
**Inauguraldissertation
zur Erlangung des akademischen Doktorgrades (Dr. phil.)
im Fach Psychologie
an der Fakultät für Verhaltens- und
Empirische Kulturwissenschaften
der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg**

Titel der Dissertation
Psychotherapie im Strafvollzug
Eine Evaluation der Wirksamkeit von Behandlungsprogrammen für
Gewalt -, Sexual - und junge Straftäter in baden-württembergischen
Justizvollzugsanstalten

vorgelegt von
Anna Sophia Wagner

Jahr der Einreichung
2015

Dekan: Prof. Dr. Klaus Fiedler
Berater: Prof. Dr. Peter Fiedler, Prof. Dr. Dieter Dölling

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	6
Einleitung - Die Behandlung von Gewalttätern	7
1 Theoretische Grundlagen.....	9
1.1 Bedingungen gewalttätiger Delinquenz	9
1.2 Therapie von Gewalttätern im Strafvollzug	12
1.3 Behandlungsprogramme	14
1.3.1 Behandlungsabteilung der JVA Adelsheim.....	14
1.3.2 Behandlungsabteilung der JVA Bruchsal.....	14
1.3.3 Behandlungsabteilung der JVA Offenburg	15
1.3.4 Behandlungsabteilung der JVA Heilbronn.....	16
1.3.5 Behandlungsabteilung der JVA Heimsheim	17
1.3.6 Behandlungsabteilung der JVA Mannheim.....	17
1.4 Untersuchte Konstrukte	18
1.4.1 Aggressivität und Delinquenz	20
1.4.2 Seelische Gesundheit und Delinquenz	22
1.4.3 Empathie und Delinquenz	24
1.4.4 Impulskontrolle und Delinquenz	27
1.4.5 Soziale Kompetenz und Jugenddelinquenz	29
1.5 Stand der Forschung	33
1.6 Ziel, Fragestellung und Hypothesen	36
2 Methoden.....	39
2.1 Durchführung der Untersuchung und verwendete Messinstrumente	39
2.2 Beschreibung der verwendeten Instrumente.....	41
2.2.1 Basisdokumentation (BADO)	41
2.2.2 Intelligenz-Struktur-Tests 2000 R	41
2.2.3 Feedbackbogen	42
2.2.4 Unsicherheits-Fragebogen.....	43
2.2.5 Problemfragebogen.....	44
2.2.6 IE-SV-F	44
2.2.7 Kurzfragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren	45
2.2.8 Opferempathie-Fragebogen	46
2.2.9 Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen	46

2.2.10	Trierer Persönlichkeitsfragebogen.....	47
2.2.11	Strukturiertes klinisches Interview für Persönlichkeitsstörungen	48
2.3	Auswertung der Daten und verwendete statistische Verfahren.....	49
3	Ergebnisse.....	51
3.1	Stichprobenbeschreibung.....	51
3.2	Intelligenzstrukturtest	64
3.3	Ergebnisse der JVA Adelsheim	64
3.3.1.	Problembelastung (JVA Adelsheim).....	65
3.1.2	Soziale Unsicherheit (JVA Adelsheim).....	66
3.1.3	Attributionsstile (JVA Adelsheim).....	67
3.2	Ergebnisse der JVA Bruchsal	69
3.2.1	Aggressivität (JVA Bruchsal).....	69
3.2.2	Empathie (JVA Bruchsal).....	70
3.2.3	Seelische Gesundheit (JVA Bruchsal).....	71
3.2.4	Verhaltenskontrolle (JVA Bruchsal)	72
3.3	Ergebnisse der JVA Heilbronn	73
3.3.1	Aggressivität (JVA Heilbronn).....	73
3.3.2	Empathie (JVA Heilbronn).....	74
3.3.3	Seelische Gesundheit (JVA Heilbronn).....	76
3.3.4	Verhaltenskontrolle (JVA Heilbronn)	77
3.4	Ergebnisse der JVA Heimsheim.....	77
3.4.1	Aggressivität (JVA Heimsheim)	77
3.4.2	Empathie (JVA Heimsheim)	78
3.4.3	Seelische Gesundheit (JVA Heimsheim)	79
3.4.4	Verhaltenskontrolle (JVA Heimsheim).....	80
3.5.1	Aggressivität (JVA Mannheim).....	81
3.5.2	Empathie (JVA Mannheim).....	83
3.5.3	Seelische Gesundheit (JVA Mannheim).....	85
3.5.4	Verhaltenskontrolle (JVA Mannheim)	87
3.6	Ergebnisse der JVA Offenburg.....	87
3.6.1	Aggressivität (JVA Offenburg)	88
3.6.2	Empathie (JVA Offenburg)	90
3.6.3	Seelische Gesundheit (JVA Offenburg)	91
3.6.4	Verhaltenskontrolle (JVA Offenburg).....	93

3.7	Ergebnisse der SKID-II-Interviews für Persönlichkeitsstörungen	95
4	Diskussion	96
5	Zusammenfassung	99
6	Literaturverzeichnis	101
7	Tabellenverzeichnis	111
8	Abkürzungsverzeichnis	113

Danksagung

An dieser Stelle gilt mein Dank all denjenigen, die mich in den vergangenen drei Jahren unterstützt haben.

Die vorliegende Arbeit entstand in Kooperation mit der Behandlungsinitiative Opferschutz (BIOS e.V.) und der Manfred-Lautenschläger-Stiftung, die die Behandlungsprogramme und deren Evaluation finanziell unterstützt haben. Für die Möglichkeit der Datenerhebung und für die hervorragende Kooperation möchte ich mich herzlich bei den Therapeutinnen und Therapeuten sowie Bediensteten der evaluierten Justizvollzugsanstalten bedanken, die sehr engagiert und kooperativ waren und die Datenerhebung erst möglich machten. Außerdem gilt mein Dank den Teilnehmern selbst für ihre Zeit und Geduld bei der Beantwortung der Fragen.

Besonderer Dank gebührt Herrn Prof. Dr. Peter Fiedler und Herrn Prof. Dr. Dieter Dölling der Universität Heidelberg für die sehr gute und unkomplizierte Betreuung und die Freiheit, die mir während der Anfertigung der vorliegenden Arbeit gelassen wurde.

Und schließlich danke ich ganz herzlich meinen Eltern und meinem Freund Steffen, die mich immer unterstützt haben und ohne die ich es nie geschafft hätte, diese Arbeit zu beenden.

Einleitung - Die Behandlung von Gewalttätern

Gewaltstraftaten im Sinne von körperlicher Gewalt bis hin zum Totschlag und sexualisierter Gewalt sind und bleiben ein Thema des gesellschaftlichen Interesses. Die Täter fügen den Opfern schwere Schäden zu, die lang andauernde Traumatisierungen zur Folge haben können. Neben der akuten Unterstützung und dem Schutz der Opfer sind auch Maßnahmen wichtig, die darauf zielen, künftige Opfer zu vermeiden. Tatgeneigten-Programme können greifen, bevor Personen zu Tätern werden. Aber auch nach dem Strafvollzug von Tätern, die bereits Gewalt- oder Sexualstraftaten begangen haben, kann es zu Rückfällen kommen, die Opfer verursachen. Dies geschieht besonders dann, wenn Täter während ihrer Inhaftierung nicht ausreichend behandelt werden. Aktuelle internationale Forschungsergebnisse zeigen, dass eine deliktorientierte psychotherapeutische Behandlung von Straftätern die Rückfallrate teilweise deutlich senken kann (vgl. u. a. Hanson, Bourgon, Helmus & Hodgson, 2009; Cortoni, Nunes & Latendresse, 2006; Endrass, Rossegger, Noll & Urbaniok, 2008) und somit ein wirksames Mittel des präventiven Opferschutzes ist. Bei diesen Studien wurde jeweils überprüft, ob die Teilnahme an einer Behandlungsmaßnahme Einfluss auf das erneute Begehen einer Straftat hat. Es besteht jedoch ein Mangel an Untersuchungen über die Wirkung von Behandlungsprogrammen, die in deutschen Strafanstalten durchgeführt wurden. Die vorliegende Arbeit liefert praxisnahe Informationen über erfolgversprechende Behandlungsmaßnahmen unter regionalen Bedingungen.

Der Landtag von Baden-Württemberg hat, auf Initiative der in Karlsruhe ansässigen Behandlungsinitiative Opferschutz e. V. (BIOS BW e.V.), Haushaltsmittel zur Behandlung gefährlicher Gewalt- und Sexualstraftäter zur Verfügung gestellt, durch welche Pilotprojekte in den Justizvollzugsanstalten Adelsheim, Bruchsal, Heilbronn, Heimsheim, Mannheim und Offenburg unterstützt wurden. Die Evaluation dieser Therapieprogramme erfolgte in Kooperation des Kriminologischen (Prof. Dr. Dieter Dölling) und des Psychologischen Instituts (Prof. Dr. Peter Fiedler) der Universität Heidelberg und wurde von der BIOS e.V. und der Manfred Lautenschläger Stiftung (Wiesloch) unterstützt. Die vorliegende Untersuchung entstand als Fortführung der Arbeit von Dipl.-Psych. Farina Morawietz, die bis Februar 2012 die Untersuchung durchführte. Von Februar 2010 bis August 2014 wurden diejenigen inhaftierten Straftäter untersucht, die an den (gruppen-)therapeutischen Interventionen teilgenommen hatten. Ausgangspunkt des Untersuchungsaufbaus sind Studien, die belegen, dass sich Straftäter in gewissen

Eigenschaften von nicht straffälligen Personen unterscheiden. Solche Eigenschaften sind u.a. verzerrte Denkmuster, affektive Defizite, gewaltfördernde Kognitionen, sprachliche Defizite, Mangel an (Opfer-)Empathie, geringes Selbstwertgefühl, verminderte Selbstkontrolle, Defizite in der Kommunikation und Zurechnungsfähigkeit sowie Probleme in sozialen Fähigkeiten, in der Stressbewältigung, im Problemlösen und der Introspektionsfähigkeit (Egan, Kavanagh & Blair, 2005; Fisher, Beech & Browne, 1999; Flanagan & Hayman-White, 2000; Graham, 1993; Marshall & Moulden, 2001; Marshall, Marshall, Sachdev & Kruger, 2003; McGrath, Cann & Konopasky, 1998; Nuhn-Naber, Rehder & Wischka, 2002; Rice, Chaplin, Harris & Coutts, 1994; Tierney & McCabe, 2001; Wahl, 2009; Ward, Hudson & Marshall, 1995). Ausgehend von der Untersuchung der Probanden vor Beginn der Therapiemaßnahmen wird in der vorliegenden Arbeit untersucht, ob und wie sich diese Eigenschaften im Verlauf der Behandlung verändern.

Die vorliegende Forschungsarbeit gliedert sich in vier Abschnitte: Im theoretischen Teil werden Konzepte und Befunde zu den moderierenden Variablen delinquenten Verhaltens und therapeutischer Interventionen an inhaftierten Gewalt-, Sexual- und jugendlichen Straftätern dargestellt, die evaluierten Behandlungsprogramme beschrieben und die untersuchten Fragestellungen abgeleitet. Im methodischen Teil werden der Untersuchungsaufbau sowie verwendete Instrumente und Auswertungsmethoden dargestellt. Im dritten Teil der Arbeit werden die untersuchten Stichproben beschrieben und Ergebnisse berichtet. Der vierte Teil analysiert schließlich Stärken und Schwächen der Untersuchung und gibt einen Ausblick auf mögliche Forschungsperspektiven.

1 Theoretische Grundlagen

Im folgenden Teil der Arbeit werden theoretische Grundlagen zur Behandlung von Gewalttätern dargestellt. Zunächst wird beschrieben, wie gewalttätiges Verhalten entsteht und welche behandlungsbedürftigen Defizite bei den Tätern angenommen werden. Danach werden die im evaluierten Projekt angewandten Behandlungsprogramme und ihre Hauptkomponenten geschildert. Zuletzt wird ein Überblick über die untersuchten Konstrukte und eine Zusammenfassung zum Stand der Forschung gegeben, woraus die zu untersuchenden Fragestellungen hergeleitet werden.

1.1 Bedingungen gewalttätiger Delinquenz

Zählt man zu den Delikten, die vom Bundeskriminalamt im Bereich der Gewaltkriminalität erfasst werden (Mord und Totschlag, Vergewaltigung und sexuelle Nötigung, Raubdelikte sowie gefährliche und schwere Körperverletzung), Straftaten der vorsätzlichen leichten Körperverletzung hinzu, dann ergeben sich im Jahr 2012 insgesamt 579.071 erfasste Delikte. Das entspricht einem Straftatenanteil von 10 Prozent an allen registrierten Taten der Polizeilichen Kriminalstatistik. Davon liegt der Großteil von 91 Prozent im Bereich der Körperverletzungsdelikte. (Bundeskriminalamt, 2013). Insgesamt findet man im Jahr 2012, im Vergleich zum Höchststand der Gewaltkriminalität im Jahr 2007, einen Rückgang der Fälle um 1 Prozent. Die definitionsgemäß in dieser Zahl nicht enthaltene Anzahl leichter Körperverletzungsdelikte steigt hingegen im Vergleich zum Vorjahr um 2,6 Prozent an. (Bundesministerium der Justiz, 2013)

Betrachtet man die Tatverdächtigen, so fallen zum einen der Geschlechtsunterschied und zum anderen die erhöhte Deliktrate junger Menschen auf. Frauen werden deutlich seltener straffällig als Männer¹. Am deutlichsten zeigt sich der Alters-Unterschied im Bereich der Gewalttaten. Jugendliche und junge Erwachsene im Alter zwischen 16 und 25 Jahren begehen diese überproportional häufig. Dieser Trend zeigt sich deutlich in den Kategorien „Raub“ und „schwere bzw. gefährliche Körperverletzung“, nicht aber bei den Vergewaltigungs- und Tötungsdelikten.

¹ Da die vorliegende Arbeit lediglich straffällig gewordene Männer untersucht, wird an dieser Stelle nicht näher auf geschlechtstypische Unterschiede, deren Ursache in biologischen Faktoren und geschlechtsspezifischen Sozialisationseinflüssen vermutet wird, eingegangen.

In einer Studie der Kriminologischen Zentralstelle aus dem Jahr 2000 berichtet Egg eine einschlägige Rückfallquote von 19 Prozent für sexuelle Gewaltdelikte und 22 Prozent für sexuellen Kindesmissbrauch. In einer weiteren Studie des Bundesministeriums der Justiz (2013) wurden die Unterschiede bezüglich der Rückfallhäufigkeiten verschiedener Tätergruppen, welche strafrechtliche Sanktionen erhalten hatten, für die Jahre 2004 bis 2010 untersucht. Für die Gruppe der aufgrund eines sexuellen Gewaltdelikts verurteilten Täter zeigte sich nach 6 Jahren eine Rückfallhäufigkeit von 32 Prozent (Verurteilung wegen anderer Delikte). Die einschlägige Rückfallhäufigkeit in diesem Zeitraum betrug 7 Prozent (erneutes Gewaltdelikt) bzw. 2 Prozent (erneutes Sexualdelikt). Für die Täter, welche aufgrund eines Tötungsdelikts verurteilt worden waren, fand sich eine einschlägige Rückfallhäufigkeit von weniger als 1 Prozent für ein erneutes Tötungsdelikt, wohingegen die allgemeine Rückfallhäufigkeit bei 19 Prozent lag. Für Täter, welche aufgrund von Körperverletzungsdelikten verurteilt worden waren, ergaben sich in derselben Untersuchung die höchsten allgemeinen Rückfallraten (77 Prozent) für diejenigen Täter, welche im Vorfeld bereits für ein einschlägiges Körperverletzungsdelikt verurteilt worden waren. Etwas niedriger (70 Prozent) lag die Rückfallrate für diejenigen Täter aus der Gruppe, die mindestens eine Vorstrafe im Deliktbereich „Raub und Erpressung“ aufwiesen, und am geringsten (39 Prozent) war die Rückfallrate der Täter, die keine Vorstrafen aufwiesen. Auch die einschlägige Rückfallhäufigkeit war hoch und lag mit 34 Prozent am höchsten für diejenigen Täter, welche einschlägige Vorstrafen hatten.

Nach Lösel und Bliesener (2003) gibt es für die Entwicklung einer kriminellen Karriere viele Risikofaktoren, die miteinander interagieren: Familiäre Schwierigkeiten, ein problembehaftetes Umfeld, genetische Faktoren und neurologische Schädigungen spielen besonders in der Kindheit eine große Rolle. Daraus können sich Bindungsdefizite, ein schwieriges Temperament und Defizite in der kognitiven Informationsverarbeitung entwickeln. In der Jugend sind Probleme in der Schule und Ablehnung durch Gleichaltrige sowie die Entstehung einer verzerrten Verarbeitung sozialer Informationen relevant. Daraus können sich ein problematisches Selbstbild und deviante Einstellungen entwickeln. In diesem Alter können defizitäre Fertigkeiten und fehlende Qualifikationen sowie der Anschluss an deviante Peergruppen eine frühe Straffälligkeit begünstigen. Bleiben die Probleme bestehen oder werden sie durch Probleme in Beziehungen oder der Arbeit verstärkt, dann mündet dies oft in schwerer Kriminalität und der Verfestigung einer antisozialen Persönlichkeit. Obwohl die beschriebenen Einflussfaktoren einzeln nur einen kleinen Effekt auf das spätere Auftreten von delinquentem Verhalten haben, erhöht ihre

Kumulation die Wahrscheinlichkeit für die Entstehung einer kriminellen Karriere. Protektive Faktoren hingegen können den genannten Einflüssen entgegenwirken. U. a. sind dies ein unterstützendes (nichtdelinquentes) Umfeld, Erfolgserlebnisse und die Erfahrung von Selbstwirksamkeit in nicht-delinquenten Aktivitäten, ein sinn- und strukturerfülltes Leben sowie ein realistisches, aber dennoch hohes Selbstwerterleben. Die Entwicklung einer delinquenten Person ist also nicht als deterministisch anzusehen, sondern entsteht dann, wenn Risikofaktoren bei gleichzeitigem Fehlen von ausreichenden Schutzfaktoren mit situativen Bedingungen ineinandergreifen, die das Begehen von Straftaten begünstigen. Scheurer (1993) beschreibt in seinem Mehrebenenmodell der Delinquenzentstehung (S.9), wie Faktoren auf der biologischen, physiologischen und biographischen Ebene auf der Ebene der Persönlichkeit wirken können. Dort können Belastungsfaktoren verschiedene Dispositionen beeinflussen, die wiederum Einfluss auf das Verhalten nehmen können. Werden gleichzeitig die wirkenden Umweltfaktoren beachtet, so lässt sich anhand der vorhandenen protektiven Faktoren und Risikofaktoren voraussagen, wie wahrscheinlich delinquentes Verhalten, im Sinne einer Kriteriumsvariable, ist.

Im Fall von Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung nach Abschnitt 13 des Strafgesetzbuches (§174 bis 184 StGB) kann zusätzlich zu den bereits genannten Faktoren ein sexuell abweichendes (deviantes) Verhalten der Täter relevant sein. Dieses liegt nach Rehder (2002) dann vor, wenn das sexuelle Verhalten mit altersunangemessenen Partnern oder ohne das Einverständnis der Sexualpartner ausgelebt wird. Dabei muss das sexuell deviante Verhalten über einen längeren Zeitraum stattfinden oder episodisch wiederkehren. Einem solchen Verhalten kann eine paraphile Neigung zugrunde liegen. Eine Paraphilie ist charakterisiert durch den sexuellen Drang nach einem unüblichen Sexualobjekt oder einer unüblichen Art sexueller Stimulierung. Missbrauchstaten gegenüber Kindern z. B. können durch eine pädophile Neigung (Ansprechbarkeit auf das vorpubertäre körperliche Entwicklungsschema) bedingt sein. Sexualstraftäter dürfen jedoch nicht mit Personen gleichgesetzt werden, die paraphil sind, denn viele Sexualstraftäter haben keine Paraphilie und viele paraphile Menschen begehen keine Straftaten. Nur wenige Personen mit atypischen sexuellen Interessen leiden nach diagnostischen Kriterien, wie denen des DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2013) der American Psychiatric Association (APA) unter einer psychiatrischen Erkrankung.

Die APA schreibt dazu:

Most people with atypical sexual interests do not have a mental disorder. To be diagnosed with a paraphilic disorder, DSM-5 requires that people with these interests: feel personal distress about their interest, not merely distress resulting from society's disapproval; or have a sexual desire or behavior that involves another person's psychological distress, injury, or death, or a desire for sexual behaviors involving unwilling persons or persons unable to give legal consent. (APA; 2013)

Das Vorliegen einer paraphilen Störung allein führt nicht zwangsläufig dazu, dass diese auch ausgelebt wird. Es wird z. B. geschätzt, dass ca. ein Prozent aller Männer in der Bevölkerung pädophil orientiert ist bzw. 2 - 4 Prozent pädophile Interessen haben (u. a. Beier, Bosinski & Loewit, 2005). Nur 25 - 50 Prozent aller Männer, die wegen eines sexuellen Missbrauchsdelikts an einem Minderjährigen verurteilt wurden, zeigen jedoch eine sexuelle Präferenz für Minderjährige (Marshall & Fernandez, 2003; Seto, 2009). Ausschlaggebend ist das bestehende Ausmaß an Verhaltenskontrolle, durch welches vorhandene Triebe reguliert werden können. Da sich Experten weitgehend darüber einig sind, dass sexuelle Vorlieben im Laufe eines Lebens stabil bleiben und weitgehend unbeeinflussbar sind, kann durch therapeutische Interventionen bei paraphilen Tätern lediglich das Ausmaß der Impulskontrolle verstärkt werden, um künftige Taten zu verhindern. Beim übrigen Teil der Täter liegt keine Paraphilie zugrunde, aber die Umsetzung von sexuellen Impulsen kann aufgrund bestehender persönlicher Defizite mit erwachsenen Partnern nicht adäquat realisiert werden. Das Delikt dient für sie als Ersatzhandlung für den einvernehmlichen sexuellen Kontakt mit erwachsenen Personen und ist somit nicht durch eine Störung der sexuellen Präferenz motiviert, sondern stellt eine Verhaltensstörung dar.

1.2 Therapie von Gewalttätern im Strafvollzug

Die Möglichkeit einer „therapeutischen Gesundung“ von gewalttätigen und mehrfach straffälligen Personen, die mit ihren Taten das Allgemeinwohl gefährdet haben, wird in der öffentlichen Diskussion häufig bezweifelt, und es wird die Frage nach dem Sinn von teuren Therapieprogrammen für diese Klientel gestellt.

„Bosheit ist nichts als eine Gemütskrankheit, die in der Vernunft ihren Sitz hat - und daher so hartnäckig und nur durch ein Wunder zu heilen ist“, so schrieb schon Novalis um 1800 in seinen Teplitzer Fragmenten (zitiert nach Novalis 1929; S. 456) und verlieh damit einer Meinung Ausdruck, die auch heute noch verbreitet ist.

Unter präventiven Aspekten jedoch macht die Behandlung durchaus Sinn und ist im Strafvollzugsrecht festgeschrieben: „Im Vollzug der Freiheitsstrafe soll der Gefangene fähig werden, künftig in sozialer Verantwortung ein Leben ohne Straftaten zu führen“ (§ 2 S. 1 StVollzG). Da die lebenslange Verwahrung aller Straftäter weder praktikabel noch ethisch vertretbar ist, sollte die Inhaftierung nicht nur ein zeitweiliges Wegsperrn sein, sondern auch lang anhaltende Verhaltensänderungen der Inhaftierten zur Folge haben. Nicht umsonst liegt das Ziel des Strafvollzuges in der Eingliederung oder Wiedereingliederung des Verurteilten in die Gesellschaft und die Gestaltung des Vollzuges soll ihren Beitrag zu dieser Resozialisierung leisten: „Der Vollzug ist darauf auszurichten, dass er dem Gefangenen hilft, sich in das Leben in Freiheit einzugliedern“ (§ 3 Abs. 3 StVollzG). Diese Ziele und Aufgaben verpflichten die Vollzugsanstalten dazu, Hilfsangebote zu unterbreiten. Neben schulischen und beruflichen (Weiter-) Bildungsmaßnahmen können bei manchen Gefangenen auch therapeutische Angebote indiziert sein. Dies ist besonders dann der Fall, wenn dem devianten Verhalten der Straftäter defizitär ausgeprägte Persönlichkeitseigenschaften, Verhaltensalternativen oder Bewältigungskompetenzen zugrunde liegen.

Obwohl zurückliegende Gewaltstraftaten in der Biographie wichtige Prädiktoren für das Begehen weiterer Gewaltdelikte in der Zukunft sind (Serin & Preston, 2001), sind Rückfälle nicht unabwendbar und die vorherrschende Meinung der Anfangszeit der forensischen Behandlungsforschung, dass sich die Rückfallrate von Straftätern durch Therapie nicht senken lasse („nothing works“ vgl. Martinson, 1974), gilt heute als überholt. Aktuellere Forschungsergebnisse (u. a. Hanson, Bourgon, Helmus & Hodgson, 2009; Cortoni, Nunes, & Latendresse, 2006) zeigen, dass eine deliktorientierte psychotherapeutische Behandlung von Straftätern deren Rückfallrate teilweise deutlich senken kann. Bei diesen Studien wurde jeweils überprüft, ob die Teilnahme an einer Behandlungsmaßnahme Einfluss auf das erneute Begehen einer Straftat hat. Untersuchungen zu spezifischen Tätergruppen belegen rückfallpräventive Effekte von therapeutischen Interventionen auch für Sexualstraftäter (Nuhn-Naber et al., 2002; Mac Grath et al. 2003) und Gewaltstraftäter (Cortoni et al., 2006).

1.3 Behandlungsprogramme

Im Folgenden werden die evaluierten Behandlungsprogramme der verschiedenen Justizvollzugsanstalten dargestellt und bereits vorliegende empirische Befunde zu ihrer Wirksamkeit berichtet. Die Beschreibung basiert auf der Dokumentation der behandelnden Therapeuten, die im „Therapeutenfragebogen“ (siehe Anhang) gebeten wurden, die wesentlichen Punkte ihrer Programme zu skizzieren.

1.3.1 Behandlungsabteilung der JVA Adelsheim

In der Justizvollzugsanstalt Adelsheim wurde das an jugendliche und heranwachsende Straftäter angepasste Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK, Hinsch & Pfingsten, 2007) durchgeführt. Behandelt werden jugendliche Täter, die spezifische Defizite im Bereich der sozialen Kompetenz und Problemlösungsfähigkeiten aufweisen. Es wurden introvertierte Jugendliche ausgewählt, die tendenziell unsicher waren und ein eher niedriges Aggressionsniveau aufwiesen. In Konfliktsituationen allerdings reagierten sie unsicher und aggressiv (s. g. *Angstbeißer*) oder beugten sich dem Gruppendruck der kriminellen Peergroup. Das Behandlungsprogramm ist mit zehn wöchentlichen Gruppensitzungen à 120 Minuten das kürzeste der evaluierten Programme. In Ergänzung zu den Gruppensitzungen fanden Einzelgespräche statt. Ziel der Behandlung ist nach Hinsch und Pfingsten der Erwerb von „kognitiven, emotionalen und motorischen Verhaltensweisen, die in bestimmten sozialen Situationen zu einem langfristig günstigen Verhältnis von positiven und negativen Konsequenzen für den Handelnden führen“ (Hinsch & Pfingsten, 2007, S. 82). Schwerpunkte des Trainings sind die Auseinandersetzung mit dem eigenen Verhalten in schwierigen sozialen Situationen und die Einsicht in den Zusammenhang zwischen Gedanken, Gefühlen und Verhalten. Durch die Befähigung, Verhalten zu zeigen, welches eine optimale Zielerreichung für den Einzelnen bewirkt, sollen künftige Straftaten verhindert werden.

Die Wirksamkeit des GSK wurde in verschiedenen Studien für sozial unsichere Erwachsene, Studenten und Jugendliche belegt (Hinsch & Pfingsten, 2007; Brattig, 1997; Pfingsten, 1987; Gagel, 1982; Affeldt, 1981).

1.3.2 Behandlungsabteilung der JVA Bruchsal

In der Justizvollzugsanstalt Bruchsal wurden erwachsene Gewaltstraftäter behandelt. Sie nahmen am Behandlungsprogramm für Gewaltstraftäter (BPG, Feelgood, 2008) teil. Hierbei handelt es sich um ein kognitiv-behavioral orientiertes Gruppenprogramm. Es

besteht aus 90 Sitzungen mit einer Dauer von jeweils zwei Stunden. Die Sitzungen fanden etwa ein- bis zweimal wöchentlich statt. Außerdem bestand die Möglichkeit zu begleitenden Einzelgesprächen. Die Gesamtdauer des Programms liegt bei etwa 1,5 Jahren, und das Programm ist modular aufgebaut. In den einzelnen Sitzungen werden die folgenden Themen bearbeitet: die Stärkung der Motivation zur Behandlung, das persönliche Lebensmuster, das Deliktszenario, Möglichkeiten zur Aggressionsbewältigung, nicht-kriminelles Denken, Opferempathie, der Straftatablauf und die Prävention von Rückfällen. Therapieziele sind eine Reduktion künftiger Gewalttaten und die Vermittlung prosozialer Verhaltensweisen durch die Veränderung prokrimineller Denkstrukturen und Verhaltensweisen.

1.3.3 Behandlungsabteilung der JVA Offenburg

In der JVA Offenburg wurden die Insassen der Behandlungsabteilung für Gewaltstraftäter mit Suchtmittelproblematik behandelt. Therapiert werden vorwiegend kurzstrafige Gewaltstraftäter mit einer bestehenden Suchtmittelproblematik.

Inhalte des Programms sind die Motivation der Gefangenen, die Behandlung der Suchtmittelproblematik und in Anlehnung an das Behandlungsprogramm für Gewaltstraftäter (BPG; Feelgood, 2008) drei gewaltspezifische, fertigungsorientierte Module (Aggressionsbewältigung, Kriminelles Denken und Opferempathie). Das BPG wurde ursprünglich von Mamone (2004) als *Violent Offender Therapeutic Program* (VOTP) entwickelt. Feelgood und seine Kollegen veröffentlichten es dann 2008 in der deutschen Übersetzung als BPG und implementierten das Programm in der sozialtherapeutischen Anstalt Brandenburg an der Havel. Die empirische Wirksamkeit des VOTP wurde in verschiedenen Studien erforscht. Bei den Teilnehmern fanden die Forscher nach Beendigung der Behandlung eine Reduktion der berichteten Aggression und des kriminellen Denkens sowie eine Erhöhung des Einfühlungsvermögens, der Empathie und der Fähigkeit zur Ärgerregulierung (Bryan & Day, 2006; North, 2008 zitiert nach Ware et al., 2011; Dunne, 2006 zitiert nach Ware et al., 2011; Kennedy, 2006 zitiert nach Ware et al., 2011).

Es fanden je zwei Gruppeneinheiten pro Woche statt. In Ergänzung wurden zweiwöchig Einzelgespräche geführt. Durch die Auseinandersetzung mit prägenden Lebensereignissen, der eigenen kriminellen Karriere und dem Ablauf der Straftat sollen u. a. soziale und Stressbewältigungskompetenzen, die Abstinenzmotivation und Empathiefähigkeit gestärkt sowie Aggressivität und Gewaltbereitschaft verringert werden.

1.3.4 Behandlungsabteilung der JVA Heilbronn

In der Justizvollzugsanstalt Heilbronn wurde mit erwachsenen Gewalttätern ein Anti-Gewalt-Training auf der Grundlage des Anti-Aggressivitäts-Trainings nach Weidner (2001) und Heilemann & Fischwasser-von Proeck (2001) durchgeführt. Ursprünglich wurde das AGT unter dem Namen AAT (Anti-Aggressivitäts-Training) von Weidner in der Jugendvollzugsanstalt Hameln entwickelt. Seitdem hat das Programm einige Änderungen durchlaufen, die auch immer den örtlichen Gegebenheiten angepasst werden. Es umfasst die vier Phasen „Einstieg und Gruppenfindung“, „Bekämpfung von Realitätsleugnung“, „Entwicklung von Empathie, Selbstbildkorrektur und Verhaltensalternativen“ sowie „Sicherung“ (Formulierung realistischer Ziele, Erstellung eines Rückfallpräventionsplans). Das Programm ist klassisch verhaltenstherapeutisch konzipiert und basiert auf lerntheoretischen Prinzipien. Angestrebt wird eine Veränderung des Verhaltens, nicht aber der Persönlichkeit. Einmal wöchentlich fand eine Trainingssitzung mit einer Dauer von 3,5 Stunden statt. Die Gesamtbehandlungsdauer der Teilnehmer betrug etwa 9 Monate.

