

Sehr verehrte Damen und Herren,

nach den heutigen Ausführungen von Dr. Rettenberger, Frau Ramsdorf und Frau Dr. Meischner habe ich nun die Aufgabe, Ihnen über erfolgreiche Therapieverläufe in der Abteilung Sicherungsverwahrung der JVA Bautzen zu berichten.

Ich gebe zu, dass ich, als die Leiterin des Kriminologischen Dienstes des Sächsischen Justizvollzugs, Frau Hinz, mich vor ca. einem Jahr fragte, ob ich mir zum nächsten Praxisforum einen Redebeitrag unter dieser Überschrift vorstellen könnte, zunächst an eine Fangfrage dachte.

Erfolgreiche Behandlungsverläufe?

In der Sicherungsverwahrung?

Gäbe etwa meine Antwort auf diese Anfrage Auskunft darüber, ob und wie stark ich unter bei Psychotherapeuten ja gelegentlich vermuteten Allmacht- oder Errettungsphantasien, unter Hybris leide?

Oder könnte es sein, dass der mit Qualitätssicherung für die Behandlung in der Sicherungsverwahrung beauftragte Krim-Dienst mit diesem Ansinnen indirekt prüfen will, inwieweit ich selbst die Qualität meines bisherigen therapeutischen Handelns kritisch oder eben unkritisch betrachte?

Oder noch besser: ist dies etwa ein diskret versteckter Hinweis auf die vom Kriminologischen Dienst bei mir als Therapeuten gesehene Notwendigkeit, stärker als bisher konkrete Erfolgskriterien als Maßstab für meine Auswahl und

Umsetzung bestimmter Behandlungsmethoden in meinem therapeutischen Handeln heranzuziehen?

Ich arbeite inzwischen fast 15 Jahre als Psychologe in Institutionen, in denen straffällige Menschen behandelt werden und ganz offenbar ist diese Berufstätigkeit mit spezifischen Langzeitrissen verbunden; dazu zählt wohl leider unzweifelhaft auch die zunehmende Tendenz zu paranoider Verarbeitung sozialer Interaktion.

Wieso also gerade ich? Eine kurze Bestandsaufnahme der bisherigen Behandlungsverläufe meiner Untergebrachten ließ mich etwas ratlos zurück. Was könnte ich über diese Verläufe sagen, was vor einer Schar von Experten als Erfolg zu werten wäre?

Diese Frage führte im Verlauf zu weiteren, ihrer Natur nach eher grundsätzlichen Fragen.

Was heißt eigentlich Erfolg in der Behandlung von Hochrisikotätern in unserer Sicherungsverwahrung?

Ist denn die zu erfüllende Eingangsvoraussetzung für die Unterbringung in der SV, nämlich dass über lange Zeiträume der Biografie hinweg alle Versuche der Intervention zur Korrektur des „Hangs zu schweren Straftaten“ bei den nun anwesenden Untergebrachten gescheitert waren und die nun per Gesetz an die SV erhobene Forderung, jetzt **individuell** und **intensiv** Therapie zu betreiben (also mehr desselben, das ja offensichtlich bisher gerade keine Veränderung bewirkt hatte) nicht ein Widerspruch, ein Paradoxon erster Güte? Ist Behandlung in der Sicherungsverwahrung ein vorprogrammierter Misserfolg?

Und: warum eigentlich hatte ich mir diese Fragen nicht beantwortet, bevor ich mich vor zwei Jahren auf eine Stelle in der SV beworben hatte?

Jedenfalls entschied ich mich, den Vortrag zu versuchen, weshalb ich also jetzt vor Ihnen stehe. Erleichtert hat mir diese Entscheidung der Umstand, dass es aller Ehren wert ist, die fleißigen Organisatorinnen und Organisatoren bei der Durchführung dieses Praxisforums zu unterstützen, an dieser Stelle von ganzem Herzen danke schön und große Anerkennung für die neben allen täglichen Dienstaufgaben (von denen es ja immer mehr gibt) von Ihnen hierfür geleistete Arbeit.

Es erwartet Sie kein Vortrag über nach wissenschaftlichen Kriterien erhobene Daten nebst methodisch durchgeführter quantitativer Analyse derselben, keine bahnbrechenden empirischen Erkenntnisse zur Frage „what works – if anything?“.

