



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

**„Personenzentrierte Psychotherapie im Zwangskontext-
Möglichkeiten und Grenzen“**

Verfasserin

Joana Hofstadler

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. Phil.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 297

Studienrichtung lt. Studienblatt: Pädagogik

Betreuer: Ao. Univ.- Prof. Dr. phil. Robert Hutterer

EHRENWÖRTLICHE ERKLÄRUNG

Ich versichere hiermit,

... dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe, und

... dass ich die Diplomarbeit bisher weder im Inland noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

Wien, _____

Datum

Hofstadler Joana

Danksagung

Ich möchte mich herzlich bei meinem Ao. Univ.-Prof. Dr. Robert Hutterer bedanken für die Betreuung meiner Diplomarbeit. Durch ihn wurde mir in seinen Seminaren auf interessante Art und Weise der personenzentrierte Ansatz nähergebracht, welcher meine Ansichten stark bereichert hat und mich auf meinem beruflichen Weg begleiten wird.

Mein Dank gilt den personenzentrierten PsychotherapeutInnen, die sich trotz ihres hohen Arbeitspensums für meine Interviews zur Verfügung gestellt haben und ohne die meine Diplomarbeit nicht möglich gewesen wäre.

Ebenso möchte ich mich bei meinen Studienkolleginnen Laya und Sophie bedanken, die mich immer wieder unterstützt und motiviert haben. Bedanken möchte ich mich auch bei meinen Freunden, die mich in dieser Zeit begleitet und mir geholfen haben. Mein Dank gilt meinem Freund Christian, der mich auf vielen verschiedenen Ebenen unterstützt hat und mir dadurch geholfen hat, diese Arbeit abzuschließen.

Besonderer Dank gilt meinen Eltern, die mich finanziell und emotional unterstützt haben und mir dadurch eine universitäre Ausbildung ermöglicht haben und die mich auf meinem Lebensweg stets liebevoll begleiten.

Abstract

Diese Diplomarbeit untersucht im Rahmen der personenzentrierten Psychotherapie die Grenzen und Möglichkeiten dieses Ansatzes im Zwangskontext.

Im theoretischen Teil erfolgt eine Darstellung der allgemeinen psychotherapeutischen Vorgehensweise im Zwangskontext beziehungsweise der besonderen Anforderungen, die dieses spezielle Setting begleiten. Darüber hinaus werden die Grundlagen des personenzentrierten Ansatzes nach Rogers umrissen, die Umsetzung der personenzentrierten Beziehungsvariablen im Zwangskontext erörtert und die Vor- und Nachteile dieses Ansatzes dargelegt.

Im zweiten Teil der Arbeit wird zunächst die methodische Vorgehensweise dargestellt und darauf aufbauend werden die Ergebnisse von acht ExpertInneninterviews erläutert.

Das letzte Kapitel dieser Arbeit bildet eine Zusammenfassung der theoretisch und empirisch gewonnenen Erkenntnisse.

This diploma thesis examines the strengths and limitations of Person-centered Psychotherapy in the context of mandated treatment. The first section sheds light on general psychotherapeutic approaches and positions applied in the work with clients coerced into therapy as well as the specific conditions and challenges accompanying this setting. Furthermore, the theory and underlying principles of Person-centered Psychotherapy according to its founder Carl R. Rogers will be outlined, and it will be explained how the person-centered relationship variables are being implemented in mandated treatment and which challenges person-centered psychotherapists might face here. The second section first presents the methodological procedure chosen to gather empirical data and then proceeds to interpret and evaluate the outcome of eight expert-interviews. Finally, the last chapter summarizes the theoretical and empirical information gathered in the previous sections.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1. Entwicklung der Problem - und Fragestellung	1
1.2. Aufbau der Arbeit	3
1.3. Definition des Begriffes Zwangskontext	4
2. Struktur und Rahmenbedingungen im Zwangskontext	7
2.1. Haftanstalten	7
2.2. Maßnahmenvollzug	9
2.3. Verschwiegenheit im Zwangskontext	11
3. Psychotherapie im Zwangskontext	18
3.1. „Der Zwang zum Guten“	18
3.1.1. Die Indikationskriterien Therapiebedürftigkeit, Therapiefähigkeit und Therapiemotivation	20
3.2. Aufgabenbereiche der Therapeutenperson im Gefängnis und dem Maßnahmenvollzug	22
3.3. Herausforderungen und Hindernisse der Psychotherapie im Zwangskontext	22
3.3.1. Zwang	23
3.3.2. Therapieziele	25
3.3.3. Behandlungsvereinbarungen	26
3.3.4. Beziehung	26
3.3.5. Kooperation	28
3.3.6. Transparenz und Rollenklärung	29
3.3.7. Ängste und negative Gefühle	31
3.3.8. Gewalt	32
3.3.9. Widerstand	33
3.3.10. Machtmissbrauch	34
3.3.11. Täuschung	34
3.3.12. Misstrauen, Kontrolle und Sanktionen	35
3.4. Anforderungen an die Therapeutenperson	37
3.4.1. Direktives Steuern und Strukturieren	37
3.4.2. Grenzen setzen	38
3.4.3. Selbstverständnis	38
3.5. Auswirkungen des Zwangsaspektes auf die Klientenperson	39
3.5.1. Reaktanz	39
3.5.2. Therapiemotivation	41
3.6. Therapeutische Vorgehensweise	45
3.6.1. Integrierte Psychotherapie und schulenspezifisches Vorgehen	48
3.6.2. Empirische Perspektive	49
3.6.3. Verhaltenstherapie im Zwangskontext	50
3.6.4. Psychoanalytisch orientierte Vorgehensweise	52

