

Schwarze, C.¹ & Schmidt, A. F.² (2008).

Zwangskontexte.

In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.).

Handbuch der therapeutischen Beziehung – Band II: Spezieller Teil
(S. 1477-1507). Tübingen: DGVT

¹ Klinik für forensische Psychiatrie Haina

² Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, Institut für Psychologie, Lehrstuhl für Sozial- & Rechtspsychologie

Zwangskontexte

Claudia Schwarze¹ & Alexander F. Schmidt²

Wie können die Grundlagen der psychotherapeutischen Beziehungsgestaltung in der Arbeit mit psychisch kranken Straftätern gewährleistet werden? Ein Setting, das per se von Zwang und Kontrolle gekennzeichnet ist, lässt keine gleichberechtigte Beziehungsgestaltung zu. Der Patient befindet sich in einer Abhängigkeit zum Therapeuten, der einerseits Vertrauensperson sein soll, gleichzeitig aber auch Entscheidungsträger für Vollzugslockerungen und Prognosegutachter für das Gericht ist. Nur wenige der Patienten scheinen motiviert zur therapeutischen Arbeit, der größere Teil fühlt sich entsprechend den meist als ich-synton erlebten Erkrankungen zu Unrecht in der forensischen Psychiatrie untergebracht. Klassische Beziehungskonzepte, die auf das Erleben von Leidensdruck und Therapiebedürftigkeit abzielen und Therapiefähigkeit ad hoc unterstellen, greifen in sog. Zwangssettings zu kurz. Vor diesem Hintergrund kann das erweiterte Therapiemotivationsmodell für Straftäter von Dahle (1998) als Bereicherung erachtet werden. Ebenso ist die Unterscheidung von Berg und Miller (2000) in verschiedene Arten der therapeutischen Beziehung abhängig vom Grad der Verantwortungsübernahme und die daraus resultierenden Interventionen zur Stärkung dieser als gewinnbringende Heuristik einzusetzen. Abschließend wird ein Ausblick auf mögliche Lösungsperspektiven zur Stärkung der therapeutischen Beziehung durch eine Erweiterung des Spielraums zwischen Freiwilligkeit und Zwang, Selbst- und Fremdverantwortung gegeben. Es werden praktische Hilfestellungen für die Gestaltung eines therapeutisch nutzbaren Arbeitsbündnisses im Spannungsfeld zwischen Sicherungs- und Behandlungsauftrag dargestellt.

Schlüsselwörter: Therapeutische Beziehung, Zwangsbehandlung, Straftäter, Therapiemotivation, gerichtliche Behandlungsauflage

Working with the mentally disordered offender, how can the basics of the psychotherapeutic relationship be guaranteed? An equal relation seems impossible within settings ruled by coercion and control. Patients depend on their therapist, who on the one hand should guarantee confidentiality. On the other hand, they are experts concerning court-ordered prognostic assessments and the ones who decide on relaxation of controls. Only few patients are motivated to work therapeutically. Experiencing their disorder as ego-syntonic, the greater part regards their placement in a forensic service hospital as wrong. Classical concepts of alliance relying on psychological strain and a need for treatment fall short for coercive settings. These concepts, assume ad hoc patient's therapy competence. Against this background, Dahle's (1998) model of offender therapy motivation can be seen as an enrichment. Another productive heuristic in this context are the different types of therapist-client relationships formulated by Berg and Miller (2000), which depend on the degree of responsibility taking and associated interventions. Finally, an outlook is presented on potential solutions how to foster the therapeutic relationship, for example by broadening the range between voluntariness and coercion, personal- and external responsibility. Practical advice is given how to maintain a therapeutically useful alliance within the tension between safeguarding and treatment.

Key words: therapeutic relationship, coercive treatment, offender, therapy motivation, court ordered treatment

¹ Klinik für forensische Psychiatrie Haina

² Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, Institut für Psychologie, Lehrstuhl für Klinische & Angewandte Psychologie

„Ein Mann liegt auf einer Couch, um sein Fußgelenk ist ein Eisenreifen geschlossen, an dem eine Kette hängt und an dieser Kette ist eine schwere Eisenkugel befestigt. Neben der Couch sitzt ein Psychotherapeut und fragt: „Belastet Sie vielleicht etwas?““ (Werdenich & Wagner, 1998, S. 37)

Die Psychiatrie kommt in Fällen, in denen Patienten sich selbst oder Dritte gefährden, nicht ohne Zwang aus, und die allgemeine Rechtssprechung hält dies auch nach den Reformbestrebungen der Sozialpsychiatrie weiterhin für legitim, wenngleich versucht wurde, die Ausübung von Zwang auf ein Minimum zu beschränken. Dies gilt in geringerem, wenn auch nicht unerheblichem Maße für den allgemeinpsychiatrischen Rahmen, umso stärker und deutlicher jedoch für den Maßregelvollzug nach §§ 63, 64 StGB und spätestens seit dem Gesetz zum Schutz vor Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten (Dessecker, 2001) auch für Sozialtherapeutische Einrichtungen im Regelvollzug. Demnach kann ein Straftäter mit der Anordnung therapeutischer Behandlung in einer geschlossenen Einrichtung untergebracht werden, wenn seine Schuldfähigkeit vom Gericht aufgrund einer psychischen Störung als vermindert oder aufgehoben erachtet wird (Scholz & Schmidt, im Druck) und weitere schwere Straftaten als wahrscheinlich angenommen werden bzw. er vom Gericht als „gefährlich“ eingestuft wird. Die gerichtlich angeordnete Behandlung psychisch gestörter Delinquenter (mit und ohne Suchtproblematik) vor dem Hintergrund der genannten Gesetze wirft dabei die Frage nach der „Heilkraft der Staatsgewalt“ (Brugger & Holzbauer, 1998) auf und stellt die sog. „Zwangsbefehl“ im engeren Sinne dar.

Der Zwang zum Guten – ein unlösbares Paradox, ein zum Scheitern verurteiltes Vorgehen? Eine häufig diskutierte Frage betrifft dabei die Diskrepanz zwischen einerseits strafrechtlicher und andererseits klinisch-psychologischer Auffälligkeit. Der primäre Grund, warum ein Delinquerter zwangsbehandelt werden soll, ist, dass er gestört hat – und nicht, dass er gestört ist. Die Annahme, das störende Verhalten sei gestörtes und insofern behandelbares Verhalten kann somit zur Voraussetzung für eine Zwangsbefehl werden (Werdenich & Wagner, 1998). Aus klinischer Sicht ist Straffälligkeit nicht zwangsläufig eine behandlungsbedürftige oder gar behandelbare Störung. In diesem Falle wäre ein therapeutisches Arbeitsbündnis per definitionem auszuschließen.

Schwerer wiegt die unter Psychotherapeuten weit verbreitete Annahme, dass Psychotherapie ohne Freiwilligkeit und/oder Leidensdruck nicht funktionieren könne (Dahle, 1997). Wie soll man unter den Bedingungen gerichtlich verordneter Maßnahmen etwa eine funktionierende therapeutische Beziehung und/oder eine fruchtbare Allianz mit dem Patienten gewährleisten bzw. herstellen können? Allein der Begriff „zwangstherapeutischer Prozess“ ist schon aversiv besetzt, und negative Erwartungen werden sowohl auf Patienten- als auch Therapeutenseite geweckt.

Dem *Reaktanzprinzip* (Brehm, 1966) zufolge, das bei Einschränkung der Wahlfreiheit die verhinderte Alternative zwangsläufig attraktiver und die erzwungene Wahl automatisch minderwertig erscheinen lässt, sind einschneidende Folgen für die therapeutische Beziehung unmittelbar zu erwarten. Nichtsdestotrotz zeigt die umfangreiche empirische Erfahrung aus den Folgen der Regelungen im Betäubungsmittelgesetz (Egg, 1992), dass es, um eine Behandlung sowohl initiieren als auch aufrechterhalten zu können, hilfreich und häufig unentbehrlich sein kann, diese unter Strafandrohung gerichtlich anzurufen. Hierbei ist die Betonung auf wählbare Optionen zu legen (Therapie mit Chancen auf Verbesserung und Hafterleichterung vs. Ablehnung von Therapie mit regulärer Haftzeit und -bedingungen als Folge). Pfäfflin (1998) weist zu Recht darauf hin, dass eine solche Auflage nicht unmittelbar als Zwang erlebt werden muss, der einseitig durchgesetzt werden kann – sie erfordert vielmehr eine Kooperation zwischen Gerichten, Patienten, Therapeuten, Bewährungshelfern und Institutionen. Auflagen werden von den meisten Menschen mehr oder minder bereitwillig akzeptiert (z.B. muss, wer Auto fahren will, eine Fahrprüfung ablegen; wer in bestimmte Länder verreisen will, braucht ein Visum). Während Zwang den Bewegungsspielraum einengt, dienen Auflagen da-

zu, die Voraussetzungen für mehr Spielraum zu schaffen. Die Wahrnehmung der Instrumentalität bestimmter Alternativen für die Erreichung von persönlich relevanten Zielen spielt hierbei eine entscheidende Rolle.

1. Forschungsergebnisse

Was lässt sich aus empirischer Perspektive zu den Bedingungen und Auswirkungen einer gelungenen therapeutischen Beziehung im Kontext angeordneter Behandlung feststellen? Eine Recherche in internationalen Fachdatenbanken¹ lässt mit fünf relevanten Treffern schnell deutlich werden, dass es sich hierbei um ein nahezu unerforschtes Thema handelt. Über die Nennung von Problemen, die dieses Setting mit sich bringt, und die Betonung der Wichtigkeit einer qualitativ hochwertigen therapeutischen Allianz hinaus gibt es kaum konkrete Umsetzungsempfehlungen. Allenfalls zeigen sich auch hier die aus der allgemeinen *Prozessforschung* bekannten positiven Auswirkungen eines empathischen, fürsorglichen, verstehenden, angenehmen, respektierenden und ermutigenden Therapeutenverhaltens (Zasio, 1998). Ebenso werden förderliche Effekte einer „positiven Druckausübung“ mittels Überzeugung und Anreizgebung berichtet (Kolton, 2004). Krupinski, Schöchlin, Fischer und Nedopil (1997) konnten vier, in ihrer Stichprobe etwa gleichverteilte, Cluster der therapeutischen Allianz anhand der Einschätzungen von Therapeuten und Patienten nachweisen: zwei Arten positiver Arbeitsbündnisse – (a) beide Seiten schätzen die Kooperation positiv ein, (b) die Therapeuten schätzen das Arbeitsbündnis schlechter ein als ihre Patienten – und zwei Arten negativer Kooperation – (c) eine schwierige Zusammenarbeit wird von Patientenseite verneint, von den Therapeuten wird die Kooperation als außerhalb ihrer Einflussmöglichkeiten bezeichnet und (d) eine resignative Einschätzung durch die Patienten bei professionellem Einsatz der Therapeuten. Es ergaben sich keinerlei Zusammenhänge zwischen der Qualität der therapeutischen Beziehung und der Frequenz sowie Dauer von Therapie oder dem Ausmaß professioneller Erfahrung auf Therapeutenseite. Darüber hinaus jedoch fanden sich explorative Zusammenhänge positiver Art zwischen einer funktionierenden therapeutischen Beziehung und der Einschätzung der Entlassungsprognose durch den Therapeuten. Weibliche Therapeuten fanden sich überzufällig häufig in den Clustern b) und c), was von den Autoren nicht näher erklärt wird. Es zeigte sich, dass der Grad der Bildung des Patienten der beste Prädiktor für die therapeutische Beziehung war. Zusammenfassend lässt sich für dieses Spezialgebiet auch heute noch der allgemeine Trend der Psychotherapieforschung, sich eher mit Outcome- als mit Prozessforschung zu beschäftigen, konstatieren (Evans, Carlyle & Dolan, 1996).