Was ich versuchen möchte, ist Ihnen aus meiner Perspektive zu schildern, welche Herausforderungen sich bei der Beantwortung der zunächst einfach klingenden Frage „Was ist ein erfolgreicher Therapieverlauf in der SV und warum?“ in den Weg stellen.

Dabei möchte ich zuerst auf einige Grundbedingungen der Behandlung in der Sicherungsverwahrung zurückkommen, die in diesem Setting unausweichlich und daher für die Beantwortung unserer Frage zu betrachten sind.

Danach möchte ich ihren Blick auf die unterschiedlichen Perspektiven der Bewertung von Behandlungserfolg richten

und Ihnen zum Schluss anhand einzelner ausgewählter Anekdoten Anregungen für eine eventuelle nachfolgende Diskussion mit auf den Weg geben.

## **Grundbedingungen der Behandlung in der Sicherungsverwahrung**

Die Untergebrachten

Eingangshürden, die überwunden werden, wenn:

1. jemand **zu Freiheitsstrafe von mindestens zwei Jahren** wegen einer vorsätzlichen Straftat verurteilt wird, die a) sich gegen das Leben, die körperliche Unversehrtheit, die persönliche Freiheit oder die sexuelle Selbstbestimmung richtet, ...verurteilt wurde,
2. der Täter wegen Straftaten der in Nummer 1 genannten Art, die er vor der neuen Tat begangen hat, **schon zweimal jeweils zu einer Freiheitsstrafe von mindestens einem Jahr** verurteilt worden ist
3. er **wegen einer oder mehrerer dieser Taten vor der neuen Tat für die Zeit von mindestens zwei Jahren Freiheitsstrafe verbüßt** oder sich im Vollzug einer freiheitsentziehenden Maßregel der Besserung und Sicherung befunden hat **und**
4. die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Taten ergibt, dass er **infolge eines Hanges zu erheblichen Straftaten**, namentlich zu solchen, durch welche die

Opfer seelisch oder körperlich schwer geschädigt werden, zum Zeitpunkt der Verurteilung für die Allgemeinheit **gefährlich ist**.

Unsere Klienten haben diesen Hürdenlauf gewonnen. Frau Dr. Meischner hatte 2015 an dieser Stelle über die

**besonderen Merkmale der Untergebrachten der Sicherungsverwahrung in Sachsen**

berichtet, die mutmaßlich dafür ursächlich verantwortlich sind. Aus meiner Sicht hervorzuheben sind für unsere Frage dabei die folgenden:

- weit über die Hälfte unserer Klienten hat bereits im Kindes- und Jugendalter viel Lebenszeit in geschlossenen Einrichtungen wie Kinderheim oder Jugendwerkhof verbracht
- das bedeutet, die allermeisten dieser Personen weisen mindestens Anzeichen für eine reaktive Bindungsstörung in der Biografie auf; oft genug sind auch Hinweise auf traumatische Ereignisse, mindestens aber auf kindliche Lebenslagen, die als „childhood developmental trauma“ zu charakterisieren sind, vorhanden
- zusätzlich hat mehr als die Hälfte der Klienten während seines erwachsenen Lebens mehr Lebenszeit innerhalb freiheitsentziehender Institutionen als außerhalb verbracht, die Lebenszeitanteile variieren bei dieser Hälfte unserer Klienten zwischen 60 und 80% – wie gesagt, die Aufenthalte zuvor sind dabei noch nicht mitgezählt – zählt man sie mit, kommen z.B. bei einem meiner Klienten 34 von 40 Jahren zusammen, das sind

85% der Gesamtbiografie, ein Wert, der im Wettbewerb um die Krone der Hospitalisierung sicher olympisches Niveau erreicht