Schanzenbächer veröffentlichte 2003 eine Evaluationsstudie, in welcher er 32 AGT-Kurse auf ihre Wirksamkeit hin untersuchte. Er kommt zu dem Schluss,

dass der Abbau der Aggressionsneigungen dem experimentellen Stimulus, also dem AAT, zuzuschreiben ist. Das Anti-Aggressivitäts-Training leistete demnach in der Tat einen Beitrag zur Verringerung der Aggressivität bei jungen Menschen der Experimentalgruppe.

(S. 217)

Wie auch bei früheren Untersuchungen (vgl. Burschik, Sames & Weidner, 1997), die eine Verringerungen der Erregbarkeit und Erhöhung der Aggressionshemmung - erhoben durch den Fragebogen zu Aggressivitätsfaktoren (FAF) - fanden, belegen Schanzenbäckers Ergebnisse, dass die Aggressivität der Teilnehmer, die am AAT teilgenommen hatten, verringert wurde. Die Werte sinken jedoch nicht auf den Durchschnitt der nichtdelinquenten Population ab. Kilb und Weidner lieferten 2002 einen Beleg dafür, dass die einschlägige Rückfallhäufigkeit nach der Teilnahme am Behandlungsprogramm auf 37 Prozent sank, fügen jedoch einschränkend hinzu, dass ein vergleichbarer Effekt „nicht nur

durch das AAT, sondern auch durch andere, ähnlich intensiv angewandte Verfahren erreicht wird“ (Kilb & Weidner, 2002, zitiert nach Schanzenbächer, 2003, S. 216).

1.3.5 Behandlungsabteilung der JVA Heimsheim

In der Justizvollzugsanstalt Heimsheim wurden schwere Gewalttäter behandelt, von denen viele Tötungsdelikte begangen haben und somit lange Haftstrafen absitzen. Es handelt sich um Täter mit einer psychischen Anpassungsstörung, die aufgrund einer speziellen Vulnerabilität häufig psychisch auffällig reagieren und sich deswegen oft in für sie scheinbar ausweglose Situationen manövrieren, die dann eskalieren. Diese Probleme tauchen in der Regel als eine Reaktion auf belastende Lebensereignisse auf. Die Gefangenen erhielten eine kognitive Psychotherapie mit durchschnittlich 52 Einzelsitzungen pro Gefangenem. Gegenstand der Therapie waren der Aufbau von Selbstbewusstsein, Selbstkontrolle und sozialen Fertigkeiten, Verantwortungsübernahme für die Straftat, das Erkennen eigener tatrelevanter Defizite, Schuld- und Konfliktbewusstsein, das Einnehmen der Opferperspektive und die Rückfallprophylaxe.

1.3.6 Behandlungsabteilung der JVA Mannheim

Das Behandlungsprogramm in der Justizvollzugsanstalt Mannheim richtet sich an erwachsene Sexualstraftäter und findet in der Behandlungsabteilung für Gewalt- und Sexualstraftäter (BAGS) statt. Die Behandlung ist deliktorientiert, d. h. Ablauf, Ursachen und Folgen des Delikts stehen im Mittelpunkt der Behandlung und deliktrelevante Einstellungen, Persönlichkeitsmerkmale und Verhaltensweisen werden bearbeitet. Es wurde wöchentlich eine zweistündige Gruppentherapie und ca. alle zwei Wochen eine einzeltherapeutische Sitzung durchgeführt. Die Gruppentherapie ist am *Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter* (BPS, Wischka, Foppe, Griepenburg, Nuhn-Naber, & Rehder, 2002) orientiert und wird von zwei Anstaltspsychologen durchgeführt. Die einzeltherapeutischen Sitzungen übernimmt größtenteils ein externer Psychotherapeut. Das BPS ist ein kognitiv-behavioral ausgerichtetes Gruppenprogramm. Es besteht aus 80 Sitzungen mit einer Dauer von jeweils 1,5 Stunden. Das Programm beinhaltet einem deliktunspezifischen Teil (U-Teil) und einem delikt-spezifischen Teil (S-Teil). Der U-Teil umfasst die Module Gesprächsverhalten, Selbst- und Fremdwahrnehmung, Rückmeldung geben und empfangen, Stressmanagement, Wahrnehmung von Gefühlen, moralisches Handeln und Empathie, Kontakt- und Kommunikationstraining, Geschlechtsrollenstereotypen, Suchtmittelkontrolle sowie Sozialverhalten. Inhalt des S-

Teils sind die Module persönliche Lebensgeschichte, kognitive Verzerrungen, Stufen der Begehung von Straftaten, scheinbar belanglose Entscheidungen, Risikosituationen, das Problem der unmittelbaren Befriedigung, Kontrolle sexueller Fantasien, Ablauf der Straftat (Deliktzenario), Opferempathie sowie Rückfallprävention.

Wischka veröffentlichte 2013 (b) Befunde zur Wirksamkeit des BPS, die an 320 Sexualstraftätern und Teilnehmern des Programms erhoben worden waren. Diese belegen die Eignung des Verfahrens zur Klassifizierung von Sexualstraftätern. Nach Beendigung der Therapie fand sich bei den Probanden eine statistisch signifikante Zunahme der Werte für Extraversion, Unabhängigkeit, Unnachgiebigkeit, emotionale Stabilität, Regelbewusstsein, Selbstkontrolle, Opferempathie und soziale Kompetenz. Signifikante Abnahmen zeigten sich für Wachsamkeit, Abgehobenheit, Privatheit, Besorgtheit, Selbstgenügsamkeit, Ängstlichkeit und Anspannung.

1.4 Untersuchte Konstrukte

Die Erforschung von Therapieeffekten, insbesondere im Bereich von delinquenten Personen, ist ein sehr schwieriges Forschungsfeld, welches verbindliche Aussagen zum Erfolg einer Behandlungsmaßnahme nur eingeschränkt ermöglicht. Grundsätzlich bedeutet Therapieerfolg bei Delinquenten keine (gravierende, einschlägige) Straffälligkeit mehr. Statistisch wird er anhand einer Reduzierung der Rückfallhäufigkeit operationalisiert. Eine Aussage lässt sich jedoch nur über einen bestimmten (beobachteten) Zeitraum treffen. Besonders im Bereich der Sexualdelikte geschehen Rückfälle häufig jedoch erst viele Jahre später (Cann, Falshaw & Friendship, 2004), sodass sie durch gängige Follow-up-Zeiträume nicht erfasst werden. Eine solche Art der Operationalisierung unterliegt zusätzlich Verzerrungen durch Delikte, die im Dunkelfeld bleiben. Das Ausbleiben von Straftaten kann somit nur eines von verschiedenen möglichen Erfolgskriterien sein.

Eine differenzierte Aussage zum Erfolg therapeutischer Maßnahmen ist dann möglich, wenn eine Reihe unterschiedlicher Maße betrachtet werden. Neben der Reduktion von Rückfällen (beobachtbares Verhalten) kann auch die Zufriedenheit der Patienten und deren Einschätzung von Veränderungen (direkte Veränderungsmessung) eine sinnvolle Operationalisierung des Therapieerfolges sein. Auch diese Möglichkeit birgt jedoch ihre Schwierigkeiten und ist anfällig für Verzerrungen (soziale Erwünschtheit, Hawthorne-Effekt, u. a.).

Eine weitere Möglichkeit, Therapieerfolg zu messen, welche gleichzeitig Aussagen darüber zulässt, wie die Veränderung zustande gekommen ist, ist die Erfassung durch eine

indirekte Veränderungsmessung. Eine differenziertere Analyse des Therapieerfolgs oder -misserfolgs wird dabei dadurch möglich, dass die Therapiemaßnahmen, die Teilnehmer, der Behandlungskontext und die Variablen, deren Veränderung durch das Behandlungsprogramm angestrebt wird, genau dokumentiert werden. Der Vergleich von Prä- (vor Beginn der Therapie) und Post-Werten (nach Beendigung der Therapie) der interessierenden Variablen ermöglicht dann die indirekte Veränderungsmessung und liefert dadurch Antworten auf die Frage: „Welche Maßnahmen wirken unter welchen Bedingungen für wen auf welche Weise?“ (vgl. u. a. Grawe, Donati & Bernauer, 1994, Dwyer, 1997). Interessierende Variablen sind diejenigen Faktoren, von denen die Forschung gezeigt hat, dass sie das Auftreten von Gewaltdelikten wahrscheinlich machen. Neben Umweltfaktoren, wie der Gelegenheit und Situation, speziellen Normen von (Sub-) Kulturen und der Biographie der Täter (vgl. dazu Kapitel 1.1), also Bereichen, auf die therapeutisch nur schwer Einfluss zu nehmen ist, sind das verschiedene (Persönlichkeits-) Eigenschaften, in denen sich Gewaltstraftäter von der Gruppe der nichtstraffälligen Normalpopulation unterscheiden und bei denen man davon ausgeht, dass sie das Begehen von Straftaten begünstigen. U. a. sind dies verzerrte Denkmuster, affektive Defizite, gewaltfördernde Kognitionen, sprachliche Defizite, Mangel an (Opfer-)Empathie, geringes Selbstwertgefühl, verminderte Selbstkontrolle, Defizite in der Kommunikation und Zurechnungsfähigkeit, sowie Probleme in sozialen Fähigkeiten, in der Stressbewältigung, im Problemlösen und der Introspektionsfähigkeit (Egan, Kavanagh & Blair, 2005; Fisher, Beech & Browne, 1999; Flanagan & Hayman-White, 2000; Graham, 1993; Marshall & Moulden, 2001; Marshall, Marshall, Sachdev & Kruger, 2003; McGrath, Cann & Konopasky, 1998; Nuhn-Naber, Rehder & Wischka, 2002; Rice, Chaplin, Harris & Coutts, 1994; Tierney & McCabe, 2001; Wahl, 2009; Ward, Hudson & Marshall, 1995). Die Behandlungsprogramme, die in der vorliegenden Arbeit evaluiert werden, dienen dazu, diese Eigenschaften zu verändern und somit die Disposition zu straffälligem Verhalten zu verringern.

Für die begleitende Evaluation wurden diese Variablen erhoben und auf Veränderungen im Verlauf der Behandlung untersucht. Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Dokumentation der Veränderungen dieser Variablen im zeitlichen Verlauf und die Identifikation wirksamer Behandlungsprogramme. Ein Therapieerfolg liegt dann vor, wenn sich das Vorhandensein von protektiven Faktoren bezüglich dem Begehen von weiteren Straftaten erhöht hat, oder weniger Risikofaktoren vorhanden sind als zu Beginn der

Behandlung und somit die Rückfallwahrscheinlichkeit der behandelten Straftäter geringer geworden ist.

1.4.1 Aggressivität und Delinquenz

Violence is actual, attempted or threatened harm to a person or persons

(Boer, Hart, Kropp & Webster, 1997, S.9)

Aggressivität als Überbegriff für feindseliges Verhalten gegenüber anderen Wesen wird im Alltag oft nicht trennscharf zum Begriff *Gewalt* im Sinne einer absichtlichen Schädigung anderer abgegrenzt. Auch im Bereich der empirischen Forschung herrscht Uneinigkeit über die genaue Definition. Unstrittig ist der Ursprung des Wortes, der im lateinischen *aggredi* liegt und heranschreiten oder angreifen bedeutet.

Nach Hartrup und De Witt (1974; zitiert nach Mummendey, 1996) lassen sich vier Haupttypen von Definitionen für Aggressivität unterscheiden: Erstens sind das *Topographische Definitionen* aus der klassischen vergleichenden Verhaltensforschung (Ethologie), die artspezifische Verhaltensmuster, welche zu Flucht, Verletzung oder Tod führen, funktional analysieren. Als nächstes gibt es Definitionen, die die antezedenten Bedingungen im Sinne einer Aggressionsabsicht in den Mittelpunkt stellen. Weiterhin unterscheidet man Definitionen aus der Opferperspektive mittels der (verletzenden oder schädlichen) Konsequenzen für andere Individuen. Und schließlich findet man gemischte Definitionen, welche das eklektische Verständnis des Aggressionsbegriffs betonen und unterschiedliche aggressive Verhaltensweisen differenzieren.

Forschungsgeschichtlich postulierte bereits Sigmund Freud (1938) den aggressiven Todestrieb *Thanatos*, der sich als Destruktionstrieb auf andere Menschen richten könne, und die regelmäßige Aufladung des menschlichen Aggressionsniveaus, die dann beim Erreichen einer kritischen Marke zur Entladung nach außen führen müsse. Die Yale-Forschungsgruppe um Dollard, Doob, Miller, Mowrer & Sears (1939) formulierte die Aggressions-Frustrations-Hypothese, welche Aggression als einzig mögliche Folge der Nichterfüllung eines Bedürfnisses annimmt. Zentrales Konzept zur Erklärung aggressiven Verhaltens aus lerntheoretischer Sicht ist die Verstärkung dieses Verhaltens durch positive Konsequenzen. Im Kontext delinquenten Verhaltens können materielle Werte sowie ein Gewinn an Macht oder Status als Verstärker fungieren, die das aggressive Verhalten aufrechterhalten und die Wahrscheinlichkeit für ein erneutes Auftreten erhöhen. Auch

Banduras Theorie des Lernens am Modell (Bandura, Ross & Ross, 1963) liefert einen Beitrag zur lerntheoretischen Erklärung aggressiven Verhaltens: Durch Beobachtung und Nachahmung aggressiver Verhaltensweisen attraktiver Vorbilder, die Erfolg mit ihrem Verhalten haben, wird aggressives Verhalten gelernt. Diese Vorbilder können der Peer-Group oder der Familie entstammen. Bandura fand jedoch auch Belege für die Imitation medialer Vorbilder. Seine Ergebnisse lieferten Stoff für eine Diskussion über die Bedeutung von Gewaltdarstellungen und gewalttätigen Helden im Fernsehen und in Computerspielen, die bis heute anhält.

Zur Erklärung personenbezogener Unterschiede der Aggression eignen sich multikausale Ansätze, wie die *Motivationstheorie der Aggression* von Kornardt (1982a; zitiert nach Zumkley, 1996). In diesem Modell beginnt die Handlungsfolge mit der kognitiven Bewertung einer Situation, die den Aktivierungswert der Situation als *wirklich ärgerlich* oder *harmlos* bestimmt. Das Zusammenspiel zwischen dem aktuellen Ausmaß der Ärgeraktivierung durch die Situation (Motivation) und der habituellen Aggressions- bzw. Aggressionshemmungstendenz (überdauerndes Motiv) bestimmt, ob eine aggressive Reaktion erfolgt und wie stark diese ausfällt. Dabei kann das Abwägen der Erfolgchancen und der Konsequenzen dieser Reaktion zu einer Rückkoppelung durch die Neubewertung der Situation führen.

Kornardts Modell verdeutlicht, dass Aggressivität als überdauerndes Motiv ein Personenfaktor ist. Es ist gekennzeichnet durch die zeitliche Stabilität der Merkmalsausprägung und bestimmt die Konsistenz des Verhaltens einer Person über verschiedene Situationen. Aggressivität ist definiert durch „überdauernde Bereitschaft zu aggressivem Verhalten“ (Selg, 1993, zitiert nach Biedermann & Plaum, 1999, S.10).

Die Disposition zu aggressivem Verhalten entwickelt sich aus dem komplexen Zusammenspiel zwischen genetischen, biologischen und umweltbedingten Faktoren und bedingt dadurch ein den moralischen Normen der Gesellschaft angepasstes oder ein kriminell gewalttätiges Verhalten (Piefke & Markowitsch, 2009). Die Plastizität des Gehirns ist zwar genetisch begrenzt, ermöglicht jedoch eine erfahrungsabhängige Formung. Ansatzpunkt psychotherapeutischer Interventionen ist die Tatsache, dass Umweltfaktoren entscheidenden Einfluss auf den Aufbau und die Funktionsweise des Gehirns haben und somit Veränderungen möglich sind.

Der Zusammenhang zwischen Aggressivität und Kriminalität fällt dann ins Auge, wenn Täteraggressivität zur Ursache von Gewalt- und Sexualstraftaten wird. Dann stellt sich die Frage, wie eine Veränderung des habituellen Aggressionsniveaus möglich ist. Bei einer

Inhaftierung der Gefangenen wirkt zunächst nur das Prinzip der Bestrafung des aggressiven Verhaltens. Da zwischen dem Auftreten des Verhaltens und der Inhaftierung des Täters in der Regel viel Zeit liegt und sich Bestrafung zur Löschung unerwünschten Verhaltens auch empirisch als nicht besonders effektiv erwiesen hat (vgl dazu u.a. Skinner, 1933), ist die Wahrscheinlichkeit einer Verhaltensänderung durch das reine Absitzen einer Haftstrafe fragwürdig. In Anknüpfung an multikausale Erklärungsmodelle für aggressives Verhalten und empirische Belege ist jedoch die Modifikation kognitiver Prozesse Erfolg versprechend. Fiqia et al. berichteten 1987 von erhöhten Werten der Feindseligkeit, Kritikunfähigkeit und defizitären sozialen Fähigkeiten bei den von ihnen untersuchten Gewaltstraftätern, und Palmeri Sams und Truscott fanden 2004 einen Zusammenhang zwischen Gewalttätigkeit und fehlender Empathie. Auf dieser theoretischen Basis sind somit Trainingsmaßnahmen, die habituell feindselige Attributionsstile in mehrdeutigen Situationen verringern, Instruktionen zur Selbststeuerung und Handlungskontrolle geben und das Einfühlungsvermögen, insbesondere die Empathie für ihr(e) Opfer stärken, sinnvolle Maßnahmen zur Behandlung von Gewalttätern.

Aggressivität von Sexualstraftätern ist häufig vielschichtiger als die von reinen Gewalttätern. Schorsch (1985) belegte für diese Gruppe u.a. Defizite im angemessenen Umgang mit Aggression bezüglich der Durchsetzung- und Abgrenzungsfähigkeit. Es gibt erste Belege dafür, dass bei Missbrauchstätern die Tendenz, Feindseligkeit nach außen zu zeigen und Kritik offen an anderen Menschen auszuleben, geringer zu sein scheint. Feindseligkeit scheint bei ihnen eher nach innen gerichtet und selbstbestrafend im Sinne einer erhöhten Selbstaggressivität zu wirken. (Ullrich, 1999)

1.4.2 Seelische Gesundheit und Delinquenz

Der Übergang von seelischen Erkrankungen und Persönlichkeitsstörungen über Unwohlsein bis hin zu seelischer Gesundheit ist fließend. Als praktische Entscheidungshilfen zur Diagnose eines pathologischen Zustands dienen die Diagnosekriterien des ICD oder DSM. Die Definition von seelischer Gesundheit geht aber über das bloße Fehlen von Krankheitssymptomen hinaus. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert psychische Gesundheit als „einen Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und etwas zu ihrer Gemeinschaft beitragen kann.“ Dem gegenüber stellt sie die psychischen Störungen, die u. a. durch „eine Kombination von gestörten Gedanken,

Emotionen, Verhaltensweisen und Beziehungen zu anderen gekennzeichnet“ sind. (WHO, 2013, S.1)

Schon psychoanalytische Erklärungsansätze beschrieben Kriminalität als Ausdruck einer Persönlichkeitsstörung durch Neurosen oder Verwahrlosung. Von einer Störung der Persönlichkeit spricht man dann, wenn eine Persönlichkeitsstruktur durch bestimmte Merkmale so stark akzentuiert ist, dass ein sozial wenig angepasstes Verhalten resultiert und daraus ein Leidensdruck für den Betroffenen oder Konflikte mit seinem Umfeld entstehen. Der Störungsbeginn liegt normalerweise in der Jugend. Bei Gewalttätern können solche Umweltkonflikte Ausdruck in ihren Delikten finden. Es gibt empirische Belege dafür, dass psychische Störungen einen Zusammenhang zu delinquentem Verhalten besitzen. Häfner veröffentlichte schon 1973 (zitiert nach Nedopil & Müller, 2012, S. 184) die Ergebnisse einer Untersuchung von gewalttätigen psychisch kranken Personen, aus der er schloss, dass das statistische Risiko eines schizophrenen Patienten, gewalttätig zu werden, etwa neunmal so hoch liege wie das eines psychisch gesunden Menschen. In der Folge kamen verschiedene andere Autoren zu ähnlichen Befunden. Wallace et al. veröffentlichten 2004 eine Untersuchung, die dies bestätigte. Sie fanden die höchsten Delinquenzraten für gewalttätige Delikte bei schizophrenen Patienten mit zusätzlichem Substanzmissbrauch und komorbiden Persönlichkeitsstörungen.

Ogloff (2006) schreibt dazu:

While there is a range of factors that have been associated with violence, among the most salient factors are major mental illness, substance abuse, and psychopathy (...)

Simply stated, major mental illness is a risk factor for violence that is made worse with substance abuse.

Die Häufigkeiten für das Auftreten von Persönlichkeitsstörungen bei delinquenten Personen im Strafvollzug variieren je nach untersuchter Stichprobe und den verwendeten Instrumenten, es finden sich jedoch Prävalenzraten von bis zu 80 Prozent. (u. a. Saß, 1987, Berner & Karlick-Bolton, 1985; Scheurer, 1993; Frädriich und Pfäfflin, 2000). Frädriich und Pfäfflin fanden bei Straftätern im offenen Strafvollzug Prävalenzraten von 50 Prozent für das Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen. Am häufigsten wurde die Diagnose für Gewalt- und Sexualstraftäter sowie Täter von Straßenverkehrsdelikten gestellt. Die häufigste Diagnose war in dieser Studie die der antisozialen Persönlichkeitsstörung.

Weitere empirische Befunde zeigen, dass sich bei delinquenten Personen Borderline, narzisstische und antisoziale Persönlichkeitsstörungen häufiger als bei der nichtdelinquenten Normalpopulation finden. Die antisoziale Persönlichkeitsstörung ist nach ICD-10 (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2015) gekennzeichnet durch ein durchgängiges Muster der Missachtung von Regeln, starkem Misstrauen, fehlendem Verantwortungsgefühl, einem Mangel an Empathie und einer geringen Frustrationstoleranz, die die Bereitschaft zu gewalttätem Verhalten erhöhen. Straffälligkeit an sich gehört zu den diagnostischen Kriterien dieser Persönlichkeitsstörung und kann somit zur Diagnose beitragen.

1.4.3 Empathie und Delinquenz

Setzen wir uns an die Stelle anderer Personen, so würden Eifersucht und Hass wegfallen, die wir so oft gegen sie empfinden.

So schrieb schon Johann Wolfgang von Goethe im Jahre 1821 (zitiert nach Goethe, 1981; S. 480). Und Fröhlich veröffentlichte 2010 (S. 151) die folgende Definition:

Unter Empathie versteht man den Vorgang der Identifikation (Sich-Hineinversetzen) mit einem anderen, um auf der Basis individueller Anmutungen oder Eindrücke dessen Verhalten zu verstehen.

Das Verständnis von fremdem Verhalten beinhaltet vermutlich den Schlüssel zum phylogenetischen Nutzen der Fähigkeit zur Empathie. Erst diese Fähigkeit des Menschen ermöglicht es ihm, wahrscheinliche Reaktionen anderer vorauszusehen. Dies erweitert den Handlungsspielraum insofern, als mögliche Interaktionssequenzen mental durchgespielt werden können und diejenige Reaktion ausgewählt werden kann, die den größten Nutzen verspricht. Als Entwicklungsvorteil - beispielhaft kann man sich Hominiden vorstellen, die in der Lage waren, ihrem Beutetier den Weg abzuschneiden - wurde diese Fähigkeit im Verlauf der Evolution weiterentwickelt. (vgl. Bischof-Köhler, 1988)

In Dorschs Psychologischem Wörterbuch findet sich folgende Definition der Empathie als die Fähigkeit des

Nacherlebens, des Sich-Hineinversetzens in ein fremdes Erleben, des Miterlebens des fremden Ichs auf Grund der Wahrnehmung des Ausdrucks oder der Mitteilung des Erlebnisses einer anderen Person beziehungsweise der Kenntnis ihrer seelischen Situation (Dorsch, 1994, S. 184).

Wiederholt findet sich also der Hinweis auf die erlebnisdeskriptive (phänomenale) Unterscheidung zwischen Empathie, die definitionsgemäß das *fremde Ich* erkennt, und dem Begriff der Gefühlsansteckung, bei der die Emotion des Gegenübers als der eigenen Person zugehörig begriffen wird. Neben der synchronen Identifikation, die einen das fühlen lässt, was der Interaktionspartner spürt, ist für das empathische Empfinden also zusätzlich die Fähigkeit gegeben, Gefühle als dem anderen zugehörig zu erkennen und von eigenen Emotionen abzugrenzen. Zusätzlich zur affektiven Komponente des Nachfühlers von Emotionen sind somit auch kognitive Fähigkeiten nötig. Erst die Herausbildung eines stabilen Selbstkonzepts in Form einer psychischen Abgrenzung des eigenen Ichs gegenüber dem Du ermöglicht die Erkenntnis, dass die eigene Wahrnehmung sich auf die Situation des Gegenübers bezieht. Dies zeigt sich auch ontogenetisch: Während sich das reine Spiegeln von Emotionen schon bei sehr jungen Säuglingen findet, die z. B. das Lächeln der Mutter nachahmen, entwickeln sich die kognitiv anspruchsvolleren Fähigkeiten des Erkennens, Benennens und der Perspektivenübernahme erst später. So findet sich frühestens ab dem 18. Lebensmonat prosoziales Verhalten, welches durch das Nachfühlen von Leiden beim Gegenüber ausgelöst wird. Etwa ab dem 4. Lebensjahr beginnt dann auch die bewusste Reflexion über die Empfindungen der Mitmenschen. Diese gipfelt einige Jahre später in der ergänzenden Fähigkeit, die Situation und Lebensgeschichte von Interaktionspartnern mit einzubeziehen. (Bischof-Köhler, 1991)

Im Unterschied zur phänomenologischen Betrachtung ist es funktional gesehen nur möglich, eigene Emotionen zu fühlen. Mit den neuronalen Entstehungsmechanismen solcher Affekte beschäftigen sich zahlreiche Publikationen der Hirnforschung: Die *sensory motor resonance hypothesis* besagt z. B., dass schon allein die Beobachtung der Mimik eines Menschen beim Gegenüber eine ähnliche motorische Repräsentation hervorruft. Der Gesichtsausdruck wird also zunächst nur motorisch nachgeahmt. Über die somatosensorische Feedback-Schleife werden dadurch diejenigen neuronalen Regionen aktiviert, die erfahrungsgemäß mit der Empfindung der gespiegelten Emotion verbunden sind. Dadurch kann beim Beobachter dieselbe Emotion ausgelöst werden. Solange die kognitive Komponente der Deutung der Emotion als dem Gegenüber zugehörig gegeben

ist, erleichtert dieser Vorgang des automatisierten Teilens von beobachteten Emotionen die Interpretation des emotionalen Zustandes des Gegenübers und ermöglicht somit auch ein Verständnis für dessen Verhalten. (Wicker, et al. 2003)

Um nachzufühlen, was eine andere Person empfindet, verlässt man sich zum einen auf eigene Erfahrungen, die man in ähnlichen Situationen gemacht hat, zum anderen werden das Verhalten, die Gestik und die Mimik des Gegenübers interpretiert. Das Ausmaß, in welchem einzelne Personen über diese Fähigkeit, sich in andere Wesen einzufühlen, verfügen, ist sehr unterschiedlich. Schon im frühkindlichen Stadium ist ein sicherer Bindungsstil von Kindern zu ihren Bezugspersonen nötig, damit Fehlentwicklungen verhindert werden, die die Entwicklung von empathischen Empfinden und Verhalten verhindern können.

Empathie als mehrdimensionales Konstrukt beinhaltet nach Davis (1983) die vier Komponenten *emotionale Anteilnahme*, *Perspektivübernahme*, *empathische Phantasie* (die Reaktion auf fiktives Geschehen) und *persönlicher Distress* (empathisches Mitempfinden der Qual eines Anderen).

Empathie hat somit nicht nur direkte affektive Folgen innerhalb der Person (emotionales Erleben), sondern wirkt darüber hinaus auch motivational auf das (Sozial-)Verhalten. So kann z.B. die emotionale Anteilnahme angesichts einer bestimmten Situation als Antrieb für prosoziales Verhalten dienen. Das empfundene Unbehagen (Mitleid) kann dadurch beseitigt werden, dass der Mitleidende dem Anderen hilft. Die Fähigkeit des Sich-Hineinversetzens zeigt sich in diesem Fall als notwendige Bedingung altruistischen Verhaltens und die psychologische Grundlage einer moralischen Entwicklung. Belohnung erfährt der Helfende stellvertretend durch die Mitfreude, die sich einstellt, wenn die aversive Situation erfolgreich bewältigt wurde. Ähnlich erklären lassen sich weitere prosoziale Verhaltensweisen wie die der Rücksichtnahme und Fürsorge sowie das sich für andere Einsetzen und Schuldgefühle, die aus der Erkenntnis heraus entstehen, Leid verursacht zu haben. Nach Davis (eb.) Ergebnissen korreliert die Facette der Anteilnahme am stärksten mit Gewalttätigkeit und Aggressivität, wohingegen die Fähigkeit zur Perspektivübernahme am stärksten mit sozialer Anpassung und normkonformem Handeln einhergeht. Wird die Anteilnahme zu hoch, kann dies jedoch auch ein gegensätzliches Verhalten motivieren. Wird das Ausmaß der empfundenen Empathie mit einer Person, die sich in einer unangenehmen Situation befindet, zu hoch, dann kann dies zu einer Übererregung beim Beobachter führen, in Folge derer er sich selbst unwohl fühlt. Dieser hohe empathische Distress kann dann zur Folge haben, dass die eigenen unangenehmen

Gefühle gegenüber denen des anderen zunehmend in den Vordergrund treten. In diesem Fall können bei Personen mit geringer Impulskontrolle die starken negativen Gefühle, die entstehen, zu aggressiven Reaktionen führen (Leibetseder et al., 2001). Solche Reaktionen sind dann das Ergebnis einer „empathische Überforderung“, die die Fähigkeit und Bereitschaft zur Anteilnahme und Perspektivübernahme herabsetzt (Hoffmann, 2000). Die Erlebnis-Qualität, die sich in der jeweiligen Situation beim Beobachter einstellt, muss nicht identisch mit derjenigen sein, die das Gegenüber empfindet. Anders als beim Mitleid führen bei der Schadenfreude, dem Sadismus oder der Sensationslust aversive Gefühle des Gegenübers beim empathisch Mitfühlenden zu einem Lustgewinn. Empathie ist dann eine notwendige Bedingung für aggressives Verhalten, da erst das empathische Wissen um das Leid des anderen eine bewusste Absicht zur Schädigung ermöglicht. Dieser Prozess ist allerdings nur für eine geringe Gruppe schwer persönlichkeitsgestörter Gewalttäter relevant.

Trotz der unterschiedlichen empirischen Befunde wird Gewalttätern in der Regel ein Mangel an (Opfer-)Empathie zugeschrieben, der als Prädiktor für gewalttätiges Verhalten dienen kann (Olate, Salas-Wright & Vaughn, 2012). Hosser und Beckurtz (2005) finden in ihrer Untersuchung zu den 4 Facetten der Empathie nach Davis (1983) bei delinquenten Personen geringere Empathiewerte als bei der nichtdelinquenten Kontrollgruppe, und innerhalb der Straftäter die geringste Empathiefähigkeit bei den Gewalttätern. Dieses Defizit wirke bei ihnen im Sinne eines fehlenden protektiven Faktors und befähige sie erst zu ihrem mitleidlosen Verhalten gegenüber den Opfern (Burke, 1999). Bintig (2004) beschreibt in diesem Zusammenhang einen Prozess des Ausblendens des Leides der Opfer, der zu einem eingeschränkten Einfühlungsvermögen der Täter führt. Aus der Forschung an Sexualstraftätern ist bekannt, dass Empathie bei diesen Tätern zielgruppenspezifisch ausgeprägt sein kann, sodass sie durchschnittliche Werte im Bereich der Empathie aufweisen können und nur zielgruppenspezifische Defizite im Sinne einer geringen Empathie für das eigene Opfer (Opferempathie) (Abel et al., 1989). In Übereinstimmung mit diesen Befunden wird von Pithers (1999) die Möglichkeit einer Reduktion der Rückfallrate von Sexualstraftätern durch eine Erhöhung der Empathie beschrieben.

