



JVA München	Sozial- therapie
Gewalt- delikte	Station N3a

Dr. Willi Pecher

Behandlung von Gewaltstraftätern

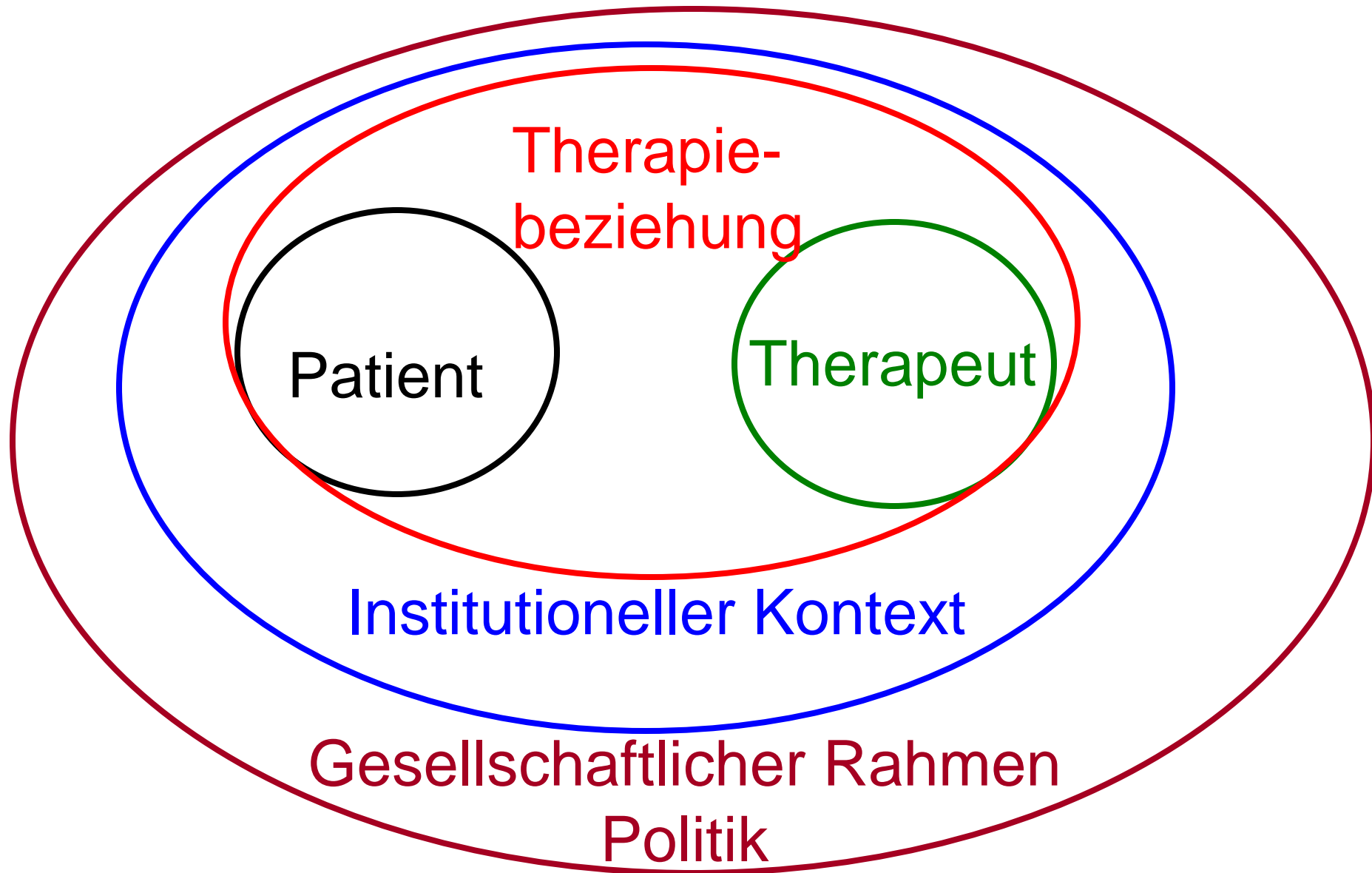
Tagung der BAGÄP / 7.- 9. Mai 2014
In Stuttgart-Hohenheim

Eckdaten und Rahmenbedingungen der SothA-G München

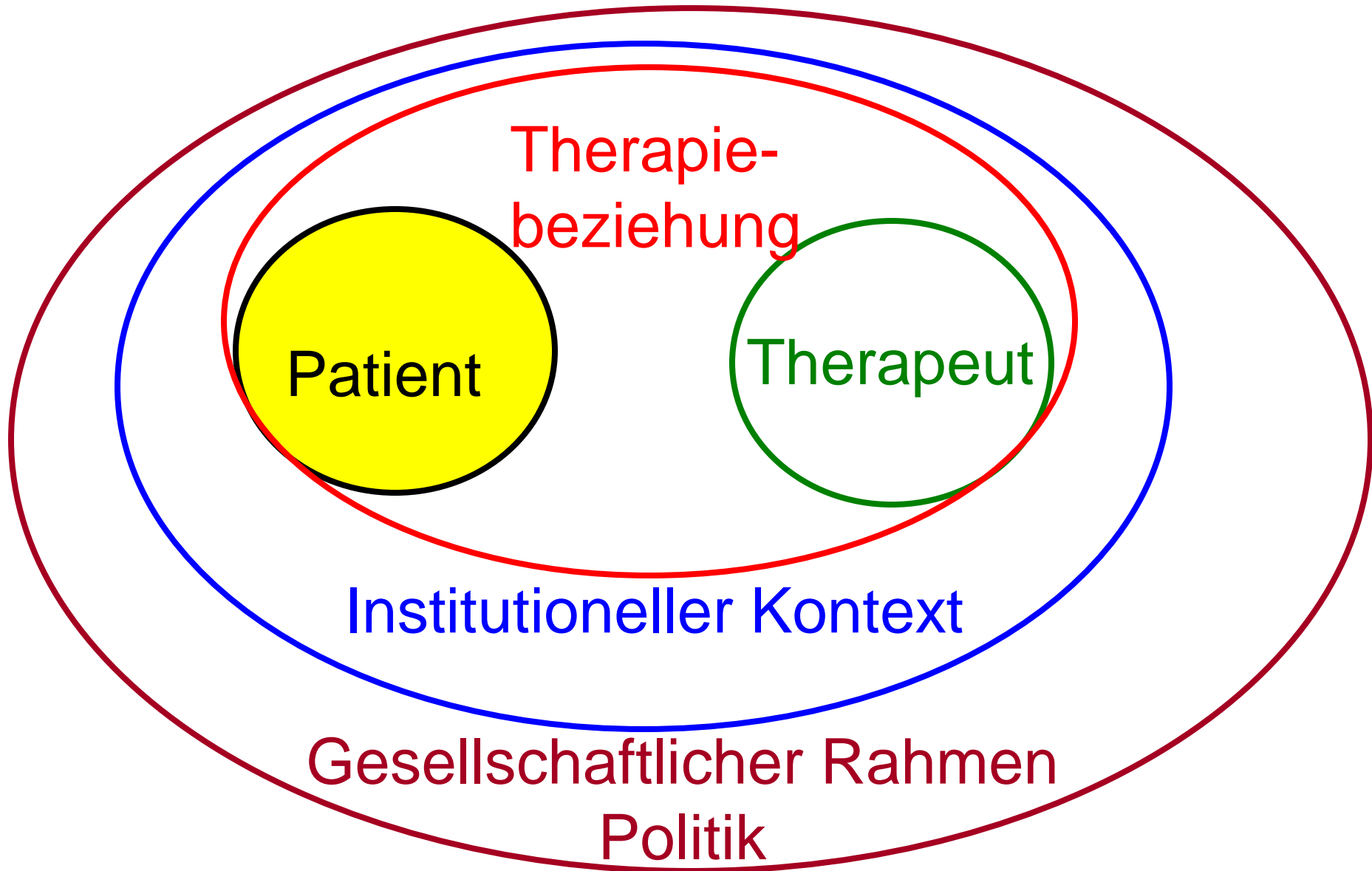
JVA München	Sozial- therapie
Gewalt- delikte	Station N3a

- 16 Behandlungsplätze
- 2,5 Psychologen, 2 Sozialpädagogen, 6 AVD
- Behandelte Tätergruppen: schwere Gewaltdelikte (Tötungsdelikte, Körperverletzung, Raub, aber auch in Einzelfällen schwere Brandstiftung)
- Behandlungszeit: 2 bis 4 Jahre, auf eine Entlassung hin orientiert
- Therapeutisches Angebot: Einzeltherapie, Therapiegruppen und Trainingsmodule (Soziales Kompetenztraining, Anti-Gewalt-Training, Sucht-Präventions-Training), therapeutisches Milieu.
- Vollzuglockerungen in der zweiten Hälfte der Behandlungszeit
- Nachsorge durch Station + Fachambulanz für Gewalttäter oder einem niedergelassenen Therapeuten

Akteure in der Straftäterbehandlung



Akteure in der Straftäterbehandlung



Klassifikation von Vergewaltigern

opportunistische Täter		von Wut durchdrungene Täter	sexuell motivierte Täter				rachsüchtige Täter	
hohe soziale Kompetenz	geringe soziale Kompetenz		sadistisch		nicht-sadistisch		hohe soziale Kompetenz	geringe soziale Kompetenz
			offen sadistisch	hohe soziale Kompetenz verdeckt sadistisch	hohe soziale Kompetenz	geringe soziale Kompetenz		
Typ 1	Typ 2	Typ 3	Typ 4	Typ 5	Typ 6	Typ 7	Typ 8	Typ 9

Tätertypologie nach Knight und Prentky (1990)

Einteilung nach Aggressions-Typus

- Impulsive Aggression (Borderline)
- Instrumentelle Aggression (dissozial)
- Nicht-sexueller Sadismus (dissozial)
- Gehemmte Aggression
(selbstunsicher, depressiv,
passiv-aggressiv)

Affekt- und Impulstaten

Als Impulstaten werden all diejenigen impulsiv durchgeführten, nicht geplanten aggressiven Handlungen bezeichnet, bei denen keine spezifische, aus einer selbstdefinitions-relevanten Täter-Opfer-Beziehung abgeleitete Vorgeschichte der Tat vor der aktuellen Tatsituation bestanden hat.

Affekttaten sind impulsiv-aggressive Handlungen, begangen im Zustand hoch gespannter Affektregung, gerichtet an einen relevanten anderen und gekennzeichnet durch eine spezifische Vorgeschichte der Tat, abgeleitet aus der selbstdefinitionsrelevanten Täter-Opfer-Beziehung.

Marneros A. (2007). *Affekttaten und Impulstaten. Forensische Beurteilung von Affektdelikten*. Stuttgart, New York: Schattauer, S. 76 f.

Intimizid

Die ‚homizidale Tatbereitschaft‘ und verstärkt die ‚Tatanlaufzeit‘ sind gekennzeichnet durch:

- dysphorische, depressive Grundstimmung; chronische Affektspannung
- Einengung des Denkens, insbesondere paranoid eingefärbt
- Beeinträchtigungen im vitalen Bereich, z.B. Schlaf- und Appetitlosigkeit; Aufgabe von bestimmten Lebensgewohnheiten
- Soziale Abkapselung
- Suizidgedanken und -versuche
- Unabhängigkeit der Frau gegenüber dem Partner

Rasch W. (1995). *Tötung des Intimpartners*. Reprint der Originalausgabe im Enke-Verlag, Stuttgart, 1964. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Infantizid

Verschiedene Motivlagen für Kindstötung:

- Tötung aus Liebe – der erweiterte Suizid;
- Tötung aus Verzweiflung – der gemeinsame Untergang;
- Tötung aus Verdrängung und Verheimlichung – die negierte Schwangerschaft;
- Tötung aus Rache – Das Medea-Syndrom;
- Tötung aus mangelnder Liebe – Tötung durch Vernachlässigung;
- Tötung durch Misshandlung – Tötung aus Überforderung;
- Tötung aus Verwirrung bei Intelligenzminderung.

Marneros A. (2003). *Schlaf gut, mein Schatz. Eltern, die ihre Kinder töten*.
Bern: Scherz-Verlag.

Spektrum der Dissozialität

- **Dissoziale Reaktion:** Anpassung an eine dissoziale Subkultur
- **Symptomatische Neurose:** z. B. pubertäres Rebellieren oder Anpassungsstörungen
- **Neurotische Persönlichkeitsstörungen mit antisozialen Zügen:** z. B. Verbrecher aus Schuldbewußtsein (strenges Überich, gut integrierte neurotische Persönlichkeitsorganisation, Verdrängung aggressiver Impulse).
- **Infantile, histrionische und paranoide Persönlichkeitsstörungen mit antisozialen Zügen, aber ohne pathologischen Narzissmus**

Padlesak S. (1998). Grenzen der Indikation von Psychotherapie bei Kriminalität im Rahmen von Persönlichkeitsstörungen. In: Wagner E. & Werdenich W. (Hrsg.). Forensische Psychotherapie. Psychotherapie im Zwangskontext von Justiz, Medizin und sozialer Kontrolle; 125-139.

Spektrum der Dissozialität

- **Narzisstische Persönlichkeitsstörung:** Vorhandene Fähigkeit „Gutes“ im Anderen anzuerkennen; Internalisiertes Wertsystem kann in der Regel aufrecht erhalten werden etc.
- **Syndrom des malignen Narzissmus:** Die Fähigkeit, einzelne Objektbeziehungen aufrecht erhalten zu können, ist gegeben – allerdings sind diese zumeist hochidealisiert; Starke paranoide Tendenzen; Wechsel von „psychopathischen“ (scheinbare Anpassung bei eigentlichem Dominieren-Wollen) und „paranoiden“ Übertragungsformen
- **Antisoziale Persönlichkeitsstörung im engeren Sinn:** Dominieren von Hass in den internalisierten Objektbeziehungen; Notwendigkeit „gute Objekte“ aufgrund von intensivem Neid zerstören zu müssen; moralische Wertvorstellungen fehlen weitgehend

Spektrum der Dissozialität

	Überich-Pathologie	Aggression als Persönlichkeitsmerkmal	Beziehungsfähigkeit	antisoziales Verhalten
narzisstische Persönlichkeitsstörung mit antisozialen Zügen	schwach Unfähigkeit zu trauern, einschließlich über eigenes Leben; Fehlen spontanen Ausdrucks der Sorge um einen anderen Menschen oder sich selbst; statt Schuld: vorwiegend Scham oder Schande	schwach Aggression nicht um ihrer selbst willen, sondern mit nachvollziehbarem sekundärem Nutzen; äußert sich in chronischer Reizbarkeit, als diffuser aggressiver Affekt	mäßig dauerhafte, nicht-ausbeuterische Beziehung zu anderen Menschen möglich; werden von anderen häufig als arrogant wahrgenommen; Empathie blockiert	schwach emotionale und finanzielle Ausbeutung, Unzuverlässigkeit, Promiskuität
Syndrom des malignen Narzißmus	mäßig Reue und Schuldgefühle nur bruchstückhaft; Schuld durch Scham ersetzt	stark Wut- und Gewaltausbrüche; projektive Identifikation : negative Selbstrepräsentanz wird auf Objektrepräsentanz projiziert	fragmentarisch mindestens eine Beziehung, die nicht von der Idee, den anderen auszunützen, dominiert wird	stark richtet sich gegen Opfer, deren Schädigung narzisstischen Triumph verschafft, Aggression ich-synton, eruptive Gewalt
antisoziale Persönlichkeitsstörung im engeren Sinn	stark moralische Forderungen werden zwar wahrgenommen, aber mehr als Warn- und Kontrollsystem erlebt; chronisches Lügen; kann Ärger über Lügen nachvollziehen, nicht aber Enttäuschung		abwesend keine idealisierten Objekte, Unfähigkeit, sich zu verlieben; im zwischenmenschlichen Bereich entweder Chaos oder totaler Rückzug; einnehmendes, charmantes Wesen	

Padlesak S. (1998). Grenzen der Indikation von Psychotherapie bei Kriminalität im Rahmen von Persönlichkeitsstörungen. In: Wagner E. & Werdenich W. (Hrsg.). Forensische Psychotherapie. Psychotherapie im Zwangskontext von Justiz, Medizin und sozialer Kontrolle; 125-139.

Pathologischer Narzissmus

nach W.R. Bion (1967)

- Pathologische Neugier
- Arroganz
- (Pseudo-) Stupidität

Klinisch beobachtbare Trias

- Anspruchshaltung
- Versorgungshaltung
- Schonhaltung

Andere Personen werden (fast) nur als

- Idioten (aber harmlos)
- Feinde
- Idole (meist kurzfristig & unrealistisch) angesehen.

