

Monika Egli-Alge

Denn sie wissen nicht, was sie tun

Interventionskonzepte für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und delinquentem Verhalten

Zusammenfassung

Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung werden häufig Opfer von (sexuellen) Grenzverletzungen. Dass sie – insbesondere die Männer – aber auch Täter sein können, wissen allerdings wenige. Der Artikel gibt zuerst Auskunft über die Besonderheiten der Gruppe straffälliger Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung. Für die Begutachtung und die Therapie von Straftätern braucht es klare Konzepte. Das gilt im Besonderen für straffällige Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung. Die von der Fachstelle forio entwickelten Behandlungskonzepte sind darauf ausgerichtet, das Rückfallrisiko zu vermindern und nachhaltige Verhaltensänderungen anzustossen.

Résumé

Les personnes ayant une déficience intellectuelle sont souvent victimes d'atteintes à leur intégrité (sexuelle notamment). Peu de gens savent en revanche qu'elles peuvent être également – en particulier les hommes – délinquantes elles-mêmes. Cet article donne tout d'abord des informations sur les particularités des personnes délinquantes ayant une déficience intellectuelle. L'expertise et la thérapie de personnes délinquantes requièrent des concepts clairs. Cela vaut en particulier pour celles qui ont une déficience intellectuelle. Les concepts de traitement développés par le service spécialisé forio ont pour objectif de diminuer le risque de récidive et d'impulser des changements de comportement durables.

Permalink: www.szh-csps.ch/z2021-11-01

Intelligenz

Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und besonderen Bedürfnissen werden in der Forschung tendenziell wenig beachtet. Es ist bereits anspruchsvoll, Begriffe wie «kognitive Beeinträchtigung», «geistige Behinderung» oder «intellektuelle Minderbegabung» zu definieren. Wie wird eine intellektuelle Behinderung überhaupt gemessen? Sind diese Messungen reliabel? Valide? Und was genau wird dabei gemessen und wie?

In der Fachliteratur findet man verschiedene Annäherungsversuche. So definiert beispielsweise Dosen (2010) intellektuelle Behinderung folgendermassen:

- schwerste intellektuelle Behinderung (IQ < 20, Entwicklungsalter bis zu 2 Jahren): Adaptions- und Sozialisationsphase, psychophysiologische Homöostase und mögliche Entstehung basaler Sicherheit
- schwere intellektuelle Behinderung (IQ < 20–35, Entwicklungsalter 2–4 Jahre): Individuationsphase, Entstehung von Autonomie
- mittelgradige intellektuelle Behinderung (IQ < 35–50, Entwicklungsalter 4–7 Jahre): Identifikationsphase, Ich-Entwicklung (impulsives Ich)
- leichte intellektuelle Behinderung (IQ < 50–70, Entwicklungsalter 7–12 Jahre): Realitätsbewusstsein, Ich-Differenzierung (moralisches und religiöses Ich)

Aus fachpsychologischer Sicht sind die Versuche, die psychometrische Einordnung der Intelligenz auf die Entwicklungsalter-Äquivalenten zu beziehen, problematisch: So kann beispielsweise von einem Menschen mit IQ 40, der 30 Jahre alt ist, nicht dasselbe erwartet oder vorausgesetzt werden wie von einem vier bis sieben Jahre alten Kind. Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung müssen vielmehr in allen Qualitäten, so auch in ihren Lebensalter-Realitäten ernstgenommen werden. Weitere psychosoziale Entwicklungsparameter sind hinsichtlich Funktionsniveau (Kompetenzen in lebenspraktischen Bereichen, Selbstständigkeit, Lernfähigkeit, Verhaltenskontrolle, Anpassungsfähigkeit), Bedürfnissen und Möglichkeiten in allen Lebensbereichen zu berücksichtigen. Die Persönlichkeitsentwicklung von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung ist komplex und von vielen Faktoren abhängig. So gilt es stets, die Individualität des Menschen zu beachten: nicht nur seine individuellen Stärken und Kompetenzen, sondern auch seine Einschränkungen und Defizite.