- damit einher geht unserer Erfahrung nach eine lange, eben gerade nicht erfolgreiche, oft diskontinuierliche und mit mehrfachen Therapeutenwechseln belastete Behandlungsgeschichte in den vorangegangenen Haft- und/oder Unterbringungszeiten, deren erhebliche behandlungsprognostische Bedeutung im Hinblick auf den jetzt in der SV anzustrebenden Therapieerfolg meiner Meinung nach häufig unterschätzt wird.
- Entsprechend lang sind die Listen des Bundeszentralregisterauszuges unserer Klienten; drei oder mehr einschlägige Vorverurteilungen weisen mehr als die Hälfte unserer Klienten auf, die Spitzenreiter weisen sogar zweistellige Werte auf.
- Zudem: unsere Probanden sind trotz der nicht vorliegenden Voraussetzungen für die §§ 63 und 64 StGB psychopathologisch recht auffällig:
  - 3 von 4 haben ein diagnostiziertes Suchtproblem,
  - jeder mindestens eine stark akzentuierte oder gar gestörte Persönlichkeit, vor allem dissozialer, paranoider oder narzisstischer Provenienz – so zu entnehmen den Daten aus dem Vortrag von Frau Dr. Meischner im Jahr 2015.
  - gestattet sei mir, die persönliche Beobachtung anzumerken, dass sich die Situation seit 2015 nicht verbessert hat, im Gegenteil, meine Kollegen und Kolleginnen und auch ich sind immer wieder erstaunt ob der Vielfältigkeit, Resistenz und

Permanenz psychopathologischer Auffälligkeiten; gelegentlich lachen wir aus Gründen der Psychohygiene darüber, oft wird allerdings auch die Okulomotorik durch kreisförmige Augenbewegungen arg strapaziert, vlt. können irgendwann Augenprobleme aus diesem Grund als Berufserkrankung von in der Sicherungsverwahrung Beschäftigten anerkannt werden

### **Und das Behandlungssetting?**

Nun werden diese sorgfältig ausgewählten Klienten in ihrer psychopathologisch-kriminogenen - schillernden Gesamterscheinung alle gemeinsam in einem – wenn auch schön gestalteten- Gebäude untergebracht, wo sie miteinander ihr Leben, ihren Alltag verbringen. Dazu gibt es Wohngruppen, vielerlei Freizeitgruppenaktivitäten, Gemeinschaftsküchen und dergleichen mehr.

Bei allem Bemühen um fortschrittliche Behandlung, können wir jedoch nicht vermeiden, dass Untergebrachte den größten Teil ihres Aufenthaltes bei uns (meine Schätzungen bewegen sich zwischen 85 – 100% der Tageszeit) entweder mit sich selbst oder in Interaktionen mit ebenso gestörten, hospitalisierten und kriminogen belasteten Personen wie sie selbst es sind verbringen. Korrigierende Beziehungserfahrungen – eine Basisingredienz von Veränderung bei der Therapie von Persönlichkeitsstörungen sind damit zumindest erschwert, um es mal vorsichtig zu formulieren. Ich möchte dies ausdrücklich nicht kritisieren – für diese Art der Unterbringung gibt es sicher gute Gründe -,

sondern nur als Grundbedingung unserer Behandlungsarbeit an dieser Stelle festhalten.

Zum Behandlungssetting gehört auch der gesellschaftspolitische Rahmen, in dem wir uns alle in der Sicherungsverwahrung bewegen. Für das Gelingen bzw. Scheitern der Bemühungen zur Risikominderung müssen sich irgendwann Menschen verantworten, ebenso wie für den dabei erforderlichen Ressourceneinsatz oder ggfs. daraus entstehende rechtliche Probleme. Ohne dies – mit Rücksicht auf die zur Verfügung stehende Zeit - näher auszuführen, kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass dieses gesellschaftspolitische Umfeld recht konkrete Auswirkungen auf die Behandlung von Hochrisikotätern in der Sicherungsverwahrung haben kann und auch bereits hatte.

Was bedeutet dies alles für die Behandlung von Hochrisikotätern?

Ist es möglich, unter den gegebenen Voraussetzungen mit Erfolg zu behandeln?

Das kommt darauf an, von welcher Perspektive aus Erfolg definiert wird.

**Unterschiedliche Perspektiven auf den Erfolg einer Behandlung in der Sicherungsverwahrung** lassen sich nun recht schnell in großer Zahl identifizieren (ohne Anspruch auf Vollständigkeit):

- Das Behandlungsteam (alle die in der SV arbeiten)
- die Behandler im engeren Sinn: Psychotherapeuten/Sozialpädagogen/Kunsttherapeuten
- externe Gutachter

- die Strafvollstreckungskammer
- die Kriminologie als Wissenschaft
- der Kriminologische Dienst als Fachaufsicht
- der Steuerzahler/Bürger
- das/die Opfer der Anlasstat
- und natürlich auch der Untergebrachte selbst.