Agieren

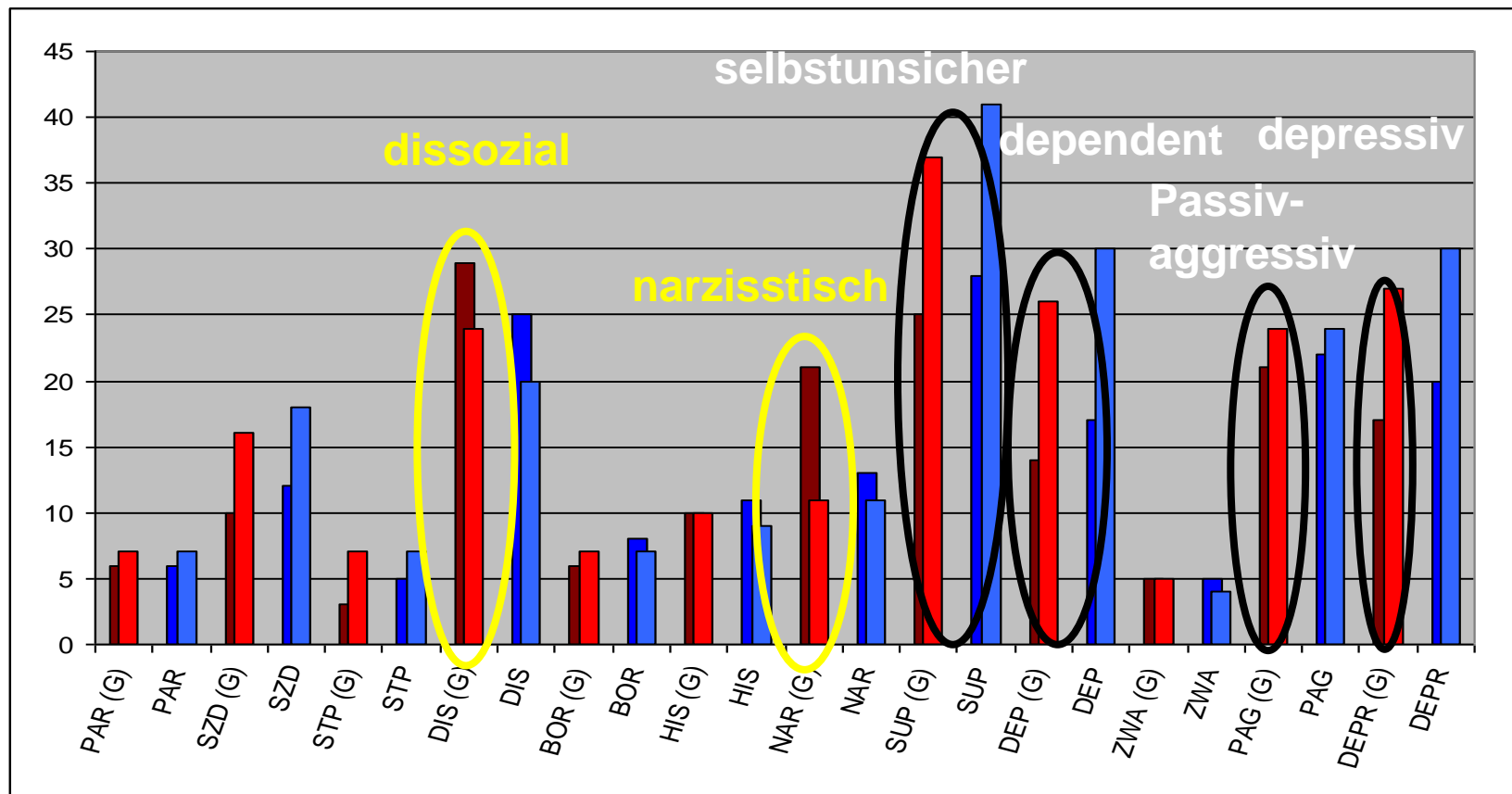
Inszenierung innerer Konflikte in der Außenwelt

Wahrnehmung eigener Aggressivität via projektiver Identifizierung beim anderen

Foulkes: „...the criminal act is a symbol...
The neurotic acts in his dreams, the criminal
dreams in his actions“

Prävalenzraten für Persönlichkeitsstile (%) mit Störungsrisiko (Screening mittels MCMI-III)

Straftäter (G) **ohne Sexualdelikt** vs. **mit Sexualdelikt**
 Sexualstraftäter **Vergewaltigung** vs. **Kindesmissbrauch**



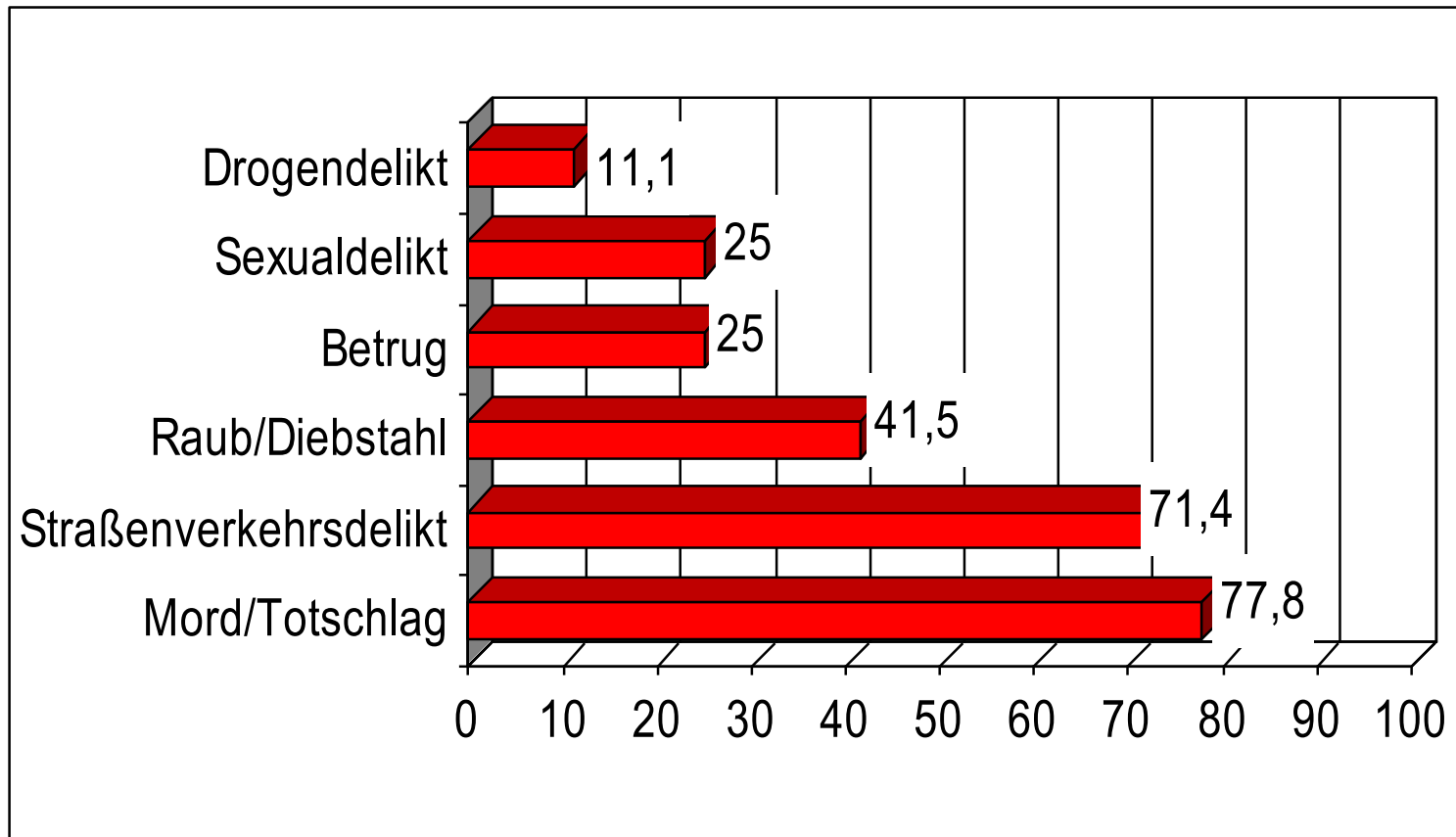
Quelle: Ahlmeyer, Kleinsasser, Stoner & Retzlaff (2003; mittels MCMI-III).

Straftäter N=7.226; Vergewaltigung N=223;
 Kindesmissbrauch N=472

PAR = paranoid; SZD = schizoid; STP = schizotypisch; DIS = dissozial/antisozial;
 BOR = Borderline; HIS = histrionisch; NAR = narzisstisch; SUP = selbstunsicher;
 DEP = dependent; ZWA = zwanghaft; PAG = passiv-aggressiv;
 DEPR = depressiv.

Dissoziale Persönlichkeitsstörung

Prozentualer Anteil der dissozialen Persönlichkeitsstörung
nach Deliktkategorien



Totalerhebung unter allen Gefangenen der JVA Ulm

Gründe für geringe Therapie-Motivation bei Dissozialen

- ✚ Ambivalenz gegenüber intensiven Beziehungen:
,Sehnsucht-Angst-Dilemma': Abhängigkeit ruft Angst hervor, gleichzeitig wird symbiotische Beziehung ersehnt.
- ✚ Angst, frühe Wunden wiederzuerleben:
Traumatische Beziehungserfahrungen können in Therapie wiederbelebt werden.
- ✚ Narzisstische Verletzbarkeit:
Sich in Therapie zu begeben, bedeutet eine massive Kränkung des Selbstwelterlebens.
- ✚ ,Testung' des Therapeuten:
Beziehung mit dem Therapeuten soll auf Verlässlichkeit und Tragfähigkeit getestet werden.
- ✚ Gruppendynamische Prozesse:
Befürchtung, Therapieaufnahme könnte von anderen als Zeichen der Schwäche interpretiert werden.

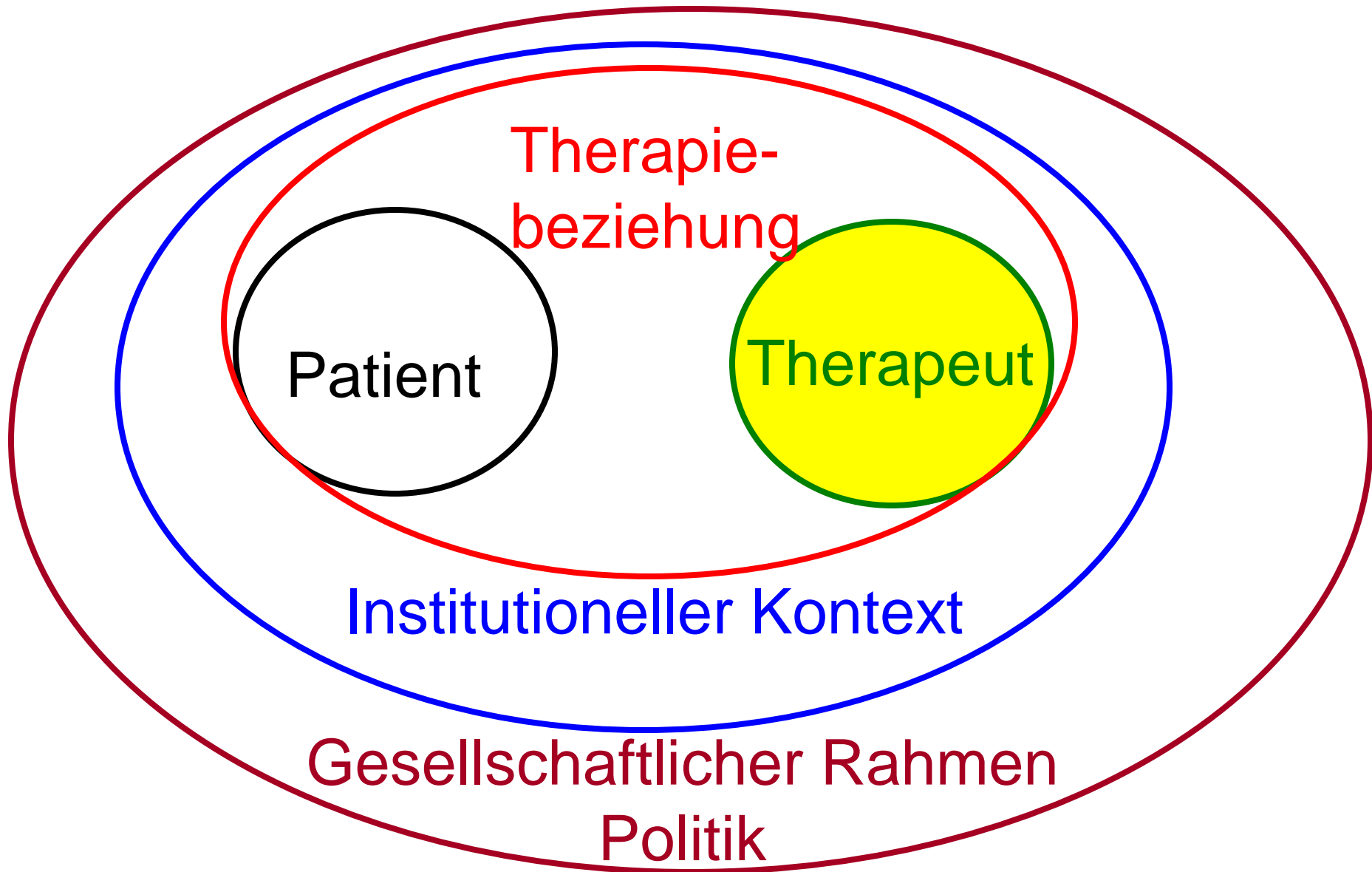
Rauchfleisch U. (1990), Probleme der Indikationsstellung für eine psycho-analytische Psychotherapie von Delinquenten. In: Schneider, W. (Hrsg.), Indikationen zur Psychotherapie, Weinheim und Basel, Beltz, 81-99.

Soziale Faktoren

„Wo äußere destruktive Kräfte gegen die zerbrechliche Psyche eines Kindes mobilisiert werden, so wird dies Reaktionen nach sich ziehen, die, mögen sie noch so antisozial sein, am besten als Versuch gewertet werden sollten, mit schädlichen äußeren Einflüssen fertig zu werden – ein Verhalten, das eher als lebenserhaltend denn lebensfeindlich angesehen werden sollte.“

Fonagy P. (2008). Persönlichkeitsstörung und Gewalt.
In: Lackinger F., Dammann G. & Wittmann B., *Psychodynamische Psychotherapie bei Delinquenz*. Stuttgart: Schattauer, S. 330

Akteure in der Straftäterbehandlung



Gewalt als ubiquitäres Faktum

„Gerade weil es sich letztlich um einen Akt des Mensch-Seins handelt, ist es schwierig für uns, über zwischenmenschliche Gewalt nachzudenken. Wir möchten dem, was womöglich Teil von uns allen ist, aus dem Weg gehen. Sowohl Glorifizierung als auch Dämonisierung sollen Distanz schaffen zu einer Erfahrung, von der wir vielleicht gar nicht so weit entfernt sind. ... Wir müssen uns in die psychische Realität eines gewalttätigen Menschen begeben – nicht nur, um adäquate Behandlungsmethoden anzubieten, sondern auch, um die Risiken, die diese Menschen für sich selbst und die Gesellschaft darstellen, besser abschätzen zu können.“

Fonagy P. (2008). Persönlichkeitsstörung und Gewalt.
In: Lackinger F., Dammann G. & Wittmann B., Psychodynamische Psychotherapie bei Delinquenz. Stuttgart: Schattauer, S. 335 f.

Kompetenz des Therapeuten

„Nur dort, wo ein Therapeut auch Patient in dem Sinne sein kann, dass er etwas in sich entdeckt, das dem Leiden seines Patienten nahe kommt, das er näherungsweise aus eigener Erfahrung kennt, kann er in hilfreichen Kontakt treten; implizites Wissen ist unverzichtbare Basis therapeutischer Kompetenz.“

Buchholz M.(2007). Entwicklungsdynamik psychotherapeutischer Kompetenzen. *Psychotherapeutenjournal* 4, 375.

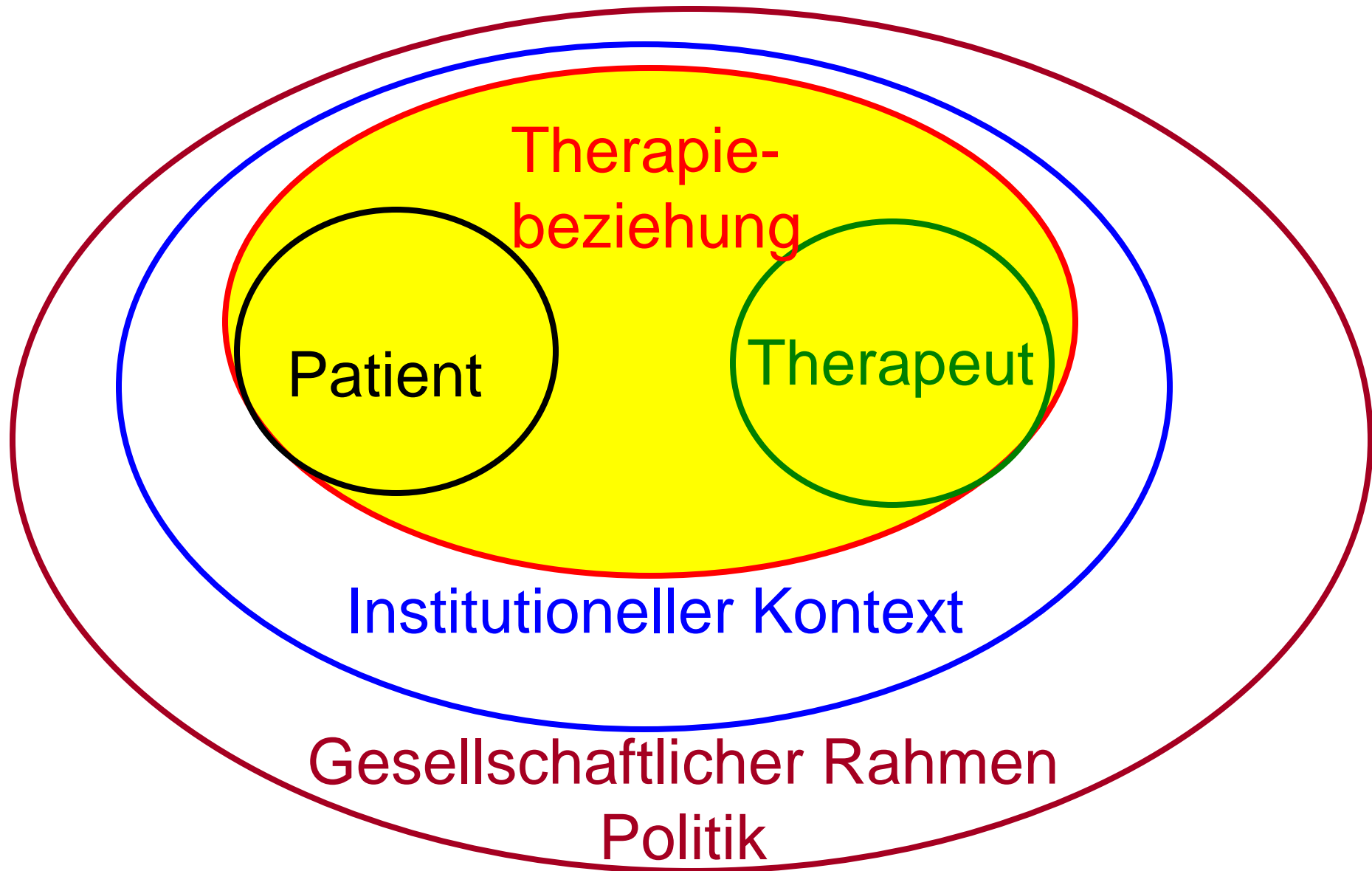
Kompetenz des Therapeuten

„Nicht nur das Urteil des Gerichts lässt den Täter wie von einer ansteckenden Krankheit befallen erscheinen und die Reaktionen der Öffentlichkeit wecken die Furcht, als therapeutischer Komplize des Täters zu gelten. Der Täter und seine Tat rühren auch an eigene Ängste, an Ekel und Schamgefühle...

