

2.9 Sozialtherapeutische Gruppenarbeit in der Resozialisierung psychisch kranker Straftäter

Einleitung

Gruppenarbeit weist sowohl in der Sozialen Arbeit (Lattke, 1962; Schmidt-Grunert, 2009) als auch der Sozialtherapie (Stein, 1983, 2009) eine lange Tradition auf. Als methodisches Vorgehen unterstützt oder initiiert sie durch die Gestaltung sozialer Prozesse die Entwicklung Einzelner hinsichtlich der Steigerung sozialer Funktionsfähigkeit, Problemlösung und Lebensgestaltung (Ningel, 2011, 265). Als *Arbeitsform der Sozialtherapie* bezieht sie sich neben themenzentrierter Interaktion, Rollenspiel, Psychodrama, Aufstellungsarbeit und erlebnispädagogischen Ansätzen auf psychotherapeutisch verankerte Verfahren aus der systemischen, verhaltensorientierten, tiefenpsychologischen, humanistischen und integrativen Gruppentherapie (Deloie, 2017). Explizit gruppenpsychotherapeutische Ansätze wurden seit den 1940er Jahren von Moreno (1973) entwickelt und bspw. durch Battegay (1963), Richter (1972), Rogers (1974), Heigl-Evers (1978) und Yalom (1983/2005) weiterentwickelt. Für die Ausbildung stehen neben den Fachgesellschaften aktuelle Lehrbücher (z. B. Strauß & Mattke, 2012) in breiter Auswahl zur Verfügung. Sozialtherapeutische Gruppen sind traditionell in den Arbeitsfeldern der Suchtkrankenhilfe, Straffälligenhilfe, in vielen Feldern der psychosozialen Beratung und Behandlung, sowie als Selbsterfahrungsgruppen in der Arbeit mit Klienten oder in Ausbildungskontexten vertreten. In der stationären und ambulanten Behandlung von Straftätern kommen sozialtherapeutische Gruppenangebote seit den 1970er Jahren zur Anwendung, zunächst als Behandlungsform in den sozialtherapeutischen Anstalten des Strafvollzugs (als soziales Therapeutikum zur Behandlung sozialer Probleme), später auch in den Einrichtungen des Maßregelvollzugs zur Behandlung psychisch kranker, rückfallgefährdeter Straftäter.

Der Maßregelvollzug

Das deutsche Strafrecht differenziert zwischen schuld- und schuldunfähigen, bzw. vermindert schuldfähigen Tätern, wobei Schuldfähigkeit als die Fähigkeit definiert ist, das Unrecht einer Handlung einzusehen (Einsichtsfähigkeit) und nach dieser Einsicht zu handeln (Steuerungsfähigkeit). Für diese Täter kann § 63 StGB (Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus), bzw. § 64 StGB (Unterbringung in einer Entziehungsanstalt) angeordnet werden, wenn zum Tatzeitpunkt eine schwere psychiatrische Erkrankung oder Störung (§ 20 StGB) bestand und die in der Tat zu Tage getretene Gefährlichkeit fortbesteht. Maßregelvollzug gem. § 64 StGB ist auf eine Dauer von zwei Jahren begrenzt; gem. § 63 StGB besteht zunächst keine zeitliche Begrenzung. Die Entlassung

erfolgt zur Bewährung, wenn zu erwarten ist, dass der Untergebrachte außerhalb des Maßregelvollzuges keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird. Gleichzeitig tritt Führungsaufsicht ein. Im Maßregelvollzug gilt der gesetzliche Auftrag der „Besserung und Sicherung“. Die Untergebrachten werden als Patienten betrachtet, deren Behandlung unter dem Gesichtspunkt der Sicherheit der Bevölkerung durchgeführt wird.

Problematisch sind neben den schwierigen Rahmenbedingungen im Spannungsfeld von Hilfe und Kontrolle (Besserung und Sicherung) die Verdoppelung der Unterbringungszahlen in den letzten 15 Jahren mit gegenwärtig knapp 11.000 Untergebrachten (Statistisches Bundesamt, 2015), sowie die im Zuge der Strafrechtsreformen ab 1998 erschwerten Entlassmöglichkeiten. Die Nachsorge entlassener Patienten ist eng an forensische Ambulanzen geknüpft, wodurch sich Effekte hinsichtlich Senkung der Rückfallhäufigkeit und bessere Eingliederungsmöglichkeiten ergeben. Durch die Reform des Maßregelrechts im Jahr 2016 wurden die Einweisungsbedingungen verschärft und die Verknüpfung der Unterbringungsdauer, welche zuletzt durchschnittlich bei über sechs Jahren lag, an die Verhältnismäßigkeit in Bezug auf die Schwere des Anlassdelikts betont. Ein Rückgang der Unterbringungszahlen bleibt derzeit noch abzuwarten.