4. Die Personenzentrierte Psychotherapie nach Rogers	55
4.1. Begriffserläuterungen im Personenzentrierten Ansatz	55
4.1.1. Aktualisierungstendenz	55
4.1.2. Selbstkonzept	56
4.1.3. Erleben	56
4.1.4. Inkongruenz	56
4.1.5. Kongruenz	56
4.2. Die sechs notwendigen und hinreichenden Bedingungen	57
4.3. Die Personenzentrierte Haltung	57
4.3.1. Einführendes Verstehen/Empathie	58
4.3.2. Wertschätzung/Bedingungsfreies Akzeptieren	59
4.3.3. Echtheit/Kongruenz	59
4.4. Der therapeutische Prozess	60
5. Personenzentrierte Psychotherapie im Zwangskontext	63
5.1. Therapeutische Beziehung	63
5.1.1. Empathie im Zwangskontext	65
5.1.2. Wertschätzung im Zwangskontext	66
5.1.3. Kongruenz im Zwangskontext	67
5.2. Die Aktualisierungstendenz	68
5.3. Rahmenbedingungen	70
5.4. Therapiemotivation	71
5.5. Ziele	74
5.6. Verantwortung	75
5.7. Deliktbearbeitung	75
5.8. Rückfallprävention	76
5.9. Adaption des Ansatzes	78
5.10. Die Personenzentrierte Vorgehensweise im Zwangskontext: ein Beispiel aus der Praxis	80
6. Empirischer Teil	82
6.1. Methodische Vorgehensweise	82
6.2. Rahmenbedingungen	83
6.2.1. Schriftliche Vereinbarungen	90
6.3. Verschwiegenheit	91
6.4. Therapiemotivation	96
6.5. Deliktbearbeitung	101
6.6. Rückfälligkeit	103
6.7. Therapieziele	104
6.8. Personenzentrierte Vorgehensweise	106
6.9. Strategien zum Umgang mit Gewalt	116
6.10. Grenzen und Therapieabbruch	118

6.11. Supervision	122
6.12. Direktivität und Konfrontation	123
6.13. Adaption des Ansatzes	125
7. Resümee	128
Anhang	138
Literaturverzeichnis	138
Lebenslauf	147
ExpertInneninterviews.....	149
Hauptziele der Forschung	149
Anforderungsprofil	149
Interviewleitfaden	150

1. Einleitung

Die Personenzentrierte Psychotherapie kommt in vielen verschiedenen Bereichen zur Anwendung, unter anderem auch in Haftanstalten und der Psychiatrie. In der freien Praxis ist die Wirksamkeit des personenzentrierten Ansatzes mit seiner Umsetzung der Beziehungsvariablen, den Bedingungen der therapeutischen Beziehung und seinem Vertrauen in die Aktualisierungstendenz bereits eingehend beschrieben und belegt worden. Dies trifft für die Arbeit im Zwangskontext allerdings nicht zu, sondern hier zeichnet sich noch einiger Forschungsbedarf ab.

Im Zwangskontext sieht sich psychotherapeutische Arbeit mit Menschen konfrontiert, die nicht unbedingt freiwillig eine Therapeutenperson aufgesucht haben.

Der Aspekt der Freiwilligkeit gilt allgemein als eine der zentralen, ja selbstverständlichen Voraussetzungen jeder Therapie, insbesondere der Psychotherapie. Dementsprechend lösen Begriffe wie „Zwang“ oder „Druck“ in Verbindung mit Therapie häufig Assoziationen an Gehirnwäsche und andere Zwangsmaßnahmen totalitärer Staaten aus.. (Egg, 1993, S. 26)

Deshalb wird Psychotherapie, die von außen auferlegt wurde, prinzipiell sehr kritisch betrachtet.

In dieser Arbeit soll nun herausgearbeitet werden, was genau der Begriff Zwangskontext an sich und in Bezug auf Psychotherapie bedeutet und in welchem Spannungsfeld hier agiert wird. Seine Bereiche sind tatsächlich sehr unterschiedlich und Elemente von Zwang können in verschiedener Form einfließen. Das kann beispielsweise eine Weisung zur Drogentherapie sein, oder eine Psychotherapie, die MitarbeiterInnen von Vorgesetzten bei Androhung von Arbeitsplatzverlust quasi auferlegt wird, das kann Kinder betreffen, die von ihren Eltern zur Psychotherapie geschickt werden etc. Die Liste ist lang und die Ausprägungen des Zwangs sind sehr unterschiedlich. Um den Rahmen dieser Arbeit nicht zu sprengen, werden sich die Erörterungen hauptsächlich auf die Psychotherapie in Haftanstalten und dem Maßnahmenvollzug beschränken.

1.1. Entwicklung der Problem- und Fragestellung

Durch meine Arbeit als ehrenamtliche Bewährungshelferin bin ich immer wieder mit der Frage konfrontiert, wie es möglich ist, Menschen, die straffällig geworden sind, zu unterstützen wieder ein eigenständiges Leben innerhalb der gesetzlichen Rahmenbedingungen zu führen. Zu Beginn der Betreuung kommen sie meist aufgrund der gerichtliche Weisung und nicht weil sie sich Unterstützung wünschen. Die Motivation und der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung spielen hier eine große Rolle. Die Vorgehensweise unterscheidet sich stark von der Arbeit mit Menschen die aus eigenem

Antrieb heraus um Unterstützung ansuchen, da bei unfreiwilligen KlientInnen eben oftmals zuerst die Motivations- und Vertrauensbasis geschaffen werden muss, um überhaupt konstruktiv miteinander arbeiten zu können. Gerade inhaftierte Menschen oder Menschen im Maßnahmenvollzug erleben viel Zwang und Fremdbestimmung. Andere Menschen bestimmen über ihr tägliches Leben und sind die ExpertenInnen über ihre Belange – auch im therapeutischen Setting. Gerade der personenzentrierte Ansatz bietet hier eine Möglichkeit, die Variablen Wertschätzung, Akzeptanz und Empathie in diesen Bereich einzubringen, was den KlientInnen ermöglichen kann, sich in einer vertrauensvollen Atmosphäre auf das therapeutische Geschehen einzulassen und sich dabei als autonom erleben zu können, als den therapeutischen Prozess steuernd und mitgestaltend.

Diese Diplomarbeit wird sich vor allem damit auseinandersetzen, wie erfolgreich personenzentrierte Vorgehensweisen bei der Behandlung von Klientenpersonen im Zwangskontext nun tatsächlich sein können, und insbesondere auch mit der Frage, ob der Ansatz in diesem Kontext adaptiert werden muss. Weitere Themen dabei sind, wie die personenzentrierte Psychotherapie mit den Bedingungen des Zwangskontextes umgeht, welche Vorteile sie gegenüber anderen psychotherapeutischen Richtungen bietet, und was die speziellen Herausforderungen sind.

