiten auszutauschen. Themen in dieser Phase sind Umgang mit Streit in der Familie, Arbeits- und Rollenteilung von Paaren, Elternschaft und Verantwortung, die Perspektive der Kinder, Selbstkontrolle gegenüber Kindern, Möglichkeiten des geschützten oder begleiteten Umgangs. Welche Angehörigen zu den Sitzungen eingeladen werden, wird individuell abgestimmt und hängt letztlich von deren Bereitschaft zur Teilnahme ab. Sowohl Angehörige der Herkunftsfamilie als auch gegenwärtige Partner kommen in Frage.
- **Vorabschluss und Abschluss:** Am Ende der therapeutischen Nachsorge stehen Einzel- bzw. Familiensitzungen nach Bedarf. Der Abstand zwischen der vorletzten und der letzten Sitzung soll dabei mindestens ein halbes Jahr betragen. Die Betreuung endet mit der katamnestischen Befragung.

Im Folgenden beschreibe ich erste Evaluationsergebnisse der intramuralen SKT-Grundstufe sowie der ambulanten Nachsorge (SKT-Aufbaustufe 1), die mithilfe des Testverfahrens »Konfliktverhalten in der Familie« (KV-Fam) bei 14 inhaftierten (Stief-) Vätern nach zehn Monaten bzw. 21 Monaten Gruppenteilnahme im Vergleich zur Vorbefragung während der Haft ermittelt wurden.

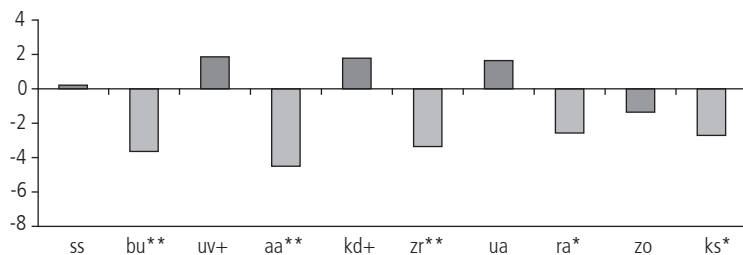


**Abb. 7: Abnahme der situationsspezifischen Belastung während der intramuralen SKT-Grundstufe im KV-Fam (N = 14)**



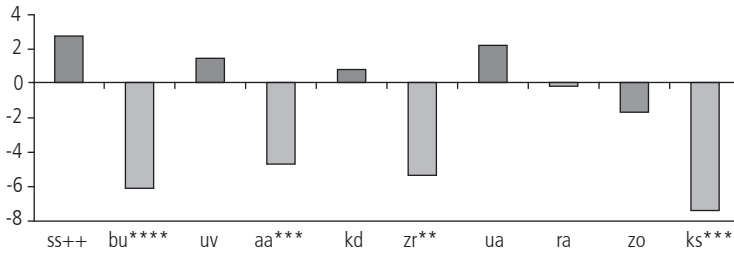
**Abb. 8: Abnahme der situationsspezifischen Belastung während der ambulanten SKT-Aufbaustufe 1 im KV-Fam (N = 10)**

Zunächst ist zu erkennen, dass in allen erhobenen Konfliktsituationen die psychische Belastung im Laufe SKT abgenommen hat. Lediglich in der Situation »Allein« (d. h. selbstständig ohne Unterstützung durch den Partner etwas zu erledigen) fiel diese Abnahme während der Haft naturgemäß nicht signifikant aus. Nach der Entlassung wuchs die Fähigkeit, belastende Situationen selbstständig zu meistern signifikant an. Insbesondere Partnerkonflikte wurden nach der Haftentlassung als weniger belastend empfunden, was damit zusammenhängen dürfte, dass Trennungen nun vermehrt als endgültig angesehen wurden.