Man kann Ressentiments gegenüber Tätern empfinden. Als Therapeut muss man sich aber dieser Ressentiments bewusst sein und die Fähigkeit besitzen, sie zu überwinden. Trete ich als Therapeut bewusst oder unbewusst als Feind, als Strafender oder auch nur mit überwältigendem pädagogischem Impetus gegenüber, ist eine Therapie unmöglich.“

Schott M. (2009). Psychoanalyse im Maßregelvollzug.
Recht & Psychiatrie, 27, S. 20

Akteure in der Straftäterbehandlung



Ziele in der Straftäterbehandlung

- Von unspezifischen zu konkreten Zielformulierungen
 - statt: „ich möchte besser mit meinen Aggressionen umgehen“
 - besser: „Ich möchte in Situationen, in denen ich kritisiert werde, ruhiger und gelassener reagieren“
- An der Lebenswirklichkeit des Probanden angepasst
- überschaubar (kurz-, mittel- und langfristig)
- Übereinstimmung von Zielen und Motiven
- Annäherungsziele, nicht nur defizitorientiert
- Zusammenhang zwischen Zielen und Rückfallvermeidung

Ziele in der Straftäterbehandlung

Therapie-Ziel

Was will ich durch eine Therapie erreichen?

Bitte benennen Sie ein Ziel, das Sie in der Therapie für besonders wichtig halten.

Ziel:.....

.....
.....

An folgenden konkreten Veränderungen werde ich erkennen, dass ich mich dem Ziel nähere:

- 1.).....
- 2.).....
- 3.).....
- 4.).....
- 5.).....

Noch stehen folgende Schwierigkeiten meinem Ziel entgegen:

Welche meiner Stärken kann ich einsetzen, um dieses Ziel zu erreichen:

Therapieschulen

„Der größte Teil der Energie, die vom Streit der Therapierichtungen untereinander absorbiert wird, ist vergeudet...Es gibt keine Methode, mit der allein alle (forensisch-) psychotherapeutischen Aufgaben zu lösen wären. Auf dem Feld der Straftäterbehandlung ist so viel zu beackern, dass alle von Zusammenarbeit nur profitieren können...“

Pfäfflin, F. und Mergenthaler, E. (1998), Forschungsfragen der forensischen Psychotherapie. In: Wagner, E. und Werdenich, W. (Hrsg.), *Forensische Psychotherapie*. Wien: Facultas, 26.

Konzept

Jeder Proband gehört über die ganze Behandlungszeit einer **therapeutischen Basisgruppe** an, in der die Arbeit am Delikt, der Biografie, den individuellen Problembereichen und den Beziehungen der Gruppenteilnehmer untereinander sowie zum Behandlungs-Team im Vordergrund stehen.

In der **Großgruppe** geht es um Konflikte, die alle Teilnehmer betreffen, und die Klärung organisatorischer Fragen des Zusammenlebens. Jeder Teilnehmer hat in vierteljährlichem Abstand ein Resümee seines bisherigen Aufenthalts in der Sozialtherapeutischen Abteilung und einen Ausblick auf weitere Veränderungsschritte zu geben („Zwischenbericht“) und erhält hierzu von den Mit-Probanden und dem Behandlungs-Team Rückmeldungen.

Konzept

In **Trainingsgruppen** werden kriminogene Defizite in strukturierter Form bearbeitet sowie Ressourcen gezielt aufgebaut: „Reasoning and Rehabilitation“, Anti-Gewalt-Training, Alkohol- und Drogen-Rückfall-Präventions-Programm STAR, Zukunfts-Ich. Für jeden Teilnehmer werden entsprechend seinem individuellen Behandlungsplan die von ihm zu absolvierenden Trainingsgruppen bestimmt.

Therapeutische Einzelgespräche helfen die in den verschiedenen Therapiegruppen erworbenen Erkenntnisse auf dem Hintergrund der individuellen Biografie und Persönlichkeitsanteile vertiefen und geben Hilfestellung bei deren Umsetzung. Bei Bedarf dienen sie der Förderung oder Wiederherstellung der Gruppenfähigkeit.

Konzept

Kombination (keine Vermischung!) aus verschiedenen Ansätzen:

- Kognitiv-behavioral
- Tiefenpsychologisch
- Milieutherapeutisch
- Psychoedukativ

Manualisierte Behandlungs- und Trainingsprogramme

R & R	Reasoning and Rehabilitation
AGT	Anti-Gewalt-Training
STAR	Strukturiertes Rückfall-Präventions- Programm
Zukunfts-ICH	

Deliktbearbeitung

- Risikoentwicklungen frühzeitig erkennen
- Kontrolle und Steuerung erhöhen
- Offenheit lernen
- Verantwortungsgefühl entwickeln
- Täteridentität bilden
- Aggressions- und/ oder Sexualpädagogik
- Krisenmanagement-Strategien erarbeiten

Deliktbearbeitung

Entscheidung
Durchführung
Emotionaler Gewinn

Vordeliktphase

Lebensereignisse
Stimmungen
Phantasien
Kontrollverlust
„scheinbar belanglose
Entscheidungen“



Delikt

Nachtatphase

Ambivalenzen
Schuld
Scham
Bagatellisierungen
Rechtfertigungen
Externalisierungen

Trainingsprogramme

„... dass neurotisch strukturierte Patienten tatsächlich auch von kurzen (aber effizient gemachten) Programmen profitieren können, weil sie aufgrund ihrer vergleichsweise reifen psychischen Struktur in einem breiten Sinn lernfähig sind. Wenn sie auch ihre tieferen Triebkonflikte durch diese Programme nicht verändern können, so können sie doch Verhaltensweisen lernen, die ihnen mehr soziale Kompetenz, eine verbesserte Anpassung und damit ein straffreies Leben ermöglichen.

Für Störungen auf Borderline-Niveau trifft dieser Optimismus jedoch kaum zu. Kognitiv-behaviorale Programme können nur so weit wirksam sein, als die Übertragungsdynamik, die von der Pathologie des Patienten gespeist wird, es zulässt, dass die Inhalte überhaupt unverzerrt aufgenommen werden.“

Lackinger F. & Dammann G. (2008). Besonderheiten der Behandlungsbedingungen bei den TFP persönlichkeitsgestörter Delinquenten. In: Lackinger F., Dammann G. & Wittmann B., *Psychodynamische Psychotherapie bei Delinquenz*. Stuttgart: Schattauer, S. 110



Frank Urbaniok

Was sind
das für
Menschen –
was können
wir tun

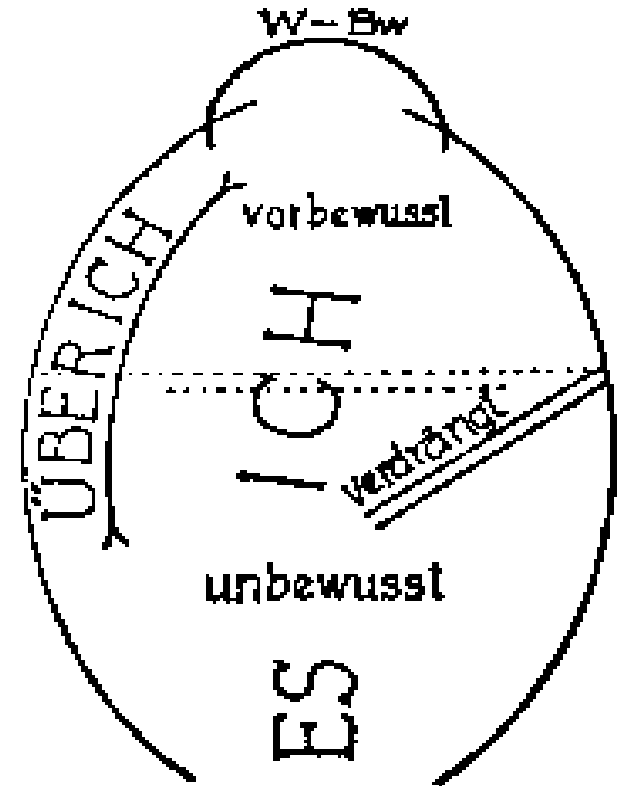
Nachdenken
über Straftäter

Zytglogge

Trainings- programme

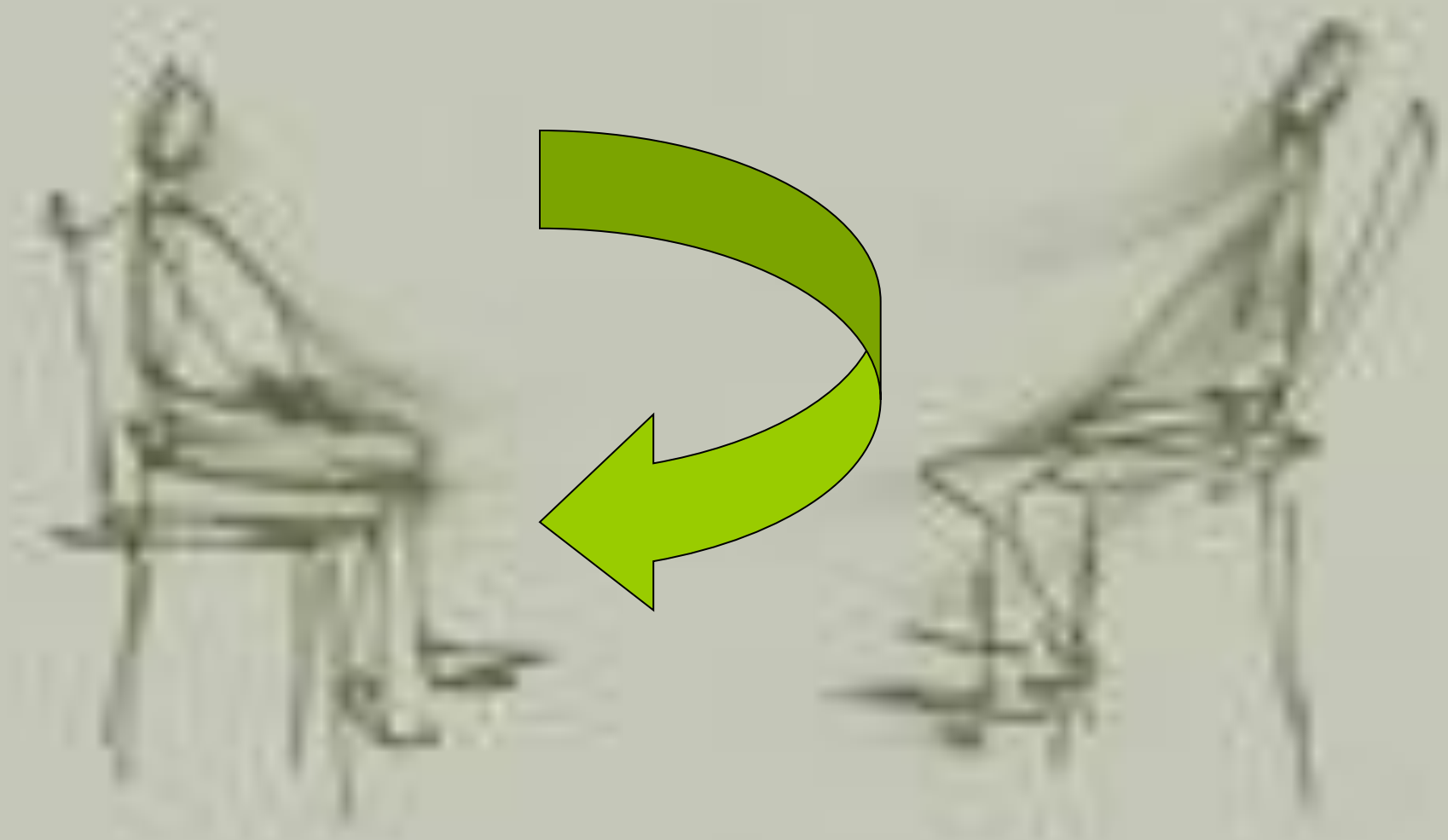
„zuerst die Vorwäsche, dann die Hauptwäsche, der Spülvorgang und dann wird geschleudert. Es gibt aber Täter, für die der Hauptwaschgang zu früh kommt, andere müssten dreimal geschleudert, dafür aber gar nicht gewaschen werden. Ein solches Programm ist daher in der Praxis ein Schrottschuss in den Nebel. Für manche Klienten sind die Art der Präsentation und das Timing perfekt. Sie werden ‚therapeutisch voll getroffen‘. Andere werden nur gestreift und an wieder anderen geht ein solches Programm gänzlich vorbei.“ (Urbaniok 2003,40)

Beziehung und innere Struktur



Freud, S. (1933), *Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*. Studienausgabe Band 1. Frankfurt a.M.: Fischer Taschenbuch Verlag, 515.

„Verflüssigung“ der inneren Struktur im Therapieprozess



Übertragung

Phänomen, dass der Patient Gefühle gegenüber dem Therapeuten empfindet, die nicht nur in der realen Situation begründet sind, sondern aus früheren Erfahrungen stammen.

Freud: Projektionsleinvand

Greenson: Irrtum in der Zeit

Heute: Neuinszenierung, in die die Person des Therapeuten wesentlich miteinbezogen ist.

Psychoanalyse wird zur Beziehungsanalyse

Psychopathische Übertragung

Erscheinungsform

- Patient versucht Therapeut bewusst und absichtlich zu täuschen
- Dies zeigt sich in Form von Lügen, manipulativem oder ausnützendem Verhalten

Psychodynamik

- Patient ist überzeugt, dass Therapeut unaufrichtig ist
- Er projiziert eigene Tendenzen auf Therapeut
- Er versucht, Therapeuten zu korrumpieren (durch projektive Identifizierung)
- Dahinter: Unbewusste Überzeugung, dass jede Nähe und Bindung trügerisch ist

Technik

- Alle Lügen und Täuschungen ansprechen (benennen und konfrontieren)
- Im weiteren Verlauf sollten sie als Schutzmechanismus gedeutet werden
- Wenn Patient über „bestimmte Dinge“ nicht reden will, die Gründe dafür analysieren

Die Auflösung der Unehrllichkeit lässt die abgewehrte Paranoia hervorkommen

Lackinger, F. (2007). Transference Focused Forensic Psychotherapy – Die Psychodynamische Borderline-Therapie wird forensisch adaptiert. Forensische Psychiatrie & Psychotherapie, 14(1), 61-103.

Perverse Übertragung

Erscheinungsform

- Patient versucht den Therapeuten zu etwas zu zwingen. Er versucht Therapeuten funktionsunfähig zu machen bzw. zu erniedrigen
- Voller Schadenfreude verwandelt er Liebe in Hass, Vertrauen in Korruption, Hilfe in Schaden

Psychodynamik

- Patient ist überzeugt, dass Therapeut Lust aus seiner Macht bezieht. Er projiziert damit eigene Tendenzen
- Die negative therapeutische Reaktion ist durch Wunsch nach Erniedrigung des Therapeuten motiviert
- Er versucht, Therapeuten zu perverserem Agieren zu verführen (durch projektive Identifizierung)
- Alle libidinösen Strebungen des Patienten sind vom Hass zersetzt

Technik

- Es muss nicht nur die Perversität als Schutzmechanismus angesprochen, sondern auch die Lust daran gedeutet werden
- Patienten erklären das Problem häufig zu einem des Therapeuten

Die Auflösung der Perversität lässt abgewehrte Paranoia hervorkommen.

Paranoia

„Im weiteren Verlauf wird die antisoziale Übertragung gewöhnlich in eine paranoide Übertragung umgewandelt und kann dann aufgelöst werden. Allgemein gilt, je antisozialer der Patient, desto unvermeidlicher ist es, dass die Übertragung eine Phase schwerer paranoider Regression durchläuft.“

Kernberg O. F. (1993). Psychodynamische Therapie bei Borderline-Patienten. Bern u. a.: Verlag Hans Huber, S. 173.