Es gibt personenzentrierte PsychotherapeutInnen, die in Haftanstalten tätig sind, jedoch gibt es kaum Publikationen zu diesem Thema. In der Literatur ist der Einsatz von Therapierichtungen wie der Verhaltenstherapie oder der Psychoanalyse viel besser dokumentiert, wobei die meisten AutorInnen sich für einen multimodalen Ansatz aussprechen.

Ansonsten lassen sich in der Fachliteratur nur vereinzelt Artikel oder Textpassagen finden, die sich mit personenzentrierter Psychotherapie in Haftanstalten oder dem Maßnahmenvollzug auseinandersetzen. Der personenzentrierte Ansatz findet also in der Fachliteratur kaum Beachtung oder wird von einigen AutorInnen lediglich dahingehend erwähnt, dass sie ihn als nicht geeignet für die Psychotherapie im Zwangskontext ansehen. Lösel (1996) ist der Meinung, dass psychotherapeutische Vorgehensweisen, die ausschließlich auf Einsicht oder nur auf die Beziehungsarbeit setzen und dabei den problemlösenden und resozialisierenden Ansatz vernachlässigen, in der Arbeit mit unfreiwilligen Klientenpersonen wenig Aussicht auf Erfolg haben. (S. 264).

Die Personenzentrierte Psychotherapie wird jedoch im Kontext des Maßnahmenvollzugs und der Arbeit mit Straffälligen auf der praktischen Ebene durchaus angewandt und im empirischen Teil dieser Arbeit wird der Versuch unternommen, durch Experteninterviews die Stärken und Vorteile dieses spezifischen Ansatzes herauszufiltern, etwaige Adaptionen und Grenzen zu analysieren und zu erkennen, wie das therapeutische Geschehen den Anforderungen und Auswirkungen im Zwangskontext angepasst werden kann bzw. muss. Anhand der Interviews werden Qualitätskriterien

entwickelt, die den Ansatz im Zwangskontext fruchtbar machen.

Im Bereich der Sozialarbeit haben sich schon viele AutorInnen mit dem Zwangsaspekt, seinen Auswirkungen und den daraus resultierenden Konsequenzen für die Praxis auseinandergesetzt. Diese theoretische, wissenschaftliche Arbeit ist im Bereich der personenzentrierten Psychotherapie noch unzureichend entwickelt. Diese wäre aber wichtig, um wissenschaftlich belegen zu können, welchen Beitrag die personenzentrierte Psychotherapie in diesem Bereich leisten kann und welche Weiterentwicklungen vielleicht angezeigt sind.

Die erfolgreiche Resozialisierung von StraftäterInnen ist ein wichtiger Faktor für die betroffenen Individuen, aber auch für die Gesellschaft und ihren Schutz. Das wirft die fundamentale Frage auf, ob PsychotherapeutInnen nur ihren KlientInnen verpflichtet sind oder auch der Gesellschaft und ob und inwiefern sie deren Schutzbedürfnis daher Rechnung tragen müssen.

1.2. Aufbau der Arbeit

Im theoretischen Teil dieser Arbeit wird die Fachliteratur zum Thema aufgearbeitet, wobei zunächst natürlich der Begriff Zwangskontext definiert wird und die Rahmenbedingungen, die ihn begleiten. Anschließend wird im zweiten Kapitel auf die Gegebenheiten im Maßnahmenvollzug und im Gefängnis in Österreich überblicksmäßig eingegangen, um eine Vorstellung zu vermitteln, welche äußeren Umstände in diesem Kontext auf die Psychotherapie einwirken. Das dritte Kapitel schafft zunächst einen generellen Überblick über einzelne Faktoren, Herausforderungen und Überlegungen, denen sich jegliche psychotherapeutische Arbeit im Zwangskontext zu stellen hat, widmet sich der Rolle und dem Aufgabenbereich der Therapeutenperson darin und beleuchtet mögliche Adaptionen, die dieses spezielle Setting von der freien Praxis unterscheiden. Es werden weiters die Auswirkungen des Zwangskontextes sowohl auf die Therapeutenperson als auch die Klientenpersonen herausgearbeitet. Dieses Kapitel endet mit einer kurzen exemplarischen Darstellung der Handlungsweisen der gängigsten Psychotherapierichtungen in Gefängnis und dem Maßnahmenvollzug. Im vierten Kapitel wird die personenzentrierte Psychotherapie nach Rogers mit ihren Grundannahmen und Bedingungen dargestellt. Es wird auf die Relevanz der Beziehungsvariablen Empathie, Wertschätzung und Kongruenz im Zwangskontext eingegangen, sowie auf die Stärken und Herausforderungen des personenzentrierten Ansatzes in diesem speziellen Setting. Um diese ganz konkret zu erforschen, werden im zweiten, dem empirischen Teil dieser Arbeit personenzentrierte PsychotherapeutInnen über Erfahrungen mit ihrer Arbeit im Gefängnis, mit Menschen im Maßnahmenvollzug oder die eine gerichtliche Weisung zur Therapie haben, interviewt. Zu Beginn des Kapitels werden Methode und Vorgehensweise erläutert und im Folgenden schließlich die Auswertungen der ExpertInneninterviews

dargestellt.

Das abschließende Resümee wird die theoretisch und empirisch gewonnenen Erkenntnisse zusammenfassen und zu einer Beantwortung der Forschungsfrage verdichten.

1.3. Definition des Begriffs Zwangskontext

In dieser Arbeit wird der Begriff Zwangskontext jenem der sogenannten Freiwilligkeit gegenübergestellt und erörtert, wie die personenzentrierte psychotherapeutische Praxis mit den besonderen Rahmenbedingungen und Auswirkung des ersteren umgeht. Dieses Kapitel wendet sich also zunächst einer Definition der beiden Begriffe zu, die die Grundlage der weiteren Ausführungen bilden wird.

Üblicherweise wird Freiwilligkeit als Grundvoraussetzung für das Gelingen einer Zusammenarbeit zwischen Therapeuten- und Klientenperson angesehen. Sie besteht darin, dass eine Klientenperson aus freien Stücken und eigener Motivation eine Therapeutenperson aufsucht und mit dieser gemeinsam und einvernehmlich Art, Ablauf, Rahmen, Dauer, Ziel und Bezahlung der therapeutischen Arbeit festlegt. Weder in Aussicht gestellte positive Anreize noch angedrohte negative Konsequenzen außerhalb der Therapie beeinflussen die Entscheidung der Klientenperson. (Egg, 1993, S. 26) Diese gemeinhin als selbstverständlich vorausgesetzte Freiwilligkeit ist in der Praxis tatsächlich seltener der Fall, als es auf den ersten Blick scheint.