**Abb. 9: SKT-Sexualtätertherapie post1 vs. prä (N = 14)  
nach zehn Monaten im KV-Fam (SKT-Grundstufe)**

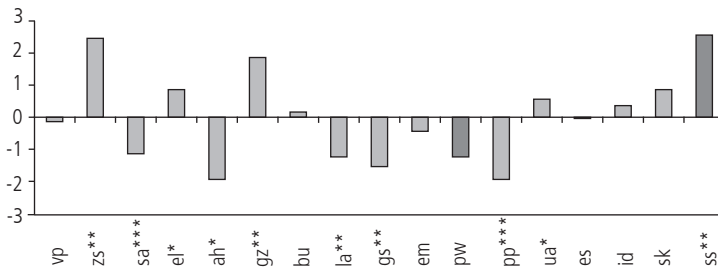
Die inhaftierten Väter verringerten im Laufe der SKT-Grundstufe signifikant ihre Unsicherheit (bu), Aggressivität (aa), ihre Neigung zum sozialen Rückzug (zr), die Rigidität der Rollenteilung (ra) und ihre Somatisierungstendenz (ks). Mit einem Pluszeichen sind in der Abbildung signifikante Zuwächse in der Stärken-Schwächen-Verteilung gekennzeichnet. Sie betreffen die Ressourcen Verbundenheit (uv) sowie Kommunikation mit dem Partner (kd).



**Abb. 10:** SKT-Sexualtätertherapie post2 vs. prä (N = 10)  
nach 21 Monaten im KV-Fam (SKT-Aufbaustufe 1)

Die Abnahme der destruktiven familiären Konfliktlösungsmuster verstärkte sich bei den befragten (Stief-) Vätern signifikant während der ambulanten Nachsorge. Die Väter achteten nach der Entlassung deutlicher auf ihre Selbstkontrolle (ss, signifikant in der Stärken-Schwächen-Verteilung). Die während der Haft erzielten Zuwächse in den Ressourcen Verbundenheit und Kommunikation mit dem Partner konnten nach der Entlassung dagegen nicht aufrechterhalten werden. Hier ist wiederum zu berücksichtigen, dass bei den meisten Vätern erst nach der Entlassung die Trennung von der Familie als manifest wahrgenommen wurde.

Zum Vergleich wurden auch die Effekte des ambulanten SKT mithilfe des individualspezifischen Verfahrens »Konfliktverhalten situativ« (KV-S) erhoben.

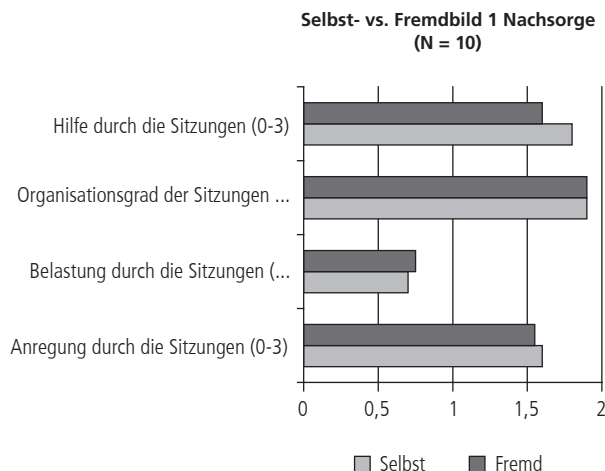


**Abb. 11:** Differenz der Stärken-Schwächen-Werte zwischen  
Nachsorge vs. Entlassungszeitpunkt (N = 10) im KV-S

Hier zeigte sich, dass die aus der Haft entlassenen Väter zum einen signifikant zurückhaltender (zs), emotional labiler (el), gründlicher (gz) und selbstkontrollierter (ss) auftraten, während ihre Aggressivität (sa), Histrionie (ah), Abhängigkeit (la), Schambehaftetheit (gs) und Psychopathologie (pp) signifikant abnahmen. Bemerkenswert ist vor allem die nach der Entlassung zutage getretene Rückzugsneigung,

