

MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Gewaltstraftäter mit dissozialer Persönlichkeitsstörung –
Herausforderungen und Strategien

verfasst von | submitted by

Bettina Asimus BSc

angestrebter akademischer Grad | in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien | Vienna, 2024

Studienkennzahl lt. Studienblatt |
Degree programme code as it appears on the
student record sheet:

UA 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt | Degree
programme as it appears on the student
record sheet:

Masterstudium Psychologie

Betreut von | Supervisor:

Ass.-Prof. Mag. Dr. Harald Werneck

Danksagung

Ich möchte mich zu Beginn besonders bei meinem Betreuer Ass.-Prof. Mag. Dr. Harald Werneck bedanken, da diese Arbeit ohne ihn nicht in dieser Qualität zustande gekommen wäre. Vor allem möchte ich mich für die ständige Bereitschaft bedanken, mir in jeder Phase dieser Masterarbeit und zu jeder Zeit zur Seite zu stehen und mich fachlich zu beraten.

Ein weiterer Dank gebührt den Psychotherapeut*innen, die sich bereit erklärt haben, mit mir die Interviews zu führen. Durch ihre ausführlichen, ehrlichen und fachlichen Erzählungen konnten wertvolle Erkenntnisse gewonnen werden. Ebenso möchte ich den Vereinen danken, die meine Anfrage an die Psychotherapeut*innen weitergeleitet haben. Dadurch hatte ich die Möglichkeit, Teilnehmer*innen für meine Studie zu gewinnen.

Ein herzliches Dankeschön gilt meiner Studienkollegin Catherine Hlavac. Ich konnte mich durch das ganze Studium stets auf ihre emotionale Unterstützung verlassen, was mir geholfen hat, dieses abzuschließen.

Weiteres bedanke ich mich bei meinen Eltern, die mich mein ganzes Leben lang unterstützt haben. Sie haben mir erst die Möglichkeit gegeben, meinem Interesse zu folgen und das Studium der Psychologie zu absolvieren. Vielen Dank dafür!

Schlussendlich möchte ich meinem Freund Ralf Stoiber und meiner Schwester Nadine Asimus danken, die mich durch das ganze Studium begleitet haben und immer ein offenes Ohr für mich hatten. Danke, dass ihr mich motiviert habt und mir mit guter Laune und Geduld besonders durch Prüfungsphasen geholfen habt.

Abkürzungsverzeichnis

DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5. Version
DPS	dissoziale Persönlichkeitsstörung
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision
GLM	Good-Lives-Model
RNR	Risk-Need-Responsivity (Model)
StGB	Strafgesetzbuch (Österreich)

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	I
Abkürzungsverzeichnis	II
Inhaltsverzeichnis.....	III
1 Einleitung.....	1
2 Theoretischer Hintergrund	2
2.1 Grundlagen und Definitionen	2
2.1.1 Gewaltstraftäter	2
2.1.2 Dissoziale Persönlichkeitsstörung	2
2.1.3 Zusammenhang Gewaltstraftäter und DPS.....	3
2.2 Ziele in der Psychotherapie.....	4
2.2.1 Risk-Need-Responsivity Model (RNR).....	5
2.2.2 Good-Lives-Model (GLM)	5
2.3 Herausforderung und Strategien in der Psychotherapie	6
2.3.1 Beziehungsgestaltung.....	7
2.3.2 Aggressivität	7
2.3.3 Therapiemotivation	8
2.4 Zielsetzung und Forschungsfragen.....	9
3 Methodik.....	11
3.1 Rekrutierung der Stichprobe.....	11
3.2 Durchführung	11
3.3 Interviewleitfaden.....	12
3.4 Auswertung	14
4 Ergebnisse.....	15
4.1 Deskriptive Statistik.....	15
4.2 Beziehungsgestaltung	16
4.2.1 Herausforderungen	17
4.2.2 Strategien	18
4.3 Aggressivität.....	21
4.3.1 Herausforderungen	21
4.3.2 Strategien	23
4.4 Therapiemotivation.....	25
4.4.1 Herausforderungen	25
4.4.2 Strategien	27
4.5 Allgemeines.....	30
4.5.1 Allgemeine Herausforderungen	31

4.5.2	Allgemeine Strategien	33
5	Diskussion.....	35
5.1	Beziehungsgestaltung	35
5.1.1	Herausforderungen	35
5.1.2	Strategien	36
5.2	Aggressivität.....	37
5.2.1	Herausforderungen	37
5.2.2	Strategien	38
5.3	Therapiemotivation.....	39
5.3.1	Herausforderungen	39
5.3.2	Strategien	40
5.4	Allgemeines	40
5.5	Limitationen und Ausblick.....	41
6	Fazit.....	42
7	Literaturverzeichnis.....	43
8	Abbildungsverzeichnis.....	49
Anhang A: Zusammenfassung		50
Anhang B: Abstract.....		51
Anhang C: Interviewleitfaden		52

1 Einleitung

Die dissoziale Persönlichkeitsstörung (DPS) ist in der Allgemeinbevölkerung selten, zeigt jedoch eine deutlich erhöhte Prävalenz in Gefängnissen und forensischen Einrichtungen (Fazel & Danesh, 2002). Studien berichten unterschiedliche Prävalenzraten von 39% bis 70%. DPS gilt als eines der am schwierigsten zu behandelnden Krankheitsbilder in der Psychotherapie (Fiedler, 2018; Flaaten et al., 2024), da Betroffene oft Symptome wie manipulative Verhaltensweisen, eine stärkere Neigung zu Gewalt und ein geringeres Empathievermögen aufweisen (Dilling & Freyberger, 2019). Diese Symptome führen dazu, dass Patient*innen oft wenig Einsicht in ihre Straftaten zeigen und das Empathievermögen stark eingeschränkt ist, was eine reguläre Behandlung erschwert (Habermeyer & Herpertz, 2006). Die vorliegende Arbeit untersucht die spezifischen Herausforderungen, die sich durch die Beziehungsgestaltung, die mangelnde Therapiemotivation und die Aggressivität dieser Personengruppe ergeben. Acht Psychotherapeut*innen, die mit Gewaltstraftätern mit einer DPS arbeiten, werden in einem halbstrukturierten Interview zu ihren persönlichen Erfahrungen und Schwierigkeiten befragt. Ziel der Studie ist es, Strategien zu identifizieren, die von Therapeut*innen angewendet werden, um diesen Herausforderungen zu begegnen und den vorherrschenden Pessimismus im Umgang mit dieser Personengruppe zu verringern. Bislang gibt es keine klaren Behandlungsempfehlungen oder spezifische Modelle, die auf diese Personengruppe zugeschnitten sind (Fiedler, 2018; Gibbon et al., 2020; McGauley et al., 2011). Diese Arbeit soll einen Beitrag dazu leisten, neue Ansätze zu entwickeln, um Psychotherapeut*innen in ihrer Arbeit zu unterstützen und den therapeutischen Optimismus zu fördern, was sich wiederum positiv auf die Beziehung zwischen Therapeut*innen und Patient*innen auswirken kann (Fiedler, 2018; Flaaten et al., 2024).

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Grundlagen und Definitionen

Im folgenden Kapitel werden die Begriffe Gewaltstraftäter (2.1.1) und dissoziale Persönlichkeitsstörung (DPS) (2.1.2) näher erläutert. Um den Fokus dieser Arbeit auf die Herausforderungen und Strategien im Umgang mit Gewaltstraftätern mit einer DPS zu richten, erfolgt keine umfassende Darstellung des Krankheitsbildes. Stattdessen wird auf weiterführende Literatur verwiesen, die detaillierte Informationen bietet. Diese Masterarbeit befasst sich ausschließlich mit männlichen Gewaltstraftätern, da diese Störung signifikant häufiger bei Männern auftritt (American Psychiatric Association, 2018).

2.1.1 Gewaltstraftäter

Unter einer Gewaltstraftat werden in dieser Arbeit jene Straftaten verstanden, die gemäß dem österreichischen Strafgesetzbuch (StGB) in den folgenden Paragraphen aufgeführt sind: strafbare Handlungen gegen Leib und Leben (§§ 75–95), wie etwa Mord, Körperverletzung oder fahrlässige Tötung; strafbare Handlungen gegen die Freiheit (§§ 99–110), wie schwere Nötigung oder gefährliche Drohung; sowie strafbare Handlungen gegen die sexuelle Integrität und Selbstbestimmung (§§ 201–220b), wie Vergewaltigung, die pornografische Darstellung Minderjähriger oder sexuelle Belästigung (Rechtsinformationssystem des Bundes, 2024). Dahingehend zählt der Zusammenhang von dissozialer Persönlichkeitsstörung und Delikten wie Drogenmissbrauch, Diebstahl oder die Zugehörigkeit zu kriminellen Organisationen nicht zu dem Forschungsinteresse dieser Studie.

2.1.2 Dissoziale Persönlichkeitsstörung

Die DPS ist im ICD-10 unter dem Code F60.2 zu finden. Darunter wird eine Störung verstanden, die sich „durch eine Missachtung sozialer Verpflichtungen, einen Mangel an Gefühlen für andere, Neigung zu Gewalt oder herzloses Unbeteiligtsein“ (Dilling & Freyberger, 2019, S. 239) kennzeichnet. Weiter heißt es, dass Personen mit dieser Störung eine niedrige Schwelle für aggressives oder gewalttätiges Verhalten aufweisen und, dass dieses Verhalten schwer veränderbar sei (Dilling & Freyberger, 2019).

Im ICD-11 wird die bisherige Klassifizierung von Persönlichkeitsstörungen, wie sie im ICD-10 existiert, nicht in derselben Form beibehalten. Dies hat Auswirkungen auf die Diagnostik der Dissozialität. Im ICD-10, das einer kategorialen Einteilung folgt, sind drei von sechs Merkmalen erforderlich, um eine dissoziale Persönlichkeitsstörung zu diagnostizieren. Kritiker*innen bemängeln, dass diese Erfassung unterschiedliche Merkmalskombinationen zulässt, die wenig übereinstimmen könnten. Zudem gibt es im ICD-10 keine Gewichtung von leichter bis schwerer DPS, was therapeutische

Interventionen zusätzlich erschweren könnte (Stieglitz & Freyberger, 2018). Im ICD-11 wird hingegen ein dimensionaler Ansatz verfolgt, bei dem Persönlichkeitsstörungen nach Funktionsbeeinträchtigung und Schweregrad (leicht, mittel, schwer) eingeteilt werden. Dissozialität ist in diesem Kontext keine eigenständige Persönlichkeitsstörung, sondern eines von fünf Merkmalen, das zu einer „Persönlichkeitsstörung“ hinzugefügt werden kann (Hauser et al., 2021). Dieses Merkmal wird im Code 6D11.2 als „Missachtung der Rechte und Gefühle anderer, was sowohl Egozentrik als auch mangelndes Einfühlungsvermögen umfasst“ (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte [BfArM], 2024, Abschnitt „6D11.2“) beschrieben. In dieser Studie wird vorwiegend von einer dissozialen Persönlichkeitsstörung gesprochen, da diese Bezeichnung im klinischen Alltag in Österreich am häufigsten verwendet wird (BfArM, 2024). Die Begriffe „antisozial“ und „dissozial“ werden synonym verwendet, da das DSM-5 eine antisoziale Persönlichkeitsstörung diagnostiziert (Falkai & Wittchen, 2018), während im ICD-10 das Äquivalent als dissoziale Persönlichkeitsstörung erfasst wird (Dilling & Freyberger, 2019).

2.1.3 Zusammenhang Gewaltstraftäter und DPS

In der Allgemeinbevölkerung variiert die 12-Monats-Prävalenzrate gemäß DSM-5 zwischen 0,2 und 3,3%. Bei stark belasteten Stichproben, wie etwa Männern mit Alkoholproblemen, in Suchtbehandlungszentren, Gefängnissen oder forensischen Einrichtungen, liegt die Prävalenz mit über 70% deutlich höher. Andere Studien berichten von Prävalenzraten in diesen Personengruppen von 39 bis 42% (Arbanas et al., 2019; Louw & Loots, 2011; Soni et al., 2021). Yu et al. (2012) fanden in einer Meta-Analyse heraus, dass Männer mit DPS ein 7,9-fach erhöhtes Risiko für gewalttätige Handlungen im Vergleich zu einer Kontrollgruppe ohne antisoziale Störung aufweisen. Ein systematisches Review, das 62 Studien mit insgesamt 22790 Gefangenen untersuchte, ergab eine Prävalenz von 47% (Fazel & Danesh, 2002). Ein möglicher Grund für die erhöhte Prävalenz in Gefängnissen könnte sein, dass Symptome wie „Neigung zur Gewalt“ (Dilling & Freyberger, 2019, S. 239) und „Missachtung der Rechte und Gefühle anderer“ (BfArM, 2024, Abschnitt „6D11.2“) allein schon zu Straftaten führen können. Yu et al. (2012) argumentieren zudem, dass 14% der Personen mit einer antisozialen Persönlichkeitsstörung gewalttätig werden. Daher konzentriert sich die vorliegende Forschungsarbeit auf den Zusammenhang zwischen Gewaltstraftätern und der dissozialen Persönlichkeitsstörung.

Im Hinblick auf den Verlauf kann festgestellt werden, dass Personen mit DPS mit zunehmendem Alter weniger Straftaten begehen und zunehmend remittieren (American Psychiatric Association, 2018). Junge Erwachsene und Jugendliche zeigen allgemein ein erhöhtes Risiko für kriminelles Verhalten, was dazu führt, dass deren Straffälligkeit mit dem Alter ebenfalls abnimmt. Zudem wurde ein höheres Suizidrisiko sowie eine gesteigerte Wahrscheinlichkeit, Opfer von

Gewalttaten zu werden, im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung dokumentiert (Habermeyer & Herpertz, 2006).

Zu den Rückfallquoten von Gewaltstraftätern mit DPS liegen derzeit nur wenige spezifische und aktuelle Daten vor. Dolan und Coid (1993, zitiert nach Fiedler (2018)) berichten, dass etwa die Hälfte aller Straftäter mit DPS innerhalb von drei Jahren rückfällig wird. Diese Statistik ist jedoch laut Fiedler (2018) kritisch zu betrachten, da die Rückfallraten je nach Region und Zeitraum zwischen 30 und 60% variieren. In einer Meta-Analyse von Yu et al. (2012) wurde festgestellt, dass Personen mit antisozialer Persönlichkeitsstörung ein 2,9-fach höheres Risiko haben, erneut straffällig zu werden, verglichen mit Straftätern ohne psychische Störungen. Dieser Unterschied fällt allerdings im Vergleich zu Personen mit anderen Persönlichkeitsstörungen (OR = 2,5) nur geringfügig aus. Zu erwähnen ist außerdem, dass die untersuchten Studien der Meta-Analyse den Begriff „Rückfall“ nicht einheitlich definieren. Einige Studien verstehen darunter die Begehung einer neuen Straftat innerhalb eines zehnjährigen Zeitraums, während andere Rückfälle bereits in den ersten Jahren nach der Entlassung untersuchen. Darüber hinaus spielt die Schwere der erneuten Straftat eine wesentliche Rolle: Es ist bedeutsam, ob es sich um eine ähnlich schwere Tat wie zuvor, etwa einen weiteren Mord, oder um eine leichtere Straftat, wie beispielsweise Ladendiebstahl, handelt (Endres & Suhling, 2023; Ross et al., 2009).

2.2 Ziele in der Psychotherapie

Nicht die Behandlung der Persönlichkeitsstörungen ist Ziel der Therapie (Ross et al., 2009), sondern das Verhindern künftiger Straftaten (Lutz et al., 2022; Wilson, 2014), eine Reduktion der Impulsivität und eine bessere Verhaltenskontrolle, um die Rückfälligkeit abzufedern (Habermeyer & Herpertz, 2006). Reguläre Behandlungen, die auf die Empathiefähigkeit abzielen, scheinen für diese Personengruppe weniger geeignet, da laut Störungsbild wenig Empathievermögen und Uneinsichtigkeit bezüglich des Delikts sehr wahrscheinlich sind (Habermeyer & Herpertz, 2006). Aus diesem Grund ist es von Bedeutung, herauszufinden, wie die Proband*innen dieser Studie vorgehen, um zum Beispiel die Impulsivität des Klienten zu verringern. Habermeyer und Herpertz (2006) sind an einem zukunftsorientierten Ansatz interessiert, der die Rückfälligkeit verringern soll. Sie betonen eine kritisch-engagierte, aber distanzierte Beziehungsgestaltung (siehe Kapitel 2.3.1).

Die zwei bekanntesten und am weitesten verbreiteten Behandlungsmodelle zur Rehabilitation von Straftäter*innen sind einerseits das Risk-Need-Responsivity Model (RNR) nach Bonta und Andrews (2007), das ursprünglich in den 1980er Jahren entwickelt und erstmals 1990 formuliert wurde. Das zweite hier vorgestellte Modell ist das Good-Lives-Model (GLM) nach Ward und Stewart aus dem Jahr 2003.

2.2.1 Risk-Need-Responsivity Model (RNR)

Das RNR-Modell stützt sich auf drei zentrale Prinzipien: das Risikoprinzip, das Bedürfnisprinzip und das Ansprechbarkeitsprinzip.

Das Risikoprinzip (engl. „risk principle“) befasst sich mit der Frage, *WER* behandelt werden soll. Es geht davon aus, dass sich die Intensität der Therapie an das Rückfallrisiko der Straftäter*innen anpassen sollte (Bonta & Andrews, 2007; Lutz et al., 2022).

Das zweite Prinzip ist das Bedürfnisprinzip (engl. „need principle“), welches die Frage beantwortet, *WAS* behandelt werden soll. Die Psychotherapie soll sich auf die kriminogenen Bedürfnisse der Straftäter*innen konzentrieren, d. h. auf die Faktoren, die direkt mit dem kriminellen Verhalten in Verbindung stehen. Dabei ist es wichtig, diese Faktoren in der Therapie gezielt zu erfassen und anzusprechen (Bonta & Andrews, 2007; Lutz et al., 2022). An dieser Stelle werden Symptome der DPS als zentrale Risikofaktoren beschrieben, die eine Behandlung erschweren können (Lutz et al., 2022).

Das dritte Prinzip ist das Ansprechbarkeitsprinzip (engl. „responsivity principle“) und beschäftigt sich mit der Frage, *WIE* die Behandlung aussehen soll. Es verfolgt das Ziel, die Fähigkeit der Straftäter*innen zu maximieren, von dieser Therapie zu profitieren (Bonta & Andrews, 2007, 2017; Lutz et al., 2022). Es wird zwischen allgemeiner und spezifischer Ansprechbarkeit unterschieden. Ersteres setzt auf etablierte kognitiv-behaviorale Ansätze und Strategien des sozialen Lernens, die unabhängig von der spezifischen Diagnose anwendbar sind. Die spezifische Ansprechbarkeit stellt die persönlichen Anteile der Straftäter*innen in den Vordergrund und konzentriert sich auf einen individuellen Behandlungsplan, der an die Lernfähigkeit der Patient*innen angepasst ist (Bonta & Andrews, 2007, 2017; Lutz et al., 2022).