Maßregelvollzug – Behandlung zwischen Sicherung und Besserung

Die Unterbringung und Behandlung psychisch kranker und suchtkranker Straftäter in psychiatrischen Kliniken ist stark vom Sicherheitsparadigma (Sicherung), d.h. dem Schutz der Gesellschaft vor dieser Personengruppe gekennzeichnet. Die Einweisung erfolgt durch richterlichen Beschluss, oft gegen den Willen der Betroffenen, welche selbst kaum Behandlungsbedarf formulieren und ein eher niedriges Motivationsniveau (Klug & Zobrist, 2013) aufweisen. Die Behandlung erfolgt unter Entzug der Freiheit, Lockerungen werden in Abhängigkeit von feststellbaren Therapiefortschritten gewährt, bzw. bei Ausbleiben nicht gewährt. Diese Unterbringungsform erfüllt alle Kriterien einer sog. Zwangsbehandlung (Kähler & Zobrist, 2013), was weitreichende Konsequenzen für die Konzeption von Behandlungsangeboten nach sich zieht: Gleichzeitige Berücksichtigung der Sicherheits- und Patientenbedürfnisse, Kontaktgestaltung, Berücksichtigung des Machtgefälles, Definition mess- und überprüfbarer Behandlungsfortschritte, Schaffung von Erfahrungsräumen im geschlossenen Kontext der Klinik, welche Selbstwirksamkeit und Autonomie erfahrbar machen, zügige Gewährung vertretbarer Lockerungsmaßnahmen. Die Einrichtungen des Straf- und Maßregelvollzugs haben in den letzten 20 Jahren differenzierte Programme und Verfahren entwickelt, um auf diese besonderen Rahmenbedingungen einzugehen, z. B. Programme zur Steigerung der Behandlungsmotivation (Döhla & Feulner, 2012), Gruppenprogramme für besondere Tätergruppen (Rehder, Wischka & Foppe, 2012), Lockerungskonzepte (Wischka, 2012), die Integration von Angehörigen (Hahn, 2014) und die Integration Ressourcen orientierter Ansätze in die Therapie (Hahn, 2010/2017a).

Grundlagen sozialtherapeutischer Gruppenarbeit mit psychisch kranken Straftätern

Die Behandlung von Straftätern in und durch Gruppen setzt ein spezifisches Störungsverständnis voraus. Es setzt am Symptomverständnis an, das die aufgetretene Delinquenz (Anlasstraftat) als Ausdruck einer Erkrankung versteht (Hahn & Wenske, 2003). Das Symptom Delinquenz steht für innere Belastungen und Konflikte des Straftäters (z. B. Schwächung der Selbststeuerung durch Zunahme abweichender Fantasien, Selbstwertverlust, Machtbedürfnis, Belastungserleben), tatfördernde Faktoren (z. B. Probleme in der Beziehungsgestaltung, soziale Rollenprobleme, unbefriedigende Beziehungen, Drogenkonsum) und die Entwicklung der Tatmotivation (als Auftreten devianter und/oder aggressiver Fantasien oder Präferenzen). Durch diese Konstellation kann es zur Beeinträchtigung in der Verhaltensregulation kommen, aus der schließlich das Tatgeschehen resultiert. Dieses Deliktverständnis setzt an den biopsychosozialen Aspekten des Verhaltens an und ist Grundlage für die Behandlungsplanung. Neben der hier skizzierten Mehrebenenperspektive spielen biografische Erfahrungs- und Lernmuster eine zentrale Rolle. Verhalten, auch Deliktverhalten wird als Lernergebnis aufgefasst. Spezifische Lernprozesse, die biografisch aufeinander aufbauend und dynamisiert durchlaufen wurden, prägen Verhaltensorptionen, geben Orientierungen und Handlungsbereitschaften, auch längerfristige Handlungssicherheit. Derartige biografische Muster haben im Zusammenhang mit der Rückfallvermeidung Bedeutung, wenn sie nicht erkannt und im Sinn einer Kontrolle beeinflusst werden können. Schließlich rücken spezifische soziale Faktoren (Tatkonstellation, Opferauswahl, soziales Bedingungsgefüge) in den Fokus, welche als deliktfördernde Umgebungsfaktoren (Peers, Opfernähe, Tatorte) eines Täters Gegenstand der Behandlung werden.