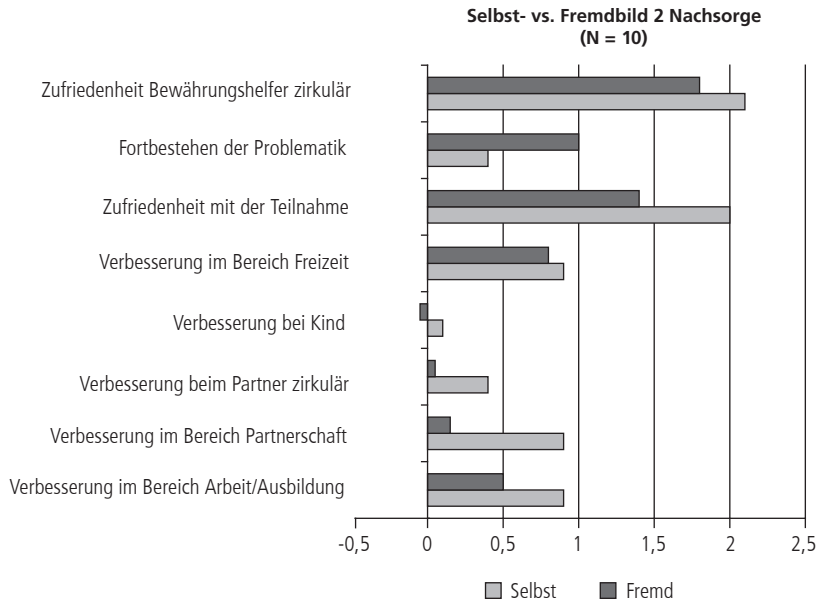
die mit subjektiven Schilderungen des Vorverurteiltseins in der Nachbarschaft sowie durch Behörden (insbesondere durch die Polizei während der Ermittlungen in einem aufsehenerregenden Mordfall, in die alle Gruppenteilnehmer einbezogen wurden) und Arbeitgeber einherging.

Die ambulante Nachsorgephase wurde außerdem mittels strukturierter Interviewleitfäden qualitativ evaluiert. Hierbei wurden sowohl die Gruppenteilnehmer als auch die beiden Anleiter (männlich und weiblich) befragt, sodass ein Vergleich zwischen Fremd- und Selbstbild der Klienten möglich wurde.



**Abb.12: Qualitative Evaluation der SKT-Nachsorge 1 (N = 10)**

Hinsichtlich der wahrgenommenen Hilfe und Anregung vs. Belastung durch die Sitzungen sowie wahrgenommenen Organisation des Angebots stimmten die Wahrnehmung der Teilnehmer und der Anleiter der Gruppe weitgehend überein. Die Anleiter zeigten sich jedoch deutlich skeptischer in der Einschätzung der spezifischen Fortschritte der Teilnehmer in den Bereichen Beruf/Ausbildung, Partnerschaft und Beziehung zum Kind/zu den Kindern. Lediglich in Bezug auf Verbesserungen im Freizeitverhalten stimmten die Angaben der Teilnehmer und der Gruppenanleiter überein. Folglich gingen auch die Urteile über das Fortbestehen der Anlassproblematik und die Zufriedenheit deutlich auseinander.



**Abb. 13: Qualitative Evaluation der SKT-Nachsorge 2 (N = 10)**

## Fazit

Zahlreiche empirische Befunde deuten darauf hin, dass einerseits familiäre und kontextuelle Zusammenhänge an der Genese von Straftaten beteiligt sind. In den Familien der Täter sind vermehrt intergenerationelle Koalitionen, Hierarchieumkehr und destruktive Kommunikationsmuster anzutreffen. Nach dem Modell der kumulativen Risiken von LÖSEL und BENDER (2003) spielen familiäre Einflüsse im Konzert der Kriminalitätsfaktoren eine entscheidende Rolle. Andererseits wirkt das Begehen von Delikten und die darauf folgenden Sanktionen auf das Beziehungsgefüge in den Familien der Täter zurück. Dies trifft unmittelbar dann in gravierender Schärfe zu, wenn das Delikt innerhalb der Familie verübt wurde, z. B. bei sexuellem Missbrauch oder häuslicher Gewalt. Doch auch bei außerfamiliären Delikten lassen sich häufig Auswirkungen auf die Familie der Täter beobachten. Daher erscheint es sachlich angezeigt, Täterbehandlung nicht nur als Individualtherapie zu planen, sondern im Beziehungskontext des Täters zu verankern.

Die täterzentrierte Behandlung konstruiert in Kooperation mit Institutionen sozialer Kontrolle häufig Zwangskontexte in Form z. B. strafbewehrter Therapieauflagen oder der gesetzlichen Therapiepflicht für bestimmte Tätergruppen. Bei fehlender