Das RNR-Modell ist aufgrund seiner breiten empirischen Evidenz für seine Wirksamkeit weithin anerkannt (Ross et al., 2009). Allerdings wurde das Modell primär für Straftäter*innen ohne schwerwiegende psychische Störungen entwickelt, was bei der Behandlung von Straftäter*innen mit DPS berücksichtigt werden muss (Lutz et al., 2022). Weiters wird kritisiert, dass das Modell zu stark auf Risiken und Defizite fokussiert ist und dadurch die Stärken und persönlichen Ziele der Individuen vernachlässigt (Lutz et al., 2022; Schmidt & Hawliczek, 2023).

2.2.2 Good-Lives-Model (GLM)

Das Good-Lives-Model (GLM) wurde von Ward und Stewart (2003) als Reaktion auf die Kritik des RNR-Modells entwickelt und hat in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen, da es seinen Fokus auf die Stärken der Straftäter*innen legt (Fortune & Heffernan, 2021). Es integriert die Prinzipien des RNR-Modells und erweitert es um einige Aspekte. Hauptziel des GLM ist es, die Gefangenen dabei zu unterstützen, eine erneute Straftat zu verhindern und gleichzeitig ein erfüllteres

Leben zu führen (Lutz et al., 2022; Schmidt & Hawliczek, 2023). Das Modell hat seine Wurzeln in der positiven Psychologie und konzentriert sich daher auf die Ressourcen der Insass*innen. Psychotherapeut*innen arbeiten gemeinsam mit ihnen daran, persönliche Ziele und Potenziale zu identifizieren, um so Eigeninitiative und Motivation für ein sinnvolleres Leben zu entwickeln (Lutz et al., 2022). Das GLM geht dabei über das bloße Verhindern von Rückfällen hinaus, indem es dabei unterstützt, legale Wege zur Zielerreichung aufzuzeigen (Ward & Stewart, 2003).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass das RNR-Modell das Ziel verfolgt, das Rückfallrisiko zu senken, während das GLM den Fokus auf die Stärken der Straftäter*innen legt, um ihnen zu ermöglichen, ein straffreies, erfülltes Leben zu führen (Lutz et al., 2022; Schmidt & Hawliczek, 2023). Laut Gibbon et al. (2020) gibt es sehr wenige Studien, die sich speziell mit der Behandlung von Gewaltstraftäter mit DPS auseinandersetzen. Sie untersuchen in einem Review acht Studien und kamen zu dem Ergebnis, dass keine Intervention signifikant wirksamer war als die Kontrollgruppe. Sie kommen zu dem Schluss, dass ein neuer Ansatz erforderlich sei, um Personen mit DPS zu behandeln (Gibbon et al., 2020).

2.3 Herausforderung und Strategien in der Psychotherapie

Aufgrund der Diagnose und der im Kapitel 2.1.3 beschriebenen hohen Rückfallquoten lässt sich ein Pessimismus bezüglich der Therapie und eine Ambivalenz gegenüber dem Behandlungserfolg von Seiten des Behandlungsteams nachweisen (Endres & Suhling, 2023; Fiedler, 2018; Flaaten et al., 2024). Auch McGauley et al. (2011) schreiben Personen mit DPS Merkmale wie Rücksichtslosigkeit, andauerndes Regelbrechen, Impulsivität und Verantwortungslosigkeit zu, was sie von anderen Störungsbildern unterscheidet. Aus diesem Grund nehmen einige Therapeut*innen eine pessimistische Haltung ein, was die erfolgreiche Behandlung betrifft (Flaaten et al., 2024; McGauley et al., 2011). Dabei ist allerdings festzuhalten, dass eine optimistische Haltung der Therapeut*innen einen erheblichen Einfluss auf die Therapeut*in-Patient*in-Beziehung hat und somit auf den Behandlungserfolg (Fiedler, 2018; Flaaten et al., 2024). Ein weiteres Problem stellt der fehlende Behandlungsplan dar. Es werden Konzepte wie das RNR-Modell (2.2.1) oder das GLM (2.2.2) angewendet, allerdings konnten keine Modelle gefunden werden, die spezifisch auf die DPS zugeschnitten sind (Fiedler, 2018; Gibbon et al., 2020; McGauley et al., 2011; National Institute for Health and Care Excellence, 2010). Rauchfleisch (2017, zitiert nach von Nettelblatt, 2019, S. 254) stellt folgende Punkte vor, die bei dieser Personengruppe zu beachten sind: „eindeutige Grenzsetzung und klare Strukturen müssen garantiert sein; größtmögliche Flexibilität des Therapeuten, ohne konzeptlos zu arbeiten; der augenblicklichen Angst- und Spannungstoleranz des Patienten muss Rechnung getragen werden; sorgfältige Reflexion der Gegenübertragung; konsequente Supervision.“ Wichtig ist außerdem, dass psychische Störungen unterschiedlich stark ausgeprägt sein können, was bedeutet,

dass bei Gefangenen mit derselben Diagnose die Therapie unterschiedlich gut wirken kann (Brunner et al., 2019).

2.3.1 Beziehungsgestaltung

Aufgrund der Diagnose fällt es Personen mit DPS schwer, Beziehungen aufzubauen und aufrechtzuerhalten (Dilling & Freyberger, 2019). Dabei gilt die therapeutische Beziehung als einer der wichtigsten Faktoren für den Erfolg einer Psychotherapie (Beutler et al., 2004; Norcross & Wampold, 2011). Zahlreiche Studien deuten darauf hin, dass eine Beziehung zu Personen mit DPS aufzubauen herausfordernd sei (Aerts et al., 2023; Fiedler, 2018), jedoch gibt es nur wenig Studien darüber, wie eine stabile therapeutische Beziehung gelingen kann. Habermeyer und Herpertz (2006) sowie Fiedler (2018) betonen, dass Behandler*innen eine klar abgegrenzte Beziehung zu den Klient*innen wahren sollten. Marshall et al. (2009) empfehlen zu Beginn einen verständnisvollen Umgang mit Sexualstraftäter*innen und meinen, dass konfrontative Elemente erst in einem späteren Verlauf angewandt werden sollen. Die vorliegende Arbeit thematisiert die Herausforderungen in der Therapie und stellt spezifische Strategien vor, die Therapeut*innen zur Förderung einer funktionierenden Beziehung nutzen.

Eine weitere Herausforderung kann das manipulative Verhalten der Straftäter*innen sein, da sich dieses auf der Beziehungsebene zu einem schnellen Wechsel zwischen Zuwendung und Ablehnung äußern kann (Rauchfleisch, 2017, zitiert nach von Nettelblatt, 2019). Zudem kann es anstrengend sein, seine eigenen Vorurteile in der Arbeit mit Patient*innen mit diesem Störungsbild immer im Blick zu behalten (Flaaten et al., 2024; National Institute for Health and Care Excellence, 2010). Diese Schwierigkeiten erfordern viel Kraft und Reflexionsarbeit bezüglich der Gegenübertragung seitens der Therapeut*innen, um zum Beispiel zwischen zu großer Fremdheit und zu großer Nähe zu den Patient*innen zu wechseln (Rauchfleisch, 2017, zitiert nach von Nettelblatt, 2019). Manipulatives Verhalten spielt auch bei der Aggressivität eine Rolle und wird im nächsten Kapitel 2.3.2 näher behandelt.

Ein weiterer Aspekt ist, dass die Klient*innen meistens mit einer gewissen Unfreiwilligkeit in die Therapie kommen, was auf den Zwangskontext zurückzuführen ist. Das wiederum wirkt sich negativ auf die Beziehungsgestaltung aus, da die Insass*innen meistens kaum Beziehungen eingehen möchten (siehe dazu auch Kapitel 2.3.3 Therapiemotivation) (Endres & Suhling, 2023).

2.3.2 Aggressivität

Eine weitere Herausforderung in der Behandlung ist ein aggressives oder bedrohliches Verhalten seitens der Täter*innen, auf das in Kapitel 2.1.2 und 2.1.3 bereits eingegangen wurde.

Personen mit einer antisozialen Persönlichkeitsstörung neigen zu einer hohen Impulsivität und Aggression, was die therapeutische Behandlung erheblich beeinträchtigen kann. Diese Aggressivität kann zu langen Haftstrafen führen, was durch die hohe Prävalenz an Personen mit DPS in Gefängnissen erkennbar ist (Azevedo et al., 2020). Van Dam et al. (2022) fanden heraus, dass ca. 37,5% der Fachkräfte, die mit Personen mit antisozialer Persönlichkeitsstörung arbeiten, physische und verbale Aggression erleben, 28,6% nur verbale Aggression und 33,9% keine Aggression. Alpert und Spillmann (1997) sowie Noyon und Heidenreich (2009) empfehlen daher bei Personen, die zu Gewalt neigen, Sicherheitsvorkehrungen wie eine angemessene Umgebung, weiteres Personal in unmittelbarer Nähe oder einen Notfallplan. Empfindet der*die Therapeut*in Angst, ist es wichtig, die Therapie zu beenden, da in einem ängstlichen Zustand nicht sinnvoll interveniert werden kann (Noyon & Heidenreich, 2009). Der Zugang zur eigenen Aggression ist ebenfalls von Bedeutung, um diese regulieren zu können. So weist Shapiro (2024) darauf hin, dass es für Therapeut*innen wünschenswert sei, wenn Häftlinge ihre Aggressivität zum Ausdruck bringen können. Weiter verweist sie auf die Bedeutung der Supervision, um eine sichere Atmosphäre in diesem Zusammenhang mit dem*der Gefangenen zu ermöglichen (Shapiro, 2024). Bei Personen mit DPS wird auch häufig eine instrumentelle Aggression erlebt, die sich in der Therapie in Form von Drohungen und Einschüchterungen gegen andere Personen richten kann. Kornadt (2011) definiert eine instrumentelle Aggression so, dass dabei „die Schädigung nur ein Nebeneffekt“ (S. 32) ist. Eine mögliche Strategie könnte es sein, die Aggression offen anzusprechen oder, wenn es um Aggression gegen die*den Therapeut*in selbst geht, klare Grenzen zu ziehen und wenn nötig die Therapie abubrechen (Noyon & Heidenreich, 2009).

2.3.3 Therapiemotivation

Eine weitere Herausforderung ergibt sich durch den Zwangskontext. Viele Patient*innen nehmen eine Psychotherapie in Anspruch, um Strafmilderungen zu erlangen (Endres & Suhling, 2023), nicht jedoch, um an sich selbst zu arbeiten. Personen mit einer DPS haben häufig keinen ausgeprägten Leidensdruck und eine fehlende Symptomeinsicht, was sich negativ auf ihre intrinsische Motivation zur Veränderung auswirkt (Endres & Suhling, 2023). Für Therapeut*innen ist es wichtig, sich darüber im Klaren zu sein, dass einige Insass*innen eine Therapiebereitschaft häufig erst dann entwickeln, wenn ihnen der Nutzen bewusst wird. Die Ziele sollten, wenn nötig gemeinsam überarbeitet werden und der reale Leidensdruck erfasst werden (Noyon & Heidenreich, 2009). Weiters lassen sich erhebliche Verleugnungs- und Bagatellisierungsprozesse bei dieser Personengruppe feststellen, was die Behandlung zusätzlich erschwert (Habermeyer & Herpertz, 2006). Zudem ist der Zwangskontext durch einen institutionellen Rahmen geprägt, der unter anderem die Richtlinien und die Häufigkeit der Therapie vorgibt, was die Motivation ebenso schmälert (Endres & Suhling, 2023). Das bedeutet, dass

es bei Verweigerung oder zu wenig Mitarbeit zu längeren Haftstrafen, oder bei Straftäter*innen auf Bewährung zu einer erneuten Haftstrafe kommen kann (Schreiber, 2020).

In vielen Studien, die sich mit dem Gefangenenbereich beschäftigen, zeigt sich, dass ein Therapieabbruch sehr oft als Herausforderung gesehen wird. So geben Brunner et al. (2019) eine Abbruchquote von 34,1% in einer deutschen Studie an, während Endres (2014) von 21,5% bei Sexualstraftäter*innen spricht. Flaaten et al. (2024) heben ein ablehnendes Verhalten der Insass*innen gegenüber der Therapie als einen der wichtigsten Gründe für eine pessimistische Einstellung des Behandlungsteams hervor. Dabei zeigt Fiedler (2018), dass ein Motivationsverlust oder eine Unzuverlässigkeit bezüglich einzelner Therapiestunden von Seiten der Straftäter*innen selten erhöhte Rückfallraten bzw. vermehrte negative Verläufe vorhersagt. Wichtig sei vor allem eine klare Kommunikation mit den Gefangenen sowie eine Flexibilität in der Therapieeinheit (Endres & Suhling 2023). Noyon und Heidenreich (2009) heben hervor, dass es für den Motivationsaufbau essenziell sei, die Patient*innen zu verstehen und ihnen empathisch entgegenzutreten. Das kann zusätzlich das Gefühl fördern, sich als inhaftierte Person akzeptiert zu fühlen (Noyon & Heidenreich, 2009). Gelingt das nicht, besteht die Gefahr, dass sich die Gefangenen bloß äußerlich anpassen, aber keine Veränderung aus dem Inneren heraus geschieht (Endres & Suhling, 2023).

2.4 Zielsetzung und Forschungsfragen

Durch den hier vorgestellten theoretischen Hintergrund konnte gezeigt werden, dass ein therapeutischer Pessimismus in der Behandlung von Gewaltstraftäter*innen mit dissozialer Persönlichkeitsstörung vorliegt. Es besteht ein bislang unzureichender Forschungsstand bezüglich der Rückfälligkeit sowie eines auf die Störung zugeschnittenen Behandlungsplans. Eine positive Einstellung der Psychotherapeut*innen kann daher eine positive Wirkung auf die Therapeut*in-Patient*in-Beziehung und in weiterer Folge auf die Behandlung haben. Angesichts dieser Ausführungen sollen mithilfe einer qualitativen Methode neue Erkenntnisse gewonnen werden, was für Therapeut*innen in der Therapie als herausfordernd erlebt wird, um dadurch an der Stelle anzusetzen, an der der Pessimismus seinen Ursprung hat. Darüber hinaus ist Ziel dieser Arbeit herauszufinden, wie Therapeut*innen mit diesen Herausforderungen umgehen und welche Strategien sie anwenden, um diese zu bewältigen. Es wird ebenfalls der Frage nachgegangen, inwiefern die Ergebnisse dieser Studie in die bestehende Literatur integriert werden können. Daher lauten die zentralen Forschungsfragen:

1. Welche Herausforderungen erleben Psychotherapeut*innen bei der Behandlung von Männern, die eine Gewaltstraftat begangen haben und eine dissoziale Persönlichkeitsstörung aufweisen?
 - a. Inwiefern beeinflusst die Beziehungsgestaltung die Psychotherapie?

- b. Inwiefern beeinflusst aggressives Verhalten seitens der Gewaltstraftäter die Behandlung?
 - c. Inwiefern beeinflusst die Therapiemotivation des Gewaltstraftäters die Behandlung?
- 2. Welche Strategien nutzen Psychotherapeut*innen, um mit diesen Herausforderungen umzugehen?

3 Methodik

In diesem Kapitel wird auf die methodische Vorgehensweise der vorliegenden Masterarbeit eingegangen. Es wird erläutert, wie die Stichproben rekrutiert, die Interviews durchgeführt, ausgewertet und anschließend interpretiert wurden. Als qualitatives Analyseverfahren diente die fokussierte Interviewanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2024). Im Anhang (Kapitel 0) befindet sich der halbstrukturierte Leitfaden, der für die Interviews verwendet wurde.

Zu erwähnen ist außerdem, dass zur Verbesserung der Lesbarkeit und zur Überprüfung der Rechtschreibung und Grammatik die künstliche Intelligenz ChatGPT (OpenAI, 2023) verwendet wurde. Der Inhalt wurde stets gewissenhaft kontrolliert und angepasst. Die Verantwortung für die Richtigkeit des Inhalts wird von der Autorin übernommen.

3.1 Rekrutierung der Stichprobe

Zur Durchführung dieser Studie wurde nach Psychotherapeut*innen gesucht, die gegenwärtig mit Gewaltstraftätern arbeiten, die an einer dissozialen Persönlichkeitsstörung leiden. Entscheidend für die Teilnahme an der Studie war, dass die Therapeut*innen mindestens den Status als „Psychotherapeut*in in Ausbildung unter Supervision“ haben. Die therapeutische Richtung oder die Dauer ihrer Tätigkeit in diesem Feld wurden nicht berücksichtigt. Die Rekrutierung der Proband*innen erfolgte primär über verschiedene Vereine in Österreich (wie zum Beispiel die Männerberatung), die per E-Mail kontaktiert wurden. Um eine möglichst heterogene Stichprobe zu gewährleisten, wurden Justizanstalten in Österreich zusätzlich angeschrieben. Aufgrund reger Rückmeldungen wurden die Vereine teilweise telefonisch kontaktiert und die Rekrutierung auf mehrere Organisationen ausgeweitet. In den E-Mails sowie den Telefonaten wurde zunächst das Thema sowie das Ziel dieser Masterarbeit erläutert, die Rahmenbedingungen und Dauer des Interviews genannt und um eine Teilnahme oder Rückmeldung gebeten. In die finale Stichprobe wurden schließlich acht Psychotherapeut*innen aufgenommen, darunter sechs Männer und zwei Frauen.

3.2 Durchführung

Psychotherapeut*innen, die in der Nähe der Autorin wohnhaft sind, konnten frei entscheiden, ob sie das Interview online oder persönlich durchführen wollten. Proband*innen, die weiter entfernt wohnten, wurden gebeten, das Interview online zu halten. Schlussendlich wurden zwei Interviews persönlich und sechs Interviews online per Zoom in einem Zeitraum von Juni bis Juli 2024 durchgeführt. Die Aufzeichnung erfolgte immer über ein Mobiltelefon und bei den Interviews online über Zoom. Die Studienteilnehmer*innen wurden im Vorfeld über die Aufzeichnung sowie anschließende

Anonymisierung informiert, wobei alle ihr Einverständnis gaben. Die Interviews hatten eine durchschnittliche Dauer von 47 Minuten.

3.3 Interviewleitfaden

Die Interviews wurden mithilfe eines selbst erstellten halbstrukturierten Interviewleitfadens geführt, der im Anhang (0) einzusehen ist. Die Interviewfragen waren in fünf Themenblöcke unterteilt, die als Orientierung im Gespräch dienten. Je nach Verlauf des Interviews wurden Nachfragen gestellt, bestimmte Themenblöcke vorgezogen, oder zusätzliche Fragen eingebaut.

Da kein vorgegebener Interviewleitfaden zu diesem Thema gefunden werden konnte, wurde der Leitfaden nach umfassender Literaturrecherche entwickelt. Bei allen Themenblöcken wurde darauf geachtet, dass zunächst eine bestimmte Herausforderung benannt und anschließend die Strategie zur Bewältigung dieser erläutert wurde.

Zu Beginn des Interviews wurden die Proband*innen über Datenschutz und Anonymität informiert, sowie das Einverständnis zur Aufzeichnung des Interviews eingeholt. Der Interviewablauf wurde ebenfalls kurz erklärt und darauf hingewiesen, dass die Psychotherapeut*innen bei der Beantwortung der Fragen immer an Gewaltstraftäter denken sollen, die zusätzlich eine dissoziale Persönlichkeitsstörung aufweisen. Anschließend wurde Raum für offene Fragen zum Ablauf gegeben.