Laut Kohlberg hinkt bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung die sozial-moralische Entwicklung der kognitiven Entwicklung hinterher.

Moral

Ganz ähnlich verhält es sich mit der moralischen Entwicklung von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung. So kann man nicht davon ausgehen, dass ein 30 Jahre alter Mensch mit einer kognitiven Beeinträchtigung hinsichtlich der moralischen Entwicklung beziehungsweise der Gewissensbildung gleichzusetzen ist mit einem vier bis sieben Jahre alten Kind.

Kohlberg (1976) hielt fest, dass Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung prinzipiell die gleichen moralischen Entwicklungsstufen durchlaufen, allerdings möglicherweise langsamer als Menschen mit Normintelligenz. Daraus schloss er, dass bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung die sozial-moralische Entwicklung der kognitiven Entwicklung hinterherhinkt. Aber kategorisch zu glauben, Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung wüssten nicht, was sie tun, wäre falsch – auch die Kohlberg'schen Moralentwicklungsstufen müssen individuell vor dem kognitiven Entwicklungsstand und der Persönlichkeitsentwicklung der Betroffenen beurteilt werden.

Um Recht von Unrecht unterscheiden zu können beziehungsweise zu wissen, welches Verhalten erlaubt ist und welches nicht, reicht es, die Stufe 1 nach Kohlberg – Orientierung an Strafe und Gehorsam – zu erreichen. Das heisst: Menschen orientieren sich auf der ersten Stufe nicht an moralischen Ansprüchen, sondern im Wesentlichen an wahrgenommenen Machtpotenzialen. Die von Autoritäten gesetzten Regeln werden befolgt, um Strafen zu vermeiden. Diese Stufe erreicht man meist mit den Mitteln einfacher Konditionierung. Was Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung schwerer fällt, ist die Perspektivenübernahme¹. Um Recht von Unrecht zu unterscheiden, ist diese Fähigkeit jedoch nicht notwendig.

Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung und sexuell grenzverletzendem Verhalten

Zemp, Pircher und Schoibl (1997) untersuchten das «Phänomen, dass Männer mit Behinderung Täter von sexuellen Ausbeutungs-

¹ Fähigkeit eines Individuums, sich in soziale Situationen anderer Menschen hineinversetzen zu können (Selman, 1984)

handlungen» sind. Sie wiesen nach, dass 27 Prozent der befragten Männer (N = 32) andere Menschen sexuell belästigt haben oder an ihnen sexuelle Gewalt ausübten. Bei einem Drittel davon handelte es sich um Wiederholungstäter. Als häufigster Ausbeutungsort erwiesen sich Institutionen für Menschen mit Beeinträchtigung. Bei Männern ohne Privatanteil in der Wohnsituation (insbesondere sanitäre Anlagen) war der Anteil an grenzverletzendem Verhalten mit 44 Prozent bedeutend höher. 23 Prozent der Taten wurden von Jugendlichen begangen.

Ferner wiesen Zemp, Pircher und Schoibl (1997) nach, dass Menschen mit Beeinträchtigung signifikant häufiger viktimisiert, das heisst zum Opfer gemacht werden als Menschen ohne Beeinträchtigung. Gründe dafür sind nebst konstitutionellen Faktoren (kognitive Beeinträchtigung, Persönlichkeitsentwicklung) auch die Situation des Aufwachsens, insbesondere die strukturellen Gegebenheiten in den Institutionen und das fehlende oder falsche Wissen über Sexualität.