1.4.4 Impulskontrolle und Delinquenz

Die Fähigkeit, die Umwelt zu formen und an die eigenen Bedürfnisse anzupassen (primary control), und die Fähigkeit, sich selbst an bestehende Umweltbedingungen anzupassen (secondary control), sind überlebenswichtige Adaptionsleistungen, die der Mensch im

Laufe der Evolution entwickelt hat. Diese sekundäre Kontrolle innerer Bedürfnisse und des Verhaltens ist die Grundlage einer erfolgreichen Gesellschaft und persönlichen Lebensführung. Erst die Kontrolle innerer Impulse ermöglicht es dem Einzelnen, Ziele und Pläne zu verfolgen, die auf lange Sicht den größeren Nutzen bringen als die unmittelbare Befriedigung kurzfristiger Bedürfnisse. Die Fähigkeit zum Belohnungsaufschub im Dienste höherer Ziele stellt eine kognitiv anspruchsvolle Leistung dar, in der sich Individuen unterscheiden. Dies belegte Walter Mischel schon in den 60-er Jahren mit seinem berühmten „Marshmallow-Test“ (Mischel, 1972) an Vorschulkindern, die auf eine unmittelbare Gratifikation zugunsten einer größeren Belohnung in der Zukunft verzichten sollten. Es wurde also die Fähigkeit getestet, einem augenblicklichen Impuls nicht nachzugeben. Mischel (eb.) belegte auch, dass diejenigen Kinder, die eine höhere Selbstkontrolle zeigten, in ihrem späteren Leben beruflich erfolgreicher waren.

Dass das konsequente Verfolgen von Zielen der Schlüssel zu persönlichem und auch beruflichem Erfolg ist, ist einleuchtend. Die Grundlage hierfür ist das Wissen um persönliche Stärken und Schwächen, die es einer Person erst ermöglicht, realistische Pläne zu schmieden, an denen sie langfristig festhalten kann. Ein solches Selbstmanagement im Sinne einer Impulskontrolle auf hohem Niveau ist eine kognitiv anspruchsvolle Leistung, die leicht scheitern kann. Unrealistische oder unvollständige Zielsetzungen, ein Ungleichgewicht zwischen kurzfristig erreichbaren und längerfristig angelegten Zielen und überhöhte Ängste zu scheitern (geringe Selbstwirksamkeitserwartung) beeinträchtigen ein erfolgreiches Selbstmanagement. Ein solches Scheitern zeigt sich zum Beispiel in einem Verhaltensexzess oder dann, wenn Personen sich eine Verhaltensänderung wünschen, aber in der Realität daran scheitern, diese umzusetzen.

Auch bei verschiedenen psychischen Störungen ist die Fähigkeit zur Selbstkontrolle eingeschränkt. Dies äußert sich u. a. in dem Versagen, einem Trieb oder Impuls zu widerstehen und dem Erleben von Befriedigung während einer Handlung, die im Nachhinein zu Schuldgefühlen oder Reue führt. Prominentes Beispiel hierfür sind stoffgebundene Suchterkrankungen, die als zentrales diagnostisches Kriterium den Kontrollverlust bezüglich des Konsums von Suchtmitteln beinhalten. Die fehlende Kontrolle aggressiver oder gewalttätiger Impulse gilt als eine wichtige Grundlage von Gewaltdelikten (vgl. Gottfredson & Hirschi, 1990). Attraktiv können zum Beispiel die scheinbare Lösung von Problemen, finanzielle Anreize oder das Risiko und die damit verbundene Aufregung sein. (Gewalttätige) Straftaten ermöglichen auch für Personen mit

persönlichen Defiziten unmittelbare Erfolgserlebnisse, da sie oft sehr einfach und schnell durchzuführen sind, ohne dass dafür besondere Fähigkeiten erlernt werden müssen.

Verschiedene Forschungsgruppen untersuchten Faktoren, von denen vermutet wird, dass sie den Zusammenhang zwischen gewalttätigen Handlungen und (fehlender) Impulskontrolle beeinflussen. Sie erbrachten Belege dafür, dass die Reduktion der bewussten Selbst- oder Situationswahrnehmung (Transzendenz), Deindividuationsprozesse in Gruppen, Desensibilisierung durch wiederholte Gewalttaten, Erregungstransfer und der Konsum von Alkohol oder anderen psychoaktiven Substanzen die Fähigkeit zur Selbstkontrolle verringern und somit die Wahrscheinlichkeit des Auftretens und das Ausmaß aggressiven Verhaltens erhöhen können (Mullen, 1987; Katz, 1988; Reicher et al., 1995; Browning, 1992; Zillman, 1993; Beaman, Klentz, Diener & Svanum, 1979).

Es ist zwar denkbar, dass Gewalttäter stärkere aggressive Impulse haben als nichtdelinquente Personen, allerdings spricht einiges dafür, dass ihre Selbstauskünfte Verzerrungen unterliegen, die die empfundenen aggressiven Impulse stärker wirken lassen, als sie tatsächlich sind. Zum einen ist es juristisch strafmindernd, im Sinne einer verminderten Schuldfähigkeit von Personen, die im Affekt handeln. Zum anderen ist es, besonders für Männer, die sich gerne als stark und durchsetzungsfähig sehen, selbstwertdienlich, von einem unbezwingbaren Drang auszugehen, anstatt sich eine Schwäche in Form von fehlender Selbstkontrolle einzugestehen. (Baumeister, Heatherton & Tice, 1994)

Interessant ist auch die Rolle, die Werte und Normen bestimmter Subkulturen spielen können: Baumeister (eb.) stellt die Hypothese auf, dass Personen, die in einem Umfeld aufwachsen, in welchem der Glaube vorherrscht, dass es (fast) unmöglich sei, aggressiven Impulsen zu widerstehen, weniger Energie aufwenden, diese zu kontrollieren, da sie glauben, ihnen gegenüber machtlos zu sein.

1.4.5 Soziale Kompetenz und Jugenddelinquenz

Der Übergang von der Kindheit in das Erwachsenenalter wird begleitet durch eine normative Neuorientierung und bringt Entwicklungsaufgaben mit sich, deren Nichtbewältigung zu adoleszenten Krisen führen kann. In dieser besonderen Phase kann man oft riskantes Verhalten von Jugendlichen und das Austesten von Grenzen beobachten. Auch Grenzüberschreitungen im Sinne von delinquenten Verhalten sind häufig. Nicht ohne Grund steigt im Jugendalter die Häufigkeit von Straftaten deutlich an. Die meisten

Jugendlichen belassen es jedoch bei wenigen Delikten, und dementsprechend sinkt die Häufigkeit von Straffälligkeit im Erwachsenenalter wieder ab.

Lösel & Bliesener (2003) schreiben dazu:

Während bei der jugendtypischen Dissozialität temporäre Entwicklungsprobleme und Einflüsse der Peer-Gruppe die wichtigsten Ursachen sind, gibt es bei der schwerwiegenden und relativ dauerhaften Form wesentlich mehr Risiken. Diese bestehen insbesondere in Lernbedingungen für aggressives und delinquentes Verhalten sowie in Persönlichkeitsdispositionen und deren Wechselwirkung mit sozialen Erfahrungen. (S.10)

Adoleszente Krisen (akute Störungen der Anpassung) können psychopathologisch werden und verhindern, dass sozial kompetentes Verhalten erlernt und gezeigt wird.

Sozial kompetentes Verhalten beinhaltet eine Vielfalt von Fähigkeiten, die dazu dienen, eigene Handlungsziele im Kontext von sozialen Interaktionen mit den Einstellungen und Werten des persönlichen Lebensumfelds zu vereinbaren. Hinsch und Pfingsten (2007), die Urheber des in der vorliegenden Arbeit evaluierten Gruppentrainings sozialer Kompetenzen, definieren sozial kompetentes Verhalten anhand des „langfristig günstigen Verhältnisses von positiven und negativen Konsequenzen für den Handelnden“ durch die „Verfügbarkeit und Anwendung von kognitiven, emotionalen und motorischen Verhaltensweisen in bestimmten sozialen Situationen“. Dabei beinhaltet diese Definition keine moralische Wertung. Ein Verhalten kann auch dann als sozial kompetent gelten, wenn es anderen schadet, solange die Bilanz der Konsequenzen für den Handelnden selbst positiv ist. Um ein solches Verhalten zeigen zu können, müssen Personen sowohl über eine angemessene Situationswahrnehmung als auch über zielführende kognitive, emotionale und motorische Verarbeitungsstrategien verfügen:

Hinsch und Pfingsten (2007) beschreiben fünf Bedingungen sozial inkompetenten Verhaltens: soziale Überforderung, ungünstige Verhaltenskonsequenzen, ungünstige kognitive und emotionale Verarbeitung und ungünstiges motorisches Verhalten. Soziale Überforderung kann durch äußere Umstände, eine ungünstige Lebensplanung (Fehleinschätzung von zukunftsweisenden Entscheidungen) oder Diskrepanzen zwischen dem persönlichen Selbstbild und eigenen Bedürfnissen entstehen. Fehlende Übung und Vorbilder können zu Verhaltensdefiziten führen und Verhalten kann auch verlernt werden,

wenn es über längere Zeit hinweg nicht angewendet wird. Inkompetente Verhaltensgewohnheiten werden verstärkt, wenn sie zum Erfolg führen. Dies gilt z. B. für aggressive oder unsichere Verhaltensmuster, die dann häufiger gezeigt werden. Soziale Angst und Hemmung sowie reale bzw. antizipierte ungünstige Verhaltenskonsequenzen können ebenfalls zu Rückzugstendenzen oder aggressivem Verhalten führen und dadurch die Entstehung fehlender Sozialkompetenz bedingen. Gerade in der Phase der Adoleszenz ist das Selbstwertgefühl oft noch nicht stabil und somit anfällig für negative Rückmeldungen. Gewalttätiges Handeln kann dann eine Möglichkeit sein, ein abgewertetes Selbstbild wiederherzustellen. Erst psychische Stabilität, die eine angstfreie Interaktion mit der Umwelt zulässt, ermöglicht das Lernen und Einüben von sozial kompetenten Verhaltensstrategien, und selbstwertdienliche kognitive Strategien führen zu deren Aufrechterhaltung. Risikofaktoren, die die Wahrscheinlichkeit einer positiven Entwicklung reduzieren, können Belastungen durch Probleme und Stress sein, die kognitive Verarbeitungsressourcen binden können, welche dann anderweitig fehlen und zu sozial unangepasstem Verhalten führen können. Personen benötigen außerdem Selbstvertrauen, um eigene Bedürfnisse zu erkennen und diese angstfrei und eindeutig gegenüber anderen durchzusetzen. „Die Fähigkeit, dies in richtiger Abwägung mit förderlichen und begrenzenden Umgebungsbedingungen und eigenen Ressourcen sowie mittels zweckmäßiger Ausdrucksformen zu tun“, bezeichnen Ullrich de Muynck und Ullrich (1994) als soziale Kompetenz im engeren Sinne. Werden eigene Bedürfnisse nicht durchgesetzt oder fehlen zielführende Verhaltensweisen, so entsteht Unzufriedenheit. Werden eigene Bedürfnisse ohne Rücksicht auf die Umwelt durchgesetzt, dann kommt es zu Konflikten mit dieser. Auch erworbene Selbstbestrafungsgewohnheiten (Missachtung von Selbstlob und Förderung von Selbstbestrafung) können Personen daran hindern, eigene Bedürfnisse durchzusetzen und Ziele zu verfolgen. Und schließlich kann die kognitive Situationswahrnehmung und –verarbeitung von Situationen stark dazu beitragen, sozial inkompetentes Verhalten zu fördern. Probleme können durch eine unzureichende Wahrnehmungsfähigkeit (fehlende Fähigkeit, sich in das Gegenüber einzufügen), mangelndes Kompetenzvertrauen und unangemessene Einstellungen im Sinne von handlungsleitenden starren Lebensregeln entstehen.

Auch persönliche Attributionsstile (Zuschreibungstendenzen) haben einen wesentlichen Einfluss auf kognitive Prozesse. Durch Erfahrungen bilden Personen gewohnheitsmäßige Tendenzen im Hinblick auf die Zuschreibung von Ursachen für bereits eingetretene

Ereignisse aus, die ihre Erwartungen für den Ausgang von Situationen beeinflussen und ihnen helfen, Ereignisse einzuordnen. Diese bedingen unsere Erwartungen bezüglich künftiger Ereignisse und haben wesentlichen Einfluss auf unsere Emotionen, Motivationen und unser Selbstwertgefühl. (Weber & Rammsayer 2012) Zur Klassifikation von Ursachenzuschreibungen in Erfolgs- und Misserfolgssituationen entwarfen Abramson, Seligmann und Teasdale (1978) ein dreidimensionales System und unterschieden dabei nach dem Locus (interne oder externe Ursachen), der Stabilität (stabile oder variable Ursachen) und der Kontrollierbarkeit (kontrollierbare oder unkontrollierbare Ursachen). Der Locus spielt eine Rolle bei motivationalen und leistungsbezogenen Prozessen und bedingt, ob Ereignisse eigenen Anstrengungen und Fähigkeiten oder äußeren Einflüssen (z. B. Zufall) zugeschrieben werden. Die Stabilität der Ursachenzuschreibung beeinflusst das Empfinden darüber, ob Ereignisse sich erneut so abspielen werden oder einen anderen Ausgang nehmen können. Die empfundene Kontrollierbarkeit schließlich bestimmt, wie stark das Gefühl ist, eingreifen zu können. Aus der Kombination der drei Dimensionen ergeben sich acht mögliche Attributionsstile:

- internal stabil kontrollierbar
- external stabil kontrollierbar
- internal stabil unkontrollierbar
- external stabil unkontrollierbar
- internal variabel kontrollierbar
- external variabel kontrollierbar
- internal variabel unkontrollierbar
- external variabel unkontrollierbar.

Attributionsstile können selbstwertdienlich sein, indem sie das Individuum zum Handeln motivieren, positive Ereignisse erkennen und negative Ereignisse auffangen lassen. Sozial kompetentes Verhalten hat dadurch einen engen Zusammenhang zu positiven Attributionsstrategien, dass positive Konsequenzen als persönliche Leistungen anerkannt werden und dadurch ein positives Selbstkonzept entsteht. Erfolge werden dann internal stabil und Misserfolge external variabel erklärt.

Personen mit destruktiven Attributionsstilen hingegen schreiben Erfolge eher dem Zufall (external variabel) und Misserfolge der eigenen Unfähigkeit (internal stabil) zu. Dies kann zur Abnahme aktiver Durchsetzungsversuche (erlernte Hilflosigkeit) und Vermeidungsstrategien führen. Habituelle Attributionen können dadurch einen großen Einfluss auf Emotionen haben: Als grundlegende Emotionen entstehen in

Erfolgssituationen Freude, in Misserfolgssituationen Ärger oder Frustration. Erst durch Zuschreibung von Ursachen können nach Weiners Attributionstheorie (1985) sieben weitere Emotionen hervorgerufen werden: Überraschung entsteht, wenn Erfolge extern, Stolz, wenn sie intern attribuiert werden. In einer Misserfolgssituation hingegen führt eine innere Ursachenzuschreibung zu einer Verringerung des Selbstwerts. Werden externe und kontrollierbare Ursachen für einen Misserfolg verantwortlich gemacht, so entsteht Ärger, wohingegen die Attribution auf unkontrollierbare Ursachen zu Mitleid für den Leidtragenden führt. Schuld und Scham schließlich werden empfunden, wenn die Ursachen als in der eigenen Person liegend gesehen werden, und unterscheiden sich im Ausmaß der empfundenen Kontrollier- oder Unkontrollierbarkeit.

Seligmanns Theorie der erlernten Hilflosigkeit, die er zunächst an Tierexperimenten erforschte und dann auf den Menschen übertrug, beschreibt, wie das wiederholte Erleben von Unkontrollierbarkeit zu Defiziten im künftigen Erleben und Verhalten führen und in Resignation und Depressionen münden kann.

Fehlangepasste Attributionsmuster spielen auch im Zusammenhang mit Straftaten eine wichtige Rolle: Belastungen führen dann zu abweichendem Verhalten, wenn die Ursachenzuschreibung auf andere geschieht (Agnew 2007), und Gewalttäter neigen dazu, dem Opfer die Verantwortung zu übertragen (s.g. victim blaming). (Sheng-feng 2009)

Verschiedene Evaluations-Projekte (u. a. Affeldt 1981; Gagel 1982) belegen, dass sich bei Jugendlichen die Tendenz, Erfolge eher internal als external und Misserfolge eher mangelnder Anstrengung zuzuschreiben, im Anschluss an die Teilnahme am Gruppentraining sozialer Kompetenzen verstärkte.

1.5 Stand der Forschung

Der folgende Abschnitt liefert eine Zusammenfassung der Forschungsergebnisse zu den untersuchten Behandlungsprogrammen und relevanten Konstrukten, welche im vorherigen Abschnitt dargestellt wurden.

Aktuelle internationale Forschungsergebnisse belegen, dass eine deliktorientierte psychotherapeutische Behandlung von Straftätern die Rückfallrate teilweise deutlich senken kann, wenn sie erfolgreich abgeschlossen wird (vgl. u.a. Hanson, Bourgon, Helmus. & Hodgson, 2009; Cortoni, Nunes & Latendresse, 2006; Endrass, Rossegger, Noll & Urbaniok, 2008). Bei diesen Studien wurde jeweils überprüft, ob die Teilnahme an einer Behandlungsmaßnahme Einfluss auf das erneute Begehen einer Straftat hat. Auch Untersuchungen von Sexualstraftätern (Nuhn-Naber et al., 2002; Mac Grath et al., 2003)

und Gewaltstraftätern (Cortoni et al., 2006) belegen die rückfallpräventiven Effekte therapeutischer Interventionen für diese beiden Gruppen.

Wischka veröffentlichte 2013 (b) Befunde zur Wirksamkeit des BPS, die an 320 Sexualstraftätern und Teilnehmern des Programms erhoben wurden. Diese belegen die Eignung des Verfahrens zur Veränderung kriminogener Variablen. Polaschek et al. (2005) finden in ihrer Untersuchung der englischsprachigen Version des BPG (VOTP) eine deutliche Reduktion der Rückfälligkeit der erfolgreich behandelten neuseeländischen Gewalttäter. Kilb und Weidner belegen im Anschluss an die Teilnahme am AAT eine Reduktion der einschlägigen Rückfallhäufigkeit auf 37 Prozent. Belege für die Wirksamkeit des GSK finden sich in verschiedenen Studien für sozial unsichere Erwachsene, Studenten und Jugendliche (Hinsch & Pfingsten, 2007, Brattig, 1997, Pfingsten, 1987, Gagel, 1982, Affeldt, 1981).

Um zu verstehen, wie und welche Interventionen erfolgreich sind, genügt eine reine Betrachtung der Rückfälligkeit als Maß der Erfolgskontrolle nicht. Vergleichende Untersuchungen von Gewalttätern und nichtdelinquenten Personen zeigen, dass es Risikofaktoren für das Begehen von Straftaten gibt. Nach Agnew (2007) führen Belastungen dann zu aggressivem Verhalten, wenn die Ursachenzuschreibung auf andere geschieht. Sheng-feng (2009) fand bei Gewalttätern häufig das sg. *victim blaming*. Pithers (1999) schreibt der Entwicklung von Opferempathie in Therapien mit Sexualdelinquenten eine wichtige Rolle zu und grenzt diese von allgemeiner Empathiefähigkeit ab, die im Gegensatz zur opferspezifischen Empathie bei dieser Klientel häufig nicht defizitär ausgeprägt sei. Er deutet auch die Rolle von Impulskontrolle als protektiven Faktor an. Ebenfalls geringer als bei Gewalttätern scheint bei Missbrauchstätern die Tendenz zu sein, Feindseligkeit nach außen zu zeigen und Kritik offen an anderen Menschen auszuleben. Feindseligkeit scheint bei ihnen eher nach innen gerichtet und selbstbestrafend im Sinne einer erhöhten Selbstaggressivität zu wirken. (Ullrich, 1999)

Die fehlende Kontrolle aggressiver oder gewalttätiger Impulse gilt auch nach Gottfredson & Hirschi (1990) als eine wichtige Grundlage von Gewaltdelikten. In einer Untersuchung von Olate, Salas-Wright und Vaughn (2012) zeigt sich fehlende Empathie bei Hochrisikogruppen als guter Prädiktor für spätere Gewalt und Delinquenz. Schon 2004 hatten Palmeri Sams und Truscott diesen Zusammenhang zwischen Gewalttätigkeit und fehlender Empathie belegt. Fiqia und seine Kollegen berichteten 1987 von erhöhten Werten der Feindseligkeit, Kritikunfähigkeit und defizitären sozialen Fähigkeiten bei den von ihnen untersuchten Gewaltstraftätern. Wallace fand 2004 die höchsten

Delinquenzraten für gewalttätige Delikte bei schizophrenen Patienten mit zusätzlichem Substanzmissbrauch und komorbiden Persönlichkeitsstörungen.

Verringern sich Risikofaktoren im Verlauf einer Behandlung, so ist davon auszugehen, dass sich auch die Wahrscheinlichkeit für das erneute Begehen einer Straftat reduziert. Pithers (1999) und Bintig (2004) belegen übereinstimmend mit dieser Annahme die Reduktion der Rückfallrate von Sexualdelinquenten durch Erhöhung von deren Opferempathie.

Verzerrte Denkmuster, affektive Defizite, gewaltfördernde Kognitionen, sprachliche Defizite, Mangel an (Opfer-)Empathie, geringes Selbstwertgefühl, verminderte Selbstkontrolle, Defizite in der Kommunikation und Zurechnungsfähigkeit, sowie Probleme in sozialen Fähigkeiten, in der Stressbewältigung, im Problemlösen und der Introspektionsfähigkeit sind Risikofaktoren für das Begehen von Gewalttaten (Egan, Kavanagh & Blair, 2005; Fisher, Beech & Browne, 1999; Flanagan & Hayman-White, 2000; Graham, 1993; Marshall & Moulden, 2001; Marshall, Marshall, Sachdev & Kruger, 2003; McGrath, Cann & Konopasky, 1998; Nuhn-Naber, Rehder & Wischka, 2002; Rice, Chaplin, Harris & Coutts, 1994; Tierney & McCabe, 2001; Wahl, 2009; Ward, Hudson & Marshall, 1995).

Verschiedene Evaluations-Projekte (u. a. Affeldt 1981; Gagel 1982) belegen, dass sich bei Jugendlichen die Tendenz, Erfolge eher internal als external und Misserfolge eher mangelnder Anstrengung zuzuschreiben, im Anschluss an die Teilnahme am Gruppentraining sozialer Kompetenzen, verstärkt.

Burschyk et al (1997) sowie Schnanzenbäcker (2003) fanden bei den Teilnehmern ihrer Untersuchungen im Anschluss an die Teilnahme am AAT eine Verringerung der Erregbarkeit und Erhöhung der Aggressionshemmung, erhoben durch den Fragebogen zu Aggressivitätsfaktoren (FAF).

Die empirische Wirksamkeit des VOTP wurde in verschiedenen Studien erforscht. Bei den Teilnehmern am VOTP zeigte sich nach Beendigung der Behandlung eine Reduktion der berichteten Aggression und des kriminellen Denkens sowie eine Erhöhung des Einfühlungsvermögens, der Empathie und der Fähigkeit zur Ärgerregulierung (Bryan & Day, 2006; North, 2008; Dunne, 2006; Kennedy, 2006 zitiert nach Ware, Cieplucha & Matsuo, 2011)

Nach Beendigung der Therapie mit dem BPS zeigte sich nach Wischka und seinen Kollegen (eb.) weiterhin eine statistisch signifikante Zunahme der Werte für Extraversion, Unabhängigkeit, Unnachgiebigkeit, emotionale Stabilität, Regelbewusstsein,

Selbstkontrolle, Opferempathie und soziale Kompetenz. Signifikante Abnahmen zeigten sich in derselben Studie für die Wachsamkeit, Abgehobenheit, Privatheit, Besorgtheit, Selbstgenügsamkeit, Ängstlichkeit und Anspannung.

Ausgehend von den beschriebenen Befunden werden in der vorliegenden Arbeit die Konstrukte Aggressivität, (Opfer-)empathie, Impulskontrolle, seelische Gesundheit und Persönlichkeitsstörungen sowie soziale Kompetenz untersucht.

1.6 Ziel, Fragestellung und Hypothesen

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Beschreibung der Gefangenen, die an den Behandlungsmaßnahmen teilnahmen, die Beschreibung der Behandlungsprojekte und die Ermittlung von Projektwirkungen. Es wurden Merkmale erhoben, die mit der Delinquenz im Zusammenhang stehen und deren Veränderung durch die Behandlung angestrebt wurde. Insbesondere wurden die folgenden Merkmale untersucht: Aggressivität, (Opfer-) Empathie, seelische Gesundheit, Verhaltenskontrolle, soziale Unsicherheit, Problembelastung und habitueller Attributionsstil. Es wird untersucht, ob sich protektive Faktoren bezüglich des Begehens von Gewalt- und Sexualstraftaten im Therapieverlauf verstärken und Risikofaktoren geringer werden.

Ein direkter Vergleich der Programme ist nicht sinnvoll, da sich die Probandengruppen und die Therapieprogramme in den einzelnen Justizvollzugsanstalten stark voneinander unterscheiden. Deswegen wurden Veränderungen für die einzelnen Abteilungen getrennt voneinander untersucht und unterschiedliche Hypothesen für die Gruppen der Gewaltstraftäter (JVA Bruchsal, JVA Heilbronn, JVA Heimsheim, JVA Offenburg), für die Gruppe der Sexualstraftäter (JVA Mannheim) und die der jungen Straftäter (JVA Adelsheim) aufgestellt. Diese sind im Folgenden dargestellt:

1. Für die Gruppen der Gewaltstraftäter findet sich anhand der Selbstauskünfte im Verlauf der Behandlung:
 - 1.1. Eine Reduktion der destruktiven Aggressivität.
Die Operationalisierung erfolgt über die Facetten des Kurzfragebogens zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren (K-FAF, Heubrock & Petermann, 2008).
 - 1.2. Eine Erhöhung der Empathiefähigkeit im Allgemeinen und insbesondere gegenüber dem eigenen Opfer.
Die Operationalisierung erfolgt über die Facetten Empathie und Perspektivübernahme des Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogens (SPF,

Paulus, 2009) und die drei Facetten des Opferempathie-Fragebogens (OEF, Eckardt & Hosser, 2005).

- 1.3. Eine Verbesserung verschiedener Aspekte der Seelischen Gesundheit.
Die Operationalisierung erfolgt über die drei Facetten: Seelische Gesundheit, Beschwerdefreiheit/Nervosität und Selbstwertgefühl des Trierer Persönlichkeitsfragebogens (TPF, Becker, 1989) und eine Facette des SPFs (Stress).
- 1.4. Eine Erhöhung der Verhaltenskontrolle.
Die Operationalisierung erfolgt über die Facette Verhaltenskontrolle des TPFs.
2. Für die Gruppe der Sexualstraftäter findet sich anhand der Selbstauskünfte im Verlauf der Behandlung:
 - 2.1. Eine Reduktion der Selbstaggressivität und Erregbarkeit sowie eine Zunahme der nach außen gerichteten (sozial sanktionierten) Aggressivität und Aggressionshemmung.
Die Operationalisierung erfolgt über die Facetten des K-FAFs (, Heubrock und Petermann, 2008).
 - 2.2. Eine Erhöhung der Opferempathie.
Die Operationalisierung erfolgt über die drei Facetten des OEFs.
 - 2.3. Eine Verbesserung verschiedener Aspekte der Seelischen Gesundheit. Die Operationalisierung erfolgt über drei Facetten des TPFs (Seelische Gesundheit, Beschwerdefreiheit/Nervosität, Selbstwertgefühl) und eine Facette des SPFs (Stress).
 - 2.4. Eine Erhöhung der Verhaltenskontrolle.
Die Operationalisierung erfolgt über die Facette Verhaltenskontrolle des TPFs.
3. Für die Gruppe der jungen Straftäter findet sich anhand der Selbstauskünfte im Verlauf der Behandlung:
 - 3.1. Eine Reduktion der Problembelastung.
Die Operationalisierung erfolgt über die Facetten des Problemfragebogens (Sander & Lück, 1974).
 - 3.2. eine Reduktion der sozialen Unsicherheit.
Die Operationalisierung erfolgt über die Facetten des Unsicherheitsfragebogens (Ullrich de Muynck & Ullrich, 1994).

- 3.2.1. Eine Verbesserung des habituellen Attributionstils im Sinne von selbstwertdienlicheren Attributionsmustern.

Die Operationalisierung erfolgt über die Facetten des Fragebogens zur Erfassung von Attributionsgewohnheiten in Erfolgs-/Misserfolgssituationen (IE-SV-F, Dormann & Hinsch, 1981). Erwartet werden Erhöhungen von IS+ (internal stabile Attribution in Erfolgssituationen), IV+(internal variable Attribution in Erfolgssituationen), IV- (internal variable Attribution in Misserfolgssituationen), ES- (external stabile Attribution in Misserfolgssituationen) und EV- (external variable Attribution in Misserfolgssituationen) und eine Reduktion von ES+ (external stabile Attribution in Erfolgssituationen), EV+ (external variable Attribution in Erfolgssituationen) und IS- (internal stabile Attribution in Misserfolgssituationen).

Es soll zusätzlich überprüft werden, ob Therapieprogramme für Straftäter im Strafvollzug dazu in der Lage sind, Veränderungen bezüglich der diagnostischen Kriterien für Persönlichkeitsstörungen zu bewirken. Dafür werden die Daten der Behandlungsabteilungen der JVA's Bruchsal, Heilbronn, Heimsheim, Mannheim und Offenburg gemeinsam untersucht. Aus dieser Fragestellung ergibt sich folgende Hypothese:

4. Für die Gesamtgruppe der erwachsenen Straftäter findet sich anhand des klinischen Eindrucks der Evaluatorsin

Eine Reduktion der diagnostischen Symptome für Persönlichkeitsstörungen.

Die Operationalisierung erfolgt anhand der Diagnose-Scores des Strukturierten Klinischen Interviews für Persönlichkeitsstörungen (SKID II, Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997).

2 Methoden

Im folgenden Teil dieser Arbeit werden der Untersuchungsaufbau, die verwendeten Instrumente, die untersuchte Stichprobe und die verwendeten Auswertungsmethoden beschrieben.

2.1 Durchführung der Untersuchung und verwendete Messinstrumente

Von März 2010 bis August 2014 wurden im Rahmen eines Projekts des Psychologischen Instituts (Prof. Dr. Peter Fiedler) und des Instituts für Kriminologie (Prof. Dr. Dieter Dölling) der Universität Heidelberg in den Justizvollzugsanstalten Adelsheim, Bruchsal, Heilbronn, Heimsheim, Mannheim und Offenburg insgesamt 136 Gefangene untersucht. Die Untersuchung wurde zunächst von Dipl. Psych. Farina Morawietz durchgeführt. Ab Februar 2012 übernahm die Verfasserin die Evaluation.