Der erste Themenblock diente zur Lockerung und umfasste den persönlichen Werdegang der Therapeut*innen sowie deren Arbeitsbereich und Schwerpunkt. Nachfragen wurden gestellt, insofern es für die Forschungsfragen relevant war. Anschließend bekamen die Proband*innen eine erneute kurze Erinnerung, bei den folgenden Fragen stets an Gewaltstraftäter mit dissozialer Persönlichkeitsstörung zu denken. Dies stellte sicher, dass die Studienteilnehmer*innen spezifisch über diese Personengruppe sprachen. Die zweite Frage bezog sich darauf, mit welcher Art von Gewaltstraftaten die Therapeut*innen nach ihrer Einschätzung am häufigsten in ihrer Arbeit konfrontiert sind. Diese Frage diente dazu, das Strafausmaß, sowie die Gefährlichkeit der Gewaltstraftäter besser einschätzen zu können und eine homogene Stichprobe zu gewährleisten.

Der zweite Themenbereich beschäftigte sich mit allgemeinen Herausforderungen im Umgang mit dissozialer Persönlichkeitsstörung und den Strategien, die Therapeut*innen anwenden, um möglichst unvoreingenommen in die Thematik einzusteigen. Auf diese Weise sollte sichergestellt werden, dass die Personen zunächst eigenständig von den Herausforderungen berichten, ohne durch spezifische Fragestellungen beeinflusst zu werden. Anschließend wurden die Proband*innen um ihre Einschätzung zur Behandelbarkeit der Straftäter gebeten und, falls noch nicht erwähnt, gefragt, ob und wie sie das Störungsbild in ihrer Therapie berücksichtigen.

Im dritten Abschnitt wurde zunächst auf die Herausforderungen eingegangen, die sich aus der Beziehungsgestaltung ergeben, gefolgt von den Strategien, mit diesen umzugehen. Abhängig vom

Umfang der bereits gegebenen Ausführungen wurden Nachfragen gestellt, um die wesentlichen Aspekte zu erfassen und tiefer in die Thematik einzutauchen. Beispielsweise wurden Fragen gestellt wie: „Wie äußert sich das, wenn Sie von Rückschlägen sprechen?“ oder „Wie bauen Sie eine gute Beziehung auf?“ Ziel dieser Fragen war es, herauszufinden, inwieweit die Gestaltung der Beziehung zu einem Gewaltstraftäter problematisch sein kann und wie damit umgegangen wird.

Der vierte Themenblock bezog sich auf die Herausforderungen, die durch fehlende Therapiemotivation entstehen, und die Strategien, um dagegen vorzugehen. Ziel war es, auf den speziellen Kontext im Vergleich zu herkömmlichen Therapien hinzuweisen, da Gewaltstraftäter*innen häufig unfreiwillig an der Therapie teilnehmen (Parhar et al., 2008) und in Zusammenhang mit Störungsbildern oft unzureichende Symptomeinsicht mit sich bringen (Esbec & Echeburúa, 2010) (siehe dazu Kapitel 2.3.3). In diversen Studien konnte gezeigt werden, dass die intrinsische Motivation bei Straftätern verringert ist (Köhler et al., 2008). Aus diesem Grund ist es von Bedeutung herauszufinden, wie Psychotherapeut*innen diese Herausforderung bewältigen.

Der fünfte Abschnitt diente der Beantwortung des dritten Teils der ersten Forschungsfrage und handelte von Schwierigkeiten, die durch aggressives oder bedrohliches Verhalten entstehen. Die Proband*innen wurden gebeten, ihren Umgang mit diesen Herausforderung zu schildern, um einen umfassenden Einblick in die therapeutische Praxis zu erhalten. Abhängig vom Umfang der gegebenen Antworten wurde zudem erfragt, ob ein Notfallplan existiert, falls der Straftäter gewalttätig werden sollte.

Der letzte Themenbereich konzentrierte sich auf die individuelle Einschätzung, der Therapeut*innen bezüglich der größten Herausforderungen in der Therapie und deren Umgang damit. Absicht war es hierbei, entweder bereits erwähnte Herausforderungen hervorzuheben oder auf neue aufmerksam zu machen. Abschließend wurde Raum für zusätzliche Ergänzungen, eigene Fragen oder Anmerkungen geboten und folgende drei soziodemographische Daten aufgenommen: Alter, Dauer der Tätigkeit als Psychotherapeut*in, Dauer der Tätigkeit im forensischen Bereich.

Um die Länge des Interviews, sowie die Sinnhaftigkeit der Reihenfolge der Fragen zu überprüfen, wurde vorab ein Probeinterview mit einer*inem Psychotherapeut*in mit einschlägigem Arbeitsschwerpunkt durchgeführt. Da sich dieses Interview als sehr informativ erwies, wurde es in die offizielle Datenerhebung aufgenommen. Nach dem ersten Interview wurden zwei kleinere Änderungen bzw. Ergänzungen vorgenommen: Zum einen wies eine Therapeutin darauf hin, dass es schöner wäre, von Gewaltstraftätern zu sprechen, die „eine dissoziale Persönlichkeitsstörung haben“ statt „die unter einer DPS leiden“, da Personen mit DPS aufgrund der Störung meist wenig Leid empfinden (Endres & Suhling, 2023; Noyon & Heidenreich, 2009). Zum anderen wurde die letzte Frage, was die Studienteilnehmer*innen am herausforderndsten finden, in den Fragenkatalog integriert, um

am Schluss die Möglichkeit zu bieten, auf noch nicht erwähnte, relevante Herausforderungen einzugehen.

3.4 Auswertung

Die Namen der Psychotherapeut*innen sowie zugehörige personenbezogene Angaben, wie Therapieschule, Arbeitsort oder Alter, wurden für die Datenaufbereitung anonymisiert. Die Proband*innen erhielten, je nach zeitlicher Reihenfolge der Interviewdurchführung Kürzel von A bis H. Zur besseren Lesbarkeit dieser Studie wurden den Proband*innen folgende Namen mithilfe des zugeordneten Buchstabens gegeben: Interviewpartnerin A wird Frau Aigner genannt, Proband B Herr Bauer, C Herr Celik, D Frau Denk, E Herr Eder, F Herr Fischer, G Herr Graf und Interviewpartner H Herr Huber. Eigene Namen oder die von dritten Personen, die im Interview erwähnt wurden, wurden durch ähnliche, dem gleichen Geschlecht zugeordnete Namen ersetzt. Die Transkription erfolgte mithilfe des Transkriptionsprogramms Trint (Trint, 2023), die Anonymisierung wurde an Meyermann und Porzelt (2014) angelehnt durchgeführt. Die Analyse erfolgte nach dem Auswertungssystem der fokussierten Interviewanalyse von Kuckartz und Rädiker (2024), und die Auswertung der Daten mit der Analysesoftware MAXQDA (VERBI Software, 2024).

Bereits während des Transkribierens der Interviews wurden parallel dazu Notizen und Ideen für mögliche Kategorien festgehalten. Nach der Transkription wurden die Interviews in MAXQDA importiert und Auffälligkeiten, relevante Textpassagen oder Widersprüche in verschiedenen Farben markiert, um diese später erneut zu analysieren. Zusätzlich wurden Überlegungen in Form von Memos in MAXQDA dokumentiert und ein erster Entwurf eines Kategoriensystems erstellt. Aus der Theorie wurden drei deduktive Hauptkategorien „Beziehungsgestaltung“, „Aggressivität“ und „Therapiemotivation“ abgeleitet, während die Subkategorien in einem ersten Durchlauf aus den Antworten der Proband*innen entstanden. Die anschließende Feincodierung diente dazu, die induktiv erstellten Kategorien zu überarbeiten und gegebenenfalls zusammenzuführen, umzubenennen oder breiter zu fassen. Die Kategorien, die aus den Gesprächen mit den Psychotherapeut*innen entwickelt wurden, werden in Kapitel 4 dargestellt.

4 Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die Kategorien abgeleitet, die aus den Interviews mit den Psychotherapeut*innen gewonnen wurden. Zu Beginn folgt ein Überblick über die deskriptive Statistik (4.1). Anschließend werden die drei Hauptkategorien Beziehungsgestaltung (4.2), Aggressivität (4.3) und Therapiemotivation (4.4) beschrieben und zuletzt die Kategorien zu Herausforderungen und Strategien, die allgemein gefunden werden konnten (4.5), vorgestellt.

4.1 Deskriptive Statistik

Acht Psychotherapeut*innen, darunter sechs Männer und zwei Frauen, wurden in die finale Stichprobe aufgenommen. Das Durchschnittsalter betrug 47 Jahre, mit einer Altersspanne von 35 bis 58 Jahren. Im Durchschnitt sind die Proband*innen seit 9,75 Jahren im forensischen Bereich tätig und arbeiten im Schnitt seit 10 Jahren als Psychotherapeut*innen. Die Dauer der Tätigkeit als Psychotherapeut*in reichte von 4 bis 26, die Dauer der Tätigkeit im forensischen Bereich von 3 bis 17 Jahren. Alle Studienteilnehmer*innen arbeiten in einem Verein mit Gewaltstraftätern. In Abbildung 1 sind die Straftaten aufgelistet, die von den Proband*innen am häufigsten genannt wurden.

Abbildung 1

Kategorien Häufigste Gewaltstraftaten

Häufigste Gewaltstraftaten
Körperverletzung (15)
Sexualdelikte (10)
Mord (6)
Sucht- und Drogendelikte (3)
Sonstiges (3)

Anmerkung: Die Zahlen in der Klammer geben die Anzahl der Codes an, die in dieser Kategorie gefunden werden konnten.

Sechs Psychotherapeut*innen (B, C, D, E, F, H) geben an, am häufigsten Gewaltstraftäter zu therapieren, die eine Körperverletzung begangen haben. Diese würden von „Schlägereien“ (B, Pos. 11), über „Handlungen aus Stolz und Ehre und dann wird zugeschlagen“ (D, Pos. 13) bis hin zu „Messerstechereien“ (B, Pos. 11) reichen.

Am zweithäufigsten werden Sexualdelikte thematisiert, über die sechs Interviewte (A, B, C, D, G, H) berichten. Frau Aigner spricht von „Vergewaltigung“ (A, Pos. 16), Herr Celik von „sexuellen

Übergriffen“ und sowohl Herr Graf als auch Herr Huber erwähnen „Sexualstraftaten gegen Kinder“ (H, Pos. 9). Frau Denk betont: „Hat seine Freundin im Schlaf penetriert. Bis zu Pädophilen“ (D, Pos. 107).

Vier Therapeut*innen (A, B, E, G) schildern die Behandlung von Tätern, die einen Mord begangen haben. Herr Eder fügt „Versuchter Mord“ (E, Pos. 9) und Herr Graf „Morde an Angehörige“ (G, Pos. 27) hinzu.

Zu Sucht- und Drogendelikten äußern sich zwei Therapeuten. Herr Celik erwähnt „Dealen“ (C, Pos. 19) und auch Herr Fischer beschreibt: „Sucht- Giftthematik (...) oftmals so diese Kombination. So Suchtmittel [konsumieren], dann eventuell Verkauf von Suchtmittel“ (F, Pos 12).

In der Kategorie „Sonstiges“ werden Gewaltstraftaten genannt, die in keine der zuvor genannten Kategorien passen. Frau Aigner spricht von „Nutzung von Missbrauchsabbildungen“ (A, Pos. 16), Herr Bauer von „Drohungen“ (B, Pos. 11) und Herr Celik von „Anstiftung zu kriminellen Aktivitäten“ (C, Pos. 19).

4.2 Beziehungsgestaltung

Abbildung 2

Kategorien Beziehungsgestaltung

Beziehungsgestaltung	
Herausforderungen	Strategien
Kein Problem (5)	Empathie (38)
Instabile Beziehung (32)	Klare Kommunikation und Grenzen (32)
Beziehungsaufbau (13)	Wissen und Vorbereitung (29)
Straftat selbst (11)	Reflexion (25)
Sonstiges (6)	Positiver Zugang (25)
	Beziehungsebene als zentraler Schlüssel (17)
	Sonstiges (4)

Anmerkung: Die Zahlen in der Klammer geben die Anzahl der Codes an, die in dieser Kategorie gefunden werden konnten.

4.2.1 Herausforderungen

In diesen Kategorien werden Herausforderungen dargestellt, die Psychotherapeut*innen während der Therapieeinheiten aufgrund der Beziehungsgestaltung erleben. Aus diesen Erfahrungen lassen sich fünf Subkategorien ableiten.

4.2.1.1 Kein Problem

Drei Studienteilnehmer*innen (A, E, G) geben an, keine Probleme im Beziehungsaufbau zu Gewaltstraftätern mit DPS zu haben. Herr Eder betont „Es geht mit Sicherheit“ (E, Pos. 37) und ergänzt, „die kommen eh in die Beziehung, sie haben gar keine Wahl“ (E, Pos. 37).

4.2.1.2 Instabile Beziehung

Am häufigsten wurde die Herausforderung genannt, eine instabile Beziehung mit den Patienten zu haben. Dabei äußern sich sieben von acht Proband*innen zu diesem Thema (A, B, C, E, F, G, H). Herr Bauer beschreibt dies wie folgt: „dass sie sich entfernen und danach wieder kommen und dann wieder rausgehen. Das macht es ein bisschen schwierig. Das ist ein bisschen zermürend. Das macht mich grantig“ (B, Pos. 31). Auch Herr Fischer schildert ähnliche Erfahrungen: „Jetzt tut sich da was bezüglich der Beziehung und dann kommt halt wieder der Rückschlag“ (F, Pos. 34). Ein Vertrauen seitens der Inhaftierten aufzubauen „braucht viel Zeit“ (G, Pos. 83) und kann „teilweise ein Jahr dauern“ (B, Pos. 25). Auch seitens der Therapeut*innen herrscht oft Misstrauen. Herr Celik zeigt sich skeptisch und Herr Huber „hat so den Eindruck, es ist immer irgendwas im Busch“ (H, Pos. 105).

4.2.1.3 Beziehungsaufbau

Sechs Personen (B, C, D, E, F, H) erwähnen, dass der Aufbau einer Beziehung zu Gefangenen mit DPS herausfordernd sei. Es wird betont, dass der „Beziehungsaufbau wesentlich länger“ (D, Pos. 47) dauern würde und ein „sehr langwieriger Prozess“ (B, Pos. 25) sein könnte. Frau Denk erklärt, die Herausforderung bestehe darin, gleichzeitig die Beziehung aufbauen zu wollen und als „Kontrollorgan“ (D, Pos. 47) für das Gericht zu fungieren.

4.2.1.4 Straftat selbst

Das Strafdelikt selbst wird von fünf der acht befragten Psychotherapeut*innen (A, B, D, F, G) als herausfordernd empfunden. Frau Aigner berichtet, ihr komme es „kalt runter, also den Rücken hinunter“ (A, Pos. 22), wenn sie die Akte lese. Herr Bauer beschreibt die Zusammenarbeit mit Sexualstraftätern, die sich an Minderjährigen vergangen haben, als besonders belastend. Frau Denk sieht hingegen die Schwierigkeit in der Arbeit mit jungen Klienten, die früh straffällig geworden sind.

4.2.1.5 Sonstiges

In dieser Kategorie werden Herausforderungen durch die Beziehungsgestaltung zusammengefasst, die keiner der zuvor genannten Subkategorie zugeordnet werden konnten.

Insgesamt äußern sich sechs Personen (A, B, C, D, F, H) zu diesen Aspekten. Herr Huber erwähnt zum Beispiel, dass zusätzliche Diagnosen die Beziehung gefährden könnten, während Herr Bauer die Ansicht vertritt, die untersuchte Personengruppe kenne „gar keine tragfähigen Beziehungen“ (A, Pos. 40). Für Herrn Fischer stellt sich „das ‚an der Geschichte arbeiten‘“ als besonders anspruchsvoll dar.

4.2.2 Strategien

In den folgenden Subkategorien werden Strategien beschrieben, die von den Studienteilnehmer*innen als hilfreich erachtet werden, um einer negativen Beziehungsgestaltung entgegenzuwirken und eine positive therapeutische Beziehung zu fördern.

4.2.2.1 Empathie

Die am häufigsten von allen Befragten genannte Strategie, um einer negativen Beziehungsgestaltung entgegenzuwirken, ist Empathie. Sechs der acht Interviewpartner*innen (A, B, D, F, G, H) betonen die Bedeutung, den Patienten empathisch gegenüberzutreten, um Vertrauen zu gewinnen. Herr Celik teilt zum Beispiel mit, dass er einem Patienten „offenbart [hat], dass er [ihn] so sehr geärgert hat, wie noch selten jemand anderer“ (C, Pos. 85). Frau Denk bringe „manchmal auch so ein bisschen etwas Persönliches mit“ (D, Pos. 51), um empathisch zu bleiben. Frau Aigner und Herr Huber versichern ihren Patienten „Ich bin für Sie da“ (H, Pos. 45), und Herr Bauer ist bemüht „diesen Menschen ganz neutral zu begegnen“ (B, Pos. 15). Es sei wichtig, „sich in diese Personen hineinzusetzen“ (F, Pos. 114) und „so wenig voreingenommen zu sein wie möglich“ (D, Pos. 41).

Sich die Geschichte der Straftäter erzählen zu lassen, wird von Herrn Eder und Herrn Fischer als eine Strategie genutzt, um Empathie zu fördern. Auch Frau Denk und Herr Bauer befürworten dies und fügen hinzu, sie würden sich „die Delikte davor auch gar nicht durch[lesen]“ (D, Pos. 41), um der Perspektive des Inhaftierten Gehör zu schenken. Dies wird als Gelegenheit angesehen, Empathie zu zeigen, da „dieses gegenseitige Vertrauen“ (F, Pos. 38) die Beziehungsgestaltung fördern kann.

4.2.2.2 Klare Kommunikation und Grenzen

Alle interviewten Personen betonen die Bedeutung klarer Kommunikation und das Setzen von „klaren Grenzen“ (D, Pos. 30) von Anfang an. Die Proband*innen achten kontinuierlich auf ihre „Regeln und Strukturen“ (C, Pos. 39) und „benennen“ (A, Pos. 38) diese aktiv. Frau Denk lasse sich diese zusätzlich „auch unterschreiben (...) Weil wenn man das nur mündlich macht. Nach drei Terminen wissen sie es nicht mehr“ (D, Pos. 47). Ihrer Meinung nach würde dies möglichen Auseinandersetzungen entgegenwirken und fördere die Beziehung. Frau Aigner betont: „Klarheit ist immer für mich vor der Harmonie“ (A, Pos. 62) und Frau Denk ergänzt: „Die haben einen Termin. Die haben zu kommen.“ (D, Pos 47). Drei Befragte (E, F, H) argumentieren, mit Gewaltstraftätern mit dissozialer Persönlichkeitsstörung konfrontativer zu agieren als mit anderen Patienten, da klare

Kommunikation die Beziehung aufrechterhalten würde. Herr Eder weist darauf hin, dass es wichtig sei, das „Sie“ zu wahren. Drei Befragte (B, C, G) schützen ihre eigenen Grenzen, indem sie gegebenenfalls mit einem Therapieabbruch drohen.