Auch wenn es zunächst trivial erscheinen mag, ist es mir sehr wichtig, auf die Unterschiedlichkeit dieser Betrachtungsperspektiven hinzuweisen. Ich habe den Eindruck, dass diese Unterschiedlichkeit häufig vergessen wird, was die Verständigung über den Erfolg oder Nichterfolg von Therapie in der Sicherungsverwahrung enorm erschweren kann.

In der Evaluationsforschung werden bei der Betrachtung von Behandlungserfolg folgende Ebenen unterschieden:

- Ergebnis oder Outcome: klar definierte Zielzustände werden hinsichtlich ihres Erreichungsgrades (Erfolg) qualitativ oder quantitativ bewertet
- Prozess: der Verlauf von Programmen/Interventionen /Behandlung wird hinsichtlich seiner Charakteristika bewertet
- Prozess und Ergebnis werden aufeinander bezogen betrachtet, dies scheint – aus offensichtlichen Gründen - inzwischen der „Königsweg“ in der Evaluationsforschung zu sein.

Versuchen wir eine Zuordnung der Perspektiven: wer betrachtet bei unserer Frage maßgeblich das erzielte Ergebnis zu einem festgelegten Zeitpunkt, das Outcome:

- Das Behandlungsteam: zur Vollzugsplankonferenz als Erreichungsgrad festgelegter Behandlungsziele.
- Der Gutachter: als Einschätzung des postdeliktischen Verlaufs der Persönlichkeitsentwicklung und der in einer mehrstündigen Begutachtung sichtbaren bzw. messbaren Veränderungen seit der letzten gutachterlichen Beurteilung.
- Die Strafvollstreckungskammer: als Rezipient der gesammelten Outcome-Einschätzungen bei der Anhörung mit dem Ziel, das Vorliegen der Voraussetzungen für die Beendigung oder Fortdauer der Unterbringung zu prüfen.
- Die Kriminologie als empirische Wissenschaft: in Form aggregierter Daten zur Rückfallquote entlassener Untergebrachter über festgelegte Katamnesezeiträume (5 Jahre? 10 Jahre? „Zukünftig ein Leben in sozialer Verantwortung ohne Straftaten....“).
- Der Bürger: im Falle einschlägiger Rückfälligkeit entlassener Sicherungsverwahrter, von der er in der Presse erfährt und dann häufig als Beweis für die Verschwendung der eingesetzten Steuermittel und die als unverantwortlich empfundene Neigung der politisch Verantwortlichen zu Experimenten an der Sicherheit der Bevölkerung aufgrund unbewiesener Annahmen über die angebliche therapeutische Erreichbarkeit von Sicherungsverwahrten bewertet.

Und wer betrachtet hinsichtlich des Therapieerfolgs eher den Prozess und dessen Charakteristika:

- die Psychotherapeuten/Sozialpädagogen/Kunsttherapeuten
- der Kriminologische Dienst als Fachaufsicht der Sicherungsverwahrung

Dies kann auch nicht anders sein: die Behandler sind schließlich mit der Prozessteuerung des Behandlungsprozesses beauftragt, die Fachaufsicht legt dafür die notwendigen Qualitätskriterien und -prozeduren fest und fordert deren Einhaltung ein.

Und den Königsweg der Evaluationsforschung beschreibt

- Die wissenschaftliche Kriminologie in Form von Wirkungsforschung und/oder Programm-evaluationsstudien, bei denen Prozesscharakteristika mit der Erreichung operationalisierter Ziele im direkten funktionalen Zusammenhang betrachtet werden

Diese Perspektivunterschiede führen folgerichtig zu unterschiedlichen Definitionen von Behandlungserfolg. Dafür ein paar Beispiele:

Während ein Gutachter im Gespräch und Aktenstudium vielleicht Hinweise für das Vorliegen und Ausmaß dissozialer Persönlichkeitsmerkmale abprüft und deren Vorliegen zum Zeitpunkt X im Ergebnis bejaht oder verneint, betrachtet die behandelnde Psychotherapeutin vielleicht die minimalen Veränderungen im Kontaktverhalten desselben Untergebrachten über mehrere Monate und versucht diesen gerade anlaufenden Veränderungsprozess zu unterstützen. Es

mag für die Beantwortung der Fragestellung des Gutachters wenig relevant erscheinen, im Behandlungsprozess ist es aber unter Umständen von erheblicher Bedeutung, wenn ein Untergebrachter z.B. nach monatelanger Ignoranz irgendwann beginnt, auf das ihm regelmäßig entgegen gebrachte „Guten Tag“ mit „Tach“ zu antworten.