Der Unterschied zwischen Freiwilligkeit und Zwang liegt laut Rotthaus (1998) darin, dass Therapiemotivierte ihr Problem erkennen und die Verantwortung dafür übernehmen, während bei den Zwangsbeglückten die Verantwortung für eine Veränderung des problematischen Verhaltens von einer außenstehenden Instanz übernommen wird. (S. 273) Wagner und Werdenich (1998) weisen darüber hinaus darauf hin, dass psychosoziale Interventionen tatsächlich sehr oft sekundärmotiviert sind, sei es durch Druck innerhalb des Familien- bzw. Beziehungssystems, durch sozialen oder ökonomischen Leistungsdruck oder auch durch strafrechtliche Auflagen. Ihrer Definition nach kann im erweiterten Sinn bereits dann von Zwangskontext gesprochen werden, wenn Menschen aus dem privaten oder beruflichen Umfeld der betroffenen Person eine psychotherapeutische Begleitung nahelegen oder diese einfordern. (S. 37–38) Bei dieser Definition wird allerdings weder darauf eingegangen, in welcher Form und wie vehement Druck von außen ausgeübt wird, noch wie die innere Bereitschaft der Klientenperson zu psychotherapeutischer Begleitung beschaffen ist. Etwas spezifischer fällt die Unterscheidung bei Kähler (2005) aus, der drei Arten der Kontaktaufnahme zur Psychotherapie benennt:

1. Selbstinitiierte Kontaktaufnahme: Die Klientenperson beginnt die Psychotherapie aus eigenem

Antrieb.

2. Kontaktaufnahme durch Einflüsse des informellen oder formellen Netzwerks: Oftmals wird eine Psychotherapie auf Anraten von FreundInnen oder BeziehungspartnerInnen begonnen. Diese Einflussnahme reicht von einer leichten Unterstützung, die richtige Therapeutenperson zu finden, bis hin zur Androhung von Trennung, Scheidung oder Einschalten des Jugendamtes. Innerhalb des formellen Netzwerkes kann eine ähnliche Beeinflussung bzw. Motivation durch Vorgesetzte, HausärztInnen, LehrerInnen oder das Jugendamt erfolgen.

3. Kontaktaufnahme durch gesetzliche Vorgaben. (S. 18–37)

In der vorliegenden Arbeit wird der Begriff Zwangskontext im Sinne des dritten Punktes der Einteilung nach Kähler (2005) verwendet. In Anlehnung an die Definition von Kähler (2005) sowie Wagner und Werdenich (1998) wird in dieser Arbeit also von Zwangskontext gesprochen, wenn eine Klientenperson die gerichtliche Auflage zur Psychotherapie hat, oder eine Psychotherapie beginnt, da sie sich davon günstigere Haftbedingungen oder eine Entlassung aus der Strafanstalt oder dem Maßnahmenvollzug erhofft. Die ausschlaggebende Motivation zur Psychotherapie liegt somit nicht in der Klientenperson selbst begründet (intrinsisch), sondern in den äußeren Umständen (extrinsisch). Über eine abseits des Zwangskontextes vorhandene innere Bereitschaft oder Motivation der Klientenperson zur Therapie wird bei dieser Definition allerdings noch nichts ausgesagt. (S.18-37; 37-38)

Mergenthaler und Pfäfflin (1998) merken dazu an:

Der Sprachgebrauch der Zwangstherapie bedient sadistische Rachegefühle und läßt an alte psychiatrische Traditionen, zum Beispiel an die Fesselung durch Zwangsjacken, denken. Man kann erwarten, daß die kreativen, für die Heilung erforderlichen Kräfte auf seiten des Patienten, die es zu wecken gilt, dadurch eher gelähmt werden. Auch die kreativen Fähigkeiten der Therapeuten dürften unter diesem Vorzeichen kaum beflügelt werden, denn der Fokus liegt auf der Kontrolle des Verhaltens der Patienten, nicht auf der Förderung deren kreativen und konstruktiven Fähigkeiten. (S. 223)

Mergenthaler und Pfäfflin (1998) unterscheiden allerdings auch deutlich zwischen einer Zwangstherapie und jenen gerichtlichen Auflagen, die zur Erweiterung des Handlungsspielraumes dienen. Denn oft sind es erst diese Auflagen, die StraftäterInnen zu einer sinnvollen Psychotherapie bewegen. (S. 223–224; Schmidt & Schwarze, 2008, S. 1479) Da diese Ausführungen nachvollziehbar sind, wird in dieser Arbeit auch nicht von „Zwangstherapie“ gesprochen, sondern von „Psychotherapie im Zwangskontext“. Dennoch ist der Begriff Zwang hier bewusst noch enthalten, da nicht verschleiert oder verharmlost werden soll, dass die Psychotherapie in diesem Kontext mit Elementen von Zwang konfrontiert ist und sich mit diesen auseinandersetzen muss. Die Frage, ob es überhaupt möglich ist, im Zwangskontext sinnvolle psychotherapeutische Arbeit zu leisten – was vielfach in Abrede gestellt wird

- soll im nächsten Kapitel erörtert werden. Zunächst soll die strukturelle Grundlage ausgeleuchtet werden, auf welcher Psychotherapie im Zwangskontext heute stattfindet.

2. Struktur und Rahmenbedingungen im Zwangskontext

2.1. Haftanstalten

PsychotherapeutInnen finden im Zwangskontext eine spezielle Ausgangssituation vor. Besonders innerhalb des Strafvollzugs findet Psychotherapie unter Bedingungen und innerhalb einer Struktur statt, die sich vom klassischen therapeutischen Setting in vielen Punkten fundamental unterscheiden. Diese sollen in diesem Kapitel genauer beleuchtet werden.