4.2.2.3 *Wissen und Vorbereitung*

Jede*r Psychotherapeut*in geht auf die Strategie ein, vorhandenes Wissen anzuwenden und sich auf die Therapieeinheit vorzubereiten. Fünf der Befragten (C, D, E, F, G) erwähnen, ihr gelerntes Wissen zu nutzen, um die Beziehung zu fördern. Frau Denk erklärt, sich „durch den Suchtbereich vieles“ (D, Pos. 27) angeeignet zu haben, was ihr helfe, mit den Patienten umzugehen. Auch Herr Celik spricht davon, dass ihm die Arbeit im Suchtbereich dabei helfen würde, besser mit Personen mit diesem Störungsbild zu arbeiten. Herr Graf fügt hinzu, dass seine Ausbildung es ihm erleichtert habe „einen Kontakt aufzubauen“ (G, Pos. 107). Darüber hinaus legen drei Therapeut*innen (A, E, H) großen Wert darauf, sich die Gerichtsurteile und die Gutachten vor dem Erstgespräch durchzulesen. Herr Huber bezeichnet dies als „Goldenen Standard in der forensischen Therapie“ (H, Pos. 21). Herr Fischer finde es gut, die Informationen zur Verfügung zu haben, allerdings möchte er sich zuerst selbst ein Bild vom Patienten machen. Frau Aigner erwähnt explizit, dass sie das Good-Lives-Model und das Risk-Need-Responsivity Model anwendet. Zusätzlich merken drei Interviewpartner (C, F, G) an, sich durch ihr Fachwissen besser in die Gefangenen hineinversetzen zu können. Herr Fischer überlegt: „Die Historie (...) zu überlegen. Wie ist der so geworden? Was hat den dazu gebracht“ (F, Pos. 114). Herr Celik erläutert dies anhand eines Beispiels:

Insofern ist vielleicht die dissoziale Persönlichkeitsstruktur auch eine Art von Organismuserhaltendes (...) Wenn ich das nicht hätte, dass ich mich überhaupt nicht in andere hineinversetzen kann und dass ich nur auf meinen eigenen Vorteil schaue. Dann hätte ich vielleicht in dem System auch nicht überleben können (C, Pos. 87).

4.2.2.4 *Reflexion*

Sechs Studienteilnehmer*innen (A, B, C, E, F, G) nutzen Reflexion als Strategie, um die Beziehung zu Personen mit DPS positiv zu gestalten. Davon berichten drei Befragte (B, F, G) regelmäßig in Supervision zu gehen. Wiederum drei Therapeut*innen (A, B, G) tauschen sich mit ihren Kolleg*innen aus oder besprechen schwierige Fälle im Team, denn „Da merkt man dann auch, da ist man nicht ganz alleine“ (G, Pos. 95). Selbstreflexion ist eine Möglichkeit, die von vier Befragten (C, E, F, G) eingesetzt wird, um die Beziehung zu hinterfragen und gegebenenfalls zu verbessern. Herr Celik reflektiert „Wie kriege ich dann wieder Bereitschaft, sozusagen in ein Gespräch zu kommen?“ (C, Pos. 79) und auch Herr Fischer fragt sich „Wie kann es gelingen?“ (F, Pos. 112).

4.2.2.5 *Positiver Zugang*

Alle bis auf Herrn Bauer heben die Bedeutung einer positiven Einstellung als Strategie hervor, um eine gute Beziehung aufzubauen. Herr Eder sagt: „Ich bin ein bisschen optimistischer als ältere Kollegen“ (E, Pos. 23). Herr Fischer merkt zur Behandelbarkeit an, „dass das schwer bis gar nicht möglich ist. Aber aus meiner Sicht schon einen Versuch wert halt“ (F, Pos. 30) und ergänzt, er würde „da auch nicht so schnell quasi die Flinte ins Korn werfen wollen.“ (F, Pos. 116). Frau Denk setzt Humor als Hilfsmittel ein, um die Beziehung positiv zu gestalten: „gemeinsam über etwas lachen verbindet“ (D, Pos. 51). Auch Herr Huber nutzt eine ähnliche Strategie und sagt, dass es Patienten gibt, mit denen er sehr gut zusammenarbeiten kann und die „von der Persönlichkeit her sehr speziell [sind, sodass er] einfach schon von dem her einen bestimmten Unterhaltungswert habe.“ (H, Pos. 65).

4.2.2.6 *Beziehungsebene als zentraler Schlüssel*

In dieser Kategorie machen fünf Proband*innen (A, B, D, E, F) deutlich, dass die Beziehung eine zentrale Rolle für den Erfolg der Psychotherapie spielt. „Therapie ist ganz stark Beziehungsebene“ (A, Pos. 40), „weil nur mit dem kann man dann auch arbeiten“ (D, Pos. 25). Frau Denk weist außerdem darauf hin, dass man an der Beziehungsarbeit dranbleiben muss, „und nicht nach der dritten, vierten Stunde sich denken ‚Ja, das passt schon‘“ (D, Pos. 47).

4.2.2.7 *Sonstiges*

In dieser Kategorie werden Strategien angeführt, die zwar angewendet werden, jedoch nur von wenigen Interviewpartner*innen erwähnt wurden. Herr Bauer betont beispielsweise, dass er „eigentlich gar nix“ (B, Pos. 15) Spezielles bei der Therapie von Personen mit DPS beachte. Auch Herr Eder äußert eine ähnliche Haltung und erklärt: „die Diagnose ist mir gar nicht so wichtig“ (E, Pos. 19). Herr Huber bietet seinen Patienten „einen Kaffee“ (H, Pos. 45) an, um eine angenehme Atmosphäre zu schaffen.

4.3 Aggressivität

Abbildung 3

Kategorien Aggressivität

Aggressivität	
Herausforderungen	Strategien
Kein Problem (29)	Direkte Intervention (32)
Manipulatives Verhalten (23)	Sicherheitsmaßnahmen (32)
Gefährlichkeit (19)	Reflexion (23)
Verbale Aggressivität (16)	Thematisieren (15)
Passive Aggressivität (10)	Empathie (13)
	Sonstiges (5)

Anmerkung: Die Zahlen in der Klammer geben die Anzahl der Codes an, die in dieser Kategorie gefunden werden konnten.

4.3.1 Herausforderungen

In den folgenden Unterkategorien werden Herausforderungen dargelegt, die durch die Aggressivität von Patienten in der Psychotherapie entstehen können. Die erste Subkategorie „Kein Problem“ (4.3.1.1) stellt keine spezifische Schwierigkeit dar, sondern bezieht sich auf das Nichtvorhandensein einer Herausforderung.

4.3.1.1 Kein Problem

Insgesamt äußern sieben der acht Studienteilnehmer*innen (B, C, D, E, F, G, H), dass sie Aggressivität in der Therapieeinheit nicht als problematisch erachten. Drei der Befragten (B, D, F) beschreiben Aggressivität als gewünschtes Verhalten und erklären „Das ist dann, wo sich in der Therapie so ein bisschen was tut“ (B, Pos. 85) und „das ist ja willkommen, wenn das da ist. Weil dann kann man damit auch arbeiten (...), sonst tut man sich schwer über irgendwas nur zu reden, was auf dem Papier da ist“ (F, Pos. 92). Herr Fischer nimmt Aggressivität ebenfalls nicht als Problem wahr, da er „als Therapeut jetzt auch nicht das Feindobjekt [ist]. Insofern ist man so ziemlich aus der Schusslinie eigentlich.“ (F, Pos. 106). Weitere Interviewpartner (B, G, H) differenzieren zwischen Aggressivität gegen den*die Therapeut*in und Aggressivität, die sich gegen niemand Speziellen richtet. Herr Huber beschreibt dies wie folgt: „weniger gegen mich, sondern gegen andere Sachen“ (H, Pos. 79). Zwei

Probanden (F, G) geben an, kaum auf ihre Sicherheit zu achten, wie etwa in Türnähe zu sitzen oder sich einen Notfallplan zu entwickeln.

4.3.1.2 *Manipulatives Verhalten*

Alle bis auf Herrn Fischer (A, B, C, D, E, G, H) schildern, mit manipulativem Verhalten und mangelnder Ehrlichkeit seitens der Inhaftierten konfrontiert zu werden. Herr Celik beobachte, dass es „ein hohes Maß an sozialer Kompetenz gibt, das manipulativ eingesetzt wird“ (C, Pos. 19). Herr Huber sei schon öfter auf die Manipulation reingefallen und Frau Denk finde das permanente Durchsetzen besonders herausfordernd: „Ich finde, das ist der anstrengendste Part bei solchen Persönlichkeitsstrukturen“ (D, Pos. 23). Herr Graf veranschaulicht diese Manipulation und Abwertung anhand eines Beispiels, das seiner Meinung nach auch auf Personen mit DPS zutrifft:

Weil sie einfach ganz perfekt abwertend sein können. Das heißt, sie können eine ganze Stunde lang arbeiten und am Ende der Stunde wird in Ihnen ein ausgeprägter Narzisst sagen: Was für ein Scheißdreck, jetzt sage ich das einmal so raus, diese Therapieeinheit war (G, Pos. 149)

Frau Aigner beschreibt die Abwertung der Klienten ihr gegenüber wie folgt: „Es ist aber auch für mich eine Form der Aggression, weil es geht ja genau darum. Du bist nichts wert. Ich will wissen, was du wert bist, damit ich mich öffne“ (A, Pos. 54).

4.3.1.3 *Gefährlichkeit*

Sechs der acht befragten Psychotherapeut*innen (A, B, C, D, E, G) thematisieren die Herausforderung, die sich durch potenziell gefährliche Situationen ergeben könnten. Drei Personen (A, E, G) weisen auf die Impulsivität der Inhaftierten hin, wobei auch Frau Aigner betont: „es kann schnell kippen“. Herr Bauer schildert eine solche Situation: „dass einer plötzlich schreit und aufsteht, und ein Sessel fällt.“ (B, Pos. 93). Herr Eder beschreibt die Gefahr, die entsteht, wenn eine Täter-Opfer-Dynamik unerkannt bleibt und erklärt: „Ich habe oft Angst.“ (E, Pos. 97). Herr Graf erzählt, dass Gegenübertragung schnell stattfinden kann: „[Es] kann sein, irgendeinen, irgendeine Gestik, eine Haltung von mir. Es kann sein, dass ich plötzlich nicht mehr der Psychotherapeut bin, sondern der Vater oder der Bruder“ (G, Pos. 35).

4.3.1.4 *Verbale Aggressivität*

Fünf Proband*innen (D, E, F, G, H) geben an, verbaler Aggressivität während der Therapieeinheiten ausgesetzt zu sein. Davon berichten vier Personen (D, E, G, H), dass Gewaltstraftäter häufig zu verbalen Beschimpfungen neigen. Frau Denk schildert ein Beispiel: „Verbal war er halt laut und wütend und ist dann raus gestürmt. Hat die Tür zugeschmissen. Und hat gesagt: ‚Ihr seid alle Scheiße.‘“ (D, Pos. 31). Dass die Inhaftierten häufig laut und aufbrausend in ihrer Stimmlage werden, erzählen Herr Huber und Frau Denk. Herr Graf beschreibt eine Situation, in der ein Patient ihm einen

20-minütigen Monolog hielt. Zwei Proband*innen (D, E) teilen im Interview mit, die Inhaftierten neigen dazu sie „zu duzen“ (E, Pos. 51).

4.3.1.5 Passive Aggressivität

Passive Aggressivität äußert sich häufig durch Rückzug oder Fernbleiben der Inhaftierten, wie sechs Studienteilnehmer*innen (A, B, C, F, G, H) berichten. Herr Celik und Herr Fischer beschreiben: „indem er sich zurückgezogen hat, indem er nicht da war“ (C, Pos. 69). Herr Celik habe die passive Aggressivität „nur in der Resonanz selbst“ (C, Pos. 67) gespürt und auch Frau Aigner nimmt folgendes wahr: „Die Klienten stehen unter ziemlich hohem Druck. Das ist zum Teil auch körperlich mit spürbar für mich“ (A, Pos. 56). Darüber hinaus weist Herr Bauer auf „Kontaktschwierigkeiten“ (B, Pos. 25) hin, und Herr Graf beschreibt eine „Labilität, [die] dann eben zu dem Auslöser“ (G, Pos. 39) führt, was zusätzliche Herausforderungen in der Therapie darstellen.

4.3.2 Strategien

In diesem Abschnitt werden Subkategorien erläutert, die die Therapeut*innen zur Bewältigung von Aggressivität in der Therapie anführen.

4.3.2.1 Direkte Intervention

Sechs der acht Interviewpartner*innen (A, D, E, F, G, H) setzen direkte Interventionen ein, um aggressives Verhalten zu stoppen oder zu minimieren. Drei von ihnen (A, E, H) berichten, dass sie versuchen würden, die Klienten zu beruhigen. Dies könne durch Methoden wie „Atemübungen“ (A, Pos. 58) geschehen oder durch das Gespräch über die aufkommende Aggressivität. Herr Eder beschreibt: „man spürt dann wieder recht schnell, wo dann wirklich dieser Punkt kommt, wo sie kippen und da guck mal langsam den auszuloten, wo ist der und probiert über den zu reden. Was passiert jetzt grad eigentlich?“ (E, Pos. 81). Eine weitere Strategie, die zwei Studienteilnehmer*innen (D, E) anwenden, bestehe darin, die eigene Stimme zu erheben und nicht schüchtern zu sein. Frau Denk erklärt: „auch einmal am Tisch hauen. Und dann geht's meistens. Sie beruhigen sich.“ (D, Pos. 31). Herr Graf beschreibt, dass er den richtigen Moment abwarte, in dem der Patient wieder ansprechbar sei, und dann interveniere: „Und in diesen Momenten habe ich ihn dann irgendwo gebremst: Bitte hallo? Schauen Sie mich mal an!“ (G, Pos. 65).

4.3.2.2 Sicherheitsmaßnahmen

Sicherheitsmaßnahmen wie ein Notfalltelefon oder einen Alarmknopf (A, E, H) bei Hand zu haben, oder „Nah an der Tür sitzen“ (D, Pos. 31) (D, F, G) wird von allen acht Studienteilnehmer*innen in unterschiedlichen Formen erwähnt. Dies steht zum Teil im Widerspruch mit Aussagen aus dem Kapitel 4.3.1.1 und wird im Diskussionsteil 5.2.2 behandelt. Vier Personen (D, E, F, G) würden explizit

darauf achten, Therapiesitzungen nur durchzuführen, wenn „Justizbeamte“ (E, Pos. 89) oder „irgendeine Kollegin oder Kollege da ist“ (D, Pos 31.). Es sei wichtig, auf seinen „Selbstschutz“ (C, Pos. 71) zu achten und „vorsichtig“ (E, Pos. 35) zu sein. Vier Befragte (B, E, G, H) geben außerdem an, die Therapie abzubrechen, wenn sie merken, dass der Klient zu aufgewühlt ist. Herr Graf entscheidet in solchen Situationen wie folgt: „heute brechen wir definitiv diese psychotherapeutische Einheit ab, weil ich merke, wenn. Ein Beispiel: Sie sind heute so aufgeregt. Ich glaube, das hat für heute keinen Sinn mehr. Wir werden uns aber beim nächsten Mal wiedersehen.“ (G, Pos 79).

4.3.2.3 Reflexion

Alle bis auf Herrn Fischer (A, B, C, D, E, G, H) geben an, die aufkommende Aggressivität der Patienten zu reflektieren. Zwei Probanden nutzen die Supervision (E, H) und drei Befragte tauschen sich mit Kolleg*innen darüber aus (C, E, H). Frau Denk und Herr Eder würden bereits im Vorfeld über die Biografie, Straftat und Störung der Inhaftierten reflektieren, um besser vorbereitet zu sein und „gut gewappnet“ (D, Pos. 31) in die Therapie zu gehen. Drei der acht interviewten Personen (C, E, G) erwähnen, nach den Sitzungen intensiv über das Erlebte nachzudenken. Herr Graf äußert hierzu: „das ist meine freie Entscheidung, dass ich mit solchen schweren Persönlichkeitsstörungen arbeite. Und da muss man bewusst sein, dass das passieren wird. Genau. Und das hilft mir dann, mich eigentlich eher abzugrenzen“ (G, Pos. 77). Auch Herr Huber reflektiert: „Boah. Ärger mich total über den Klienten jetzt“ (H, Pos. 87).

4.3.2.4 Thematisieren

Sechs der acht Psychotherapeut*innen (B, C, D, E, G, H) geben an, Aggressivität offen mit den Patienten zu thematisieren. Herr Huber und Herr Celik versuchen, das Thema in der Sitzung anzusprechen und gegebenenfalls den Fokus zu wechseln. Herr Bauer betont: „wenn Aggression auftaucht, dann wird es thematisiert“ (B, Pos. 85). Frau Denk versucht „zu erklären, dass es Möglichkeiten gibt, diese Emotionen ja verbal auszudrücken und dann nicht körperlich zu werden“ (D, Pos. 37). Auch Herr Eder sei der Ansicht, es sei wichtig, Aggressivität zu thematisieren: „Wenn es jetzt grad schon geht in der Situation. Super. Wenn es später geht, auch gut“ (E, Pos. 85).

4.3.2.5 Empathie

Fünf Interviewte (A, B, C, D, E) berichten, Verständnis und Empathie für die Patienten aufzubringen, wenn sie Aggressivität zeigen. Drei Personen (C, D, E) versuchen, sich in den Häftling hineinzusetzen und „es irgendwo aus dem ganzen Kontext ein bisschen nachvollziehbar“ (C, Pos. 69) zu finden. Frau Aigner und Herr Eder betonen, bei aufkommender Aggression eher bei „leichteren Themen“ (A, Pos. 56) zu bleiben und nicht den Behandlungsplan durchzuziehen. Zusätzlich erwähnt Frau Aigner, sie frage den Patienten: „Was möchten Sie denn, was ich als Therapeutin tue?“ (A, Pos. 34), um empathisch zu reagieren und dadurch die Aggressivität zu reduzieren.

4.3.2.6 Sonstiges

Diese Kategorie umfasst Strategien, die sich keiner der vorherigen Subkategorien zuordnen lassen. Frau Aigner lege einen großen Wert auf das vorliegende Gutachten und das Strafdelikt des Klienten, denn „das wiegt immer mehr wie eine Aussage“ (A, Pos. 24). Dies helfe ihr, sich gegen mögliche Manipulationen durch Patienten mit einer DPS zu schützen. Herr Eder verfolgt die Strategie, Klienten nicht zu schnell zu deuten und ihnen nicht sofort zu widersprechen, um Eskalationen zu vermeiden: „Ich deute zum Beispiel nicht zu schnell deren Verhaltensweisen (...) Und gebe nicht sofort Kontra“ (E, Pos. 81). Herr Graf argumentiert, Medikamente können als Unterstützung dienen, um die Impulsivität der Patienten zu minimieren.

4.4 Therapiemotivation

Diese Kategorie beschäftigt sich mit der dritten Forschungsfrage, und behandelt das Thema, welche Herausforderungen (4.4.1) sich durch eine fehlende Therapiemotivation ergeben und welche Strategien (4.4.2) verwendet werden, um dem entgegenzuwirken.

Abbildung 4

Kategorien Therapiemotivation

Therapiemotivation	
Herausforderungen	Strategien
Widerstand (27)	Fokus auf Therapieziel (34)
Eingeschränkte Therapiefähigkeit (21)	Klare Kommunikation und Grenzen (33)
Externe Motivation (18)	Flexibilität (19)
Eigene Frustration (13)	Reflexion (17)
Unzuverlässigkeit (10)	Wissen und Vorbereitung (10)
	Sonstiges (2)

Anmerkung: Die Zahlen in der Klammer geben die Anzahl der Codes an, die in dieser Kategorie gefunden werden konnten.

4.4.1 Herausforderungen

Herausforderungen, die in Zusammenhang mit mangelnder Therapiemotivation auftreten, werden in den nachfolgenden Unterkategorien detailliert beschrieben.