Bei einem Untergebrachten, der schon 15 Jahre in Haft bzw. Sicherungsverwahrung wegen eines Sexualdelikts verbüßt hatte, bevor ich mit ihm begann zu arbeiten, ließen sich die mikroskopischen Fortschritte im Behandlungsprozess z.B. daran feststellen, dass die Dauer der lautstarken Erregungszustände, die aufgrund seiner ausgeprägten zwanghaften Persönlichkeitsstörung im Einzelgespräch unausweichlich gelegentlich auftraten, sich zunächst unmerklich verringerte; irgendwann auf ein Maß, an dem es ihm selbst nicht mehr lohnenswert erschien, wegen seines Ausbruchs erst mein Zimmer zu verlassen, um dann später wieder den langen Weg zu meinem Büro antreten zu müssen. Hinzu kamen auch qualitative Veränderungen: das ursprünglich mit wutverzerrter Miene vorgetragene Gebrüll wandelte sich zu einer Missstände anklagenden Haltung, die gelegentlich sogar teilweise sachlich begründet war. Die anfänglich vorgetragenen Schimpfwörter wechselten von Tiernamen hin zu überaus farbigen Beschreibungen von ihm empfundener fachlicher Inkompetenz des zuständigen Psychologen, also mir.

Aus der Outcome- Perspektive betrachtet sind solche geringen Veränderungen wenig relevant. Der Untergebrachte ist immer noch hochgefährlich, oder besser gesagt: wie

gefährlich er tatsächlich noch ist, weiß der Psychologe nicht. Einblicke in das Innenleben der tatrelevanten Motivdynamik sind rar und sehr schwer möglich, da der Betreffende diesen Erlebensbereich entweder misstrauisch abschirmt oder aber den Kontakt dazu verloren bzw. noch gar nicht gefunden hat. Er leugnet nach wie vor die ihm zur Last gelegte Anlasstat und sieht sich als Opfer einer Justizverschwörung. Die statischen Risikofaktoren weisen ihn als außerordentlich rückfallgefährdeten Sexualtäter aus, mit einer Biografie, die in der DDR im Kinderheim schon als Säugling begann und über Jugendwerkhöfe und mehrere Haftaufenthalte letztlich in der Sicherungsverwahrung endete. Zu den von verschiedenen Gutachtern vergebenen Diagnosen der Dissozialen und narzisstischen Persönlichkeitsstörung kam jetzt noch die Diagnose einer seit Jahrzehnten bestehenden Zwanghaften Persönlichkeitsstörung sowie einer posttraumatischen Belastungsstörung, die der Betreffende im Kindesalter in einem DDR-Kinderheim aufgrund von Misshandlungen erlitten hatte und die sich sofort mit erheblichen Symptomen meldete, sobald die Erinnerungen an diese Zeit adressiert wurden.

Es benötigte ein Jahr des Bemühens, Zurückweisungen und Abwertungen Aushaltens, Kontakt Anbietens, um diese minimalen Veränderungen überhaupt zu registrieren. Ist damit ein erfolgreicher oder gescheiterter Behandlungsverlauf beschrieben?

Mir fällt es schwer, diese Frage eindeutig zu beantworten. War meine psychotherapeutische Arbeit erfolgreich, wenn dieser Untergebrachte trotz aller regelmäßigen

Ankündigungen, jetzt alles hinzuschmeißen verbunden mit der an mich gerichteten Aufforderung, meine Aufmerksamkeit zukünftig einer ganz bestimmten Stelle seines verlängerten Rückens zuzuwenden, letztlich doch immer wieder zum Gespräch kam, sich zwar nie entschuldigte, aber immerhin versöhnliche Töne anschlug? Ist es ein Erfolg, dass die Gesprächstermine ihm im Verlauf offenbar so wichtig erschienen, dass für dienstbedingte Terminausfälle meinerseits immer ein Ersatz gefunden werden musste? Ist es aus Outcome-Perspektive relevant, dass wir in den Gesprächen häufig über seinen Lebenswunsch, vietnamesischer Staatsbürger zu werden sprachen, über die Beweggründe und Hoffnungen, die damit verknüpft waren? Eher nicht. Aus der Perspektive des Behandlungsprozesses aber doch.