Hingsburger, Griffith und Quinsey (1991) sprechen in diesem Zusammenhang von der *Counterfeit Deviance*: Damit meinen sie, dass sexuelles Problemverhalten von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung in erster Linie mit geringen beziehungsweise falschen Kenntnissen über Sexualität zusammenhängt. Hinzu kommt, dass die eingeschränkten sozialen Fähigkeiten es erschweren oder verhindern, Beziehungen aufzubauen, zu gestalten und zu erhalten. Auch die eingeschränkten Möglichkeiten für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung, Sexualität angemessen zu leben, spielen genauso eine Rolle wie die sexuelle Unerfahrenheit und nicht-sexuelle Entwicklungsstörungen wie beispielsweise Paraphilien².

Zusammenfassend ist die sexuelle Entwicklung von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung geprägt von fehlenden normativen Lernerfahrungen, Segregation, Mangel an Intimsphäre, häufigen Viktimisierungserfahrungen und fehlendem beziehungsweise mit folgenschweren Auswirkungen – falschem Wissen über Sexualität. So ergeben sich ebenso fatale Vorurteile, dass Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung beispielsweise besonders triebhaft, distanzlos und aufdringlich seien. Oder aber sie werden infantilisiert – sie bleiben gewissermassen in einem ewigen Kinderstatus – und werden somit quasi als geschlechtslos oder geschlechtsneutral eingeordnet.

Sexuelles Problemverhalten hängt in erster Linie mit falschem Wissen über Sexualität zusammen.

Zemp, Pircher und Schoibl (1997) unterscheiden zwischen sexueller Ausbeutung aus Unwissenheit einerseits und aus Ausübung von Macht und Gewalt andererseits. Sie halten auch fest, dass es sich um ein Phänomen im Kontext von Adoleszenz und Erwachsenwerden handelt; im Zusammenhang mit mangelnder institutioneller Versorgung, Unkenntnis, Unwissenheit und Mangel an Erfahrung. Um dem übergriffigen Verhalten und Grenzverletzungen entgegenzuwirken, sollten dringend Räume und Situationen geschaffen werden, in denen Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung sexuelle Intimität erleben und angemessene sexuelle Erfahrungen machen können.

Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung und Delinquenz

Farrington (1993) stellte in seiner Längsschnittstudie mit über 400 männlichen Teil-

² Störungen der sexuellen Präferenz

nehmern, die in London lebten, eine eindeutige Korrelation zwischen niedriger Intelligenz und Kriminalitätsbelastung fest. Von den in der Studie berücksichtigten Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung, die nicht in der Eingliederungshilfe untergebracht waren, waren 30 Prozent bis zum Alter von 32 Jahren strafrechtlich verurteilt. Ferner hielt Farrington (1993) fest, dass von einer hohen Toleranz innerhalb der Eingliederungshilfe für grenzverletzendes Verhalten auszugehen ist. Übergriffe auf Mitbewohnerinnen und Mitbewohner mit Beeinträchtigung werden oft nicht zur Anzeige gebracht, da diesen die Fähigkeit fehle, verwertbare Aussagen zu machen.

Sexuelle Grenzverletzung ist die häufigste Form delinquenten Verhaltens von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung.

Risikofaktoren für delinquentes Verhalten

Über Zusammenhänge zwischen kognitiver Beeinträchtigung und Delinquenz gibt es bisher wenig empirische Erkenntnisse. Wahrscheinlich sind nebst den konstitutionellen und besonderen Faktoren, welche die kognitive Beeinträchtigung mit sich bringt, die gleichen Risikofaktoren für delinquentes Verhalten wirksam wie in der Normalbevölkerung: beispielsweise frühere sexuelle Grenzüberschreitungen/Delikte oder mangelnde Impulskontrolle. Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung haben eine geringere Wahrscheinlichkeit, *White Collar Crimes*³ zu begehen. Der Schwerpunkt liegt bei Brandstiftungen und Sexualdelikten. Oftmals verhindert ein umfangreiches Hilfesystem delinquente Entwicklungen (Farrington, 1993).