Um die aufgestellten Hypothesen zu überprüfen, wurden die interessierenden Variablen zu drei verschiedenen Messzeitpunkten (T1 vor Beginn, T2 im Verlauf und T3 nach Beendigung der Therapie) erhoben. Die Merkmale wurden mit den folgenden Instrumenten erfasst:

(Opfer-)Empathie durch den Opferempathie-Fragebogen (OEF, Eckardt & Hosser 2005) und den Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen (SPF, Paulus 2009), Aggressivität durch den Kurzfragebogen zu Aggressivitätsfaktoren (K-FAF, Heubrock & Petermann 2008), seelische Gesundheit durch das strukturierte klinische Interview für Persönlichkeitsstörungen (SKID II, Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997) und den Trierer Persönlichkeitsfragebogen (TPF, Becker, 1989), Verhaltenskontrolle ebenfalls durch den Trierer Persönlichkeitsfragebogen, Problembelastung durch den Problemfragebogen (Sander & Lück, 1974), soziale Unsicherheiten durch den Unsicherheitsfragebogen (U-Fragebogen, Ullrich de Muynck & Ullrich, 1994) und der Attributionsstil durch den Fragebogen zur Erfassung von Attribuierungsgewohnheiten in Erfolgs- und Mißerfolgssituationen (IESV, Dorrman & Hinsch, 1981).

Vor Beginn der Testung wurden die Probanden über den Zweck der Untersuchung informiert und hatten die Gelegenheit, Fragen zu stellen, bevor sie die Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Untersuchung und die Einsicht in die Gefangenenpersonalakten unterschrieben. Zusätzlich erhielten sie eine Erklärung zur Schweigepflicht der Interviewerin und der (Pseudo-)Anonymisierung ihrer Daten. Dies diente zum einen der Information der Probanden und zum anderen dazu, eine mögliche

Verzerrung der Daten durch sozial erwünschte Antworten zu reduzieren. Alle Probanden unterschrieben eine Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Untersuchung und der Verwendung ihrer Daten. Als Aufwandsentschädigung erhielten die Probanden für jede Testung 15 Euro.

In den Behandlungsabteilungen in Offenburg, Heimsheim, Mannheim, Bruchsal und Heilbronn wurden einmalig als Gruppentest die zwei Untertests „Analogien“ und „Matrizen“ des Intelligenz-Struktur-Tests 2000 R (I-S-T 2000 R) von Liepmann, Beauducel, Brocke und Amthauer (2007) durchgeführt. Zur Beschreibung der untersuchten Probanden wurde eine Basisdokumentation (BADO) durchgeführt (u. a. Informationen zum soziodemografischen Hintergrund, zum familiären Hintergrund, zu früheren Störungen oder Erkrankungen, zur Entwicklung der Sexualität, zu Störungen der Sexualität, zu den kriminologischen Daten vor der aktuellen Inhaftierung, zu den Daten des aktuellen Delikts, zu den Tatmerkmalen, zu den Opfermerkmalen und zu den Vollstreckungsdaten). Bei dieser Basisdokumentation handelt es sich um eine Überarbeitung eines Instruments der psychotherapeutischen Ambulanz für Sexualstraftäter der Bewährungshilfe Stuttgart e.V.. Zu T1 und T3 wurden die Teilnehmer einzeln mit dem SKID II (Fydrich et al. 1997) interviewt und füllten den Kurzfragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren, den Opferempathie-Fragebogen, den Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen und den Trierer Persönlichkeitsfragebogen aus. Um zu gewährleisten, dass die Probanden die Fragen selbstständig beantworteten, erfolgte die Testung entweder unter Aufsicht der Interviewerin oder in der jeweiligen Einzelzelle. Zu jeder Zeit hatten die Gefangenen die Möglichkeit, Fragen zu stellen und mögliche Verständnisprobleme zu klären. Zu T2 wurde eine reduzierte Form der Testung mit folgenden Fragebögen durchgeführt: K-FAF, OE-F, SPF, TPF.

Aufgrund der Kürze des in Adelsheim durchgeführten Gruppentrainings sozialer Kompetenzen (GSK, Hinsch & Pfingsten 2007) gab es dort nur zwei Testzeitpunkte (T1 vor Beginn und T2 nach Ende des Programms). Es wurden diejenigen Fragebögen verwendet, die von den Autoren zur Evaluation des Behandlungserfolgs empfohlen werden. In einer Gruppentestung wurden das subjektive Gefallen des Programms (Feedbackbogen, Hinsch & Pfingsten, 2007), soziale Unsicherheit (Unsicherheits-Fragebogen), das Ausmaß der psychischen Belastung (Problemfragebogen) und Attributionsgewohnheiten in Erfolgs-/Misserfolgssituationen (IE-SV-F) erfasst.

2.2 Beschreibung der verwendeten Instrumente

Der folgende Abschnitt gibt einen Überblick zu den verwendeten Instrumenten und ihren Gütekriterien. Da die Rohwerte der erhobene Daten aller Verfahren, mit Ausnahme der Ergebnisse des I-S-T 2000 R (Liepmann et al. 2007), hinreichende Aussagen über eine mögliche Veränderung ermöglichen, wurde bei der Auswertung auf eine Transformation in Standardwerte verzichtet. Aus diesem Grund wird bei den anderen Verfahren nicht auf mögliche Transformationen der Messwerte eingegangen.

2.2.1 Basisdokumentation (BADO)

In einer Basisdokumentation (BADO) wurden u. a. Informationen zum soziodemografischen Hintergrund, zum familiären Hintergrund, zu den kriminologischen Daten vor der aktuellen Inhaftierung, zu den Daten des aktuellen Delikts, zu den Tatmerkmalen, zu den Opfermerkmalen, zu den Vollstreckungsdaten und zur Motivation zur Therapie in der JVA sowie die Eingangsdiagnosen erhoben (s. Anhang). Da die BADO zur Erhebung und Analyse qualitativer Daten der Stichprobenbeschreibung dient, wurde für sie auf die Untersuchungen der Gütekriterien verzichtet.

2.2.2 Intelligenz-Struktur-Tests 2000 R

Der Intelligenz-Struktur-Test 2000 R (I-S-T 2000 R) von Liepmann et al. (2007) erfasst als Leistungstest verschiedene grundlegende Intelligenzkomponenten von Erwachsenen und Jugendlichen ab 15 Jahren und kann sowohl als Einzel- als auch als Gruppentest durchgeführt werden. Das Grundmodul dient der Testung der fluiden Intelligenz mit den Facetten „verbale“, „numerische“ und „figurale Intelligenz“ sowie der „Merkfähigkeit“ und dem „schlussfolgernden Denken“. Ein Erweiterungsmodul erfasst die Fähigkeit zum „schlussfolgernden Denken“ und den „Wissenserwerb“, bezogen auf unseren Kulturkreis („kristalline Intelligenz“). Für das Grundmodul wird neben den Parallelformen A und B, bei denen lediglich die Reihenfolge der Fragen verändert wurde, auch eine Form C angeboten, bei der mit anderen Fragen vom gleichen Typ und Schwierigkeitsgrad gearbeitet wird. Es beinhaltet die neun Aufgabengruppen „Satzergänzung“, „Analogien“, „Gemeinsamkeiten“, „Rechenaufgaben“, „Zahlenreihe“, „Rechenzeichen“, „Figurenauswahl“, „Würfelaufgaben“ und „Matrizen“, die jeweils aus 20 Aufgaben bestehen.

Für die vorliegende Arbeit wurden die Aufgabengruppen Analogien und Matrizen der Form A ausgewählt, um eine ungefähre Einschätzung der sprachlichen und figuralen Intelligenz der Probanden vorzunehmen. Für den sprachlichen Test werden jeweils zwei Begriffe vorgegeben, die in einer bestimmten Beziehung zueinander stehen. Für einen dritten Begriff soll dann aus fünf Antwortmöglichkeiten diejenige ausgewählt werden, die zu diesem in einer ähnlichen Beziehung steht. Für den figuralen Teil werden Figurenanordnungen vorgegeben. Durch das Erkennen der zugrundeliegenden Regel soll die regelkonforme Lösung aus den angebotenen Auswahlfiguren gewählt werden.

Zur Validierung des Tests führten die Autoren eine konfirmatorische Faktorenanalyse (LISREL 8) durch, die die drei Skalen der verbalen, numerischen und figuralen Subtests bestätigte. Dabei lud die Aufgabengruppe „Analogien“ mit .81 auf den Faktor „verbal“ und die Aufgabengruppe „Matrizen“ mit .46 auf den Faktor „figural“.

Für Konstruktvalidität sprechen hohe Korrelationen mit drei konvergenten Tests. Die diskriminante Validität wird durch niedrige Korrelationen mit einem Wortschatztest (MWT-B) und einem Konzentrationstest (D2) belegt. Die Korrelationen zwischen den Skalen des Grundmoduls und Schulnoten folgen dem zu erwartenden Muster.

Präzise Anweisungen sowie standardisierte Test- und Auswertungsmaterialien in Form von Schablonen gewährleisteten eine hohe Durchführungs- und Auswertungsobjektivität.

Zur Auswertung der Ergebnisse liegen getrennte Normtabellen für Gymnasiasten und Nichtgymnasiasten sowie eine Trennung nach Alterskohorten vor, die an einer Stichprobe von 3484 Probanden geeicht wurde. Dies gewährleistet eine hohe Interpretationsobjektivität.

Bezüglich der Reliabilität ihres Tests machen die Autoren Angaben zur internen Konsistenz: Für die Aufgabengruppe „Analogien“ berichten sie: Cronbachs $\alpha = .75$, Split-half-Koeffizient = .75 und Kendalls $\tau = -.93$. (Lipmann et al., 2007, S. 25) Für die Aufgabengruppe „Matrizen“ machen sie die folgenden Angaben: Cronbachs $\alpha = .72$, Split-half-Koeffizient = .75 und Kendalls $\tau = -.90$. (eb., S. 31)

2.2.3 Feedbackbogen

Der Feedbackbogen (Hinsch & Pflingsten 2007) des Gruppentrainings sozialer Kompetenzen erhebt die subjektive Zufriedenheit der Teilnehmer mit der Maßnahme nach Beendigung des Trainings. Erfragt werden die Zufriedenheit mit dem Training (1 = „sehr zufrieden“ bis 5 = „sehr unzufrieden“), das Ausmaß der Verhaltens- oder Einstellungsänderung (1 = „sehr stark“ bis 5 = „gar nicht“), die Vergrößerung der

Zufriedenheit mit sich selbst und der Selbstsicherheit (1 = “stimmt genau“ bis 5 = “stimmt gar nicht“) und ob die Teilnehmer das Training weiterempfehlen würden (1 = “ganz bestimmt“; 2 = “vielleicht“; 3 = “nein“). Insbesondere Frage 3 (Vergrößerung der Zufriedenheit mit sich selbst) und Frage 5 (Weiterempfehlung des Trainings) sollen laut Hinsch und Pfingsten (eb.) „relativ gute Vorhersagen darüber erlauben, ob die therapeutischen Veränderungen längerfristig erhalten bleiben“ (S.213)

2.2.4 Unsicherheits-Fragebogen

Ullrich de Muynck und Ullrich (1994) entwickelten den Unsicherheitsfragebogen als Evaluationsinstrument im Rahmen ihres sozialen Kompetenztrainings. Er wurde mit dem expliziten Ziel der Messung von Veränderungen entworfen. Die Autoren definieren Selbstunsicherheit durch ein Übermaß an „fehlender Selbstakzeptierung und niedriger Selbstwertschätzung“, „sozialer Angst und Hemmung“ und „defizitäre soziale Fertigkeiten“ oder einen „Mangel an komplexen sozialen Fähigkeiten“. Der Unsicherheitsfragebogen besteht aus 65 Items, die von den Probanden auf einer 6-stufigen Skala (0 = „stimmt gar nicht“ bis 5 = „stimmt vollkommen“) bewertet werden. Dabei sind nur die Endpunkte der Skala benannt. Nach der Auswertung ergeben sich die sechs Skalen: „Fehlschlag- und Kritikangst“ (Angst vor Blamage, Kritik, öffentlicher Beachtung und Hilflosigkeit), „Kontaktangst“ (Schüchternheit, Zuneigung nicht äußern können, Ängste vor Verpflichtung, Abhängigkeit, emotionale Befangenheit im Kontakt), „Fordern können“ (Fähigkeit, Forderungen zu stellen und diese durchzusetzen, Selbstsicherheit, Entscheidungsfreude), „Nicht nein sagen können“ (übergroße Nachgiebigkeit gegenüber Anforderungen, Ärger lieber schlucken als offen äußern), „übertriebene Anständigkeit“ (überhöfliche Beachtung von Normen und übergroße Peinlichkeit im Hinblick auf mögliche Verletzung solcher Anstandsregeln) und „Schuldgefühle, wenn materielle Ansprüche anderer, besonders bedürftiger oder zuvorkommender Menschen nicht erfüllt werden können“. (Hinsch & Pfingsten, 2002, S. 209). Heidenreich und Stangier bewerten den Fragebogen wie folgt: „Die Subskalen weisen hohe innere Konsistenzen sowie befriedigende Test-Retest-Reliabilitäten auf, die konkurrente und prädiktive Validität des Verfahrens kann als gesichert gelten.“ (2002a, S.74)

2.2.5 Problemfragebogen

Der Problemfragebogen (Hinsch und Pfingsten, 2007, nach Sander & Lück, 1974) erhebt anhand von 40 Items das subjektive Ausmaß an psychischen und somatischen Beschwerden im motivationalen, depressiv-vegetativen und psychosozialen Bereich. Das Erhebungsinstrument wurde ursprünglich als SSP (Skala zur Messung von studentischen Problemen; Sander & Lück 1974) bekannt. Hinsch und Pfingsten kürzten diese Skala und modifizierten einige der Items, sodass der Problemfragebogen entstand, der nicht mehr spezifisch studentische, sondern allgemeine Beschwerden erfassen soll. Die Probanden geben anhand einer fünfstufigen Skala (1 = „überhaupt nicht“ bis 5 = „sehr stark“) an, in welchem Ausmaß sie in der letzten Zeit bestimmte Schwierigkeiten, Gedanken, Probleme und Gefühle empfunden haben. Durch Aufsummierung der Item-Antworten erhält man die Skalenwerte für die drei Subskalen „motivationale Probleme“, „vegetativ/depressive Probleme“ und „psychosoziale Probleme“.

2.2.6 IE-SV-F

Der Fragebogen zur Erfassung von Attributionsgewohnheiten in Erfolgs- und Misserfolgssituationen (IE-SV-F, Dorrman & Hinsch 1981, S. 360-378) erhebt anhand von Selbstauskünften der Probanden, welchen Kausalattributionen Ereignisse bevorzugt zugeschrieben werden. Dafür wird erfasst, auf welchen Lokus (internal oder external) und wie stabil oder variabel Erfolge und Misserfolge attribuiert werden. Anreiz zu handeln hat eine Person erst dann, wenn sie eine internale Ursache annimmt, die sie beeinflussen kann. Nur dann wird sie motiviert sein zu agieren und sich mehr anstrengen. Pfingsten zeigte, dass Teilnehmer des GSK eine Erhöhung der internalen Attributionstendenzen erfuhren (Pfingsten 1987, S. 55 – 57).

Die Auswertung der gemessenen Werte ermöglicht die Unterscheidung zwischen selbstwertdienlichen und selbstwertverringenden Attributionstendenzen.

Um selbstwertdienliche Effekte zu bewirken, müssen Ereignisse, die auf internale Ursachen zurückgeführt werden, positiv sein. Dann können Erfolge auf eigene Anstrengungen oder Begabung zurückgeführt werden und das Selbstbild verbessern. Erfolge sollten dafür tendenziell internal („IS+“; „IV+“) attribuiert werden und als stabil erlebt werden. Misserfolge sollten hingegen eher internal variabel („IV-“), z. B. auf mangelnde Anstrengung, oder external („EV-“; „ES-“) attribuiert werden.

Negativ für den Selbstwert sind hingegen die Attribution von Erfolg auf externale, stabile Faktoren („ES+“), die Attribution von Erfolg auf externale, variable Faktoren („EV+“) und die Attribution von Misserfolg auf internale, stabile Faktoren („IS-“).

2.2.7 Kurzfragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren

Der Kurzfragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren (K-FAF) von Heubrock und Petermann (2008) erfasst mit über 49 Items verschiedene Facetten der Bereitschaft zu aggressivem Verhalten, die zu den fünf Skalen „Spontane Aggressivität“ (11 Items), „Reaktive Aggressivität“ (12 Items), „Erregbarkeit“ (10 Items), „Selbstaggressivität“ (9 Items) und „Aggressionshemmung“ (7 Items) zusammengefasst werden können. Als zusätzliches Maß für die nach außen gerichtete Aggressivität dient der Summenwert der drei erstgenannten Skalen („Summe der Aggressivität“). Die Items sind als „Ich-Aussagen“ formuliert und werden von den Probanden auf einer sechsstufigen, bipolar verankerten Likertskala, die von "trifft überhaupt nicht zu" bis "trifft voll und ganz zu" reicht, bewertet. Die standardisierte Durchführung anhand der Testinstruktion und die Auswertung mittels der vorgegebenen Auswertungsschablonen führen zu einer hohen Durchführungs- und Auswertungsobjektivität des Tests.

Die Ergebnisse können anhand der gegebenen Normtabellen der Referenzstichprobe eingeordnet werden. Die Vergleichswerte wurden an 397 gesunden, nicht delinquenten Personen erhoben. Um einen Vergleich mit aggressiv-delinquenten Personen zu ermöglichen, haben die Autoren auch aus dieser Population eine Stichprobe (N=60) gezogen und berichten dazu Mittelwerte und Standardabweichungen der verschiedenen Subskalen. Diese beiden Stichproben wurden zur Konstrukt-Validierung genutzt. Die Ergebnisse einer univariaten Varianzanalyse bestätigen für alle Subskalen und die „Summe der Aggressivität“ signifikante Gruppenunterschiede, die zwischen einer nicht-aggressiven und einer delinquent-aggressiven Stichprobe diskriminieren. Diese Diskriminationsfähigkeit spricht für die interne Validität des Messinstruments. Um die Zuverlässigkeit des Fragebogens zu belegen, berechneten die Autoren mit Cronbachs Alpha die internen Konsistenzen der Skalen. Diese liegen zwischen $\alpha = 0,55$ („Aggressionshemmung“) und $\alpha = 0,89$ („Summe der Aggressivität“). (Heubrock & Petermann, 2008, S.16)

2.2.8 Opferempathie-Fragebogen

Der Opferempathie-Fragebogen (OE-F) von Eckardt & Hosser (2005) wurde von den Autorinnen im Rahmen einer Untersuchung zu angenommenen Empathiedefiziten bei Sexualstraftätern entwickelt. Sie kommen zu dem Schluss, dass der Fragebogen dazu geeignet sei, „Unterschiede bezüglich der Opferempathie zwischen Sexualstraftätern und anderen Personengruppen nachzuweisen“ (S. 219). Das Instrument erfasst die Fähigkeiten zur Perspektivübernahme und Emotionswahrnehmung.

Der Fragebogen besteht aus zwei Fallvignetten („fiktives Sexualdelikt“ und „fiktives Gewaltdelikt“) und drei Mal 24 Items. Der Proband wird aufgefordert, sich zunächst in ein fiktives Opfer eines Sexualdelikts, danach in das fiktive Opfer eines Gewaltdelikts und schließlich in sein eigenes Opfer hineinzusetzen. Die 24 Fragen beziehen sich auf den emotionalen Zustand des Opfers und die Veränderungen, die sich in verschiedenen Lebensbereichen nach der Opferwerdung ergeben haben. Die Beantwortung erfolgt nach dem Grad der Zustimmung auf einer 4-stufigen Likert-Skala (1 = „trifft gar nicht zu“; 4 = „trifft völlig zu“).

Durch Addition der Antwortwerte ergeben sich drei Skalenwerte: „Empathie für fiktives Sexualopfer“, „Empathie für fiktives Gewaltopfer“, „Empathie für eigenes Opfer“. Da das Item Nr. 9 („Das Opfer konnte schnell vergessen, was passiert war“) gegensätzlich zu den anderen Items gepolt ist, ergibt sich ein Wert von 93 Punkten bei maximaler Zustimmung zu allen Items bezogen auf das Leiden des Opfers (hohe Empathie).

Da sich die von den Autorinnen angenommene faktorielle Teilstruktur nicht für alle Skalen replizieren ließ, plädieren sie für die Interpretation der drei Gesamtscores. Deren interne Konsistenzen bewerten sie als sehr gut (OE-„Sexualdelikt“ mit $\alpha = 0,90$ und OE-„Eigenes Delikt“ mit $\alpha = 0,95$) und gut (OE-„Gewaltdelikt“ mit $\alpha = 0,86$). (Eckardt & Hosser, 2005, S. 225).

2.2.9 Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen

Der englische Interpersonal Reactivity Index (IRI) wurde von Paulus nach mehrfacher Überarbeitung aufgrund von faktorenanalytischen Ergebnissen in die deutsche Fassung als Saarbrücker Persönlichkeitsfragen (SPF, Paulus, 2009) (IRI) übersetzt und online zur Verfügung gestellt. Über je viermal 4 Items wird Empathie mit den Subskalen „*empathy*“ (Empathie), *fantasy* (Fantasie), *perspective taking* (Perspektivenübernahme) und *distress* (Stress) gemessen. Die Beantwortung der positiv formulierten Items erfolgt auf einer 5-

stufigen Skala (1 = "trifft gar nicht zu"; 5 = "trifft sehr gut zu"), sodass durch Addition einfache Summenscores gebildet werden können.

Die interne Konsistenz (Cronbachs α) der einzelnen Subscores liegen bei $\alpha = .66$ für die Skala „Stress“, $\alpha = .71$ für „Empathie“ und „Perspektivübernahme“ und $\alpha = .74$ für „Fantasie“ und liegen somit im akzeptablen Bereich. (Paulus, 2009, S.5) Zur Validierung der externen Validität seines Tests führt Paulus die mittleren bis hohen Korrelationen mit anderen Tests zur Messung von Empathie und Selbsteinschätzungen von Probanden an. (eb. S. 8)

2.2.10 Trierer Persönlichkeitsfragebogen

Der Trierer Persönlichkeitsfragebogen von Becker (TPF, 1989) misst zwei sog. „Superfaktoren“ der Persönlichkeit, die mittels Faktorenanalyse ermittelt wurden und einen Großteil der Varianz erklären konnten: Die Fähigkeit zur Bewältigung externer und interner Anforderungen (Seelische Gesundheit) und die Verhaltenskontrolle (u. a. Besonnenheit, Vorsicht, Ordnungsstreben vs. Impulsivität, Überschwänglichkeit und Risikofreude). Zusätzlich werden weitere Skalen aus den Konstrukten „Seelisch-körperliches Wohlbefinden“, „Selbstaktualisierung“ und „Selbst- und fremdbezogene Wertschätzung“ erfasst. Insgesamt werden mit den 120 Items die folgenden neun Unterskalen erfasst (Becker, 1989, S. 15):

2 „ Superfaktoren“

Verhaltenskontrolle (VK)

Seelische Gesundheit (SG)

3 Skalen aus dem Bereich des seelisch-körperlichen Wohlbefindens

Sinnerfülltheit vs. Depressivität (SE)

Selbstvergessenheit vs. Selbstzentrierung SV

Beschwerdefreiheit vs. Nervosität (BF)

2 Skalen aus dem Bereich der Selbstaktualisierung

Expansivität (EX)

Autonomie (AU)

2 Skalen aus dem Bereich der selbst- und fremdbezogenen Wertschätzung

Selbstwertgefühl (SW)

Liebesfähigkeit (LF).

Die Beantwortung der Items erfolgt anhand einer vierstufigen Likertskala (1 = "nie", 2 = "manchmal", 3 = "oft", 4 = "immer"). Für die Auswertung werden einige Items umgepolt und dann zu den einzelnen Skalen addiert.

Zur Reliabilitätstestung berechnete der Autor für mehrere Stichproben die internen Konsistenzen der Skalen. Für die Eichstichprobe ergaben sich Werte von $\alpha = .77$ bis $\alpha = .91$ ($N = 961$). Zusätzlich wurden auch die Retestreliabilitäten für einen Zeitraum von elf Monaten erfasst. Diese betragen zwischen $r_{tt} = .69$ und $r_{tt} = .78$ ($N = 164$). (S. 60)

Zur Überprüfung möglicher Retesteffekte, untersuchten Beßlich und Becker (1988) eine Gruppe von Triathleten ($N=133$) zwei Mal im Abstand von 11 Monaten und fanden für keine der neun Skalen signifikanten Mittelwertsveränderungen. Dieser Befund deutet darauf hin, dass bei mehrmaliger Testung keine Retesteffekte zu erwarten sind.

Zur Validierung des Tests führte der Autor eine konfirmatorische Faktorenanalyse durch, die die beiden Faktoren „seelische Gesundheit“ und „Verhaltenskontrolle“ bestätigte. Die externe Validität sehen die Autoren durch Vergleiche mit anderen Verfahren und die daraus resultierenden Interkorrelationen der vergleichbaren Skalen als bestätigt an. (eb. S. 61)

2.2.11 Strukturiertes klinisches Interview für Persönlichkeitsstörungen

Das strukturierte klinische Interview für DSM-IV-Achse II: Persönlichkeitsstörungen (SKID II) ermöglicht die Diagnostik der zehn auf Achse II sowie von zwei im Anhang des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-IV, American Psychiatric Association, 2013; deutsche Version von Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997, S. 3) aufgeführten Persönlichkeitsstörungen.“ Vor der Durchführung des Interviews wird ein Screeningfragebogen eingesetzt, der die Kriterien des DSM-IV für Persönlichkeitsstörungen abfragt. Der Interviewer erörtert im zweiten Teil der Testung dann lediglich diejenigen der 117 Items, die im Screening auffällig wurden und trifft eine klinische Entscheidung darüber, ob das jeweilige Kriterium erfüllt ist anhand von vier Antwortmöglichkeiten (1 = Kriterium nicht erfüllt, 2 = Kriterium teilweise (oder unterschwellig) erfüllt, 3 = Kriterium erfüllt, ? = Information nicht ausreichend). Die Summe der Antwortwerte ergibt einen dimensional SKID-II-Score (D-Score). Sind nicht genügend Informationen zur Beurteilung eines Items vorhanden, wird es als „Kriterium nicht erfüllt“ gewertet. Die Anzahl der erfüllten Kriterien gibt Aufschluss darüber, ob der Cut-Off-Wert für das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung erreicht wurde.

Die Autoren selbst beschreiben keine testtheoretischen Kennwerte, kommen aber zu dem Ergebnis, dass die wesentlichen Gütekriterien erfüllt seien. Maffei et al. (1997) beschreiben das englische SKID-II mit Kennwerten der internen Konsistenz der Skalen im Bereich von Cronbachs $\alpha = .7$ bis $.94$ als reliables Instrument zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen und bewerten auch die Interrater-Reliabilität als zufriedenstellend (Cohens $\kappa = .48$ bis $.98$). Fydrich et al. (1997) berichten für die deutsche SKID-II-Version Interrater-Reliabilitäten im Bereich von Cohens $\kappa = .55$ bis $.82$. Die Ergebnisse für die englische Originalversion und die deutsche Übersetzung sind somit als befriedigend einzuschätzen.

2.3 Auswertung der Daten und verwendete statistische Verfahren

Im Folgenden wird das Vorgehen bei der Datenanalyse beschrieben und es werden die statistischen Verfahren vorgestellt, die zur Überprüfung der in Kapitel 1.9 aufgestellten Hypothesen verwendet wurden.

Alle Berechnungen wurden im Microsoft Office Excel-Programm durchgeführt. Für die Untersuchung der statistischen Signifikanz der Mittelwertsunterschiede zwischen den Testzeitpunkten T1 und T2 wurden T-Tests (Student, 1908) für abhängige Stichproben verwendet. Diese Testungen überprüfen die Nullhypothese (H_0), dass es keine statistisch bedeutsamen Veränderungen gibt. Dafür werden für jeden Probanden die Differenz von T1 zu T2, die durchschnittliche Veränderung und die Standardabweichung dieser Veränderung berechnet. Aus diesen Größen ergibt sich der t-Wert, der mit dem kritischen Wert für t verglichen wird, um zu entscheiden, ob die Nullhypothese beibehalten oder zugunsten der Alternativhypothese (H_1 : Es gibt eine statistisch bedeutsame Veränderung der Mittelwerte) verworfen werden kann. Für die Anwendung des T-Tests gibt es mathematische Voraussetzungen: Das zu untersuchende Merkmal muss mindestens intervallskaliert sein, die beiden Stichproben müssen voneinander abhängen und die Differenzen der Messwertepaare sollten normal verteilt sein. Nach Bortz (2005, S.131) reagiert der Test jedoch relativ robust auf eine Verletzung dieser Voraussetzungen, solange die beiden Gruppen dieselbe Größe haben und nicht zu klein sind. Da die Stichproben zum Zeitpunkt der Abschlussuntersuchung in allen Justizvollzugsanstalten außer der JVA Adelsheim sehr klein waren und somit nicht mehr davon ausgegangen werden konnte, dass die Robustheit des Signifikantests gewährleistet ist, wurde die Veränderung der Mittelwerte zu T3 nicht auf statistische Signifikanz getestet, sondern nur als Trend berichtet. Mit derselben Begründung wurde auch für die Stichproben der Justizvollzugsanstalten Bruchsal,

Heimsheim und Heilbronn auf eine Berechnung der statistischen Signifikanz verzichtet. (Zur Problematik der Anwendung des T-Tests bei sehr kleinen Gruppen vgl. Fritz & Morris, 2012). Es wurde auf die Anwendung von parameterfreien Tests verzichtet. Dies geschah deswegen, weil die vorgefundenen Unterschiede sehr klein waren und diese Tests sehr konservativ testen und somit eine Interpretation der Ergebnisse erschweren.

Um die Größe der Irrtumswahrscheinlichkeit zu begrenzen, wurde konventionsgemäß ein Alpha-Niveau von .05 festgelegt, was bedeutet, dass die fälschliche Annahme der Alternativhypothese zugunsten der Nullhypothese in 5 Prozent aller Fälle toleriert wird (Bortz, 2005, S. 131). Berichtet werden konventionsgemäß für alle Hypothesentestungen die zweiseitigen p-Werte. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist darauf zu achten, dass diese - im Vergleich zur einseitigen Testung - konservativer testen und eher dazu führen, dass die Alternativhypothese zugunsten der Nullhypothese abgelehnt wird.

Um die praktische Bedeutsamkeit der gefundenen Veränderungen im Verlauf der Behandlung zu untersuchen, wurde als Maß für die Effektstärke Cohens d (Cohen, 1988) mit der Korrektur nach Hedges & Olkin (1985) berechnet². Dieses Maß setzt den gefundenen Effekt ins Verhältnis zur Streuung, indem die Differenz der beiden Mittelwerte durch die geschätzte mittlere Varianz (s_{within}) der beiden Gruppen geteilt wird. Für die Interpretation der Ergebnisgröße ist darauf zu achten, dass bei verbundenen Messungen nicht ohne Weiteres auf Cohens verbreitete Interpretationskonventionen zurückgegriffen werden kann, da dieses Maß die Korrelation der abhängigen Messwerte ignoriert (vgl. Dunlap et al., 1996). Deswegen wurde die geschätzte mittlere Varianz um diese Korrelation (r) der Beobachtungen bereinigt. Zur Korrektur wurde nach Borenstein (2009, S. 228 f) folgende Formel verwendet:

$$s_{\text{within}} = s_{\text{diff}} / \sqrt{2(1-r)}$$

Dabei stellt s_{diff} die Differenz der beiden Mittelwerte dar.

Es werden ausschließlich bereinigte d -Werte berichtet.

² Die Berechnung der Effektstärke erfolgte anhand der beschriebenen Formel mit Hilfe des Effect-Size-Calculators von Coe (2000).

3 Ergebnisse

3.1 Stichprobenbeschreibung

Die untersuchten Probanden waren alle männlich und saßen zum Zeitpunkt der Datenerhebung ihre jeweiligen Haftstrafen zumeist aufgrund eines Gewalt- oder Sexualdelikts ab³. Die Auswahl der Teilnehmer für die therapeutische Behandlung und die damit zusammenhängende Evaluation geschah durch die behandelnden Therapeuten der jeweiligen JVA. Ausschlaggebend waren die folgenden Kriterien: ausreichende Deutschkenntnisse und Länge der Haftstrafe, um voraussichtlich die gesamte Behandlungsmaßnahme absolvieren zu können, Gruppenfähigkeit, Tateingeständnis, Behandlungs- und Veränderungsmotivation sowie Behandlungsfähigkeit und -indikation. Ausschlusskriterien waren schwere psychische Erkrankungen, zu kurze Haftstrafen und eine zu erwartende Abschiebung oder Verlegung des Gefangenen.

