

Wirksamkeit von Therapien bei Gewalt- und Sexualstraftätern

Therapy Effectiveness with Violent and Sex Offenders

Autoren

Jérôme Endrass, Astrid Rossegger, Thomas Noll, Frank Urbaniok

Institut

Psychiatrisch-Psychologischer Dienst, Justizvollzug des Kantons Zürich

Schlüsselwörter

- Rückfallprävention
- Risikoverminderung
- Therapieevaluation
- Gewaltstraftäter
- Sexualstraftäter

Key words

- prevention of recidivism
- risk reduction
- therapy evaluation
- violent offender
- sex offender

Zusammenfassung

Anliegen Diskussion des aktuellen Stands der Therapieevaluationsforschung in der Forensik unter besonderer Berücksichtigung methodischer Gesichtspunkte.

Methode Systematische Literaturrecherche zu Studien, die den risikosenkenden Effekt von Therapien mit Straftätern untersucht haben.

Ergebnisse Die Studiendesigns sind sehr heterogen und die Ergebnisse somit wenig vergleichbar. **Schlussfolgerungen** Aufgrund der methodischen Heterogenität der Studien ist eine abschließende Beurteilung der Effizienz von forensischen Psychotherapien nicht möglich.

Einleitung

In den 70er-Jahren wurde kontrovers diskutiert, ob sich die Rückfallquoten von Straftätern durch Therapie senken lassen. Häufig zitiert wurde das populär gewordene Resümee einer Übersichtsarbeit von Martinson [1]: „Nothing works“. Dass die Aussage in dieser Absolutheit nicht zutreffend ist, zeigten beispielsweise Untersuchungen aus stark strukturierten therapeutischen Gemeinschaften und soziotherapeutischen Behandlungsansätzen, die wiederholt eine deliktpräventive Wirkung von Therapien aufzeigen konnten [2 – 10]. Somit lautet die Frage heute nicht mehr „What works?“, sondern vielmehr „What works how with whom under which conditions?“ [11]. Von einer zufriedenstellenden Beantwortung dieser Frage ist die Wissenschaft, nicht zuletzt aufgrund zahlreicher, noch bestehender methodischer Hürden, gegenwärtig weit entfernt. Evaluationsstudien forensischer Psychotherapien sind mit methodischen Schwierigkeiten konfrontiert, die bei der Evaluation nichtforensischer Therapien nicht in gleicher Weise bestehen. So sind die Rahmenbedingungen der Behandlung von Gewalt- und Sexualstraftätern z. B. maßgeblich durch rechtliche Vorgaben darüber beeinflusst, wer an welchem Ort zu welchem Zeitpunkt und für welche Dauer therapiert wird. Ergebnisse zur Behandlungswirksamkeit müssen auf diese Einflussgrößen kontrolliert werden. Zu-

dem erschweren datenschutzrechtliche Vorgaben und erhebungstechnische Probleme (z. B. Dunkelziffer, Ausreise, Schuldunfähigkeit, unterschiedliche Schweregrade von Rückfälligkeit) die Erfassung und Interpretation des Erfolgskriteriums (Legalbewährung vs. Rückfälligkeit) über objektivierbare Daten (i. d. R. Strafregisterauszüge).

Eine zusammenfassende Darstellung der Befunde aus verschiedenen empirischen Untersuchungen kann entweder anhand von (quantitativen) Metaanalysen oder anhand von (qualitativen) Literaturübersichten vorgenommen werden. Beide Vorgehensweisen sind mit unterschiedlichen Vorteilen und methodischen Voraussetzungen verbunden. Welches Vorgehen das geeignete ist, hängt maßgeblich von der Qualität und der Quantität der vorliegenden Primärstudien ab.

So haben Metaanalysen den Vorteil, dass sie aufgrund einer großen Anzahl von berücksichtigten Studien relativ robuste inferenzstatistische Aussagen zum Stand der Forschung liefern können. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass Metaanalysen nur dann zuverlässige Resultate liefern können, wenn die einzelnen Studien eine hohe Qualität aufweisen. Bei methodisch schwachen Primärstudien und bei stark heterogenen Populationen sind Metaanalysen kaum empfehlenswert. Um eine hinreichend robuste Metaanalyse durchführen zu können, müssen darüber hinaus mindestens 30 Primärstudien in die Metaanalyse

Bibliografie

DOI 10.1055/s-2007-970962
 Psychiat Prax
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York ·
 ISSN 0303-4259

Korrespondenzadresse

Dipl.-Psych. Astrid Rossegger
 Psychiatrisch-Psychologischer
 Dienst, Justizvollzug des Kantons
 Zürich, Abteilung Kriminalpräventionsforschung
 Feldstraße 42
 8090 Zürich, Schweiz
 astrid.rossegger@gmail.com

einfließen können. Diese Studien wiederum müssen auch methodisch homogen sein, damit ein Vergleich der Ergebnisse möglich ist. Schon diese grundlegenden Voraussetzungen der Erstellung von Metaanalysen können bei der Evaluation forensischer Psychotherapie kaum erfüllt werden. Lösel und Schmucker [12] fanden in ihrer umfangreichen Suche insgesamt lediglich 69 empirische Arbeiten über Therapien bei Sexualstraftätern, die für die Metaanalyse berücksichtigt werden konnten (wobei von den Autoren auch nicht publizierte Arbeiten und Studien über die Wirksamkeit chemischer Therapien berücksichtigt worden sind). Von 80 Gruppenvergleichen, welche in diesen 69 Arbeiten vorgenommen wurden, konnten lediglich 32 Gruppenvergleiche gemäß der Maryland Scale of Scientific Rigor [13] als qualitativ hochwertig eingestuft werden.¹

Ein weiteres wichtiges Merkmal von Metaanalysen ist, dass die üblichen Auswertungsverfahren von unabhängigen Effekten in den Primärstudien ausgehen. Das bedeutet, dass in der Regel nur ein Effekt (Hauptbefund) aus jeder Primärstudie in der Metaanalyse berücksichtigt werden kann. Bei Primäruntersuchungen, die aufgrund der Komplexität der Materie keinen Hauptbefund, sondern z. B. eine Reihe von stratifizierten Effekten liefern, sind diese kaum voneinander unabhängig. Unter solchen Bedingungen ist die Durchführung einer Metaanalyse erheblich erschwert [14]. Genau diese Art von Ergebnissen ist jedoch in der forensischen Therapieforschung häufig anzutreffen. In einigen forensischen Therapieevaluationsstudien konnte gezeigt werden, dass es kaum allgemeine Effekte gibt, sondern dass nur durch stratifizierte Auswertungen für bestimmte Untergruppen von Tätern und deren „Therapiebedürfnissen und Interventionsformen“ [15] aussagekräftige Ergebnisse zu erzielen sind. Daneben zeigten verschiedene Untersuchungen, dass nicht Therapie per se, sondern insbesondere kognitiv-verhaltenstherapeutische und multimodale Behandlungsstrategien wirksam sind [16–21]. Auch der Einfluss des Therapiesettings (Einzel- vs. Gruppentherapie) kann eine Rolle für die Wirksamkeit einer Intervention spielen [22].