intrinsischer Motivation des Täters entsteht daraus regelmäßig ein Dilemma, das in eine Spirale fortgesetzter juristischer Sanktionierung bis hin zur nachträglichen Sicherungsverwahrung führen kann. Aus dem Blick gerät dabei rasch, dass »Behandlungsmotivation« keine Persönlichkeitseigenschaft darstellt, sondern das therapeutische Milieu charakterisiert (DAHLE 1998). Änderungen im Behandlungssetting können hier Chancen eröffnen, die bei einer allein deliktorientierten Perspektive ungenutzt bleiben würden. Angebote, die sich an Angehörige richten, sind in wesentlich größerem Ausmaß auf deren Bereitschaft zur Mitarbeit und Engagement angewiesen (»Freiwilligkeit«) – dies bedeutet aber auch, dass sie ihren Nutzen und ihre Sinnhaftigkeit unmittelbar behaupten müssen. Die Einbeziehung des jeweiligen sozialen bzw. imaginierten Umfeldes verändert grundlegend die therapeutischen Arbeitsweisen. Begriffe wie »Widerstand«, »Veränderungsresistenz«, »fehlende Compliance« u. Ä. verlieren häufig ihre Barrierewirkung oder werden vor dem Hintergrund des Beziehungsgefüges funktional verständlich.

Über klassische Paar- und Familientherapieformen hinaus haben die systemischen Familientherapien in den letzten Jahren eine Vielzahl innovativer Settings entwickelt, die auch für die Tätertherapie lohnenswert erscheinen, z. B. systemische Einzeltherapie, multisystemische Therapien, Täter-Opfer-Konfrontation. Darüber hinaus erfreut sich der systemischer Ansatz in den letzten Jahren einer soliden empirischen Fundierung durch randomisierte Wirkungsstudien, die die Effektivität systemischer Familientherapien in der Arbeit mit (vor allem jugendlichen) Straftätern und ihren Familien katamnestisch belegen und insbesondere ihre Nachhaltigkeit betonen. Insbesondere gegenüber klassischen Individual- und Gruppentherapien, z. B. kognitiv-behavioraler Provinienz, konnte die Überlegenheit multisystemischer Familientherapien sowohl hinsichtlich der Reduktion des Rückfallrisikos als auch hinsichtlich massiver Kostenersparnis durch die Vermeidung stationärer Maßnahmen nachgewiesen werden. Diese Forschungen beziehen sich vorwiegend auf den angloamerikanischen Raum, überwiegend auch in Kombination mit Suchterkrankungen. In Deutschland wird die Anwendung multisystemischer Konzepte weiterhin aufgrund fehlender Finanzierung durch das kassenärztliche System erschwert bzw. verhindert. Die aktuelle Empfehlung des »Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie«, die systemischen Therapien in das Kassensystem aufzunehmen, eröffnet die Chance, systemische Konzepte, die in Deutschland überwiegend in der (von den Kommunen finanzierten) Jugendhilfe Verbreitung gefunden haben, auch auf die Behandlung erwachsener, familiengelöster Täter fruchtbar anzuwenden. Weitere Forschungen, insbesondere mit einem methodischen Inventar, das geeignet ist, systemische Effekte abzubilden, sind wünschenswert.