„Die sadistischen Über-Ich-Kerne (Glover 1956) führen zu unerträglichen Schuld- und Selbstunwertgefühlen und werden per Projektion in die Umwelt verlegt und dort bekämpft. Im therapeutischen Prozess werden auch wir Behandelnde für die Patienten zu Über-Ich-Trägern, gegen die ein erbitterter Kampf geführt wird, in der irrigen Hoffnung, dadurch die entwertenden, sadistischen Stimmen im eigenen Innern zum Schweigen bringen zu können.“

Rauchfleisch U. (2011). Lug und Trug der Patienten, Persönlichkeitsstörungen, 15, 87-91

Paranoia

„Will man ein guter Bewacher sein, so muss man misstrauisch und argwöhnisch sein. Will man als Eingesperrter halbwegs gut über die Runden kommen, so muss man sich erlaubte, aber auch unerlaubte Vorteile, Absicherungen und Privilegien erwirtschaften, die es zu behaupten und zu verteidigen gilt... Paranoia in einem durchaus beträchtlichen Ausmaß ist in diesem System kein pathologischer Zustand, sondern Zeichen, dass man verstanden hat, worum es geht.“

Gratz, W. (1997), Das System Gefängnis oder: Ist das Gefängnis mit System zu ändern? In Gratz, W. (Hrsg.), *Im Bauch des Gefängnisses. Beiträge zur Theorie und Praxis des Strafvollzuges*. Wien: Fortbildungszentrum Strafvollzug, S. 22.

Paranoia

„Jede der beiden Gruppen sieht die andere durch die Brille enger, feindseliger Stereotypen. Das Personal hält die Insassen häufig für verbittert, verschlossen und wenig vertrauenswürdig, während die Insassen den Stab oft als herablassend, hochmütig und niedertüchtig ansehen. Das Personal hält sich für überlegen und glaubt das Recht auf seiner Seite.“

Goffman, E. (1973), *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, S. 18 f..

Strukturierung

„... kommt es darauf an, mit den Klientinnen und Klienten zusammen ein Setting zu definieren, das genügend Struktur gibt, damit überhaupt eine Therapie oder Begleitung möglich wird, und das den Klienten zugleich genügend Freiraum bietet und Selbstverantwortung fördert, so dass sie sich nicht erdrückt und provoziert fühlen oder sich in regressiver Weise fallen lassen.

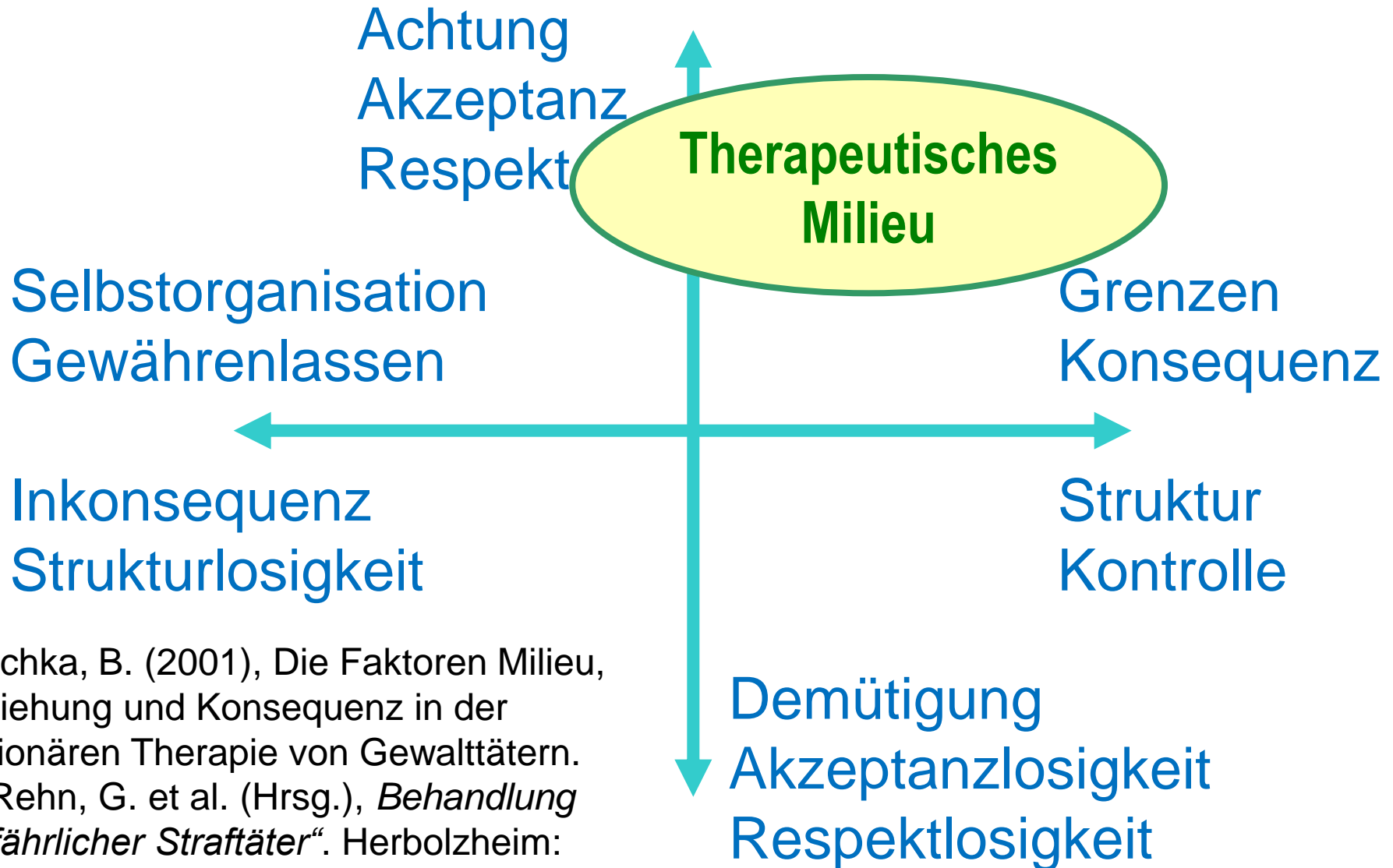
... Wir müssen uns auf dem schmalen Grat zwischen dem rigiden Festhalten an den Rahmenbedingungen, die diese Klientinnen und Klienten unmöglich einhalten können einerseits und dem Mit-Versinken im Strudel chaotischen Agierens (das in solchen Fällen auf Seiten der Professionellen leicht zu einem bloßen Re-Agieren auf die Aktionen des Klienten wird) andererseits bewegen.“

Rauchfleisch u. (1996). Menschen in psychosozialer Not. Beratung, Betreuung, Psychotherapie. Göttingen: Sammlung Vandenhoeck, S. 164).

Strukturierung innerhalb der Beziehung

innere Struktur		strukturegebende Interventionen
Über-Ich	Über-Ich i.e.S.	Regeln, Normen, Ge- und Verbote setzen
	Ichideal	Zuwendung, Bestätigung geben
Ich	Wahrnehmung	Aufzeigen nicht wahrgenommener Aspekte der Realität
	Erinnerung	Container-Funktion: externalisiertes Gedächtnis
	Antizipation	Mit-Planen, Abwägungsprozesse
	Abwehr	Bewusst machen abgewehrter Anteile oder Stärkung der Abwehr

Therapeutisches Milieu



Wischka, B. (2001), Die Faktoren Milieu, Beziehung und Konsequenz in der stationären Therapie von Gewalttätern. In: Rehn, G. et al. (Hrsg.), *Behandlung „gefährlicher Straftäter“*. Herbolzheim: Centaurus, 143.

TFP:

Zentrale Themen der frühen Therapiephase

- Aufrechterhaltung der Beziehung zum Therapeuten mit allen Affektstürmen
- Reduzierung der Risiken eines vorzeitigen Therapieabbruchs
- Reduzierung von Suizidalität, Selbstdestruktivität sowie von chaotischem und sozial unangemessenem Verhalten außerhalb der Sitzungen
- Reduzierung von sekundärem Krankheitsgewinn

Sekundärer Krankheitsgewinn

Primärer Krankheitsgewinn:

Eigentliche Ursache der Krankheit; Ausweichen von Konflikten zwischen inneren Instanzen oder zwischen einem fragilen Selbst und einer unerbittlichen äußeren Realität; Krankwerden bedeutet kurzfristige Energie- oder Unlustersparnis im Vergleich zum Aufbau entsprechender Fähigkeiten.

Sekundärer Krankheitsgewinn:

Alle Vorteile, die ein Kranker aus seiner Krankheit ziehen kann, nachdem er krank geworden ist; nicht Ursache der Krankheit, sondern auf den eigenen Vorteil orientiertes Arrangement mit dieser; großes Feld des sekundären Krankheitsgewinns ist in den privaten Sozialbeziehungen (z. B. Schutz vor Einsamkeit oder Überforderung) und in den öffentlichen Sozialsystemen (z. B. Berentung) zu finden.

Tertiärer Krankheitsgewinn:

Bedürfnisbefriedigung, die Dritte aus der Erkrankung ziehen (z. B. unabhkömmlich werden, Dankbarkeit).

Befriedigung destruktiver Wünsche

Primärer Krankheitsgewinn:

Ausagierte Aggression entscheidend für das Auftreten der Störung. Z. B. wird Trauerarbeit vermieden, die zur Lösung von idealen Vorstellungen über sich und andere notwendig wäre. Aber auch: kalte Zufriedenheit über gelungene Rache, narzisstischer Triumph und mutwillige Zerstörung.

Sekundärer Krankheitsgewinn:

Ausagierte Aggression trägt zur Chronifizierung bei, indem die Folgen ausgenutzt werden.

Ausgrenzende Folgen der Taten werden als Argument benutzt, um weiter kriminell bleiben zu können.

Lackinger F. (2013). Primärer und sekundärer Krankheitsgewinn bei delinquenten Patienten. *Persönlichkeitsstörungen*; 17: 33-42.

Gegenübertragung

Gefühle, Einstellungen und Reaktionen des
Therapeuten auf den Patienten

„Koevolution“ von Klient und Betreuer
„bisubjektives Handeln“
Klient als „aktiver Koproduzent“

selektive Authentizität

Kontrollierte Subjektivität

Übertragung - Gegenübertragung

„Man kommt nicht darum herum, den interpersonellen Vorgang zwischen Analytiker und Patient als reziproken, also wechselseitig interaktionellen oder transaktionellen Prozess zu begreifen, wobei man dem Therapeuten mehr Freiheitsgrade der analytischen Reflexion, mehr Rollendistanz, einer gründlicheren Selbsterkenntnis und Durcharbeitung eigener konflikthafter Interaktionsbereiche zugestehen kann, was wohl den Unterschied zu einer kollusiven Alltagsbeziehung ausmacht. Dass diese Sichtweise auch den Abschied eines analytischen Heroen bedeutet, der als Schiedsrichter hoch über dem Geschehen der ablaufenden neurotischen Übertragungs-Inszenierungen thronet, braucht nicht eigens betont zu werden.“

Mertens W. (1990). Einführung in die psychoanalytische Therapie, Band 2, Stuttgart: Kohlhammer, S. 195

Psychopathische Gegenübertragung

„Die Regulation von Beziehungen erfolgt in erster Linie über Dominanz, Kontrolle, Täuschung und Manipulation. Und die (Schaden-)Freude über die gelungenen Manöver ist parallel mit der Verhöhnung der Opfer Kernbestandteil des emotionalen Repertoires. (...)

In der Gegenübertragung finden sich regelmäßig Elemente atavistischer Reaktionsmuster aus dem Raubtier-Beute-Repertoire.“ „.

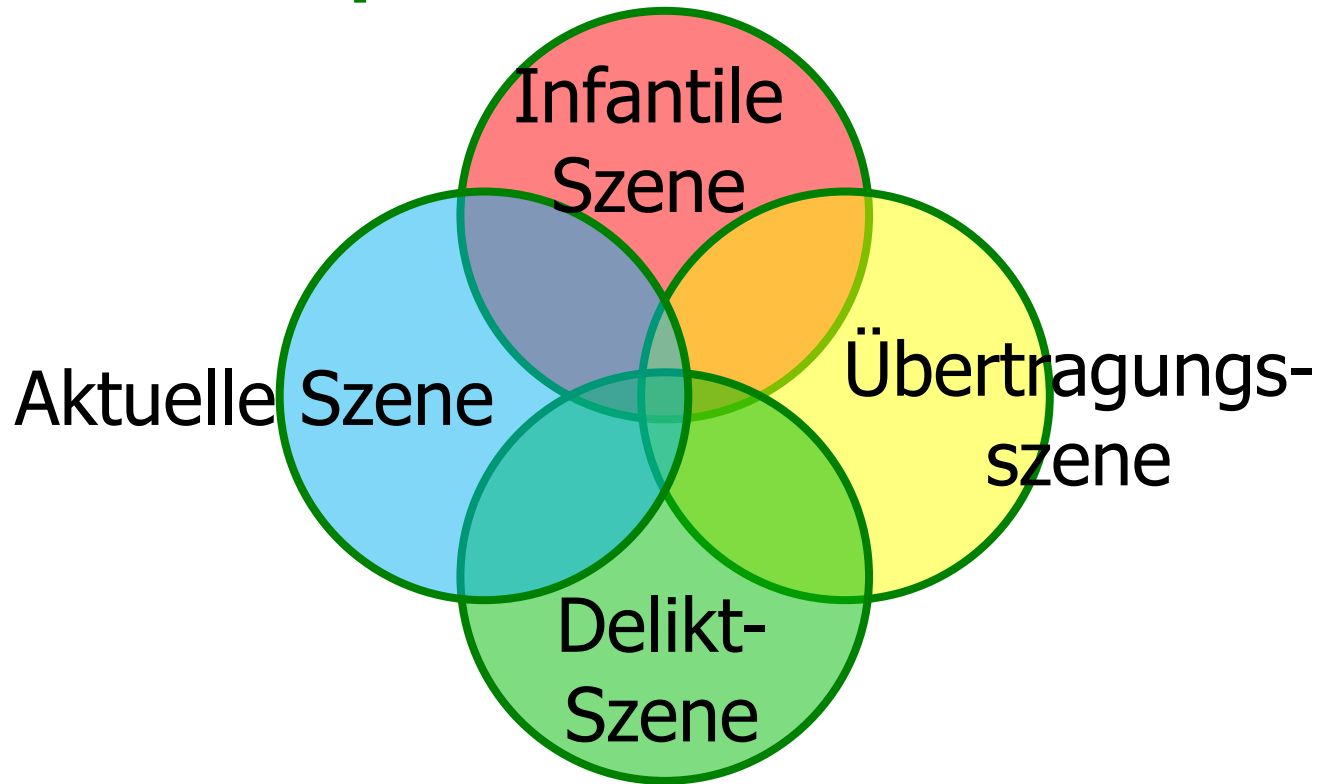
Wittmann (2008). Antisoziale Abwehr versus Psychopathie.
In F. Lackinger, G. Dammann, B. Wittmann (Hrsg.),
Psychodynamische Psychotherapie bei Delinquenz.
Praxis der Übertragungsfokussierten Psychotherapie.
Stuttgart: Schattauer, S. 172.

Psychopathische Gegenübertragung

Nichts kann das Feuer eines Affektsturmes besser entfachen, als ein hölzerner, nicht-responsiver oder sanft sprechender Therapeut, dessen Verhalten entweder nahe legt, dass er nichts ‚kapiert‘ hat, dass er den Kontrollverlust des Patienten verachtet oder dass er zutiefst erschrocken und paralysiert auf die Gefühle des Patienten reagiert. Der Therapeut muss gewillt und fähig sein, dem Patienten auf einem angemessenen Niveau affektiver Intensität zu begegnen, das den Affekt des Patienten anerkennt und doch aushält... mit dem Ergebnis, dass nur eine verwandte, zumindest teilweise korrespondierende Affektintensität auf Seiten des Objekts es ermöglichen kann, die Kommunikation aufrecht zu erhalten. (Kernberg, 2009, 284 f.)

Kernberg O. F. (2009). Narzissmus, Aggression und Selbstzerstörung, 2. Aufl., Stuttgart: Klett-Cotta, S. 284 f.

Szenisches Verstehen / Deliktparalleles Verhalten



„Als **deliktparalleles Verhalten** werden Verhaltensweisen bezeichnet, die denselben oder ähnlichen Funktionen dienen wie das Delikt, aber selbst nicht strafbar sind.“

Endres, Schwanengel, Behnke (2012)

Holding

Holding (Winnicott) im Sinne eines unterstützenden Begleitens ist besonders zu Beginn der Therapie im Sinne einer grundlegenden Annahme des Patienten erforderlich, damit eine tragfähige Arbeitsbeziehung zustande kommen kann.

Sandor Ferenczi formulierte als Buchtitel:
Ohne Sympathie keine Heilung

Containing

Containing (Bion) geht über das Holding weit hinaus und ermöglicht die schrittweise Bewältigung unerträglicher Wut- und Angsteffekte der Patienten: Der Therapeut spürt diese in der Gegenübertragung bzw. wird vom Patienten via projektiver Identifikation verleitet, diese zu erleben. In „verdauter“, modifizierter Form können sie nach und nach, entsprechend dem Stand der Symbolisierungsfähigkeit des Patienten, zurückgegeben werden .