Der *Wirksamkeitsnachweis* von Straftätertherapie ist spätestens seit der Metaanalyse von Lösel & Bender (1997) mit durchschnittlichen Effektstärken von .10 (und in besonders strukturierten kognitiv-behavioralen Programmen bis hin zu .30) nicht mehr in Frage zu stellen. Innerhalb der drei kriminaltherapeutischen Prinzipien, die effektive von nichteffektiven Behandlungen unterscheiden (Andrews & Bonta, 1998) und als state of the art der Straftätertherapieforschung gelten, findet die Qualität der therapeutischen Beziehung weder im *Risikoprinzip* noch im *Bedürfnisprinzip* eine Erwähnung. Allenfalls das dritte, das sog. *Ansprechbarkeitsprinzip* (in der Behandlung von Straffälligen ist die Behandlung so zu strukturieren, dass der Täter entsprechend seinem Persönlichkeitsstil und seinen kognitiven Möglichkeiten davon profitieren kann) lässt auf die Wichtigkeit der Berücksichtigung der therapeutischen Allianz rückschließen, ohne dies jedoch explizit zu erwähnen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Es ist ein unbestrittenes Ergebnis der (allgemeinen) Psychotherapieforschung, dass eine gute therapeutische Allianz ein mindestens so guter Prädiktor für einen Therapieerfolg ist wie spezifische therapeutische Techniken (Lambert & Ogles, 2004, vgl. Lambert & Barley in diesem Band). Aus dem Wirksamkeitsnachweis der gerichtlich angeordneten Straftäterbehandlung lässt sich somit im Umkehrschluss ablei-

¹ Keywords waren: therapeutic alliance, forensic, forced/coercive/mandatory/court ordered treatment

ten, dass es grundsätzlich nicht unmöglich sein kann, ein solches Arbeitsbündnis auch unter diesen besonderen Rahmenbedingungen herzustellen. Die genaue Rolle der therapeutischen Allianz und deren Bedingungen im therapeutischen Prozess in forensischen Kontexten sind nach wie vor unklar.

Im weiteren Verlauf dieses Beitrags wird versucht, sowohl die Probleme, die sich im forensischen Kontext für die Gestaltung der therapeutischen Beziehung ergeben, als auch mögliche Ansatzpunkte für Lösungen darzustellen. Auf die gerichtlich angeordnete Unterbringung in der Allgemeinpsychiatrie – die zweite Form einer Zwangsmassnahme – wird im Folgenden nicht separat eingegangen. Der wesentliche Unterschied zum Maßregelvollzug liegt in der begrenzten Zeitdauer, der nicht notwendig vorliegenden Fremdgefährdung sowie dem Fehlen einer a) gravierenden Straftat, b) einer strafrechtlichen Anzeige und c) einer auch mittelfristigen Wiederholungsgefahr fremdaggressiver Handlungen. Außerdem unterscheidet sich der stationäre Rahmen der angeordneten Behandlung: So werden beispielsweise Patienten mit einer vormundschaftlichen Unterbringung in der Allgemeinpsychiatrie häufig innerhalb von wenigen Wochen Lockerungen wie begleitete oder unbegleitete Ausgänge gewährt. Aus diesen Gründen werden einige der angesprochenen Probleme möglicherweise in diesem Setting gar nicht auftreten (z.B. Grenzen moralischer und ethischer Grundeinstellungen des Therapeuten) und manche der vorgeschlagenen Interventionen aufgrund der zeitlich begrenzten Unterbringung zu kurz greifen. Dennoch schließt die Begrenzung des Beitrags auf den Maßregelvollzug als Zwangssetting im engeren Sinne nicht aus, dass sich die dargestellten Modelle und Heuristiken nicht auch auf andere Kontexte übertragen ließen, zumal diese teilweise solchen entnommen sind.

2. Grundprobleme der therapeutischen Beziehung in forensischen Kontexten

Eine der größten Schwierigkeiten in der Beziehungsgestaltung ergibt sich aus den *divergierenden Aufträgen und Rollenerwartungen* sowohl an Patienten als auch Therapeuten. Die Doppelfunktion auf Seiten des Therapeuten zeigt sich unmittelbar in den folgenden widersprüchlichen Rollen, die er im forensischen Kontext auszufüllen hat: Bereits vor dem ersten Kontakt mit dem Patienten erhält er mit der Zwangseinweisung in die forensische Klinik vom Gericht den Auftrag, den Patienten einerseits zum Schutze der Allgemeinheit sicher unterzubringen und andererseits die attestierte psychische Störung so zu behandeln, dass es zu einer ausreichenden Besserung kommt, um mögliche Vollzugslockerungen oder gar eine Entlassung des Patienten verantwortbar zu machen. Der Therapeut arbeitet also einerseits für den gerichtlichen Auftraggeber. Für die Durchführung einer erfolgreichen, psychotherapeutischen Behandlung muss er zudem ein vertrauensvolles, tragfähiges Arbeitsbündnis mit dem Patienten herstellen. Es bedarf eines gewissen Konsenses über die Ziele, an deren Erreichung gearbeitet werden soll. Der Therapeut arbeitet somit andererseits auch für den Patienten als Auftraggeber.

Diese gewöhnlich divergierende Auftragslage führt zu mehreren Problemen für beide Interaktionspartner. Der Patient fühlt sich zum einen gedrängt, sich einer Psychotherapie zu unterziehen, wobei er selbst meist nicht den Eindruck hat, dass dies notwendig wäre. Aufgrund der häufig ich-syntonen Störungen erlebt er sich nicht als psychisch krank und sieht auch die geschlossene Unterbringung in einer forensischen Einrichtung als ungerechtfertigt an. Sein einziges Anliegen ist die möglichst zügige Entlassung in die Freiheit. Eine skeptische oder ablehnende Haltung gegenüber dem Therapeuten, der die Veränderung seiner Verhaltensweisen bzw. seiner Persönlichkeit zum Ziel hat, verstärkt durch Unsicherheit und Unwissenheit bezüglich der Grenzen psychotherapeutischer Einflussnahme (die Annahme der Manipulationsmöglichkeiten im Sinne einer „Gehirnwäsche“ allein durch Gespräche mit Psychologen ist in der Allgemeinheit immer noch sehr verbreitet), scheint verständlich. Zudem soll der Patient einem Menschen vertrauen, ihm seine intimsten Gedanken und Gefühle berichten, der dem ihn einsperrenden Justiz-System angehört, der dem Gericht halb- oder ganzjährig

Bericht erstattet und dabei all seine Äußerungen im Hinblick auf Behandlungserfolg der psychischen Störung, die Kriminalprognose und weitere Lockerungserprobungen bewertet. Der Patient erlebt den Therapeuten bei Entscheidungen über Lockerungen oder die Fortdauer seiner Unterbringung häufig als verlängerten Arm des Gerichts. So findet sich der Patient in der Schwierigkeit, aus seiner Sicht widersprüchlichen Rollenvorstellungen zu entsprechen: Offenheit hinsichtlich der Darstellung von Problemen vs. normalisierende Darstellung, um schneller entlassen zu werden. Was liegt näher, als dass der Patient dem Therapeuten mit großer Vorsicht und *Misstrauen* gegenüber tritt und ihm Kooperation und Offenheit schwer fallen!

Auch für den Therapeuten birgt die Arbeit für zwei Auftraggeber Schwierigkeiten. Nur in Ausnahmefällen stimmen Gericht und Patient in ihrem Anliegen der Behandlung einer vorliegenden psychischen Erkrankung überein. In solchen Fällen kann die psychotherapeutische Arbeit an gemeinsamen Zielen als Dienstleistung verstanden und aufgenommen werden. Häufiger dagegen ist die Behandlung ein von außen vorgegebenes Ziel, von dem der Patient erst überzeugt werden muss. Der Therapeut hat nun die schwierige Aufgabe, eine gemeinsame Arbeitsbasis herzustellen und den Patienten zur Selbstreflexion und Veränderung zu motivieren, ohne ihn jedoch indirekt in eine formale Anpassung an die engen Strukturen der forensischen Klinik zu leiten. Eine derartige Anpassungsleistung ist zwar sozial erwünscht, birgt langfristig jedoch die Gefahr, außerhalb eines hoch strukturierten Rahmens in alte delinquenzförderliche Verhaltensmuster zurückzufallen (Rohdich & Kirste, 2005). Hier schließt sich das nächste Problem für den Therapeuten an: Ist er nicht nur als Behandler, sondern auch als Gutachter für den Patienten zuständig, so ist es für ihn notwendig, sich ebenfalls ein gewisses *Misstrauen* in der Therapeut-Klient-Beziehung zu bewahren. Andernfalls erhöht sich die Gefahr, das vom Patienten ausgehende Rückfall- oder Fluchtrisiko zu unterschätzen und zu einer Fehleinschätzung bezüglich der notwendigen Sicherung zu kommen. Dieser Balanceakt zwischen empathischem und Vertrauen schaffendem Beziehungsangebot einerseits und dem distanzierten Prüfen der vom Patienten ausgehenden Gefahr sowie dem Durchführen von Sicherungsmaßnahmen andererseits ist für viele Therapeuten mit ihrem beruflichen Selbstbild schwer zu vereinbaren (Grounds, 1996).

Die *Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Berufsgruppen* und das Zusammenführen der unterschiedlichen Schwerpunkte in den Behandlungsplanungen und –durchführungen ist keineswegs eine spezifische Schwierigkeit forensischer Settings. Jedoch kommt dieser Tatsache aufgrund der besonderen Klientel und vor allem der zeitlich unbegrenzten Aufenthaltsdauer nach §63 StGB eine andere Bedeutung zu. Während sich Patienten und auch Mitarbeiter anderer Einrichtungen bei schwierigem Behandlungsverlauf mit dem Gedanken an das baldige Ende der stationären Behandlung trösten können, müssen hier beide Seiten über viele Jahre hinweg weiter zusammenarbeiten. So werden beispielsweise die langfristigen Auswirkungen intermittierender und inkonsistenter Verstärkungsmechanismen aufgrund unzureichender Absprachen innerhalb des Behandlungsteams erst in solch einem Rahmen deutlich, und das Team wird auf diese Weise mit dem Erfolg bzw. Misserfolg seiner Arbeit konfrontiert. Die verschiedenen Berufsgruppen müssen sich wiederholt und gemeinsam mit ihren Zielen und Maßnahmen selbstkritisch auseinander setzen. Diese Tatsache birgt ein wesentlich höheres Konfliktpotential für die interdisziplinäre Zusammenarbeit, was sich wiederum in der Praxis häufig rückkoppelnd auf die Therapeut-Patient-Beziehung auswirkt. Sind der Informationsfluss, die Zuverlässigkeit, die Transparenz und Kooperation innerhalb eines Behandlungsteams ungenügend, so gerät der Patient in Situationen, in denen Vereinbarungen nicht eingehalten werden. Er erfährt inkonsistente Reaktionen, was nicht nur ungünstigen Lernmustern Vorschub leistet, sondern auch zu Unsicherheit und erhöhtem Misstrauen gegenüber den Behandlern einschließlich des Therapeuten führt. Nicht nur Patienten mit Persönlichkeitsstörungen reagieren sensibel auf Missstimmung oder Uneinigkeit im Team, auch bei der Behand-

lung von Patienten mit anderen psychischen Störungen geraten Therapeuten wie andere Teammitglieder nicht selten in Loyalitätskonflikte.