## Literatur

- ASEN, E. (2002). Outcome research in family therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 230–238
- BATESON, G., JACKSON, D.D., HALEY, J., WEAKLAND, J.H. (1956). Towards a Theory of Schizophrenia, *Behavioral Science*, Vol. I, 251–264
- BORDUIN, C.M., HENGGELE, S.W., BLASKE, D.M., STEIN, R. (1990). Multisystemic treatment of adolescent sexual offenders, *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 34 (2), 105–113
- BORDUIN, C.M., MANN, B.J., CONE, L.T., HENGGELE, S.W., FUCCI, B.R., BLASKE, D.M. et al. (1995). Multisystemic treatment of serious juvenile offenders: Long-term prevention of criminality and violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 569–578
- BORDUIN, C.M., SCHAEFFER, C.M., RONIS, S.T. (2003). Multisystemic treatment of serious antisocial behavior in adolescents, in: C. ESSAU (Ed.), *Conduct and oppositional defiant disorders: Epidemiology, risk factors and treatment*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- BOSZORMENYI-NAGY, I., M. SPARK, G.M. (2001). Unsichtbare Bindungen. Die Dynamik familiärer Systeme, Klett-Cotta Stuttgart (amerikanische Ausgabe 1973)
- CRANE, R.D. (2008). The cost-effectiveness of family therapy: a summary and progress report, *Journal of Family Therapy*, 30, 399–410
- CONEN, M.-L. (2007). Nachruf Ivan Boszormenyi-Nagy, *Familiendynamik*, 32, 3, 292–293
- DAHLE, K.P. (1998). Therapiemotivation und forensische Psychotherapie, in E. WAGNER, W. WERDENICH, *Forensische Psychotherapie*, Wien: Facultas
- DAKOF, G.A., ROWE, C.L., LIDDLE, H.A., HENDERSON, C. (2003). Engaging and retaining drug abusing youth in home-based Multidimensional Family Therapy. Poster presented at the NIMH/NIDA/NIAAA Conference, »Beyond the Clinic Walls: Expanding Mental Health, Drug and Alcohol Services Research Outside the Specialty Care System« Washington, D.C.
- DEBRY, M. (2001). The FAST at the crossroads of systemic theories, in: T.M. GEHRING, M. DEBRY, P.K. SMITH (Eds.), *The Family System Test (FAST). Theory and Application*, Hove: Brunner-Routledge, p. 28–44
- EBBERS, F. (1993). Wenn ein Elternteil inhaftiert ist, in: P. KAISER (Hg.), *Psycho-Logik helfender Institutionen. Beiträge zu einer besseren Nutzerfreundlichkeit der Organisationen im Sozial- und Gesundheitswesen*, Heidelberg: Asanger, S. 49–78
- EGLE, U.T., HOFFMANN, S.O., JORASCHKY, P. (2005). Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung, Stuttgart: Schattauer, 3. Auflage
- EHEN, R., FRÜHWALD, S., GUTIERREZ, K. (1997). Verleugnung und Minimierung bei Rückfalltätern mit Sexualdelikten und deren Angehörigen, *Recht & Psychiatrie*, 15 (1), S. 20–24
- EIBEN, J. (2002). Einblicke in die Familienarbeit bei der Behandlung von jugendlichen sexuellen Miss-handlern, in: M. SCHMELZLE, U. KNÖLKER, *Therapie unter Zwang? Gruppenbehandlung jugendlicher sexueller Misshandler. Beziehungsarbeit in einem juristischen Rahmen*, Lengerich: Pabst, S. 145–159
- FRENCH, M.T., ROEBUCK, M.C., DENNIS, M., GODLEY, S., LIDDLE, H.A., TIMS, F. (2003). Out-patient marijuana treatment for adolescents: Economic evaluation of a multisite field experiment, *Evaluation Review*, 27, 421–459
- FRANKL, V. (1956). *Theorie und Therapie der Neurosen. Einführung in Logotherapie und Existenzanalyse*, München: Reinhardt
- GEHRING, T.M. (1998). FAST. Familiensystemtest, 2. erw. Auflage, Göttingen: Beltz
- GENDREAU, P., LITTLE, T., GIGGIN, C. (1996). A meta-analysis of the predictors of adult offender recidivism: What works, *Criminology*, 34, 575–607