Schon allein der Einsatz psychotherapeutischer Maßnahmen bei StraftäterInnen wird – sowohl innerhalb der Institutionen als auch innergesellschaftlich – kritisch beurteilt. Es wird einerseits die Wirksamkeit generell in Frage gestellt, andererseits wird das Element der Bestrafung als primär und eine persönliche Entwicklung/seelische Gesundung der Gefangenen als bestenfalls sekundär betrachtet. Dementsprechend bestimmt auch nicht die Behandlungsbedürftigkeit die Dauer der psychotherapeutischen Begleitung, sondern das Strafausmaß. (Behnke & Endres, 2008, S. 108) Auch die Frage, welche therapeutische Methode bei den InsassInnen angewendet wird, hängt oftmals weniger vom Bedürfnis der betroffenen Person ab, als davon, welche PsychotherapeutInnen in der Haftanstalt zur Verfügung stehen. Die organisatorische Struktur und die Rahmenbedingungen sind in vielerlei Hinsicht ausschlaggebend und in den verschiedenen Anstalten äußerst inhomogen. Als Beispiel sei etwa die Sonderanstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher in Münchendorf genannt, die ihren InsassInnen eine Einrichtung zur Verfügung stellt, wo selbst gekocht werden kann, die ihnen die Benützung von Wohnräumen und Garten erlaubt sowie eventuell eine Einzelbelegung genehmigt – Umstände, die in vielen anderen Haftanstalten undenkbar wären. (Warte, 1998, S. 116)

Während im klassischen therapeutischen Setting der intrinsische Veränderungswunsch der Klientenperson zumindest ein Mit-Auslöser für eine Kontaktaufnahme ist, so ist es im Zwangskontext die Institution, die eine Veränderung von der betroffenen Person erwartet. (Behnke & Endres, 2008, S. 108) Tatsächlich verspüren die InsassInnen oft selbst wenig Veränderungsmotivation und keinen bewussten Leidensdruck, sondern hegen vielfach sogar Misstrauen gegenüber der Psychotherapeutenperson, was eventuell noch zusätzlich durch subkulturelle Haltekräfte verstärkt wird. Gleichzeitig wird ein Therapieerfolg aber von verschiedenen Seiten erwartet oder geradezu eingefordert: Von den Dienstgebern der in Haftanstalten tätigen PsychotherapeutInnen (oftmals öffentlich-rechtliche Einrichtungen, die die InsassInnen zum Schutze der Gesellschaft verwahren), vonseiten der Gesellschaft selbst (Resozialisierung) und auch vonseiten der Strafgefangenen (z. B.

frühere Entlassung). (Soyer, 1998, S. 58)

Neben diesen schwierigen Grundvoraussetzungen kommt ein Umfeld hinzu, in welchem dem Grundbedürfnis des Menschen nach Bindung und Liebe sowie nach Freiheit und Autonomie nicht mehr Rechnung getragen wird. Unter anderem sind die InsassInnen ihrer Selbstbestimmung, persönlichen Sicherheit (vor anderen Gefangenen), heterosexuellen Beziehungen und materiellen Güter beraubt. (Sykes, 2007, Kap. 3) Frustration und ein vermindertes Selbstwertgefühl sind die Folge und damit einhergehend eine notwendige Solidarisierung mit den MitinsassInnen. (Hosser, 2008, S. 173) Ein mächtiges Abwehrsystem wird aufseiten der Gefangenen – aber auch bei den Bediensteten – aktiviert. In diesem Zusammenhang kann man verschiedene Phänomene, die im Strafvollzug häufig angetroffen werden, besser verstehen:

- Gefangene distanzieren sich.
- Die Hierarchien sind starr.
- Die Fixierung an Rituale und Normen lässt dem Individuum kaum Spielraum zur eigenen Gestaltung.
- Gefühle werden unterdrückt und verheimlicht, emotionale Problemen können nicht geteilt werden.
- Jeder Veränderung wird geschickt massiver Widerstand entgegengesetzt.
- Die Handlungen sind nicht ergebnisorientiert, sondern werden mit formaler Verantwortung untermauert – während diese Verantwortung tatsächlich aber stets weitergeschoben wird und die Einzelperson so unangreifbar bleibt.

Einem Therapieerfolg stehen noch einige weitere Hindernisse im Weg: Die ca. 40–80 psychotherapeutischen Sitzungen etwa, die den RechtsbrecherInnen genehmigt werden, können etwa bei schweren Persönlichkeitsstörungen nur als eine sehr kurze Behandlungsdauer bezeichnet werden. (Hartmann, 2005, S. 6) Eventuell herrschende Uneinigkeiten innerhalb des TherapeutInenteams über die Herangehensweise an die Behandlung können überdies eine konstruktive Zusammenarbeit erschweren. In Haftanstalten werden nämlich üblicherweise die PsychotherapeutInnen nicht speziell nach der praktizierten Methode ausgewählt und die verschiedenen aufeinander treffenden Ansätze und Behandlungskompetenzen können einander dann entweder bereichern oder sogar kontraproduktiv wirken. (Parfy & Wagner, 1998, S. 361–362)

Im institutionellen Kontext stehen einander auch zwei Berufsgruppen gegenüber – PsychotherapeutInnen und VollzugsbeamtenInnen –, deren Aufgaben und Ziele sowie das eigene Verständnis des Berufes sich fundamental voneinander unterscheiden. Nur wenn in diesem Bereich für Kommunikation und Austausch gesorgt wird, wenn die eine Seite in die Aufgaben der anderen Seite inkludiert wird, ist ein konstruktives gemeinsames Vorgehen möglich. (Wagner, 1998, S. 193)

Ein weiteres Spannungsfeld finden wir natürlich zwischen den InsassInnen und den Angestellten vor. Oftmals herrscht hier ein Klima von „Wir gegen sie“ und die InsassInnen machen es sich zum Ziel, die Vorschriften der feindlichen Obrigkeit trickreich zu umgehen. Von länger inhaftierten Menschen werden die sogenannten „Knastregeln“ – wie z. B. „Nichts gehört, nichts gesehen und nichts gesagt“ – so sehr verinnerlicht, dass sie mangels Gelegenheiten, sich außerhalb dieses rigiden Systems zu bewähren, einem persönlichen Fortschritt im psychotherapeutischen Sinne im Wege stehen. Näf (2009) unterstreicht diesbezüglich die Sinnhaftigkeit davon, sozial erwünschte Verhaltensweisen innerhalb einer Gruppentherapie in der Haftanstalt zu üben und diese beim Freigang erproben zu können. (S. 137)

Diese Erörterungen belegen, dass Psychotherapie im Kontext von Haftanstalten mit einer Reihe von Herausforderungen konfrontiert ist, denen Rechnung getragen werden muss.