4.4.1.1 Widerstand

Was die Therapiemotivation betrifft, wurde am häufigsten die Herausforderung genannt, mit Widerstand konfrontiert zu sein. Dazu äußern sich alle Studienteilnehmer*innen. Fünf Proband*innen (A, C, D, F, H) erzählen von der geringen Delikteinsicht der Gefangenen: „Und zwar haben die ja schlechte Einsicht dahingehend, was sie anrichten. Also meistens [sind] die anderen Schuld“ (H, Pos. 23). Weiters berichten Frau Denk und Herr Huber, dass die Patienten ihr Delikt bagatellisieren würden und „die Sinnhaftigkeit sowieso“ (D, Pos. 77) in Frage stellen. Frau Aigner gibt ein Beispiel, in dem ein Patient meint: „Ja ich habe ja nie etwas gemacht. Ich habe ja keiner Person was“. Also da war ein Akt gewesen, da habe ich, glaub ich über 50 Seiten gelesen“ (A, Pos. 46). Widerstand zeigt sich auch in Form von Desinteresse (B, E, F, G) oder dem Wunsch, in Ruhe gelassen zu werden (A, E, F, G). Herr Bauer sagt: „Wenn gar keine Signale kommen, nur Desinteresse ist dann bin ich auch durchaus verärgert“ und Herr Eder fügt hinzu „Weil dann kommen sie schon jede Woche und sagen, sie wollen eigentlich nicht da sein“ (E, Pos. 61). Frau Denk habe zusätzlich „das Gefühl, dass grad bei den Gewaltstraftätern, dass da weniger Einsicht“ (D, Pos. 97) und mehr Widerstand vorhanden ist.

4.4.1.2 Eingeschränkte Therapiefähigkeit

Die Herausforderung, die am zweithäufigsten genannt wird, ist eine eingeschränkte Therapiefähigkeit der Personen mit DPS. Sieben Proband*innen (B, C, D, E, F, G, H) heben hervor, dass es oft schwierig sei, diese Patienten zu behandeln. Herr Celik erklärt: „Es gibt halt Störungen, wo es wahnsinnig schwer ist eine Krankheitseinsicht zu entwickeln. Und diese Störung gehört da glaube ich schon auch dazu“ (C, Pos. 35). Frau Denk und Herr Graf argumentieren: „Es kommt auf den Schweregrad drauf an!“ (D, Pos. 25), und „es muss die Bereitschaft der Patienten vorliegen“ (G, Pos. 33). Herr Bauer äußert eine zusätzliche Belastung dadurch, dass die Patienten oft „2000 Gründe“ (B, Pos. 15) finden, um die Therapie zu vermeiden.

4.4.1.3 Externe Motivation

Alle acht Befragten unterstreichen die Herausforderung, dass Personen mit DPS wenig intrinsische Motivation aufbringen würden, was den therapeutischen Prozess erschwere. Der Zwangskontext stellt für fünf Therapeut*innen (A, B, D, E, G) eine besondere Schwierigkeit dar. Herr Bauer erläutert: „Im Zwangskontext ist der Großteil am Anfang ohne Motivation“ (B, Pos. 65). Drei Befragte (E, F, G) argumentieren, dass sich die Häftlinge durch die Therapie Lockerungsmaßnahmen erhoffen würden und sich daher nur „Pseudo compliant“ (E, Pos. 61) verhalten – das heißt, sie geben vor, motiviert zu sein, ohne tatsächlich echtes Interesse an der Therapie zu haben. Ein weiteres Problem, das von Frau Aigner und Herrn Celik angesprochen wird, ist, dass Personen mit DPS nicht unter ihrer Diagnose, sondern lediglich unter der Inhaftierung leiden. Dies führe laut ihnen dazu, wenig intrinsische Motivation für die Therapie zu zeigen. Zudem weisen drei Interviewpartner*innen (C, E, H)

darauf hin, dass Menschen mit DPS dazu neigen, die Schuld für ihre Probleme bei anderen zu suchen, anstatt die eigene Verantwortung zu erkennen. Herr Celik zitiert einen seiner Patienten: „Das System ist schuld, die Polizei ist schuld“ (C Pos. 37).

4.4.1.4 Eigene Frustration

Vier Studienteilnehmer*innen (C, E, F, H) berichten davon, dass die mangelnde Therapiemotivation der Klienten bei ihnen Frustration auslöse. Für Herrn Huber stellt dies den schwierigsten Aspekt der Arbeit mit Straftätern mit DPS dar. Wenn von den Klienten keine Initiative kommt und sie schweigen, würde er es als „insofern herausfordernd [empfinden], dass es furchtbar langweilig ist“ (H, Pos. 97) und ergänzt: „Das ist schon auch zäh“ (H, Pos. 7). Herr Fischer denke wiederum viel darüber nach, selbst „eine Eigenmotivation (...) zu erreichen“ (F, Pos. 112) und bezeichnet dies als herausfordernd. Auch Herr Celik betont, dass es für ihn: „nicht nur als Therapeut, (...) aber als Person halt auch wahnsinnig frustrierend und nervend ist“ (C, Pos. 53). In manchen Momenten frage er sich: „Wozu tu ich mir das an?“ (C. Pos. 77).

4.4.1.5 Unzuverlässigkeit

Fünf Psychotherapeut*innen (A, B, C, E, H) betrachten die Unzuverlässigkeit der Gefangenen als eine besondere Herausforderung, da diese wenig Eigeninitiative für die Therapie aufbringen. Es wird hervorgehoben, dass Klienten Termine nicht absagen, unpünktlich erscheinen oder diverse Ausreden erfinden, wieso sie nicht an der Einheit teilnehmen können. Herr Celik veranschaulicht dies anhand eines Beispiels:

Der konnte einmal nicht kommen, weil er gerade eine Schlägerei gehabt hat und deswegen leider nicht gehen konnte, weil ihm der Fuß wehgetan hat. Das war halt schon die fünfte Ausrede, die er gebracht hat, warum er nicht kommen konnte (C, Pos. 43).

Auch Herr Huber berichtet von ähnlichen Erfahrungen und fügt hinzu: „es [kann] halt sein, dass die halt immer wieder auslassen, entsprechende Entschuldigungen vorbringen, die man nicht überprüfen kann“ (H, Pos. 23).

4.4.2 Strategien

Die folgenden Kategorien erläutern die Strategien, die Therapeut*innen anwenden, um der mangelnden Therapiemotivation entgegenzuwirken und die Eigeninitiative der Patienten zu fördern.

4.4.2.1 Fokus auf Therapieziel

Die am häufigsten genannte Strategie, die von sieben der acht Interviewpartner*innen (A, C, D, E, F, G, H) genannt wurde, ist die Setzung eines klaren Therapieziels, das meist auf

Rückfallprophylaxe abzielt, und der Fokus auf dieses Ziel während der Therapieeinheiten. Herr Huber beschreibt dies folgendermaßen:

Rückfallprophylaxe. Deshalb ist er da. Ich reduziere nicht seine Depressionen, seine Angststörungen und so weiter und so fort. Und auch nicht seine Persönlichkeitsstörung. Das steht eigentlich nicht im Fokus einer forensischen Therapie, sondern da geht es im Prinzip darum, dass der Klient nicht rückfällig wird (H, Pos. 47).

Auch Frau Aigner hebt hervor: „Ohne ein konkretes Ziel der Klienten tue ich mir schwer. Und die meisten bringen was mit. Also. Auch wenn sie nicht so motiviert, also extrinsisch motiviert sind. Sie bringen was mit“ (A, Pos. 50). Diese Strategie zielt darauf ab, den Klienten beizubringen, die Zeit in der Therapie sinnvoll zu nutzen. Herr Graf verdeutlicht dies mit folgender Aussage an seine Klienten: „Sie sollten einen persönlichen Nutzen von diesen Gesprächen haben, [die] wir hier führen“ (G, Pos. 109) und sagt selbst dazu: „Das kommt durchaus schon mal ganz gut an“ (G, Pos. 109) und betont weiter: „Es geht ja immer um den Sinn. Unsere Psyche macht ja nichts umsonst“ (G, Pos. 121). Vier Interviewte (E, F, G, H) legen zudem den Fokus darauf, was innerhalb des Handlungsspielraums der Klienten realistisch möglich sei. „Wir reden da gar nicht von von völliger Heilung zum Beispiel, sondern dass es einfach besser geht“ (G, Pos. 121). Frau Denk fragt ihre Patienten: „Wo siehst du dich denn, keine Ahnung, in fünf Jahren?“ (D, Pos. 87), um ein langfristiges Ziel für die Therapie zu definieren und so die intrinsische Motivation zu stärken.

4.4.2.2 Klare Kommunikation und Grenzen

Alle bis auf Herrn Fischer (A, B, C, D, E, G, H) betonen die Bedeutung der Strategie, klare Grenzen bei fehlender intrinsischer Motivation zu setzen und diese deutlich mit den Inhaftierten zu kommunizieren. Dabei wird hervorgehoben, dass Konsequenzen thematisiert und ein möglicher Therapieabbruch (A, B, C, E, G, H) in Erwägung gezogen werden, falls von den Patienten zu wenig Bereitschaft gezeigt wird. Frau Aigner sagt ihren Patienten: „Sie können auch die ganze Stunde nur schweigen. Sie können auch schlafen. Aber, und das ist mein Auftrag als Therapeutin, das müsste ich rückmelden. Wenn ich das zwei Stunden lang mache, wird das dann nicht mehr vorkommen“ (A, Pos. 50). Drei der Studienteilnehmer*innen (A, E, G) bestätigen, dass es wichtig sei, die Verantwortung den Inhaftierten mit DPS zurückzugeben. Obwohl sie sich in einem Zwangskontext befinden, ist es immer noch die Entscheidung der Patienten, zur Therapie zu erscheinen oder nicht. Herr Graf erklärt:

Wenn wir von einem Zwangskontext in der Haft reden, reden wir auch von einer gewissen Freiwilligkeit, in die Therapie zu kommen. Das heißt, es ist per se schon die Entscheidung des Untergebrachten, in die Therapie zu gehen oder auch nicht. Natürlich immer im Hintergrund. Zwangskontext ja auch. Trotzdem besteht die

Möglichkeit, dass er selbst entscheidet: Komme ich in die Therapiestunde oder nicht?

Aber ich werde sie nicht halten (G, Pos. 115).

Herr Huber fügt hinzu: „das sind dann wieder die Konsequenzen, mit denen die Person dann leben muss“. Mit den Patienten klar zu kommunizieren, wird ebenfalls als essenziell betrachtet. Frau Aigner sagt ihren Klienten: „Möchten Sie raus? Ja. Möchten Sie weg davon? Ja. Dann arbeiten wir“ (A, Pos. 50). Sowohl Frau Denk als auch Herr Huber achten besonders zu Beginn der Therapie darauf, klare Regeln und Grenzen zu setzen, um die Motivation der Klienten zu fördern, regelmäßig zur Therapie zu erscheinen: „am Anfang bin ich da schon recht streng mit wöchentlichen Terminen. Weil sie drucksen gerne rum“ (D, Pos. 49).

4.4.2.3 *Flexibilität*

Fünf der acht Therapeut*innen (B, C, D, G, H) berichten, die Strategie zu verfolgen, ihre Therapieeinheit an den aktuellen Zustand des Klienten anzupassen und dabei flexibel zu agieren. Dies zeigt sich insbesondere darin, dass sie die Bedürfnisse und emotionalen Zustände dieser in den Vordergrund stellen, anstatt starr nach festen Vorgaben vorzugehen. Herr Bauer verdeutlicht dies mit den Worten: „da gibt es kein Werkzeug. Da gibt es keine Regel. Das ist Gefühlsgeschichte irgendwie“ (B, Pos. 31). Ähnlich äußert sich Frau Denk: „da muss ma bissel kreativ werden in der Arbeit“ (D, Pos. 25). Drei Proband*innen (D, G, H) intervenieren bei Patienten, die aufgrund mangelnder Therapiemotivation schweigsam sind, aktiv, indem sie „selbst aktiv werden“ (G, Pos. 149), „Behandlungsmodelle“ (G, Pos. 147) erklären, oder über das Strafdelikt sprechen: „mit dem Delikt sind sie ja oft sehr stolz. Das erzählen sie meistens gern (...) und dann halt sich je nach Delikt immer bissl was rausnehmen und mit dem dann versuchen weiterzuarbeiten“ (D, Pos. 77). Herr Celik reagiert flexibel, indem er seinen Klienten Beispiele von anderen Inhaftierten erzählt, um sie zu motivieren.

4.4.2.4 *Reflexion*

Fünf Interviewpartner (B, C, E, G, H) nutzen die Reflexion als eine Strategie, um der fehlenden Therapiemotivation der Gefangenen entgegenzuwirken. Vier von ihnen (B, E, G, H) betonen, es sei wichtig, über die eigene therapeutische Arbeit nachzudenken und sich dabei des eigenen Wohlbefindens bewusst zu sein. Herr Huber erklärt: „Ich schaue schon ein bisschen auf (...) mein Wohlbefinden“ (H, Pos. 117) und auch Herr Graf reflektiert, dass es essenziell sei, sich bewusst zu machen, dass die Arbeit stets „in einem Zwangskontext“ (G, Pos. 111) stattfindet. Herr Huber sehe die Arbeit positiv und sagt: „ich finde es noch immer spannender als wie mit Leuten arbeiten, die mit ihrer Depression kommen.“ (H, Pos. 7). Drei Psychotherapeuten (C, E, G) heben zudem hervor, dass der Austausch mit Kolleg*innen oder die Einbeziehung der Bewährungshilfe eine zentrale Rolle in ihrer Reflexionsarbeit spiele, insbesondere wenn die Therapiemotivation der Straftäter nicht ausreichend

vorhanden sei. Herr Eder betont die Bedeutung der Intervention und fügt hinzu: „Die haben teilweise ähnliche Erfahrungen“ (E, Pos. 117).

4.4.2.5 Wissen und Vorbereitung

Fachwissen, Wissen über die Biografie der Straftäter und eine gründliche Vorbereitung sind Strategien, die von vier Studienteilnehmer*innen (A, B, D, H) eingesetzt werden, um die Therapiemotivation der Täter zu fördern. Frau Aigner und Herr Huber erklären, dass sie nach dem RNR-Modell und dem GLM arbeiten würden. Herr Huber beschreibt seine Vorgehensweise detailliert:

„ich arbeite auch mit dem Good-Lives-Model und da gibt es so eine Grundlage von einem. Das ist so ein bisschen so ein Fragebogen. (...) Mit dem arbeite ich da an, wo die dann mehr (...) von sich geben müssen. Oder ich mach einmal so Familien, nicht - aufstellungen, sondern Diagramm. Dann versuche ich mal mit dem darüber zu reden. Wie war das Verhältnis zu Vater, zu Mutter? Wie würden Sie die charakterisieren? Dann fange ich an, also mit Ihnen daran zu arbeiten. Was für positive Eigenschaften haben Sie zum Beispiel? (...) Dann nehme ich rein so die Persönlichkeitsanteile, wo der Deliktteil eine bestimmte Rolle spielt, aber nicht die ganze Person ausmacht“ (H, Pos. 101).

Frau Denk verwendet ähnliche Methoden, und fragt ebenfalls nach der Familiengeschichte der Patienten. Herr Bauer betont, dass er sich in Situationen, in denen er das Gefühl hat, der Klient manipuliere ihn oder zeige zu wenig Motivation, das Strafdelikt genau durchliest, um besser vorbereitet zu sein und die Situation besser einschätzen zu können.

4.4.2.6 Sonstiges

Zwei Interviewpartner*innen (C, G) sprechen Strategien an, die thematisch in keine spezifische Subkategorie passen und daher in der Kategorie „Sonstiges“ eingeordnet werden. Herr Graf verweist auf die Unterstützung durch Medikamente, während Herr Celik betont, „nicht den leichten Weg [zu] gehen“ (C, Pos. 55) und die Therapie nicht vorschnell abubrechen, sondern „den Bogen offen[zu]halten“ (C, Pos. 55), also geduldig weiterzumachen, um langfristige Fortschritte zu ermöglichen.

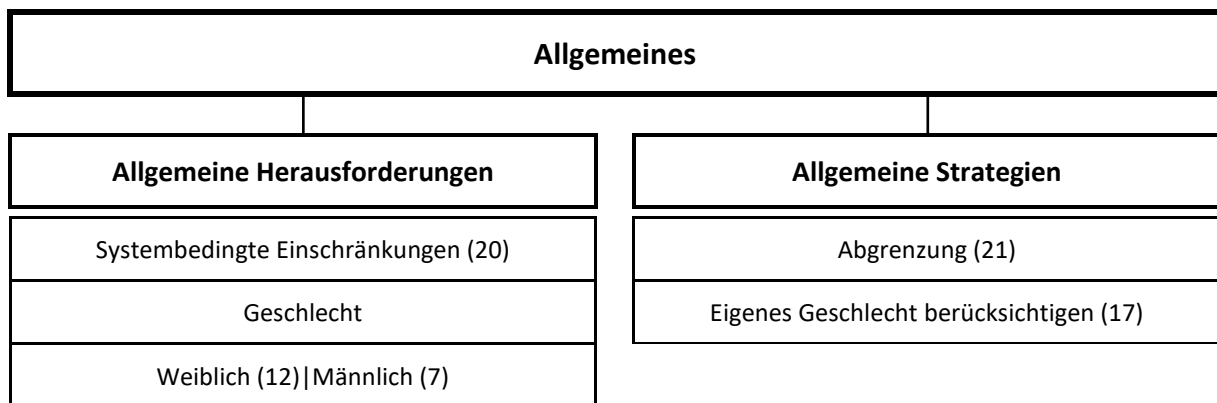
4.5 Allgemeines

In den folgenden Kategorien werden allgemeine Herausforderungen (4.5.1) und Strategien (4.5.2) angeführt, die sich thematisch nicht in die drei Hauptkategorien dieser Masterarbeit zuordnen lassen, aber dennoch einen wissenschaftlichen Mehrwert bieten. Die von den Interviewpartner*innen eingebrachten Kategorien wurden in die Studie integriert, um relevante Ergänzungen zu den Hauptkategorien zu berücksichtigen. Einige Herausforderungen und Strategien der folgenden

Kategorien wurden bereits in vorigen Kapiteln behandelt, hier aber erneut angeführt, da sie von den Proband*innen in einem anderen Kontext erwähnt werden. Zum Beispiel wird das Thema Aggressivität bereits in vorigen Kapiteln thematisiert, hier allerdings in Verbindung mit dem Geschlecht der Therapeut*innen erneut erwähnt.

Abbildung 5 *Kategorien Allgemeines*

Kategorien Allgemeines



Anmerkung: Die Zahlen in der Klammer geben die Anzahl der Codes an, die in dieser Kategorie gefunden werden konnten.

4.5.1 Allgemeine Herausforderungen

In diesem Kapitel werden zwei Herausforderungen in der Arbeit mit Gewaltstraftätern mit DPS, genannt, die von den Therapeut*innen ebenfalls angesprochen wurden.