³ Betrugs- und Wirtschaftsdelikte

Das gegenüber der Normbevölkerung nachgewiesene erhöhte Risiko insbesondere für sexuelle Grenzverletzungen kann einerseits durch die hohe Bedürfnisspannung⁴ im Zusammenhang mit den realen Erlebnismöglichkeiten und den individuellen Beeinträchtigungen (kognitiv, moralisch) erklärt werden. Andererseits hängt es ebenfalls mit den eingeschränkten Möglichkeiten, Bedürfnisse auf sozial zulässige Art zu befriedigen und den strukturellen Einschränkungen (Wohn- und Lebenssituationen) zusammen (Farrington, 1993).

Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung sind in ihrer Abhängigkeit von anderen Personen oft schutzlos. Zudem haben sie Kommunikationsprobleme, ein mangelndes Selbstbewusstsein und Sehnsüchte nach einer Normalität, die sie nur eingeschränkt leben können. Das bedeutet, dass sie in diesen Bereichen auf Unterstützung angewiesen sind (z. B. Fachberatung der Institution, um den individuellen Unterstützungsbedarf festzustellen, 1:1-Begleitung, Sexualpädagogik, Kontrollplan).

Fazit

Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung – Jugendliche wie Erwachsene – begehen alle Arten von Delikten. Allerdings sind sexuelle Grenzverletzungen die häufigste Form delinquenten Verhaltens. Leider besteht heute noch in verschiedenen damit zusammenhängenden Bereichen Handlungsbedarf. So fehlen Kompetenzen im Umgang mit Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung, die (sexuelle) Grenzverletzungen begangen haben. Das zeigt sich beispielsweise darin, dass viele Delikte nicht angezeigt werden und die Straf-

⁴ Eine Bedürfnisspannung entsteht, wenn die (unmittelbare) Befriedigung eines Bedürfnisses nicht erfolgen kann oder aufgeschoben werden muss. Dies ist ein Begriff aus der Bedürfnistheorie.

verfolgung in diesen Fällen mangelhaft ist. Es fehlt den Strafverfolgungsbehörden im Umgang mit Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung oft an Wissen, Erfahrung und spezifischen Kompetenzen. So ist von zentraler Bedeutung, dass man mit Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen in einfacher Sprache kommuniziert. Zudem muss gewährleistet werden, dass gegenseitig das Gesagte verstanden wird.

Das Institut *forio*

Wirksame Konzepte zur Senkung des Rückfallrisikos bei (Sexual-)Straftaten basieren auf deliktorientierten, kognitiv-verhaltenstherapeutischen, gruppenpsychotherapeutischen und stärkenbasierten Interventionen (Hanson & Bussière, 1998; Lipsey, 2007).

Diese Erkenntnisse können auch auf die Bedürfnisse von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung übertragen werden. Allerdings müssen die Konzepte auf die spezifischen Bedürfnisse angepasst und heilpädagogisch erweitert werden. Darin leistet das *Forensische Institut Ostschweiz (forio)* seit 2004 eine bedeutende Arbeit. *forio* ist ein unabhängiges Institut mit Hauptsitz in Frauenfeld und erstellt fachpsychologische Begutachtungen in den Kategorien Strafrecht, Jugendstrafrecht, Zivilrecht, Familienrecht, Aussagepsychologie (Glaubhaftigkeitsgutachten), Risikobeurteilungen und Überprüfungen von fürsorglichen Unterbringungen. Sind (noch) keine Straftaten verübt, erstellt *forio* fachpsychologische Abklärungen beispielsweise im Auftrag von Schulen, Institutionen und Privatpersonen. Bei Verdacht auf sexuelle oder gewalttätige Grenzverletzungen können bei *forio* standardisierte Erstbefragungen in Auftrag gegeben werden, die den forensischen Vorgaben von Einvernahmen standhalten. Darüber hinaus berät *forio* beispielsweise Institutionen für Menschen

mit kognitiven Beeinträchtigungen im Umgang mit Grenzen, Grenzverletzungen und Sexualität.