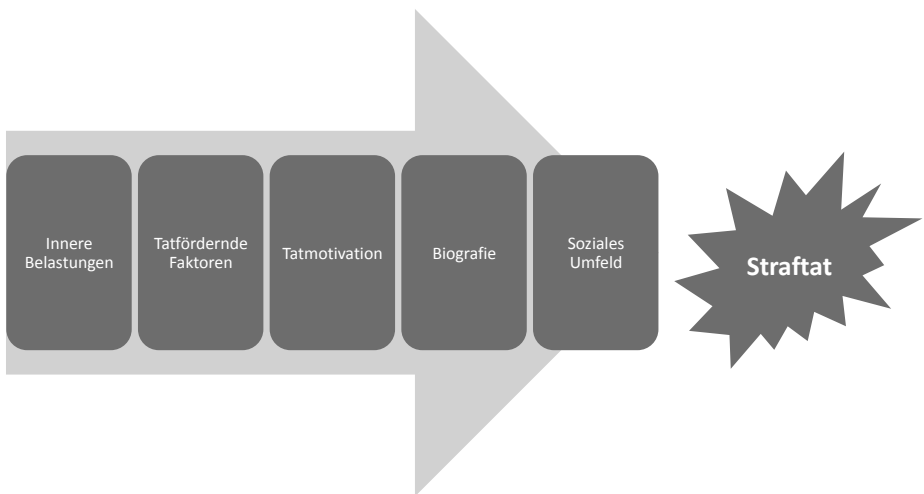


Abb. 9: Bedingungsgefüge für Deliktverhalten

Die Identifikation der im Einzelfall typischen Deliktmuster steht im Mittelpunkt der Gruppenarbeit. In der Deliktrekonstruktion (Hahn, 2008) werden die in der Anlasstraftat erkennbaren kognitiven, emotionalen und Verhaltensmuster offen gelegt, in ihrem Deliktbezug analysiert und durch Verhaltensalternativen i. S. der Rückfallprävention bearbeitet (Hahn, 2017c). Die Gruppe übernimmt in diesem Prozess wichtige Aufgaben: alle Teilnehmer nehmen an dieser Form der Tatbearbeitung teil, speisen eigene Beobachtungen und Hypothesen ein, unterstützen bei der Identifikation dysfunktionaler Verhaltensketten oder kognitiver Verzerrungen und Abwehrmechanismen in der Gruppenarbeit und beteiligen sich an der Erarbeitung deliktalternativer Verhaltensstrategien, auch vor dem Hintergrund eigener Erfahrungen und Lernschritte. Die Gruppe bietet damit die Möglichkeit direkter Beteiligung am Therapiegeschehen, erlaubt den Wechsel zwischen eigener Deliktarbeit und Fokussierung anderer Teilnehmer (Anspannung – Entspannung), ist als sozialer Raum Experimentierfeld für neue Verhaltensweisen und bietet vor dem Hintergrund der in Gruppen unübersichtlicheren Struktur und Dynamik Gelegenheit für Rückzug und Exposition (Hahn & Wenske, 2003). Hinsichtlich des Zwangskontextes in der Forensischen Psychiatrie ergeben sich zudem wertvolle Ansätze bzgl. Demokratisierung der Behandlungsrealität Maßregelvollzug (Partizipation, Verlassen der Patientenrolle, Übernahme von Verantwortung) und Motivationsentwicklung.

Die Integration von Gruppentherapien in das Gesamtkonzept sozialtherapeutischer Behandlung konfrontiert die Teilnehmer häufig mit Angst und Scham (vgl. Deloie, 2017). Das Reden über die eigene Deliktgeschichte, die biografischen Zusammenhänge, das Täterverhalten aber auch eigene Opfererfahrungen werden als Bedrohung erlebt. Oft bestehen Ängste, dass besprochene Inhalte „die Runde“ machen könnten. Derartige Phänomene müssen im deliktunspezifischen Teil von Gruppenprogrammen aufgegriffen werden, wo neben diesem Zusammenhang auch auf übergeordnete Phänomene (Kommunikationstraining, Selbstwahrnehmung, Psychoedukation, Stressmanagement, Gruppenregeln etc.) eingegangen werden sollte und ein niedrigschwelliger Einstieg ermöglicht wird.