Abstinenz

„Sich nicht verwenden zu lassen und den anderen nicht zu verwenden.“

„harte“ Empathie

Beziehungskredit

„Das häufig unvertraute Gefühl, anerkannt zu werden und Vertrauen aufbauen zu können, liefert dem Therapeuten einen ‚Beziehungskredit‘. Nur vor diesem Hintergrund können therapeutisch notwendige Frustrationen gesetzt und konfrontativ bearbeitet werden. Auf diese Weise lernt der Klient zu erkennen, dass zwischen seinem Wert als Mensch (‚Täter‘) und der Bewertung seiner Handlungen (‚Taten‘) differenziert wird, ohne dass ein Verstehen seines Erlebens und Handelns mit einem Einverständnis gleichzusetzen wäre.“

Müller S., Köhler D. & Hinrichs G. (2007). Intramurale Tätertherapie. Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe, 56 Heft 4, 156-161.

Beziehungsfantasien

Mögliche Beziehungsfantasien:

„... dass Konflikte prinzipiell vermieden werden müssen, damit die Beziehung bestehen bleibt
... dass es zur Vermeidung von Konflikten nötig ist, sich an den Gefühlen und Vorstellungen des anderen zu orientieren bzw. genau diese Selbstverleugnung vom anderen zu verlangen
... dass Konflikte oder die entsprechenden Konfliktängste nur durch Gewalt vermieden oder beseitigt werden können
... dass man im Leben nur entweder Opfer oder Täter von Gewalt werden kann.“

„Strukturelle Veränderungen von Beziehungsfantasien zeigen sich z. B. in der verminderten Tendenz, Grenzen zu überschreiten oder zu unterschreiten.“

Bauriedl T. (2002). Beziehungsanalytische Arbeit mit Sexualstraftätern im Strafvollzug. *Recht & Psychiatrie*, 20. Jg., Heft 2, S. 55 f.

Beziehungsfantasien bei Gewalttätern

Mögliche Beziehungsfantasien:

... dass es immer Sieger und Verlierer gibt und dass man sorgen muss, auf der Sieger-Seite zu stehen.

... dass wer einmal nachgibt, unwiderruflich auf der Verlierer-Seite steht .

... dass man schneller sein muss als der andere: bevor ich geschlagen werde, schlage ich präventiv zu. Verteidigung ist schließlich notwendig und daher legitim.

... dass der Konfliktpartner durch das Äußern anderer Vorstellungen oder seine Körpersprache bereits versucht, sich über mich zu stellen und dass dies unterbunden werden muss.

... dass die meisten anderen Menschen Idioten sind und es ihnen nicht zusteht, Platz zu ergreifen.

... dass es immer wichtig ist, sich mit den Mächtigen zu verbünden.

... dass wer freundlich zu mir ist, mich nur manipulieren will.

Ressourcenorientierung

„... dass sich die Wirksamkeit von Interventionen erhöhen lässt, wenn der Fokus auf die Defizite, Probleme, Schwächen und (Denk-)Fehler der Inhaftierten abgeschwächt und um positive Ansätze und die Arbeit an und mit Ressourcen und vor Kriminalität schützenden Faktoren ergänzt wird. Vermeidungsziele zeigen zu wenig positive Perspektiven auf, sondern besagen nur, was nicht geschehen soll.“

Suhlig S. (2007). Positive Perspektiven in der Straftäterbehandlung. Warum zur Rückfallminderung mehr gehört als Risikomanagement. *Forum Strafvollzug. Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe*, 56, Heft 4, 151-155.

Bifokales Behandlungskonzept

„Sie benötigen deshalb ein spezifisches, auf sie zugeschnittenes therapeutisches Vorgehen, das einerseits ihrer schweren Persönlichkeitsstörung und andererseits ihren gravierenden sozialen Schwierigkeiten Rechnung trägt. Ich habe das für diese Patienten angemessene Therapiemodell als „*bifokales Behandlungskonzept*“ beschrieben. Das Wesentliche dieses Konzepts liegt darin, dass die therapeutische Arbeit sich sowohl auf die *psychischen Strukturen und Prozesse* als auch auf die *soziale Dimension* richtet und beide Bereiche gleichermaßen beachtet. Das bifokale Behandlungskonzept trägt den beiden Störungsanteilen, dem innerseelischen wie dem sozialen, gleichermaßen Rechnung und ist deshalb nach meiner Erfahrung das diesen Patienten angemessene Vorgehen.“

Rauchfleisch U. (2013). Behandlung antisozialer Persönlichkeiten. In. Wischka B, Pecher W. & van den Boogart H. (Hrsg.), Behandlung von Straftätern. Sozialtherapie, Maßregelvollzug, Sicherungsverwahrung. 2. Aufl., Freiburg: Centaurus, S. 373.

Qualitätsmerkmale der Therapie-Beziehung

1. Kenne ich die zentralen Beziehungs- und Selbstbedürfnisse des Patienten?
2. Befriedige ich berechnigte Bedürfnisse des Patienten?
3. Kenne ich zentrale (Beziehungs-) Ängste des Patienten?
4. Kann ich Befürchtungen des Patienten bezüglich der therapeutischen Beziehung entkräften?
5. Kenne ich seine/ihre Art des Umgangs mit Ärger in unserer Beziehung?

S. Sulz (2005). Internes Qualitätsmanagement in psychotherapeutischer Praxis und Ambulanz. Mit Qualitätsmanagement-Handbuch nach DIN EN ISO 9001. München: CIP-Medien, 100-107.

Qualitätsmerkmale der Therapie-Beziehung

6. Kann ich seinen/ihren Umgang mit Ärger in unserer Beziehung thematisieren und therapeutisch nutzen?

7. Nehme ich meine Gefühle in der Therapiesitzung wahr?

8. Kann ich aus meinem Gefühl ableiten, wozu der Patient mich bringen möchte?

9. Kenne ich dysfunktionale Beziehungsmuster des Patienten aus seinen früheren Beziehungen?

10. Kann ich dysfunktionale Anteile seines Beziehungsangebots mir gegenüber erkennen?

Qualitätsmerkmale der Therapie-Beziehung

11. Kann ich erkennen, was der Patient durch sein dysfunktionales Interaktionsangebot Positives erreichen will?

12. Kann ich erkennen, was der Patient durch sein dysfunktionales Interaktionsangebot vermeiden will?

13. Kann ich die Beziehung so gestalten, dass weder ein pathogenes Beziehungsmuster aus der Biographie des Patienten wiederholt wird, noch forciert deren Gegenteil produziert wird?

14. Kann ich eine Prognose stellen bezüglich des zu erwartenden Beziehungstests?

15. Habe ich eine Intervention vorbereitet, die den Beziehungstest nutzen kann, so dass eine korrigierende emotionale Erfahrung erfolgt?

Qualitätsmerkmale der Therapie-Beziehung

16. Fördert die therapeutische Beziehung ausreichend die Veränderungsmotivation des Patienten?

17. Ist die Therapiebeziehung ausreichend stützend/fördernd?

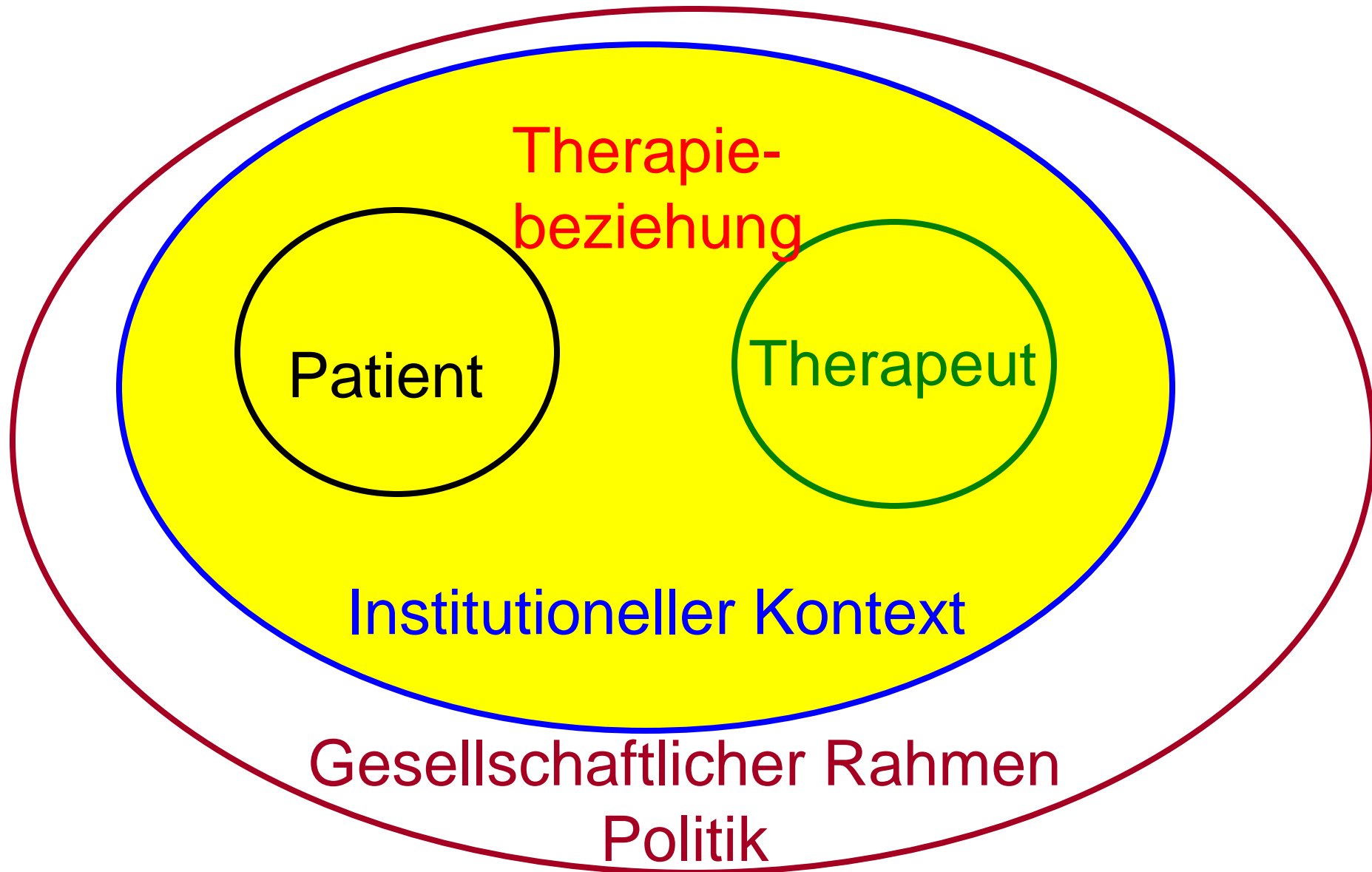
18. Ist die Therapiebeziehung ausreichend konfrontierend/herausfordernd?

19. Bietet die Therapiebeziehung ausreichend Nähe und Warmherzigkeit?

20. Bewahrt die Therapiebeziehung ausreichend Abstand und Professionalität

21. Verändert sich die Therapiebeziehung gemäß der Entwicklung des Patienten?

Akteure in der Straftäterbehandlung



Zwangskontext

„...Therapie, in die sich der Patient ohne Zwangskontext niemals begeben würde, weil das Ausmaß der Pathologie das freiwillige Eingehen einer abhängigen Beziehung nicht zulässt.“

„Das Ausmaß der projektiven Identifizierung des Patienten macht häufig einen Zwangskontext für die Durchführung der Therapie notwendig.“

Lackinger F. (2008). Psychodynamische Strukturdiagnostik und Deliktanalyse bei persönlichkeitsgestörten Delinquenten. In: Lackinger F., Dammann G. & Wittmann B., *Psychodynamische Psychotherapie bei Delinquenz*. Stuttgart: Schattauer, S. 13

Institutioneller Kontext

„Therapeutische Beziehungen in Zwangskontexten sind ... in aller Regel triadischer Natur. Die eigentlichen Auftraggeber, die den Zwang verhängen, sind mit im Gespräch, ohne anwesend zu sein“.

Pleyer, K. H. (1996). Schöne Dialoge in hässlichen Spielen. Überlegungen zum Zwang als Rahmen für Therapie. *Zeitschrift für systemische Therapie*, 3, 192.

„Insofern ist jeder potentielle Behandler von Tätern untrennbar in das Gesamt der institutionellen Machtspiele verwoben, ohne darum bloßes Anhängsel politisch-institutioneller Prozesse zu sein“.

Kobbé U. (2006). Der subjektive Faktor oder: Was passiert in Tätertherapien? *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie* 13, Heft 1, 10.

Übertragung

Gibt es Ihrer Erfahrung nach für eine Therapie im Gefängnis typische oder besonders häufig anzutreffende Übertragungsmuster?

Therapeut als Teil der Institution, Betonung auf der Macht des Therapeuten:

- *„Der Psychologe als Teil der strafenden Institution“*
- *„Therapeut als Teil des ‘Vollzugs-Systems’ (Vorsicht: Das ist er real auch. Die berechtigten, realen Anteile sind sorgfältig von der Übertragung zu trennen!)“*
- *„Der Therapeut als Mitglied bzw. Vertreter der strafenden und in Unfreiheit haltenden Instanzen“*
- *„Übertragungsphänomene gibt es eher mit meinen Leuten in der Wohngruppe als mit Einzelklienten. Da spielt Reibung an der Autorität eine große Rolle.“*

Therapeut als Helfer gegen die Institution, Betonung auf Hilfewunsch:

- *„Der Gute (im Gegensatz zum repressiven Knast)“*
- *„Nach meiner Erfahrung gibt es ein typisches oder besonders häufig anzutreffendes Übertragungsmuster: Die Gefangenen sehen in mir zuerst den Helfer, den Fürsprecher, den Beschützer gegenüber dem ‘strengen und ungerechten Gefängnis’. Gegen Ende der Behandlung werde ich von den meisten Gefangenen als für sie eher lästig und wenig hilfreich erlebt.“*
- *„Du mußt mir helfen, für mich etwas tun.“*

Pecher W. (1999). Tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie im Justizvollzug. Pfaffenweiler: Centaurus.

Gegenübertragung

Gibt es Ihrer Erfahrung nach für eine Therapie im Gefängnis typische oder besonders häufig anzutreffende Formen der Gegenübertragung?

Therapeut als Teil der Institution, Macht des Therapeuten:

„Höhere Instanz; Macht oder Institution“

„Gereiztheit, Vorwürfe über die Uneinsichtigkeit, viele Moralismen: ‘Du mußt lernen, Dir Hilfe zu holen’ etc. ‘Wir sind die Gewinner - ihr seid die Verlierer’“

„Unter dem Druck der Erwartung des Systems Strafvollzug nach ‘Änderung, Umerziehung’ die Übernahme solcher Erwartungen auf den Klienten hin“

„Unbewußte Strafteile (z.B. bei weiblichen Therapeuten gegenüber Sexualdelinquenten)“

Therapeut als Helfer gegen die Institution, Ohnmacht des Therapeuten:

„Identifikation mit dem Täter (also er wird als Opfer empfunden)“

„Versorgungshaltung, die die Verantwortlichkeit des Gefangenen für seine Tat zu wenig berücksichtigt“

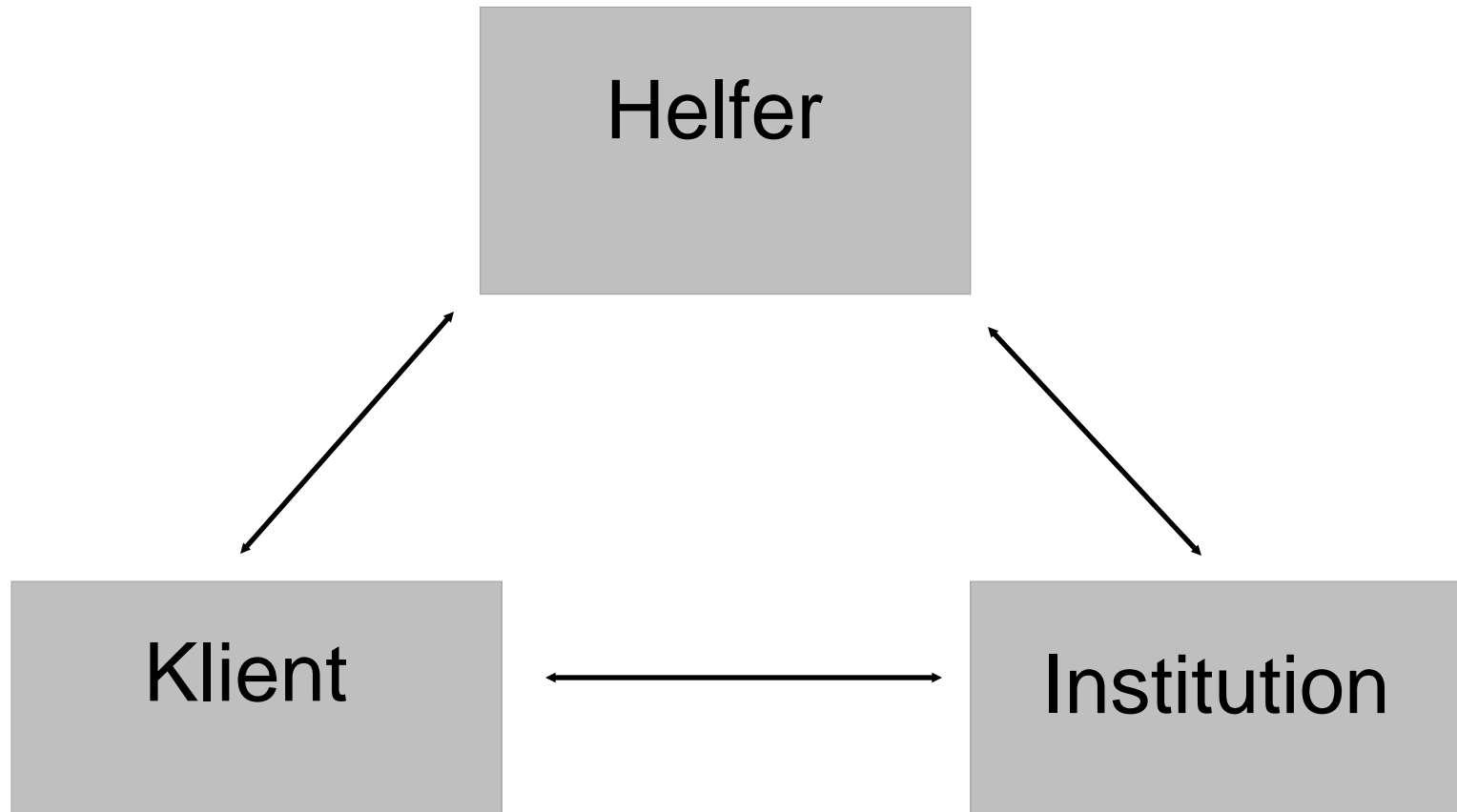
„Koalition gegen das ‘böse’ Gefängnis“

„Ärgerlich werde ich wesentlich öfter auf die Institution als auf die Insassen, ein sicherlich zu diskutierender Sachverhalt.“