Welche Outcome-Erwartungen können wir realistisch an einen Behandlungsprozess stellen, der mit der beschriebenen Biografie und den seit Jahrzehnten chronifizierten und verhärteten Deformierungen in der Persönlichkeitsstruktur unter den von mir zu Beginn geschilderten Rahmenbedingungen im sechsten Lebensjahrzehnt des Probanden beginnt?

Es können nur kleine Schritte sein, die innerhalb eng begrenzter individueller und auch eng begrenzter institutioneller Spielräume unternommen werden können. Es braucht Zeit, Geduld, Ausdauer, Erfahrung und Fachwissen, um diese kleinen Entwicklungen zu bemerken und zu befördern und eine gehörige Portion Humor, um dabei nicht

die Lust an dieser Arbeit und nachfolgend die eigene Gesundheit aufs Spiel zu setzen.

Betrachtet man die Ergebnisse der Wirkungsforschung allgemeiner Psychotherapie, stellen sich (nach Orlinsky, Ronnestad und Willutzki, 2012) folgende allgemeine Wirkfaktoren für den Erfolg einer psychotherapeutischen Behandlung als maßgeblich heraus: der Organisatorische Aspekt der Therapie: der therapeutische Vertrag definiert den grundlegenden Rahmen, in dem Therapie vollzogen wird. Günstig für Therapieerfolg sind dabei: Übereinstimmung zwischen Therapeut und Patient in den Therapiezielen und Klarheit hinsichtlich der Erwartungen, Vorbereitung des Patienten, Mitarbeit des Patienten, Eignung des Patienten für die Behandlungsform, Qualifikation des Therapeuten

1. Technischer Aspekt der Therapie: alle Variablen, die ein positives Therapieergebnis befördern, darunter insbesondere der Fokus auf relevante Lebensprobleme und Kernbeziehungen des Patienten, die Abstimmung der Interventionen auf die Kernprobleme und auf die affektiven Reaktionen des Patienten (Therapeutenresponsivität), Kooperation des Patienten und möglichst positive affektive Reaktionen auf die unternommenen Interventionen.
2. Die Qualität der Therapeutischen Beziehung: empirisch bisher am stärksten nachgewiesene Prädiktor für Therapieerfolg (über 1000 entsprechende Outcome-Evaluationsstudien). Laut Klaus Grawe (Grawe et. al,

1994) ist die Therapiebeziehung wichtig, weil Psychotherapie sich immer in zwischenmenschlichen Beziehungen abspielt und viele psychische Erkrankungen als Beziehungsstörungen aufgefasst werden können.

3. Interpersonaler Aspekt der Therapie: starke positive Belege gibt es für den Zusammenhang zwischen Outcome und Offenheit des Patienten und der Authentizität des Therapeuten
4. Veränderungen während der Sitzung: es gibt einen konsistenten Zusammenhang zwischen positiven Outcome und als positiv erlebten Veränderungen des Patienten während der Sitzungen
5. Sequentielle Muster: zahlreiche Befunde deuten darauf hin, dass eine längere Behandlungsdauer mit einem positiveren Outcome korreliert oder anders ausgedrückt, gut funktionierende Psychotherapie funktioniert immer besser, je länger sie andauert. Das trifft auf schlecht funktionierende Psychotherapie leider so nicht zu.

Sind diese Wirkfaktoren so in der Behandlung von Hochrisikotätern umsetzbar?

Ja sind sie, unter besonders günstigen Umständen.

Ein Untergebrachter, ebenfalls wegen eines Sexualdelikts verurteilt, nimmt sofort mit mir Kontakt auf, als ich 2015 in der SV meine Arbeitsstelle antrete. Schnell stellt sich in den Gesprächen heraus, dass sowohl das Anlassdelikt als auch die einschlägigen Vordelikte eine pädosexuelle Präferenz

nahelegen, die aber aus unbekanntem Gründen bisher weder von Gutachtern noch von vormaligen Behandlern festgestellt, geschweige denn adressiert wurde. In der vorangegangenen Sozialtherapie hatte der Proband alle angebotenen Behandlungsgruppen und etliche Einzelgespräche „**erfolgreich**“ absolviert, allerdings offenbar ohne jemals über seine pädosexuelle Präferenz sprechen zu müssen.