Die Untersuchung mit zwei Teilaufgaben des Intelligenzstrukturtests, die in den Justizvollzugsanstalten Bruchsal, Heilbronn, Heimsheim, Mannheim und Offenburg durchgeführt wurde, ergab für die Probanden Werte im oder nahe dem Normbereich zwischen 90 und 110, was auf eine durchschnittliche Intelligenz schließen lässt. Einzelne Ausreißer zwischen 79 und 129 wurden nach klinischem Eindruck als ebenfalls im Normalbereich liegend eingeschätzt. Die Fähigkeit zur Teilnahme an der Evaluation wurde somit für alle Probanden als gegeben angenommen.

Auf den folgenden Seiten sind die wesentlichen Merkmale der Stichproben, welche anhand der BADO erhoben wurden, tabellarisch dargestellt.

³ Bei den Probanden der JVA Adelsheim handelt es sich nicht ausschließlich um Täter, die ihre Strafe aufgrund eines Gewalt- oder Sexualdelikts absaßen. 18 der jungen Gefangenen waren aufgrund anderer Straftaten verurteilt (u.a. Betrug- und Diebstahldelikte, Einbruch, Urkundenfälschung, Waffenbesitz, Sachbeschädigung, Erwerb und Verkauf von Betäubungsmitteln, Brandstiftung) worden.

Tabelle 1: Stichprobenbeschreibung der JVA Adelsheim

Probanden der JVA Adelsheim		
		N = 56
Dropouts nach T1	7	
Alter (in Jahren)		
Mittelwert	19	
Range	16-30	
	Anzahl	Prozente
kultureller Hintergrund		
deutsche Staatsangehörigkeit	44	78,57 %
in Deutschland geboren	41	73,21 %
Migrationshintergrund	34	60,71 %
Schulbildung		
Hauptschulabschluss	38	67,86 %
noch Schüler	11	19,64 %
Realschulabschluss	4	7,14 %
Förderschulabschluss	2	3,57 %
unklar	1	1,79 %
beruflicher Status vor Inhaftierung		
arbeitslos	25	44,64 %
Schüler	11	19,64 %
Auszubildender	11	19,64 %
in beruflicher		
Qualifizierungsmaßnahme	1	1,79 %
erwerbstätig	5	8,93 %
geringfügig beschäftigt	1	1,79 %
unklar	2	3,57 %
Anzahl der Verurteilungen vor aktuellem Delikt		
keine	8	14,29 %
1	16	28,57 %
bis zu 4	26	46,43 %
5 und mehr	5	8,93 %
unklar	1	1,79 %
schwere Gewalttaten in Vergangenheit		
nein	28	50,00 %
ja	26	46,43 %
unklar	2	3,57 %
wiederholte Gewalttaten in Vergangenheit		
nein	33	58,93 %
ja	21	37,50 %
unklar	2	3,57 %

Gewalt in Herkunftsfamilie erlebt		
nein	34	60,71 %
ja	20	35,71 %
unklar	2	3,57 %
Drogenproblematik bekannt		
nein	27	48,21 %
ja ⁴	27	48,21 %
unklar	2	3,57 %
Alkoholproblematik bekannt		
nein	38	67,86 %
ja	16	28,57 %
unklar	2	3,57 %
Psychische Auffälligkeiten		
nein	49	87,50 %
ja	7	12,50 %
davon		
ADHS	3	5,36 %
depressive Tendenzen	1	1,79 %
Persönlichkeitsstörung	1	1,79 %
Einzelgänger	1	1,79 %

Anmerkung: N=Stichprobengröße

⁴ Die Problematik betraf bei allen Probanden einen missbräuchlichen oder abhängigen Konsum von Cannabis.

Tabelle 2: Stichprobenbeschreibung der JVA Bruchsal

Probanden der JVA Bruchsal		
Dropouts nach T1	2	
Messungen zu T2	5	
Messungen zu T3	2	
		N = 5
Alter (in Jahren)		
Mittelwert	37	
Range	30-51	
	Anzahl	Prozente
kultureller Hintergrund		
deutsche Staatsangehörigkeit	5	100,00 %
in Deutschland geboren	5	100,00 %
deutscher Hintergrund	5	100,00 %
Familienstand		
ledig	2	40,00 %
geschieden	2	40,00 %
verheiratet	1	20,00 %
Schulbildung		
Hauptschulabschluss	4	80,00 %
Realschulabschluss	1	20,00 %
Berufsausbildung		
Lehre mit Abschluss	2	40,00 %
keine	1	20,00 %
Fachschule mit Abschluss	1	20,00 %
Anlernberuf	1	20,00 %
beruflicher Status vor Inhaftierung		
berufstätig Vollzeit	2	40,00 %
arbeitslos	2	40,00 %
berufstätig Teilzeit	1	20,00 %
Grund der aktuellen Inhaftierung		
vollendeter Mord/Totschlag	3	60,00 %
versuchter Mord/Totschlag	1	20,00 %
schwere Körperverletzung	1	20,00 %
Ersttäter	3	60,00 %
vorbestraft wegen Gewalt-/ Sexualdelikt	2	40,00 %

Länge der aktuellen Haftstrafe		
lebenslänglich	1	20,00 %
zeitlich	4	80,00 %
Mittelwert (zeitlicher Haftstrafen)	122 Monate	
Range (zeitlicher Haftstrafen)	80-168 Monate	
abgessene Haftzeit zu Beginn der Untersuchung		
Mittelwert	56 Monate	
Range	21-138 Monate	
Opfermerkmale		
männlich	4	80,00 %
männlich und weiblich	1	20,00 %
durchschnittliches Alter	45	
jüngstes Opfer	30	
ältestes Opfer	65	
vorherige Inhaftierungen		
erstinhaftiert	4	80,00 %

Anmerkung: N=Stichprobengröße

Tabelle 3: Stichprobenbeschreibung der JVA Heilbronn

Probanden der JVA Heilbronn		
Dropouts nach T1	2	
Messungen zu T2	5	
Messungen zu T3	3	
		N = 5
Alter (in Jahren)		
Mittelwert	27	
Range	24-31	
	Anzahl	Prozente
kultureller Hintergrund		
deutsche Staatsangehörigkeit	2	40,00 %
türkische Staatsangehörigkeit	3	60,00 %
in Deutschland geboren	2	40,00 %
Familienstand		
verheiratet	3	60,00 %
ledig	1	20,00 %
Schulbildung		
Hauptschulabschluss	5	100,00 %
Berufsausbildung		
Lehre mit Abschluss	3	60,00 %
Lehre ohne Abschluss	2	40,00 %
beruflicher Status vor Inhaftierung		
arbeitslos	4	80,00 %
berufstätig Vollzeit	1	20,00 %
Grund der aktuellen Inhaftierung		
Raub/Erpressung	2	40,00 %
Körperverletzung	1	20,00 %
versuchter Mord/Totschlag	1	20,00 %
Verstoß gegen BtmG	1	20,00 %
Länge der aktuellen Haftstrafe		
Mittelwert	55 Monate	
Range	10-108 Monate	
abgessene Haftzeit zu Beginn der Untersuchung		
Mittelwert	20 Monate	
Range	13-31 Monate	

Vorstrafen

vorbestraft	5	100,00 %
vorbestraft wegen Gewaltdelikt	4	80,00 %
erstinhaftiert	5	100,00 %

Anmerkung: N=Stichprobengröße

Tabelle 4: Stichprobenbeschreibung der JVA Heimsheim

Probanden der JVA Heimsheim		
Dropouts nach T1	4	
Messungen zu T2	11	
Messungen zu T3	8	
		N = 11
Alter (in Jahren)		
Mittelwert	39,27	
Range	24-51	
	Anzahl	Prozente
kultureller Hintergrund		
deutsche Staatsangehörigkeit	10	90,91 %
italienische Staatsangehörigkeit	1	9,09 %
in Deutschland geboren	8	72,73 %
in Italien geboren	1	9,09 %
im Kosovo geboren	1	9,09 %
in der Türkei geboren	1	9,09 %
Familienstand		
ledig	6	54,55 %
geschieden	3	27,27 %
verheiratet	1	9,09 %
verwitwet	1	9,09 %
Schulbildung		
Hauptschulabschluss	8	72,73 %
Realschulabschluss	1	9,09 %
Sonstige	2	18,18 %
Berufsausbildung		
Lehre mit Abschluss	3	27,27 %
Lehre ohne Abschluss	3	27,27 %
Anlernberuf	2	18,18 %
keine	2	18,18 %
Techniker ohne Abschluss	1	9,09 %
beruflicher Status vor Inhaftierung		
arbeitslos	5	45,45 %
berufstätig Vollzeit	5	45,45 %
berufstätig Teilzeit	1	9,09 %
Grund der aktuellen Inhaftierung		
vollendeter Mord/ Totschlag	9	81,82 %
versuchter Mord/ Totschlag	2	18,18 %

Länge der aktuellen Haftstrafe		
undefiniert/lebenslänglich	8	72,73 %
definiert	3	27,27 %
Mittelwert (definiert)	10 Jahre	
Range (definiert)	8-12 Jahre	
abgesessene Haftmonate zu Beginn der Untersuchung		
Mittelwert	85,45	
Range	23-228	
Vorstrafen		
vorbestraft	6	54,55 %
vorbestraft wegen Sexualdelikt	1	9,09 %
vorbestraft wegen Gewaltdelikt	5	45,45 %
erstinhaftiert	11	100,00 %
Opfermerkmale		
erwachsen	11	100,00 %
männlich	5	45,45 %
weiblich	5	45,45 %
beides	1	9,09 %

Anmerkung: N=Stichprobengröße

Tabelle 5: Stichprobenbeschreibung der JVA Mannheim

Probanden der JVA Mannheim		
Dropouts nach T1	3	
Messungen zu T2	19	
Messungen zu T3	12	
		N = 19
Alter (in Jahren)		
Mittelwert	40	
Range	29-60	
	Anzahl	Prozente
kultureller Hintergrund		
deutsche Staatsbürgerschaft	18	94,74 %
türkische Staatsangehörigkeit	1	5,26 %
in Deutschland geboren	16	84,21 %
deutscher Hintergrund	15	78,95 %
türkischer Hintergrund	2	10,53 %
italienischer Hintergrund	1	5,26 %
bolivianischer Hintergrund	1	5,26 %
Familienstand		
ledig	9	47,37 %
geschieden	8	42,11 %
verheiratet	2	10,53 %
Schulbildung		
Hauptschulabschluss	10	52,63 %
Realschulabschluss	3	15,79 %
Gymnasium ohne Abschluss	1	5,26 %
Abitur	1	5,26 %
kein Abschluss	3	15,79 %
unklar	1	5,26 %
Berufsausbildung		
Lehre ohne Abschluss	2	10,53 %
Lehre mit Abschluss	10	52,63 %
keine	7	36,84 %
beruflicher Status vor Inhaftierung		
berufstätig Vollzeit	10	52,63 %
berufstätig Teilzeit	2	10,53 %
arbeitslos	5	26,32 %
in Ausbildung	1	5,26 %
selbstständig	1	5,26 %

Grund der aktuellen Inhaftierung		
sexueller Missbrauch	18	94,74 %
Vergewaltigung	1	5,26 %
Länge der aktuellen Haftstrafe		
Mittelwert	50 Monate	
Range	30-90 Monate	
verbleibende Haftzeit zu Beginn der Untersuchung		
Mittelwert	32 Monate	
Range	6-66 Monate	
Opfermerkmale		
weiblich	17	89,47 %
männlich	2	10,53 %
durchschnittliches Alter	12 Jahre	
jüngstes Opfer	5 Jahre	
ältestes Opfer	21 Jahre	
Vorstrafen		
vorbestraft	15	78,95 %
vorbestraft wegen einschlägigen Sexualstraftaten	8	42,11 %
vorbestraft wegen einschlägigen Gewaltstraftaten	3	15,79 %
erstinhaftiert	11	57,89 %

Anmerkung: N=Stichprobengröße

Tabelle 6: Stichprobenbeschreibung der JVA Offenburg

Probanden der JVA Offenburg		
Dropouts nach T1	13	
Messungen zu T2	16	
Messungen zu T3	10	
		N = 16
Alter (in Jahren)		
Mittelwert	28,50	
Range	22-36	
		Prozente
kultureller Hintergrund		
deutsche Staatsbürgerschaft	12	75,00 %
türkische Staatsangehörigkeit	3	18,75 %
kroatische Staatsbürgerschaft	1	6,25 %
in Deutschland geboren	9	56,25 %
deutscher Hintergrund	5	31,25 %
Familienstand		
ledig	14	87,50 %
verheiratet	1	6,25 %
geschieden	1	6,25 %
Schulbildung		
Hauptschulabschluss	11	68,75 %
kein Abschluss	4	25,00 %
unklar	1	6,25 %
Berufsausbildung		
keine	11	68,75 %
Anlernberuf	2	12,50 %
Lehre ohne Abschluss	1	6,25 %
Lehre mit Abschluss	1	6,25 %
Fachschule mit Abschluss	1	6,25 %
beruflicher Status vor Inhaftierung		
arbeitslos	12	75,00 %
berufstätig Vollzeit	4	25,00 %
Grund der aktuellen Inhaftierung		
Körperverletzung	15	93,75 %
räuberischer Diebstahl	1	6,25 %
Verstoß gegen BtMG	8	50,00 %
Länge der aktuellen Haftstrafe		
Mittelwert	35,03 Monate	
Range	11-74 Monate	

verbleibende Haftzeit zu Beginn der Untersuchung

Mittelwert	13,69 Monate
Range	5-25 Monate

Opfermerkmale

weiblich	3	18,75 %
männlich	13	81,25 %
unbekanntes Opfer	8	50,00 %
bekannt/ befreundet	3	18,75 %
Ehepartner	1	6,25 %
beruflich bekannt	1	6,25 %

VorstrafenAnzahl bisheriger Delikte

Mittelwert	11,31	
Range	0-22	
erstinhaftiert	6	37,50 %
vorbestraft wegen einschlägigen Gewaltdelikten	12	75,00 %

Tat unter Einfluss von Suchtmitteln

Alkohol	12	75,00 %
illegale Substanzen	3	18,75 %
Alkohol und illegale Substanzen	1	6,25 %

Anmerkung: N=Stichprobengröße

3.2 Intelligenzstrukturtest

Alle Probanden der JVA's Bruchsal, Heilbronn, Heimsheim, Mannheim und Offenburg nahmen zu Beginn der Untersuchung an zwei Aufgabengruppen des IST 2000 R teil. Dies diente dazu, eine ungefähre Einschätzung der sprachlichen und figuralen Intelligenz der Probanden vorzunehmen und gegebenenfalls Personen von der weiteren Testung auszuschließen, die mit der Bearbeitung der Erhebungsinstrumente überfordert gewesen wären. Die Probanden erbrachten alle Leistungen im Normbereich und wurden deswegen in die Stichprobe aufgenommen. Es gab keinen Ausschluss von Probanden aufgrund zu geringer Leistung.

3.3 Ergebnisse der JVA Adelsheim

In der JVA Adelsheim konnte aufgrund der Kürze des Gruppentrainings sozialer Kompetenzen, die die Gefangenen erhielten, die größte Stichprobe gezogen werden. Im Untersuchungszeitraum von September 2011 bis April 2014 wurden 7 Behandlungsgruppen untersucht.

Die jungen Gefangenen beantworteten einmalig nach Abschluss des Trainings einen Fragebogen, der das subjektive Gefallen der Maßnahme erhebt (Feedbackbogen; Hirsch & Pflingsten, 2007). Erfragt wurden die Zufriedenheit mit dem Training (1 = *sehr zufrieden* bis 5 = *sehr unzufrieden*), das Ausmaß der Verhaltens- oder Einstellungsänderung (1 = *sehr stark* bis 5 = *gar nicht*), die Vergrößerung der Zufriedenheit mit sich selbst und der Selbstsicherheit (1 = *stimmt genau* bis 5 = *stimmt gar nicht*) sowie ob man das Training weiterempfehlen würde (1 = *ganz bestimmt*; 2 = *vielleicht*; 3 = *nein*). Es zeigt sich, dass die ersten beiden der sieben Gruppen in allen Kategorien deutlich schlechtere Bewertungen abgaben als die folgenden. Dieser Trend setzte sich fort, und die letzte Gruppe gab über alle Kategorien hinweg die besten Bewertungen ab. Dieser Effekt könnte auf eine Anpassung und Weiterentwicklung des Trainings zurückzuführen sein und findet sich auch in den Ergebnissen der direkten Veränderungsmaße: Das Ausmaß der Einstellungs- / oder Verhaltensänderung und eine Vergrößerung der Selbstsicherheit wurde von den Gruppen 3 bis 7 deutlich stärker erlebt als von den ersten beiden Gruppen. Für die Veränderung der Selbstzufriedenheit hingegen gibt es die geringsten Unterschiede zwischen den einzelnen Behandlungsgruppen. Die Gesamtgruppe erlebte die größte Veränderung in einer Vergrößerung der Selbstzufriedenheit. (Tabelle 7)

Tabelle 7: Ergebnisse des Feedbackbogens der JVA Adelsheim

Feedbackbogen							
Mittelwerte			Zufriedenheit mit Training	Einstellungs-/ Verhaltens- änderung	größere Zufriedenheit mit sich selbst	sicherer geworden	Weiter- empfehlung
	N						
Gruppe 1	6	2.67	3.67	2.67	3.17	2.33	
Gruppe 2	7	3.29	3.57	2.86	3.14	2.43	
Gruppe 3	8	2.00	2.50	1.88	2.00	1.63	
Gruppe 4	6	1.00	2.17	2.50	2.00	1.00	
Gruppe 5	6	2.00	2.50	2.33	2.67	1.17	
Gruppe 6	6	2.33	2.83	2.67	3.17	1.67	
Gruppe 7	8	2.00	2.13	2.25	1.75	1.13	
Gesamt	47	2.18	2.77	2.45	2.56	1.62	

Anmerkungen: N= Stichprobengröße

3.3.1. Problembelastung (JVA Adelsheim)

Für die Stichprobe der jungen Straftäter wurde zunächst die Hypothese aufgestellt, dass sich die Problembelastung der Probanden im Verlauf der ca. zweimonatigen Behandlung reduziert (Hypothese 3.1). Um dies zu überprüfen, wurden die Mittelwerte⁵ der drei Unterskalen des Problemfragebogens vor Beginn des sozialen Kompetenztrainings (T1) und nach dessen Beendigung (T2) untersucht. Für die Skala *vegetativ/ depressiv* findet sich deskriptiv eine Abnahme der Belastung. Auch für die beiden anderen Unterskalen zeigen sich Abnahmen der Problembelastung um 1.91 (*motivationale Belastung*) und 2.1 Skalenpunkte (*psychosoziale Belastung*). Die Veränderungen sind statistisch nicht signifikant. (Tabelle 8)

Tabelle 8: Veränderungen der Problembelastung (JVA Adelsheim)

Problembelastung (Problemfragebogen)	N = 43					
	MT1	SDT1	MT2	SDT2	t	p
vegetativ/ depressiv	35.40	7.84	33.91	7.14	1.09	0.28
motivational	24.86	5.94	22.95	5.96	1.99	0.52
psychosozial	24.77	6.53	22.67	5.71	1.72	0.92

Anmerkungen: N= Stichprobengröße; M= Mittelwert; T1= erster Testzeitpunkt; T2=zweiter Testzeitpunkt; SD= Standardabweichung; t und p sind die zweiseitigen Prüfwerte des T-Tests bei abhängigen Stichproben

⁵ Die berichteten Mittelwerte hier und im Folgenden beziehen sich alle, wie im methodischen Teil der Arbeit beschrieben wurde, auf Rohwerte.

Um die Größe der gefundenen Veränderungen zu untersuchen, wurde die Effektstärke berechnet und in Tabelle 9 dargestellt. Es finden sich kleine Effekte von .20 (*vegetativ/depressiv*), .32 (*motivational*) und .34 (*psychosozial*). (Tabelle 9)

Tabelle 9: Effektgrößen der Veränderungen der Problembelastung (JVA Adelsheim)

Problembelastung (Problemfragebogen)		N = 43	
	Veränderung der Mittelwerte	Statistische Signifikanz	Effektstärke
vegetativ/ depressiv	✓	-	0.20
motivational	✓	-	0.32
psychosozial	✓	-	0.34

Anmerkungen: ✓=hypothesekonform; N= Stichprobengröße; -= statistisch nicht signifikant;

3.1.2 Soziale Unsicherheit (JVA Adelsheim)

Um die Hypothese zu testen, dass sich die soziale Unsicherheit der jugendlichen Probanden im Verlauf der Behandlung reduziert (Hypothese 3.2), wurden die Mittelwerte der sechs Unterskalen zu T1 und T2 untersucht und in Tabelle 10 dargestellt. Die Pfeile symbolisieren die relative Position des jeweiligen Mittelwertes (liegt höher/ liegt tiefer) im Vergleich zu den Werten der Normalpopulation.

Tabelle 10: Veränderungen der sozialen Unsicherheit (JVA Adelsheim)

Unsicherheit (U-Fragebogen)		N = 47					
	M „Normale“ mit N=584	MT1	SDT1	MT2	SDT2	t	p
Fehlschlag/Kritikangst	27.94	30.30↑	13.03	25.51↓	12.55	3.16	0.00
Kontaktangst	24.88	30.30↑	12.26	26.38↑	5.50	3.07	0.00
Fordern können	38.97	38.32↓	8.91	40.04↑	9.11	1.33	0.19
Nicht nein sagen können	18.63	31.77↑	8.71	37.20↑	7.89	2.41	0.00
Schuldgefühle	8.44	8.74↑	4.80	7.43↓	4.26	2.14	0.04
übertriebene Anständigkeit	10.12	30.92↑	4.71	36.69↑	4.23	2.66	0.01

Anmerkungen: M „Normale“= Mittelwert der Normalpopulation (nach Ullrich de Muynck & Ullrich, 1994, S.18); U-Fragebogen= Unsicherheitsfragebogen; N= Stichprobengröße; M= Mittelwert; T1= erster Testzeitpunkt; T2=zweiter Testzeitpunkt; SD= Standardabweichung, t und p sind die zweiseitigen Prüfwerte des T-Tests bei abhängigen Stichproben; ↑/↓= liegt höher/tiefer als Mittelwert der Normalpopulation

Wie erwartet zeigt sich für die Mittelwerte der Skalen *Fehlschlag-/Kritikangst*, *Kontaktangst* und *Schuldgefühle* eine Abnahme von T1 zu T2 um 4.79, 3.92 und 1.31

Skalenpunkte. Für diese drei Skalen liegen die Werte zu T1 über dem Mittelwert der Normalpopulation und die Werte nähern sich zu T2 diesem an. Diese Unterschiede werden auf einem Alpha-Niveau von .05 statistisch signifikant und bestätigen somit die aufgestellte Hypothese 3.2. Für die Skala *Fordern können* gibt es einen leichten Anstieg des Mittelwertes, der schon zu T1 sehr nah am Mittelwert der „Normalen“ liegt. Die Skalen *Nicht nein sagen können* und *übertriebene Anständigkeit* weisen schon zu T1 stark erhöhte Mittelwerte auf, die zum Testzeitpunkt zwei noch weiter ansteigen.

Die gefundenen Effektstärken der statistisch signifikanten Ergebnisse bewegen sich zwischen .29 und .68 (Tabelle 11).

Tabelle 11: Effektgrößen der Veränderungen der sozialen Unsicherheit (JVA Adelsheim)

Unsicherheit (U-Fragebogen)		N = 47	
	Veränderung der Mittelwerte	Statistische Signifikanz	Effektstärke
Fehlschlag/Kritikangst	✓	**	0.38
Kontaktangst	✓	**	0.32
Fordern können	✓	-	0.20
Nicht nein sagen können	n.h.	**	0.68
Schuldgefühle	✓	*	0.29
übertriebene Anständigkeit	n.h.	*	0.45

Anmerkungen: U-Fragebogen= Unsicherheitsfragebogen; N= Stichprobengröße; ✓=hypothesenkonform; n.h. = nicht hypothesenkonform; -= statistisch nicht signifikant; *= signifikant auf einem Alpha-Niveau von 0.05; **= signifikant auf einem Alpha-Niveau von 0.01.

3.1.3 Attributionsstile (JVA Adelsheim)

In Hypothese 3.3 wird eine Verbesserung des Attributionsstils der jungen Gefangenen angenommen. Tabelle 12 informiert über Veränderungen des Attributionsstils und Tabelle 13 über die zugehörigen Effektstärken und Standardfehler der Effektstärken.

Für die Misserfolgsskalen zeigt sich eine Abnahme aller Gruppenmittelwerte von T1 zu T2. Die Veränderungen und Effektstärken sind durchweg eher gering und werden statistisch nicht signifikant. Betrachtet man die Attributionsmuster in Erfolgssituationen, so zeigt sich, dass Erfolge von T1 zu T2 tendenziell als stabiler erlebt werden (Zunahme der Mittelwerte von IS+ und ES+ und Reduktion der Mittelwerte von IV+ und EV+). Die Tendenz zur Ursachenzuschreibung von Erfolgen auf eigene Fähigkeiten (IS+) erhöht sich im Verlauf des Trainings um 2.25 Skalenpunkte und die zur Attribution auf external variable Ursachen (EV+) sinkt um 1.53 Skalenpunkte. Diese Ergebnisse sind

hypothesenkonform im Sinne einer Verstärkung von selbstwertdienlichen Attributionsmustern. Negative Ereignisse werden hingegen zwar weniger stark auf interne Ursachen (IS-; IV-) zurückgeführt, was hypothesenkonform ist, die Reduktion ergibt sich allerdings ebenso für die Zuschreibung von Misserfolgen auf externe Ursachen (EV-; ES-), was nicht erwartet wurde. Die Veränderungen werden statistisch nicht signifikant und die Effekte sind klein

(Tabelle 13).

Tabelle 12: Veränderungen des Attributionsstils (JVA Adelsheim)

Attributionsstile (IE-SV-F)						N = 45	
	MT1	SDT1	MT2	SDT2	t	p	
IS+	52.42	6.72	54.67↑	8.41	1.85	0.07	
IV+	27.31	3.15	26.07↓	5.41	1.86	0.06	
ES+	30.47	4.73	30.67↑	5.87	0.25	0.80	
EV+	30.42	4.81	28.89↓	6.05	1.59	0.12	
IS-	22.31	6.03	21.87↓	5.71	0.49	0.62	
IV-	37.42	6.82	36.89↓	6.49	0.46	0.65	
ES-	27.80	5.12	27.02↓	4.51	1.04	0.30	
EV-	26.07	5.02	25.22↓	3.42	1.13	0.26	

Anmerkungen: IE-SV-F = Fragebogen zur Erfassung des Attributionsstils; N= Stichprobengröße; M= Mittelwert; T1= erster Testzeitpunkt; T2=zweiter Testzeitpunkt; SD= Standardabweichung, T und p sind die zweiseitigen Prüfwerte des T-Tests bei abhängigen Stichproben; I=internal; S=stabil; V=variabel; E=external; ↑=Anstieg relativ zu T1; ↓=Abnahme relativ zu T1

Tabelle 13: Effektgrößen der Veränderungen des Attributionsstils (JVA Adelsheim)

Attributionsstil (IE-SV-F)			N = 45
	Veränderung der Mittelwerte	Statistische Signifikanz	Effektstärke
IS+	✓	-	0.30
IV+	✓	-	0.26
ES+	✓	-	0.04
EV+	✓	-	0.28
IS-	✓	-	0.08
IV-	✓	-	0.08
ES-	n.h.	-	0.16
EV-	n.h.	-	0.20

Anmerkungen: IE-SV-F = Fragebogen zur Erfassung des Attributionsstils; N= Stichprobengröße; *= ✓=hypothesenkonform; n.h. = nicht hypothesenkonform; signifikant auf einem Alpha-Niveau von 0.05; **= signifikant auf einem Alpha-Niveau von 0.01

3.2 Ergebnisse der JVA Bruchsal

In der Justizvollzugsanstalt Bruchsal wurden zwischen Mai 2010 und Juni 2012 fünf Probanden untersucht, die wegen Mordes, Totschlags oder schwerer Körperverletzung verurteilt wurden und über einen Zeitraum von 1,5 bis 2 Jahren mit dem Behandlungsprogramm für Gewaltstraftäter behandelt wurden.

3.2.1 Aggressivität (JVA Bruchsal)

Hypothese 1.1 erwartet eine Reduktion der Aggressivität für Gewaltstraftäter. Für die untersuchte Stichprobe der JVA Bruchsal finden sich die folgenden Ergebnisse (Tabelle 14), die die Erwartungen größtenteils bestätigen: Für die Skalen *reaktive Aggressivität*, *Erregbarkeit*, *Selbstaggressivität* und *Aggressions-Summe* findet sich die erwartete Abnahme der Mittelwerte im Verlauf der Behandlung über die drei Messzeitpunkte. Die Skala *Aggressionshemmung* steigt hypothesenkonform im Verlauf der Behandlung an. Es gibt zwar eine leichte Abnahme um .47 Skalenpunkte von T2 zu T3, der Wert zu T3 liegt jedoch mit 21.33 weiterhin deutlich höher als der gemessene Wert vor Beginn der Behandlung (17.33 zu T1). Allein die Skala *spontane Aggressivität* zeigt zu T2 nicht die erwartete Abnahme, sondern steigt zunächst um .23 Skalenpunkte an. Erst zu T3 findet sich hier das erwartete Absinken des gemessenen Mittelwertes (relativ zu T1 um 1.84 Skalenpunkte).

Tabelle 14: Veränderungen der Aggressivität (JVA Bruchsal)

K-FAF	N = 5		N = 3
Spontane Aggressivität			
	MT1	MT2	MT3
Mittelwert	8.17	8.40	6.33
Minimum	3	1	2
Maximum	14	20	10
Reaktive Aggressivität			
	MT1	MT2	MT3
Mittelwert	23.67	14.60	7.00
Minimum	13	2	5
Maximum	34	24	10
Erregbarkeit			
	MT1	MT2	MT3
Mittelwert	19.67	14.40	9.33
Minimum	12	2	8
Maximum	28	32	12

Selbstaggressivität	MT1	MT2	MT3
Mittelwert	17.17	16.00	13.67
Minimum	8	7	8
Maximum	24	26	17

Aggressionshemmung	MT1	MT2	MT3
Mittelwert	17.33	21.80	21.33
Minimum	10	12	19
Maximum	31	34	24

Aggressivität-Summe	MT1	MT2	MT3
Mittelwert	51.50	37.40	22.67
Minimum	28	9	16
Maximum	69	76	32

Anmerkungen: K-FAF= Kurzfragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren; N= Stichprobengröße; T1= erster Testzeitpunkt; T2=zweiter Testzeitpunkt; T3= dritter Testzeitpunkt

3.2.2 Empathie (JVA Bruchsal)

Tabelle 15 zeigt die beobachteten Veränderungen bezüglich Hypothese 1.2, die einen Anstieg der Empathie der Straftäter erwartet. Die Mittelwerte der Skalen *Empathie* und *Perspektivübernahme* sowie die der Skalen des Opferempathie-Fragebogens bestätigen die Erwartungen und steigen im Verlauf der Behandlung an. Eine Ausnahme ist die Empathie bezüglich eines *Opfers eines fiktiven Sexualdelikts*. Der Mittelwert liegt hier schon vor Beginn der Behandlung bei 88 von maximal möglichen 93 Skalenpunkten und sinkt zu T2 auf 85 Punkte ab, um dann zu T3 wieder auf durchschnittlich 92 anzusteigen. Der größte Anstieg der Empathie zeigt sich bezüglich des *eigenen Opfers*. Hier findet sich mit durchschnittlich 67.20 Skalenpunkten zu T1 der niedrigste Ausgangswert und auch der niedrigste Einzelwert (Minimum=41). Erwartungsgemäß zeigt sich eine deutliche Steigerung von zunächst 8.8 Skalenpunkten (T1 zu T2) und dann noch einmal 5 Punkten (T2 zu T3).