Schließlich gilt es bei Metaanalysen zu berücksichtigen, dass die Primärstudien, die Gegenstand der Metaanalysen sind, idealerweise repräsentative Stichproben untersucht haben sollten. Da dies bei Psychotherapiestudien nur schwer realisierbar ist, sollte zumindest keine gravierende Verzerrung der Untersuchungspopulation vorliegen. Zu schweren Verzerrungen kommt es aber insbesondere dann, wenn sehr kleine Populationen ($n < 100$) untersucht werden oder aus Praktikabilitätsgründen auf eine geschichtete Stichprobe (z. B. eine Untersuchungspopulation, die aus Gefangenen einer definierten Region besteht) verzichtet und z. B. lediglich die Grundgesamtheit einer einzelnen Institution untersucht worden ist.

Bei forensischen Therapiewirksamkeitsstudien sind kleine Stichproben jedoch relativ häufig, was einen Einfluss auf die Auswertungsmöglichkeiten hat und zu einer höheren Anfälligkeit für methodische Verzerrungen führt [14]. Die Problematik der Berücksichtigung kleiner Stichproben in Metaanalysen und deren

erheblicher Einfluss auf die Ergebnisse von Therapieevaluationsstudien konnte in der Studie von Lösel und Schmucker [12] eindrucksvoll aufgezeigt werden. Die Autoren rechneten eine multiple Regression, in welcher die Therapieeffizienz die abhängige Variable darstellte. Als unabhängige Variablen wurden methodische Merkmale der Primärstudien, Personenmerkmale der Täter sowie allgemeine und spezifische Therapiegrößen verwendet. Das Resultat dieser Studie war, dass sich die Varianz zu 40% durch methodische Einflussgrößen und nur zu 3% durch spezifische Therapievariablen erklären ließ. Das bedeutet, dass das methodische Design einer Studie um ein Vielfaches bedeutsamer für die gefundene Wirksamkeit einer Therapie ist als z. B. die verwendete Therapiemethode.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Metaanalysen gegenwärtig nur beschränkt geeignet sind, um die Wirksamkeit von forensischen Psychotherapien zu evaluieren, und dass das Design einer Therapieevaluationsstudie maßgeblichen Einfluss auf das Ergebnis hat. Deshalb wurden in der vorliegenden Arbeit Therapieevaluationsstudien gesichtet und hinsichtlich ihres Designs untersucht. Ziel war es, einen Überblick darüber zu geben, wie in aktuellen Evaluationsstudien vorgegangen wird und die Vor- und Nachteile der unterschiedlichen Designs zu diskutieren.

Methoden der Literaturrecherche

▼ Grundlage der vorliegenden Übersichtsarbeit bildete eine umfangreiche Literaturrecherche in den bibliografischen Nachweissystemen *PsychInfo* und *Pubmed*. Trotz des Wissens um die Unvollständigkeit der Online-Erfassung von Schriftmaterial wurde die systematische Literatursuche auf die beiden genannten Datenbanken beschränkt. Da diese Datenbanken vorwiegend peer-reviewte Arbeiten enthalten, konnte ein gewisser Qualitätsstandard gewährleistet und eine systematische und zielgerichtete Literatursuche nach Schlagwörtern ermöglicht werden. Auf die Berücksichtigung unveröffentlichter Arbeiten wurde bewusst verzichtet, da bei diesen eine kritische Würdigung der Methodik und der Resultate durch andere Experten fehlt. Das Nichtberücksichtigen unpublizierter Studien könnte die Vermutung nahe legen, dass die gefundene Befundlage ein zu günstiges Bild der Effizienz von forensischen Therapien vermittelt, weil Arbeiten, die ein negatives Resultat aufweisen, möglicherweise weniger wahrscheinlich publiziert werden. Diese Befürchtung wird allerdings durch die sehr aufwendige und methodisch differenziert durchgeführte Metaanalyse von Lösel und Schmucker [12] entkräftet. Die Autoren berücksichtigten für ihre Studie explizit auch unveröffentlichtes Material und fanden, dass sich dieses nicht signifikant von den publizierten Studien hinsichtlich der Effizienz von forensischen Therapien unterschied.

Für die vorliegende Arbeit wurden in einem ersten Schritt, basierend auf dem forensischen Erfahrungswissen und unter Einbezug bekannter Publikationen zur Therapieevaluation und Behandlungswirksamkeit bei Gewalt- und Sexualstraftätern, 85 Suchbegriffe für die Schlagwortliste in den Datenbanken verwendet. Die Suchbegriffe wurden von Anfang an auf Therapien mit Gewalt- und Sexualstraftätern ausgerichtet. Immer dann, wenn die Suche nach Einzelbegriffen aus dieser Liste mehr als 200 Einträge ergab, wurde für jeden Einzelbegriff eine Reihe von ergänzenden Wörtern definiert, mit denen jeder Einzelbegriff kombiniert wurde. Diese zusätzlichen Begriffe dienten thematisch der Beschreibung des Klientels, der psychischen Stö-

¹ Die Maryland Scale of Scientific Rigor ist eine 5-Punkte-Skala, die für Therapieevaluationsstudien relevante methodische Merkmale abbildet. Stufe 5 beschreibt das höchste methodische Niveau und beinhaltet eine zufällige Zuordnung der Probanden zu Therapie- und Kontrollgruppe (random design). Während in Stufe 4 Therapie- und Kontrollgruppe noch vergleichbar sind (individuelles Matching bzw. statistische Kontrolle), wird bei Stufe 3 nur noch eine indirekte Gruppenvergleichbarkeit durch äquivalente Ausprägung relevanter Variablen angenommen. Nicht äquivalente Kontrollgruppen werden auf Stufe 2 und das Fehlen von Kontrollgruppen auf Stufe 1 abgebildet.

rung, der Therapieform oder des Therapieziels. Die auf der Basis des erwähnten Vorgehens durchgeführte Literaturrecherche ergab insgesamt 117247 Suchergebnisse.