4.5.1.1 Systembedingte Einschränkungen

Fünf Psychotherapeut*innen (A, D, E, F, G) heben systembedingte Einschränkungen ihrer Arbeit hervor, die vor allem durch einen Mangel an Ressourcen (D, E, F, G) verursacht werden würden. Herr Eder berichtet, die Justiz „ist personell total schlecht aufgestellt. Die sind überlastet, die haben kaum Kapazitäten“ (E, Pos. 109). Zudem erwähnt er, dass er bei Gewaltstraftätern häufig mit mehreren Diagnosen konfrontiert sei und unsicher ist, auf welche er sich stützen soll: „ich als Therapeut kriege dann so ein Wulst an Gutachten, wo ganz verschiedene Diagnosen drinstehen können. Und ich kann mir dann überlegen ja, was was wäre es denn?“ (E, Pos. 125). Herr Fischer beklagt, ihm stehen in der Justizanstalt „keine Diagnosen zur Verfügung“ (F, Pos. 54) und auch die finanziellen Mittel seien begrenzt. Frau Denk merkt an, dass einige Klienten Einzeltherapien brauchen würden, aber diese aufgrund der höheren Kosten nicht realisierbar seien: „Gruppentherapie ist viel günstiger als Einzeltherapie“ (D, Pos. 99). Zudem äußern Frau Denk und Herr Eder, dass in der Therapieausbildung zu wenig Fachwissen vermittelt werden würde, um mit Straftätern mit DPS zu arbeiten. Frau Denk meint, es falle vielen Therapeut*innen schwer, „aus dem, was sie gelernt haben, ein bisschen

auszusteigen und da eben etwas direkter zu arbeiten“ (D, Pos. 25). Herr Fischer fügt hinzu, ihm falle es schwer, einzuschätzen „wie antisozial (...) jetzt eine Person“ (F, Pos. 116) sei.

Eine weitere Herausforderung, die von Frau Aigner und Herr Eder benannt wird, ist die Schwierigkeit, sowohl für den Klienten da zu sein als auch die Interessen der Justiz zu berücksichtigen.

Frau Aigner beschreibt es wie folgt:

Aber das System ist wirklich schwierig. Man hat mit so vielen Ebenen zu tun. Wenn die Leute im Gefängnis sind, hat man zu tun mit dem psychosozialen Dienst im Gefängnis. Der hat vielleicht ganz andere Ansichten über die Patienten als man selber und arbeitet vielleicht teilweise auch ein bisschen gegen zu dem, was man selber macht. Und dann gibt es noch das Gericht im Hintergrund oder die Justizanstalt und die Justizbeamten. Und es gibt so viele Interessen, die unterschiedlich gelagert sein können (E, Pos. 105).

4.5.1.2 *Geschlecht*

Insgesamt berichten fünf Therapeut*innen (A, D, E, F, H) von der Herausforderung, dass das weibliche Geschlecht in der Therapie zu Nachteilen führen kann. Ebenso benennen fünf Proband*innen (A, B, C, F, G) Schwierigkeiten, die bei männlichen Therapeuten auftreten würden.

Frau Aigner und Frau Denk schildern spezifische Erfahrungen. Frau Denk erzählt, dass es Klienten gäbe, die in die Therapieeinheit hineinkommen und sagen: „Ich rede nicht mit dir, bist Frau“ (D, Pos. 69). Frau Aigner erzählt: „als Frau. Was können Sie denn schon so? (...) Ja, ich will erst mal wissen, was Sie alles können, bevor ich hier irgendwas erzähle“ (A, Pos. 54). Herr Eder merkt an, Frauen werden häufiger sexualisiert, und Herr Fischer ergänzt, dass bei der Anwesenheit einer weiblichen Therapeutin das „Imponiergehabe“ (F, Pos. 66) verstärkt sei. Herr Fischer stellt zudem fest, dass Klienten öfter zu einem männlichen Therapeuten in Therapie gehen wollen würden. Herr Huber habe einmal einen Klienten therapiert, der „wirklich so einen Frauenhass“ (H, Pos. 77) gehabt habe. Frau Denk fügt hinzu, dass bei solchen Klienten „die meiste Arbeit dahintersteckt“ (D, Pos. 69).

Fünf Therapeut*innen (A, B, C, F, G) äußern sich zu den Schwierigkeiten, die durch das männliche Geschlecht in der Therapie entstehen können. Herr Graf und Herr Bauer betonen, die Biografie und das Delikt des Patienten seien dabei entscheidend. Herr Bauer führt ein konkretes Beispiel an: „Wenn da einer ist, der grobe Missbrauchserfahrungen mit Männern gemacht hat, wird er bei einem Mann nicht gut aufgehoben sein“ (B, Pos. 79). Frau Aigner hebt hervor, dass männliche Therapeuten tendenziell stärker „dieses Aggressive“ (A, Pos. 54) abbekommen würden. Herr Celik beschreibt, Klienten würden sich weiblichen Therapeutinnen leichter öffnen können und erklärt:

Wo sich Frauen, glaube ich, leichter tun, Dinge zu sagen, die nicht als völlig. Nicht mit der eigenen Realität in Verbindung zu bringen, verstanden werden (...) ich habe da öfter so eine Situation gehabt. Da habe ich mir gedacht, ich sitze jetzt da, und zehn Leute sehen das völlig anders wie ich. Und ich glaub das da. Also nicht für die

Therapeut*in, aber für die Klienten [es einen] großer Unterschied macht, ob da jetzt ein Mann oder eine Frau sitzt und sich die Geschichte anhört, und wie der oder die dann darauf reagieren (C, Pos. 63).

4.5.2 Allgemeine Strategien

Allgemeine Strategien, die von den Psychotherapeut*innen genannt wurden, aber in keine der drei Hauptkategorien passen, werden hier aufgeführt.

4.5.2.1 Abgrenzung

Sechs Studienteilnehmer*innen (A, D, E, F, G, H) betonen die Bedeutung aktiver Abgrenzung von den Delikten, Persönlichkeitsstörungen und Tätern. Die angewandten Strategien sind vielfältig, wobei die häufigste Methode (D, E, F, H) darin bestehe, die Arbeit mit den Straftätern räumlich von anderen Arbeitsbereichen und der Freizeit zu trennen. Herr Huber beschreibt, wie das Durchqueren mehrerer Sicherheitstüren in der Justizanstalt ihm symbolisch dabei helfe, die Arbeit hinter sich zu lassen: „[Ich muss] durch 1, 2, 3, 4, 5 oder 6 Tore durchgehen (...) da kann ich mir so vorstellen, Okay, das lasse ich jetzt hinter mir jetzt da“ (H, Pos. 67). Herr Eder achte besonders darauf, die Klienten ausschließlich in der Institution zu sehen, um eine klare Trennung zu gewährleisten: „Ich sehe sie nicht in meiner privaten Praxis. Das ist glaube ich eine gute, einfach diesen Ort zu haben, wo ganz klar ist, dass ist die Institutionen, wo es hingehört“ (E, Pos. 49).

Der Austausch mit Kolleg*innen und die Möglichkeit an „Supervision“ (G, Pos. 95) teilzunehmen, wird von drei Interviewpartner*innen (D, F, G) als wichtig erachtet: „mit Kolleginnen und Kollegen in einer Intervision oder so oder auch bei einer Zigarette (...) Einfach einmal auch drüber lachen“ (D, Pos. 59). Die Möglichkeit, an einer Intervision teilzunehmen, wurde bereits im Kapitel 4.4.2.4 genannt, wird hier aber ebenfalls angeführt, da es in diesem Fall explizit im Zusammenhang mit Abgrenzung thematisiert wurde.

Zusätzlich betonen Frau Aigner und Herr Huber die Wichtigkeit, die eigene Arbeitsbelastung zu regulieren und auch „Nein“ sagen zu können: „Ich als Person übernehme nur dann den Fall, wenn für mich relativ klar ist und auch eine gerichtliche Anzeige mit Anzeige und allem vorliegt“ (A, Pos. 44). Herr Huber erklärt, dass er bei schwierigen Fällen mittlerweile eher ablehnen würde. Früher hätte er es „wahrscheinlich nicht gemacht“ (H, Pos. 119), aber jetzt habe er „den Luxus, dass [er] sagen kann: ‚Nein, den nehme ich nicht‘“ (H, Pos. 119).

Zusätzlich reflektiert Frau Denk, dass das Aufschreiben von Notizen ihr helfe, sich abzugrenzen: „Vielleicht hilft dieses Aufschreiben ganz gut“ (D, Pos. 59). Auch Herr Graf betont, er „reflektiert den Prozess“ (G, Pos. 97).

4.5.2.2 *Eigenes Geschlecht berücksichtigen*

Fünf Psychotherapeut*innen (A, B, D, E, F, G) berücksichtigen in ihrer Arbeit das Geschlecht des*der Therapeut*in der Gewaltstraftäter. Drei Personen (B, D, E) geben an, dies mit den Kolleg*innen gemeinsam zu besprechen: „Da überlegen wir das schon gut gemeinsam. Und ich glaube, diese Geschlechterfrage kann da wirklich gut abgeklärt werden. Es wird dann nicht mehr in den Erstgesprächen so zum Thema“ (E, Pos. 59). Herr Bauer habe „vielleicht zwei Klienten gehabt, die [er] an Frauen weitergegeben [hat]“ (B, Pos. 75) und fügt hinzu: „Und umgekehrt auch“ (B, Pos. 77). Herr Fischer und Herr Graf binden die Klienten aktiv in die Entscheidung mit ein, indem sie im Erstgespräch fragen, „ob sie wirklich bei einem Mann auch gut aufgehoben sind“ (G, Pos. 103). Frau Denk berichtet von Erfahrungen mit Patienten, die sich weigerten, mit einer Frau zu sprechen. In solchen Fällen würde sie eine Erklärung einfordern: „Das soll er mir genauer erklären. Das will ich dann schon wissen. Naja. Also so leicht kommen sie nicht davon“ (D, Pos. 75) und ergänzt, dass sie die Klienten nicht so leichtfertig an männliche Kollegen abgebe. Sollte die Therapie dennoch nicht funktionieren, betonen sowohl Frau Aigner als auch Frau Denk, dass sie die Behandlung abbrechen würden. Darüber hinaus betont Frau Denk die Bedeutung von Sicherheitsmaßnahmen, insbesondere für weibliche Therapeutinnen: Es sei entscheidend, „gerade als Frau“ (D, Pos. 31) klare Grenzen zu setzen und auf den eigenen Schutz zu achten.

5 Diskussion

Diese Studie untersucht die Herausforderungen, mit denen acht interviewte Psychotherapeut*innen bei der Behandlung von Gewaltstraftätern mit DPS konfrontiert sind, sowie die von ihnen eingesetzten Strategien zu deren Bewältigung.

Personen mit DPS sind in Gefängnissen deutlich häufiger anzutreffen als in der Allgemeinbevölkerung (Arbanas et al., 2019; Louw & Loots, 2011; Soni et al., 2021) und die Therapeut*innen zeigen oft eine pessimistische Haltung hinsichtlich der Erfolgsaussichten einer Behandlung (Endres & Suhling, 2023; Fiedler, 2018). Ziel dieser Arbeit ist es, diesen Pessimismus durch die gezielte Auseinandersetzung mit spezifischen Herausforderungen und entsprechenden Bewältigungsstrategien zu reduzieren. Der Hauptfokus liegt dabei auf drei zentralen Herausforderungen und den jeweils dazugehörigen Strategien: Beziehungsgestaltung (5.1), Aggressivität (5.2) und Therapiemotivation (5.3). Die Ergebnisse dieser qualitativen Untersuchung werden in den bestehenden wissenschaftlichen Diskurs eingebettet und sollen Psychotherapeut*innen dabei unterstützen, neue oder bisher unbekannte Strategien im therapeutischen Umgang mit Patienten mit DPS zu anzuwenden.

5.1 Beziehungsgestaltung

Die Ergebnisse dieser Arbeit wurden mit bestehenden Forschungsarbeiten verglichen. Dabei konnten viele Zusammenhänge gefunden werden, wodurch sich die vorliegende Studie in die Forschung einbetten lässt. Es konnten allerdings auch einige Unstimmigkeiten gefunden werden, die in den folgenden Abschnitten näher erläutert werden.

5.1.1 Herausforderungen

Personen mit einer DPS fällt es schwer, Beziehungen aufzubauen und diese zu halten (Dilling & Freyberger, 2019). Dies ist ein zentrales Problem, das bei Personen mit diesem Störungsbild oft im Vordergrund steht (Aerts et al., 2023; Rauchfleisch, 2020). Sechs von acht Befragten berichteten in der vorliegenden Studie ebenfalls von Schwierigkeiten beim Beziehungsaufbau, was mit den Erkenntnissen der aktuellen Forschung übereinstimmt (Aerts et al., 2023; Fiedler, 2018). Im Einklang mit den Untersuchungen von Aerts et al. (2023) gaben auch die Studienteilnehmer*innen an, dass es im Vergleich zu anderen Störungsbildern sehr lange dauert, um eine funktionierende therapeutische Beziehung zu etablieren, da viele Straftäter mit DPS ein tiefes Vertrauensproblem haben. Interessanterweise erzählten drei Interviewpartner*innen jedoch, keine Probleme bei der Beziehungsgestaltung zu erleben, was in der bestehenden Literatur bisher nicht gefunden werden konnte.

5.1.2 Strategien

Bisher gibt es nur wenige Studien, die sich explizit mit den Strategien befassen, um eine therapeutische Beziehung zu Gewaltstraftätern mit DPS aufzubauen und aufrechtzuerhalten. Die Forschungsarbeiten von Aerts et al. (2023) und Rauchfleisch (2017, zitiert nach von Nettelblatt, 2019) sind eine der ersten, die entscheidende Aspekte identifizieren, um eine therapeutische Beziehung zu ermöglichen. Es wird erwähnt, einerseits empathisch und authentisch aufzutreten, und andererseits Grenzen zu setzen und klar mit den Gefangenen zu kommunizieren. In der vorliegenden Studie waren das die Strategien, die am häufigsten genannt wurden, um eine Beziehungsgestaltung zu ermöglichen, was die Gültigkeit dieser Ansätze bestätigt. Habermeyer und Herpertz (2006) argumentieren, dass reguläre Behandlungen, die auf die Empathiefähigkeit abzielen, für Personen mit DPS als nicht geeignet erscheinen. Dies konnte durch diese Studie nicht bestätigt werden, da am häufigsten davon gesprochen wurde, Empathie als Strategie zu nutzen, um die Beziehung zu fördern und die Aggressivität (5.2) zu verringern.

Ein weiteres Ergebnis der vorliegenden Masterarbeit ist die Bedeutung eines positiven Zugangs zu den Patienten, der von fast allen Befragten betont wurde. Dies steht im Einklang mit Fiedler (2018) und Flaaten et al. (2024), die ebenfalls hervorheben, dass eine optimistische Haltung einen erheblichen Einfluss auf den Behandlungserfolg und somit die Beziehungsgestaltung hat. Wie bereits in vielen Forschungen beschrieben, wird in Justizanstalten nach dem RNR-Modell und dem GLM vorgegangen (Bonta & Andrews, 2007, Lutz et al., 2022). Nur eine Interviewpartnerin sprach davon, das RNR-Modell und das GLM anzuwenden, um die Beziehung zu fördern. Dies könnte daran liegen, dass diese Modelle für Straftäter*innen im Allgemeinen gelten, und nicht auf Personen mit DPS zugeschnitten sind (Lutz et al., 2022). Die meisten befragten Therapeut*innen erwähnten, ihr Vorwissen aus anderen Bereichen zu nutzen, wobei zwei Personen angaben, sich einiges durch den Suchtbereich angeeignet zu haben. Die hohe Komorbidität von Suchtproblematiken und DPS konnte auch in der Literatur gefunden werden, weswegen es naheliegt, sich Strategien von diesem Bereich anzueignen (Esbec & Echeburúa, 2010). Etwa die Hälfte der Psychotherapeut*innen informierte sich vor dem Erstgespräch über die Straftaten ihrer Patienten, um besser vorbereitet zu sein. Die andere Hälfte entschied sich bewusst dagegen, um unvoreingenommen in die therapeutische Beziehung zu gehen. Diese unterschiedlichen Herangehensweisen wurden sowohl bei der Beziehungsgestaltung als auch bei der Therapiemotivation (5.3) als Strategien genannt. Die Aktenanalyse wird in der Diagnostik häufig empfohlen, um die Rückfallwahrscheinlichkeit einschätzen zu können (Endres & Suhling, 2023; Schmidt & Hawliczek, 2023). Es konnte allerdings keine klare Handlungsempfehlung für Psychotherapeut*innen in der Literatur gefunden werden, was die unterschiedlichen Ansätze der Befragten erklärt. Zwei Therapeut*innen äußerten sich zudem kritisch über die mangelnde Ausbildung im Umgang mit DPS in

ihrer therapeutischen Ausbildung. Diese Kritik findet sich auch in der Literatur wieder (Fiedler, 2018; McGauley et al., 2011). Eine intensivere Auseinandersetzung mit diesem Störungsbild könnte dazu beitragen, den Therapieerfolg zu steigern, die Rückfallquote zu senken und neue Opfer zu vermeiden.

Die vorliegende Masterarbeit bestätigt, dass die therapeutische Beziehung eine der wichtigsten Faktoren für den Erfolg der Psychotherapie ist (Beutler et al., 2004; Fahlgren et al., 2020), da die Mehrheit der befragten Therapeut*innen die Beziehungsebene als zentralen Schlüssel zum Behandlungserfolg ansieht (siehe dazu Kapitel 4.2.2.6).

5.2 Aggressivität

5.2.1 Herausforderungen

Im Gegensatz zur bestehenden Literatur, die oft betont, dass Impulsivität und aggressives Verhalten bei der Therapie von Personen mit DPS eine große Herausforderung darstellen, äußerten überraschenderweise sieben der acht Studienteilnehmer*innen, dass sie kein Problem mit der aufkommenden Aggressivität der Patienten hätten (Azevedo et al., 2020; McGauley et al., 2011; Van Dam et al., 2022). Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass die Teilnehmer*innen speziell für den Umgang mit dieser Personengruppe geschult sind und dadurch eine gewisse Abhärtung entwickelt haben. Zu beachten ist, dass auch ein Selektionseffekt dafür mitverantwortlich sein kann: Proband*innen, die mit aggressivem Verhalten besser umgehen können, könnten sich eher dazu bereit erklären, an dem Interview teilzunehmen (siehe dazu Kapitel 5.5). Aus den Ergebnissen dieser Studie kann daraus geschlossen werden, dass sich die Therapeut*innen sicher in ihrer Arbeit fühlen, was sich wiederum positiv auf den Behandlungsprozess auswirkt (Fiedler, 2018). Ergänzend dazu berichteten drei Psychotherapeut*innen, ähnlich wie in den Studien von Shapiro (2024), Aggressivität werde sogar als wünschenswert angesehen, da die Patient*innen dadurch ihre Emotionen zum Ausdruck bringen und lernen können, diese besser zu kontrollieren. Diese Einschätzungen legen nahe, dass Aggressivität nicht zwangsläufig als ein Hindernis für die Therapie betrachtet wird, sondern als eine Möglichkeit, die den Straftäter*innen helfen kann, diese besser zu kontrollieren (Shapiro, 2024).

In der Studie von Ferrito und Moore (2017) wird beschrieben, dass Personen mit DPS unberechenbar sind und sich oft zwischen bedrohlich und verletzlich zeigen. In der vorliegenden Arbeit erwähnen sechs der acht Therapeut*innen eine potenzielle Gefährlichkeit der Straftäter, jedoch wurde die Unberechenbarkeit von keinem*r explizit angesprochen, weshalb dieser Aspekt nicht belegt werden konnte.