Interventionskonzepte von *forio*

Im Auftrag von Gerichten und im Rahmen des Straf- und Massnahmenvollzugs führt *forio* ambulante Behandlungen von Straftäterinnen und Straftätern durch. Dabei wurden insbesondere für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung spezifische Interventionskonzepte entwickelt, die den besonderen Bedürfnissen dieser Klientel gerecht werden (für eine genauere Beschreibung siehe Briken & Spehr, 2010). Diese Interventionen finden in enger Zusammenarbeit mit den Institutionen statt und werden vor Ort in der Institution durchgeführt.

forio entwickelte insbesondere für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung spezifische Interventionskonzepte.

Die Interventionsangebote – wir nennen sie «Kurs» – sind gruppenpsychotherapeutische Angebote mit Fokus auf das grenzverletzende (oder delinquente) Verhalten. Die Kursteilnehmenden erarbeiten in der Gruppe mit den Therapeutinnen und Therapeuten ihre individuellen Risikosituationen. Daraus wird ein Kontroll- beziehungsweise Schutzplan erstellt mit Möglichkeiten zur Selbstkontrolle (beispielsweise alternative Strategien im Umgang mit Frustrationen, Ablenkung) und zur Fremdkontrolle (beispielsweise Bestimmen von konkreten Bezugspersonen, an die man sich zur Unterstützung wenden kann, Offenlegen von Risikofaktoren und -situationen). Ferner geht es im Kurs um die Reflexions- und Introspektionsfähigkeit sowie um das Erlernen und Einüben von basalen sozialen und kommunikativen Kompetenzen (beispiels-

weise Zuhören, Formulieren von auch kritischen Rückmeldungen, Perspektivenübernahme). Weitere Themenbereiche sind das Sprechen über Sexualität, das differenzierte Benennen von Körperteilen und das Gespräch darüber, was im Bereich der Sexualität strafrechtlich und gemäss den Regeln in der Institution erlaubt ist und was nicht. Zudem behandelt man in den Kursen das Einüben von Verhaltenskontrollstrategien, das Erkennen und Anwenden von Stopp-Signalen.

Die Kurse finden wöchentlich statt mit maximal fünf Teilnehmenden. Sie werden von Fachpersonen, jeweils einem Mann und einer Frau, geleitet. Die Teilnehmenden werden sorgfältig und zueinander passend ausgewählt und in entsprechende Kurse eingeteilt. Mit den Institutionen wird im Rahmen des Kontroll- und Schutzplanes eng zusammengearbeitet, damit der Transfer der Entwicklungsfortschritte in den Alltag lückenlos und nachhaltig gelingt.

Die Ziele der Intervention sind die maximal mögliche Übernahme von Verantwortung für das eigene Handeln, das Erkennen der eigenen Risikofaktoren und das Bewältigen von Risikosituationen. Spezifisch bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung ist auch die sozial anerkannte Bedürfnisbefriedigung zentral, zum Beispiel im Bereich der Sexualität.

Bei der Nachbehandlung steht die Institution im Zentrum und löst die Fachpersonen von forio in ihrer Rolle als Vermittler von Wissen ab.

Für die Arbeit mit dieser Klientel müssen sich die Fachpersonen fundiertes Wissen über die Stärken, Schwächen und Möglichkeiten der Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung erwerben. Das heilpädagogische Fachwis-

sen dient auch dazu, die Lernziele didaktisch und methodisch geschickt und mit allen zur Verfügung stehenden Techniken zu vermitteln. Ein heilpädagogischer Ansatz bedeutet auch, dass oft ein einziger Zugang nicht ausreicht, sondern dass auf mehrere Arten, über unterschiedliche Kanäle und mit hoher Redundanz zielgerichtet gearbeitet wird. So werden auch Erkenntnisse aus verwandten Disziplinen – zum Beispiel aus der Lernpsychologie – zur Verdichtung und Vermittlung der Inhalte herangezogen.