Ausgehend von dieser umfangreichen Datenbank wurden auf Grundlage der Abstracts themenfremde Arbeiten (v.a. Literatur aus dem körpermedizinischen Bereich) gelöscht und die Literatur auf den forensisch-psychiatrischen Bereich eingegrenzt. In einem zweiten Schritt wurden nur noch Arbeiten berücksichtigt, bei denen die Untersuchungspopulation aus Gewalt- und Sexualstraftätern bzw. Gewalt- oder Sexualstraftätern bestand. Nach diesen beiden Reduktionsschritten verblieben 888 Literaturnachweise.

In einem nächsten Reduktionsschritt wurden nur noch Arbeiten berücksichtigt, bei denen mindestens eine Outcomevariable Rückfälligkeit bzw. Legalbewährung war. Auch Harris, Rice und Quinsey [23] forderten, dass Rückfälligkeit immer eine der Outcome-Variablen darstellen sollte, da die Senkung des Rückfallrisikos das eigentliche Behandlungsziel sei. So plausibel diese Forderung auch ist, so hat sie doch weitreichende Konsequenzen für den Aufbau einer Studie. Um Rückfälligkeit als Effektkriterium wählen zu können, müssen zunächst einmal die rechtlichen Möglichkeiten gegeben sein, objektivierbare Angaben über die Legalbewährung zu erhalten (z. B. durch Strafregisterauszüge). Eine weitere Voraussetzung ist, dass der Katamnesezeitraum ausreichend lang ist, da sich Rückfälle erst nach einigen Jahren in erneuten Einträgen in staatlichen Strafregistern niederschlagen und zudem Inhaftierungszeiten berücksichtigt werden müssen. Ein mehrjähriger Katamnesezeitraum hat auf der anderen Seite zur Folge, dass Therapieeffekte durch soziale Prozesse im Umfeld des Klienten beeinflusst und unter Umständen zunichte

gemacht werden können [24]. Darüber hinaus werden Löschnungen von Strafregisterauszügen (durch Löschnungsfristen oder Tod) oder Wohnortwechsel ins Ausland wahrscheinlicher, sodass ein in seinem Ausmaß schwer einzuschätzender Dokumentationsverlust von Rückfällen entsteht.

Wie die Metaanalyse von Lösel und Schmucker [12] zeigt, sind Therapieeffekte dann deutlich höher, wenn Rückfälligkeit anhand eines Selbstberichtes erfasst wird. Da zu erwarten ist, dass Selbstberichte eine geringere Reliabilität aufweisen als objektivierbare Größen (Strafregisterauszüge, psychiatrische Rehospitalisation bzw. erneute Inhaftierung), wurden in der vorliegenden Arbeit keine Studien berücksichtigt, welche die Rückfälligkeit ausschließlich anhand von Fragebögen erfassten. Dieses Vorgehen sollte dazu dienen, eine zu positive Bewertung der Effizienz von forensischen Therapien zu vermeiden.

Ebenfalls nicht in die vorliegende Untersuchung einbezogen wurden Artikel, in denen Rückfallraten der fokussierten Tätergruppen thematisiert, aber nicht in Zusammenhang mit einer Intervention gebracht wurden.

Um den aktuellen Stand der Forschung abbilden zu können, wurde die Aufarbeitung der Publikationen auf Literaturnachweise aus den Jahren 1998–2005 begrenzt. Um die Heterogenität der untersuchten Stichproben etwas einzugrenzen und die Vergleichbarkeit der Studien zu erhöhen, wurden ferner Veröffentlichungen ausgeschlossen, welche sich nur auf jugendliche oder weibliche Straftäterpopulationen bezogen.

Es verblieben 86 Publikationen, von denen 31 empirische Arbeiten darstellten (s. Anhang). In **Tab. 1** sind ausgewählte Merkmale der Studien aufgeführt.

Tab. 1 Merkmale der untersuchten forensischen Therapieevaluationsstudien (Maryland Scale of Scientific Rigor)

Nr.	erschienen	n	Delikt	Maryland Scale of Scientific Rigor	Intervention delikt-orientiert	kognitiv-behavioral	psycho-analytisch	Maß für Rückfälligkeit
1	2001	109	Sexual-D.	1	1	1	1	sonstige
2	2005	704	Sexual-D.	5	1	1	0	Strafregister
3	2000	106	Sexual-D.	1	1	1	0	Strafregister
4	2002	62	Sexual-D.	1	1	1	0	Strafregister
5	2000	100	Sexual-D.	2	1	1	0	Strafregister
6	2003	154	Sexual-D.	1	1	0	0	sonstige
7	1998	74	Sexual-D.	2	1	1	0	Strafregister
8	2004	724	Sexual-D.	4	0	1	1	Strafregister
9	1998	483	Sexual-D.	2	1	1	0	Haft
10	1998	122	Sexual-D.	2	1	1	0	Haft
11	1999	75	Gewalt-D.	4	0	1	0	sonstige
12	2003	164	Gewalt-D.	4	0	1	0	Strafregister
13	2002	100	Gewalt-D.	1	0	0	0	Haft
14	1998	16	Sexual-D.	1	1	1	0	sonstige
15	2004	42	Gewalt-D.	2	0	1	0	sonstige
16	2002	93	Gewalt-D.	2	0	0	0	Strafregister
17	2002	7275	Sexual-D.	1	0	1	0	Strafregister
18	2003	194	Sexual-D.	4	0	1	0	Strafregister
19	2003	195	Sexual-D.	2	0	1	0	Strafregister
20	2004	90	Gewalt-D.	1	1	0	0	sonstige
21	2003	399	Sexual-D.	1	1	1	0	Strafregister
22	1999	541	Sexual-D.	5	1	1	0	Haft
23	2003	445	Sexual-D.	4	1	1	0	Strafregister
24	2004	146	Sexual-D.	2	1	1	0	Strafregister
25	2004	76	Gewalt-D.	1	0	1	0	sonstige
26	2005	82	Gewalt-D.	4	1	1	0	Strafregister

Tab. 1 Fortsetzung

Nr.	erschienen	n	Delikt	Maryland Scale of Scientific Rigor	Intervention delikt-orientiert	kognitiv-behavioral	psycho-analytisch	Maß für Rückfälligkeit
27	2004	183	Gewalt-D.	1	1	1	0	Strafregister
28	2002	178	Sexual-D.	2	0	1	0	Strafregister
29	2000	112	Sexual-D.	4	0	0	0	Strafregister
30	2000	618	Gewalt-D.	1	0	1	0	sonstige
31	2001	326	Gewalt-D.	1	1	1	0	Haft