Ebenfalls eine in erster Linie durch die lange Aufenthaltsdauer bedingte Problematik ist die fehlende Privatsphäre des Patienten vor dem Therapeuten. Über viele Jahre hinweg wird jeder Gang ins Bad, jede morgendliche Missstimmung, jeder Streit mit dem Zimmerkollegen beobachtet, bewertet, schriftlich festgehalten, mit Forderungen nach Verhaltensänderung verbunden und schließlich auch dem Therapeuten mitgeteilt. Während es in anderen Therapiesituationen akzeptiert und als normal angesehen wird, dass der Bericht des Patienten über seinen Alltag lückenhaft und subjektiv verzerrt ist, wird er hier mit den „objektiven“ Beobachtungen der totalen Institution immer wieder misstrauisch verglichen und bei vorhandenen Diskrepanzen wird rasch auf mangelnde Offenheit, unzureichendes Commitment und Kooperation geschlossen. Diese *übermäßige Kontrolle* von alltäglichem Verhalten erschwert die Gestaltung einer positiven Therapeut-Patient-Beziehung sowie das therapeutische Handeln, da die Therapie vermehrt konfrontative Elemente enthält, die Widerstand provozieren (Werdenich & Wagner, 1998). Zudem werden Situationen thematisiert, die mit dem eigentlichen Vollzugsziel nicht oder kaum im Zusammenhang stehen und dem Patienten selbst in kriminalprognostisch irrelevanten Lebensbereichen wenig Freiraum für Individualität lassen. Das Behandlungsteam übernimmt eine übermäßige Verantwortung für die Lebensführung des Patienten, was sich negativ auf das Autonomiebedürfnis, auf Selbstvertrauen, Selbstwirksamkeit und die Veränderungsmotivation des Patienten auswirkt. Dieser von vielen Patienten als ungerechtfertigt erlebte Eingriff in ihre Privatsphäre führt zu dem Gefühl, nicht verstanden und angenommen zu werden, sowie zu Distanz schaffenden Abgrenzungsversuchen gegenüber den Behandlern im Sinne des Reaktanzprinzips. Diesem wird nicht zuletzt Vorschub geleistet durch ungünstige biographische Erfahrungen vieler Patienten, die es ihnen schwer machen, Zutrauen in zwischenmenschliche Beziehungen zu fassen.

Der Therapeut als integrierter Mitarbeiter einer kontrollierenden Institution steht in der Verantwortung, bei Regelverstößen seines Bezugspatienten *Sanktionen* einzuleiten und gegebenenfalls durchzuführen. Eine Fixierung oder Absonderung von der Gemeinschaft ist bei Gewalthandlungen innerhalb der Institution unerlässlich. Dabei ist gerade bei psychotischen Patienten auch häufig eine *Zwangsmédikation* notwendig. Viele von ihnen erleben sich – unter Umständen sogar in retraumatisierender Art und Weise – in dieser Situation als macht- und hilflos, als entmündigt. Sie erinnern sich meist recht gut – wenn auch im Detail nicht immer korrekt – an die Situation und sind auch später im remittierten Zustand nicht zwangsläufig von der Notwendigkeit eines solch rabiaten Vorgehens überzeugt. Derartige Vorkommnisse ziehen einen zumindest kurzfristigen Vertrauensbruch in der Therapeut-Patient-Beziehung nach sich, da der Therapeut subjektiv nicht als Helfer, sondern als „Gegner“ wahrgenommen wurde.

Zur Vorbeugung von Gewalthandlungen und Verstößen gegen Regeln des Zusammenlebens auf einer Station wird in den meisten Institutionen frühzeitig mit entsprechenden Sanktionen reagiert. Die Möglichkeit, über Bestrafung und Belohnung (z.B. mit Vollzugslockierungen) angepasstes, sozial erwünschtes Verhalten zu erreichen, ist durch ihre Einfachheit und Effektivität häufig verlockend, jedoch nicht in allen Fällen als nützlich und positiv zu werten. Während einige Patienten, z.B. Patienten mit Intelligenzminderung, von klarer und konsistenter Grenzsetzung profitieren, können solche eher pädagogischen Maßnahmen bei anderen das eigenständige Erlernen und Umsetzen neuer Verhaltensweisen und die Übernahme von Verantwortung für eigenes Verhalten einschränken. Subjektiv ungerechtfertigt erlebte Sanktionen, die ohne ausreichende Begründung durchgeführt werden, ziehen Vorbehalte gegenüber dem Therapeuten nach sich. Auch hier spielt die interdisziplinäre Zusammenarbeit wieder eine große Rolle, da sich nicht vereinbarte Sanktionssetzungen des Teams rückwirkend negativ auf die therapeutische Beziehung auswirken können.

Ein weiteres Problem der Beziehungsgestaltung wird häufig in Gesprächen mit Psychotherapeuten anderer Arbeitsbereiche deutlich, die fragen: „Wie kann man denn mit solchen Leuten arbeiten?“ Es liegt auf der Hand, dass der Therapeut bei der Arbeit mit forensischen Patienten wie in kaum einer anderen Situation an die *Grenzen seiner moralischen und ethischen Grundeinstellungen* gelangt. Er wird mit Berichten von schweren Gewalthandlungen konfrontiert und sitzt dabei nicht (nur) dem Opfer, aber immer dem Täter gegenüber. Er tritt in Kontakt mit einem Menschen, der in gravierenden Fällen eine andere Person getötet oder schwer misshandelt hat. Es scheint noch relativ einfach, Empathie zu zeigen, wenn der Patient im Rahmen einer Psychose unter Einfluss von Halluzinationen und Wahngedanken handelte. Aber können Akzeptanz, Wertschätzung und Empathie gewährleistet werden, wenn ein pädophiler Patient von seinem Delikt und seinen sexuellen Phantasien berichtet und keinerlei Einsicht in die negativen Folgen für das Kind hat? Wie geht man mit den eigenen Moralfvorstellungen und dem eigenen Strafbedürfnis um? Die Auseinandersetzung mit der detaillierten Tatbeschreibung lässt sich für die inhaltliche Arbeit nicht vermeiden und ist zudem über eine längere Therapiephase hinweg notwendig (z.B. für die Deliktbearbeitung zur Rückfallprophylaxe, vgl. Laws, 1999). Das Erreichen der eigenen Belastungsgrenzen, das Empfinden von Ekel und Abneigung dem Patienten gegenüber, die Empathie und Identifizierung mit dem Opfer sind in ihren negativen Auswirkungen auf die therapeutische Beziehung nicht zu unterschätzen. Die Wahrnehmung und der Umgang mit den eigenen Grenzen spielen daher bei der Herstellung und Aufrechterhaltung einer positiven therapeutischen Allianz eine große Rolle.

Dies gilt ebenso für den Umgang mit eigenen Ängsten. Es kommt immer wieder vor, dass Patienten gerade zu Beginn der Behandlung impulsiv, bedrohlich und gewalttätig sind. Manche bleiben auch über einen langen Zeitraum hinweg in ihrem Verhalten nicht einschätzbar. Für den Therapeuten entsteht die schwierige Aufgabe, mit großer Vorsicht und Aufmerksamkeit eine Beziehung aufzunehmen. Gespräche mit dem Patienten sind z. T. nur in dessen Einzelzimmer und in Begleitung von Pflegedienstmitarbeitern möglich oder müssen in einsehbaren Räumen mit Sichtkontakt zum Personal stattfinden, um das Sicherheitsrisiko für die Mitarbeiter zu minimieren. Diese Maßnahmen sind zwar eher in Ausnahmefällen und meist zeitlich begrenzt notwendig, haben jedoch auch langfristig eine Auswirkung auf die Qualität der Therapeut-Patient-Beziehung. Wieviel Vertrauen kann ein Therapeut zu dem Patienten aufbauen, der wiederholt gewalttätig gegenüber dem Personal aufgetreten ist? Möglicherweise wird eine Konfrontation mit bestimmten Themen aus Sorge vor impulsiven Durchbrüchen vermieden. Welche Auswirkungen hat es auf die Beziehungsgestaltung, wenn der Patient die Angst des Therapeuten spürt bzw. wenn der Therapeut sich seiner behandlerischen Freiheitsgrade beraubt fühlt?

Das *Abhängigkeitsverhältnis* ist per se nicht ungewöhnlich in einer Therapeut-Patient-Beziehung, jedoch ist die Abhängigkeit des Patienten von den Mitarbeitern einer forensischen Klinik so allumfassend, dass diesem Thema in solchen Einrichtungen eine größere Bedeutung zukommt. In einer Serie von Untersuchungen zu den Auswirkungen von Macht auf den zwischenmenschlichen Umgang zeigte sich, dass es relativ unabhängig von der Person des Mächtigen zu Unterdrückung und drastischen Bestrafungsmaßnahmen kommen kann (z.B. Haney & Zimbardo, 1976). Die Macht des Therapeuten kann einerseits als Chance gesehen werden, diese zum Wohle des Patienten einzusetzen, indem er die Sekundärmotivation zur Erreichung von Vollzugslockerungen oder einer Entlassung zum Aufbau einer Therapiemotivation nutzt (Gretenkord, 1998). Gleichzeitig birgt Macht aber auch die Gefahr des Missbrauchs.

Während in anderen Kliniken bei unzureichender Mitarbeit oder Motivation des Patienten immer noch die disziplinarische Entlassung als Weg zur Beendigung der Zusammenarbeit bleibt, ist dies in der forensischen Psychiatrie nicht möglich. Hier bleibt die tägliche Konfrontation mit dem ausbleibenden Behandlungserfolg bestehen und stellt eine enorme Belastung und Frustration für das Behandlungsteam dar. Auf beiden Seiten ist ein baldiges

Ende der unfruchtbaren Zusammenarbeit nicht abzusehen. In diesen Momenten steigt das Risiko des Machtmissbrauchs, von dem jede Berufsgruppe betroffen ist. Die Wahrscheinlichkeit nimmt mit der subjektiv erlebten Arbeitsbelastung durch den Patienten (z.B. durch häufigen Kontakt, häufige Hilfestellung bei der Alltagsbewältigung, Unterstützung in Konfliktsituationen etc.) zu. Der *Machtmissbrauch* kann in sehr verschiedenen Formen auftreten: angefangen beim Ansprechen der Patienten lediglich mit deren Nachnamen oder Duzen über Unfreundlichkeit, abwertende Äußerungen und Setzung eigener Einstellungen und Maßstäbe als zu erreichende Normen oder die Fokussierung auf mit dem Maßregelvollzug nicht unmittelbar zusammenhängende Anforderungen (z.B. an Körperhygiene, Diäteinhaltung etc.) bis hin zu übermäßigen Kontrollen und Misstrauen, willkürlichen Entscheidungen sowie unangemessenen Sanktionen. In der Praxis ist zu beobachten, dass mit zunehmenden Dienstjahren der Mitarbeiter ein weit verbreitetes, als „Betriebsblindheit“ bekanntes Phänomen einsetzt. Dieses geht mit einer Generalisierung der genannten Verhaltensweisen einher, ohne dass deren Unangemessenheit und die negativen Auswirkungen auf die Beziehung zwischen Patient und Behandler erkannt werden.