Tabelle 15: Veränderungen der Empathie (JVA Bruchsal)

Empathie (SPF)	N = 5		N = 3
	MT1	MT2	MT3
Mittelwert	15.20	15.60	16.33
Minimum	14	13	14
Maximum	16	19	19

Perspektivübernahme (SPF)	N = 5		N = 3
	MT1	MT2	MT3
Mittelwert	14.20	15.60	17.33
Minimum	11	13	14
Maximum	16	17	19

Opferempathie fiktives Gewaltdelikt (OEF)	N = 5		N = 3
	MT1	MT2	MT3
Mittelwert	73.80	80.80	79.00
Minimum	51	56	63
Maximum	89	90	93

Opferempathie fiktives Sexualdelikt (OEF)	N = 5		N = 3
	MT1	MT2	MT3
Mittelwert	88.00	85.00	92.00
Minimum	81	71	91
Maximum	93	92	93

Opferempathie eigenes Delikt (OEF)	N = 5		N = 1
	MT1	MT2	MT3
Mittelwert	67.20	76.00	81.00
Minimum	41	52	81
Maximum	90	90	81

Anmerkungen: SPF=Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen; OEF= Opferempathie-Fragebogen; N= Stichprobengröße; T1= erster Testzeitpunkt; T2=zweiter Testzeitpunkt; T3= dritter Testzeitpunkt

3.2.3 Seelische Gesundheit (JVA Bruchsal)

Um Hypothese 1.3 zu untersuchen, wurden die Skalen *seelische Gesundheit*, *Beschwerdefreiheit* und *Selbstwertgefühl* des Trierer Persönlichkeitsfragebogens sowie die Skala *Stress* des Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogens erhoben (Tabelle 16). Für die Skala *seelische Gesundheit* findet sich im Verlauf der Behandlung ein deutlicher Anstieg des Minimums zu T1 (50) auf zunächst 59 (T2) und dann 62 Skalenpunkte (T3). Diese Veränderung schlägt sich auch in einem kontinuierlichen Anstieg der Mittelwerte nieder. Für die anderen drei Skalen sind die Ergebnisse nicht so eindeutig. *Beschwerdefreiheit* und *Selbstwertgefühl* zeigen zu T2 keine Veränderung der

Mittelwerte und steigen erst zu T3 leicht an, und für die Skala *Stress* findet sich zunächst sogar ein leichter Anstieg des Mittelwertes. Für alle drei Skalen zeigt ist die Veränderung von T1 zu T3 hypothesenkonform. Die abweichenden Werte zu T2 hingegen lassen keine eindeutige Interpretation zu. Die Hypothese einer Verbesserung der seelischen Gesundheit kann somit lediglich durch eine Skala gestützt werden.

Tabelle 16: Veränderungen der seelischen Gesundheit (JVA Bruchsal)

	N = 5		N = 3
Seelische Gesundheit (TPF)			
	MT1	MT2	MT3
Mittelwert	59.80	63.60	66.67
Minimum	50	59	62
Maximum	68	69	69
Beschwerdefreiheit vs. Nervosität (TPF)			
	MT1	MT2	MT3
Mittelwert	38.00	38.00	38.67
Minimum	35	35	34
Maximum	41	42	41
Selbstwertgefühl (TPF)			
	MT1	MT2	MT3
Mittelwert	31.00	31.00	34.00
Minimum	29	26	31
Maximum	32	35	36
Stress (SPF)			
	MT1	MT2	MT3
Mittelwert	10.80	11.20	8.33
Minimum	8	8	7
Maximum	13	14	10

Anmerkungen: TPF=Trierer Persönlichkeitsfragebogen; SPF= Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen; N= Stichprobengröße; T1= erster Testzeitpunkt; T2=zweiter Testzeitpunkt; T3= dritter Testzeitpunkt

3.2.4 Verhaltenskontrolle (JVA Bruchsal)

Hypothese 1.4 postuliert eine Erhöhung der Verhaltenskontrolle im Verlauf der Behandlung. Für die fünf untersuchten Probanden der JVA Bruchsal bestätigt sich diese Erwartung. Der Mittelwert, der vor Beginn der Behandlung bei 45.60 Skalenpunkten liegt, erhöht sich im Verlauf der Behandlung um einen Skalenpunkt zu T2 und steigt zu T3 auf 49.67 an. Sowohl die niedrigsten als auch die höchsten Einzelwerte steigen parallel dazu ebenfalls an, sodass nach Abschluss der Behandlung das Minimum bei 48 im Vergleich zu 43 Skalenpunkten vor Beginn der Maßnahme liegt. (Tabelle 17)

Tabelle 17: Veränderungen der Verhaltenskontrolle (JVA Bruchsal)

Verhaltenskontrolle (TPF)	N = 5		N = 3
	MT1	MT2	MT3
Mittelwert	45.60	46.60	49.67
Minimum	43	44	48
Maximum	47	49	51

Anmerkungen: N= Stichprobengröße; TPF= Trierer Persönlichkeitsfragebogen; T1= erster Testzeitpunkt; T2=zweiter Testzeitpunkt; T3= dritter Testzeitpunkt

3.3 Ergebnisse der JVA Heilbronn

In der JVA Heilbronn wurden von Juni 2010 bis März 2012 fünf Gefangene mit dem Antigewalttraining behandelt, die ein oder mehrere Gewaltdelikte begangen haben. Die folgenden Unterkapitel geben einen Überblick über die Ergebnisse der Teilnehmer dieses Gruppenprogramms.

3.3.1 Aggressivität (JVA Heilbronn)

Zur Überprüfung der Hypothese 1.1 werden in Tabelle 18 die Ergebnisse der Untersuchungen zu den drei Untersuchungszeitpunkten dargestellt. Für die Skalen *spontane Aggressivität* und *Selbstaggressivität* zeigt sich erwartungsgemäß eine stetige Abnahme von T1 über T2 zu T3 bezüglich der Mittelwerte und auch des jeweiligen höchsten gemessenen Wertes. Für die Skalen *reaktive Aggressivität*, *Erregbarkeit* und *Aggressivitäts-Summe* zeigt sich die erwartete Veränderung nur bezogen auf die Reduktion von T1 zu T2, und im Fall der Skala *Aggressionshemmung* in einem Anstieg von T1 zu T2. Zum Testzeitpunkt drei jedoch setzt sich dieser Trend nicht weiter fort. Trotzdem sind die zu T3 gemessenen Mittelwerte geringer als diejenigen, die zu T1 erhoben wurden. Dies entspricht einer erwarteten Veränderung in Relation zu T1. Eine Ausnahme bildet die Skala *Aggressionshemmung*. Hier wird, im Vergleich zu den anderen Skalen, eine Steigerung erwartet. Der Mittelwert zum Testzeitpunkt drei liegt jedoch mit 17.33 Skalenpunkten deutlich niedriger als der Ausgangswert (T1 = 23.20).

Tabelle 18: Veränderungen der Aggressivität (JVA Heilbronn)

K-FAF	N=5		N=3
Spontane Aggressivität			
	T1	T2	T3
Mittelwert	10.80	10.60	8.67
Minimum	0	2	1
Maximum	21	19	13
Reaktive Aggressivität			
	T1	T2	T3
Mittelwert	20.00	15.00	19.00
Minimum	4	6	2
Maximum	34	19	35
Erregbarkeit			
	T1	T2	T3
Mittelwert	18.20	15.20	17.67
Minimum	5	4	7
Maximum	38	24	23
Selbstaggressivität			
	T1	T2	T3
Mittelwert	16.60	15.20	11.33
Minimum	6	8	7
Maximum	27	22	19
Aggressionshemmung			
	T1	T2	T3
Mittelwert	23.20	25.00	17.33
Minimum	14	21	11
Maximum	31	32	22
Aggressivität-Summe			
	T1	T2	T3
Mittelwert	49.00	40.80	45.33
Minimum	11	12	10
Maximum	88	59	70

Anmerkungen: K-FAF= Kurzfragebogen zu Aggressivitätsfaktoren; N= Stichprobengröße; T1= erster Testzeitpunkt; T2=zweiter Testzeitpunkt; T3= dritter Testzeitpunkt

3.3.2 Empathie (JVA Heilbronn)

Tabelle 19 zeigt die Ergebnisse bezüglich der Empathie-Werte der Probanden aus Heilbronn. Die Daten belegen für die allgemeine *Empathie* und *Perspektivübernahme* nicht die erwartete Zunahme, sondern eine Abnahme. Für die *Opferempathie* hingegen

wird die Hypothese bestätigt: Für alle drei Skalen gibt es einen Anstieg der Mittelwerte im Verlauf der Behandlung. Für die Empathie gegenüber einem *fiktiven Gewaltopfer* und dem *eigenen Opfer* steigt auch das Minimum im Verlauf der Behandlung an. Dies gilt nicht für die Skala Empathie bezüglich eines *fiktiven Sexualopfers*, für die der Mittelwert mit 77.13 schon zum Testzeitpunkt ein deutlich höher als bei den anderen Skalen liegt. Die Daten bestätigen somit nur teilweise Hypothese 1.2: Nur die *Opferempathie*, nicht aber die allgemeine *Empathie* und *Perspektivübernahme* steigt im Verlauf der Behandlung an.

Tabelle 19: Veränderungen der Empathie (JVA Heilbronn)

Empathie (SPF)			
	N = 5		N = 3
	T1	T2	T3
Mittelwert	15.60	14.60	11.67
Minimum	12	9	8
Maximum	19	19	15

Perspektivübernahme (SPF)			
	N = 5		N = 3
	T1	T2	T3
Mittelwert	14.80	13.60	11.33
Minimum	11	8	9
Maximum	19	19	15

Opferempathie fiktives Gewaltdelikt (OEF)			
	N = 5		N = 3
	T1	T2	T3
Mittelwert	60.20	68.00	73.67
Minimum	52	55	60
Maximum	69	76	85

Opferempathie fiktives Sexualdelikt (OEF)			
	N = 4		N = 3
	T1	T2	T3
Mittelwert	77.13	79.00	87.00
Minimum	70.5	68	80
Maximum	92	88	93

Opferempathie eigenes Delikt (OEF)			
	N = 5		N = 3
	T1	T2	T3
Mittelwert	60.60	66.60	68.33
Minimum	50	55	63
Maximum	68	74	72

Anmerkungen: N= Stichprobengröße; SPF= Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen; OEF= Opferempathie-Fragebogen; T1= erster Testzeitpunkt; T2=zweiter Testzeitpunkt; T3= dritter Testzeitpunkt

3.3.3 Seelische Gesundheit (JVA Heilbronn)

Tabelle 20 zeigt die Ergebnisse bezüglich der seelischen Gesundheit der fünf Probanden der JVA Heilbronn. Die Daten ergeben kein eindeutiges Bild: Während sich für die Skala *Selbstwertgefühl* eine leichte Reduktion von T1 über T2 zu T3 ergibt, zeigt sich für die Skala *seelische Gesundheit* zunächst ein Anstieg und zum Testzeitpunkt T3 wieder ein leichter Abfall der Mittelwerte. Für die Skalen *Beschwerdefreiheit* und *Stress* hingegen ergibt sich ein deutlich hypothesenkonformer Verlauf über die drei Testzeitpunkte.

Tabelle 20: Veränderungen der seelischen Gesundheit (JVA Heilbronn)

Seelische Gesundheit (TPF)			
	N = 5		N = 3
	T1	T2	T3
Mittelwert	59.20	62.00	60.67
Minimum	52	54	52
Maximum	65	68	68

Beschwerdefreiheit vs. Nervosität (TPF)			
	T1	T2	T3
Mittelwert	34.40	36.00	38.67
Minimum	30	31	34
Maximum	38	39	41

Selbstwertgefühl (TPF)			
	T1	T2	T3
Mittelwert	32.40	30.40	30.67
Minimum	30	26	25
Maximum	38	40	35

Stress (SPF)			
	T1	T2	T3
Mittelwert	13.40	11.20	9.33
Minimum	11	9	7
Maximum	16	13	12

Anmerkungen: TPF= Trierer Persönlichkeitsfragebogen; SPF= Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen; N= Stichprobengröße; T1= erster Testzeitpunkt; T2=zweiter Testzeitpunkt; T3= dritter Testzeitpunkt

3.3.4 Verhaltenskontrolle (JVA Heilbronn)

Hypothese 1.4 postuliert eine Erhöhung der Verhaltenskontrolle im Verlauf der Behandlung. Die Daten stützen diese Erwartung nicht. Die Veränderungen der Mittelwerte sind sehr gering und der leichte Anstieg von T1 zu T2 setzt sich zu T3 nicht nur nicht fort, sondern sinkt noch unter den Wert zu Beginn der Behandlung ab. (Tabelle 21)

Tabelle 21: Veränderungen der Verhaltenskontrolle (JVA Heilbronn)

Verhaltenskontrolle (TPF)	N = 5		N = 3
	T1	T2	T3
Mittelwert	48.40	49.40	47.33
Minimum	42	47	37
Maximum	54	52	56

Anmerkungen: TPF= Trierer Persönlichkeitsfragebogen; N= Stichprobengröße; T1= erster Testzeitpunkt; T2=zweiter Testzeitpunkt; T3= dritter Testzeitpunkt

3.4 Ergebnisse der JVA Heimsheim

Auf den folgenden Seiten werden die Ergebnisse der Stichprobe, die in der JVA Heimsheim untersucht wurde, berichtet. Die Teilnehmer wurden aufgrund von Gewaltdelikten verurteilt und nahmen an einem Behandlungsprogramm für Gewaltstraftäter teil. Die Untersuchung der Gefangenen fand von Februar 2010 bis Juli 2014 statt.

3.4.1 Aggressivität (JVA Heimsheim)

Tabelle 22 zeigt die Veränderungen der Aggressivitätsmittelwerte für die JVA Heimsheim. Für die Skala *spontane Aggressivität* zeigt sich ein Anstieg der Werte im Verlauf der Behandlung. Dies spiegelt sich auch in der Summen-Skala *Aggressivitätssumme* wieder. Diese Veränderungen entsprechen nicht der Erwartung (Hypothese 1.1). Für die Skalen *reaktive Aggressivität* und *Aggressionshemmung* ist die Veränderung vom Testzeitpunkt eins zu Testzeitpunkt zwei erwartungsgemäß, aber der Trend setzt sich zu T3 nicht fort. Für die Skalen *Selbstaggressivität* und *Erregbarkeit* findet sich die erwartete Reduktion über die drei Testzeitpunkte. Hypothese 1.1 kann somit für die JVA Heimsheim nur teilweise als bestätigt angesehen werden.

Tabelle 22: Veränderungen der Aggressivität (JVA Heimsheim)

K-FAF	N = 11		N = 8
Spontane Aggressivität			
	T1	T2	T3
Mittelwert	8.36	12.36	8.88
Minimum	1	0	0
Maximum	25	26	24
Reaktive Aggressivität			
	T1	T2	T3
Mittelwert	16.18	14.91	15.50
Minimum	0	1	3
Maximum	39	29	28
Erregbarkeit			
	T1	T2	T3
Mittelwert	15.18	15.09	12.50
Minimum	1	1	0
Maximum	36	30	24
Selbstaggressivität			
	T1	T2	T3
Mittelwert	15.55	14.45	12.88
Minimum	5	0	1
Maximum	36	31	20
Aggressionshemmung			
	T1	T2	T3
Mittelwert	20.18	20.73	19.63
Minimum	12	11	12
Maximum	28	31	33
Aggressivitäts-Summe			
	T1	T2	T3
Mittelwert	39.73	42.36	36.88
Minimum	5	4	7
Maximum	92	85	76

Anmerkungen: K-FAF= Kurzfragebogen zu Aggressivitätsfaktoren; N= Stichprobengröße; T1= erster Testzeitpunkt; T2=zweiter Testzeitpunkt; T3= dritter Testzeitpunkt

3.4.2 Empathie (JVA Heimsheim)

Hypothese 1.2 postuliert eine Zunahme der Empathie, insbesondere der Opferempathie, im Verlauf der Behandlung. Tabelle 23 zeigt, dass diese Erwartung für die JVA Heimsheim im Wesentlichen als bestätigt angesehen werden kann. Nur die Skala *Perspektivübernahme* zeigt zu T2 eine Abnahme des Mittelwertes. Dieser steigt zu T3

jedoch wieder und liegt dann höher als zu Beginn der Behandlung. Für die anderen Skalen findet sich der erwartete konstante Anstieg über die drei Testzeitpunkte. Am größten ist die Zunahme für die Skala *Empathie bezüglich dem eigenen Opfer* mit 5.91 Skalenpunkten von T1 zu T2 und weiteren 3.01 Skalenpunkten zu T3.

Tabelle 23: Veränderungen der Empathie (JVA Heimsheim)

Empathie (SPF)	N = 11		N = 8
	T1	T2	T3
Mittelwert	13.09	14.36	14.50
Minimum	9	12	11
Maximum	16	19	19

Perspektivübernahme (SPF)	T1	T2	T3
	Mittelwert	13.45	13.09
Minimum	11	9	12
Maximum	16	17	18

Opferempathie fiktives Gewaltdelikt (OEF)	T1	T2	T3
	Mittelwert	72.73	77.09
Minimum	60	66	72
Maximum	81	86	90

Opferempathie fiktives Sexualdelikt (OEF)	T1	T2	T3
	Mittelwert	83.36	85.45
Minimum	75	79	79
Maximum	95	90	93

Opferempathie eigenes Delikt (OEF)	N = 10		N = 7
	T1	T2	T3
Mittelwert	66.79	72.70	75.71
Minimum	56	36	16
Maximum	84	88	93

Anmerkungen: N= Stichprobengröße; SPF= Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen; OEF= Opferempathie-Fragebogen; T1= erster Testzeitpunkt; T2=zweiter Testzeitpunkt; T3= dritter Testzeitpunkt

3.4.3 Seelische Gesundheit (JVA Heimsheim)

Tabelle 24 gibt einen Überblick über die Veränderungen der Probanden der JVA Heimsheim im Bereich der seelischen Gesundheit. Die Skalen *Stress* und *Selbstwertgefühl* zeigen einen hypothesenkonformen Verlauf über die drei

Messzeitpunkte. Die Veränderungen sind klein. Lediglich für die Skala *seelische Gesundheit* sind die Veränderungen größer als ein Skaleneinheit. Auch hier zeigt sich die erwartete Zunahme über die drei Messzeitpunkte (+1.18 Skaleneinheiten von T1 zu T2 und +3.13 Skaleneinheiten von T2 zu T3).

Tabelle 24: Veränderungen der seelischen Gesundheit (JVA Heimsheim)

Seelische Gesundheit (TPF)	N = 11		N = 8
	T1	T2	T3
Mittelwert	60.82	62.00	65.13
Minimum	45	53	56
Maximum	75	73	72

Beschwerdefreiheit vs. Nervosität (TPF)	T1	T2	T3
Mittelwert	37.55	38.00	37.88
Minimum	32	28	33
Maximum	43	43	43

Selbstwertgefühl (TPF)	T1	T2	T3
Mittelwert	30.00	30.73	30.88
Minimum	22	27	27
Maximum	38	35	34

Stress (SPF)	T1	T2	T3
Mittelwert	9.91	9.55	9.00
Minimum	6	4	5
Maximum	13	14	15

Anmerkungen: N= Stichprobengröße; TPF= Trierer Persönlichkeitsfragebogen; SPF= Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen; T1= erster Testzeitpunkt; T2=zweiter Testzeitpunkt; T3= dritter Testzeitpunkt

3.4.4 Verhaltenskontrolle (JVA Heimsheim)

Eine Betrachtung der Veränderungen der Skala *Verhaltenskontrolle* (Tabelle 25) zeigt, dass die Daten der JVA Heimsheim Hypothese 1.3 stützen. Es findet sich der erwartete Anstieg der Mittelwerte über die drei Messzeitpunkte um zunächst .37 und dann noch einmal 2.58 Skaleneinheiten.

Tabelle 25: Veränderungen der Verhaltenskontrolle (JVA Heimsheim)

Verhaltenskontrolle (TPF)	N = 11		N = 8
	T1	T2	T3
Mittelwert	48.18	48.55	51.13
Minimum	44	44	46
Maximum	52	53	57

Anmerkungen: N= Stichprobengröße; TPF= Trierer Persönlichkeitsfragebogen; T1= erster Testzeitpunkt; T2=zweiter Testzeitpunkt; T3= dritter Testzeitpunkt

3.5 Ergebnisse der JVA Mannheim

Die Untersuchung der inhaftierten Sexualstraftäter in der JVA Mannheim fand von Februar 2010 bis April 2014 statt. Die Probanden nahmen am Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter teil. Auf den folgenden Seiten werden die Ergebnisse berichtet.

3.5.1 Aggressivität (JVA Mannheim)

Zur Untersuchung der Hypothese 2.1, die im Verlauf der Behandlung eine Erhöhung der sozial sanktionierten, nach außen gerichteten Aggressivitätsformen (*reaktive* und *spontane Aggressivität*) und eine Reduktion der übrigen Aggressivitätswerte der Probandengruppe der Sexualstraftäter erwartet, werden die Roh-Mittelwerte der Skalen des Kurzfragebogens zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren betrachtet (Tabelle 26). Die erwarteten Veränderungen zeigen sich für die Skalen *spontane Aggressivität* über die drei Messzeitpunkte. Der erwartete Verlauf zeigt sich auch für die Skala *Selbstaggressivität*. Für die Skalen *reaktive Aggressivität* (Zunahme von T1 zu T2), *Erregbarkeit* (Abnahme von T1 zu T2) und *Aggressionshemmung* (Zunahme von T1 zu T2) sind nur die Veränderungen von T1 zu T2 hypothesenkonform. Der Summenscore ist aufgrund der gegenläufig erwarteten Verläufe nicht interpretierbar.

Tabelle 26: Veränderungen der Aggressivität (JVA Mannheim)

K-FAF			
	N = 20		N = 12
Spontane Aggressivität			
	T1	T2	T3
Mittelwert	7.45	8.40	21.00
Minimum	0	0	9
Maximum	23	27	42
Reaktive Aggressivität			
	T1	T2	T3
Mittelwert	18.35	19.65	16.67
Minimum	1	1	6
Maximum	38	36	45
Erregbarkeit			
	T1	T2	T3
Mittelwert	17.00	15.20	16.67
Minimum	3	4	6
Maximum	50	47	45
Selbstaggressivität			
	T1	T2	T3
Mittelwert	17.05	16.40	15.50
Minimum	2	2	8
Maximum	32	33	30
Aggressionshemmung			
	T1	T2	T3
Mittelwert	20.95	21.80	19.25
Minimum	10	12	10
Maximum	32	30	25
Aggressivitäts-Summe			
	T1	T2	T3
Mittelwert	42.80	43.25	54.33
Minimum	12	8	26
Maximum	98	92	132

Anmerkungen: K-FAF= Kurzfragebogen zu Aggressivitätsfaktoren; N= Stichprobengröße; T1= erster Testzeitpunkt; T2=zweiter Testzeitpunkt; T3= dritter Testzeitpunkt

Tabelle 27 zeigt, dass die Ergebnisse der Überprüfung der gefundenen Veränderungen von den Testzeitpunkten eins zu zwei keine statistische Signifikanz erreichen. Die Effektstärken sind in Tabelle 28 dargestellt. Sie liegen im Bereich von $d = .02$ bis $.16$.

Tabelle 27: Statistische Signifikanz der Veränderungen der Aggressivität (JVA Mannheim)

Aggressivität (K-FAF)						N = 20
	MT1	SDT1	MT2	SDT2	t	p
Spontane Aggressivität	7.45	7.05	8.40	7.57	0.77	0.45
Reaktive Aggressivität	18.35	8.86	19.65	9.83	0.82	0.42
Erregbarkeit	17.00	12.05	15.20	10.18	-1.02	0.31
Selbstaggressivität	17.05	8.00	16.40	8.62	-0.46	0.65
Aggressionshemmung	20.95	6.64	21.80	4.54	0.62	0.54
Aggressions-Summe	42.80	23.53	43.25	23.05	0.13	0.90

Anmerkungen: K-FAF= Kurzfragebogen zu Aggressivitätsfaktoren; N= Stichprobengröße; M= Mittelwert; T1= erster Testzeitpunkt; T2=zweiter Testzeitpunkt; T3= dritter Testzeitpunkt; SD= Standardabweichung; t und p sind die zweiseitigen Prüfwerte des T-Tests bei abhängigen Stichproben

Tabelle 28: Effektgrößen der Veränderungen (T1/T2) der Aggressivität (JVA Mannheim)

Aggressivität (K-FAF)				N = 20
	Veränderung der Mittelwerte	Statistische Signifikanz	Effektstärke d	
Spontane Aggressivität	✓	-	0.13	
Reaktive Aggressivität	✓	-	0.14	
Erregbarkeit	✓	-	0.16	
Selbstaggressivität	✓	-	0.08	
Aggressionshemmung	✓	-	0.15	
Aggressions-Summe	nicht interpretierbar, da Summenscore	-	0.02	

Anmerkungen: K-FAF= Kurzfragebogen zu Aggressivitätsfaktoren; N= Stichprobengröße; ✓=hypothesenkonform; n.h. = nicht hypothesenkonform; -= statistisch nicht signifikant

3.5.2 Empathie (JVA Mannheim)

Eine Betrachtung der Empathie-Mittelwerte (Tabelle 29) zeigt Folgendes: Betrachtet man lediglich die Veränderungen von T1 zu T2, sind diese teilweise sehr klein und zeigen über alle Skalen einen Anstieg von T1 zu T2. Während es kleine Veränderungen bezüglich der Skalen *Empathie* und *Perspektivübernahme* gibt, zeigt sich ein deutlicher Anstieg bezüglich der *Opferempathie*. Dies ist hypothesenkonform, da Hypothese 2.2 aufgrund der Forschungslage lediglich Veränderungen im speziellen Bereich der Opferempathie erwartet. Über alle drei Teilskalen steigen die Mittelwerte im Verlauf der Behandlung deutlich an. Der T-Test zeigt, dass die Veränderung von T1 zu T2 für die Skala *Empathie bezüglich des eigenen Opfers* auch statistisch signifikant auf einem Alpha-Niveau von .01 wird (Tabelle 30). Der Effekt liegt mit einer Effektstärke von .42 im mittleren Bereich (Tabelle 31). Hypothese 2.2 wird somit durch die Daten gestützt.

Tabelle 29: Veränderungen der Empathie (JVA Mannheim)

Empathie (SPF)	N = 20		N = 12
	T1	T2	T3
Mittelwert	13.55	13.80	12.50
Minimum	6	7	7
Maximum	20	20	20
Perspektivübernahme (SPF)	N = 20		N = 12
	T1	T2	T3
Mittelwert	14.10	14.40	12.67
Minimum	8	7	7
Maximum	19	16	16
Opferempathie fiktives Gewaltdelikt (OEF)	N = 19		N = 11
	T1	T2	T3
Mittelwert	70.73	74.85	76.75
Minimum	42	40	50
Maximum	92	93	93
Opferempathie Sexualdelikt (OEF)	N = 19		N = 11
	T1	T2	T3
Mittelwert	79.40	81.90	85.00
Minimum	37	40	65
Maximum	93	96	95
Opferempathie eigenes Delikt (OEF)	N = 19		N = 11
	T1	T2	T3
Mittelwert	59.03	68.70	69.25
Minimum	0	0	0
Maximum	93	96	93

Anmerkungen: SPF = Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen; OEF= Opferempathie-Fragebogen; N= Stichprobengröße; T1= erster Testzeitpunkt; T2=zweiter Testzeitpunkt; T3= dritter Testzeitpunkt; SD= Standardabweichung

Tabelle 30: Statistische Signifikanz der Veränderungen der Empathie (JVA Mannheim)

Empathie					N = 20 (SPF)		N = 19 (OEF)	
	MT1	SDT1	MT2	SDT2	t	P		
Empathie (SPF)	13.55	3.91	13.80	3.64	0.42	0.68		
Perspektivübernahme (SPF)	14.10	2.94	14.40	3.22	0.64	0.53		
Opferempathie fiktives Gewaltdelikt (OEF)	70.73	13.81	74.85	14.21	1.81	0.09		
Opferempathie Sexualdelikt (OEF)	79.40	13.39	81.90	15.19	1.42	0.17		
Opferempathie eigenes Delikt (OEF)	59.03	21.93	68.70	23.45	3.25	0.00		

Anmerkungen: N= Stichprobengröße; M= Mittelwert; T1= erster Testzeitpunkt; T2=zweiter Testzeitpunkt; T3= dritter Testzeitpunkt; SD= Standardabweichung; t und p sind die zweiseitigen Prüfwerte des T-Tests bei abhängigen Stichproben; SPF= Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen; OEF= Opferempathie-Fragebogen

Tabelle 31: Effektgrößen der Veränderungen (T1/T2) der Empathie (JVA Mannheim)

Empathie	Veränderung der Mittelwerte	Statistische Signifikanz	Effektstärke d
N = 20			
Empathie (SPF)	✓		0.07
Perspektivübernahme (SPF)	✓	-	0.10
N = 19			
Opferempathie Gewaltdelikt (OEF)	✓	-	0.29
Opferempathie Sexualdelikt (OEF)	✓	-	0.17
Opferempathie eigenes Delikt (OEF)	✓	**	0.42

Anmerkungen: SPF= Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen; OEF= Opferempathie-Fragebogen; N= Stichprobengröße; ✓=hypothesekonform; -= statistisch nicht signifikant; **= signifikant auf einem Alpha-Niveau von 0.01

3.5.3 Seelische Gesundheit (JVA Mannheim)

Die seelische Gesundheit der Probanden der JVA Mannheim zeigt im Verlauf der Behandlung eher kleine Veränderungen (Tabelle 32). Für die Skala *Beschwerdefreiheit* zeigt sich ein leichter Aufwärtstrend über die drei Messzeitpunkte. Für die Skala *Stress* gibt es die größten Veränderungen. Die gemessenen Werte sinken wie erwartet im Verlauf der Behandlung ab.

Tabelle 32: Veränderungen der seelischen Gesundheit (JVA Mannheim)

	N = 19		N = 12
Seelische Gesundheit (TPF)	T1	T2	T3
Mittelwert	59.32	61.15	61.09
Minimum	47	53	51
Maximum	72	73	70
	N = 20		N = 12
Beschwerdefreiheit vs. Nervosität (TPF)	T1	T2	T3
Mittelwert	37.45	37.70	38.18
Minimum	26	29	32
Maximum	43	43	42
	N = 20		N = 12
Selbstwertgefühl (TPF)	T1	T2	T3
Mittelwert	29.85	29.75	30.00
Minimum	23	24	20
Maximum	41	37	36

Stress (SPF)	T1	T2	T3
Mittelwert	10.90	9.80	8.83
Minimum	6	4	4
Maximum	18	12	12

Anmerkungen: N= Stichprobengröße; TPF= Trierer= Persönlichkeitsfragebogen; SPF= Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen; T1= erster Testzeitpunkt; T2=zweiter Testzeitpunkt; T3= dritter Testzeitpunkt; SD= Standardabweichung

Die Veränderung wird für keine der Skalen signifikant (Tabelle 33) und die Effektstärken sind gering, wie Tabelle 34 belegt. Die Veränderungen von T1 zu T2 sind sehr klein, jedoch für 3 der Skalen (*Seelische Gesundheit, Beschwerdefreiheit vs. Nervosität und Stress*), aus rein deskriptiver Sicht, hypothesenkonform.