- 1 Lothstein LM. Treatment of non-incarcerated sexually compulsive/addictive offenders in an integrated, multimodal, and psychodynamic group therapy model. *Int J Group Psychother* 2001; 51 (4): 553 – 570
- 2 Marques JK, Wiederanders M, Day DM, Nelson C, van Ommeren A. Effects of a relapse prevention program on sexual recidivism: final results from California's sex offender treatment and evaluation project (SOTEP). *Sex Abuse* 2005; 17 (1): 79 – 107
- 3 Walker DW. The treatment of adult male child molesters through group family intervention. *Journal of Psychology and Human Sexuality* 2000; 11 (3): 65 – 73
- 4 Lindsay WR, Smith AHW, Law J, Quinn K, Anderson A, Smith A, Overend T, Allan R. A treatment service for sex offenders and abusers with intellectual disability: Characteristics of referrals and evaluation. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 2002; 15 (2): 166 – 174
- 5 McGuire TJ. Correctional institution based sex offender treatment: A lapse behavior study. *Behavioral Sciences and the Law* 2000; 18 (1): 57 – 71
- 6 Lee DT. Community-treated and discharged forensic patients: An 11-year follow-up. *International Journal of Law and Psychiatry* 2003; 26 (3): 289 – 300
- 7 Clelland SR, Studer LH, Reddon JR. Follow-up of rapists treated in a forensic psychiatric hospital. *Violence Vict* 1998; 13 (1): 79 – 86
- 8 Hanson R, Bloom I, Stephenson M. Evaluating Community Sex Offender Treatment Programs: A 12-Year Follow-Up of 724 Offenders. *Canadian Journal of Behavioural Science* 2004; 36 (2): 87 – 96
- 9 Quinsey VL, Khanna A, Malcolm P. A Retrospective Evaluation of the Regional Treatment Centre Sex Offender Treatment Program. *Journal of Interpersonal Violence* 1998; 13 (5): 621 – 644
- 10 McGrath RJ, Hoke SE, Vojtisek JE. Cognitive-behavioral treatment of sex offenders. *Criminal Justice and Behavior* 1998; 25 (2): 203 – 225
- 11 O'Farrell TJ, Van Hutton V, Murphy CM. Domestic violence before and after alcoholism treatment: A two-year longitudinal study. *Journal of Studies on Alcohol* 1999; 60 (3): 317 – 321
- 12 Berry S. Stopping Violent Offending in New Zealand: Is Treatment an Option? *New Zealand Journal of Psychology* 2003; 32 (2): 92 – 100
- 13 Lamb H, Weinberger LE. A call for more program evaluation of forensic outpatient clinics: The need to improve effectiveness. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* 2002; 30 (4): 548 – 552
- 14 Crolley J, Roys D, Thyer BA, Bordnick PS. „Evaluating outpatient behavior therapy of sex offenders: A pretest-posttest study“. *Behavior Modification* 1998; 22 (4): 485 – 501
- 15 Stith SM, Rosen KH, McCollum EE, Thomsen CJ. Treating Intimate Partner Violence Within Intact Couple Relationships: Outcomes of Multi-Couple versus Individual Couple Therapy. *Journal of Marital and Family Therapy* 2004; 30 (3): 305 – 318
- 16 Wormith J, Olver ME. Offender treatment attrition and its relationship with risk, responsivity and recidivism. *Criminal Justice and Behavior* 2002; 29 (4): 447 – 471
- 17 Maletzky BM, Steinhauser C. A 25-year follow-up of cognitive/behavioral therapy with 7,275 sexual offenders. *Behav Modif* 2002; 26 (2): 123 – 147
- 18 Scalora MJ, Garbin C. A multivariate analysis of sex offender recidivism. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2003; 47 (3): 309 – 323
- 19 McGrath RJ, Cumming G, Livingston JA, Hoke SE. Outcome of a treatment program for adult sex offenders: From prison to community. *Journal of Interpersonal Violence* 2003; 18 (1): 3 – 17
- 20 Lee MY, Uken A, Sebold J. Accountability for Change: Solution-Focused Treatment With Domestic Violence Offenders. *Families in Society* 2004; 85 (4): 463 – 476
- 21 Zgoba KM, Sager WR, Witt PH. Evaluation of New Jersey's sex offender treatment program at the Adult Diagnostic and Treatment Center: Preliminary results. *Journal of Psychiatry and Law* 2003; 31 (2): 133 – 164
- 22 Marques JK. How to answer the question „Does sexual offender treatment work?“ *Journal of Interpersonal Violence* 1999; 14 (4): 437 – 451
- 23 Schweitzer R, Dwyer J. Sex Crime Recidivism: Evaluation of a Sexual Offender Treatment Program. *Journal of Interpersonal Violence* 2003; 18 (11): 1292 – 1310
- 24 Seager JA, Jellicoe D, Dhaliwal GK. Refusers, dropouts, and completers: measuring sex offender treatment efficacy. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2004; 48 (5): 600 – 612
- 25 Buttell FP, Carney MM. A Multidimensional Assessment of a Batterer Treatment Program: An Alert to a Problem? *Research on Social Work Practice* 2004; 14 (2): 93 – 101
- 26 Polaschek DL, Wilson NJ, Townsend MR, Daly LR. Cognitive-behavioral rehabilitation for high-risk violent offenders: an outcome evaluation of the violence prevention unit. *J Interpers Violence* 2005; 20 (12): 1611 – 1627
- 27 Bates A, Falshaw L, Corbett C, Patel V, Friendship C. A follow-up study of sex offenders treated by Thames Valley Sex Offender Groupwork Programme, 1995 – 1999. *Journal of Sexual Aggression* 2004; 10 (1): 29 – 38
- 28 Craissati J, Falla S, McClurg G, Beech A. Risk, reconviction rates and pro-offending attitudes for child molesters in a complete geographical area of London. *Journal of Sexual Aggression* 2002; 8 (1): 22 – 38
- 29 Ruidijs F, Timmerman H. The Stichting ambulante preventieve projecten method: A comparative study of recidivism in first offenders in a Dutch outpatient setting. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 2000; 44 (6): 725 – 739
- 30 Gondolf EW. A 30-month follow-up of court-referred batterers in four cities. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 2000; 44 (1): 111 – 128
- 31 Rosenbaum A, Gearan PJ, Ondovic C. Completion and recidivism among court- and self-referred batterers in a psychoeducational group treatment program: Implications for intervention and public policy. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma* 2001; 5 (2): 199 – 220