Nachbehandlungskonzepte

Die Intervention von *forio* dauert ein bis einhalb Jahre. Danach ist die Behandlung offiziell abgeschlossen, aber noch nicht vorbei. Denn die weitere sexuelle Entwicklung einerseits und andererseits die Gesamtentwicklung der Kursteilnehmenden müssen mit allen Beteiligten (Institution, Eltern/Beistandschaft, therapeutische Fachpersonen, Betroffene) vor dem Hintergrund der inzwischen weitestgehend bekannten Risiken im Sinne eines Monitorings beobachtet werden. Aus diesem Grund ist ein Nachbehandlungskonzept unerlässlich.

Um Gelerntes *à jour* zu halten, ist es hilfreich, es immer wieder gezielt zu üben und zu praktizieren. Das bedeutet für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung, dass das erwähnte Monitoring in ihrem Alltag implementiert wird: Sie erhalten von Seiten der Institution (Bereiche Wohnen, Leben, Schule und Arbeit), von den therapeutischen Fachpersonen und allenfalls den Eltern Rückmeldungen. Sie werden darüber informiert, was sie gut machen. Aber auch weiteres oder erneutes Problemverhalten kommt zur Sprache. Zudem gilt, dass die Fremdkontrolle niemals endet, wie auch die Selbstkontrolle niemals enden kann. Das Gelernte muss und kann als fester, neuer Bestandteil des Verhal-

tensrepertoires vorausgesetzt werden. Für dessen Automatisierung wiederum bedarf es eines längeren Zeitraums.

Dies wird durch ein Nachbehandlungskonzept erreicht, das genauso wie die Intervention selbst eine hohe Verbindlichkeit sowie eine ausgesprochen wohlwollende Haltung der Therapeutinnen und Therapeuten sowie Bezugspersonen gewährleistet. Darüber hinaus steht bei der Nachbehandlung die Institution im Zentrum und löst die Therapeutinnen und Therapeuten von *forio* in ihrer Rolle als Wissensvermittler ab. Die entsprechenden Vertreterinnen und Vertreter der Institution werden auch im Hinblick auf die Nachsorge von Beginn an in die Behandlung einbezogen. So entsteht eine Behandlungskette, die möglichst wenig Gelegenheiten beziehungsweise Gefahren bietet, dass Spaltungsprozesse entstehen oder wesentliche Dinge untergehen, beispielsweise in Phasen der Übergabe von der Therapeutin an die Institution oder des Behandlungsendes.

Die *risk-circles* als bewährte Methode

Risk-circles sind eine Methode des Risiko-Managements. In Hilfeplan- oder Standort-sitzungen wird im Sinne einer 360°-Beurteilung aus unterschiedlichen Blickwinkeln (therapeutische Fachpersonen, Bezugspersonen aus allen Bereichen der Institution, Eltern/rechtliche Vertretungen, Fachpersonen *forio*) und auf der Basis von verschiedenen Erfahrungen und von Fachwissen eine gemeinsame Beurteilung und Einschätzung der weiteren Entwicklungsmöglichkeiten, des Betreuungsbedarfs und des Rückfallrisikos vorgenommen.

Das Risiko für delinquentes Verhalten muss immer mit Blick auf die Ressourcen und die Resilienz eines Menschen beurteilt werden. Insbesondere Menschen mit kognitiver

Beeinträchtigung sind in hohem Masse darauf angewiesen, dass sie sowohl über ihr individuelles Risiko Bescheid wissen als auch darüber, was sie gut können und wie sie angemessene Anerkennung erhalten können. Eine ritualisierte Risikobeurteilung im Sinne der *risk-circles* ist hilfreich, weil sie in den Alltag integriert ist und alle am Betreuungsprozess Beteiligten daran teilhaben. Auch für die betroffenen Menschen selbst ist die Erfahrung wichtig, dass sich alle regelmässig austauschen. Dies gibt ihnen Halt und Sicherheit, insbesondere in einer Thematik, die überaus schwierig und komplex ist.