3. Voraussetzungen für mehr Spielraum – Ansatzpunkte zur funktionaleren Gestaltung der therapeutischen Beziehung

Behandlungsaufgaben unterworfen Patienten sind „widerständig“, „schwierig“, „defensiv“, „verleugnend“ oder „abwehrend“. Dies sind gängige Annahmen und Erwartungen im therapeutischen Umgang mit ihnen. Dem klassischen Modell der *Therapiemotivation* als Ergebnis der gegensätzlich wirkenden Kräfte von Leidensdruck und Krankheitsgewinn (Dahle, 1998) zufolge stehen die Chancen für eine funktionierende therapeutische Beziehung mit dieser Klientel äußerst schlecht. Schaut man jedoch genauer hin, so lassen sich auch in der ambulanten Psychotherapie viele Patienten finden, deren Leidensdruck in erster Linie daraus entsteht, dass Verwandte, Freunde, Arbeitgeber auf eine Veränderung drängen, und die sich schließlich „fremdmotiviert“ in Behandlung begeben (Rotthaus, 1998). So entsteht auch bei forensischen Patienten der Leidensdruck in erster Linie von außen, nämlich durch die Freiheitseinschränkung, während die häufig ich-syntonen psychischen Störungen ein Erleben von Leidensdruck und die Einsicht in eine Notwendigkeit der Behandlung unwahrscheinlich machen. Durch die von Seiten des Gerichts und der Maßregelvollzugseinrichtung fremdbestimmten Therapieziele besteht darüber hinaus die Gefahr, dass eine intrinsische Motivation unterminiert wird (Rohdich & Kirste, 2005). Dieser Effekt ist in der Sozialpsychologie unter dem Stichwort *Korruptionshypothese* (Weiner, 1980) bekannt. Die extrinsische Sekundärmotivation im Sinne von Erwartungen von Vollzugslockerungen oder besseren Entlassungschancen reicht für eine Erfolg versprechende Psychotherapie, die auf langfristige und stabile Veränderungen im Verhalten einer Person abzielt, zwar nicht aus, kann jedoch genutzt werden, um ein Minimum an Selbstverantwortung und Eigeninitiative zu fördern. In diesem Sinne besteht die vordringliche Aufgabe des Therapeuten darin – und das z.T. über einen sehr langen Zeitraum –, eine Beziehung zu dem Patienten aufzunehmen und die Förderung intrinsischer Motivation zu fokussieren, obwohl dieser zunächst kein eigenes Anliegen und Interesse an einer therapeutischen Arbeit hat.

Im besten Falle liegt bei Patienten, deren Behandlung nicht auf einer freiwilligen Entscheidung beruht, wenigstens eine ambivalente Haltung gegenüber dem Therapiebemühen vor. Die *Nutzbarmachung dieser Ambivalenz* bzw. *deren initiale Erzeugung* ist ein zentrales Element suchttherapeutischer Ansätze (Müller, 2001; Miller & Rollnick, 2002). Diese arbeiten, ähnlich dem forensischen Setting, seit jeher mit einer oftmals als „Problemklientel“ bezeichneten Patientengruppe. Erstes Ziel dieser Ansätze, die von einer phasenabhängigen Beziehungsgestaltung ausgehen (vgl. Prochaska & Norcross in diesem Band), ist es, „Besucher“ oder „Klagende“ in „Kunden“ zu überführen (Berg, 1989; De Shazer, 2006). Auf dieser Idee basiert ebenso das transtheoretische Modell von Verhaltensänderungen nach DiClemente und

Prochaska (1998). In dessen Zentrum steht die Überführung der a) vom Patienten erahnten Änderungserfordernisse und als ambivalent problematisch erachteten Erlebens- und Verhaltensweisen via b) abwägende und planende Prozesse zunächst in c) konkrete Handlungen und schließlich in d) deren Aufrechterhaltung. Empirische Überprüfungen von Ansätzen, welche auf diesen Prinzipien beruhen, erweisen sich für eine Reihe von als behandlungsresistent gebliebenen Klientengruppen als effektiv, effizient und wirksam (Burke, Arkowitz & Dunn, 2002). Ermutigende Erfahrungen mit diesen Ansätzen in forensischen Kontexten werden von Ginsburg, Mann, Rotgers und Weekes (2002) berichtet. Ihnen gemeinsam ist die Konzeptualisierung einer spezifischen Therapeut-Klient-Beziehung sowie die Betonung therapiebezogener Handlungsmotive und Instrumentalitätserwartungen.

3.1 Ansatzpunkt therapeutische Beziehungstypen

Setzt man unmittelbar an der therapeutischen Beziehung an, so lässt sich diese nützlicherweise als interaktionelles Geschehen konzeptualisieren. Berg und Miller (2000) unterscheiden in diesem Sinne drei *Beziehungstypen zwischen Therapeut und Klient* und betonen dabei die notwendige Kooperation beider Interaktionspartner für die Erreichung des Behandlungsergebnisses. Das Ausmaß des gezeigten sog. Widerstands ist dabei wesentlich vom Verhalten des Therapeuten abhängig (Patterson & Forgatch, 1985). Ihm kommt als Behandlungsexperten in dieser Sichtweise verstärkt Verantwortung zu, ein konsonantes Arbeitsbündnis herzustellen (Miller & Rollnick, 2002; vgl. Beutler, Moleiro & Talebi in diesem Band). Die therapeutische Allianz ist dabei nicht statisch zu sehen. Vielmehr ist es dem Therapeuten möglich, interaktionell die Übergänge zu situativ günstigeren Beziehungstypen aktiv im Sinne „variabler Therapiekonzepte“ zwischen Zwang und Freiwilligkeit (Rothaus, 1998) zu gestalten.

Ein „*Beziehungstyp des Kunden*“ liegt vor, wenn Patient und Therapeut während einer Behandlung gemeinsam eine Beschwerde oder ein Behandlungsziel erkennen. Der Klient sieht sich selbst an der Lösung beteiligt und äußert Bereitschaft, zielbewusst zu handeln und mitzuarbeiten. Der Therapeut gibt zu erkennen, gemeinsam mit dem Patienten an der Klage oder dem Ziel arbeiten zu wollen, und glaubt daran, mit seinen Fähigkeiten bei der Lösungsgestaltung für den Patienten nützlich zu sein. Konkrete Lösungsschritte sind ableitbar und entsprechend einvernehmlich umsetzbar. Dieser Beziehungstyp ist erfahrungsgemäß für den geringsten Teil der Behandlungsdauer in forensischen Einrichtungen realisiert und stellt ein Optimum dar.

Der „*Beziehungstyp des Klagenden*“ entsteht, wenn Therapeut und Patient im Verlauf gemeinsam ein Behandlungsziel oder eine Beschwerde identifizieren können, nicht aber die konkreten Handlungsschritte des Klienten, die dieser für eine Lösung benötigt. Patienten dieses Beziehungstyps sind sehr oft in der Lage, ihre Beschwerde oder ihr Ziel ausführlich zu beschreiben, sehen sich jedoch nicht ohne Weiteres als Teil der Lösung. Ihrer Auffassung nach müssten andere sich ändern. Der Therapeut ist bereit, die Beschwerde oder das Ziel zusammen mit dem Patienten zu erforschen – in einer Weise, die zu einer neuen Perspektive verhelfen oder zu einer Lösung führen könnte. In diesem Fall ist auf konkrete Arbeitsaufträge zu verzichten und auf sog. Beobachtungsaufgaben zurückzugreifen, die den Patienten dazu führen können, sich selbst als an der Lösung beteiligt wahrzunehmen, womit der Übergang zum Beziehungstyp des „Kunden“ erleichtert wird.

Ein „*Beziehungstyp des Besuchers bzw. des Geschickten*“ liegt vor, wenn Therapeut und Patient keine gemeinsame Beschwerde oder kein gemeinsames Ziel finden können, an dem in der Therapie gearbeitet werden soll. Zusätzlich ist es wahrscheinlich, dass der Patient der Auffassung ist, kein behandelnswertes Problem zu haben bzw. dass nur Dritte dieser Ansicht seien. Änderungsgründe werden nicht gesehen. Der Therapeut bleibt trotzdem bereit, dem Patienten bei der Entscheidung zu helfen, ob es möglicherweise andere Themen gibt, an denen er arbeiten möchte. Dabei empfiehlt es sich, zunächst auf die Problembeschreibung des Patienten einzugehen, um mit ihm nach demjenigen Ausschau zu halten, der ihn geschickt

hat. Gegebenenfalls kann dann gemeinsam überlegt werden, wie der Patient den „Schicken-den“ wieder loswerden kann, womit sich der Beziehungstypus zumindest zum Klagenden, wenn nicht gar zum Kunden wandeln könnte. Der Beziehungstyp des Geschickten entspricht vielfach dem Regelfall im forensischen Setting.

Grundlegendes Ziel dieser therapeutischen Beziehungskonstellationen und der zugehörigen Arbeitsheuristiken ist die Stärkung der Verantwortungsübernahme für das eigene Verhalten auf Patientenseite. Patienten der Beziehungstypen des Klagenden, des Besuchers oder des Geschickten ist gemeinsam, dass sie die Mühe einer Verhaltensänderung nicht wert erachten. Diese liegt nicht in ihrem Interesse, da sie ihre Erlebens- und Verhaltensweisen als nicht problematisch, nicht zum Problem gehörend ansehen. Was sie stört, ist jedoch der Zwang oder Druck, der von der Hand des sie „schiebenden Dritten“ ausgeht. Dies kann zum Thema der Therapie gemacht werden, um Hilfe zu finden, sich vom wahrgenommenen Zwang und Druck zu befreien bzw. diesen zu erleichtern oder erträglicher zu gestalten (Rothaus, 1998). Hierzu kann das Erreichen von Vollzugslockerungen aller Art (wie beispielsweise Ausgang) zählen. Dies stellt ein zunächst sehr eingeschränktes Arbeitsbündnis dar, das jedoch zu umfassenderen Aufträgen und Zielstellungen mit mehr Eigenanteil und Verantwortungsübernahme für forensisch relevante Erlebens- und Verhaltensweisen erweitert werden kann. Es geht hier also um das Aufspüren des in der therapeutischen Beziehung „verborgenen Kundentypus“ (Berg & Miller, 2000). Mit der Optimierung des im Therapieprozess vorherrschenden Beziehungstypus ist eine Steigerung der von Bordin (1979) aus therapieschulenübergreifender Sicht dargestellten drei Komponenten einer funktionierenden Arbeitsbeziehung verbunden: Die Übereinstimmung von Patient und Therapeut bezüglich a) der therapeutischen Ziele, b) der Aufgaben und c) der Entwicklung einer therapeutischen Bindung (Wir-Gefühl) nimmt zu.

3.2 Ansatzpunkt Behandlungserwartungen

Ohne Bereitwilligkeit seitens des Patienten erscheint Psychotherapie nicht nur unter ethischen Gesichtspunkten zweifelhaft. Eine Behandlung ohne ein Minimum an Kooperation und Mitwirkung des Patienten im Sinne eines Arbeitsbündnisses ist nicht denkbar. Trotz Einhelligkeit im Hinblick auf die basale Rolle motivationaler Faktoren für die therapeutische Beziehung sind die Vorstellungen, was Therapiemotivation im eigentlichen Sinne ausmacht, vielfach eindimensional, einseitig und statisch ausgerichtet. So kann Dahle (1995; 1997; 1998) überzeugend belegen, dass pauschale Klagen über eine mangelnde Therapiemotivation straffälliger Zielgruppen unangebracht sind. Er sieht weniger in der fehlenden Behandlungsbereitschaft, als in der oftmals *ambivalenten Motivationslage* das Kernproblem. Die fundamentale Bedeutung der Ambivalenz als einem Konglomerat von diffusen und sich widersprechenden Erwartungen, Befürchtungen und Hoffnungen für neuere Therapiemotivationsansätze ist zu Beginn von Kap. 3 bereits dargestellt worden. Sich diese Widersprüchlichkeit, an der die Bedingungen forensischer Settings einen maßgeblichen Anteil haben, nutzbar zu machen, ist ein vielversprechender Einstieg in eine funktionierende therapeutische Beziehung. Das erste Ziel – und nicht die Voraussetzung – einer Psychotherapie ist es also, dem Patienten ein Angebot zu machen, das instrumentell ist, um Hemmnisse im Sinne von Wissensdefiziten, irrgen Therapieerwartungen oder Ängsten, den Anforderungen nicht gerecht zu werden, aus dem Weg zu räumen. So ist ein nicht allzu weit von der Vorstellungswelt des Patienten entferntes Vorgehen ein geeignetes Mittel, erste positive Beziehungserfahrungen zu ermöglichen (vgl. Paruch in diesem Band).