Behandlungsgruppe – Nachsorgegruppe

Das 2003 publizierte Erlanger Behandlungsprogramm „Erlanger Gruppentherapie für Sexualstraftäter im Maßregelvollzug: Handbuch für die sozialtherapeutische Gruppenarbeit“ (Hahn & Wenske, 2003) wurde in den vergangenen fünfzehn Jahren weiterentwickelt. Die Gruppe wird weiterhin für maximal acht Teilnehmer bei wöchentlicher Sitzung mit einer Dauer von 90 Minuten als geschlossene Gruppe angeboten. Der modularisierte Aufbau des Gruppenprogramms blieb in seinen Grundzügen erhalten. Es umfasst neben einer Grundlagenphase, themenzentrierten Abschnitten und der Abschlussphase weiterhin die Module zur einzelfallorientierten Deliktarbeit und zur Evaluation (Überprüfung des Therapieerfolgs). Ergänzt wurde ein Modul Krisenintervention, das nach Bedarf in das Gruppengeschehen integriert werden kann.

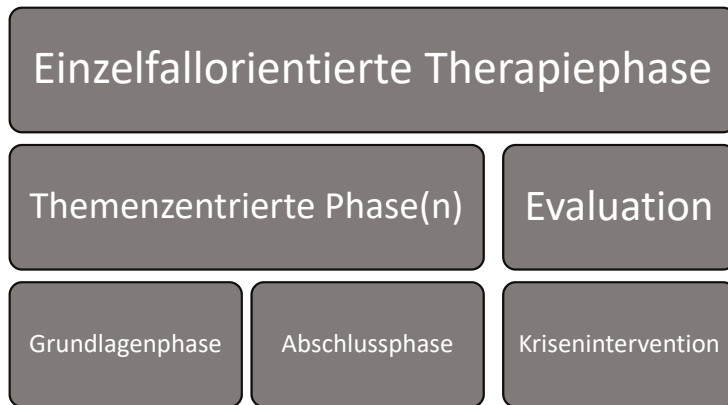


Abb. 10: Gruppentherapie – Behandlungsmodule

Die Inhalte sollen hier kurz vorgestellt werden:

Modul I – Grundlagenphase

In der Grundlagenphase erfolgt die Vermittlung der Gruppenregeln, die Darstellung deren Verbindlichkeit (v. a. in Bezug auf die Verschwiegenheitspflicht der Teilnehmer), Hinweise zum Gruppenaufbau und den einzelnen Modulen und Inhalten, Psychoedukation (bzgl. Sexualität, psychiatrische Krankheitsbilder), Bedeutung des Gruppentherapieangebots im Kontext anderer Therapieformen und der Lockerungs-/bzw. Entlassperspektiven, Zielsetzung des Gruppenprogramms, Darstellung der wichtigsten Arbeitsformen (z. B. strukturiertes Sitzungsprotokoll/Rückmeldebogen), Klärung offener Fragen. Sammlung relevanter Themenbereiche im Open-Space-Verfahren. Arbeitsformen: Psychoedukation, Paar- und Gruppenübungen, Diskussion.

Modul II – Einzelfallorientierte Therapiephase

Biografiearbeit (Delikt und sein Bezug zum soziobiografischen Rahmen, Strukturen und Lernprozesse), Deliktbenennung und -rekonstruktion, Analyse der delikttypischen Muster, kognitive Umstrukturierung/Differenzierung, Arbeit an Leugnungs- und Abwehrmustern, Rückfallprävention, individueller Rückfallprophylaxeplan. Arbeitsformen: strukturierte Kriminaltherapie. Die Gruppe wird in Form von Gruppendiskussionen, gemeinsamer Exploration und Bearbeitung von Fallfragen in die Fallarbeit einbezogen

Modul III – Themenzentrierte Therapiephase

Bearbeitung der in Modul I erarbeiteten Themenbereiche. Psychoedukation und Kleingruppenarbeit zu relevanten Themenbereichen: medikamentöse Behandlung, die Rolle der Angehörigen, soziale Beziehungen, Suchtinfo, Empathietraining, Kommunikationstraining, Problemlöseverhalten. Arbeitsformen: Psychoedukation, Kleingruppen- und Einzelarbeit, Gruppendiskussion, Medienanalyse.

Modul IV – Überprüfung des Therapieerfolgs/Evaluation

Individuelle Auswertung des Therapieverlaufs anhand der Gruppenprotokolle, Vorstellung der abschließenden Delikthypothese, Benennung der Risiko- und Schutzfaktoren. Vorstellung der einzelnen Teilnehmer anhand strukturierter Fallfragen („Was habe ich über mich gelernt?“; „Was waren die Auslöser für mein Delikt?“; „Wie kann ich in Zukunft neue Straftaten verhindern?“). Abschließende fallbezogene Gruppendiskussion.