Ergebnisse

Untersuchungen aus dem angelsächsischen Raum vs. Untersuchungen aus dem deutschsprachigen Raum

Unter den 31 Arbeiten war nicht eine einzige Studie aus dem deutschen Sprachraum (Deutschland, Schweiz, Österreich) zu finden. Der größte Teil (61 %, n = 19) der empirischen Untersuchungen stammte aus den USA. 16% (n = 5) der Studien wurden in Kanada und 13% (n = 4) in Europa durchgeführt. Da die Therapie von Straftätern auch in Deutschland und der Schweiz fest im Straf- und Maßnahmerecht verankert ist, erstaunt dieser Befund. Er verdeutlicht auch, dass im deutschen Sprach- und Kul-

turraum ein großer Bedarf besteht, methodisch anspruchsvolle Therapieevaluationsstudien durchzuführen. Denn Studien aus dem Ausland können nur bedingt auf den hiesigen Sprachraum übertragen werden. Die rechtlichen Grundlagen, unter denen eine Therapie angeordnet wird oder indiziert ist, unterscheiden sich genauso wie die Merkmale kulturspezifischer Täterpopulationen und die Bedingungen, unter denen die Therapie stattfinden soll.

Rückfälligkeit als Outcome

Alle Arbeiten hatten, entsprechend der Einschlusskriterien, Rückfälligkeit als (eine) abhängige Variable definiert. Um die

Wirksamkeit der Therapie zu untersuchen, wurden in 39% (n = 12) der Arbeiten die Rückfallraten der Therapiegruppe mit denen einer nichttherapierten Kontrollgruppe verglichen. In den übrigen 21 Studien wurden die Rückfallraten der interessierenden Gruppe mit denen einer Gruppe von Straftätern verglichen, denen eine andere Intervention (oft auch Therapie) zugute gekommen war. Somit muss bei der Interpretation der Ergebnisse über die Wirksamkeit der Therapien berücksichtigt werden, dass die Rückfallraten der Straftäter mehrheitlich mit Gruppen von Straftätern verglichen wurden, bei denen nicht „nichts“ gemacht worden ist. Quinsey, Harris, Rice und Lalumière [25] argumentieren, dass keine validen Aussagen über die Wirksamkeit von Therapien gemacht werden können, wenn in die Untersuchung keine randomisierten Kontrollgruppen einbezogen würden. Die Forderung, Probanden, die sich in Freiheit befinden oder die entlassen werden sollen, zufällig einer Gruppe mit bzw. ohne therapeutische Behandlung zuzuteilen, ist in der Praxis jedoch meist nicht realisierbar, da dies bei schweren Gewalt- und Sexualstraftätern kaum ethisch vertretbar oder politisch durchsetzbar und zudem oft rechtlich auch nicht zulässig wäre.

Statistische Auswertungsstrategien

Die zur Auswertung herangezogenen statistischen Verfahren waren in den 31 Arbeiten mehrheitlich wenig differenziert. Ein Viertel der Studien präsentierte ausschließlich deskriptive Ergebnisse (26%, n = 8). Logistische Regressionen wurden nur in knapp 10% der Studien (n = 3) gerechnet. Nur knapp ein Drittel der durchgeführten Studien nutzte statistische Verfahren, die es ermöglichen, bestimmte Effekte zu kontrollieren. Diese geringe Differenziertheit der angewendeten Verfahren ist bedauerlich, da dadurch großes Potenzial ungenutzt bleibt.

Da Rückfälligkeit auch immer maßgeblich von der Zeit abhängt, die einem Täter für einen Rückfall überhaupt zur Verfügung steht, bietet sich die Überlebenszeitanalyse (Survivalanalyse) als Auswertungsverfahren an, da damit die „time at risk“, also die Zeit des Täters in Freiheit, kontrolliert werden kann. Darüber hinaus erscheint es sinnvoll, bei der Evaluation von Therapien mit multiplen Modellen zu rechnen, bei denen vielerlei Konfundierungen kontrolliert werden können.

Untersuchte Stichprobe und Interventionsform

Während in knapp 60% (n = 18) der Untersuchungen eine Vollerhebung durchgeführt wurde, erfolgte in lediglich 10% (n = 3) der Studien eine Stichprobenauswahl über das Zufallsprinzip. Keine einzige Studie gewann ihre Stichprobe durch die Definition einer repräsentativen Gruppe.

Gegenstand der Untersuchung waren überwiegend Sexualstraftäter (Sexualstraftäter 65%, n = 20; Gewaltstraftäter 35%, n = 11). Die Zahl der in die Untersuchung eingehenden Straftäter reichte von 16–7275, wobei der Median bei 146 Probanden lag. 29% (n = 9) der Studien bezogen sich auf weniger als 100 Probanden.

Dass erheblich mehr Therapieevaluationsstudien bei Sexualstraftätern als bei Gewaltstraftätern durchgeführt wurden, dürfte daran liegen, dass es mehr Programme für Sexualstraftäter als für Gewaltstraftäter gibt. Dies kann auch darauf zurückgeführt werden, dass in den letzten Jahren eine öffentliche Sensibilisierung für Sexualstraftäter stattgefunden hat. Sie hat unter anderem in Deutschland zur gesetzlichen Verpflichtung geführt, Sexualstraftäter im Strafvollzug zu behandeln (Deutsche Strafrechtsänderung Januar 1998: u. a. Neufassung der §§ 56 c u. 66 StGB, Änderung der §§ 6, 7 u. 9 StVollzG). Trotzdem waren Pro-

gramme für Gewaltstraftäter in den 31 untersuchten empirischen Arbeiten tendenziell erfolgreicher als diejenigen für Sexualstraftäter. Eine Vernachlässigung der Behandlung von Gewaltstraftätern sollte angesichts dessen auf jeden Fall vermieden werden, zumal die Basisrate (prozentuale Rückfälligkeit) von Gewaltdelikten höher ist als die von Sexualdelikten.

Die Therapie fand bei 16% (n = 5) der Untersuchungen sowohl in einem geschlossenen als auch in einem ambulanten Rahmen statt. Bei 26% (n = 8) der Untersuchungen waren die Probanden während der gesamten Therapiezeit institutionalisiert (Strafanstalt oder psychiatrische Einrichtung).