Tabelle 33: Statistische Signifikanz der Veränderungen der seelischen Gesundheit (JVA Mannheim)

Seelische Gesundheit	MT1	SDT1	MT2	SDT2	T	p
N=19						
Seelische Gesundheit (TPF)	59.32	7.07	61.42	5.41	1.37	0.19
N=20						
Beschwerdefreiheit vs. Nervosität (TPF)	37.45	4.50	37.70	3.77	0.34	0.74
Selbstwertgefühl (TPF)	29.85	4.46	29.75	3.71	-0.19	0.85
N=20						
Stress (SPF)	10.90	3.42	9.80	2.84	-1.68	0.11

Anmerkungen: N= Stichprobengröße; M= Mittelwert; T1= erster Testzeitpunkt; T2=zweiter Testzeitpunkt; T3= dritter Testzeitpunkt; SD= Standardabweichung; t und p sind die zweiseitigen Prüfwerte des T-Tests bei abhängigen Stichproben; TPF = Trierer Persönlichkeitsfragebogen; SPF= Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen

Tabelle 34: Effektgrößen der Veränderungen (T1/T2) der seelischen Gesundheit (JVA Mannheim)

Seelische Gesundheit	Statistische Signifikanz	Effektstärke d
N = 19		
Seelische Gesundheit (TPF)	✓	0.33
N = 20		
Beschwerdefreiheit vs. Nervosität (TPF)	✓	0.06
Selbstwertgefühl (TPF)	n.h.	0.02
Stress (SPF)	✓	0.35

Anmerkungen: ✓=hypothesenkonform; n.h. = nicht hypothesenkonform; TPF = Trierer Persönlichkeitsfragebogen; SPF= Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen; N= Stichprobengröße; -= statistisch nicht signifikant

3.5.4 Verhaltenskontrolle (JVA Mannheim)

Tabelle 35 zeigt die Ergebnisse der Messungen der Verhaltenskontrolle für die Probanden der JVA Mannheim. Der erwartete Anstieg der Verhaltenskontrolle über alle drei Messzeitpunkte (Hypothese 2.4) zeigt sich nicht. Der hypothesenkonforme Anstieg des Mittelwerts von T1 zu T2 wird statistisch nicht signifikant (Tabelle 36) und die Effektstärke ist gering (Tabelle 37).

Tabelle 35: Veränderungen der Verhaltenskontrolle (JVA Mannheim)

Verhaltenskontrolle (TPF)	N = 18		N = 12
	T1	T2	T3
Mittelwert	47.55	48.11	46.55
Minimum	42	38	35
Maximum	54	55	54

Anmerkungen: TPF= Trierer Persönlichkeitsfragebogen; N= Stichprobengröße; T1= erster Testzeitpunkt; T2=zweiter Testzeitpunkt; T3= dritter Testzeitpunkt

Tabelle 36 Statistische Signifikanz der Veränderungen der Verhaltenskontrolle (JVA Mannheim)

Verhaltenskontrolle (TPF)	N = 18					
	MT1	SDT1	MT2	SDT2	t	p
Verhaltenskontrolle	47.56	3.65	48.11	4.07	0.70	0.49

Anmerkungen: N= Stichprobengröße; M= Mittelwert; T1= erster Testzeitpunkt; T2=zweiter Testzeitpunkt; SD= Standardabweichung; t und p sind die zweiseitigen Prüfwerte des T-Tests bei abhängigen Stichproben; TPF= Trierer Persönlichkeitsfragebogen

Tabelle 37: Effektgröße der Veränderung (T1/T2) der Verhaltenskontrolle (JVA Mannheim)

Verhaltenskontrolle (TPF)	N = 18		
	Veränderung der Mittelwerte	Statistische Signifikanz	Effektstärke d
Verhaltenskontrolle	✓	-	0.14

Anmerkungen: ;✓=hypothesenkonform = Trierer Persönlichkeitsfragebogen; N= Stichprobengröße; -= statistisch nicht signifikant

3.6 Ergebnisse der JVA Offenburg

Die Probanden der JVA Offenburg wurden wegen eines Gewaltdelikts verurteilt und die Anlasstat stand in der Regel im Zusammenhang mit einem missbräuchlichen oder süchtigen Konsum von Suchtmitteln. Die Gefangenen nahmen an einem Gruppenprogramm teil, welches an das Behandlungsprogramm für Gewaltstraftäter angelehnt ist. Die Evaluation fand im Zeitraum von Januar 2012 bis Juli 2014 statt.

3.6.1 Aggressivität (JVA Offenburg)

Tabelle 38 zeigt die gemessenen Mittelwerte der Aggressivität der Probanden der JVA Offenburg. Sie sind hypothesenkonform (Hypothese 1.1) im Sinne einer Abnahme der Mittelwerte über die drei Messzeitpunkte für die Skalen *spontane Aggressivität*, *reaktive Aggressivität*, *Erregbarkeit* und dementsprechend auch für deren Summenscore. Ebenfalls hypothesenkonform ist die relative Abnahme der Werte zu T2 im Vergleich zum Mittelwert zu T1 für die Skala *Selbstaggressivität* sowie die Zunahme des Mittelwertes zu T2 im Vergleich zu T1 für die Skala *Aggressionshemmung*. Nicht hypothesenkonform ist die Abnahme des Mittelwerts für die Skala *Aggressionshemmung* zum Zeitpunkt T3.

Tabelle 38: Veränderung der Aggressivität (JVA Offenburg)

K-FAF	N = 17		N = 10
Spontane Aggressivität	T1	T2	T3
Mittelwert	11.35	10.76	10.00
Minimum	4	0	4
Maximum	32	22	18
Reaktive Aggressivität	T1	T2	T3
Mittelwert	25.65	22.47	18.10
Minimum	12	11	11
Maximum	50	43	27
Erregbarkeit	T1	T2	T3
Mittelwert	22.00	17.09	15.60
Minimum	7	8	2
Maximum	39	25	29
Selbstaggressivität	T1	T2	T3
Mittelwert	18.24	15.71	16.30
Minimum	9	0	11
Maximum	32	43	34
Aggressionshemmung	T1	T2	T3
Mittelwert	16.12	16.71	16.10
Minimum	6	4	9
Maximum	24	28	22

Aggressivitäts-Summe	T1	T2	T3
Mittelwert	59.00	50.32	43.70
Minimum	24	27	21
Maximum	107	89	60

Anmerkungen: K-FAF= Kurzfragebogen zu Aggressivitätsfaktoren; N= Stichprobengröße; T1= erster Testzeitpunkt; T2=zweiter Testzeitpunkt; T3= dritter Testzeitpunkt

Die Veränderungen der Mittelwerte von T1 zu T2 sind rein deskriptiv hypothesenkonform, erlangen jedoch größtenteils keine statistische Signifikanz. Eine Ausnahme bildet die Skala *Erregbarkeit*, deren Veränderung im T-Test mit einer p von .03 die statistische Signifikanz auf einem Alpha-Niveau von .05 erreicht (Tabelle 39). Für diese Skala ergibt sich mit einem d von .56 auch die größte Effektstärke (Tabelle 40).

Tabelle 39 Statistische Signifikanz der Veränderungen der Aggressivität (JVA Offenburg)

Aggressivität (K-FAF)	N = 17					
	MT1	SDT1	MT2	SDT2	T	p
Spontane Aggressivität	11.35	7.97	10.76	7.12	-0.24	0.81
Reaktive Aggressivität	25.65	9.04	22.47	8.94	-1.49	0.16
Erregbarkeit	22.00	9.94	17.09	5.50	-2.41	0.03
Selbstaggressivität	18.24	6.25	15.71	9.03	-1.65	0.12
Aggressionshemmung	16.12	4.51	16.71	5.50	0.47	0.65
Aggressions-Summe	59.00	24.21	50.32	18.85	-1.44	0.17

Anmerkungen: K-FAF= Kurzfragebogen zu Aggressivitätsfaktoren; N= Stichprobengröße; M= Mittelwert; T1= erster Testzeitpunkt; T2=zweiter Testzeitpunkt; T3= dritter Testzeitpunkt; SD= Standardabweichung; t und p sind die zweiseitigen Prüfwerte des T-Tests bei abhängigen Stichproben

Tabelle 40: Effektgrößen der Veränderungen (T1/T2) der Aggressivität (JVA Offenburg)

Aggressivität (K-FAF)	N = 17		
	Veränderung der Mittelwerte	Statistische Signifikanz p	Effektstärke d
Spontane Aggressivität	✓	-	0.08
Reaktive Aggressivität	✓	-	0.35
Erregbarkeit	✓	*	0.56
Selbstaggressivität	✓	-	0.30
Aggressionshemmung	✓	-	0.12
Aggressions-Summe	✓	-	0.40

Anmerkungen: K-FAF= Kurzfragebogen zu Aggressivitätsfaktoren; N= Stichprobengröße; ✓ = hypothesenkonform; -= statistisch nicht signifikant

3.6.2 Empathie (JVA Offenburg)

Eine Betrachtung der Veränderungen der Empathie-Mittelwerte der Probanden der JVA Offenburg zeigt ein ähnliches Bild wie in den anderen JVAs.

Die Veränderungen der beiden Skalen *Empathie* und *Perspektivübernahme* sind gering. Die Minimalwerte steigen jedoch von T1 bis T3 kontinuierlich an. Die *Empathie* für das *Opfer eines Sexualdelikts* liegt mit einem Mittelwert von 83.18 schon zu Beginn der Behandlung sehr nahe am maximal erreichbaren Wert. Die größten Veränderungen zeigen sich für die Skalen *Empathie bezüglich eines fiktiven Gewaltopfers* und bezüglich des *eigenen Opfers*. Sie bestätigen Hypothese 1.2 für den Bereich der Opferempathie. Ein statistisch signifikantes Ergebnis zeigt sich mit einem Effekt von .49 für die Skala *Empathie bezüglich dem eigenen Opfer*. (Tabelle 41, Tabelle 42, Tabelle 43)

Tabelle 41: Veränderungen der Empathie (JVA Offenburg)

	N = 16		N = 10
Empathie (SPF)	T1	T2	T3
Mittelwert	14.06	13.63	14.70
Minimum	6	8	11
Maximum	20	20	18
Perspektivübernahme (SPF)	T1	T2	T3
Mittelwert	13.56	13.63	13.20
Minimum	6	8	10
Maximum	20	17	18
	N = 17		N = 10
Opferempathie fiktives Gewaltdelikt (OEF)	T1	T2	T3
Mittelwert	64.82	68.18	69.70
Minimum	53	49	56
Maximum	85	85	96
Opferempathie Sexualdelikt (OEF)	T1	T2	T3
Mittelwert	83.18	83.71	78.70
Minimum	69	70	69
Maximum	93	96	93

Opferempathie eigenes Delikt (OEF)			
	T1	T2	T3
Mittelwert	55.41	61.94	59.45
Minimum	36	35	44
Maximum	78	90	72

Anmerkungen: N= Stichprobengröße; SPF= Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen; OEF= Opferempathie-Fragebogen; T1= erster Testzeitpunkt; T2=zweiter Testzeitpunkt; T3= dritter Testzeitpunkt

Tabelle 42: Statistische Signifikanz der Veränderungen der Empathie (JVA Offenburg)

Empathie	MT1	SDT1	MT2	SDT2	t	p
N = 16						
Empathie (SPF)	14.06	3.30	13.63	3.20	-0.55	0.59
Perspektivübernahme (SPF)	13.56	3.24	13.63	2.25	0.07	0.94
N = 17						
Opferempathie fiktives Gewaltdelikt (OEF)	64.82	9.13	68.18	11.71	2.06	0.06
Opferempathie Sexualdelikt (OEF)	83.18	7.95	83.71	7.24	0.35	0.73
Opferempathie eigenes Delikt (OEF)	55.41	11.47	61.94	14.28	2.92	0.01

Anmerkungen: N= Stichprobengröße; M= Mittelwert; T1= erster Testzeitpunkt; T2=zweiter Testzeitpunkt; T3= dritter Testzeitpunkt; SD= Standardabweichung; t und p sind die zweiseitigen Prüfwerte des T-Tests bei abhängigen Stichproben; SPF= Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen; OEF= Opferempathie-Fragebogen

Tabelle 43: Effektgrößen der Veränderungen (T1/T2) der Empathie (JVA Offenburg)

Empathie	Veränderung der Mittelwerte	Statistische Signifikanz	Effektstärke d
N = 16			
Empathie (SPF)	n.h.	-	0.14
Perspektivübernahme (SPF)	✓	-	0.02
N = 17			
Opferempathie Gewaltdelikt (OEF)	✓	-	0.30
Opferempathie Sexualdelikt (OEF)	✓	-	0.07
Opferempathie eigenes Delikt (OEF)	✓	*	0.49

Anmerkungen: ✓=hypothesenkonform; n.h. = nicht hypothesenkonform; SPF= Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen; OEF = Opferempathie-Fragebogen; N= Stichprobengröße; - = statistisch nicht signifikant; *= signifikant auf einem Alpha-Niveau von 0.05

3.6.3 Seelische Gesundheit (JVA Offenburg)

Die seelische Gesundheit der Probanden in Offenburg verbessert sich im Durchschnitt über alle gemessenen Skalen von T1 zu T2 (Tabelle 44). Die Skalen *seelische Gesundheit* und *Beschwerdefreiheit* erreichen, trotz eines Abfalls des Mittelwertes relativ zu T2, auch zum Testzeitpunkt drei höhere Werte als zum Testzeitpunkt eins. Für die Skala *Selbstwertgefühl* hingegen liegt der Mittelwert zu T3 niedriger und für die Skala *Stress* liegt er höher als zu Beginn der Untersuchung. Eine Verbesserung der seelischen

Gesundheit (Hypothese 1.3) wird durch die vorliegenden Daten somit nur für den Zeitraum von T1 zu T2 belegt.

Tabelle 44: Veränderungen der seelischen Gesundheit (JVA Offenburg)

	N = 17		N = 10
Seelische Gesundheit (TPF)			
	T1	T2	T3
Mittelwert	59.50	61.44	59.78
Minimum	48	45	51
Maximum	69	78	73
Selbstwertgefühl (TPF)			
	T1	T2	T3
Mittelwert	31.94	33.12	31.50
Minimum	26	27	26
Maximum	39	40	40
Beschwerdefreiheit vs. Nervosität (TPF)			
	T1	T2	T3
Mittelwert	33.93	37.00	35.00
Minimum	27	29	28
Maximum	40	55	40
Stress (SPF)			
	N = 16		N = 10
	T1	T2	T3
Mittelwert	8.56	8.38	9.00
Minimum	4	4	5
Maximum	14	13	14

Anmerkungen: N= Stichprobengröße; TPF= Trierer Persönlichkeitsfragebogen; SPF= Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen; T1= erster Testzeitpunkt; T2=zweiter Testzeitpunkt; T3= dritter Testzeitpunkt

Tabelle 45 zeigt, dass die gefundenen Veränderungen im Zeitraum von T1 zu T2 zwar tendenziell den erwarteten Verlauf aufweisen, aber statistisch keine Signifikanz erreichen. Praktische Signifikanz hingegen zeigt sich besonders für die Skala *Beschwerdefreiheit* mit einer Effektstärke von .52. (Tabelle 46)

Tabelle 45: Statistische Signifikanz der Veränderungen der seelischen Gesundheit (JVA Offenburg)

Seelische Gesundheit						
	MT1	SDT1	MT2	SDT2	T	p
N = 17						
Seelische Gesundheit (TPF)	59.46	7.01	60.92	8.49	0.60	0.56
Selbstwertgefühl (TPF)	31.94	3.21	33.12	3.72	1.41	0.18
N = 14						
Beschwerdefreiheit vs. Nervosität (TPF)	34.43	2.71	36.71	5.64	1.32	0.21
N = 16						
Stress (SPF)	8.56	2.34	8.38	2.55	-0.25	0.81

Anmerkungen: N= Stichprobengröße; M= Mittelwert; T1= erster Testzeitpunkt; T2=zweiter Testzeitpunkt; T3= dritter Testzeitpunkt; SD= Standardabweichung; t und p sind die zweiseitigen Prüfwerte des T-Tests bei abhängigen Stichproben; TPF= Trierer Persönlichkeitsfragebogen; SPF= Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen

Tabelle 46: Effektgrößen der Veränderungen (T1/T2) der seelischen Gesundheit (JVA Offenburg)

Seelische Gesundheit			
	Veränderung der Mittelwerte	Statistische Signifikanz	Effektstärke d
N = 17			
Seelische Gesundheit (TPF)	✓	-	0.16
Selbstwertgefühl (TPF)	✓	-	0.34
N = 14			
Beschwerdefreiheit vs. Nervosität (TPF)	✓	-	0.52
N = 16			
Stress (SPF)	✓	-	0.08

Anmerkungen: ✓ = hypothesenkonform; TPF = Trierer Persönlichkeitsfragebogen; SPF= Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen; N= Stichprobengröße; -= statistisch nicht signifikant

3.6.4 Verhaltenskontrolle (JVA Offenburg)

Hypothese 1.4 erwartet eine Erhöhung der Verhaltenskontrolle im Verlauf der Behandlung. Diese Vermutung kann durch die Daten nicht gestützt werden. Tabelle 47 zeigt, dass der gemessene Mittelwert im Verlauf der Behandlung etwas geringer wird. Diese Veränderung erreicht jedoch weder statistische ($p=.8$) noch praktische Signifikanz ($d = .07$), (Tabelle 48, Tabelle 49).

Tabelle 47: Veränderungen der Verhaltenskontrolle (JVA Offenburg)

Verhaltenskontrolle (TPF)			
	T1	N = 13 T2	N = 10 T3
Mittelwert	46.31	46.00	45.20
Minimum	41	36	39
Maximum	50	57	51

Anmerkungen: TPF= Trierer Persönlichkeitsfragebogen; N= Stichprobengröße; T1= erster Testzeitpunkt; T2=zweiter Testzeitpunkt; T3= dritter Testzeitpunkt

Tabelle 48 Statistische Signifikanz der Veränderungen der Verhaltenskontrolle (JVA Offenburg)

Verhaltenskontrolle (TPF)						N = 13
	MT1	SDT1	MT2	SDT2	t	p
Verhaltenskontrolle	46.31	3.25	46.00	4.80	-0.25	0.80

Anmerkungen: N= Stichprobengröße; M= Mittelwert; T1= erster Testzeitpunkt; T2=zweiter Testzeitpunkt; SD= Standardabweichung; t und p sind die zweiseitigen Prüfwerte des T-Tests bei abhängigen Stichproben; TPF= Trierer Persönlichkeitsfragebogen

Tabelle 49: Effektgröße der Veränderung (T1/T2) der Verhaltenskontrolle (JVA Offenburg)

Verhaltenskontrolle (TPF)			N = 13
	Statistische Signifikanz	Effektstärke d	
Verhaltenskontrolle	n.h.	-	0.07

Anmerkungen: = Trierer Persönlichkeitsfragebogen; N= Stichprobengröße; n.h. = nicht hypothesenkonform; -= statistisch nicht signifikant

3.7 Ergebnisse der SKID-II-Interviews für Persönlichkeitsstörungen

Zur Beantwortung der Fragestellung, ob sich Veränderungen bezüglich diagnostischer Kriterien für Persönlichkeitsstörungen (PS) ergeben, wurden die Ergebnisse aller Probanden der JVA's Bruchsal, Heilbronn, Heimsheim, Mannheim und Offenburg gemeinsam untersucht (Tabelle 50). Betrachtet man die Justizvollzugsanstalten einzeln, sind die Veränderungen aufgrund der sehr kleinen Fallzahlen statistisch nicht belegbar. Im Gesamten jedoch zeigt sich, dass die Abnahme der Mittelwerte der Diagnose-Scores, die für alle Skalen stattfindet, für die *depressive, paranoide, schizotypische, schizoide* und *histrionische Persönlichkeitsstörung* im zweiseitigen Test statistische Signifikanz erreicht. Die größten Effekte finden sich für die *schizotypische* ($d = .96$) und die *schizoide* ($d = .8$) *Persönlichkeitsstörung*. Der kleinste Effekt zeigt sich für die *Borderline-Persönlichkeitsstörung* mit einem d von $.2$. Die Daten stützen im Wesentlichen Hypothese 4, die besagt, dass sich nach der Teilnahme an den evaluierten Programme Verringerungen bezüglich der Ausprägungen der diagnostischen Kriterien für Persönlichkeitsstörungen ergeben.

Tabelle 50: Veränderungen der Diagnose-Scores des SKID-II (JVA's Bruchsal, Heilbronn, Heimsheim, Mannheim, Offenburg)

Strukturiertes Klinisches Interview für Persönlichkeitsstörungen (SKIDII)					
PS	N	Diagnose-Score T1 (M)	Diagnose-Score T3 (M)	Signifikanz (p zweiseitig)	Effektstärke (d)
selbstunsichere PS	35	8,26	7,69	0,22	0.28
dependente PS	35	8,86	8,49	0.25	0.28
zwanghafte PS	35	9,66	9,29	0.30	0.23
negativistische PS	35	8,83	8,29	0.06	0.28
depressive PS	34	9,38	8,03	0.01*	0.56
paranoide PS	35	9,34	8,37	0.02*	0.52
schizotypische PS	35	10,34	9,31	0.00**	0.96
schizoide PS	34	8,69	7,20	0.00**	0.80
histrionische PS	34	8,97	8,20	0,02*	0.60
narzisstische PS	35	9,97	9,57	0,21	0.29
borderline PS	34	10,71	10,21	0,25	0.20

Anmerkungen: SKID II = strukturiertes klinisches Interview für Persönlichkeitsstörungen; PS= Persönlichkeitsstörung; N= Stichprobengröße; T= Testzeitpunkt; M= Mittelwert; *= signifikant auf einem Alpha-Niveau von .05; **= signifikant auf einem Alpha-Niveau von . 01

4 Diskussion

Evaluationsstudien und insbesondere die Untersuchung von Therapieeffekten sind ein sehr anspruchsvoller Forschungsbereich, und daher existiert keine Untersuchung, die nicht in irgendeinem Punkt anfechtbar ist. In diesem Sinne hat auch die vorliegende Arbeit Stärken und Schwächen, die im Folgenden diskutiert werden.

Die vorliegende Arbeit findet oftmals kleine, statistisch nicht relevante Veränderungen für die untersuchten Gruppen. Dies bedeutet jedoch nicht, dass die Veränderungen keine praktische Relevanz für die Einzelpersonen haben. Es sagt auch nichts darüber aus, dass sich für einzelne Personen teilweise große Veränderungen ergeben haben können, die deren Leben nachhaltig beeinflussen. Erhöhungen der Minimalwerte für protektive Faktoren und Verringerungen der Maximalwerte für Risikofaktoren im Verlauf der Behandlung müssen nicht ausschließlich durch statistische Artefakte (Regressionseffekt) bedingt sein. Sie können auch darauf hindeuten, dass besonders Personen mit großen Defiziten von der Behandlung profitieren. Dies wäre dann ein erwünschtes Ergebnis der Therapie, da sich dadurch ihr besonders hohes Rückfallrisiko verringern würde.

Es wurden größtenteils kleine Gruppen untersucht, was es sehr schwer macht, statistische Signifikanz zu erreichen. Ein Indiz hierfür liefert die Untersuchung der JVA Adelsheim, die mit der größten Probandenanzahl auch die meisten signifikanten Ergebnisse erbrachte. Dies belegt einerseits die Güte dieser Behandlung, schmälert andererseits jedoch nicht die Effektivität der übrigen Behandlungsprogramme, die eventuell nur aufgrund geringer Fallzahlen statistisch nicht belegt werden konnte. Die Tatsache, dass sich die Mittelwerte vom Testzeitpunkt eins zum Testzeitpunkt zwei in den meisten Fällen in die erwartete Richtung verändern, könnte damit zusammenhängen, dass hier mehr Probanden zur Testung zu Verfügung standen. Eine Erhöhung der Stichprobengröße könnte Störvariablen einzelner Personen untereinander ausgleichen und somit tatsächliche Veränderungen erkennbar machen.

Es muss auch darauf hingewiesen werden, dass die Art des Behandlungsprogramms nicht alleine für Behandlungserfolg oder –misserfolg verantwortlich ist. Weitere wichtige Faktoren, die in der vorliegenden Studie nicht kontrolliert werden konnten, sind Beziehungsfaktoren, Hoffnungen und Erwartungen des Klienten bezüglich der therapeutischen Allianz sowie außertherapeutische Faktoren, wie zum Beispiel zufällige Ereignisse (Grawe, 1994; Miller, 1999).

Im Verlauf der Studie kam es zu einem Wechsel der Evaluatorin. Um den Personen-Einfluss möglichst gering zu halten, fand ein detailliertes Übergabe-Gespräch statt, bei dem der genaue Ablauf der Untersuchung besprochen wurde. Da es sich bei allen Erhebungsinstrumenten, außer dem SKID-II-Interview, um standardisierte Fragebögen mit ausführlichen Handanweisungen handelt, kann man von einem geringen Personen-Einfluss ausgehen.

Therapieerfolg wurde in der vorliegenden Arbeit anhand von Daten der verwendeten Persönlichkeitsverfahren operationalisiert. Dies birgt die Gefahr von Verzerrungen durch geringe Selbstbeobachtungs- und Reflexionsfähigkeiten bei den untersuchten Personen, die eventuelle Veränderungen verdecken. Eine weitere häufige Fehlerquelle bei Selbstauskünften sind Antworttendenzen, die die Daten in verschiedene Richtungen verzerren können. Durch Zusicherung der Schweigepflicht und die Durchführung der Evaluation durch eine externe Person wurde versucht, solche Effekte zu reduzieren. Dennoch können Dissimulation und die Tendenz zur sozialen Erwünschtheit gerade im forensischen Kontext nicht ausgeschlossen werden und sind gleichzeitig nur schwer zu kontrollieren (Ille, Lahousen et al., 2005; Fiedler et al. 2006).

Das Problem der fehlenden Kontrollgruppen, was die Kontrolle einiger Störvariablen ermöglicht hätte, konnte nicht gelöst werden. Obwohl im Verlauf der Datenerhebung Versuche unternommen wurden, Gefangene zu finden, die nicht an der Behandlungsgruppe teilnehmen wollten oder konnten, stellte sich bald heraus, dass die meisten dieser Personen auch zu einer Teilnahme an der Evaluation nicht bereit waren oder sich zu stark von den Teilnehmern der Behandlungsgruppe unterschieden. Auch eine Wartekontrollgruppe war aus praktischen und ethischen Gründen keine praktikable Alternative. Aus diesem Grund können interventionsunabhängige Zeiteffekte, die Einfluss auf die Zielvariablen haben, nicht ausgeschlossen werden. Forschungsbefunde (Hosser, 2008) belegen jedoch, dass im Verlauf einer Inhaftierung eher Prisonierungseffekte als günstige Effekte zu erwarten sind. Jede Entscheidung über die Art der statistischen Auswertung bringt Vor- und Nachteile mit sich. In der vorliegenden Arbeit werden die Ergebnisse der zweiseitigen Signifikanzwerte angegeben. Dadurch ist die Testung eher konservativ, was die Wahrscheinlichkeit eines Alpha-Fehlers reduziert, aber die Gefahr birgt, vorhandene Unterschiede zu verschleiern (Beta-Fehler). Die Ergebnisse der einseitigen Testung auf Signifikanz, die in manchen Fällen vertretbar wäre, würden mehr signifikante Ergebnisse erzeugen. Auch die durchgeführten Korrekturen der Effektstärken (vgl. Kapitel 2.3) führen eher zu einer Unterschätzung der statistischen Relevanz.

Die Evaluation von psychotherapeutischen Designs ist ein schwieriges Forschungsgebiet, besonders dann, wenn es sich dabei um Feldforschung handelt. Praktische Einschränkungen im Forschungsdesign erschweren ein methodisch perfektes Design und schränken die Aussagekraft der Ergebnisse ein, machen sie jedoch nicht zunichte. Evaluation von Therapieerfolgen ist ein unabdingbares Instrument zur Qualitätssicherung, Weiterentwicklung und Kontrolle therapeutischer Programme. Obwohl auch das Forschungsdesign der vorliegenden Arbeit ein Kompromiss zwischen den praktischen Gegebenheiten und methodischen Überlegungen darstellt, konnten eine Reihe relevanter Ergebnisse erzielt werden.

5 Zusammenfassung

Gewaltstraftäter fügen ihren Opfern schwere Schäden zu, die lang andauernde Traumatisierungen zur Folge haben können. Neben Ersttätern finden sich auch Täter, die nach ihrer Inhaftierung erneut Gewalttaten begehen. Internationale Forschungsergebnisse zeigen, dass Straftäter, die während ihrer Inhaftierung eine deliktorientierte psychotherapeutische Behandlung durchlaufen, ein geringeres Risiko haben, erneute Straftaten zu begehen, als diejenigen, die nicht behandelt werden. Täterbehandlung ist somit ein wirksames Mittel des präventiven Opferschutzes. Es besteht jedoch noch immer ein Mangel an Untersuchungen über die Wirkung von Behandlungsprogrammen in deutschen Strafanstalten. Die vorliegende Arbeit stellt sich dieser Herausforderung, indem sie praxisnahe Informationen über Behandlungsmaßnahmen in baden-württembergischen Justizvollzugsanstalten liefert.

Im Rahmen eines mehrjährig angelegten Forschungsprojekts wurden Teilnehmer therapeutischer Behandlungsprogramme in den Justizvollzugsanstalten Adelsheim, Bruchsal, Heilbronn, Heimsheim, Mannheim und Offenburg vor Beginn der Maßnahme (T1), währenddessen (T2) sowie nach deren Abschluss (T3) mit Hilfe von psychologischen Tests, Fragebögen und strukturierten Interviews untersucht. In der JVA Adelsheim nahmen 56 junge Gefangene, in der JVA Heimsheim 11 schwere Gewaltstraftäter, in den JVAs Bruchsal und Heilbronn jeweils 5 Gewaltstraftäter, in der JVA Mannheim 19 Sexualstraftäter und in der JVA Offenburg 16 Gewaltstraftäter mit bestehender Suchtmittelproblematik an der Untersuchung teil.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Beschreibung der Gefangenen, die an den Behandlungsmaßnahmen teilnahmen, die Beschreibung der Behandlungsprojekte und die Ermittlung von Wirkungen auf die Konstrukte *Aggressivität*, *(Opfer-) -Empathie*, *seelische Gesundheit*, *Verhaltenskontrolle*, *soziale Unsicherheit*, *Problembelastung* und *habituellem Attributionsstil*. Es wurde angenommen, dass sich im Therapieverlauf protektive Faktoren bezüglich des Begehens von Gewalt- und Sexualstraftaten verstärken und Risikofaktoren geringer werden.

Aufgrund der methodischen Schwierigkeiten der Untersuchung, insbesondere der geringen Stichprobenumfänge und dem Fehlen von unbehandelten Kontrollgruppen, müssen die vorliegenden Ergebnisse vorsichtig interpretiert werden. Rein deskriptiv verhalten sich die Gruppen-Mittelwerte für die einzelnen Konstrukte im Verlauf der Behandlung oft hypothesenkonform, im Sinne einer Abnahme der Risikofaktoren und Zunahme von

protektiven Faktoren. So steigt in allen Programmen, bei denen dies gemessen wurde, bei den Probanden die Opferempathie an und ist überwiegend ein Rückgang der Aggressivität zu verzeichnen.

Dies lässt tendenziell darauf schließen, dass die angebotenen Behandlungsprogramme an sinnvollen Punkten ansetzen. Inferenzstatistisch lassen sich diese Veränderungen jedoch nur in wenigen Fällen absichern. Eine Ausnahme bildet die Stichprobe der JVA Adelsheim, mit einem Umfang von $N=56$ die deutlich größte der untersuchten Stichproben, für die deutlich mehr Mittelwertsunterschiede statistische Signifikanz erreichen. Dies kann ein Beleg für die Güte der Behandlung sein, schmälert jedoch nicht unbedingt die Effektivität der übrigen Behandlungsprogramme, die eventuell nur aufgrund geringer Fallzahlen statistisch nicht belegt werden konnte. Um hier eine abschließende Aussage treffen zu können, ist die Rekrutierung größerer Stichproben nötig. Auch ob sich die Reduktion der angenommenen Risikofaktoren nach der Entlassung der Gefangenen in einer geringeren Rückfallhäufigkeit niederschlägt, bleibt offen und macht weitere Untersuchungen in diesem Forschungsfeld wünschenswert.