Modul V – Krisenintervention

Arbeit an im Gruppenverlauf auftretenden Krisen der einzelnen Teilnehmer (womit bei einem Gesamtverlauf von zwei Jahren mit insgesamt 100 Gruppensitzungen zu rechnen ist). Analyse der Krisenstruktur, der Bewältigungsversuche und alternativer Strategien. Benennung möglicher Bezugspunkte zum Therapieverlauf (Entwicklungskrise) und zur Deliktarbeit (Risikokonstellationen, Regenerierung dysfunktionaler Muster bei krisenhaftem Verlauf).

Modul VI – Abschlussphase

Bearbeitung der Gruppenbindung und -dynamik, gezielte Vorbereitung des Abschlusses, Überleitung in nachfolgendes, ambulantest Gruppenangebot. Arbeitsformen: Gruppenübung, Gestaltung des Abschieds (Brief an die Gruppe, Abschiedsstuhl, Rückmeldung und Auswertung).

Das skizzierte Gruppenprogramm ist für den Einsatz im stationären Rahmen als initiale Behandlungsmaßnahme gedacht. Die Bearbeitung grundlegender Elemente forensischer Kriminaltherapie (Wischka, Pecher & van den Boogart, 2012) wie Biografiearbeit, Delikt-rekonstruktion und Rückfallprophylaxe werden in diesem Rahmen erarbeitet. Im Rahmen von Lockerungsmaßnahmen erfolgt die Überprüfung der Tragfähigkeit der erarbeiteten Skills und Rückfallvermeidungsstrategien. Die Behandlungsbemühungen zielen auf die Entlassung der Patienten entsprechend der Vorgaben zur Dauer der Unterbringung im Strafgesetzbuch. Seit der Reform der Führungsaufsicht im Jahr 2007 wird in nahezu allen Fällen eine richterliche Weisung zur ambulanten forensischen Nachsorge (Hahn, 2007, 2015) ausgesprochen, in deren Rahmen eine ambulante Weiterbetreuung der zuvor stationär untergebrachten Patienten erfolgt. Inhalte dieser nachsorgenden Behandlung sind der Erhalt und Ausbau der stationären Behandlungsergebnisse, Krisenintervention und Vermittlung/Koordination an weitere Akteure im psychosozialen Feld (Beratungsstellen, Wohnheime, Bewährungshilfe).

Im Rahmen dieser ambulanten Weiterbetreuung erfolgt im Erlanger Behandlungsansatz die Integration der Patienten in ein ambulantest Gruppenangebot für Sexualstraftäter. Die 14-tägig stattfindende, halboffene Gruppe begleitet ihre Teilnehmer während der gesamten Dauer der Führungsaufsicht von fünf Jahren, analysiert den weiteren Verlauf nach Entlassung hinsichtlich (erfolgreicher) Anwendung der Rückfallvermeidungsstrategien, Umgang mit Belastungen und Anforderungen, Krisenbewältigung und Umgang mit Risikoaspekten, sowie Erschließung und Nutzung von Ressourcen. Die nachsorgende begleitende Therapie zielt neben diesen Inhalten auf die Identifikation von Risikokonstellationen und letztlich auf die Rückfallvermeidung. Die ambulante sozialtherapeutische Gruppenarbeit dient dabei als diagnostisches Kriterium (neben anderen Ebenen

wie Einzelgespräch, Hausbesuch, Fallkonferenz mit anderen Akteuren, Angehörigenarbeit), in deren Rahmen die Rückführung der bekannten fallkonstellativen Deliktmuster zur aktuellen Lebenssituation erfolgt. Die Inhalte stellen eine Fortschreibung der oben genannten stationären Gruppenarbeit dar, wobei besondere Schwerpunkte auf aktuelle Lebensereignisse, die soziale Situation, Beziehungen und Beziehungsqualität, Konflikte (Diskrepanzkonflikte, soziale Konflikte, Leistungsprobleme), deliktrelevante Verhaltensweisen (deliktnahes Verhalten), Gedanken und Fantasien gelegt wird und deren Überprüfung und ggf. Bearbeitung im Rahmen eines fortlaufenden Monitorings durch die Gruppe erfolgt.