2.2. Maßnahmenvollzug

Wie sich der Umgang mit Menschen im Maßnahmenvollzug in den letzten Jahrzehnten gewandelt hat und welchen Erwartungen und Rahmenbedingungen die Arbeit im Maßnahmenvollzug unterliegt, wird an dieser Stelle erörtert.

Die Unterbringung in einer Anstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher soll die Untergebrachten davon abhalten, unter dem Einfluß ihrer geistigen oder seelischen Abartigkeit mit Strafe bedrohte Handlungen zu begehen. Die Unterbringung soll den Zustand der Untergebrachten soweit bessern, daß von ihnen die Begehung mit Strafe bedrohter Handlungen nicht mehr zu erwarten ist, und den Untergebrachten zu einer rechtschaffenen und den Erfordernissen des Gemeinschaftslebens angepassten Lebenseinstellung verhelfen. (Gutierrez, 1998, S. 144)

Vor 1975 wurden nicht zurechnungsfähige StraftäterInnen ohne zusätzliche Kontrolle in die geschlossene Abteilung der Psychiatrie eingewiesen. (Gföllner, 2007, S. 30) Durch die Reformbewegungen der 60er und 70er Jahre ging man dazu über, psychisch kranke RechtsbrecherInnen, wenn sie schwere Delikte begangen hatten, in speziellen Einrichtungen, also dem Maßnahmenvollzug, zu behandeln. (Neider, 2006, S. 71-72) Das österreichische Strafgesetzbuch sieht seit 1975 den Maßnahmenvollzug für geistig abnorme Rechtsbrecher, entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher und gefährliche Rückfallstäter vor. (Gföllner, 2007, S. 34) In Österreich gibt es nur in Göllersdorf eine entsprechende Spezialanstalt, die die Unterbringung von geistig abnormen RechtsbrechernInnen übernimmt. Diese wurde erst zehn Jahre nach Zustandekommen des Maßnahmenvollzugsgesetzes offiziell eröffnet. (Berner & Bolterauer, 1998, S. 153) Ansonsten gibt es einzelne Abteilungen in Justizanstalten, Landeskrankenhäuser oder Landesnervenkliniken in denen psychisch beeinträchtigte Menschen untergebracht sind. (Gföllner, 2007, S. 44) In Wien gibt es z.B. die

Anstalt Mittersteig, die die Behandlung schwieriger Strafgefangener übernimmt, in Stockerau befindet sich eine Außenstelle und mittlerweile haben sich eine Reihe sozialpsychologischer Modellprojekte und Nachsorgeambulanzen entwickelt. (Berner & Bolterauer, 1998, S. 155)

Die Dauer der Anhaltung im Maßnahmenvollzug ist unbefristet, da es nicht um das Absitzen einer Strafe geht, sondern um eine Gefährlichkeitsreduktion zum Schutze der Gesellschaft. (Gföllner, 2007, S. 32) Das Ende der Maßnahme erfolgt erst in Verbindung mit einer günstigen Täterprognose. Da diese Prognosen sehr unpräzise sind, ist es für die InsassInnen kaum möglich einzuschätzen, wie lange sie im Maßnahmenvollzug bleiben müssen. Im Gegensatz zur Klientel in Haftanstalten wird im Maßregelvollzug mit KlientInnen gearbeitet, die erst „therapiefähig gemacht“ werden müssen. Ein Großteil von ihnen kann nicht rein durch einsichtsorientierte therapeutische Verfahren behandelt werden, da oftmals nur sehr eingeschränkte kognitive Fähigkeiten vorhanden sind. (Müller-Isberner, 1998, S. 204) Laut Müller-Isberner (1998) geht es zuerst darum, die psychiatrischen Symptome zu behandeln, damit es dann in späterer Folge möglich ist, eine Kriminaltherapie zu beginnen, deren Ziel es ist, die Gefährlichkeit zu reduzieren. (S. 204)

Die Einrichtungen des Maßnahmenvollzugs sind dazu verpflichtet, Sicherungsaufgaben und Besserungen im Sinne des § 164 Abs. 1 vorzunehmen. Es wird eine forensische Psychiatrie angeboten, gestaltet nach den anerkannten Methoden aus Psychiatrie, Psychologie und Pädagogik. (Gutierrez, 1998, S. 146; Wenko, 1998, S. 169) Alle InsassInnen haben das Recht auf Behandlung. Psychotherapie ist dabei nicht als Methode vorgeschrieben, sondern nur eine Möglichkeit. Die Gestaltung des Maßnahmenvollzugs in puncto Rahmenbedingungen – Vollzugsalltag, Anstaltsstruktur, bauliche Richtlinien, Größe der Einrichtung, Personalbedarf, Umsetzung therapeutischer Konzepte, Fort- und Weiterbildung der TherapeutInnen und ihre Position innerhalb der Anstalt – ist nicht per Gesetz geregelt. In der Institution Maßregelvollzug werden nur MitarbeiterInnen mit den Quellenberufen Psychiatrie, Psychologie und Sozialarbeit eingestellt, was bedeutet, dass zwar Psychotherapie stattfindet, aber offiziell keine PsychotherapeutInnen eingestellt werden. (Gutierrez, 1998, S. 146, 150)

Die Qualität der Behandlung hat sich in den letzten Jahren zwar verbessert, dennoch gibt es noch immer keine empirisch belegten Behandlungsstrategien und Organisationsmodelle. Es scheint so, als entschieden die Vorlieben der jeweiligen Institutionsleitung über die Therapieverfahren und nicht die Erkenntnisse darüber, welche Methode adäquat wäre. (Müller-Isberner, 1998, S. 197) Hinzu kommt, dass im Maßregelvollzug eine überaus breitgefächerte Palette an Störungen bzw. Krankheitsbildern (Schizophrenie, Sadismus, geistige Behinderungen etc.) vorzufinden ist, die sehr unterschiedliche Herangehensweisen und auch Lebensräume innerhalb einer Institution erfordern können. (Müller-

Isberner, 1993, S. 28-30).