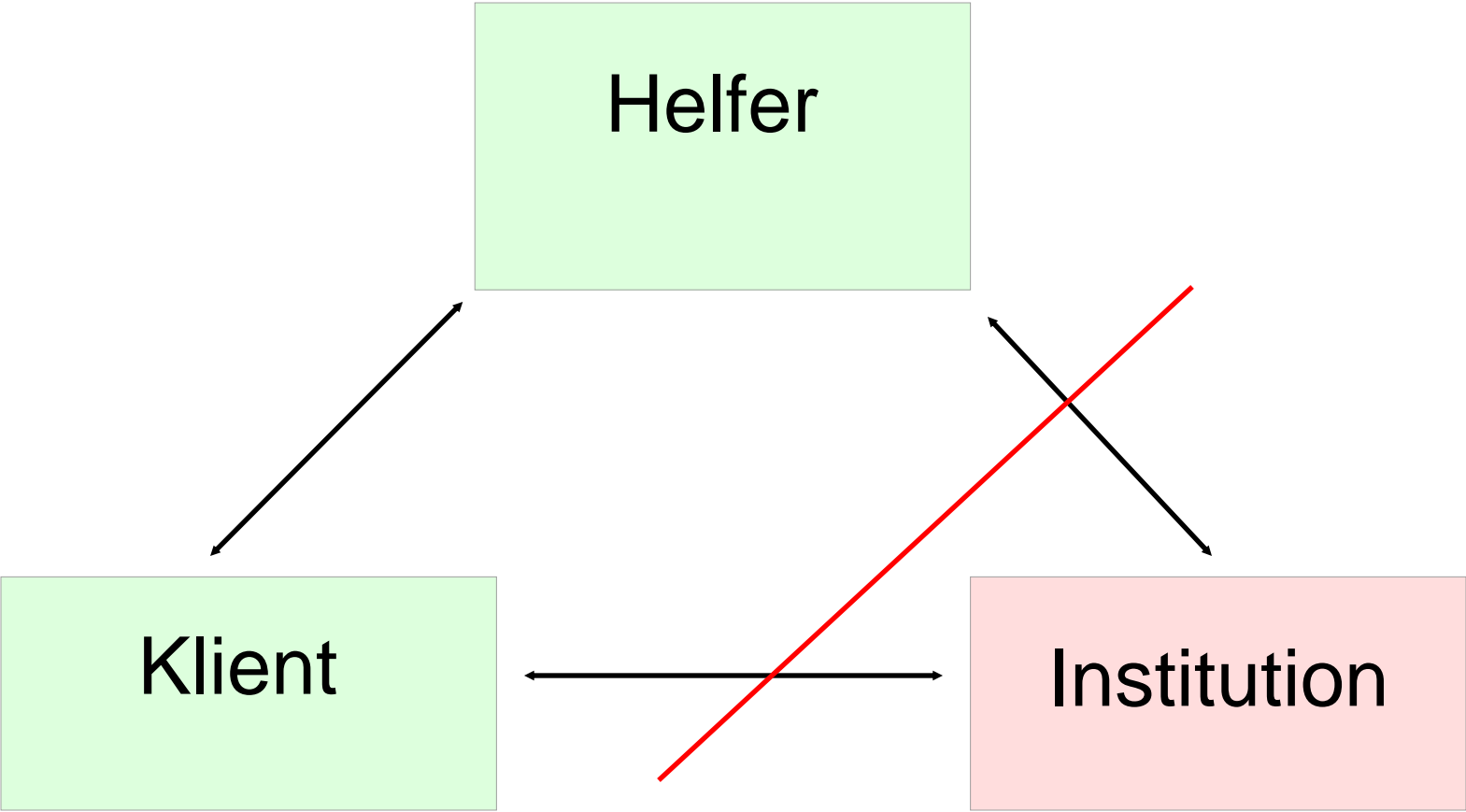
„Gegenübertragungen, die Ohnmachtserlebnisse aktualisieren“

„Die ‘Falle’ der Versorgung oder des machtvollen Einsatzes für den Inhaftierten“

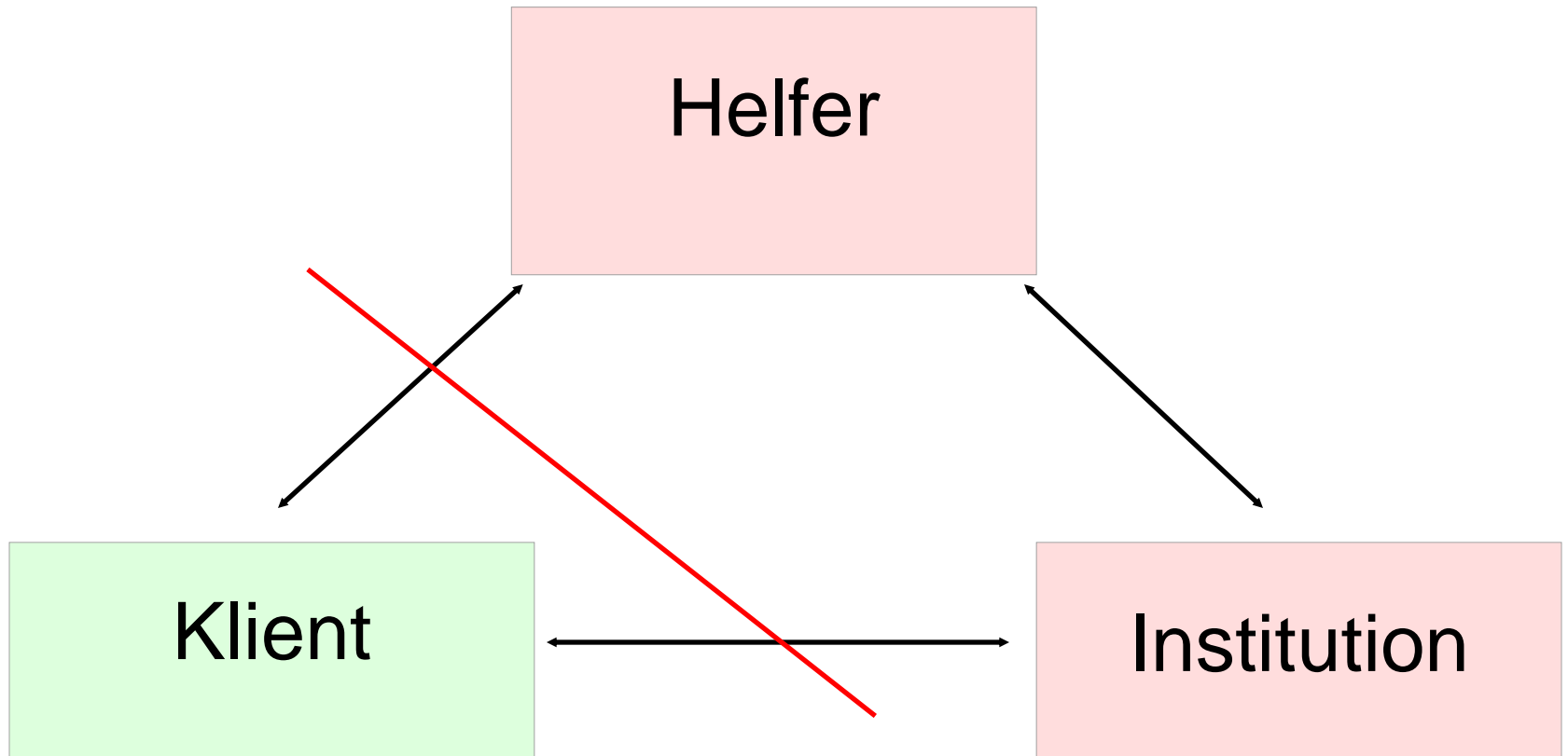
Dreieck Helfer – Klient - Institution



Dreieck Helfer – Klient - Institution



Dreieck Helfer – Klient - Institution



Funktionsebenen in Organisationen

Professionelle Arbeitsebene

Druck
Regression
Regressive
Entprofessionalisierung

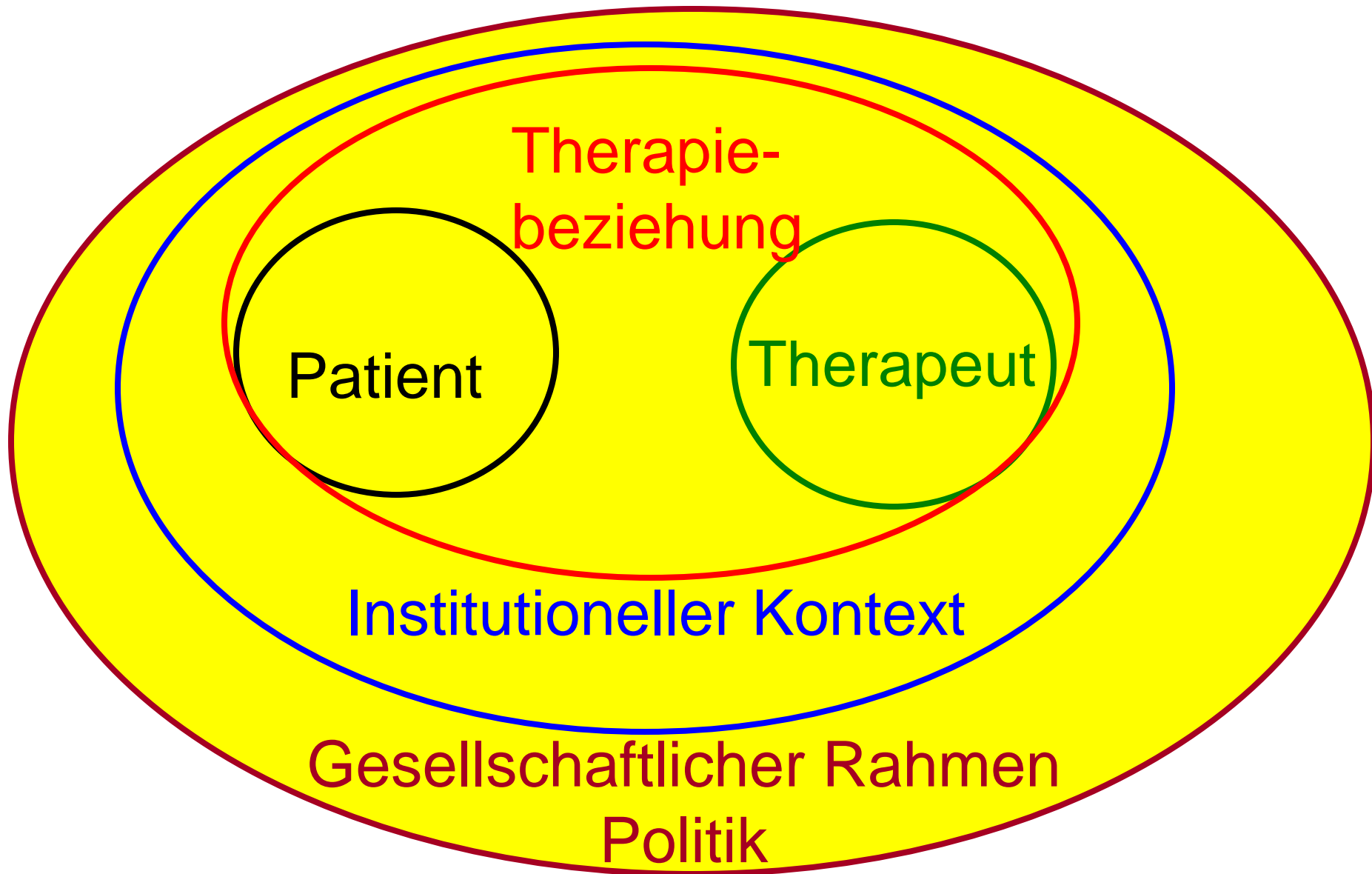
Strukturverlust
„gefährliche“ Nähe

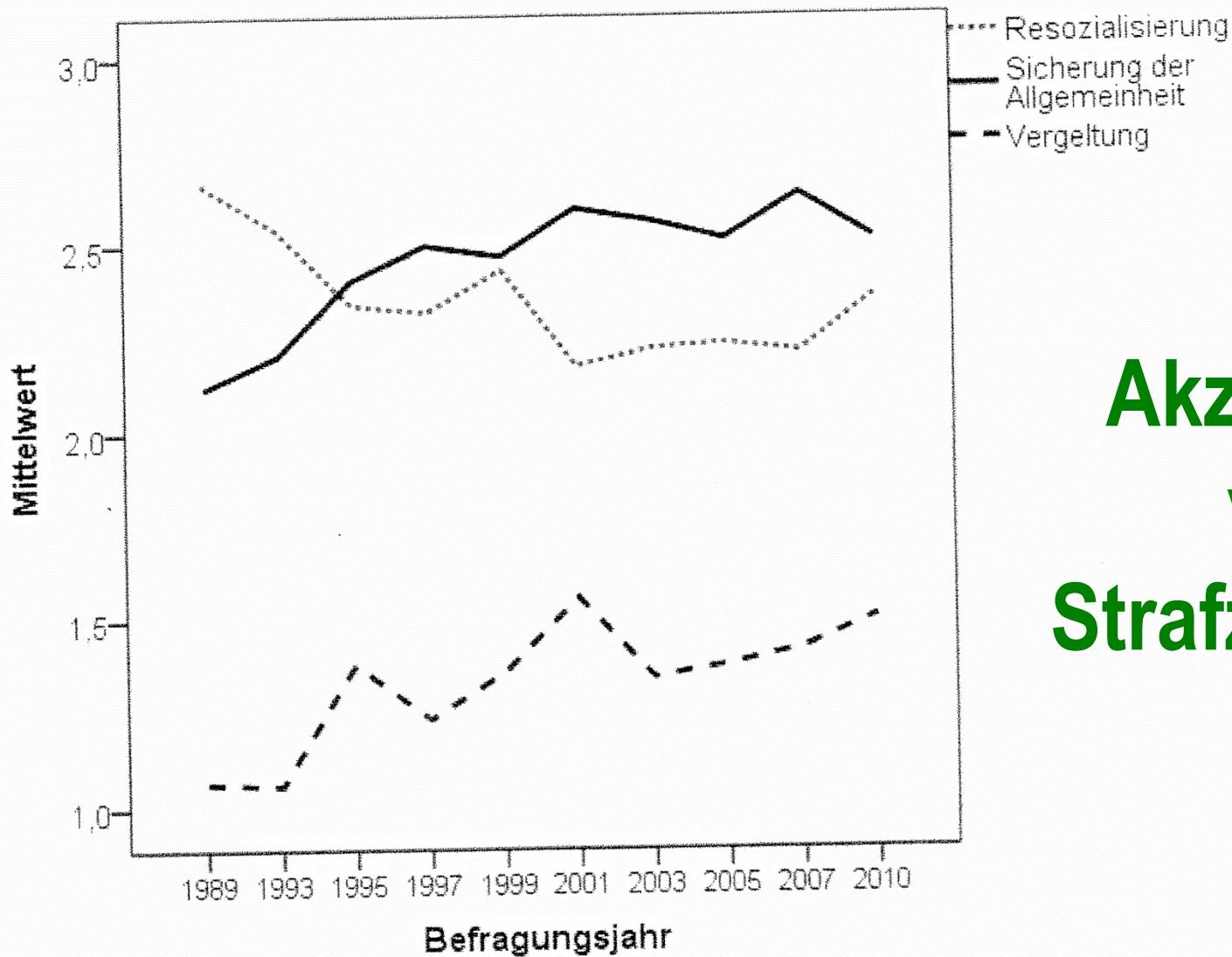
Überstrukturierung
funktionswidrige Distanz

Archaischer Funktionsmodus

Bauer A. & Schmidbauer W. (2005). Im Bauch des Wals. Über das Innenleben von Institutionen. Berlin: Ulrich Leutner Verlag.

Akteure in der Straftäterbehandlung





Akzeptanz von Strafzwecken

Streng F., 2013. Der Strafzweck der Sicherung und die neue Punitivität.
 In: Dessecker A. & Sohn W. (Hrsg.), Rechtspsychologie, Kriminologie und Praxis.
 Festschrift für Rudolf Egg zum 65. Geburtstag. Wiesbaden: KUP, S. 502.