Ausblick

Die Wirkeffekte dieses Therapieangebots wurden bei Entwicklung des Programms überprüft. Grundsätzlich orientierten sich die Autoren an Wirksamkeitsnachweisen, wie sie in Bezug auf kognitiv-behaviorale, modularisierte und strukturierte Mehrebenenprogramme festgestellt wurden (Schmucker, 2004). Die engere Überprüfung des Therapieprogramms erfolgte im Rahmen dreier Evaluationsstudien. Dabei erfolgte zum Einen die Analyse von Videomitschnitten aus der Anfangs-, Mittel- und Abschlussphase (Hahn & Wenske, 2003, 75 f.), zum anderen die Untersuchung der Rückmeldebögen/Therapieprotokolle der Teilnehmer nach unterschiedlichen Kriterien (Compliance, kognitive Verzerrung und Verantwortungsübernahme, Realitätswahrnehmung, Umgang mit Gefühlen, Selbstbild/Introspektionsvermögen, Opferempathie, Copingmechanismen, interpersonelle Beziehungen, Frustrationstoleranz/Kritikfähigkeit) (Hahn & Wenske, 2003, 76 f.). In einer weiteren Studie erfolgte die Messung von Veränderung durch testpsychologische Verfahren (Freiburger Persönlichkeitsinventar – FPI, Minnesota Multiphasic Personality Inventory – MMPI, Multiphasic Sex Inventory – MSI und Narzissmusinventar – NI). Insgesamt ergaben sich u. a. Hinweise auf eine Normalisierung sexueller Interessen und Antriebe, Abnahme kognitiver Verzerrungen, Verbesserung des Wissens und der Überzeugungen über Sexualität, Abnahme narzisstischer Mechanismen, Verbesserung der Kritikfähigkeit, der Introspektions- und Verbalisationsfähigkeit, eine geringere Negation von Fehlern und Schwächen (Integration von Täteranteilen in die Persönlichkeit), sowie eine positive Entwicklung sozialer Fähigkeiten in Bezug auf die Durchsetzung eigener Bedürfnisse.

Der Nachweis von Wirkeffekten in Bezug auf das *ambulante* Gruppenangebot steht derzeit noch aus. Derzeit erfolgen die Konzeption geeigneter Forschungsmaßnahmen und die Kontaktaufnahme zu geeigneten Forschungsinstitutionen. Die Ergebnisse der Evaluation der forensisch-ambulanten Nachsorge weisen jedoch darauf hin, dass eine erfolgreiche (und das heißt auch rückfallfreie) Integration ehemals im Maßregelvollzug untergebrachter Patienten möglich ist. Die Rückfallquote bzgl. erneuter Delinquenz liegt bei einer durchschnittlichen Katamnesedauer von 32 Monaten bei ca. 5% (Hahn, 2017b).

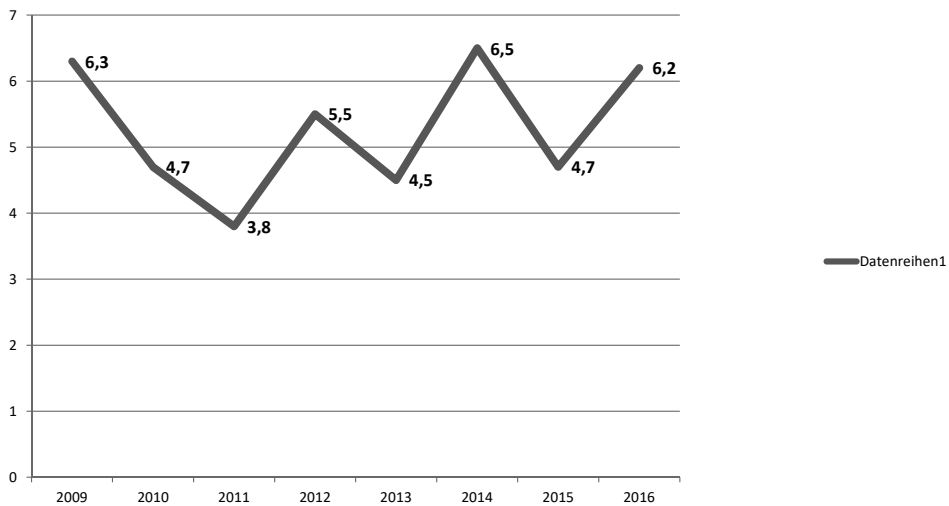


Abb. 11: Rückfallraten ambulant betreuter psychisch kranker Straftäter

Evaluationsstudien im Maßregelvollzug beziehen sich bislang auf die Auswertung von einzelnen Therapiemaßnahmen oder mit den statistischen Analysen zum gesamten Versorgungsbereich der stationären und ambulanten forensischen Gruppentherapie. Hahn & Pauls (2015) haben auf die Chancen der Einzelfallanalyse in der psychosozialen forensischen Fallarbeit hingewiesen. Die Darstellung von Wirkeffekten erfolgt hier in der Messung von Zielerreichungsmerkmalen, deren Ausprägungsgrad und -verlauf über längere Zeitreihen hinweg gemessen wird. Eine derartige Herangehensweise erlaubt die Benennung einer ganzen Reihe von Effektebenen neben dem der Deliktfreiheit, z. B. Beziehungsqualität, sozioökonomischer Status, Selbstwirksamkeitserleben, Suchtmittelabstinenz, wodurch ein differenzierter Einblick in Langzeitverläufe ermöglicht wird.