Seit den 1970er Jahren steht in unserer Rechtsprechung der Resozialisierungsgedanke im Vordergrund. International wird heute eine Behandlung von Delinquenten für sinnvoll erachtet, die psychotherapeutische Elemente und ein gestuftes Behandlungsprogramm enthält, das individuell auf die Klientenperson abgestimmt wird. Im Maßnahmenvollzug liegt die Entscheidungsgewalt bei der Anstaltsleitung. Wenn die verantwortliche Person mit beiden Zielen, also Sicherung und Resozialisierung, gleichermaßen identifiziert ist, kann die Institution sinnvoll und zielführend organisiert werden. Im Maßnahmenvollzug hat sich eine angepasste Form von Psychotherapie entwickelt, die auf die jahrelange Inhaftierung eingeht, auf die Ungewissheit bezüglich des Entlassungszeitpunktes und auf die Anforderungen vonseiten der Anstalt und der Gerichte. ÄrztInnen und PsychologInnen nehmen neben ihren psychotherapeutischen Aufgaben oft auch bewusst oder unbewusst Ordnungsaufgaben wahr, die eigentlich dem therapeutischen Prozess entgegenwirken, und sind auch direkt oder indirekt in Vollzugslockerungsentscheidungen eingebunden. (Gutierrez, 1998, S. 146, 149)

2.3. Verschwiegenheit im Zwangskontext

Wie verhält es sich innerhalb dieser äußerst differenzierten und komplexen Rahmenbedingungen nun mit der jeder psychotherapeutischen Arbeit gesetzlich auferlegten Verschwiegenheitspflicht? Dass sie im speziellen Setting des Zwangskontextes ins Spannungsfeld verschiedener Interessen gerät und wie damit konkret umgegangen wird, soll in diesem Abschnitt dargelegt werden.

PsychotherapeutInnen unterliegen gegenüber allen Dritten (auch Institutionen) sowohl während als auch nach einer Psychotherapie einer gesetzlichen Verschwiegenheitspflicht, festgehalten im § 15 des Österreichischen Psychotherapiegesetzes. Diese bezieht sich auf alle Informationen, welche ihnen im Rahmen ihrer Berufsausübung anvertraut wurden und darf ausschließlich dann vernachlässigt werden, wenn ein dringender Verdacht auf Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt.

Verschwiegenheitspflicht und Verschwiegenheit sowie der Umgang mit Informationen und mit der Privatsphäre der KlientInnen sind im Zwangskontext durchaus heikle Themen. Die spezielle Situation einer Psychotherapie im Zwangskontext bringt die Verschwiegenheitspflicht der Therapeutenperson gegenüber der Klientenperson in Konflikt mit dem Informationsauftrag von der Institution (und der Gesellschaft). Die KlientInnen sind daher zu Beginn ihrer Therapie darüber verunsichert, welche ihrer Aussagen schriftlich festgehalten werden, wer von diesen erfährt, ob sie sich negativ auf den Entlassungszeitpunkt auswirken können, welche Konsequenzen eine Ablehnung der Therapie nach sich

ziehen kann oder ob sie gar einer Gehirnwäsche unterzogen werden sollen. Sie können nicht einschätzen, was sie der Therapeutenperson überhaupt anvertrauen können. Für eine sinnvolle therapeutische Arbeit ist es wichtig, dass die KlientInnen sich auf das Beziehungsgeschehen einlassen und auch unangenehme oder tabuisierte Inhalte thematisieren können. Die von Fall zu Fall unterschiedlichen Auflagen und Mitteilungspflichten stehen dem mitunter im Weg und der gesellschaftlich akzeptierte geschützte Freiraum, den das therapeutische Setting normalerweise bietet, ist bei Vorliegen einer Straftat nicht mehr gewährleistet. (Klammer & Wagner, 2009, S. 331)

Die Fachliteratur beschreibt verschiedene Ansätze zu dieser Thematik, welche je nach Einrichtung und Therapeutenperson unterschiedlich umgesetzt werden. Über diese Ansätze und ihre Umsetzung soll hier ein Einblick geboten werden.

Grundlegend kann von zwei Modellen gesprochen werden: innerhalb des ersten steht das gesamte Betreuungsteam der Klientenperson gegenüber und die Verschwiegenheitspflicht ist quasi aufgehoben. Innerhalb des zweiten Modells ist die Therapeutenperson – wenn überhaupt – nur wenig in Entscheidungen des übrigen Teams involviert. (Berner & Bolterauer, 1998, S. 164) Sie unterliegt weiterhin uneingeschränkt der gesetzlichen Verschwiegenheitspflicht, macht auch schriftliche Notizen dem Betreuungsteam nicht zugänglich, verzichtet auf weitere Einflussmöglichkeiten außerhalb des therapeutischen Rahmens und steht laut Wagner und Werdenich (1998) idealerweise nur in einer losen Vertragsbindung zur Institution. (S. 45). So ist zum einen auch die Möglichkeit gegeben, dass die Therapeutenperson die Institution kritisch betrachten kann und zum anderen tritt die Klientenperson ihr nicht mit der gleichen Feindseligkeit gegenüber, die sie vielleicht der Institution entgegenbringt. Denn Strafgefangene glauben oft, externen TherapeutInnen gegenüber mehr Offenheit zeigen zu können als jenen, die in der Haftanstalt angestellt sind. (Lüdeke & Pecher, 1998, S. 229; Gretenkord, 1998, S. 69) Die Klientenperson befindet sich im zweiten Modell also trotz Zwangskontext in einem klassischen psychotherapeutischen Setting, in dem sie sich nicht als von „Big Brother“ beobachtet und kontrolliert wahrnehmen muss und keine Sanktionen zu befürchten hat. (Lüdeke & Pecher, 1998, S. 229)

Gretenkord (1998) ist der Meinung, dass überhaupt erst innerhalb eines solchen Vertrauensverhältnisses, in dem Klarheit über die Vertraulichkeit der Inhalte herrscht, auch tabuisierte, sadistische oder sexualdeviante Phantasien thematisiert werden. (S. 69) Weiters ist in diesem zweiten Modell die Therapeutenperson regelmäßig verfügbar, was bei in den institutionellen Kontext eingebetteten TherapeutInnen aufgrund von administrativen Aufgaben und Entscheidungszwängen nicht immer möglich ist. (Cox, 1974)