Kriminalitätswahrnehmung

Delikt	Reale Veränderung 1993 - 2003	Einschätzung der Bevölkerung
Alle Straftaten	- 2,6%	+ 17%
Betrug	+ 66,7%	+ 48%
Körperverletzung	+ 58,6%	+ 51%
Wohnungseinbruch	- 45,7%	+ 39%
Autodiebstahl	- 70,5%	+ 47%
Handtaschenraub	- 24,3%	+ 20%
Vollendeter Mord	- 40,8%	+ 27%
Vollendeter Sexualmord	- 37,5%	+ 260%

Pfeiffer C. u .a. (2004). Die Medien, das Böse und wir. Zu den Auswirkungen der Mediennutzung auf Kriminalitätswahrnehmung. Strafbedürfnisse und Kriminalpolitik. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, Heft 6, 415-435.

Soziale Dimension

Von der Notwendigkeit einer psychotherapeutischen Gesellschaftsdiagnostik (= Reflexion gesellschaftlicher Hintergründe für individuelles Leiden) als Alternative zur weit verbreiteten

- ✓ „Gesellschaftsvergessenheit“
- ✓ „sozialen Amnesie“ (Russell Jacoby) der institutionalisierten Psychotherapie
- ✓ „kollektiven Mentalisierungsdefizit“ bezüglich gesellschaftlicher Ursachen psychischer Störungen

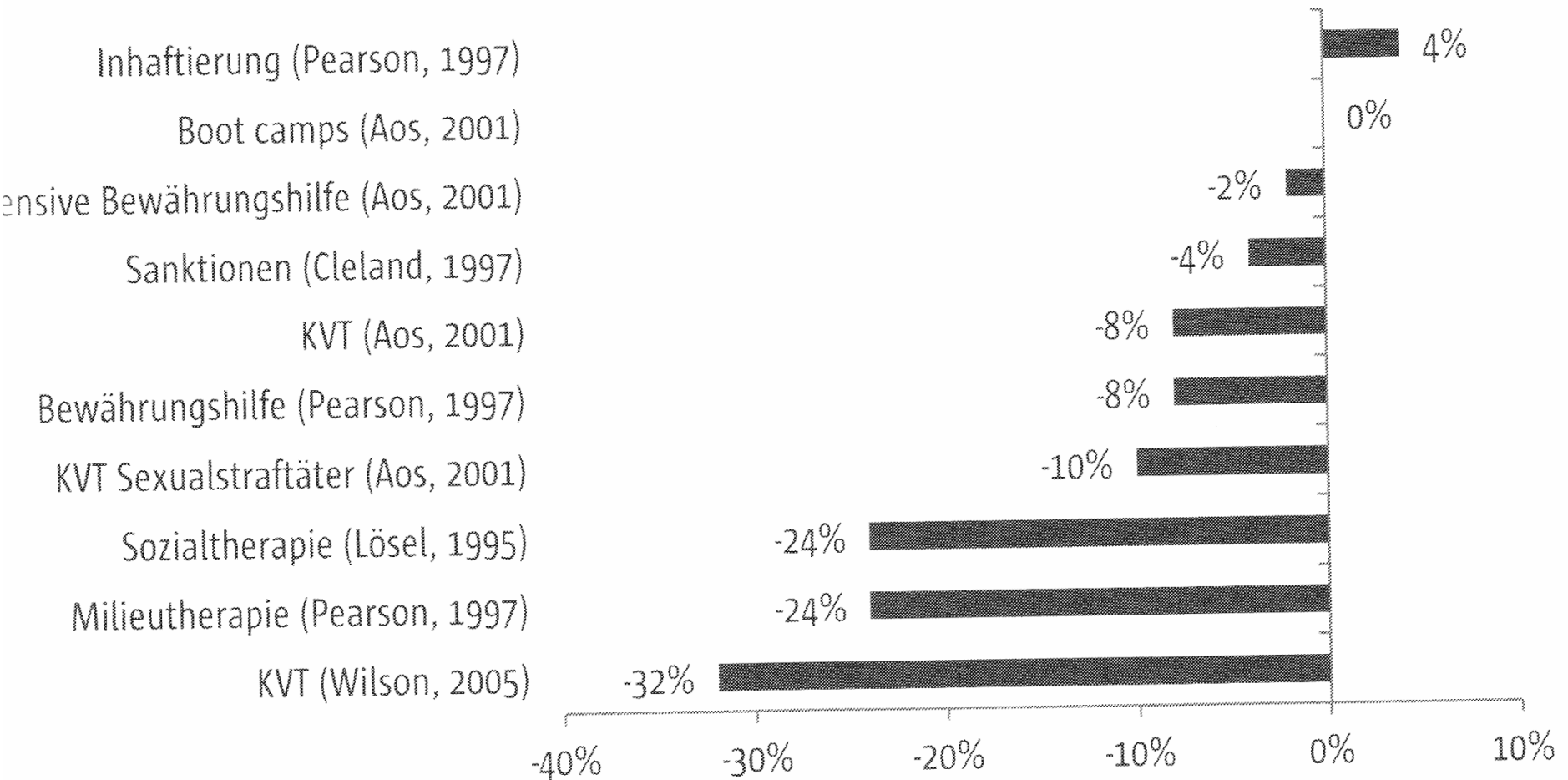
Keupp H. (2008). Vortrag auf dem Landespsychotherapeutentag Bayern am 11.10.2008: Psychotherapie im gesellschaftlichen Umbruch

Rahmenbedingungen

„Behandlung von Straftätern findet noch oft gegen institutionelle und gesellschaftliche Widerstände statt. Ein Verständnis von Strafe als Zufügung eines Übels scheint der Vorstellung von Hilfe durch Behandlung entgegenzustehen. Es mangelt zudem oft an einem gemeinsamen Zutrauen aller Beteiligten in die Wirksamkeit von Straftäterbehandlung.“

Behnke M. & Endres J. (2008). Behandlung im Strafvollzug.
In: Volbert R. & Steller M. (Hrsg.), *Handbuch der Rechtspsychologie*, 108.

Meta-Analysen zu Behandlungseffekten



Endrass J., Rossegger A. & Braunschweig M., 2012. Wirksamkeit von Behandlungsprogrammen. In: Endrass J., Rossegger A., Urbaniok F. & Borchard B. (Hrsg.), Interventionen bei Gewalt- und Sexualstraftätern. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 59.

Meta-Analysen zu Behandlungs- effekten

Lösel F. & Schmucker M., 2008. Evaluation der Straftäterbehandlung. In: Volbert R. & Steller M. (Hrsg.): Handbuch der Rechtspsychologie. Göttingen: Hogrefe, S. 162.

	Studien	Anzahl der Studien/ Vergleiche	Effektstärke (r^a)
<i>Meta-Analysen mit allgemeinen Straftäterpopulationen</i>	Andrews, Zinger et al. (1990)	154	.10
	Dowden, Antonowicz & Andrews (2003) nur „Relapse Prevention“-Programme	40	.15
	Gendreau & Goggin (1996)	215	.13
	Landenberger & Lipsey (2005) nur kognitiv-behaviorale Programme	58	.12
	Lösel et al. (1987) Studien zur deutschen Sozialtherapie	18	.11
	Petrosino (1997) nur randomisierte Studien	115	.02
	Redondo, Sánchez-Meca & Garrido (1999) nur Studien aus Europa	32	.12
<i>Meta-Analysen mit jugendlichen Straftätern</i>	Curtis et al. (2004) nur multisystemische Therapie	11	.27
	Gottschalk, Davidson, Gensheimer & Mayer (1987) nur ambulante Behandlungsprogramme	101	.12
	Lipsey (1992)	397	.05
	Lipsey & Wilson (1998) nur schwere und Gewaltstraftaten	200	.06
<i>Meta-Analysen mit Sexualstraftätern</i>	Hall (1995)	12	.12
	Hanson et al. (2002)	43	.06/.16 ^b
	Schmucker (2004; Lösel & Schmucker, 2005)	80	.14/.14 ^b

Traumatisierte Gefangene

„Nur wenige Fachleute diskutierten bisher, ob man Straftäter als traumatisierte Patienten begreifen kann. Solche Überlegungen stoßen selbst in der forensischen Psychotherapie auf wenig Resonanz, weil es zwei klassische Missverständnisse gibt:

1. Der Versuch des Verstehens von Tat und Täter ist gleichbedeutend mit deren Billigung;
2. Wenn ein Täter als Traumaopfer dargestellt wird, werden damit der Schaden und die Gefahr verleugnet, die von ihm ausgeht.“

Stiels-Glenn M. (2003). Straftaten als Traumafolge – ein Widerspruch?
Forensische Psychiatrie und Psychotherapie 10,3,

Idealisierung von Behandlung

„Das sehr nachdrückliche und optimistische Betonen des Therapieangebots für die Sicherungsverwahrten durch das Verfassungsgericht wie durch den Gesetzgeber wirft den Gedanken auf, ob hier in Wahrheit mit einer diabolischen List die Untauglichkeit von Straftätertherapie in einem Großversuch jedermann vor Augen geführt werden soll. Tatsächlich weiß ja keiner, wie man Sicherungsverwahrte wirksam, wirksamer als bisher, behandelt.“

Kröber H.-L. (2013), Grenzen der Therapie, Forensische Psychiatrie Psychologie Kriminologie 7:149–150



Sozialtherapie
– und alle sind
resozialisiert

Negative Effekte der Behandlung

Bei etwa jedem 10. Patienten verschlimmern sich die Beschwerden in der Psychotherapie

Therapeuten unterschätzen die Zahl ihrer Misserfolge

Psychotherapieforscher kümmern sich bislang zu wenig um das Problem

Warum eine Therapie scheitert, ist schwer zu sagen. Wahrscheinlich spielen die Probleme des Patienten, die Fähigkeiten des Therapeuten und die Passung zwischen beiden eine Rolle.

Spitzer, R., Richter R., Löwe B. & Freyberger H. (2010).
Auf dem Prüfstand. Gehirn und Geist, 9, 2010

Negative Effekte der Behandlung

Misserfolge: Die ausgesprochenen oder unausgesprochenen Behandlungsziele werden nur schlecht oder gar nicht erreicht.

Nebenwirkungen: Es treten Effekte auf, die nicht erwünscht waren und für die Patienten nachteilig sind.

Schäden: Die nachteiligen Auswirkungen der Therapie halten lange an und sind erheblich.

Negativfolgen können sich beziehen auf

- Patienten
- Psychotherapeuten
- Institution

Linden M. & Strauß B. (Hrsg.) (2012). Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Erfassung, Bewältigung, Risikovermeidung.

Mögliche Nebenwirkungen auf die Sozialtherapie

- Für den Gefangenen: schlechtere Prognose bei Abbruch als ohne Behandlung; höheres Anspruchsniveau als ohne Behandlung;
- Für die Mitgefangenen: „Ansteckung“ durch wenig bis nicht motivierte Mitgefangene; Gefährdung des für die Behandlung notwendigen therapeutischen Milieus;
- Für den Behandler: Zweifel an eigener Kompetenz; Abnützungerscheinungen durch zu viele schwierige Fälle;
- Für das Behandlungsteam: Destabilisierung durch Überforderung; Spaltung; Personalfuktuation;
- Für die Institution: Senkung der Erfolgszahlen und dadurch Zweifel an Wirksamkeit; Ineffizienz durch jahrelanges Blockieren der Behandlungsplätze;

Unbehandelbare Psychopathen?

„Bestehen keine außergewöhnlichen Umstände, dann ist eine psychotherapeutische Behandlung in diesen Fällen kontraindiziert.“

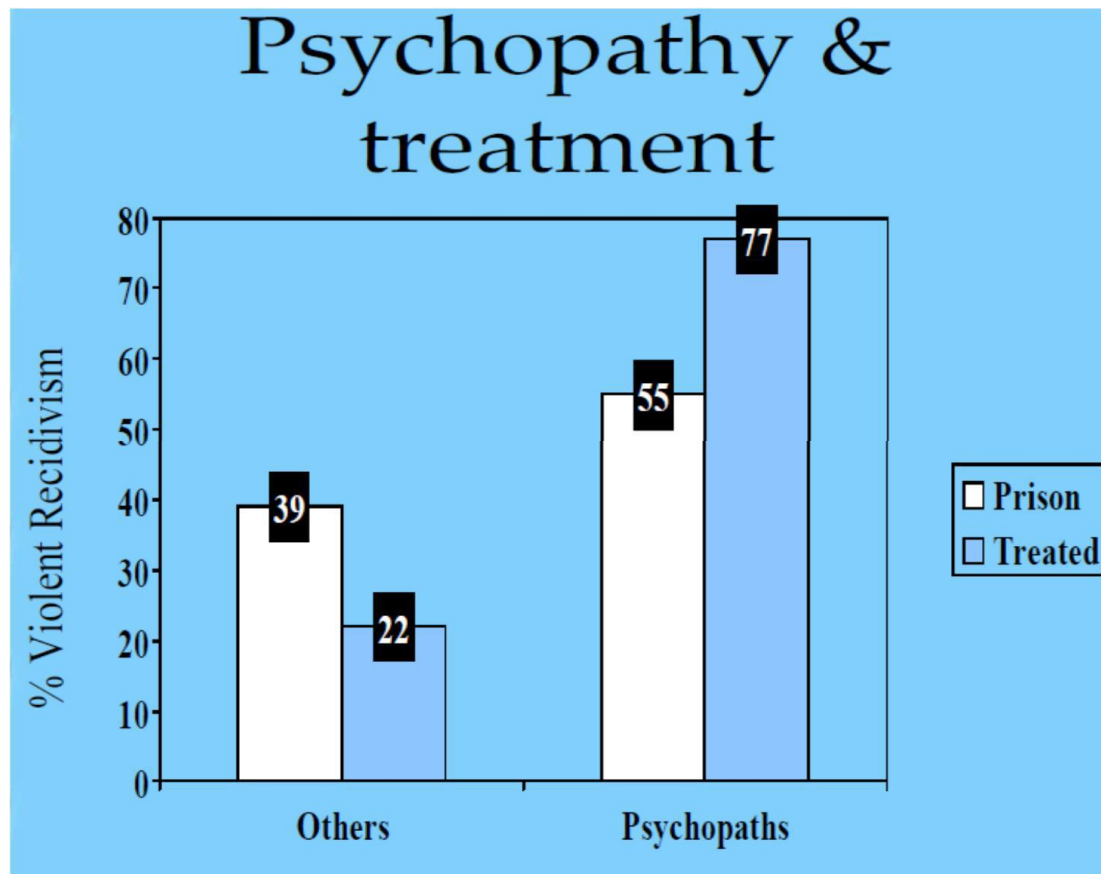
(Kernberg 1984, *Schwere Persönlichkeitsstörungen*, S. 401)

„Unter optimalen Bedingungen kann in Einzelfällen der Versuch eines psychotherapeutischen Ansatzes gerechtfertigt erscheinen.“

(Kernberg 2012, Zur Differentialdiagnose von Bipolaren Störungen, Depression, Aufmerksamkeitsdefizit-Störung sowie Persönlichkeitsstörungen, *Persönlichkeitsstörungen. Theorie und Therapie*, 16, 171)

Unbehandelbare Psychopathen?

Rice (1992): Vergleich von 176 behandelten mit 146 unbehandelten Probanden nach einer Zeitspanne von mind. 2 Jahren. Bei einem PCL-Wert >30 wiesen die Behandelten eine signifikant höhere Rückfallrate auf.



Unbehandelbare Psychopathen?

Gründe für dieses Ergebnis nach Mokros & Habermeyer (2012):

- Durchführung 1968 bis 1978
- Großteil der Interventionen von den Patienten selbst gesteuert, sogar an Lockerungs- und Verlegungsentscheidungen waren die Patienten beteiligt.
- Kontakt zum therapeutischen Fachpersonal war relativ gering.
- Teilweise wurde LSD eingesetzt, um Blockaden zu lösen

Negative therapeutische Reaktion

Übertragungswünsche nach einem Selbstobjekt werden nicht aufgegriffen, sondern es wird von einem Reifegrad ausgegangen, der nicht vorliegt.

Irrationale unbewusste Selbstbestrafungstendenzen zwingen den Patienten immer wieder dazu, an seinem Unglück und seiner Selbstdestruktivität festzuhalten.

Unbewusster Neid auf den Therapeuten als Grund, die Arbeit des Therapeuten zu zerstören und Weigerung, von ihm in irgendeiner Form abhängig zu werden.

Intensive Gegenübertragungsgefühle stellen eine Reaktion auf den kaschierten Sadismus des Patienten dar.

NTR tritt bei Therapeuten auf, die mit dem „Nein“ des Patienten, das mit Neid, Hass und Abgrenzung einhergeht, erzieherisch und nicht analytisch umgehen.

Grenzen der Behandelbarkeit

„Man sollte nicht vergessen, dass Therapiefähigkeit eine Eigenschaft ist, die nicht nur einen bestimmten Patienten, sondern auch einen bestimmten Behandler, eine bestimmte Einrichtung oder ein bestimmtes Behandlungssystem charakterisieren“

Leygraf, 2002, Verschiedenen Möglichkeiten, als nicht therapierbar zu gelten, *Recht & Psychiatrie*; 20: S. 3.

Grenzen der Behandelbarkeit

Lackinger (2008): „Es ist für forensische Therapeuten ebenso wie für forensisch-therapeutische Einrichtungen äußerst wichtig, sich nicht für alle Störungen zuständig zu fühlen.“

Rauchfleisch (2008) rät, „auf eine heterogene Zusammensetzung der Klientel zu achten und zum anderen dafür zu sorgen, dass sich nicht allzu viele dissoziale Patienten in der Anfangsphase der Therapie (mit zum Teil besonders heftigem Agieren) befinden.“

Suhling (2011): „Praktische Erfahrungen zeigen, dass Wohn- bzw. Therapiegruppen durchaus ein bis zwei Personen mit dieser Persönlichkeitsstörung „vertragen“ (z.B. Marshall et al., 2011; Pecher 2011).