Das im Folgenden dargestellte Therapiemotivationsmodell beruht auf einer handlungstheoretischen Analyse der Gegebenheiten im Strafvollzug (Dahle, 1995), deren zentrale Aspekte hier kurz skizziert werden (vgl. Abbildung 1). Die Antizipation bzw. Wahrnehmung von Freiheitseinschränkung ohne die Möglichkeit, den Ursprungszustand wiederherstellen zu können, führt gemäß dem bereits erwähnten Reaktanzprinzip regelmäßig zu Misstrauen, Agg-

ression und Feindseligkeit gegenüber dem Strafvollzugssystem. Mit einer unbefangenen und offenen Reaktion auf Versuche seitens der Institution, ein Arbeitsbündnis herzustellen, ist kaum zu rechnen. Grundsätzliches Vertrauen in therapeutische Hilfe sowie in deren Bedeutung für die eigene Problemsituation und hinreichendes Selbstvertrauen, den gestellten Anforderungen genügen zu können, sind nicht ohne Weiteres vorauszusetzen. Aus Patientensicht stellt sich an dieser Stelle die Frage nach der *Instrumentalität des Hilfsangebots für die Erreichung eigener Ziele* (Suhling, 2005).

In Erweiterung des klassischen Therapiemotivationsmodells, das von einem einzigen Motiv für Behandlung ausgeht (die Hoffnung auf Linderung des Leidens), lässt sich bei gerichtlich angeordneten Behandlungen ein weiterer Anreiz erkennen, der prinzipiell geeignet ist, eine zumindest rudimentäre Allianz aufzubauen: die Erwartung des Patienten, durch Therapieteilnahme positiv auf die strafrechtliche Sanktion einwirken zu können (beispielsweise die Verlegung in eine angenehmere Vollzugsform, eine zügigere Gewährung von Lockerungen oder eine frühere Entlassung). So signalisiert Therapiebereitschaft unmittelbar die Mithilfe am Ziel der Resozialisierung. Gleichgültig wie vordergründig diese einzuschätzen ist, ist sie doch ein erster Schritt in Richtung auf potentielle Veränderungen, die im weiteren Prozess zu verankern sind. Hierbei ist somit von *therapiebezogenen Handlungsmotiven* zu sprechen.

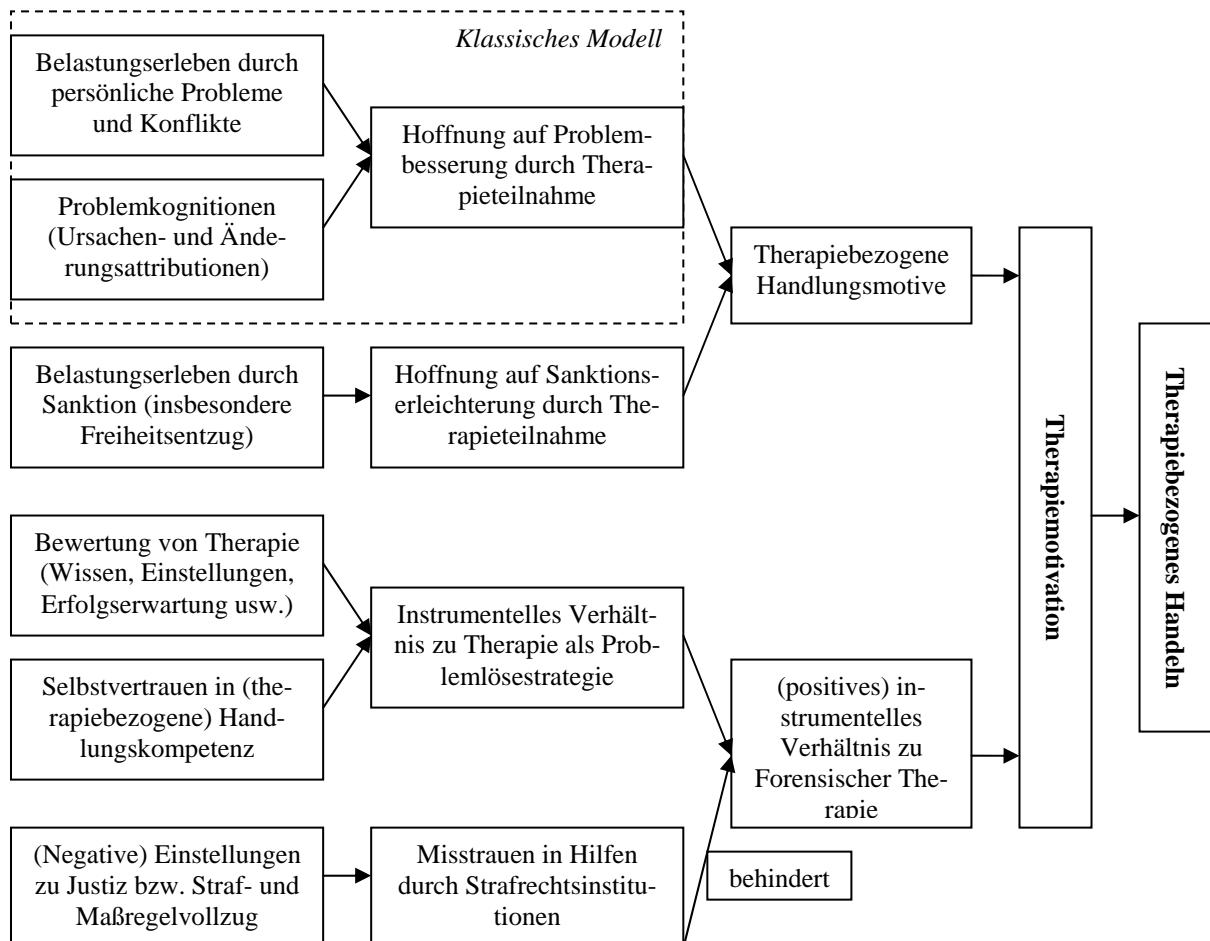


Abbildung 1: Faktoren der Therapiemotivation nach Dahle (1997; 1998)

Dahle (1995) konnte die dargestellte Faktorenstruktur an einer größeren und weitgehend repräsentativen Straftäterpopulation des Regelvollzugs empirisch belegen. Zudem erwies sich das Modell für die Vorhersage therapiebezogener Handlungsweisen als treffsicher (90-95%

Treffer im Vergleich zu 63% für das klassische Modell). Ebenfalls zeigten sich clusteranalytisch unterschiedliche Merkmalsprofile: Etwa die Hälfte der untersuchten Stichprobe zeigte sich durch eine geringe Problembelastung bei verhältnismäßig guten Handlungs- und Bewältigungskompetenzen aus, die sich anhand der Einstellungen gegenüber dem Strafvollzug in zwei Gruppen einteilen ließ. Psychotherapeutische Maßnahmen erschienen hier nicht indiziert.

Ein weiteres Viertel brachte relativ günstige motivationale Voraussetzungen für ein Behandlungsangebot mit: deutliches, nicht übermäßiges Belastungserleben bei positiven Einstellungen gegenüber Behandlung und Strafvollzugssystem sowie ein gewisses Zutrauen in die eigenen Handlungskompetenzen. Diese Gruppe konnte innerhalb eines halben Jahres verstärkt in eher behandlungsorientierten Institutionen angetroffen werden und entspricht am ehesten dem *Beziehungstypus des Kunden* (s.o.).

Etwa ein Zehntel der Insassen wies ein ähnlich erhöhtes Ausmaß an Belastungserleben auf, dessen Ursache es weitgehend internal attribuierte bei positiver Einstellung gegenüber Psychotherapie. Die Haltung bezüglich der Justiz war dagegen von starkem Misstrauen geprägt. Diese Gruppe repräsentiert hauptsächlich den *Beziehungstypus des Klagenden* (s.o.). Therapeutisch wird hier die Thematisierung der Hafterfahrungen und des damit einhergehenden Misstrauens empfohlen, bevor sich deliktrelevanten Fragen zugewandt werden kann.

Eine motivationale Extremgruppe stellten die letzten 15% der untersuchten Straftäter dar. Dem höchsten Ausmaß an Belastungserleben steht ein hilflos-fatalistischer Attributionsstil bei ausgesprochen geringem Selbstvertrauen und negativen Einstellungen hinsichtlich Therapie und Strafvollzug entgegen. Trotz offensichtlicher Therapiebedürftigkeit waren sie bei der Inanspruchnahme therapeutischer Hilfsangebote im Strafvollzug deutlich unterrepräsentiert. Gleichzeitig bekundeten sie auf Nachfrage eine grundsätzliche Behandlungsbereitschaft – und sei dies auch nur aus Gründen der formalen Anpassung. Diese Gruppe entspricht am ehesten dem *Beziehungstypus des Geschickten* (s.o.). Neben der Vermittlung von Basiswissen bezüglich Psychotherapie wird hier die Förderung von internalen Kontrollattributio-nen, Selbstvertrauen und Handlungskompetenzen bei unterstützender Suche nach Möglichkeiten, die Haftsituation zu erleichtern, empfohlen.

Auch wenn die Überprüfung des Modells bisher ausschließlich im Regelvollzug stattfand, sind die dargestellten Einflussfaktoren auch für das Klientel der forensischen Psychiatrie als zutreffend zu erachten. Die Problembelastung dürfte aufgrund der erhöhten Störungsbela-stung höher sein, hier wie dort existieren ähnlich negative Einstellungen bezüglich des Strafsystems und je nach Vorerfahrung der Patienten unterscheidet sich die Einstellung zum therapeutischen Behandlungsangebot.

Zusammenfassend ist davon auszugehen, dass die Betonung der auf der untersten Modellebene genannten Konstrukte die Therapiemotivation stärkt. Dies wirkt sich mittelbar positiv auf therapiebezogene Handlungsweisen wie das Eingehen eines therapeutischen Arbeitsbündnisses aus. Die positiven Auswirkungen motivationaler Abstimmung auf die therapeutische Beziehung wie auch auf die Reparatur von Beziehungsbrüchen (vgl. Safran, Muran, Samstag & Stevens in diesem Band) konnten Holtforth & Castonguay (2005) belegen. Ein zentraler Punkt der dargestellten Ansätze ist es, unter Ausnutzung der Ambivalenz des Patienten seine Erwartung an Psychotherapie als eine hilfreiche Problemlösestrategie zur Erreichung eigener Ziele zu stärken, um den Übergang vom Patienten erahnter Änderungserfordernisse zu konkreten Handlungen zu erleichtern (Miller & Rollnick, 2002). Hierfür können die beschriebenen Heuristiken und Konzeptualisierungen gewinnbringend eingesetzt werden.