Der Untergebrachte selbst weist zu Beginn eine Pädophilie weit von sich, die bei ihm im Zimmer aufgefundenen Speichermedien mit expliziten Inhalten sprechen eine deutlich andere Sprache.

Im Verlauf der nächsten Monate kann mit ihm eine Sexualanamnese erarbeitet werden, wir besprechen die Besonderheiten der Opferauswahl seiner Delikte, in eingesetzten diagnostischen Fragebogen zeigen sich deutliche Hinweise auf eine sexuelle Präferenz kindlicher Körpermerkmale.

Der Untergebrachte selbst erarbeitet sich in den Einzelgesprächen die Kriterien einer Pädophilie und stellt fest, dass er sie erfüllt. Alle. Wir besprechen und vereinbaren realistische Therapieziele, es entwickelt sich ein stabiles Vertrauensverhältnis, dass auch die sich zeitweise einstellende depressive Verstimmung und die damit einhergehenden Probleme in der Behandlungcompliance unbeschadet überdauert.

Von besonderer Bedeutung erweist sich die Verdeutlichung meiner therapeutischen Haltung zur Diagnose Pädophilie: die eigene sexuelle Präferenz ist nicht gewählt, daher auch nicht

schuldhaft. Sie ist aus meiner Sicht nicht einmal eine Krankheit und wird daher auch nicht behandelt. Behandelt wird die mangelnde Fähigkeit, mit dieser Präferenz straffrei zu leben, denn ausschließlich dafür wurde er – völlig zu Recht – strafrechtlich sanktioniert.

Damit öffnet sich der bisher enge Horizont für den Untergebrachten, er verlässt die passiv erduldende Haltung des unveränderbaren Straftäters und beginnt, die Herausforderung eines Lebens mit dauerhafter Einschränkung seiner primär empfundenen sexuellen Bedürfnisse durch eigene Kontrolle auch als Herausforderung zu verstehen und anzunehmen.

An diesem Punkt steht der Proband heute, er wartet auf die Gelegenheit, seine bisherig entwickelten Strategien und Erkenntnisse in Lockerungen zu erproben. Die Pläne richten sich in die Zukunft, offener Vollzug, eine Ausbildung, Übergang in ein betreutes Wohnen...

Handelt es sich hier möglicher Weise um einen erfolgreichen Behandlungsverlauf? Ich bin vorsichtig optimistisch.

Aber: so sehr dieser Verlauf auch bisher als erfolgreich erscheinen mag, so untypisch ist er doch für die Mehrzahl der Behandlungsverläufe in unserer Abteilung. Und aus der reinen Outcome-Perspektive betrachtet, sieht alles nicht so rosig aus. Das Rückfallrisiko ist nach wie vor hoch, den statischen Risikofaktoren sei Dank. Bisher ist alles Erarbeitete graue Theorie, die Bewährung in Ausgängen und im offenen Vollzug steht aus. Es gibt Begrenzungen der Reflexionsfähigkeit, die gelegentlich für riskantes Verhalten

des Untergebrachten sorgen. Die Legalbewährung wird sich erst nach der Entlassung zeigen, die Wissenschaft Kriminologie wartet da erstmal geduldig ab.

Eine Frage beschäftigt mich an diesem Fall besonders: was wäre wohl gewesen, wäre die eigentlich für jeden Sachkundigen offensichtliche Paraphilie früher adressiert worden? Hätte die tatsächliche Vollstreckung der Anordnung der Sicherungsverwahrung dann vermieden werden können? Der bisher recht unkomplizierte Behandlungsverlauf im hiesigen Setting gibt Anlass zu Spekulationen darüber. Möglicherweise handelt es sich hierbei also um einen Sonderfall, der sich für die Illustration typischer Behandlungsverläufe in der Sicherungsverwahrung nur bedingt eignet.

Zuletzt: ich habe, um die bisher nicht berücksichtigte Perspektive der Untergebrachten zu illustrieren, einige der mir zugeordneten Untergebrachten befragt, was ich aus ihrer Sicht heute hier über „Erfolgreiche Therapieverläufe“ erzählen sollte. Konkret habe ich gefragt:

Was ist passiert, wenn ihre Behandlung hier erfolgreich verlaufen ist?