- HALEY, J. (1980). *Leaving home*, New York: McGraw-Hill
- HALEY, J. (1981). *Ablösungsprobleme Jugendlicher*, München: Pfeiffer
- HALL, G.C.N. (1995). Sexual offender recidivism revisited: A meta-analysis of recent treatment studies, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 802–809
- HANSON, R.K., BUSSIERE, M.T. (1998). Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies, *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 66, 348–362
- HENGGELE, S.W. (1999). Multisystemic therapy: An overview of clinical procedures, outcomes and policy implications, *Child Psychology and Psychiatry Review*, 4, 2–10
- HENGGELE, S.W., CLINGEMPEEL, W.G., BRONDINO, M.J., PICKREL, S.G. (2002). Four year follow-up of multisystemic therapy with substance-abusing and substance-dependent juvenile offenders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 4, 868–874
- HENGGELE, S.W., MELTON, G.B., SMITH, L.A. (1992). Family preservation using multisystemic therapy: An effective alternative to incarcerating serious juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 953–961
- HENGGELE, S.W., ROWLAND, M.R., RANDALL, J., WARD, D., PICKREL, S.G., CUNNINGHAM, P.B. (1999). Home-based multisystemic therapy as an alternative to the hospitalization of youth in psychiatric crisis: Clinical outcomes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1331–1339
- HENGGELE, S.W., SCHOENWALD, S.K. (1998). *The MST supervisory manual: Promoting quality assurance at the clinical level*. Charleston, SC: MST Services, Inc.
- HENGGELE, S.W., SCHOENWALD, S.K., BORDUIN, C.M., ROWLAND, M.D., CUNNINGHAM, P.B. (1998). *Multisystemic treatment of antisocial behavior in children and adolescents*. New York: Guilford Press
- HENGGELE, S.W., SHEIDOW, A.J., LEE, T. (2006): Multisystemische Behandlung schwerwiegender Verhaltensprobleme bei Jugendlichen und ihren Familien, *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 27 (4), 491–514
- HENGGELE, S.W., SWENSON, C.C. (2005). Die Multisystemische Therapie, *Familiendynamik*, 30 (2), 128–144
- HERINGTON, S. (1993). Konstruktivismus und Kindesmißhandlung, *Familiendynamik*, 18, 255–263
- KIM BERG, I. (2002). *Lösungen (er-)finden. Das Werkstattbuch der lösungsorientierten Kurztherapie*, Dortmund: Modernes Lernen
- KLEMM, T. (2001), in: *Kinderschutz-Zentrum Leipzig (Hg.), Familiäre Gewalt. Familienberatung und -therapie im Schnittpunkt mit der Justiz*, Leipzig: Erata
- KLEMM, T. (2002). *Konfliktverhalten situativ. Testmappe*, Leipzig: Erata
- KLEMM, T. (2003). *Delinquenz, Haftfolgen und Therapie mit Straffälligen*, Leipzig: Erata
- KLEMM, T. (2005). *Das Leipziger Selbstkontrolltraining*, in: Nahlah SAIMEH (Hg.), *Was wirkt? Prävention – Behandlung – Rehabilitation*, Bonn: Psychiatrie-Verlag
- KLEMM, T. (2006 a). *Gewalttätige Jugendliche in der Gruppentherapie. Das Leipziger Selbstkontrolltraining*, in: K. MENNE, H. SCHILLING (Hg.), *Jahrbuch für Erziehungsberatung*, Weinheim: Juventa
- KLEMM, T. (2006 b), *Situative Persönlichkeitsdiagnostik – was leistet sie für die Therapieevaluation?*, in: Nahlah SAIMEH (Hg.), *Gesellschaft mit beschränkter Haftung*, Bonn: Psychiatrie-Verlag
- KLEMM, T., PIETRASS, M. (2007 a). *Konfliktverhalten in der Familie (KV-Fam)*, Leipzig: ERATA
- KLEMM, T. (2007 b), *Verläufe der Tätertherapie bei sexueller Kindesmisshandlung im Kontrollgruppenvergleich*, in: Nahlah SAIMEH (Hg.), *Maßregelvollzug in Zeiten ökonomischer Begrenzung*, Bonn: Psychiatrie-Verlag
- KLEMM, T. (2008). *Die systemische Zukunftsskulptur*, in: B. ECKEY, A. HAID-LOH, K. JACOB,

Jugend bewegt Beratung. Adoleszenz als Herausforderung und Chance für die Erziehungsberatung, Weinheim: Juventa

KOWALCZYK, A. (1993). Die Täter-Opfer-Konfrontation im Rahmen der systemischen Behandlung, in: G. RAMIN (Hg.), Inzest und sexueller Mißbrauch. Beratung und Therapie. Ein Handbuch, Paderborn: Junfermann, S. 91–104

LIDDLE, H.A., HOGUE, A. (2000). A family-based developmental-ecological preventive intervention for high-risk adolescent, *Journal of Marital and Family Therapy*, 26, 265–279

LIDDLE, H.A., DAKOF, G.A. (2002). A randomized controlled trial of intensive outpatient, family based therapy vs. residential drug treatment for co-morbid adolescent drug abusers, *Drug and Alcohol Dependence*, 66, S2–S202, 103

LIDDLE, H.A., DAKOF, G.A., TURNER, R.M., HENDERSON, C.E., GREENBAUM, P.E. (2008). Treating adolescent drug abuse: a randomized trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavior therapy, *Addiction*, 103 (10), p. 1660–1670

LIDDLE, H.A., ROWE, C.L., DAKOF, G.A., HENDERSON, C.E., GREENBAUM, P.E. (2009). Multi-dimensional family therapy for young adolescent substance abuse: twelve-month outcomes of a randomized controlled trial, *J Consult Clin Psychol*, 77 (1): 12–25

LIPTON, D.S., MARTINSON, R., WILKS, J. (1975). The effectiveness of correctional treatment. A survey of treatment evaluation studies, New York: Praeger