Das manipulative Verhalten von Inhaftierten mit DPS, das in vielen Studien als besonders herausfordernd beschrieben wird (Aerts et al., 2023; Black, 2017), wurde auch in der vorliegenden Studie am häufigsten in Verbindung mit Aggressivität genannt. Die Therapeut*innen berichteten von

Abwertungen und ständigen Versuchen, sich durchzusetzen, was sie als besonders herausfordernd empfanden.

5.2.2 Strategien

Laut Bothe und Ramb (2012) erfordert der Umgang mit Aggressivität ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Empathie und Konfrontation. Dies konnte auch in den Interviews festgestellt werden, da zwei Therapeut*innen angaben, ihre Stimme bei aufschaukelnder Aggressivität zu erheben, dieselben Therapeut*innen aber auch die Wichtigkeit der Empathie und des Verständnisses hervorheben. Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit den Beobachtungen von Aerts et al. (2023), die in ihrer qualitativen Studie ebenfalls diese Balance als wirksam beschrieben.

Ein weiterer befragter Therapeut erwähnte, dass er gezielt den richtigen Moment abwarte, um bei verbaler Aggressivität zu intervenieren. Dies wurde auch von Noyon und Heidenreich (2009) als Strategie genannt und bettet sich somit in die bestehende Literatur ein. Fast alle Studienteilnehmer*innen gaben an, die aufkommende Aggressivität zu thematisieren und wenn nötig, den Fokus zu wechseln. Das deckt sich mit vorangegangenen Forschungen (Noyon & Heidenreich, 2009).

Noyon und Heidenreich (2009) empfehlen zudem, bei der Arbeit mit aggressiven Patient*innen auf Sicherheitsvorkehrungen zu achten, wie Notfallpläne, eine sichere Umgebung und die räumliche Nähe von weiterem Personal. Diese Empfehlungen fanden auch in der vorliegenden Studie Bestätigung, da alle acht Interviewpartner*innen verschiedene Sicherheitsaspekte thematisierten. Allerdings widersprachen sich zwei Befragte selbst, indem sie im selben Interview angaben, keine Sicherheitsmaßnahmen zu ergreifen. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass die Proband*innen unbewusst auf Sicherheitsaspekte achten, diese aber nicht als solche empfinden. Die Annahme kann dennoch bestätigt werden, da sechs Psychotherapeut*innen Sicherheitsvorkehrungen explizit erwähnten und alle Strategien im Umgang mit Aggressivität formulierten.

Forschungen empfehlen zudem, bei starker Aggression die Therapie abubrechen und zu einem späteren Zeitpunkt fortzusetzen (Noyon & Heidenreich, 2009; Schmidt & Hawliczek, 2023). Diese Strategie wurde in der vorliegenden Arbeit von der Hälfte der befragten Therapeut*innen genannt. Es ist von Bedeutung, den Gefangenen Sicherheit zu vermitteln, auch wenn sie durch grenzüberschreitendes Verhalten einen Therapieabbruch verursachen. Es ist beispielsweise wichtig, ihnen mitzuteilen, dass die Therapie in der kommenden Woche fortgesetzt wird. So lernen sie trotz eines Fehlers nicht fallen gelassen zu werden, was zur Festigung der therapeutischen Beziehung beiträgt (Rauchfleisch, 2020). Auch mehrere der befragten Psychotherapeut*innen äußerten sich in ähnlicher Weise zu diesem Ansatz.

Nur ein Therapeut gab an, häufig Angst aufgrund der Aggressivität der Klienten zu empfinden, jedoch trotzdem die Therapie fortzusetzen. Diese Vorgehensweise steht im Widerspruch zu den Empfehlungen der Literatur, da Angst die Interventionsfähigkeit einschränken kann (Noyon & Heidenreich, 2009). Derselbe Therapeut betonte jedoch auch, dass er aggressives Verhalten im Allgemeinen als unproblematisch empfindet, weshalb dieses Ergebnis mit Vorsicht zu interpretieren ist.

5.3 Therapiemotivation

5.3.1 Herausforderungen

Flaaten et al. (2024) betonen, dass das ablehnende Verhalten der Inhaftierten eine der Hauptgründe für die pessimistische Einstellung der Behandler*innen darstellt. Dies konnte auch in den Interviews dieser Studie bestätigt werden, da alle acht Proband*innen berichteten, mit Widerstand und wenig intrinsischer Motivation von den Klienten konfrontiert zu sein. Besonders auffällig war, dass in dieser Kategorie die Hälfte der Psychotherapeut*innen von ihrer eigenen Frustration sprach, während dies in den Kategorien „4.2.1 Beziehungsgestaltung“ und „4.3.1 Aggressivität“ nicht vorkam. Die anderen beiden Hauptkategorien wurden von einigen Therapeut*innen sogar als unproblematisch deklariert, was bei dieser Kategorie nicht der Fall war. Deshalb scheint die Annahme, dass das ablehnende Verhalten und die fehlende Therapiemotivation die größten Probleme darstellen, als zutreffend. Aerts et al. (2023) und Black (2017) unterstrichen dies in ihren Studien. Wie bereits in bisherigen Forschungen beschrieben (BfArM, 2024; Black, 2017; Endres & Suhling, 2023) neigen Personen mit DPS dazu, andere zu manipulieren. Dies scheint sich auch auf die Unzuverlässigkeit der Straftäter auszuwirken, da die Mehrheit der Psychotherapeut*innen betonte, die Klienten sagen Termine nicht ab und erfinden Ausreden, um nicht erscheinen zu müssen. Aufgrund der mangelnden Therapiemotivation beginnt zudem die Therapie häufig mit Motivationsarbeit, bevor man die eigentliche Therapie starten kann (Briken & Tozdan, 2018).

Fast alle Befragten äußerten sich dazu, bei manchen Klienten nur eine eingeschränkte oder gar keine Therapiefähigkeit wahrzunehmen. Dadurch kann die Annahme getroffen werden, dass sich der Pessimismus der Therapeut*innen weiter verschärfen könnte. Zwei Personen wiesen zudem darauf hin, dass der Schweregrad der Störung eine entscheidende Rolle spiele. Diese Überlegung wird durch die jüngste Forschung gestützt, da das ICD-11 im Gegensatz zum ICD-10 zwischen leichter, mittlerer und schwerer DPS unterscheidet. In Zukunft soll dadurch eine präzisere Einschätzung der Straftäter*innen ermöglicht werden, was für den forensischen Bereich von Bedeutung sein wird (Hauser et al., 2021; Stieglitz & Freyberger, 2018). Die Forschung zeigt, dass die Therapiemotivation von Insass*innen mit steigendem Leidensdruck zunimmt (Noppel et al., 2018). Allerdings leiden viele Personen mit DPS laut vergangenen Untersuchungen nicht unter ihrer Diagnose, sondern lediglich

unter der Inhaftierung. Das Strafdelikt wird oftmals stark bagatellisiert (Endres & Suhling, 2023; Habermeyer & Herpertz, 2006; Noppel et al., 2018), was die Therapie erheblich erschwert. Diese Beobachtung konnte auch von zwei Therapeut*innen in den Interviews geteilt werden.

5.3.2 Strategien

Im Einklang mit den Studien von Black (2017) und Rauchfleisch (2020) wurde von fast allen Psychotherapeut*innen die Wichtigkeit, auf Grenzen und Regeln zu achten, erwähnt. Aktive Mitwirkung an der Therapie, regelmäßige Teilnahme und keine Absagen werden hier als zentral beschrieben. Ein zentrales Anliegen ist es, herauszufinden, inwiefern die Inhaftierten tatsächlich leiden, um daraus das Therapieziel abzuleiten (Noyon & Heidenreich, 2009). Die vorliegende Studie stützt die bestehende Forschung, da der Fokus aufs Therapieziel (4.4.2.1) am häufigsten als Strategie genannt wurde, um gegen fehlende Motivation vorzugehen. Fünf Therapeut*innen nannten Flexibilität in der Sitzung als Schlüsselstrategie, um die Motivation zu fördern und sich an die jeweilige Situation der Klienten anzupassen. Das RNR-Modell und das GLM greifen diese Aspekte auf und empfehlen einen individuellen Behandlungsplan (Bonta & Andrews, 2007; Lutz et al., 2022; Ward & Stewart, 2003). Obwohl nur zwei Proband*innen explizit diese Modelle erwähnten, lassen sich viele der genannten Strategien in den Modellen wiederfinden. Rauchfleisch (2020) hebt die Notwendigkeit einer erhöhten Aktivität der Behandelnden hervor, um die Patient*innen zum Sprechen zu animieren. Dies wird auch von drei Befragten als Strategie eingesetzt und bettet sich somit in die bestehende Literatur ein.

Im Zusammenhang mit der Studie von Aerts et al. (2023) gaben fünf Befragte an, über die Therapie in verschiedenster Form zu reflektieren. Supervision, Intervision, Gespräche mit Kolleg*innen, werden hierbei als förderliche Strategien genannt. Briken und Tozdan (2018) unterstreichen dies ebenso und begründen, dass es aufgrund des manipulativen Verhaltens (siehe Kapitel 5.2 Aggressivität) zu einer verzerrten Wahrnehmung der Therapeut*innen kommen kann. Aus diesem Grund sei es besonders wichtig, regelmäßig über die Patient*innen zu reflektieren und Supervision in Anspruch zu nehmen, um einer solchen Verzerrung entgegenzuwirken.

5.4 Allgemeines

Systembedingte Einschränkungen wurden in der vorliegenden Studie von fünf der befragten Therapeut*innen als zusätzliche Herausforderung hervorgehoben. Hierbei werden insbesondere Personalmangel und finanzielle Engpässe als zentrale Probleme genannt, was auch in der Forschung häufig thematisiert wird (Endres & Suhling, 2023; Noppel et al., 2018). Eine Therapeutin erwähnte, dass für bestimmte Patient*innen eine Einzeltherapie deutlich sinnvoller wäre. Allerdings sind diese im Vergleich zu Gruppentherapien wesentlich teurer, weswegen sie nicht umsetzbar sind (Orlob, 2023).

Hier wäre es sinnvoll, in die Rückfallprophylaxe zu investieren, um neue Opfer zu vermeiden und Weiterbildungsmöglichkeiten für Psychotherapeut*innen anzubieten, die sich auf dieses Störungsbild fokussieren.

Lediglich ein Teilnehmer gab an, nicht immer Zugang zu den Akten der Straftäter zu haben. Schmidt und Hawliczek (2023) weisen darauf hin, dass die Akten im deutschen Strafvollzug grundsätzlich immer zur Verfügung stehen sollten. Äquivalente Daten zum österreichischen Strafvollzug konnten diesbezüglich in der vorliegenden Forschung nicht gefunden werden. Da die restlichen Interviewpartner*innen hierzu keine Angaben machten, lässt sich darüber keine nähere Aussage treffen.

5.5 Limitationen und Ausblick

Die vorliegende Masterarbeit ermöglicht wertvolle Einblicke in die Arbeit mit Gewaltstraftätern, die eine DPS haben. Es werden zahlreiche Herausforderungen sowie Strategien zu deren Bewältigung thematisiert und in die bestehende Literatur eingebettet. Dennoch gibt es einige Limitationen, die berücksichtigt werden müssen. Diese qualitative Arbeit befragt lediglich acht Therapeut*innen verschiedener Therapieschulen, weswegen die Ergebnisse nicht auf die Gesamtheit übertragen werden können. Eine mögliche Stichprobenverzerrung ist ebenfalls zu berücksichtigen, da Proband*innen mit positiverer Einstellung möglicherweise eher dazu bereit sind, an einem Interview teilzunehmen, als Psychotherapeut*innen mit einer negativen Einstellung.

Zudem lag der Fokus der Studie auf den drei Kategorien Beziehungsgestaltung, Therapiemotivation und Aggressivität. Das führte dazu, dass Herausforderungen, wie die Übertragung und Gegenübertragung, nicht näher beschrieben wurden, obwohl diese ebenfalls eine Rolle in der Therapie spielen (Rauchfleisch, 2020). Zwei Interviewpartner*innen äußerten sich dazu, jedoch wurde dieses Thema nicht weiter vertieft.

Zukünftige Forschungsarbeiten können sich gezielt auf solche spezifischen Herausforderungen konzentrieren und dadurch noch tiefere Einblicke in einzelne Aspekte in der therapeutischen Arbeit liefern. Angesichts der uneinheitlichen Studienlage zu Rückfallquoten wäre es zudem ratsam, diese genauer zu analysieren, um so einen optimalen Behandlungsplan zu erstellen, der auf Personen mit diesem Störungsbild zugeschnitten ist. Wie bereits in dieser Arbeit angemerkt, wäre es sinnvoll, mehr Fortbildungen für Psychotherapeut*innen anzubieten, die in diesem Setting arbeiten. Dadurch könnte man der Unsicherheit und dem Pessimismus entgegenwirken, was wiederum die Motivation der Therapeut*innen stärken würde. Diese gesteigerte Motivation würde sich positiv auf die Therapeut*in-Patient-Beziehung auswirken und somit den Behandlungserfolg begünstigen.

6 Fazit

In dieser Arbeit konnten wertvolle Erkenntnisse darüber gewonnen werden, wie Psychotherapeut*innen in spezifischen Situationen innerhalb der Therapieeinheit agieren und welche Strategien sie zur Bewältigung dieser entwickeln. Es zeigt sich, dass viele Therapeut*innen die Aggressivität der Patienten als weniger problematisch empfinden und einige dieses Verhalten sogar als positiv oder wünschenswert ansehen. Die Therapiemotivation der Patienten wurde von den Proband*innen als die größte Herausforderung beschrieben, was die Annahme stützt, dass die Arbeit mit dieser Personengruppe besonders schwierig ist. Die Balance zwischen Empathie-Zeigen und Grenzen-Setzen stellte sich als anspruchsvoll, aber zentral für den Aufbau einer stabilen therapeutischen Beziehung, heraus. Solch eine Beziehung ist wichtig, um in weiterer Folge durch die positive Einstellung der Psychotherapeut*innen einen guten Behandlungserfolg zu ermöglichen, um so dem therapeutischen Pessimismus entgegenzuwirken.

Zwar gibt es einige Studien, die Ansätze und Strategien im Umgang mit Personen mit DPS bieten, jedoch mangelt es noch an klaren, standardisierten Behandlungsempfehlungen. Weitere Forschung ist notwendig, um diese Lücke zu schließen und Psychotherapeut*innen zu motivieren, mit dieser Patientengruppe zu arbeiten.

7 Literaturverzeichnis

- Aerts, J. E. M., Rijckmans, M. J. N., Bogaerts, S., & van Dam, A. (2023). Establishing an optimal working relationship with patients with an antisocial personality disorder: Aspects and processes in the therapeutic alliance. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 96(4), 999–1014. <https://doi.org/10.1111/papt.12492>
- Alpert, J. E., & Spillmann, M. K. (1997). *Psychotherapeutic approaches to aggressive and violent patients*. *Psychiatric Clinics of North America*, 20(2), 453–472. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70322-1](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70322-1)
- American Psychiatric Association. (Hrsg.). (2018). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen – DSM-5®* (Deutsche Ausgabe, herausgegeben von P. Falkai und H.-U. Wittchen, 2., korrigierte Auflage). Hogrefe. <https://doi.org/10.1026/02803-000>
- Arbanas, G., Marinović, P., Buzina, N., & Goreta, M. (2019). Sex offenders in Croatia: Fifteen years later. *Medicina Academica Mostariensia*, 7(1-2), 104–108.
- Azevedo, J., Vieira-Coelho, M., Castelo-Branco, M., Coelho, R., & Figueiredo-Braga, M. (2020). Impulsive and premeditated aggression in male offenders with antisocial personality disorder. *PLoS ONE*, 15(3), e0229876. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229876>
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S., & Wong, E. (2004). Therapist variables. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (5. Aufl., S. 227–306). Wiley.
- Black, D. W. (2017). The treatment of antisocial personality disorder. *Personality Disorders*, 4(3), 295–302. <https://doi.org/10.1007/s40501-017-0123-z>
- Bonta, J., & Andrews, D. A. (2007). Risk-need-responsivity model for offender assessment and rehabilitation. *Rehabilitation*, 6, 1–22.
- Bonta, J., & Andrews, D. A. (2017). *The psychology of criminal conduct* (6th ed.). Routledge, Taylor & Francis Group.
- Bothe, C., & Ramb, C. (2012). Aggressionen in der Gegenübertragung. *PTT - Persönlichkeitsstörungen*, 16(4), 268–274.
- Briken, P., & Tozdan, S. (2018). Psychopathie, antisoziale Persönlichkeitsstörung und Sexualdelinquenz. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 12(3), 199–206. <https://doi.org/10.1007/s11757-018-0482-3>

- Brunner, F., Neumann, I., Yoon, D., Rettenberger, M., Stück, E., & Briken, P. (2019). Determinants of dropout from correctional offender treatment. *Frontiers in Psychiatry*, 10(142). <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00142>
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). (2024). *ICD-11 in Deutsch – Entwurfsfassung: ICD-11 Mortalitäts- und Morbiditätsstatistiken (MMS)* (Version: 2024-01). https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html
- Dilling, H., & Freyberger, H. J. (2019). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen* (9. Ausg.). Hogrefe AG.
- Dudeck, M. K. (2009). Die Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Gefängnisinsassen mit Kurzzeitstrafe. *Psychiatrische Praxis*. <https://doi.org/10.1055/s-0028-1090217>
- Endres, J. (2014). Determinanten der Behandlungsteilnahme und des Behandlungsabbruchs bei inhaftierten Sexualstraftätern. *Forum Strafvollzug*, 63(4), 237–243.
- Endres, J., & Suhling, S. (Hrsg.). (2023). *Behandlung im Strafvollzug: Ein Handbuch für Praxis und Wissenschaft*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-36046-7>
- Esbec, E., & Echeburúa, E. (2010). Violence and personality disorders: Clinical and forensic implications. *Actas Españolas de Psiquiatria*, 38(5), 249–261.
- Fahlgren, M. K., Berman, M. E., & McCloskey, M. S. (2020). The role of therapeutic alliance in therapy for adults with problematic aggression and associated disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 27(6), 858–886. <https://doi.org/10.1002/cpp.2475>
- Fazel, S., & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet*, 359(9306), 545–550. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(02\)07740-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(02)07740-1)
- Ferrito, M., & Moore, E. (2017). An exploratory study on the issues and challenges clinicians encounter in the application of cognitive behavioural therapy with mentally disordered offender patients. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 10(19), 1–17. <https://doi.org/10.1017/S1754470X17000150>
- Fiedler, P. (2018). Multimodale Psychotherapie der dissozialen Persönlichkeitsstörung: Aktuelle Konzepte in der Straftäterbehandlung. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 12, 229–237. Springer-Verlag. <https://doi.org/10.1007/s11757-018-0475-2>
- Flaaten, E., Langfeldt, M., & Morken, K. T. E. (2024). Antisocial personality disorder and therapeutic pessimism – how can mentalization-based treatment contribute to an increased therapeutic