Einen ganz anderen Weg geht Stiels-Glenn (2016). Die Suche nach Wirkeffekten bezieht hier die Betroffenen selbst in die Frage nach wirksamen Therapieangeboten ein. Stiels-Glenn befragte in einer aktuellen Studie pädophile Patienten im Maßregelvollzug nach ihren konkreten Therapieerfahrungen im Zwangskontext des Maßregelvollzugs, nach günstigen und behindernden Merkmalen solcher Therapien. Für den Bereich der Gruppentherapien erfolgte eine positive Rückmeldung: der modulhafte Aufbau der Gruppenprogramme schafft Transparenz und Sicherheit, Gruppen wurde als „Lernorte z. B. für deliktrelevantes Wissen oder den Umgang mit abweichenden Sexualphantasien“ beschrieben (Stiels-Glenn, 2016, 119), die Patienten erfahren in solchen Gruppen, dass sie mit ihrem Problemhintergrund nicht alleine sind und ein Vergleich individueller Problemlagen mit anderen Patienten möglich wird, zudem dass das „Feedback von Mitpatienten aus einer Deliktexpertise erfolgt“ (ebd.), die Patienten also als Experten in das Therapiegeschehen integriert werden.

Sozialtherapeutische Gruppenangebote sind, aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet, ein sinnvolles Instrument in der stationären und ambulanten Behandlung psychisch kranker Straftäter. Um das geforderte Maß an Sicherheit zu gewähren und den

betroffenen Patienten das optimale Behandlungsangebot vorhalten zu können, sind die Überprüfung der Behandlungsmaßnahmen und die Anpassung der Therapiekonzepte eine dauerhafte Herausforderung.

Literatur

- Battegay, R. (1963): Gruppenpsychotherapie und klinische Psychiatrie. Basel: Karger.
- Deloie, D. (2017): Herausforderung Sozialtherapeutische Gruppenarbeit. In: Klinische Sozialarbeit (13) 1, 9–11.
- Döhla, Ch. & Feulner, F. (2012): Vorstellung eines Gruppenmoduls in der Sozialtherapeutischen Abteilung der JVA St. Georgen-Bayreuth zur Steigerung der Behandlungsmotivation. In: B. Wischka, W. Pecher & van den Boogaart (Hrsg.), Behandlung von Straftätern. Sozialtherapie, Maßregelvollzug, Sicherungsverwahrung. S. 294–311. Freiburg: Centaurus.
- Hahn, G. (2007): Anmerkungen zur Reform der Führungsaufsicht aus Sicht des Maßregelvollzugs. Neue Kriminalpolitik, 19 (1), S. 7–10.
- Hahn, G. (2008): Behandlung der Sexualdelinquenz. In: DBH-Fachverband für Soziale Arbeit, Strafrecht und Kriminalpolitik e.V. (Hrsg.), Betreuung und Kontrolle von gefährlichen Straftätern. Prävention von Rückfällen (Reihe: DBH-Materialien, Bd. 61; S. 95–110). Köln: DBH.
- Hahn, G. (2014): Zwischen Belastung, Hilfen und Resozialisierung. Angehörige von Straffälligen. In: S. B. Gahleitner, G. Hahn & R. Glemser (Hrsg.), Psychosoziale Interventionen (Reihe: Klinische Sozialarbeit. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Bd. 6). S. 158–169. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Hahn, G. (2015): Forensisch-Psychiatrische Ambulanzen als Alternative? Bestandsaufnahme und kritische Anmerkungen. In: H. Pollähne & C. Lange-Jost (Hrsg.), Forensische Psychiatrie – selbst ein Behandlungsfall? Maßregelvollzug (§ 63 StGB) zwischen Reform und Abschaffung. S. 125–150. Schriftenreihe des Instituts für Konfliktforschung, Bd. 37. Berlin: LIT-Verlag.
- Hahn, G. (2010/2017a): Rückfallfreie Sexualstraftäter – Bedeutung und Gewicht protektiver Faktoren in Diagnostik und Behandlung in Tätertherapien. In: R. Steffesenn (Hrsg.), Täter und Taten als Informationsquellen. Anamnese und Fallarbeit. S. 343–358. Frankfurt: Verlag für Polizeiwissenschaft.
- Hahn, G. (2017b): Aufbruch im Maßregelvollzug. Zur ambulanten forensischen Nachsorge. Vortrag, Gesundheitspolitischer Kongress der bayerischen Bezirke 2017. 26.01.2017. Irsee.
- Hahn, G. (2017c): Behandlung straffällig gewordener Menschen. Therapie zwischen Entwicklung, Kontrolle, Risikoeinschätzung und Ressourcenorientierung. In: W. Ortiz-Müller (Hrsg.), Stalking – Das Praxishandbuch. S. 265–275. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hahn, G. & Pauls, H. (2015): Fall- und Qualitätskontrolle psycho-sozialer Fallarbeit im Zwangskontext Forensischer Fachambulanzen. In: M. Reicherts & P.A. Genoud (Hrsg.), Einzelfallanalyse(n) in der psycho-sozialen Praxis. Grundlagen – Methoden – Anwendungsbeispiele. Schriften zur psycho-sozialen Gesundheit. S. 287–314. Weitraamsdorf: ZKS-Verlag. Online verfügbar unter: http://www.zks-verlag.de/files/s620_e2325_024540/o?size=0 [Zugriff am 13.03.2017].