4. Wie aus Geschickten Kunden werden (können)...

Abschließend wird versucht, die dargestellten Heuristiken und Modelle auf die in Kap. 2 beschriebenen Grundprobleme zu übertragen und konkrete *Handlungsempfehlungen sowohl für den Therapeuten als auch die behandelnde Institution* abzuleiten. Jegliche Lösungsstrategien

sind selbstverständlich nicht als einzige zielführende Vorgehensweisen zu betrachten, zumal als komplizierender Faktor zusätzlich die störungsspezifische Beziehungsgestaltung für den therapeutischen Prozess zu berücksichtigen ist. Für den forensischen Kontext sind hier insbesondere Persönlichkeitsstörungen und schizophrene Erlebens- und Verhaltensweisen in Betracht zu ziehen (vgl. die entsprechenden Kapitel in diesem Band). Die hier hauptsächlich aus Sicht des besonderen Kontexts geäußerten Empfehlungen schließen die störungsspezifische Perspektive jedoch nicht aus, da beide Betrachtungsweisen stark auf Ansätzen komplementärer Beziehungsgestaltung (Caspar et al., 2005, Beiträge von Caspar und Stucki in diesem Band) beruhen. Ein therapeutisch geprägtes Klima innerhalb der die Behandlung ausführenden Institution begünstigt das Entstehen eines Arbeitsbündnisses. Beziehungsförderliches Verhalten seitens des Therapeuten wie auch der (therapeutischen) Institution zeichnet sich durch eine Grundhaltung aus, die ein Klima der partnerschaftlichen Zusammenarbeit, des geleiteten Entdeckens sowie Respekt vor der Autonomie des Patienten (Miller & Rollnick, 2002, Schmelzer & Rischer in diesem Band) – immer vor dem Hintergrund der gesetzlichen Rahmenbedingungen – ermöglicht, ermutigt und fördert. Es empfiehlt sich dafür die Beachtung folgender Aspekte (Fiedler, 2000, S. 296f.; Miller & Rollnick, 2002, S. 36f.):

- *Zieltransparenz* hinsichtlich Offenlegung der Regeln, Absichten und Ziele, die der Therapeut mit der jeweiligen Therapiestrategie verfolgt, sowie die Anregung eines gemeinsamen Nachdenkens über mögliche Ziele und die Zielbestimmung.
- *Zulassen von Widerspruch* im Sinne einer kontinuierlichen Möglichkeit für den Patienten, den therapeutischen Prozess von sich aus zu kritisieren und zu hinterfragen (=Anregung zur Metakommunikation). Dies bedeutet auch, dass das Vorgehen prinzipiell zur Disposition steht und, wenn sinnvoll, geändert wird. Der Therapeut ist kein Richter! Krankheitseinsicht als erstes Therapieziel ist hinderlich für den Aufbau einer therapeutischen Beziehung.
- *Verbindlichkeit* besteht einerseits darin, dass der Therapeut unter Berücksichtigung der anderen Prinzipien zu dem steht, was er in den therapeutischen Prozess einbringt; sie besteht andererseits aber auch in dem Ausmaß an Verpflichtung, das der Therapeut dem Patienten zur Mitbestimmung und Mitverantwortung an der Therapie auferlegt.
- *Ausdruck von Empathie*. Dies impliziert, dass Akzeptanz Veränderung erleichtert und Ambivalenz ein normales Phänomen von Verhaltensänderungen ist. Gekonntes reflektives Zuhören sowie ein kongruentes Interesse am Patienten und daran, wie er seine Welt erlebt, sind hierfür als fundamentale Therapeutenvoraussetzungen zu sehen. Dies kann auch bedeuten, sich – insbesondere in der Phase der Beziehungsaufnahme – mit den persönlichen Interessen wie Musik, Film, Literatur etc. im Sinne von „Smalltalk“ auseinanderzusetzen und diese Dinge wertzuschätzen.
- *Entwicklung von persönlichen Werte- und Zieldiskrepanzen des Patienten*. Eine Veränderung wird erleichtert durch eine wahrgenommene Diskrepanz zwischen gegenwärtigem Verhalten und wichtigen persönlichen Zielen oder Werten. Diese wird umso eher verhaltenswirksam, je mehr der Patient eigene Argumente für seine Veränderung findet. Genügend Zeit zu geben, ist hierbei ein wesentlicher Faktor.
- „*Mit dem Widerstand rollen*“ geschieht, indem der Therapeut selbst das Argumentieren für Veränderung vermeidet und Widerstand nicht direkt konfrontiert, sondern stattdessen neue Perspektiven anbietet oder nahe legt. In diesem Sinne ist Widerstand ein unmittelbares Signal für den Therapeuten, anders als mit „mehr desselben“ zu reagieren. Vielmehr ist der Patient die primäre Quelle für Antworten und Lösungen.
- *Selbstwirksamkeit unterstützen*. Der persönliche Glaube an die Möglichkeit einer eigenen Verhaltensänderung ist ein wichtiger Motivator. Die überzeugende Haltung des Therapeuten, dass der Patient sich ändern kann, wirkt im Sinne einer selbsterfüllenden Prophezeiung und stärkt das Verständnis des Patienten, dass nur er, und nicht der Therapeut, letztendlich die Änderung herbeiführen kann.

Was haben diese Handlungsempfehlungen nun mit den dargestellten Modellen aus Kap. 3 zu tun? Wie lassen sich hierdurch Beziehungstypen und Behandlungserwartungen günstig beeinflussen? Grundprinzip der *Arbeit mit den verschiedenen Beziehungstypen* des Kunden, des Besuchers und des Geschickten ist es, einerseits für den Klienten relevante Problembereiche zu identifizieren, die dieser gerne ändern würde – in forensischen Kontexten sind dies zumeist Probleme, die mit der aufgezwungenen Behandlung verbunden sind. Andererseits geht es darum, den Eigenanteil der Patienten an der Lösung seiner gewählten Problembereiche zu stärken – nur zu oft gehen diese davon aus, dass andere oder die äußeren Bedingungen sich ändern müssten. Durch Einsatz der oben genannten Handlungsempfehlungen wird es dem Patienten ermöglicht, seine Vorbehalte zu äußern und dabei auch noch ernst genommen zu werden. Dies erleichtert die Zielfindung auf zuerst kleinen, alltagsrelevanten Ebenen im Sinne der untersten Ebene des Motivationsmodells von Dahle (1995). Eine Einigung auf erste Schritte und deren folgende Bewältigung kann als Modell für zukünftige größere Schritte hinsichtlich der deliktrelevanten Problematik fungieren. Hierfür werden unter Einsatz der oben aufgelisteten Strategien sog. Beobachtungsaufgaben konstruiert, die dazu dienen, Unterschiede und Ausnahmen im Verhalten mit ihren entsprechenden Folgen zu entdecken (mit oder ohne Intervention im Sinne eines Verhaltensexperiments). Das Einführen neuer Sichtweisen und die geschickte Strukturierung von Ereignisfolgen in entsprechenden Verhaltensanalysen sind besonders geeignet, um neue Entdeckungen bezüglich eigener Beeinflussungsmöglichkeiten des Problems zu erleichtern. Die Schaffung von Wahlfreiheiten vor dem Hintergrund bestehender Regeln der Institution („Sie können es so oder so tun, wie sie möchten. Dies wären die entsprechenden Konsequenzen.“) wie auch die Betonung der Autonomie („Sie können es wie immer machen, sie müssen aber nicht. Welche Möglichkeiten mit welchen wahrscheinlich folgenden Konsequenzen gäbe es noch?“) stärkt die Selbstwirksamkeit (vgl. die sog. Personenzentrierte Verantwortungszuweisung nach Fiedler, 2000, S.311f.). Jegliche Einigung entweder auf der Ebene der ausgewählten Probleme oder fortführend auf der Ebene der dazu geeigneten Änderungsschritte führt zum Übergang von einem ungünstigeren Beziehungstyp zu einem funktionaleren, womit sich die therapeutische Beziehung entscheidend verbessert.

Für die *Arbeit mit Behandlungserwartungen* im Sinne des Modells von Dahle (1995) gilt, dass die oben dargestellten Prinzipien wie Zieltransparenz, Ermöglichen von Widerspruch, Verbindlichkeit sowie die Entwicklung persönlicher Werte- und Zieldiskrepanzen klar reaktanzmindernd sind und der Berechenbarkeit und schließlich dem Aufbau von Vertrauen gegenüber dem Therapeuten, der Institution und der Behandlung dienen. Gleichzeitig ist durch die zunehmend wahrgenommenen Hafterleichterungen (an konsistent gezeigte Verhaltensänderungen gekoppelte Vollzugslockerungen, konfliktreduzierter Umgang mit Mithäftlingen) von einem positiveren Verhältnis zu Psychotherapie und von einem erhöhten Selbstwirksamkeitserleben auszugehen. Schließlich werden durch Transparenz und (Psycho)-Edukation Unwissenheit beseitigt und günstigere Therapiebewertungen ermöglicht. Alles dies sind Faktoren, die einer gefestigten therapeutischen Beziehung Vorschub leisten.

4.1. Was kann der Therapeut beitragen?

Ein oftmals Beziehungsbrüche verursachendes Problem ist der *Umgang mit Sanktionen und Zwangsmäßignahmen* zur Aufrechterhaltung des institutionellen Regelsystems bzw. zum Schutz vor Selbst- und Fremdgefährdung. Im Wesentlichen gilt es dabei drei Prinzipien zu beachten, um einschneidenden Folgen für das Arbeitsbündnis besser vorbeugen zu können. An erster Stelle steht das Transparenzgebot hinsichtlich aller einzuhaltenden Regeln und den daraus resultierenden Maßnahmen bei Nichteinhaltung für beide Seiten. Eine rechtzeitige Aufklärung über das zu erwartende Verhalten des Therapeuten, des Teams oder der Institution hinsichtlich sowohl des sichernden als auch des therapeutischen Auftrags schafft Berechenbarkeit und Nachvollziehbarkeit gegenüber dem misstrauisch beargwöhnten Vollzugssystem. An zweiter Stelle steht die konsequente Umsetzung dieser Regeln. Der Therapeut als die Sanktion

fordernde Körperschaft sollte dabei – im optimalen Fall – die Sanktion verkünden und während deren Durchsetzung anwesend sein. Seine Aufgabe besteht in diesem Moment darin, die Nachvollziehbarkeit zu gewährleisten (Mitteilen von Grund, Art und Dauer der Sanktion) und als beruhigender Faktor auf alle Beteiligten einzuwirken, um unnötige Härten für alle Seiten zu vermeiden. Besonders wichtig ist dabei, dass der für den betreffenden Patienten zuständige Therapeut selbst möglichst an keinerlei körperlicher Gewaltanwendung mitwirkt, um die therapeutische Beziehung weitestgehend freizuhalten von (potentiell retraumatisierend erlebten) Übergriffen. Schließlich kommt ihm die Aufgabe zu, während einer längeren Sanktionsmaßnahme (z.B. mehrtägige Absonderung) kontinuierlich sein Beziehungsangebot durch fortwährende Signalisierung von Gesprächsbereitschaft aufrechtzuerhalten. Dies schafft Verbindlichkeit für jegliche Verhaltensweisen, die beiderseits zu erwarten und zu tolerieren sind, und setzt Einigkeit und klare Absprachen im Team bezüglich der Anwendung von Regeln voraus. De facto handelt es sich hierbei um ein Splitting der therapeutischen Beziehung in verschiedene Partialbeziehungen im multiprofessionellen Team. So kann der Patient am besten von der therapeutischen Beziehung profitieren, die in der jeweiligen Situation zu ihm passt, um ihm zu ermöglichen, eine solche Beziehung weiterhin auch unter Schwierigkeiten aufrechtzuerhalten (vgl. Bassler in diesem Band).