Das Risiko für delinquentes Verhalten muss immer mit Blick auf die Ressourcen und die Resilienz eines Menschen beurteilt werden.

Als Grundlage für die *risk-circles* dient der Kontrollplan; ein Tool, welches im Rahmen der Intervention von jeder und jedem Teilnehmenden individuell in der Therapiegruppe erarbeitet wird. Er ist im Grunde eine sorgfältige Analyse der persönlichen Risikofaktoren. Im Kontrollplan wird darauf eingegangen, wie die Person ihr persönliches Risiko (hinsichtlich sexuell grenzverletzenden Verhaltens) selbst managen kann (Selbstkontrolle) und wann und wie externe Hilfe und Kontrolle (Fremdkontrolle) nötig ist. Dadurch wird nicht nur den Teilnehmenden selbst, sondern auch dem Betreuungspersonal ein Instrument zur Verfügung gestellt, das für Transparenz sorgt: Transparenz hinsichtlich des Risikos, aber auch bezüglich Möglichkeiten und Grenzen der Selbstkontrolle. Es liefert aber auch Hinweise darauf, wann und wie die Person auf Hilfe angewiesen ist. Die externe Hilfe dient auch der Kontrolle, denn diese ist zur Sicherung der Entwicklung wichtig. Die Kontrolle wird im Zusammenhang mit

dem Risikomanagement als Hilfestellung ausgegeben, damit sie den unangenehmen *Touch* der reinen Überwachung verliert.

Schlusswort

Eine Reihe von teilweise fatalen Vorurteilen führt dazu, dass Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und grenzverletzendem Verhalten nicht angemessen behandelt werden. Aus diesem Grund werden dysfunktionale Muster zu spät und/oder unsachgemäss durchbrochen. Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung und grenzverletzendem Verhalten verbleiben oft unbehandelt in agogischen Einrichtungen. Wirksam sind Interventionskonzepte, die sowohl auf der individuellen Ebene (Behandlung) als auch auf der systemischen Ebene (Zusammenarbeit aller Beteiligten) ansetzen. So werden Risiken gemeinsam erkannt und es kann ein Umgang damit gefunden werden. Dadurch kann es gelingen, die Lebensqualität von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung gemäss dem Normalisierungsprinzip zu erhöhen.

Literatur

- Briken, P. & Spehr, A. (2010). *Sexuell grenzverletzende Kinder und Jugendliche*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Dosen, A. (2010). *Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung. Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene*. Göttingen: Hogrefe.

- Farrington, D. P. & West, D. J. (1993). Criminal, penal and life histories of chronic offenders: Risk and protective factors and early identification. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 3 (4), 492–523. <https://doi.org/10.1002/cbm.1993.3.4.492>
- Hanson, R. K. & Bussière, M. T. (1998). Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66 (2), 348–362. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.66.2.348>
- Kohlberg, L. (1976). Moral stages and moralization: the cognitive development approach. In T. Lickona (Ed.), *Moral development and behavior* (pp. 31–53). New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Lipsey, M., Landenberger, N. & Wilson, S. (2007). *Effects of Cognitive-Behavioral Programs for Criminal Offenders*. <https://doi.org/10.4073/csr.2007.6>
- Selman, R. L. (1984). *Die Entwicklung des sozialen Verstehens: entwicklungspsychologische und klinische Untersuchungen*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Zemp, A., Pircher, E. & Schoibl, H. (1997). *Sexualisierte Gewalt im behinderten Alltag. Jungen und Männer mit Behinderung als Opfer und Täter*. Projektbericht. Berlin: Bundesministerin für Frauenangelegenheiten und Verbraucherschutz.



Monika Egli-Alge, lic. phil. I
 Fachpsychologin Psychotherapie FSP
 Fachpsychologin Rechtspsychologie FSP
 Zertifizierte Gutachterin SGRP und SGFP
 Gründerin und Geschäftsführerin forio
monika.egli-alge@forio.ch
www.forio.ch