- Hahn, G. & Wenske, Th. (2003): Erlanger Gruppentherapie für Sexualstraftäter im Maßregelvollzug: Handbuch für die sozialtherapeutische Gruppenarbeit. Schriftenreihe zur psychosozialen Gesundheit. Coburg: IPSG.
- Heigl-Evers, A. (1978): Konzepte der analytischen Gruppenpsychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Kähler, H. D. & Zobrist, P. (2013): Soziale Arbeit in Zwangskontexten. Wie unerwünschte Hilfe erfolgreich sein kann. München: Reinhardt.
- Klug, W. & Zobrist, P. (2013): Motivierte Klienten trotz Zwangskontext. Tools für die Soziale Arbeit. München: Reinhardt.
- Lattke, H. (1962): Sozialpädagogische Gruppenarbeit. Freiburg: Lambertus.
- Moreno, J. L. (1973): Gruppenpsychotherapie und Psychodrama. Stuttgart: Thieme.
- Ningel, R. (2011): Methoden der Klinischen Sozialarbeit. Bern: Haupt Verlag (UTB).
- Rehder, U., Wischka, B. & Foppe, E. (2012): Das Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS). Entwicklung, Aufbau, Praxis. In: B. Wischka, W. Pecher & van den Boogaart (Hrsg.), Behandlung von Straftätern. Sozialtherapie, Maßregelvollzug, Sicherungsverwahrung. S. 418–453. Freiburg: Centaurus.
- Richter, H. E. (1972): Die Gruppe. Reinbeck: Rowohlt.
- Rogers, C. (1974): Encounter Gruppen. München: Kindler.
- Schmidt-Grunert, M. (2009): Soziale Arbeit mit Gruppen. Eine Einführung. Freiburg: Lambertus.
- Schmucker, M. (2004): Kann Therapie Rückfälle verhindern – Metaanalytische Befunde zur Wirksamkeit der Sexualstraftäterbehandlung. Herbolzheim: Centaurus.
- Statistisches Bundesamt (2015): Strafvollzugsstatistik im psychiatrischen Krankenhaus und in der Entziehungsanstalt aufgrund strafrechtlicher Anordnung Untergebrachte (Maßregelvollzug). Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Stein, A. (1983, 2009): Sozialtherapeutisches Gruppenspiel. Eine Methode in der psychosozialen Arbeit. München: Reinhardt.
- Strauß, B. & Mattke, D. (2012) (Hrsg.): Gruppenpsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis. Berlin: Springer.
- Stiels-Glenn, M. (2016): Therapie mit Pädophilen? Pädophile beurteilen ihre Therapie. Lengerich: Pabst.
- Wischka, B. (2012): Zur Notwendigkeit von Erprobungsräumen bei der Behandlung von Straftätern innerhalb und außerhalb der Mauern. In: B. Wischka, W. Pecher & van den Boogaart (Hrsg.), Behandlung von Straftätern. Sozialtherapie, Maßregelvollzug, Sicherungsverwahrung. S. 487–509. Freiburg: Centaurus.
- Wischka, B., Pecher, W. & van den Boogaart, H. (Hrsg.) (2012): Behandlung von Straftätern. Sozialtherapie, Maßregelvollzug, Sicherungsverwahrung. Freiburg: Centaurus.
- Yalom, I. D. (1983/2005): Im Hier und Jetzt – Richtlinien der Gruppenpsychotherapie. München: btb.