LÖSEL, F., BENDER, D. (2003). Protective factors and resilience, in: D.P. FARRINGTON, J.W. COID (eds.), *Early prevention of adult antisocial behavior*, Cambridge: University Press, pp. 130–204

LUDEWIG, K. (2000). *Das Familienbrett*. Hrsg. gemeinsam mit Ulrich WILKEN, Göttingen: Hogrefe

MADANES, C., DUKES J., HARBIN, H. (1981). Familiäre Bindungen von Heroinsüchtigen, *Familiendynamik* 1, S. 24–43

MADANES, C. (1997). *Sex, Liebe und Gewalt*, Heidelberg: Auer Systeme Verlag

MINUCHIN, S. (1983). Der Aufbau einer therapeutischen Realität, in: E. KAUFMANN, P.N. KAUFMANN (Hg.), *Familientherapie bei Alkohol- und Drogenabhängigkeit*, Freiburg: Lambertus, S. 20–41

QUINSEY, V.L., HARRIS, G.T., RICE, M.E., CORMIER, C.A. (1998). *Violent offenders: Appraising and managing risk*, Washington: APA

ROTHAUS, W., GRUBER, T. (2004). Die systemische Behandlung jugendlicher Sexualstraftäter, *Psychotherapie im Dialog*, 5 (2), S. 120–127

ROWE, C.L., LIDDLE, H.A., DAKOF, G.A., HENDERSON, C.E. (2004). Early intervention for teen substance abuse: A randomized controlled trial of Multidimensional Family Therapy with young adolescents referred for drug treatment, in: M. WHITE & M. YUCELL (Chairs), *Risky business among adolescents: Prevention and treatment*. Symposium conducted at the annual conference of the College on Problems of Drug Dependence, San Juan, Puerto Rico

SCHLIPPE, A. v., SCHWEITZER, J. (2006). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II*, 2. Auflage, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

SCHULTE D., RUDOLPH, G. (2008). Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie, Mitteilung vom 14. Dezember 2008, Berlin: Bundespsychotherapeutenkammer

SCHWEITZER, J., BEHER, S., SYDOW, K. v., RETZLAFF, R. (2007). Systemische Therapie/Familientherapie, *Psychotherapeutenjournal* 1/2007, S. 4–19

SELVINI PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCIN, G., PRATA, G. (1978). *Paradoxon und Gegenparadoxon*. Ein neues Therapiemodell für die Familie mit schizophrener Störung, 2. Auflage, Stuttgart: Klett-Cotta

SELVINI PALAZZOLI, M., BOSCOLO, C., CECCIN, G., PRATA, G. (1981). Hypothesisieren, Zirkularität, Neutralität: drei Richtlinien für den Leiter der Sitzung, *Familiendynamik*, 6, S. 123–139

SELVINI PALAZZOLI, M. (1996). *Die psychotischen Spiele in der Familie*, 2. Auflage, Stuttgart: Klett-Cotta

- DE SHAZER, S. (1992). Der Dreh. Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie, Heidelberg: Auer
- DE SHAZER, S. (1991). Das Spiel mit Unterschieden. Wie therapeutische Lösungen lösen, Heidelberg: Auer
- DE SHAZER, S. (1997). Wege der erfolgreichen Kurzzeittherapie, 6. Auflage, Stuttgart: Klett-Cotta
- SHERMAN, L.W., GOTTFREDSON, D., MACKENZIE, D.L., ECK, J., REUTER, P., BUSHWAY, S. (1997). Preventing Crime: What works, what doesn't, what's promising? A report to the United States Congress, Prepared for the National Institute of Justice Washington
- SPARRER, I., VARGA VON KIBED, M. (2000). Ganz im Gegenteil. Tretalemmaarbeit und andere Grundformen systemischer Strukturaufstellungen, Heidelberg: Auer
- SYDOW, K. v., BEHER, S., SCHWEITZER-ROTHERS, J., RETZLAFF, R. (2006). Systemische Familientherapie bei Störungen des Kindes- und Jugendalters. Eine Metainhaltsanalyse von 47 randomisierten Primaerstudien, Psychotherapeut, 51 (2), S. 107–143
- SYDOW, K. v., BEHER, S., RETZLAFF, R., SCHWEITZER, J. (2007). Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie/Familientherapie. Göttingen: Hogrefe
- WATZLAWICK, P., BEAWIN, J.H., JACKSON, D.D. (1982). Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien, 6. Auflage, Bern: Huber