Dem Problem der *übermäßigen Kontrolle durch die Behandler* und der mangelnden Privatsphäre des Patienten kann durch eine sorgfältige Zusammenstellung des Vollzugs- und Therapieplans vorgebeugt werden. Hierbei ist idealerweise mit dem Patienten selbst abzustimmen und klar festzuhalten, was im Sinne des gesetzlichen Auftrags der Sicherung und Besserung notwendige Vollzugs- und Therapieziele sind (Pflichten) und welche persönlichen Bereiche des Patienten hiervon nicht betroffen sind (Rechte). Körperpflege, das Aussehen, Streit mit anderen sowie Verstimmungen und kleinere selbstwertdienliche Lügen sind nicht zwangsläufig Risikofaktoren für erneute Delinquenz und würden in anderen Kontexten zu Recht zu reaktant gefärbten Autonomiebestrebungen führen. Ein kritisches Hinterfragen des „Wozu“ durchgesetzter Maßnahmen durch das gesamte Team hilft dabei, unnötige Einschränkungen der Autonomie von Patienten zu identifizieren sowie die Gefahr zu verringern, eigene Maßstäbe als Ziel zu setzen und damit das Abhängigkeitsverhältnis unwillkürlich auszunutzen.

Der *Umgang mit persönlichen Grenzen hinsichtlich ethisch-moralischer Grundüberzeugungen und der eigenen Belastbarkeit* fordert von Behandlern in forensischen Kontexten eine Betonung selbstachtsamer Kompetenzen. Um einem Klima von Burn-Out oder aber auch „*Einzel- und Frontkämpfermentalitäten*“ vorzugreifen, ist es wichtig, sich und den Kollegen eigene „Schwächen und Defizite“ zuzugestehen und diesen Beachtung zu schenken. Dies gilt umso mehr, je stärker Einzelstationen mit der Behandlung einer spezifischen Problemklientel betraut sind (bspw. Sadisten, schwere dissoziale Persönlichkeitsstörungen). Im Rahmen der eigenen Psychohygiene sollten Abneigungen sowie Ekel- und Hassgefühle gegenüber Patienten in Supervision bearbeitet werden. Sofern eine Besserung nicht möglich ist, ist ein Wechsel des Patienten zu einem anderen Therapeuten anzustreben, um eine bessere Passung sowie Entlastung zu erzielen. Dies gilt auch für den Umgang mit Ängsten vor einzelnen Patienten. Hier ist zügig zu klären, welcher Anteil davon auf den Patienten und sein Verhalten und welcher Anteil auf eigene Bewertungen und Erlebensweisen zurückzuführen ist, um die Zahl der wählbaren behandlerischen Freiheitsgrade wieder zu erhöhen (zum Umgang mit hemmenden Gegenübertragungen aus kognitiv-behavioraler Sicht vgl. Leahy (2003), S. 238ff.). Primäres Ziel ist dabei, die Orientierung auf den Patienten zu stärken und gewährleisten zu können. Auch dafür stellt idealerweise ein institutionell bereitgestellter Supervisionsrahmen den besten Ort dar (s.u.). Selbstverständlich gehört eine konstante themenspezifische Weiterbildung der Behandler ebenfalls dazu, um den Rahmen eigener fachlicher Bewältigungsmöglichkeiten zu vergrößern.

4.2. Was kann die Institution beitragen?

In der Praxis zeigt sich, dass die Bemühungen des Therapeuten um ein positives und fruchtbare Arbeitsbündnis mit dem Patienten allein nicht immer ausreichen. Besonders im Kontext der Zwangsbehandlung haben die strukturellen Bedingungen der Institution auf die Therapeut-Patient-Beziehung bzw. die damit verbundenen und im Kap. 2 ausführlicher beschriebenen Schwierigkeiten einen großen Einfluss. So veranlassen beispielsweise der beschriebene Rollenkonflikt des Therapeuten und das daraus folgende Misstrauen beider Interaktionspartner zu Überlegungen zur Frage der Einbindung von Psychotherapeuten in die Institution. Grentkord (1998) vergleicht hierzu verschiedene Modelle hinsichtlich ihrer Vor- und Nachteile für die therapeutische Arbeit. Sowohl für den Patienten als auch für den Therapeuten ist es ein erheblicher Unterschied, ob der Therapeut dem Patienten als externer Mitarbeiter, der keinerlei Austausch mit dem Klinikpersonal pflegt, als semi-integrierter Mitarbeiter, der zwar Informationen seitens der Klinikmitarbeiter über das Verhalten des Patienten erhält, selbst aber an seine Schweigepflicht gebunden ist, oder als in das Behandlungssteam vollständig integrierter Mitarbeiter, der Inhalte des Einzelgesprächs im Team bespricht und auch über Vollzugslockerungen entscheidet, gegenüber sitzt. Es ist offensichtlich, dass letzteres Modell Misstrauen besonders fördert.

Zur Herstellung eines vertrauensvollen Arbeitsbündnisses scheint ein *semi-integriertes Modell* viele Vorteile zu bieten: Die negativen Auswirkungen möglicher Vorbehalte des Patienten gegenüber der Vollzugseinrichtung auf die Therapiemotivation (Dahle, 1995) werden möglichst gering gehalten. Der Therapeut ist nicht verantwortlich für die Sicherung des Patienten, d.h. er muss weder wiederholt das Flucht- und Rückfallrisiko prüfen noch Sicherungsmaßnahmen selbst verantworten und durchführen. Dies erlaubt auch auf Seiten des Therapeuten eine Reduktion des Misstrauens. Zudem ermöglicht das Modell durch die Rückmeldung der Klinikmitarbeiter die Einbeziehung aktuellen Verhaltens in die therapeutische Arbeit. Ein möglicher Nachteil könnte allerdings in dem fehlenden Einfluss des Therapeuten auf Vollzugslockerungen liegen; entsprechend dem oben dargestellten Modell von Dahle (1995) verringert dies die Therapiemotivation. Außerdem birgt es die Gefahr einer Fehlentscheidung bezüglich der notwendigen Sicherung des Patienten, da den Entscheidungsträgern wichtige Informationen über das innere Erleben, die Kognitionen, Motive und Ziele des Patienten fehlen. So kann es einerseits passieren, dass ein Patient länger als notwendig gesichert wird, andererseits aber auch, dass Lockerungen trotz noch bestehenden hohen Rückfallrisikos gewährt werden.

Diese Schwierigkeiten treten bei einem *integrierten Modell* in einem geringeren Ausmaß auf. Der Therapeut bedarf allerdings in seiner Doppelfunktion als Behandler und Gutachter einmal mehr der Unterstützung durch ein von den Strukturen der Institution unterstütztes transparentes Arbeitsklima. Es sollte eine *Trennung zwischen Behandler und Gutachter* zumindest insoweit gewährleistet sein, als der Therapeut nicht die alleinige Verantwortung für Lockerungsentscheidungen seines Patienten trägt. Zum einen darf eine vertrauensvolle, empathische und wertschätzende Beziehung zum Patienten letztlich das Risiko für erneute Straftaten nicht erhöhen, indem die Prognose aufgrund von Sympathie oder erreichter Therapiefortschritte zu positiv eingeschätzt wird. Umgekehrt sollte die wiederholte notwendige Einschätzung des Delinquenzrisikos auch eine derartige positive Beziehung nicht behindern. Zum anderen ermöglichen mehrere Entscheidungsinstanzen, die Beziehung mit dem Patienten auch bei ausbleibenden Lockerungen stabil zu halten, indem der Therapeut sich mit dem Patienten im Sinne des Beziehungstyps des Geschickten oder auch des Klagenden „verbündet“, um gemeinsam nach Möglichkeiten zu suchen, wie er sich des Zwangs – in dem Fall die hohe Sicherungsstufe – entledigen kann. Dazu ist es aber notwendig, dass der Therapeut auf andere an der Lockerungsentscheidung Beteiligte verweisen kann. Empfehlenswert sind daher *Konferenzen zu Lockerungsentscheidungen*, die gemeinsam von mehreren Ebenen der Institutionshierarchie verantwortet werden.

Eine weitere, stark von den institutionellen Rahmenbedingungen abhängige Schwierigkeit ist der sorgsame Umgang mit der durch die Zwangsunterbringung gegebenen *Macht über den Patienten*. Es wurde bereits beschrieben, wie sich Machtmisbrauch in alltäglichen Verhaltensweisen im Kontakt mit den Patienten äußern kann. Neben ethischen Bedenken wirkt sich dieser über eine Verstärkung der negativen Einstellung gegenüber dem Justizsystem (Dahle, 1995) auch extrem negativ auf die Therapeut-Patient-Beziehung aus. Die forensische Institution ist in der Verantwortung, Bedingungen zu schaffen, die einem Machtmisbrauch entgegen wirken. Dazu gehört zum einen eine *klare und transparente Hierarchie* mit *Festlegung der Entscheidungskompetenzen und –verantwortung*. Zum anderen bedarf es *Kontrollinstanzen und eines Sanktionssystems*, um die Einhaltung der vorgegebenen Grenzen der Verantwortungsbereiche zu gewährleisten. Des Weiteren ist es notwendig, eine Arbeitsatmosphäre zu schaffen, in der Schwächen und Probleme angesprochen werden können, in der Interesse an und Verantwortung für Veränderungen von Seiten der jeweils zuständigen Führungskraft gezeigt wird. Förderlich ist in jedem Fall ein offenes, transparentes Arbeitsklima zwischen den Mitarbeitern aller Berufsgruppen sowie zwischen den Hierarchien, in dem eine regelmäßige differenzierte Rückmeldung selbstverständlich ist.

Eine weitere sinnvolle und unabdingbare Maßnahme für die Arbeit im forensischen Kontext ist eine verpflichtende *externe Supervision*. Neben der Reflexion der therapeutischen Arbeit am Patienten kann diese dazu dienen, sich wiederholt mit eigenen Maßstäben, Werten, Normen und Grenzen und deren Einfluss auf den eigenen Umgang mit den Patienten auseinanderzusetzen. In diesem Rahmen können außerdem mögliche divergierende Behandlungsziele und –maßnahmen der verschiedenen Berufsgruppen besprochen und auf ein gemeinsames Ziel zurückgeführt werden. Neben einer an dem Maßregelvollzugsziel ausgerichteten *differenzierten Therapieplanung* – sowohl des Therapeuten als auch des Pflegepersonals – ist eine regelmäßige Überprüfung der Zielerreichung notwendig, um eine Fokussierung auf therapieirrelevante Themen zu verhindern.

Ebenso wichtig ist die verpflichtende Teilnahme aller Berufsgruppen an *Weiterbildungsveranstaltungen* zur Vermittlung von aktuellem Störungs- und Behandlungswissen. Von besonderer Bedeutung sind dabei praxisorientierte Übungen (z.B. zur Gesprächsführung). Neben berufsgruppenspezifischen Veranstaltungen sollten aber auch Weiterbildungen für verschiedene Berufsgruppen angeboten werden, da sich dies trotz unterschiedlicher Qualifikationen als eine teamstärkende Maßnahme und förderlich für die interdisziplinäre Zusammenarbeit erwiesen hat. Des Weiteren verhindert die Einführung eines „*Hüters der Dialektik*“ in Teambesprechungen eine einseitige Sicht auf die Behandlung und die Behandlungserfolge eines Patienten. Bei dieser aus der Dialektisch-Behavioralen-Therapie für Borderline-Patienten stammenden Maßnahme erhält ein Mitarbeiter explizit die Aufgabe, die Patientensicht bzw. die vom Team jeweils nicht berücksichtigten Seiten des Problems zu vertreten; diese Aufgabe wird in jeder Besprechung neu verteilt.

Viele der genannten Vorschläge scheinen auf den ersten Blick trivial, in der praktischen Arbeit ist die Umsetzung jedoch nicht selbstverständlich. Natürlich gelten die vorgeschlagenen Beiträge seitens der Institutionen zur Unterstützung einer gelungenen Therapeut-Patient-Beziehung nicht nur für forensische Einrichtungen. Eine separate Nennung scheint uns aber essentiell, da der forensischen Institution – wie schon im Kap. 2 beschrieben – durch die lange Aufenthalts- und Behandlungsdauer der Patienten sowie das extreme Abhängigkeitsverhältnis im Vergleich zu anderen klinisch-stationären Einrichtungen eine wesentlich größere Verantwortung zukommt: Erst eine transparente und offene Arbeitsatmosphäre mit klar verteilten Entscheidungskompetenzen und einer engen interdisziplinären Zusammenarbeit bietet die Grundlage für die funktionale Ausgestaltung der Therapeut-Patient-Beziehung in einem Zwangssetting.