Prospektive und retrospektive Studiendesigns

58% (n = 18) der Studien wiesen ein prospektives, 42% (n = 13) ein retrospektives Design auf. Prospektive Studien gelten im Vergleich zu retrospektiven Untersuchungen als methodisch wertvoller. Für die Untersuchung der Rückfälligkeit von Straftätern ist dieser allgemeine Grundsatz aber zu relativieren. Prospektive Studien erfordern meist eine Erhebung von Strafregisterauszügen. Neben der im *Hellfeld* nicht erfassten *Dunkelfeldkriminalität* ergeben sich daraus spezifische, methodische Schwierigkeiten. Verurteilungen werden erst dann im Strafregister eingetragen, wenn diese rechtskräftig sind. Dies kann je nach juristischem Prozess mehrere Jahre dauern. Nach länderspezifischen Zeiträumen werden bestimmte Verurteilungen wieder aus dem Strafregister gelöscht. Personen, die ihren Wohnsitz ins Ausland verlegen, werden unabhängig von möglicher Delinquenz meist nicht mehr in dem Land, in dem das Anlassdelikt registriert wurde, straffällig und erscheinen somit auch nicht mehr in den hiesigen Strafregistern. Ferner werden in verschiedenen Ländern die Einträge von verstorbenen Personen komplett aus dem Strafregister entfernt und die Straftaten jener Täter, die für nicht schuldfähig befunden worden sind, zu keinem Zeitpunkt aufgenommen. Deshalb kann mit einem prospektiven Design die Quote der Rückfälligkeit, die zu Verurteilungen führte, nur zum Teil abgebildet werden. Wiederholt wurden Hinweise darauf gefunden, dass Behandlungseffekte umso deutlicher ausgeprägt sind, je stärker die nicht (mehr) in Strafregisterauszügen erfasste Rückfälligkeit mit in die Analyse einbezogen wird [12,26]. Dieses Problem ließe sich damit umgehen, dass langfristige Follow-ups in bestimmten Intervallen durchgeführt werden (z. B. Anforderung von Strafregisterauszügen alle zwei Jahre). Dieses Vorgehen ist aufwendig und konnte in keiner der untersuchten Studien realisiert werden.

Abgesehen von den bekannten Einschränkungen, die mit retrospektiven Studiendesigns verbunden sind, bietet dieser Ansatz für die Erhebung der Rückfallkriminalität auch einige Vorteile. Wenn zum Zeitpunkt eines Anlassdeliktes die bisherige vom Täter begangene Kriminalität erfasst wird, ist dies retrospektiv im Rahmen eines Ermittlungsverfahrens mit größerer Vollständigkeit möglich. Sowohl das Problem gelöschter Strafregistereinträge als auch das der mangelnden Erfassbarkeit aufgrund eines Wohnsitzes im Ausland, ist bei der retrospektiven Analyse nicht vorhanden. Darum werden Rückfallraten in der retrospektiven Analyse vollständiger erfasst als bei prospektiven Designs. Da somit prospektive und retrospektive Designs für die Evaluation von forensischen Therapieeffekten Vor- und Nachteile haben, ist keiner der beiden Ansätze dem anderen eindeutig überlegen.

Überprüfung der Legalbewährung

Da schwere Rezidive seltene Ereignisse sind, können statistisch signifikante Resultate oft nur dann erreicht werden, wenn sehr

große Untersuchungspopulationen zur Verfügung stehen und genügend lange Katamnesezeiträume definiert werden [27].

Der durchschnittliche Follow-up-Zeitraum nach Beendigung der Therapie wurde überhaupt nur in 13 der 31 Untersuchungen genannt und beträgt im Mittel 61 Monate (SF = 50, Md = 48, Spannweite 0–186 Monate). In 24 Studien wurden Angaben über den maximalen Follow-up-Zeitraum gemacht. Dabei reicht die Spannweite von 6–300 Monaten (Mittelwert = 70 Monate, SF = 69, Md = 50).

In mehr als der Hälfte der Studien (55%, n = 17) wurde Rückfälligkeit über einen erneuten Eintrag im Strafregister definiert, in 16% (n = 5) über eine erneute Inhaftierung. Die restlichen Untersuchungen (29%, n = 9) verwendeten andere Kriterien für den Rückfall. Hierbei handelte es sich größtenteils um Befragungen von Drittpersonen, die in einem engen Kontakt zum Täter standen, wie beispielsweise Bewährungshelfer und andere Betreuungspersonen oder Familienangehörige, oftmals im Zusammenhang mit häuslicher Gewalt.

Dass in nur 55% aller Therapieevaluationsstudien Strafregisterauszüge eingeholt wurden ist insofern erstaunlich, als dass das Einholen von aussagekräftigen offiziellen Dokumenten eigentlich zum Standard einer Therapieevaluationsstudie gehören sollte, die als abhängige Variable „Rückfälligkeit“ untersucht. Dass in den Studien andererseits mehrheitlich aufwendige Alternativkonzepte (z. B. Befragung von Drittpersonen) umgesetzt wurden, könnte darauf hindeuten, dass der Zugriff auf Strafregisterauszüge z. B. aus bürokratischen, insbesondere datenschutzrechtlichen Bestimmungen erschwert oder nicht möglich war. Der Zugang zu Strafregisterauszügen für Forschungsarbeiten zu Rückfallraten und zur Evaluation von Straftätertherapien sollten im Sinne des öffentlichen Interesses erleichtert werden, selbstverständlich unter Einhaltung datenschutzrechtlicher Bestimmungen, damit publizierte Daten keine Rückschlüsse auf Einzelpersonen zulassen.

In 19 (61%) der vorliegenden empirischen Studien wurden Angaben zur *allgemeinen Rückfälligkeit* (*deliktunspezifische Rückfälligkeit*) gemacht. Knapp zwei Drittel dieser Untersuchungen (63%, n = 12) kamen zu dem Ergebnis, dass die Rückfälligkeit durch die durchgeführte Behandlung gesenkt werden konnte. Über ein durch die Therapie erhöhtes Risiko berichtete keine der Studien, aber 37% (n = 7) der Studien gingen immerhin von einem unveränderten Rückfallrisiko aus.