6 Literaturverzeichnis

- Abel, G.G.; Gore, D.K.; Holland, C.L.; Camp, N.; Becker, J.V. & Rathner, J. (1989). *The measurement of the cognitive distortions of child molesters*. *Annals of Sex Research*, 2, 135-152.
- Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P. & Teasdale, J.D. (1978) Learned Helplessness in Humans: Critique and Reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87 (1) 49-74.
- Affeldt, M. (1981). *Ein Gruppentraining mit Jugendlichen zur Einübung von Selbstvertrauen und sozialer Kompetenz*. Hamburg: unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Agnew, R. (2007). Strain, Attribution, and Traffic Delinquency Among Young Drivers: Measuring and Testing General Strain Theory in the Context of Driving. *Crime & Delinquency*, 53, 523-551.
- American Psychiatric Association (2013). *Paraphilic Disorders Fact Sheet DSM-V*. Retrieved online January 12, 2015, from <http://www.dsm5.org/Documents/Paraphilic/20Disorders/20Fact/20Sheet.pdf>
- Bandura, A., Ross, D. & Ross, S. A. (1963). Imitation of film - mediated aggressiv models. *Journal of Abnormal and Social Psychologie*, 66, 3- 11.
- Baumeister, R.F., Heatherton, T.F. & Tice, D.M. (1994). *Losing Control: how and why people fail at self regulation*. San Diego: Academic Press.
- Beaman, A.L., Klentz, B., Diener, E. & Svanum, S. (1979). Self-awareness and transgression in children: Two field studies. *Journal of Personality and social psychology*, 37, 1835-1846.
- Becker, P. (1989). *Der Trierer Persönlichkeitsfragebogen TPF. Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Beier, K.M.; Bosinski, H.A.G. & Loewit, K. (2005). *Sexualmedizin: Grundlagen und Praxis*. (2. Aufl.). München: Elsevier, Urban und Fischer.
- Berner, W. & Karlick-Bolten, E. (1985). DSM-III- Persönlichkeitsdiagnostik bei einer Gruppe chronischer Straftäter. *Wiener klinische Wochenzeitschrift*, 97, 555-561.
- Beßlich, A. & Becker, P. (1988). Ausdauersport und seelische Gesundheit: Erste Ergebnisse einer Längsschnittuntersuchung an Triathleten. In P. Schwenkmezger (Hrsg.), *Sportpsychologische Diagnostik, Intervention und Verantwortung*. (S. 232-238). Köln: bps.

- Biedermann, T., & Plaum, E. (1999). *Aggressive Jugendliche: Fakten, Theorien, Hintergründe und methodische Zugangsweisen*. Wiesbaden: Deutscher Universitäts Verlag.
- Bintig, A. (2004). „Empathie“ in Täter-Opfer-Verhältnissen — Konsequenzen für die psychotherapeutische Praxis. *Gruppendynamik und Organisationsberatung*, 35 (1), 67–82.
- Bischof-Köhler, D. (1988). Über den Zusammenhang von Empathie und der Fähigkeit, sich im Spiegel zu erkennen. *Schweizerische Zeitschrift für Psychologie* 47, 147-159.
- Bischof-Köhler, D. (1991). Jenseits des Rubikon: Die Entstehung spezifisch menschlicher Erkenntnisformen und ihre Auswirkung auf das Sozialverhalten. In E.P. Fischer (Hrsg), *Mannheimer Forum. Ein Panorama der Naturwissenschaften 90/91* (S. 143-193). München: Piper.
- Boer, D., Hart, S., Kropp, P., & Webster, C. (1997). *Manual for the Sexual Violence Risk-20: Professional guidelines for assessing risk of sexual violence*. Vancouver: Simon Fraser University, Mental Health, Law & Policy Institute.
- Borenstein, M. (2009). Effect sizes for continuous data. In H. Cooper, L. V. Hedges & J. C. Valentine (Eds.), *The handbook of research synthesis and meta-analysis* (pp. 279-293). New York: Russel Sage Foundation.
- Bortz, J. (2005). *Statistik: Für Human- und Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
- Brattig, V. (1997). Gruppentraining zum Erwerb kompetenten Sozialverhaltens im Rahmen beruflicher Rehabilitation - Ein Erfahrungsbericht. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 29 (3) 407-418.
- Browning, C. (1992). *Ordinary men: Reserve police Battalion 101 and the final solution in poland*. New York: Harper Collins.
- Bryan, J., & Day, A. (2006). The Violent Offender Treatment Program (Long Bay Prison, NSW): *Preliminary Report and Outcome Data*. NSW, Australia: Department of CorrectiveServices.
- Bundeskriminalamt (2013). *Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS)* .Zugriff am 06.03.2014. unter http://www.bka.de/nn_205960/DE/Publikationen/PolizeilicheKriminalstatistik/pks__node.html?__nnn=true
- Bundesministerium der Justiz (2013). *Legalbewährung nach strafrechtlichen Sanktionen- eine bundesweite Rückfalluntersuchung 2007 bis 2010 und 2004 bis 2010*. Zugriff am 27.12.2014 unter

- http://www.bmjv.de/DE/Ministerium/Fachthemen/AbtII/IIA7/Rueckfallstatistik_doc.html?nn=1356310
- Burschyk, L., Sames, K.-H. & Weidner, J. (1997). Das Anti-Aggressivitäts-Training: Curriculare Eckpfeiler, Forschungsergebnisse. In Weidner, J., Kilb, R. & Kreft, D. (Hrsg.), *Gewalt im Griff* (3. Aufl., Bd. 1, S. 74–90). Weinheim, Basel: Beltz.
- Cann, J., Falshaw, L & Friendship, C. (2004). Sexual offenders discharged from prison in England and Wales: A 21-year reconviction study. *Legal and Criminological Psychology*, 9 (1), 1-10.
- Coe, R. (2000). *What is an effect size? Effect size calculator for Microsoft excel*. Zugriff am 03.02.2014 unter www.bangor.ac.uk/~psse2b/ESCalcGuide.doc
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2. ed.). Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Cortoni, F., Nunes, K., & Latendresse, M. (2006). An examination of the effectiveness of the violent prevention programme. *Research Branch Report*, 178.
- Davis, M. H. (1983). Measuring Individual Differences in Empathy: Evidence for a multidimensional Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44 (1), 113–126.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. (2015). ICD-10-GM Version 2015; Kapitel V: Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99); Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69). Zugriff am 12.11.2015 unter <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2015/block-f60-f69.htm>
[gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2015/block-f00-f09.htm](http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2015/block-f00-f09.htm)
- Dollard, J., Doob, L.W., Miller, N. E. Mowrer, O. H. & Sears, R. R. (1939). *Frustration and aggression*. New Haven: Yale University Press.
- Dorrmann, W. & Hinsch, R. (1981). Der IESV-F. Ein differentieller Fragebogen zur Erfassung von Attribuierungsgewohnheiten in Erfolgs und Misserfolgssituationen. *Diagnostica*, 27, 360-378.
- Dorsch, F., Häcker, H. & Stapf, F.H. (Hrsg.). (1994). *Psychologisches Wörterbuch*. Bern: Hans Huber.
- Dunlap, W.P., Cortina J.M., Vaslow, J.P. & Burke, M.J. (1996). Meta-Analysis of Experiments With Matched Groups or Repeated Measures Designs. *Psychological Methods*, 1 (2) 170-177.

- Dwyer, S.M. (1997). Treatment outcome study: Seventeen years after sexual offender treatment. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 9, 149–161.
- Eckardt, C. & Hosser, D. (2005). Empathie und Sexualdelinquenz. In: D. Schlöffke, F. Häßler & J.M. Fegert (Hrsg.). *Sexualstraftaten. Forensische Begutachtung, Diagnostik und Therapie* (S.219-232). Stuttgart: Schattauer.
- Egan, V., Kavanagh, B. & Blair, M. (2005). Sexual offenders against children: the influence of personality and obsessionality on cognitive distortions. *Sex Abuse*, 17(3)223-240.
- Egg, R. (2000). Rückfall nach Sexualstraftaten. *Sexuologie*, 7 (1) 12 - 26
- Endrass, J., Rossegger, A., Noll, T. & Urbaniok, F. (2008). Wirksamkeit von Therapien bei Gewalt- und Sexualstraftätern. *Psychiatrische Praxis*, 35 (1) 8-14.
- Feelgood, S. (2008). *Behandlungsprogramm für Gewaltstraftäter*. BPG. unveröffentlichte Arbeit. Sozialtherapeutische Anstalt, Brandenburg an der Havel.
- Fiedler, K., Messner, C., & Bluemke, M. (2006). Unresolved problems with the “I”, the “A”, and the “T”: A logical and psychometric critique of the Implicit Association Test (IAT). *European Review of Social Psychology*, 17, 74–147.
- Fiqia, N.A., Lang, R.A., Plutchik, R. & Holden, R. (1987). Personality Differences Between Sex and Violent Offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 31 (3), 211–226.
- Fisher, D. Beech, A., & Browne, K.(1999). Comparison of sex offenders to nonoffenders on selected psychological measures. *International Journal of Offender Therapy and comparative Criminology*, 43 (4) 473-491.
- Flanagan, K. & Hayman-White, H. (2000). An Australian adolescent sex offender treatment program and client description. *Journal of sexual aggression*, 5 (1) 59-77.
- Frädriich und Pfäfflin (2000). Zur Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen bei Strafgefangenen. *Recht und Psychiatrie*, 18 (3) 95-104.
- Freud, S. (1938) Abriss der Psychoanalyse. In S. Freud (Hrsg.), *Abriss der Psychoanalyse-das Unbehagen in der Kultur* (S.9-61). Frankfurt am Main: Selbstverlag.
- Fritz, C.O. & Morris, P.E. (2012, November). *Reporting beyond significance*. Invited paper as part of the Special Session: Improving the Quality of Psychological Science presented at the 53rd Annual Meeting of the Psychonomic Society, Minneapolis, MN.
- Fröhlich, W.D. (2010). *Wörterbuch Psychologie* (27. Aufl.). München: Deutscher Taschenbuch Verlag.

- Fydrich, T., Schmitz, B., Hennch, C. & Bodem, M. (1997). Zuverlässigkeit und Gültigkeit diagnostischer Verfahren zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen. In B. Schmitz, T. Fydrich & K. Limbacher (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie*. (S. 91-113). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Gagel, D.E. (1982). *Evaluation eines Gruppentrainings zur sozialen Kompetenz bei Jugendlichen (GSK-JU) im Alter zwischen 16 und 20 Jahren*. Universität Bamberg: unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Goethe, J.W.v. (1981). *Romane und Novellen, Wilhelm Meisters Wanderjahre* (Erstausgabe 1821). München: dtv, 8 (3) 480.
- Gottfredson, M.R. & Hirschi, T. (1990). *A general theory of crime*. Stanford: University Press.
- Graham, K.R. (1993). Toward a Better Understanding and Treatment of Sex Offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 41–57.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Hanson, R., Bourgon, G., Helmus, L. & Hodgson, S. (2009). The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders: a meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 36 (9) 865-891.
- Hedges, L.V. & Olkin, I. (1985). *Statistical Methods for Metaanalysis*. Orlando: Academic Press.
- Heidenreich, T. & Stangier, U. (2002a). Selbstbeurteilungsinstrumente und Verhaltensdiagnostik bei sozialer Phobie. In U. Stangier & T. Fydrich (Hrsg.), *Soziale Phobie und Soziale Angststörung. Psychologische Grundlagen, Diagnostik und Therapie* (S. 66–86). Göttingen: Hogrefe.
- Heilemann, M. & Fischwasser von Proeck, G. (2001). *Gewalt wandeln: Das Anti-Aggressivitäts-Training (AAT)*. Lengerich: Pabst Science.
- Heubrock, D. & Petermann, F. (2008). *Kurzfragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren* (1. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Hinsch, R. & Pfingsten, U. (2007). *Das Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK). Grundlagen, Durchführung, Materialien* (5. Auflage). Weinheim: PVU. (82–83.)
- Hoffman, M. L. (2000). *Empathy and Moral Development*. Cambridge: University Press.
- Hosser, D. & Beckurtz, D. (2005). *Empathie und Delinquenz*. Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen, Forschungsberichte Nr.69. Zugriff am 19.05.2015 unter <http://www.kfn.de/versions/kfn/assets/fb96.pdf>.

- Hosser, D. (2008). Prisonisierungseffekte. In M. Steller & R. Volbert (Hrsg.), *Handbuch der Rechtspsychologie* (S. 172-179). Göttingen: Hogrefe.
- Ille, R., Lahousen, T., Rous, F., Hofmann, P. & Kapfhammer, H. P. (2005). Persönlichkeitsprofile und psychische Abweichungen bei psychiatrisch-forensisch begutachteten Straftätern. *Der Nervenarzt*, 76(1), 52-60.
- Katz, J. (1988). *Seductions of crime: The moral and sensual attractions of doing evil*. New York: Basic Books.
- Kilb, R. & Weidner, J. (2002). „So etwas hat noch nie jemand zu mir gesagt...“. *Kriminologisches Journal*, 34 (4) 298 - 303.
- Leibetseder, M., Laireiter, A.R., Riepler, A. & Köller, T. (2001). E-Skala: Fragebogen zu Erfassung von Empathie- Beschreibung psychometrischer Eigenschaften. *Zeitschrift für differenzielle und diagnostische Psychologie*, 22, 70-85.
- Liepmann, D., Beauducel, A., Brocke, B. & Amthauer, R. (2007). *Intelligenz-Struktur-Test 2000 R* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Lösel, F & Bliesener, T. (2003). *Aggression und Delinquenz unter Jugendlichen*. Zugriff am 20.08.2014 unter http://www.bka.de/DE/ThemenABisZ/Forschung/AggressionJugendliche/aggressionJugendliche__node.html?__nnn=true
- Mac Grath, R.J., Cumming, G., Livingston, J.A. & Hoke, S.E. (2003). Outcome of a Treatment Program for Adult Sex Offenders, *Journal of interpersonal violence*, 18 (1) 3-17.
- Maffei, C., Fossati, A., Agostoni, I., Barraco, A., Bagnato, M., Deborah et al. (1997). Interrater reliability and internal consistency of the structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders (SCID-II), version 2.0. *Journal of Personality Disorders*, 11 (3) 179-285.
- Mamone, N. (2004). *Violent Offender Therapeutic Program*. New South Wales, Department of Corrective Services (unpublished manuscript).
- Marshall, W.L. & Moulden, H. (2001). Hostility toward Women and Victim Empathy in Rapists. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 13 (4) 249–255.
- Marshall, W.L., Fernandez, Y.M. (2003). Sexual preferences: Are they useful in the assessment and treatment of sexual offenders? *Aggression and Violent Behavior*, 8 (2) 131-143.

- Marshall, W.L., Marshall, L.E., Sachdev, S., & Kruger, R.L. (2003). Distorted attitudes and perceptions, and their relationship to self-esteem and coping in child molesters. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 15, 171–181.
- Martinson, R. (1974). What works? Questions and answers about prison reform. *The public Interest*, 10, 22-54.
- McGrath, M., Cann, S. & Konopasky, R. (1998). New Measures of Defensiveness, Empathy, and Cognitive Distortions for Sexual Offenders Against Children. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 25–36.
- Miller, S (1999). Lösungsfokussierte Kurzzeit-Therapie: Arbeit mit „schwierigen“ Klienten und „unmöglichen“ Fällen. In Krones, G. (Hrsg.). *Bericht über das MFK-Seminar im Oktober 1999*. Zugriff am 16.01.2015 unter http://www.muenchner-familien-kolleg.de/pdf/b_mfkinfo02.pdf
- Mischel, W. , Ebbesen, E.B. & Raskoff, Z. A., . (1972). Cognitive and attentional mechanisms in delay of gratification. *Journal of personality and social psychology*, 21 (2) 204-218.
- Mullen, B. (1987). Self attention theory: Effects of group composition on the individual. In B. Mullen & G.R. Goethels (Eds.), *Theory of group behavior*(p. 124-146), New York: Springer.
- Mummendey, A. (1996). Aggressives Verhalten. In W. Stroebe, M. Hewstone, & G.M. Stephenson (Hrsg.), *Sozialpsychologie. Eine Einführung* (3. Aufl. S. 421-452). Berlin: Springer.
- Nedopil, N. & Müller, J.L. (2012). *Klinik, Begutachtung und Behandlung. zwischen Psychiatrie und Recht*. Stuttgart: Georg Thieme.
- Novalis (1929). Teplitzer Fragmente. In E. Kamnitzer (Hrsg.). *Fragmente*. (1. vollständige, geordnete Ausgabe, S. 456). Dresden: Wolfgang Jess.
- Nuhn-Naber, C., Rehder, U. & Wischka, B. (2002). Behandlung von Sexualstraftätern mit kognitiv- behavioralen Methoden: Möglichkeiten und Grenzen. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 85 (4), 271–281.
- Ogloff, J. (2006). The violent client. Advances in violent risk assessment. *In Psych* (October, 2006). Retrieved January 12, 2015, from <http://www.psychology.org.au/publications/inpsych/risk/>
- Olate, R.; Salas-Wright, C. & Vaughn, M. (2012). Predictors of violence and delinquency among high risk youth and youth gang members in San Salvador, El Salvador. *International Social Work*, 55, 383-401.

- Palmeri Sams, D. & Truscott, S.D. (2004). Empathy, Exposure to Community Violence, and Use of Violence Among Urban, At-Risk Adolescents. *Child and Youth Care Forum*, 33 (1) 33–50.
- Paulus, C. (2009). *Psychometrische Evaluation der deutschen Version des Interpersonal Reactivity Index*. Zugriff am 4.11.2011 unter http://www.uni-saarland.de/fak5/ezw/personal/paulus/empathy/SPF_Artikel.pdf.
- Pfingsten, U. (1987). Langzeiteffekte des Gruppentrainings Sozialer Kompetenzen (GSK). *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 35 (3) 211-218.
- Piefke, M. & Markowitsch, H.J.(2009). Genetisch-biologische und umweltbedingte Determinanten von Aggression und Gewalt. *Der Kriminalist*, 1, 21-29.
- Pithers, W. D. (1999). Empathy. *Journal of Interpersonal Violence*, 257–284.
- Polaschek, D L.L., Wilson, N.J., Townsend, M.R. & Daly, L.R. (2005). Cognitive-Behavioral Rehabilitation for High-Risk Violent Offenders: An Outcome Evaluation of the Violence Prevention Unit. *Journal of Interpersonal Violence*, 20 (12), 1611–1627.
- Rehder, U. (2002). *Rückfallrisiko bei Sexualstraftätern-Verfahren zur Bestimmung von Rückfallrisiko und Behandlungsnotwendigkeit*. Lingen: Kriminalpädagogischer Verlag.
- Reicher, S. D. Spears, R. & Postmes, T. (1995). A social identity model of deindividuation phenomena. *European Review of Social Psychology*, 6, 161–198.
- Rice, M. E., Chaplin, T. C., Harris, G. T. & Coutts, J. (1994). Empathy for the Victim and Sexual Arousal Among Rapists and Nonrapists. *Journal of Interpersonal Violence*, 435–449.
- Sander, K. & Lück, H.E. (1974). SSP-Skala zur Messung von studentischen Problemen [Problemfragebogen]. *Zeitschrift für Experimentelle und Angewandte Psychologie*, 21(2), 250-262.
- Saß, H. (1987). *Psychopathie-Soziopathie-Dissozialität: Zur Differentialtypologie der Persönlichkeitsstörungen*. Berlin: Springer.
- Schanzenbächer, S. (2003). Lohnt sich die Behandlung von Gewalttätern?: eine Wirkungsstudie zum 'Anti-Aggressivitäts-Training'. *Sozialwissenschaften und Berufspraxis*, 26 (2) 213-226.
- Scheurer, H. (1993). *Persönlichkeit und Kriminalität: Eine theoretische und empirische Analyse*. Regensburg: S. Roderer.

- Schorsch, E. (1993): Die Stellung der Sexualität in der psychischen Organisation des Menschen. In: Schorsch, E.(Hrsg.), *Perversion, Liebe, Gewalt*. Stuttgart: Enke.
- Serin, R.C., & Preston, D.L. (2001). Designing, implementing and managing treatment programs for violent offenders. In G.A. Bernfeld, D.P. Farrington, & A.W. Leschied (Eds.), *Offender rehabilitation in practice: Implementing and evaluating effective programs* (pp. 205-221). West Sussex: John Wiley & Sons.
- Seto, M. C. (2009). Pedophilia. *Annual Review Of Clinical Psychology*, 5, 391-407.
- Shen-feng, T. (2009). Comparing attitudes of convicted offenders and the public towards victims of fraud crime. *Tohoku Psychologica Folia*, 68, 49-53.
- Skinner, B.F. (1933). On the rate of extinction of a conditioned reflex. *Journal of General Psychology*, 8, 114-29.
- Student, (1908). The probable error of a man. *Biometrika*, 6, 1-25.
- Tierney, D. & McCabe, M. (2001). An Evaluation of Self-Report Measures of Cognitive Distortions and Empathy among Australian Sex Offenders. *Archives of Sexual Behaviour*, 30 (5) 495–519.
- Ullrich de Muynck, R. & Ullrich, R.(1994) *Das AssertivenessTraining Programm ATP: Einübung von Selbstvertrauen und sozialer Kompetenz* (6. Auflage). Pfeiffer: München.
- Ullrich, S. (1999). *Die Persönlichkeit von Straftätern-Psychopathologische und normalpsychologische Akzentuierungen*. Halle: Dissertation zur Erlangung des Dr. Phil. Abgerufen am 29.06.2015 unter <http://sundoc.bibliothek.uni-halle.de/diss-online/99/99H178/prom.pdf>
- Wahl, K. (2010). Gewaltfördernde Kognitionen. In K. Wahl (Hrsg.), *Aggression und Gewalt*, (S. 83–90), München: Spektrum.
- Wallace C, Mullen P. E & Burgess P. (2004) Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. *American Journal of Psychiatry* 161, 716-727
- Ward, T., Hudson, S. M. & Marshall, W.L. (1995). Cognitive Distortions and Affective Deficits in Sex Offenders: A Cognitive Deconstructionist Interpretation. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 67–83.
- Ware, J., Cieplucha, C. & Matsuo, D. (2011). The Violent Offenders Therapeutic Programme (VOTP)-Rationale and effectiveness. *Australasian Journal of Correctional Staff Development*. retrieved January 1, 2015 from

- <http://csa.intersearch.com.au/csajspui/bitstream/10627/442/1/The-Violent-Offenders-Therapeutic-Programme.pdf>
- Weber, H. & Rammsayer, T. (Hrsg.). (2012). *Differentielle Psychologie-Persönlichkeitsforschung*. Göttingen: Hogrefe.
- Weidner, J. (2001). *Anti-Aggressivitäts-Training für Gewalttäter* (5. Aufl.). Godesberg: Forum.
- Weiner, B. (1985). An attribution theory of achievement motivation and emotion. *Psychological Review*, 92, 548–73.
- WHO Regional Office for Europe. (2013). *Faktenblatt zu psychischer Gesundheit*. Zugriff am 08.08.2014 unter www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/216210/RC63-Fact-sheet-MNH-Ger.pdf
- Wicker, B., Keysers, C., Plailly, J., Royet, J. P., Gallese, V., & Rizzolatti, G. (2003) *Both of us disgusted in my insula: The common neural basis of seeing and feeling disgust*. *Neuron*, 40(3), 655-664.
- Wischka, B. (2013b). Das Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS-R): Erfahrungen und Evaluationsergebnisse. *Recht & Psychiatrie*, 31, 138-145.
- Wischka, B., Foppe, E., Gripenburg, P., Nuhn-Naber, C. & Rehder, U. (2002). *Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS)*. Lingen: Selbstverlag.
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). *SKID II. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse II: Persönlichkeitsstörungen* (1. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Zillman, D. (1993). The mental control of angry aggression. In D.M. Wegner & J.W. Pennebaker (Hrsg.). *Handbook of mental control*, 370-392. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Zumkley, H. (1996). Aggression und Aggressivität. In M. Amelang (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie*, 3, 337-349.

7 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Stichprobenbeschreibung der JVA Adelsheim	52
Tabelle 2: Stichprobenbeschreibung der JVA Bruchsal.....	54
Tabelle 3: Stichprobenbeschreibung der JVA Heilbronn.....	56
Tabelle 4: Stichprobenbeschreibung der JVA Heimsheim	58
Tabelle 5: Stichprobenbeschreibung der JVA Mannheim	60
Tabelle 6: Stichprobenbeschreibung der JVA Offenburg	62
Tabelle 7: Ergebnisse des Feedbackbogens der JVA Adelsheim.....	65
Tabelle 8: Veränderungen der Problembelastung (JVA Adelsheim).....	65
Tabelle 9: Effektgrößen der Veränderungen der Problembelastung (JVA Adelsheim).....	66
Tabelle 10: Veränderungen der sozialen Unsicherheit (JVA Adelsheim)	66
Tabelle 11: Effektgrößen der Veränderungen der sozialen Unsicherheit (JVA Adelsheim)	67
Tabelle 12: Veränderungen des Attributionsstils (JVA Adelsheim).....	68
Tabelle 13: Effektgrößen der Veränderungen des Attributionsstils (JVA Adelsheim).....	68
Tabelle 14: Veränderungen der Aggressivität (JVA Bruchsal).....	69
Tabelle 15: Veränderungen der Empathie (JVA Bruchsal).....	71
Tabelle 16: Veränderungen der seelischen Gesundheit (JVA Bruchsal)	72
Tabelle 17: Veränderungen der Verhaltenskontrolle (JVA Bruchsal)	73
Tabelle 18: Veränderungen der Aggressivität (JVA Heilbronn).....	74
Tabelle 19: Veränderungen der Empathie (JVA Heilbronn).....	75
Tabelle 20: Veränderungen der seelischen Gesundheit (JVA Heilbronn)	76
Tabelle 21:Veränderungen der Verhaltenskontrolle (JVA Heilbronn)	77
Tabelle 22: Veränderungen der Aggressivität (JVA Heimsheim)	78
Tabelle 23: Veränderungen der Empathie (JVA Heimsheim)	79
Tabelle 24: Veränderungen der seelischen Gesundheit (JVA Heimsheim)	80
Tabelle 25: Veränderungen der Verhaltenskontrolle (JVA Heimsheim)	81
Tabelle 26: Veränderungen der Aggressivität (JVA Mannheim).....	82
Tabelle 27: Statistische Signifikanz der Veränderungen der Aggressivität (JVA Mannheim).....	83
Tabelle 28: Effektgrößen der Veränderungen (T1/T2)der Aggressivität (JVA Mannheim).....	83
Tabelle 29: Veränderungen der Empathie (JVA Mannheim).....	84
Tabelle 30: Statistische Signifikanz der Veränderungen der Empathie (JVA Mannheim).....	84
Tabelle 31: Effektgrößen der Veränderungen (T1/T2) der Empathie (JVA Mannheim).....	85
Tabelle 32: Veränderungen der seelischen Gesundheit (JVA Mannheim)	85
Tabelle 33: Statistische Signifikanz der Veränderungen der seelischen Gesundheit (JVA Mannheim)	86

Tabelle 34: Effektgrößen der Veränderungen (T1/T2) der seelischen Gesundheit (JVA Mannheim)	86
Tabelle 35: Veränderungen der Verhaltenskontrolle (JVA Mannheim)	87
Tabelle 36 Statistische Signifikanz der Veränderungen der Verhaltenskontrolle (JVA Mannheim)	87
Tabelle 37: Effektgröße der Veränderung (T1/T2) der Verhaltenskontrolle (JVA Mannheim)	87
Tabelle 38: Veränderung der Aggressivität (JVA Offenburg)	88
Tabelle 39 Statistische Signifikanz der Veränderungen der Aggressivität (JVA Offenburg)	89
Tabelle 40: Effektgrößen der Veränderungen (T1/T2) der Aggressivität (JVA Offenburg)	89
Tabelle 41: Veränderungen der Empathie (JVA Offenburg)	90
Tabelle 42: Statistische Signifikanz der Veränderungen der Empathie (JVA Offenburg)	91
Tabelle 43: Effektgrößen der Veränderungen (T1/T2) der Empathie (JVA Offenburg)	91
Tabelle 44: Veränderungen der seelischen Gesundheit (JVA Offenburg)	92
Tabelle 45: Statistische Signifikanz der Veränderungen der seelischen Gesundheit (JVA °Offenburg)	93
Tabelle 46: Effektgrößen der Veränderungen (T1/T2) der seelischen Gesundheit (JVA Offenburg)	93
Tabelle 47: Veränderungen der Verhaltenskontrolle (JVA Offenburg)	93
Tabelle 48 Statistische Signifikanz der Veränderungen der Verhaltenskontrolle (JVA Offenburg)	94
Tabelle 49: Effektgröße der Veränderung (T1/T2) der Verhaltenskontrolle (JVA Offenburg)	94
Tabelle 50: Veränderungen der Diagnose-Scores des SKID-II (JVAs Bruchsal, Heilbronn, Heimsheim, Mannheim, Offenburg)	95

8 Abkürzungsverzeichnis

AAT	Anti-Aggressivitäts-Training
AGT	Anti-Gewalt-Training
APA	American Psychiatric Association
BADO	Basisdokumentation
BIOS-BW	Behandlungs-Initiative Opferschutz e.V.
BPG	Behandlungsprogramm für Gewaltstraftäter
BPS	Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter
BtMG	Betäubungsmittelgesetz
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
D-Score	Diagnose-Score
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. Auflage
GSK	Gruppentraining sozialer Kompetenzen
IESV	Fragebogen zur Erfassung von Attributionsgewohnheiten in Erfolgs- und Misserfolgssituationen
I-S-T 2000 R	Intelligenz-Struktur-Test 2000 R
JVA	Justizvollzugsanstalt
K-FAF	Kurzfragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren
OE-F	Opferempathie-Fragebogen
SKID II	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II: Persönlichkeitsstörungen
SPF	Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen
S-Teil	deliktspezifischer Teil
StGB	Strafgesetzbuch
StVollzG	Strafvollzugsgesetz
T1	Erster Erhebungszeitpunkt
T2	Zweiter Erhebungszeitpunkt
T3	Dritter Erhebungszeitpunkt
TPF	Trierer Persönlichkeitsfragebogen
U-Fragebogen	Unsicherheitsfragebogen
U-Teil	deliktunspezifischer Teil
VOTP	Violent Offender Therapeutic Program

9. Anhang

9.1 Therapeutenfragebogen

JVA:

.....

Therapeut/en:

.....

Welche Art der Therapie wird angeboten?

Gruppentherapie

Einzeltherapie

Beides

Zusätzlich Angebote:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Gruppensitzungen

1. Um welche Personen handelt es sich bei den Teilnehmern? (Erwachsene/Jugendliche; Gewalt-/Sexualstraftäter; zusätzliche Suchtproblematik; etc.)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Welches Konzept liegt der Therapie zugrunde? (z.B. BPG, BPS, AGT, eigenes Konzept etc.)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Literatur zum Therapiekonzept:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

3. Was sind die Hauptziele der Therapie?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

4. Wie oft und wie lange trifft sich die Gruppe? (Anzahl, Dauer der Sitzungen)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Datum des 1. Gruppentermins:/...../..... 3

8. Was sind Ausschlusskriterien für die Teilnahme oder führt im Verlauf zum Ausschluss aus der Gruppe?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

9. Besonderheiten des Therapiekonzepts oder der Teilnehmer/ Kommentare:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Vielen Dank für Ihre Zeit und Mühe!

9.2 Erklärung

Erklärung gemäß § 8 Abs. 1 Buchst. b) und c) der Promotionsordnung der Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften

Declaration in accordance to § 8 (1) b) and § 8 (1) c) of the doctoral degree regulation of Heidelberg University, Faculty of Behavioural and Cultural Studies

Ich erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation selbstständig angefertigt, nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt und die Zitate gekennzeichnet habe.

I declare that I have made the submitted dissertation independently, using only the specified tools and have correctly marked all quotations.

Erklärung gemäß § 8 Abs. 1 Buchst. c) der Promotionsordnung
der Universität Heidelberg für die Fakultät für Verhaltens- und Empirische
Kulturwissenschaften

Ich erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation in dieser oder einer anderen Form nicht anderweitig als Prüfungsarbeit verwendet oder einer anderen Fakultät als Dissertation vorgelegt habe.

I declare that I did not use the submitted dissertation in this or any other form as an examination paper until now and that I did not submit it in another faculty.

06.09.2015

Anna Sophia Wagner