Was hat dabei förderlich, was hat dabei hinderlich gewirkt?

Die Antworten möchte ich Ihnen auf keinen Fall vorenthalten, daher eine kleine Auswahl:

## UG 1

In einem erfolgreichen Behandlungsverlauf habe ich mich selber kennen gelernt und ein besseres Verständnis für mich entwickelt, also allgemein und dann aber auch, was das Delikt betrifft. Ich muss innerlich gewachsen sein, gereift. Das braucht aber extrem viel Zeit. Sowas dauert einfach lange, wenn man so kaputt war. Ich muss gelernt haben, mein eigenes Ich zu akzeptieren, auch den Anteil, der das Delikt begangen hat. Gerade den. Ich muss die Kontrolle über die bestehenden Risikosituationen und über diesen Anteil in mir haben und mich dabei auch sicher fühlen, dass ich das im Griff habe. Das geht aber nur, wenn ich einen geschützten Raum habe, in dem ich diesen Anteil besprechen kann. Ich brauche dazu jemanden, der ein Interesse an mir hat und auch daran, dass ich weitermache. Hinderlich ist die ewige Monotonie im Kontakt mit den anderen UG, ich habe die so satt. Es kostet mich unheimlich viel Kraft, mein Leben hier zu managen, mich mit den anderen abzugeben, Tag für Tag. Wissen Sie, wenn ich hier bei Ihnen aus dem Zimmer rausgehe, muss ich ein komplett anderer Mensch werden, als ich hier drin bin. Jedes Mal. Das ist extrem anstrengend.

## UG 2

In einer erfolgreichen Behandlung muss ein Vertrauensverhältnis da sein. Ehrlichkeit ist da extrem wichtig. Sag was Du denkst und tu was Du sagst. Ich brauche Rückmeldungen, egal welche Richtung. Positive, damit ich weiß, was richtig ist und negative, damit ich weiß, was ich

lassen muss. Ich muss eine Veränderung in mir bemerken, sonst war das kein Erfolg mit der Therapie. Ich merke z.B., dass ich eher zuhöre, mehr Kompromisse eingehe. Früher hätte ich einfach bei Streit eine verballert, heute lasse ich das lieber. Ich habe keinen Bock mehr darauf. Ich will nicht mehr so über andere richten, ich bin müde geworden. Dieses Leben ist anstrengend, wenn man immer gleich auf 180 ist. Man braucht ein Ziel, für das es sich lohnt, etwas anzufangen und auch durchzuhalten. Die sind hier schwer zu finden, aber ohne geht es nicht. Ich will hier drin nicht verrecken, das ist mein Ziel.

### UG 3

Erfolgreich war eine Behandlung, wenn ich meine früheren Machtansprüche loslassen kann. Ich brauche dann weniger Schubladen, in die ich meine Umgebung einsortiere. Ich bin weniger impulsiv, kann mehr und besser über mich nachdenken. Ich habe dann verstanden, dass ich nichts beweisen muss, um als Mensch für andere okay zu sein. Was ich bisher extrem hinderlich fand, sind die andauernden Wechsel der Therapeuten, sie sind mein 6. Therapeut seit meiner Inhaftierung. Zu viele Therapeuten, zu viele unterschiedliche Sichtweisen auf meine Probleme, meistens sogar widersprüchliche. Ich habe alles schon gesehen und gehört, was Knastpsychologen so zu sagen haben. Ich habe in jeder Gruppe gesessen, die es im Knast gibt. Mein Therapiebuch ist voll davon. Das meiste hat mir nicht geholfen. Geholfen hat mir eher, dass ich zu einzelnen Leuten Vertrauen aufbauen konnte. Man braucht Vertrauensleute in diesem System, sonst kann man hier keine Veränderung

hinkriegen. Und man braucht einen Willen zur Veränderung bei sich selbst. Das ist schwer, weil es viel einfacher ist, die anderen verantwortlich für den eigenen Misserfolg zu machen.

Und damit endet mein Vortrag. Ich ahne, dass ich Sie mit der enttäuschten Hoffnung zurücklasse, das Geheimnis erfolgreicher Therapieverläufe in der Sicherungsverwahrung zu lüften. Das tut mir aufrichtig leid.

Aber das war wohl unvermeidlich.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit und Geduld.