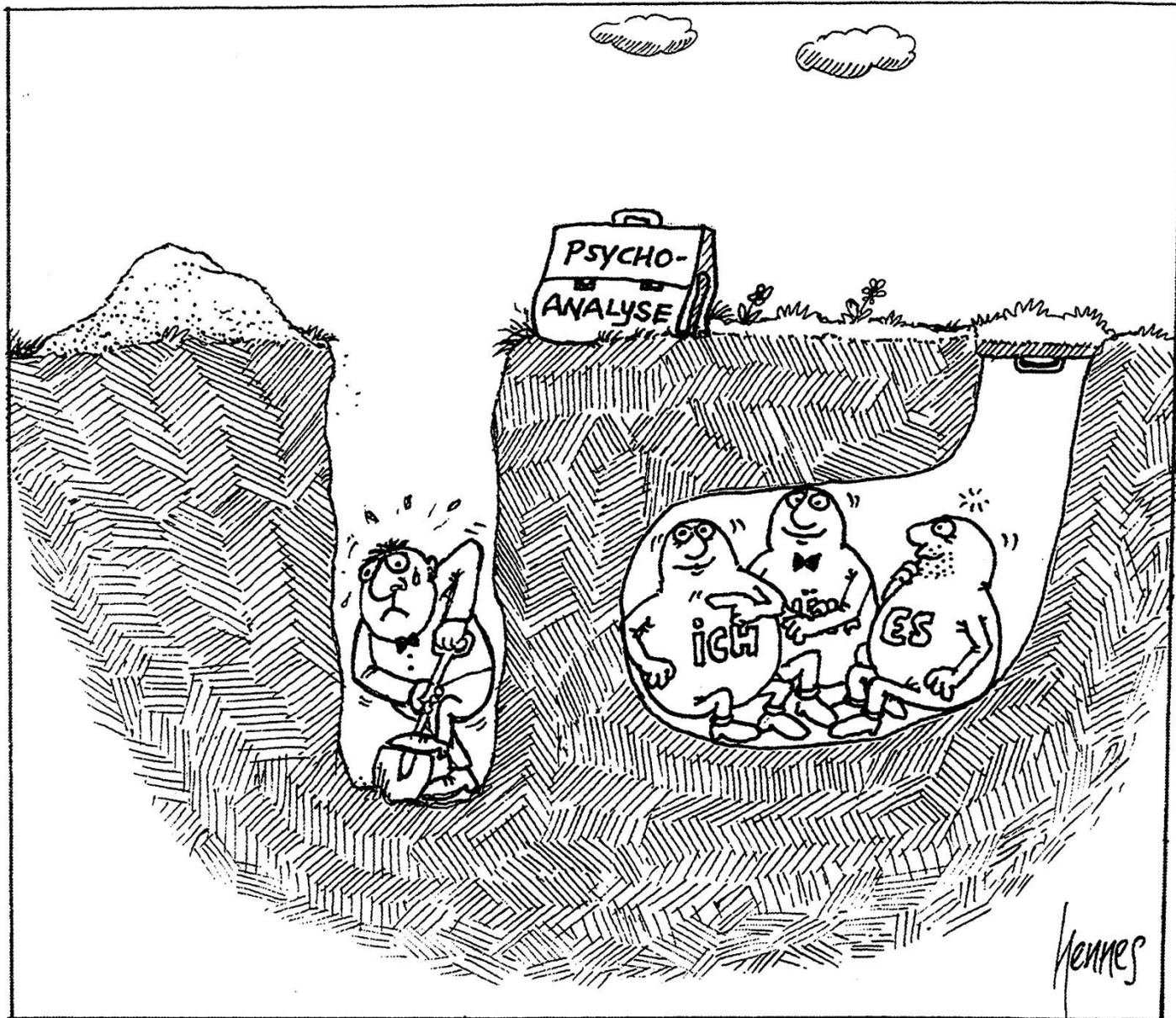
Grenzen der Behandelbarkeit

Konsequenz:

Auch die Rahmenbedingungen der jeweiligen therapeutischen Einrichtungen sind mitentscheidend über Indikation, z. B.:

- Steht ein geeigneter Therapeut zur Verfügung?
- Übersteigt die derzeitige Gruppenzusammensetzung die Behandlungskapazität?
- Muss sich das Team (wieder) neu finden und ist deshalb schneller an seiner „Grenze“ angelangt?

Grenzen der Behandelbarkeit



Belastungen für den Psychotherapeuten

- „die ständige Bedrohung der Grenzen und der Integrität des Psychotherapeuten durch grenzgestörte Patienten
- die Verpflichtung, ein liebevolles, tragfähiges Arbeitsbündnis auch gegen innere und äußere Widerstände aufrechtzuerhalten,
- die Konfrontation mit eigenen Erinnerungen und unangenehmen biographischen Details, die durch die Auseinandersetzung mit der Biographie des Patienten ausgelöst werden,
- ein immer wieder vorkommendes Erkennen zumindest streckenweiser Gemeinsamkeiten mit den Patienten und den daraus resultierenden Affekte, (...)“

Reimer C., Eckert J., Hautzinger M. & Wilke E. (Hrsg.) (2007).
Psychotherapie.

Behandlungsempfehlungen

Empfehlungen für eine effektive Behandlung von Straftätern mit deutlich ausgeprägten psychopathischen Persönlichkeitsanteilen:

➤ **Auswahl geeigneter Therapeuten:** forensisch erfahren, selbstsicher und abgrenzungsfähig

➤ **Etablierung einer tragfähigen Therapiebeziehung:** Einigung auf gemeinsame Ziele bedeutsamer als emotionale Kongruenz.

Psychopathen sind durch Belohnung bei Zielerreichung zu motivieren, aber kaum durch einen gefühlsmäßigen Rapport. Therapeut muss Hoheit über die Behandlung wahren in Anbetracht von Manipulation.

➤ **Förderung der Therapiemotivation:** nicht auf Leidensdruck setzen. Zielformulierung im Sinne einer Optimierung, nicht im Sinne einer Bearbeitung von Defiziten.

Makros & Habermeyer, 2012. In: Endrass, Rossegger, Urbaniok & Borchard (Hrsg.). Interventionen bei Gewalt- und Sexualstraftätern. S. 298 f.

Behandlungsempfehlungen

- **Einhaltung von Regeln und Vorgaben:** keine kleinen Gefälligkeiten erweisen. Keine Ausnahmen gewähren, um sich nicht angreifbar oder abhängig zu machen und nicht einer Spaltung des Teams Vorschub zu leisten.
- **Klare Strukturierung:** Verantwortlichkeiten, Abläufe und Entscheidungswege sind klar vorgegeben und transparent. Sie sind nicht Gegenstand von Verhandlung.
- **Genaueres Beobachten des Patientenverhaltens:** Abgleich des Verhaltens dem Therapeuten und anderen gegenüber, Rückmeldung von Inkohärenz. Erfordert intensiven und regelmäßigen Austausch im Team.
- **Konzentration auf kognitive Fähigkeiten, nicht auf emotionale Defizite:** Vermittlung der Kosten, die für den Betroffenen durch sein Verhalten langfristig entstehen, dabei auch Thematisierung der kurzfristigen Vorteile.

Behandlungsempfehlungen

- **Gestaltung des Umfelds:** prosoziales Verhalten soll Vorteile, dissoziales (Regelverstöße) klare Sanktionen nach sich ziehen, so dass Diskrepanz von Kosten und Nutzen erfahrbar wird.
- **Fokussierung auf kriminogene Faktoren:** z. B. Impulsivität oder sexuelle Präferenzstörungen.
- **Kombination von Einzeltherapie mit Gruppentherapie**
- **Hohe Behandlungsintensität und -frequenz**
- **Externe Supervision der Teammitglieder durch einen forensisch erfahrenen Therapeuten;** wichtige Ziele: sich nicht durch Manipulation vereinnahmen zu lassen, therapeutischen Optimismus aufrecht erhalten und nicht auf die Gefühlsarmut der Patienten mit einer vorwurfsvollen oder ablehnenden Haltung zu reagieren.
- **Unterstützung beim Übertritt aus einer stationären forensischen Unterbringung in ein weniger reglementiertes Lebensumfeld**
- **Fortlaufende Evaluation des Programms im Sinne der Qualitätssicherung**

Behandlungsteam

Bauriedl (2002) führt aus, „dass die Pflege einer guten Beziehungskultur in der Anstalt nicht nur für alle Mitarbeiter, sondern auch für die Effektivität der Resozialisierungsbemühungen ausschlaggebend ist. (...) Wenn auf allen Ebenen immer wieder Konflikte ausgetragen, Beziehungen und Funktionen geklärt und gemeinsame Lösungen gefunden werden, dann trägt das gleichzeitig zur Stabilisierung der Gefangenen bei.“

Sachsse (2008): „Ein solches Arbeitsklima erfordert im Allgemeinen eine gewisse Familiarität, aber auch nicht so viel, dass die Station zur Familie wird, in der man zwar lebt, sich regressiv beruhigt und auftankt, in der man sich aber nicht entwickeln muss.“

„Therapiehemmnisse“

Therapiehemmnisse werden als dimensionale Konstrukte verstanden. Sie können im Ausprägungsgrad bzw. in der Summe eine so große Wirkkraft entfalten, dass relevante Therapieerfolge nicht mehr denkbar erscheinen.

Die verschiedenen Aspekte sollen die Diskussion um „unbehandelbare Täter“ etwas von der Fixierung auf den „Psychopathy“-Begriff lösen und größere Differenzierung ermöglichen.

Der Autor bezeichnet die von ihm beschriebenen Therapiehemmnisse als „Obstkerne, an denen ich mir im Laufe meiner Berufsjahre regelmäßig die Zähne ausgebissen habe.“

Thalman T. (2013). Therapiehemmnisse bei Straftätern. Aus der Sicht eines Praktikers. Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie, 7: 171-176.

„Therapiehemmnisse“

- 1) Intelligenzdefizite
- 2) Mentale Desorganisation
 - a) amorphes autobiografisches Gedächtnis
 - b) amorpher Wirklichkeitsbezug
 - c) Willensschwäche
- 3) Motivationsdefizite
- 4) Fassadenhaftigkeit / Pseudobezüge
- 5) Rigidität / Cluster-A-Störungen

Thalmann T. (2013). Therapiehemmnisse bei Straftätern. Aus der Sicht eines Praktikers. Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie, 7: 171-176.

Intelligenzdefizite

Therapie hat mit Lernvorgängen zu tun, deren Erfolg an kognitive Voraussetzungen gebunden ist.

Sind diese zu gering, bleibt das Denken konkretistisch. Es fällt schwer, aus der Verhaftung in Geschichten und Anekdoten auszusteigen und allgemeine Zusammenhänge zu erkennen. So fällt es schwer, Muster wahrzunehmen, sei sie gestalterhafter, kausaler oder korrelativer Natur.

Erfahrung: sehr kritischer Bereich in der Spanne IQ 70 bis 80. Oft verdecktes Handicap, das sich auf der Ebene alltagspraktischer Fertigkeiten gar nicht bemerkbar machen muss.

Thalmann T. (2013). Therapiehemmnisse bei Straftätern. Aus der Sicht eines Praktikers. Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie, 7: 171-176.

Amorphes biografisches Gedächtnis

Im Laufe des Lebens erzählen wir alle dessen Geschichte immer wieder um. Nicht zuletzt dient dieser kreative Prozess der Selbstwertstabilisierung.

Bei manchen Menschen führt die Neukonstruktion zu einem Faktenchaos, einer Auflösung des Zeitgitters, einer untrennbaren Vermischung von Wahrheit und Fiktion.

Dies führt dazu, dass vom Therapeuten keine verbindliche Struktur mehr zu erkennen ist. Klärungsbemühungen führen oft zu weiteren Verwirrungen. Es ergibt sich somit keine tragfähige therapeutische Arbeitsbasis. Wahr ist nicht mehr, was mit den Tatsachen übereinstimmt, sondern was im Moment gut klingt.

Thalman T. (2013). Therapiehemmnisse bei Straftätern. Aus der Sicht eines Praktikers. Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie, 7: 171-176.

Amorpher Wirklichkeitsbezug

Das gedächtnisbezogene Chaos lässt sich mitunter auch im ganz aktuellen Wirklichkeitsbezug eines Probanden beobachten.

Die Sicht der Dinge und die emotionale Beteiligung kann sich in rasanter Geschwindigkeit verändern.

Diese Instabilität bezieht sich auch auf die Behandlungsmotivation. „Solche Probanden erklären dienstags womöglich noch ganz überzeugend, einen Behandlungsbedarf, den sie mittwochs in keiner Weise mehr erkennen können, weil mit ihnen alles o. k. sei.“

Thalman T. (2013). Therapiehemmnisse bei Straftätern. Aus der Sicht eines Praktikers. Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie, 7: 171-176.

Willensschwäche

Manchmal ist eine tiefe Kluft zwischen kognitiver und aktionaler Ebene zu beobachten.

Ein Änderungsbedarf wird glaubhaft artikuliert und protektive Maßnahmen durchdacht – jedoch zeigt sich keine Änderung in der Verhaltensebene.

Man hat den Eindruck, dass Vorsatz mit der Realität verwechselt wird.

Thalmann T. (2013). Therapiehemmnisse bei Straftätern. Aus der Sicht eines Praktikers. Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie, 7: 171-176.

Motivationsdefizite

„Das Gefängnis stellt für bestimmte Täterpersönlichkeiten den optimalen Lebenskontext, sozusagen eine ökologische Nische, dar.“

Fehlende psychische Struktur und massiv eingeschränkte Fähigkeiten zur Selbststeuerung führen dazu, dass evtl. das Gefängnis eine Kompensation dieser Defizite bietet. Die Person wird durch äußere Strukturgebung entlastet und kann Eigenarten der Persönlichkeit bisweilen auf deutlich risikoärmere Weise leben.

Bei manchen Gefangenen scheint der Rückfall kein Scheitern darzustellen, sondern einem Lebensentwurf zu entsprechen.

Thalmann T. (2013). Therapiehemmnisse bei Straftätern. Aus der Sicht eines Praktikers. Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie, 7: 171-176.

Gefängnis als Vater-Ersatz

- + Unbewusstes Selbst-Bestrafungsbedürfnis
- + Stabilität, Berechenbarkeit, Ordnung
- + Distanz zur Mutter

Pecher W. (1989). Das Gefängnis als Vater-Ersatz. Die Suche nach dem Vater als unbewußtes Motiv für Straffälligkeit. Frankfurt: R. G. Fischer

Erholungskur im Knast

Västeras (AP)

Der tickt nicht richtig, war der erste Gedanke von Polizeibeamten in der schwedischen Stadt Västeras, als ein Mann auf der Wache erschien, sich als Betrüger vorstellte und darum bat, verhaftet und zu einer Gefängnisstrafe verurteilt zu werden. Nach eigenen Angaben hat der Mann in einer Anzahl von Fällen Banken, Hotels und Privatpersonen um Zehntausende Kronen geschädigt. Er wurde, ganz nach seinem Wunsch, festgenommen und meinte dazu: „Ich muß mich im Gefängnis erholen und von der Flasche wegkommen. Ich habe mein flottes Leben satt.“

Fassadenhaftigkeit / Pseudobezüge

Im Gegensatz zu Desorganisation ist hier hohe Konsistenz und Kontinuität in der Selbstpräsentation erkennbar. „Irgendwann aber, und in solchen Fällen meist relativ spät, kommt der Punkt, wo man feststellen muss, dass alle Introspektionen, Bekundungen und vorgegebenen Wertbezüge ungültig sind und vom Probanden wie Kleider gewechselt werden können.“

Die Kompetenz zur Herstellung einer therapeutischen Beziehung ist bei diesen Menschen hoch. Nach Art eines ‚therapeutischen Durchmarsches‘ präsentieren sie zunächst durchaus überzeugende Entwicklungsfortschritte. Rückfälle lösen bei den Behandlern oft Überraschung und Irritation aus.

Thalman T. (2013). Therapiehemmnisse bei Straftätern. Aus der Sicht eines Praktikers. Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie, 7: 171-176.

Rigidität / Cluster-A-Störungen

Bezeichnet quasi den anderen Pol der Fassadenhaftigkeit: „Es gibt Gefangene, die, aus welchen Gründen auch immer, kommunikativ völlig unerreichbar sind.“ Sie bleiben in ihren Überzeugungen und ihrer Weltsicht verhaftet und erscheinen nicht fähig, etwas in Frage zu stellen oder zu relativieren. Diese Rigidität paart sich nicht selten mit hochgradig idiosynkratischen Überzeugungen und Wirklichkeitsinterpretationen, so dass eine Nähe zu den Cluster-A-Persönlichkeitsstörungen besteht.

Der Patient erlebt die Versuche des Therapeuten, zu einer Flexibilisierung der Sichtweisen anzuregen, oft als feindlich.

Thalman T. (2013). Therapiehemmnisse bei Straftätern. Aus der Sicht eines Praktikers. Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie, 7: 171-176.

A photograph taken from the perspective of a pilot in the cockpit of a balloon. The view is looking out over a vast, green valley with rolling hills, fields, and small villages. The sky is clear and blue. In the foreground, the cockpit's instrument panel is visible, featuring various gauges, dials, and switches. The registration number 'D-LZFN' is visible on the right side of the panel. Two pilots are visible: one on the left wearing a white shirt and a white helmet, and another on the right wearing a white helmet. The text 'Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!' is overlaid in large, bold, yellow letters across the center of the image.

**Vielen Dank für
Ihre Aufmerksamkeit!**