Einschlägige Rückfälligkeit wurde in 26 (84%) der 31 empirischen Studien erhoben. Dabei konnte bei 62% (n = 16) ein risikosenkender Effekt der Therapie nachgewiesen werden. Bei 8% (n = 2) der Untersuchungen wurde ein erhöhtes Rückfallrisiko nach der Therapie vermutet. Zudem wurde – vergleichbar mit der allgemeinen Rückfälligkeit – in über einem Fünftel (23%, n = 6) der Untersuchungen eine unveränderte einschlägige Rückfälligkeitsrate beobachtet. In 8% (n = 2) der Studien wurde Rückfälligkeit lediglich deskriptiv beschrieben und nicht inferenzstatistisch ausgewertet.

Betrachtet man die Ergebnisse für Gewalt- und Sexualstraftäter getrennt, so zeigt sich folgendes Bild:

1. An *Gewaltstraftätern* durchgeführte Untersuchungen weisen deutlich auf einen risikosenkenden Effekt für einschlägige Rückfälligkeit hin. So beschrieben acht von den neun Studien, die Aussagen zur einschlägigen Rückfälligkeit machten, eine reduzierte Rückfälligkeitsrate. In Bezug auf allgemeine Rückfälligkeit liegen nur Daten von fünf Untersuchungen vor. Bei zwei von diesen Studien wurde eine Senkung der Rückfallrate beschrieben. Bei den übrigen drei Arbeiten war nicht ersicht-

lich, ob eine signifikante Senkung der Rückfälligkeit stattfand.

2. Im Gegensatz dazu wurde in den meisten Studien, in denen die Behandlung von Sexualstraftätern evaluiert wurde, eine Verminderung der allgemeinen Rückfälligkeit beobachtet (10 von 14 Studien, 71%). Bei den restlichen 4 Studien (29%) blieben die Auswirkungen auf die allgemeine Rückfälligkeit unklar. Unter den Studien mit Sexualstraftätern, welche die Prävalenz von einschlägiger Rückfälligkeit angaben (n = 17), berichteten (47%, n = 8) von einer Risikoverminderung durch die Therapie. Eine therapiebedingte Erhöhung der Rückfälligkeit wurde bei 12% (n = 2) beschrieben und ein unverändertes Risiko bei 35% der Studien (n = 6). In einer weiteren Studie blieb der Befund unklar.

Diskussion



Es scheint plausibel, dass Straftäter, die sich im Rahmen professioneller Interventionen mit ihrem Deliktverhalten und mit Strategien zur Rückfallverhinderung auseinandersetzen, einem geringeren Rückfallrisiko ausgesetzt sein könnten, als Täter, die das nicht tun. Dennoch können viele der mit der Frage von Steller [11] verbundenen Aspekte („What works – how with whom under which conditions?“) derzeit noch nicht schlüssig beantwortet werden. Insbesondere für den deutschsprachigen Raum ist ein deutlicher Mangel an wissenschaftlich fundierten Evaluationsstudien zu Straftätertherapien festzustellen.

Bei der Planung einer Evaluationsstudie sollten möglichst viele der in der vorliegenden Arbeit diskutierten potenziellen Einflussfaktoren berücksichtigt werden. Da forensische Therapien aus ethischen Gründen häufig keinem randomisierten Untersuchungsdesign folgen können (zumindest nicht bei schweren Sexual- und Gewaltdelikten), müssen moderne statistische Methoden verwendet werden, um die unterschiedlichen Einflussvariablen in ihrer Wirkung auf das Ergebnis kontrollieren zu können. Nur so werden die vorgelegten Ergebnisse eindeutig interpretierbar. Viele der hier untersuchten Studien waren diesbezüglich methodisch unzureichend, da nur bivariate Methoden zur Anwendung kamen und somit Konfundierungen nicht erkannt werden konnten. Deshalb bleibt bei einigen Untersuchungen auch unklar, ob es sich bei den Befunden um Artefakte handelt. In Anbetracht der Vielzahl möglicher Einflussfaktoren auf das Therapieergebnis und angesichts der Heterogenität von Stichproben, Settings und Studiendesigns ist es nicht verwunderlich, dass die untersuchten Arbeiten zwar Tendenzen abbilden, aber zu bestimmten Parametern vereinzelt auch gegenläufige Ergebnisse gefunden wurden.

Wie unsere Untersuchung zudem deutlich gemacht hat, ist es wichtig, zwischen allgemeiner und einschlägiger Rückfälligkeit zu unterscheiden. So fiel bei den Studien mit therapierten Sexualstraftätern auf, dass das allgemeine Rückfallrisiko deutlich häufiger signifikant reduziert werden konnte als das einschlägige Rückfallrisiko. Es bleibt offen, worauf dieser Effekt beruht. Er spricht tendenziell dafür, dass die durchgeführten Therapien entweder zu wenig auf die spezifische Sexualproblematik ausgerichtet waren oder diese weniger beeinflussbar ist. Ein solcher Effekt scheint bei Gewaltstraftätern nicht aufzutreten. Damit wird deutlich, dass für verschiedene Tätergruppen unterschiedliche Risiken und Therapiechancen bestehen. Deshalb sind differenzierte Behandlungsstrategien für unterschiedliche Tätergruppen zu empfehlen.

Da die Zeit eine entscheidende Größe in der Bewertung von forensischen Therapien darstellt, ist es überraschend, dass nur wenige Studien diese – z. B. mithilfe von Survivalanalysen – explizit bei der statistischen Auswertung berücksichtigt haben. In künftigen Therapieevaluationsstudien sollten deshalb nicht nur multivariable statistische Methoden angewendet werden, sondern auch Verfahren zum Einsatz kommen, die den Faktor Zeit miteinfassen.

Konsequenzen für Klinik und Praxis

- ▶ Die deliktpräventive Wirkung forensischer Therapien wird kontrovers diskutiert. Aktuelle metaanalytische Untersuchungen zeigen, dass zwar von einem rückfallrisikosenkenden Effekt ausgegangen werden kann, dieser aber nicht stark ist.
- ▶ Aufgrund heterogener Studiendesigns und der geringen Zahl empirischer Arbeiten zur rückfallpräventiven Effizienz forensischer Therapien müssen die Aussagen von Metaanalysen sehr vorsichtig interpretiert werden.

Interessenkonflikte

Keine angegeben.

Abstract

Therapy Effectiveness with Violent and Sex Offenders

Objective In recent years, the offense preventive effect of forensic therapy has been the subject of controversial debate. In this review, the current state of therapy evaluation research in forensics is discussed, with special consideration of methodological aspects.

Methods Systematic research of literature on studies that analyse the risk-reducing effect of offender therapies.

Results The study designs are very heterogeneous and results are thus difficult to compare. Furthermore, there are only a few empirical studies on the relapse prevention efficiency of forensic therapies.