- optimism among health professionals? *Frontiers in Psychology*, 15, Article 1320405. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1320405>
- Fortune, C.-A., & Heffernan, R. (2021). Strengths and weaknesses of the psychology of criminal conduct: Implications for the conceptualisation, assessment and treatment of antisocial personality pattern. *Behavioral Sciences & the Law*, 39(6), 678–693. <https://doi.org/10.1002/bsl.2545>
- Gibbon, S., Khalifa, N. R., Cheung, N. H. Y., Völlm, B. A., & McCarthy, L. (2020). Psychological interventions for antisocial personality disorder (Review). *Cochrane-Database of Systematic Reviews*, (9), Art. Nr.: CD007668. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007668.pub3>
- Habermeyer, E., & Herpertz, S. C. (2006). Dissoziale Persönlichkeitsstörung. *Der Nervenarzt*, 77(5), 605–617. Springer Medizin Verlag. <https://doi.org/10.1007/s00115-006-2081-3>
- Hauser, N. C., Herpertz, S. C., & Habermeyer, E. (2021). Das überarbeitete Konzept der Persönlichkeitsstörungen nach ICD-11: Neuerungen und mögliche Konsequenzen für die forensisch-psychiatrische Tätigkeit. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 15(1), 30–38. <https://doi.org/10.1007/s11757-020-00648-3>
- Köhler, D., Hinrichs, G., & Baving, L. (2008). Therapiemotivation, psychische Belastung und Persönlichkeit bei Inhaftierten des Jugendvollzuges. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 37(1), 24–35. <https://doi.org/10.1026/1616-3443.37.1.24>
- Kornadt, H.-J. (2011). *Aggression: Die Rolle der Erziehung in Europa und Ostasien*. VS Verlag für Sozialwissenschaften. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-93006-0>
- Kuckartz, U., & Rädiker, S. (2024). *Fokussierte Interviewanalyse mit MAXQDA - Schritt für Schritt* (2. Ausg.). Springer VS Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-40212-9>
- Louw, D., & Loots, S. (2011). Antisocial personalities: Measuring prevalence among offenders in South Africa. *SA Crime Quarterly*, 36, 19–28. <https://doi.org/10.17159/2413-3108/2011/v0i36a864>
- Lutz, M., Zani, D., Fritz, M., Dudeck, M., & Franke, I. (2022). A review and comparative analysis of the risk-needs-responsivity, good lives, and recovery models in forensic psychiatric treatment. *Frontiers in Psychiatry*, 13, Artikel 988905. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.988905>
- Marshall, W. L., Marshall, L. E., Serran, G. A., & O'Brien, M. D. (2009). Self-esteem, shame, cognitive distortions and empathy in sexual offenders: Their integration and treatment implications. *Psychology, Crime & Law*, 15(2–3), 217–234. <https://doi.org/10.1080/10683160802190947>

- McGauley, G., Yakeley, J., Williams, A., & Bateman, A. (2011). Attachment, mentalization and antisocial personality disorder: The possible contribution of mentalization-based treatment. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 13(4), 371–383. <https://doi.org/10.1080/13642537.2011.629118>
- Meyermann, A., & Porzelt, M. (2014). *Hinweise zur Anonymisierung qualitativer Daten*. DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation. <https://doi.org/10.25656/01:21968>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2010). *Antisocial personality disorder: The nice guideline on treatment, management and prevention* [NICE guideline Nr. 77]. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg77/evidence/full-guideline-242104429>
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98–102. <https://doi.org/10.1037/a0022161>
- Noppel, N., Herrmann, P. G., Feil, M. G., & Hörz-Sagstetter, S. (2018). Persönlichkeit und Therapiemotivation von Sexualstraftätern mit kindlichen Opfern. *Zeitschrift Für Psychosomatische Medizin Und Psychotherapie*, 64(4), 350–364.
- Noyon, A., & Heidenreich, T. (2009). *Schwierige Situationen in Therapie und Beratung: 24 Probleme und Lösungsvorschläge* (1. Aufl.). Beltz.
- OpenAI. (2023). *ChatGPT (GPT-4)* [Large language model]. <https://chat.openai.com/>
- Orlob, S. (2023). Versorgung von psychisch erkrankten Menschen im Strafvollzug. *DNP - Der Neurologe & Psychiater*, 24(4), 42–47. <https://doi.org/10.1007/s15202-023-5628-2>
- Parhar, K. K., Wormith, J., Derksen, D. M., & Beauregard, A. M. (2008). Offender coercion in treatment: A meta-analysis of effectiveness. *Criminal Justice and Behavior*, 35(9), 1109–1135. <https://doi.org/10.1177/0093854808320169>
- Rauchfleisch, U. (2020). *Psychodynamik und Psychotherapie dissozialer Störungen* (1. Aufl.). Vandenhoeck & Ruprecht. <https://doi.org/10.13109/9783666406973>
- Rechtsinformationssystem des Bundes. (2024, 24. April). Von <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10002296> abgerufen.
- Ross, T., Pfäfflin, F., & Fontao, M. I. (2009). Persönlichkeitsstörungen im Straf- und Maßregelvollzug: Ausgewählte Ergebnisse der Grundlagen- und Behandlungsforschung. *Schweizer Zeitschrift für Psychiatrie & Neurologie*, 9(4), 9–14.

- Schmidt, S., & Hawliczek, S. S. (2023). *Diagnostik im Strafvollzug: Eine praxisorientierte Einführung* (Bd. 7). Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-27425-2>
- Schreiber, M. (2020). *Die antisoziale Persönlichkeitsstörung: Gesellschaftliche Wahrnehmung und kriminalpolitische Funktion*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-29620-9>
- Shapiro, E. L. (2024). Aggression in psychodynamic psychotherapy and supervision: Becoming a more effective therapist. *Psychodynamic Psychiatry*, 52(1), 96–113. <https://doi.org/10.1521/pdps.2024.52.1.96>
- Soni, A., Sengupta, S., & Treasaden, I. (2021). Establishing prevalence of diagnosis of personality disorder across high secure forensic services using the ICD-10 and ICD-11 classification. *BJPsych Open*, 7(1), 291. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.773>
- Stieglitz, R. D., & Freyberger, H. J. (2018). Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen in ICD-10/-11 und DSM-5. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 66(2), 71–83. <https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000343>
- Trint. (2023, 12. Dezember). *Trint: The AI-powered transcription service*. <https://trint.com/>. Abgerufen am 31. August 2024.
- van Dam, A., Rijckmans, M., & van den Bosch, L. (2022). Explaining the willingness of clinicians to work with patients with antisocial personality disorder using the theory of planned behaviour and emotional reactions. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(2), 676–686. <https://doi.org/10.1002/cpp.2661>
- VERBI Software. (2024). *MAXQDA*. [Computersoftware] <https://www.maxqda.com/de/>
- von Nettelblatt, F. (2019). Antisoziale Persönlichkeitsstörung. *Psychotherapeut*, 64, 241–258. Springer Medizin Verlag GmbH. <https://doi.org/10.1007/s00278-019-0357-x>
- Ward, T., & Stewart, C. A. (2003). *The treatment of sex offenders: Risk management and good lives*. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(4), 353–360. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.34.4.353>
- Wilson, H. A. (2014). Can antisocial personality disorder be treated? A meta-analysis examining the effectiveness of treatment in reducing recidivism for individuals diagnosed with ASPD. *International Journal of Forensic Mental Health*, 13(1), 36–46. <https://doi.org/10.1080/14999013.2014.890682>

Yu, R., Geddes, J. R., & Fazel, S. (2012). Personality disorders, violence, and antisocial behavior: A systematic review and meta-regression analysis. *Journal of Personality Disorders*, 26(5), 775–792. <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.5.775>

8 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 <i>Kategorien Häufigste Gewaltstraftaten</i>	15
Abbildung 2 <i>Kategorien Beziehungsgestaltung</i>	16
Abbildung 3 <i>Kategorien Aggressivität</i>	21
Abbildung 4 <i>Kategorien Therapiemotivation</i>	25
Abbildung 5 <i>Kategorien Allgemeines</i>	31

Anhang A: Zusammenfassung

Einleitung: Die dissoziale Persönlichkeitsstörung (DPS) betrifft etwa 0,2 bis 3,3% der Allgemeinbevölkerung, wobei in Gefängnissen die Zahlen mit ungefähr 40 bis 70% deutlich höher liegen. Dieses Störungsbild kann bei Psychotherapeut*innen Pessimismus bezüglich der Behandelbarkeit auslösen. Aus diesem Grund beschäftigt sich die vorliegende Arbeit mit den Herausforderungen, denen Therapeut*innen bei der Behandlung von Gewaltstraftätern mit DPS begegnen und den Strategien, die zur Bewältigung dieser genutzt werden. Der Fokus liegt dabei auf der Beziehungsgestaltung, Therapiemotivation und Aggressivität.

Methodik: Mittels eines halbstrukturierten Interviewleitfadens wurden acht Psychotherapeut*innen aus Österreich interviewt, die Straftäter mit diesem Störungsbild behandeln. Ausgewertet und analysiert wurden die Interviews nach der fokussierten Interviewanalyse von Kuckartz und Rädiker (2024) mithilfe der Analysesoftware MAXQDA.

Ergebnisse und Diskussion: Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, dass die mangelnde Therapiemotivation als die größte Herausforderung gesehen wird. Das unterstützt die Annahme, dass die Arbeit mit dieser Zielgruppe besonders anspruchsvoll ist. Strategien, wie der Fokus auf das Therapieziel sowie klare Kommunikation und Grenzsetzung, werden hier am häufigsten eingesetzt. Im Gegensatz zu bisherigen Studien wird die Aggressivität als weniger problematisch eingeschätzt. Die Herausforderungen betreffen eher manipulative Verhaltensweisen, die vorwiegend mit direkter Intervention und dem Achten auf Sicherheitsmaßnahmen bewältigt wurden. Im Einklang mit der Forschung stellt sich der Beziehungsaufbau und die Instabilität der therapeutischen Beziehung als besonders herausfordernd heraus. Zentral ist dabei die Balance zwischen empathischer Haltung und klarer Grenzsetzung. Es gilt, eine gute Beziehung zu schaffen und in weiterer Folge, durch die positive Einstellung der Psychotherapeut*innen, einen guten Behandlungserfolg zu ermöglichen. Diese positive Haltung ist entscheidend, um dem therapeutischen Pessimismus wirksam entgegenzuwirken.

Anhang B: Abstract

Introduction: Dissocial personality disorder (DPS) affects approximately 0.2 to 3.3% of the general population, with significantly higher rates of around 40 to 70% in prisons. This disorder can lead to pessimism among psychotherapists regarding its treatability. For this reason, the present study focuses on the challenges that therapists encounter when treating offenders with DPS, and the strategies they use to cope with these challenges. The focus is on relationship design, therapy motivation, and aggression.

Method: Eight psychotherapists from Austria who treat offenders with this disorder were interviewed using a semi-structured interview. The interviews were evaluated and analyzed according to the focused interview analysis of Kuckartz and Rädiker (2024) using the MAXQDA analysis software.

Results and discussion: The findings of this study show that the lack of motivation for therapy is seen as the greatest challenge. This supports the assumption that working with this target group is particularly demanding. Strategies such as focusing on the therapy goal as well as clear communication and setting boundaries are most frequently used here. In contrast to previous studies, aggression is perceived as less problematic. Challenges instead relate more to manipulative behaviors, which were primarily managed through direct intervention and attention to safety measures. Consistent with existing research, building a therapeutic relationship and managing the instability within it emerge as particularly challenging. The balance between an empathic attitude and setting clear boundaries is central to this. Establishing a good relationship and subsequently enabling successful treatment through the positive attitude of the psychotherapists is essential. This positive attitude is crucial for effectively counteracting therapeutic pessimism.

Anhang C: Interviewleitfaden

Einleitung

Guten Tag, vielen Dank, dass Sie sich bereit erklärt haben, an diesem Interview teilzunehmen. Bevor wir anfangen, ist es für Sie, wie bereits besprochen, in Ordnung, dass das Interview aufgenommen wird?

Mein Name ist Bettina Asimus und ich schreibe gerade meine Masterarbeit in Psychologie an der Universität Wien. Meine Masterarbeit widmet sich den Herausforderungen, die Psychotherapeut*innen in der Behandlung von männlichen Gewaltstraftätern erleben, die eine dissozialen Persönlichkeitsstörung haben. Mit Gewaltstraftäter meine ich Personen, die strafbare Handlungen gegen Leib und Leben, gegen die Freiheit und gegen die sexuelle Integrität und Selbstbestimmung, begangen haben. Delikte wie die Zugehörigkeit zu kriminellen Organisationen oder Diebstahl zählen somit nicht dazu. Mich interessiert besonders die Handhabung von Schwierigkeiten in der Behandlung und Ihren Umgang mit solchen Situationen. Also anders formuliert: Welche Strategien Sie persönlich nutzen, um mit solchen Herausforderungen umzugehen. Gerne würde ich Ihnen als Expert*in auf diesem Gebiet einige vorbereitete Fragen stellen. Sie können jederzeit Ergänzungen machen oder andere Gedanken, Gefühle oder Bedürfnisse zu der Thematik mit mir teilen.

Das Interview wird anonym transkribiert und es wird lediglich genannt, dass ich mit einer*m Psychotherapeut*in mit einem einschlägigen Arbeitsschwerpunkt oder einer spezifischen Ausbildung gesprochen habe. Es können somit keine Rückschlüsse mehr auf Sie gezogen werden. Des Weiteren werden die Daten nicht an Dritte weitergegeben und ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke genutzt. Das Interview wird, wie bereits besprochen, zirka eine Stunde Ihrer Zeit in Anspruch nehmen.

Haben Sie noch Fragen? Wenn Sie bereit sind, würde ich dann gerne mit meinen vorbereiteten Fragen starten!

Thema 1: persönlicher Werdegang / Arbeitsbereich

Zu Beginn würde ich gerne kurz etwas über Ihren beruflichen Werdegang erfahren.

- 1) Können Sie mir einen kurzen Einblick in Ihre jetzige Tätigkeit und Ihren Arbeitsbereich geben? Wie sind Sie zu dem Beruf der*des Psychotherapeut*in gekommen?

Mögliche Nachfragen:

- Können Sie mir etwas über Ihren Schwerpunkt erzählen?
- Welche Zusatzausbildungen haben Sie? Warum haben Sie diese gewählt?

Denken Sie bitte bei den folgenden Fragen immer an Gewaltstraftäter, die an einer dissozialen/ antisozialen Persönlichkeitsstörung – also die Kombination von Gewalt und dissozialer Persönlichkeitsstörung – leiden.

- 2) Welche Art von Gewaltstraftaten beobachten Sie in Ihrer Arbeit als Psychotherapeut*in bei Ihren Klienten, die an einer dissozialen Persönlichkeitsstörung leiden, am häufigsten?

Mögliche Nachfragen:

- Können Sie mir die 3 häufigsten Gewaltstraftaten in Ihrem Alltag aufzählen?

Thema 2: Herausforderungen mit dissozialer Persönlichkeitsstörung allgemein

- 3) Was müssen Sie in der Therapie beachten, wenn ein Gewaltstraftäter zusätzlich unter einer DPS leidet?

Mögliche Nachfragen:

- Haben Sie das Gefühl, dass eine DPS die Behandlung erschwert/unmöglich macht?
- Welches Gefühl kommt in Ihnen hoch, wenn Sie wissen, dass ein Klient eine DPS hat?

- 4) In der Literatur liest man teilweise, dass Personen mit dieser Diagnose schwer bzw. nicht behandelbar sind. Wie ist Ihre Einschätzung dazu?

Mögliche Nachfragen:

- Was ist das Therapieziel?

- 5) Wie gehen Sie mit Klienten um, die dieses Störungsbild aufweisen?

Mögliche Nachfragen:

- Berücksichtigen Sie das Störungsbild in Ihrer Behandlung? Wenn ja, inwiefern?
- Welche Strategien wenden Sie an? (evtl. aus der Ausbildung / Literatur bekannte Strategien)

Thema 3: Herausforderungen in der Beziehungsgestaltung

- 6) Gibt es Herausforderungen in der Behandlung, die sich durch die Beziehungsgestaltung ergeben? Wenn ja, wie beeinflusst das die Therapie?

Mögliche Nachfragen:

- Was kann in der Beziehungsarbeit mit Gewaltstraftäter herausfordernd sein?
- Ist es für Sie schwierig eine Beziehung zu Gewaltstraftätern mit DPS aufzubauen? Wie gehen Sie damit um?
- Denken Sie, dass die Diagnose den Beziehungsaufbau beeinflusst? Wenn ja, inwiefern?

- 7) Wie gehen Sie mit dieser Herausforderung um?

Mögliche Nachfragen:

- Wie gelingt es Ihnen eine therapeutische Beziehung zu jemanden aufzubauen, der eine schwere Straftat begangen hat?
- Wie können Sie sich gut abgrenzen?
- Welche Strategien wenden Sie an? (evtl. aus der Ausbildung / Literatur bekannte Strategien)

- *Wie gehen Sie mit Personen um, die laut Diagnose Schwierigkeiten haben, gesunde Beziehungen aufzubauen?*

8) Denken Sie, dass Ihr Geschlecht die Behandlung beeinflusst? Wenn ja, inwiefern?

Mögliche Nachfragen:

- *Glauben Sie, dass Sie aufgrund Ihres Geschlechts einen Vor- oder einen Nachteil in der Beziehungsgestaltung haben?*

Thema 4: Herausforderungen mit Therapiemotivation

9) Wie wirkt sich die Therapiemotivation seitens der Klienten auf Ihre Behandlung aus?

Mögliche Nachfragen:

- *Sind die Klienten bei Ihnen freiwillig in Therapie oder gibt es einen Auftraggeber von außen? (z. B. Justiz)*

10) Wie gehen Sie mit Klienten um, die keine Motivation für die Therapie haben?

Mögliche Nachfragen:

- *Welche Strategien wenden Sie an? (evtl. aus der Ausbildung / Literatur bekannte Strategien)*
- *Wie gehen Sie mit Personen um, die nicht intrinsisch motiviert sind, etwas verändern zu wollen?*

Thema 5: Herausforderungen mit aggressivem oder bedrohlichem Verhalten

Personen mit einer DPS können dazu neigen, eine niedrige Schwelle für aggressives, gewalttätiges Verhalten zu haben.

11) Gibt es einen Einfluss von aggressivem oder bedrohlichem Verhalten seitens der Gewaltstraftäter in der Behandlung, und wenn ja, inwiefern beeinflusst das die Therapie?

Mögliche Nachfragen:

- *Welche Probleme ergeben sich durch die Herausforderung mit aggressivem Verhalten?*
- *Inwiefern spielt Ihre Toleranz gegenüber der Aggressivität seitens des Gewaltstraftäters eine Rolle in der Behandlung?*

12) Wie gehen Sie mit dieser Herausforderung um?

Mögliche Nachfragen:

- *Welche Strategien wenden Sie an?*
- *Haben Sie einen Notfallplan, sollte ihr Klient aggressiv oder bedrohlich werden?*

- *Müssen Sie spezielle Richtlinien in der Therapie beachten, wenn die Person gewalttätig wird?*

13) Was ist für Sie in der Therapie am herausforderndsten?

14) Wie gehen Sie damit um?

Abschluss

Vielen Dank für das Beantworten der Fragen. Von meiner Seite aus gibt es inhaltlich keine mehr.

15) Gibt es für Sie noch etwas, das Sie gerne ergänzen würden bzw. haben Sie das Gefühl, dass etwas offengeblieben ist? Haben Sie noch Fragen oder Anmerkungen?

Zum Abschluss würde ich noch gerne einige wichtige soziodemographische Daten aufnehmen.

- Wie alt sind Sie?
- Wie lang sind Sie schon als Psychotherapeut*in tätig?
- Wie lange arbeiten Sie schon in diesem Bereich?