5. Ausblick

Die Zusammenstellung förderlicher Interventionen für die therapeutische Beziehungsgestaltung im forensischen Setting, die im Wesentlichen auf theoretischen Überlegungen und klinischer Erfahrung beruht, ruft am Ende natürlich die Frage nach empirischer Überprüfung hervor. Es ist offensichtlich, dass die speziellen Einflussbedingungen angeordneter Behandlungen ein absolutes Stiefkind der empirischen Psychotherapieforschung darstellen. Der Forschungsstand geht über die metaanalytische Zusammenschau von Outcome-Forschungsergebnissen auf der Makroebene nicht hinaus. Wünschenswert wären Arbeiten, die sich im mikroanalytischen Prozessbereich mit den Moderatoren und Mediatoren einer funktionalen therapeutischen Allianz befassen. Hierbei sollten insbesondere die Aspekte in ihrem Wirkungsgefüge untersucht werden, die im Generic Model of Psychotherapy von Orlinsky & Howard (1987) unter den Metakonstrukten der a) technischen therapeutischen Operationen (Wie reagiert der Therapeut auf den Patient?), deren b) unmittelbaren Auswirkungen innerhalb einer Sitzung (Was passiert augenblicklich?), der c) therapeutischen Bindung (Wie arbeiten Therapeut und Patient zusammen?) und d) resultierender Verlaufsmuster (Welche Abfolgen von Phänomenen lassen sich beobachten?) (vgl. Orlinsky, Rönnestad & Willutzki, 2004) zusammengefasst sind. Diese Art von *längsschnittbasierter Prozessforschung* wäre geeignet, um empirisch gesicherte Erkenntnisse zu gewinnen, wie sich beispielsweise die in diesem Beitrag angeführten Interventionsprinzipien konkret auf die therapeutische Beziehungsgestaltung auswirken. Bestenfalls ließen sich Antworten geben auf die Grundfrage nach der *differenziellen Indikation* (vgl. Fiedler, 2000), die einer phasenabhängigen Beziehungsgestaltung zugrunde liegt: Bei welchen spezifischen Problemen einer Person mit einer bestimmten Störung ist welche Art der Kombination verschiedener behandlungs- bzw. beziehungsgestaltender Interventionen zu welchem Zeitpunkt unter welchen Rahmenbedingungen am effektivsten, um eine funktionale therapeutische Allianz herzustellen und/oder aufrechtzuerhalten? Dies wäre sicherlich ein nennenswerter Fortschritt für die Behandlung einer als äußerst schwierig geltenden Klientel und würde verstärkt dazu beitragen, bestehende Stereotype und ungünstige Annahmen hinsichtlich der Therapiemotivation von Straftätern abzubauen.

Literatur

- Andrews, D. A. & Bonta, J. (1998). *Psychology of Criminal Conduct* (2nd ed.). Cincinnati, OH: Anderson.
- Berg, I. K. (1989). Of visitors, complainants and customers. Is there really such a thing as resistance? *Family Therapy Networker*, 13(1), 21-25.
- Berg, I. K. & Miller, S. D. (2000). *Kurzzeittherapie bei Alkoholproblemen. Ein lösungsorientierter Ansatz* (4. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research and Practice*, 16, 252-260.
- Brehm, J. W. (1966). *A theory of psychological reactance*. New York: Springer.
- Brugger, S. & Holzbauer, A. (1998). Die Heilkraft der Staatsgewalt. In E. Wagner & W. Werdenich (Hrsg.). *Forensische Psychotherapie. Psychotherapie im Zwangskontext von Justiz, Medizin und sozialer Kontrolle* (S. 13-20). Wien: Facultas.
- Burke, B. L., Arkowitz, H. & Dunn, C. (2002). The efficacy of motivational interviewing and its adaptations: What we know so far. In W. R. Miller & S. Rollnick (eds.) *Motivational Interviewing. Preparing People for Change* (2. ed) (S. 217-250). New York: Guilford.
- Casper, F., Grossmann, C., Unmüssig, C. & Schramm, E. (2005). Complementary therapeutic relationship: Therapist behavior, interpersonal patterns, and therapeutic effects. *Psychotherapy Research*, 15(1-2), 91-102.
- Dahle, K.-P. (1995). *Therapiemotivation hinter Gittern – Zielgruppenorientierte Entwicklung und Erprobung eines Motivationskonstrukts für die therapeutische Arbeit im Strafvollzug*. Regensburg: Roderer.
- Dahle, K.-P. (1997). Therapie und Therapieindikation bei Straftätern. In M. Steller & R. Volbert (Hrsg.). *Psychologie im Strafverfahren* (S. 142-159). Bern: Huber.
- Dahle, K.-P. (1998). Therapiemotivation und forensische Psychotherapie. In E. Wagner & W. Werdenich (Hrsg.). *Forensische Psychotherapie. Psychotherapie im Zwangskontext von Justiz, Medizin und sozialer Kontrolle* (S. 97-112). Wien: Facultas.
- De Shazer, S. (2006). *Der Dreh. Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie* (9. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Dessecker, A. (2001). Rechtsgrundlagen der Sanktionierung „gefährlicher“ Straftäter. In G. Rehn, B. Wischka, F. Lösel & M. Walter (Hrsg.). *Behandlung „gefährlicher Straftäter“. Grundlagen, Konzepte, Ergebnisse* (2. Aufl.) (S.11-25). Herbolzheim: Centaurus.
- DiClemente, C. C. & Prochaska, J. O. (1998). Toward a comprehensive transtheoretical model of change: Stages of change and addictive behaviors. In W. R. Miller & N. Heather (eds.). *Treating addictive behaviors* (2. ed.) (S. 3-24). New York: Plenum.
- Egg, R. (1992). *Die Therapieregelungen des Betäubungsmittelrechts: deutsche und ausländische Erfahrungen*. Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle.
- Evans, C., Carlyle, J. & Dolan, D. (1996). Research: An Overview. In C. Cordess, & M. Cox (Hrsg.). *Forensic Psychotherapy: Crime, Psychodynamics and the Offender Patient. Vol. II Mainly Practice* (S. 507-542). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Fiedler, P. (2000). *Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Grounds, A. (1996). Expectations and Ethics. In C. Cordess, & M. Cox (Hrsg.). *Forensic Psychotherapy: Crime, Psychodynamics and the Offender Patient. Vol. II Mainly Practice* (S. 7-14). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Ginsburg, J. I. D., Mann, R. E., Rotgers, F. & Weekes, J. R. (2002). Motivational Interviewing with Criminal Justice Populations. In W. R. Miller & S. Rollnick (eds.) *Motivational Interviewing. Preparing People for Change* (2. ed) (S. 333-346). New York: Guilford.
- Gretenkord, L. (1998). Der Therapeut als Doppelagent – Zum Rollenkonflikt des Psychotherapeuten in einer forensischen Institution. In E. Wagner & W. Werdenich (Hrsg.). *Forensische Psychotherapie. Psychotherapie im Zwangskontext von Justiz, Medizin und sozialer Kontrolle* (S. 68-80). Wien: Facultas.
- Haney, C., & Zimbardo, P. G. (1976). Social roles and role-playing: Observations from the Stanford prison study. In E. P. Hollander & R. G. Hunt (Eds.), *Current perspectives in social psychology* (4th ed.) (pp. 266-274). New York: Oxford University Press.
- Holtforth, M. G. & Castonguay, L. G. (2005). Relationship and techniques in cognitive-behavioral-therapy – A motivational approach. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(4), 443-455
- Kolton, D. J. C. (2004). Active encouragement: Perceived coercion into correctional treatment. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 64(8-B), 4045.
- Krupinski, M., Schöchlin, C., Fischer, A. & Nedopil, N. (1997). Therapeutic alliance in forensic psychiatric hospitals: An empirical study. *Journal of Forensic Psychiatry*, 8(3), 528-545.
- Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (2004). The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. In M. J. Lambert (eds.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5. ed.) (S. 139-193). New York: Wiley.

- Laws, D. R. (1999). Relapse Prevention – The State of the Art. *Journal of Interpersonal Violence*, 14(3), 285-302.
- Leahy, R. L. (2003). Overcoming Resistance in Cognitive Therapy. New York: Guilford.
- Lösel, F. & Bender, D. (1997). Straftäterbehandlung: Konzepte, Ergebnisse, Probleme. In M. Steller & R. Volbert (Hrsg.). *Psychologie im Strafverfahren* (S. 171-204). Bern: Huber.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing. Preparing People for Change* (2. ed). New York: Guilford.
- Müller, A. (2001). Interaktion mit Menschen mit problematischem Suchtmittelkonsum. In F. Tretter & A. Müller (Hrsg.). *Psychologische Therapie der Sucht* (S. 285-304). Göttingen: Hogrefe.
- Orlinsky, D. E. & Howard, K. I. (1987). A generic model of psychotherapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 6, 6-27.
- Orlinsky, D. E., Rönnestad, M. H. & Willutzki, U. (2004). Fifty Years of Psychotherapy Process-Outcome Research: Continuity and Change. In M. J. Lambert (eds.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5. ed.) (S. 307-389). New York: Wiley.
- Patterson, G. R. & Forgatch, M. S. (1985). Therapist behavior as a determinant for client noncompliance: A paradox for the behaviour modifier. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 846-851.
- Pfäfflin, F. (1998). Forschungsfragen der Forensischen Psychotherapie. In E. Wagner & W. Werdenich (Hrsg.). *Forensische Psychotherapie. Psychotherapie im Zwangskontext von Justiz, Medizin und sozialer Kontrolle* (S. 21-36). Wien: Facultas.
- Rohdich, R. & Kirste, A. (2005). Ein integrierter Behandlungsansatz für schizophrene Patienten mit Suchterkrankung und Persönlichkeitsstörung in der Klinik für Forensische Psychiatrie Haina. *Recht & Psychiatrie*, 116-122.
- Rotthaus, W. (1998). Freiwilligkeit und Zwang und was dazwischen liegt. Ein Plädoyer für variable Psychotherapiekonzepte. In E. Wagner & W. Werdenich (Hrsg.). *Forensische Psychotherapie. Psychotherapie im Zwangskontext von Justiz, Medizin und sozialer Kontrolle* (S. 271-280). Wien: Facultas.
- Scholz, O. B. & Schmidt, A. F. (im Druck). Schuldfähigkeit. In M. Steller & R. Volbert (Hrsg.). *Handbuch der Psychologie Band 6. Rechtspsychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Suhling, S. (2005). Entwicklung von Delinquenz und Entwicklung in Haft: Welche Rolle könnten die persönlichen Ziele der Betroffenen spielen? *Praxis der Rechtspsychologie*, 15(1), 99-120.
- Weiner, B. (1980). *Human Motivation*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Werdenich, W. & Wagner, E. (1998). Die Kunst der Zwangsbehandlung. In E. Wagner & W. Werdenich (Hrsg.). *Forensische Psychotherapie. Psychotherapie im Zwangskontext von Justiz, Medizin und sozialer Kontrolle* (S. 37-48). Wien: Facultas.
- Zasio, R. D. (1998). The forensic mentally ill: The relationship between perceived therapists' characteristics and patient satisfaction with psychotherapy. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 59(6-B), 3079.