Conclusions Due to the methodological diversity of the studies, a concluding evaluation of the efficiency of forensic psychotherapies is not possible. The conclusions drawn from meta-analyses must thus be interpreted with great care.

Literatur

- 1 *Martinson R.* What works? Questions and answers about prison reform. *The Public Interest* 1974; 10: 22 – 54
- 2 *Esteban C, Garrido V, Molero C.* The effectiveness of treatment of psychopathy: A meta-analysis, in NATO Advanced study Institut on Psychopathy. Portugal: Alvor, 1995
- 3 *Dolde G.* Untersuchungen zur Sozialtherapie und Wirksamkeit der Behandlung in der Sozialtherapeutischen Anstalt Ludwigsburg, Sitz Hohenasperg. In: *Straffälligenhilfe Bf* (Hrsg): *Untersuchungen zur Sozialtherapie und Wirksamkeit der Behandlung in der Sozialtherapeutischen Anstalt Ludwigsburg, Sitz Hohenasperg.* Bonn-Bad Godesberg: Selbstverlag, 1981: 96 – 110
- 4 *Dünkel F.* Sozialtherapeutische Behandlung und Rückfälligkeit in Berlin-Tegel. Berlin: Duncker & Humblot, 1980
- 5 *Dünkel F, Geng B.* Rückfall und Bewährung von Karrieretätern nach Entlassung aus dem sozialtherapeutischen Behandlungsvollzug und aus dem Regelvollzug. In: *Steller M, Dahle K-P, Basqué M* (Hrsg): *Rückfall und Bewährung von Karrieretätern nach Entlassung aus dem sozialtherapeutischen Behandlungsvollzug und aus dem Regelvollzug.* Pfaffenweiler: Centaurus, 1994: 35 – 59
- 6 *Egg R.* Sozialtherapeutische Behandlung und Rückfälligkeit im längerfristigen Vergleich. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform* 1990; 73: 358 – 368
- 7 *Ortmann R.* Zur Evaluation der Sozialtherapie. Ergebnisse einer experimentellen Längsschnittstudie zu Justizvollzugsanstalten in Nordrhein-Westfalen. *Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft* 1994; 106: 782 – 821
- 8 *Wexler HK, Falkin GP, Lipton DS.* Outcome evaluation of a prison therapeutic community for substance abuse treatment. *Crim Justice Behav* 1990; 17: 71 – 92
- 9 *Wexler HK.* Therapeutic communities in American prisons. In: *Cullen E, Jones L, Woodward R* (eds): *Therapeutic communities in American prisons.* Chichester: Wiley, 1997: 161 – 179
- 10 *Rehn G, Jürgensen P.* Rückfall nach Sozialtherapie. Wiederholung einer im Jahr 1979 vorgelegten Untersuchung. In: *Kerner H-J, Kury H, Sessar K* (Hrsg): *Rückfall nach Sozialtherapie. Wiederholung einer im Jahr 1979 vorgelegten Untersuchung.* Köln: Heymanns, 1983: 1910 – 1948
- 11 *Steller M.* Behandlung und Behandlungsforschung: Einführung. In: *Steller M, Dahle K-P, Basqué M* (Hrsg): *Behandlung und Behandlungsforschung: Einführung.* Pfaffenweiler: Centaurus-Verlagsgesellschaft, 1994: 3 – 12
- 12 *Lösel F, Schmucker M.* The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology* 2005; 1 (1): 117 – 146
- 13 *Sherman L, Gottfredson D, MacKenzie D, Eck J, Reuter P, Bushway S.* Preventing crime: What works, what doesn't, what's promising. Washington, DC: Report to the U.S. Congress, 1997
- 14 *DeCoster J.* Meta-analysis Notes. 2004; <http://www.stat-help.com/notes.html>
- 15 *Marques JK.* How to answer the question „Does sexual offender treatment work?“ *J Interpers Violence* 1999; 14 (4): 437 – 451
- 16 *Lipsey MW.* The effect of treatment on juvenile delinquents: Result from meta-analysis. In: *Lösel F, Bender D, Bliesener T* (eds): *The effect of treatment on juvenile delinquents: Result from meta-analysis.* Berlin: De Gruyter, 1992: 131 – 143
- 17 *Hanson RK, Gordon A, Harris AJ, Marques JK, Murphy W, Quinsey VL, Seto MC.* First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders. *Sex Abuse* 2002; 14 (2): 169 – 194, discussion 195 – 197
- 18 *Abraçen J, Looman J.* Issues in the treatment of sexual offenders. Recent developments and directions for future research. *Aggress Violent Beh* 2004; 9: 229 – 246
- 19 *Andrews DA, Zinger I, Hoge RD, Bonta J, Gendreau P, Cullen FT.* Does correctional treatment work? A clinically-relevant and psychologically informed meta-analysis. *Criminology* 1990; 28: 369 – 404
- 20 *Garrett P.* Effects of residential treatment of adjudicated delinquents: A meta-analysis. *J Res Crime Delinq* 1985; 22: 287 – 308
- 21 *Izzo RL, Ross RR.* Meta-analysis of rehabilitation programs for juvenile delinquents. A brief report. *Crim Justice Behav* 1990; 17: 134 – 142
- 22 *McGuire J.* Integrating findings from research reviews. In: *McGuire J* (eds): *Integrating findings from research reviews.* Chichester: John Wiley & Sons, Ltd, 2002
- 23 *Harris GT, Rice ME, Quinsey VL.* Appraisal and management of risk in sexual aggressors: Implications for criminal justice policy. *Psychol Public Pol L* 1998; 4 (1 – 2): 73 – 115
- 24 *Lösel F, Bender D.* Straftäterbehandlung: Konzepte, Ergebnisse, Probleme. In: *Steller M, Volpert R* (Hrsg): *Straftäterbehandlung: Konzepte, Ergebnisse, Probleme.* Bern: Huber, 1997: 171 – 204
- 25 *Quinsey VL, Harris GT, Rice ME, Lalumière ML.* Assessing treatment efficacy in outcome studies of sex offenders. *J Interpers Violence* 1993; 8 (4): 512 – 523
- 26 *Marshall WL, Barbaree HE.* The long-term evaluation of a behavioral treatment program for child molesters. *Beh Res Ther* 1988; 6: 499 – 511
- 27 *Barbaree HE.* Evaluating treatment efficacy with sexual offenders: The insensitivity of recidivism studies to treatment effects. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 1997; 9: 111 – 128