Dieses Modell birgt trotz aller genannten Vorteile auch seine Nachteile. Steht nämlich die Psychotherapie abseits der übrigen Maßnahmen und Aktivitäten innerhalb der Institution, kann die Arbeit der Therapeutenperson auf Unverständnis beim Personal stoßen und mitunter sogar von diesem sabotiert werden. Das Abstimmen einer gemeinsamen Vorgangsweise ist ohne umfassenden Informationsaustausch kaum möglich – zu Lasten der Klientenperson. Beispielsweise werden etwaige Fortschritte innerhalb des psychotherapeutischen Rahmens vielleicht vom übrigen Team gar nicht wahrgenommen und bleiben daher ohne Resonanz. Auch die voneinander abweichenden Erwartungshaltungen an die Klientenperson können ein echtes Einlassen auf das Beziehungsgeschehen für diese erschweren. Außerdem hat die Therapeutenperson keinerlei Einfluss auf die Etablierung therapieförderlicher Rahmenbedingungen innerhalb der Haftanstalt. Hierzu betont beispielsweise Müller-Isberner (1992), dass es aber gerade im Maßregelvollzug wichtig ist, im Alltag der InsassInnen positive Strukturen oder Anreize zu schaffen, da der Leidensdruck oft nicht ausreichend für eine Therapiemotivation ist. (S. 366; Gretenkord, 1998, S. 71)

Soyer (1998) hält die Einhaltung der Verschwiegenheitspflicht für unerlässlich, weil sie die Grundlage der in der Psychotherapie so wichtigen Vertrauensbasis darstellt. Im Zwangskontext würde eine Einschränkung der Verschwiegenheitspflicht das Phänomen von Scheinanpassungen fördern (S. 60). Die Klientenperson könnte einerseits befürchten, dass die Therapeutenperson hinter ihrem Rücken ihre Machtposition für Sanktionen o. Ä. einsetzt (was auch tatsächlich vorkommt), andererseits könnte sie versuchen, den Einfluss der Therapeutenperson zu ihren eigenen Gunsten einzusetzen (frühere Entlassung, Lockerungen etc.). (Wagner und Werdenich, 1998, S. 45–46) Letzteres ist auch im Blick zu behalten, wenn die Therapeutenperson mit Einwilligung der Klientenperson die Verschwiegenheitspflicht einschränkt und Therapieinhalte offenbart. Denn sobald die Klientenperson unbewusst oder bewusst versucht, durch bestimmte Verhaltensweisen innerhalb der Therapie oder das Vortäuschen von Fortschritten Vorteile zu gewinnen, ist einer wirklich sinnvollen therapeutischen Begleitung die Grundlage entzogen. (Frottier und Frühwald, 1998, S. 87)

Wagner und Werdenich (1998) sprechen sich im Dienstleistungsmodell für eine absolute Einhaltung der Verschwiegenheit und gegen jede Einflussnahme außerhalb der Therapie aus. Eine Alternative dazu sehen sie in der therapeutischen Gemeinschaft, innerhalb welcher die verschiedenen beteiligten Berufsgruppen gemeinsam an der Behandlung arbeiten. (S. 46) Der institutionelle Kontext wird als Gestaltungsmöglichkeit gesehen und als Chance genutzt, durch entsprechend angepasste Beschäftigungs-, Freizeit- und Erlebnismöglichkeiten den therapeutischen Prozess zu unterstützen und der Klientenperson so von mehreren Seiten Impulse für ihre Persönlichkeitsentwicklung zu geben.

(Aichhorn, 1987, Kap. 7). Die Umsetzung dieses Modells gestaltet sich umso schwieriger, je mehr die Sicherungsaufgaben der Institution im Vordergrund stehen und die diversen Abläufe und Entscheidungshierarchien bestimmen – denn die Entwicklung und das Wohl der Inhaftierten ist bestenfalls eine Nebensache neben der Hauptaufgabe, die Gesellschaft vor ihnen zu schützen. (Wagner & Werdenich, 1998, S. 46)

Innerhalb der zwei Hauptmodelle, die oben beschrieben wurden, existieren unterschiedliche Herangehensweisen an die zugrundeliegenden Ideen, etwa in verschiedenen semi-integrierten Modellen.

In einer deutschen Maßregelvollzugsanstalt werden beispielsweise externe TherapeutInnen beschäftigt, die keine Informationen weitergeben oder Stellungnahmen schreiben, wohl aber von dem Personal über das Geschehen und das Verhalten der KlientInnen informiert werden. (Gretenkord, 1998, S. 72)

Ein anderes Projekt mit Strafgefangenen handhabt dies ähnlich, mit dem Unterschied, dass von der Therapeutenperson schriftliche Berichte verfasst werden. (Hinrichs, 1991, S. 24) Eine Strafvollzugsanstalt in Hamburg arbeitet ebenso mit externen TherapeutInnen, diese stehen allerdings in engem Kontakt mit den in der Institution angestellten PsychologInnen. (Brandewiede, 1995, S. 39)

In einer sozialtherapeutischen Anstalt in Kassel wiederum sind die TherapeutInnen als BereichspsychologInnen an jeglichen Entscheidungen, wie z. B. Vollzugslockerungen, mitbeteiligt. Jede Klientenperson hat je nach Behandlungsplan die Möglichkeit, eine Einzeltherapie in Anspruch zu nehmen, wobei die Psychologin oder der Psychologe für eine Klientenperson entweder als EinzeltherapeutIn oder BereichspsychologIn fungiert. Als EinzeltherapeutIn ist sie/er nicht in Entscheidungen eingebunden und macht nur Angaben darüber, ob die Klientenperson regelmäßig zu den Terminen erscheint. Umgekehrt erhält sie/er Informationen über das Verhalten und die Behandlungspläne der Klientenperson. In einer Institution in den Niederlanden sind die TherapeutInnen als Angestellte beschäftigt, geben keine Informationen weiter, nehmen auch nicht an Entscheidungen und Therapiekonferenzen teil, erhalten aber alle Informationen über die Klientenperson. Dadurch können Elemente aus dem Alltag der Klientenperson zum Therapieinhalt gemacht werden. Die gerichtliche Psychiatrie Haina praktiziert ein sogenanntes integriertes Modell, innerhalb dessen die Therapeutenperson verschiedene Rollen einnimmt (PsychotherapeutIn, GutachterIn, AdministratorIn...), die bewusst nicht voneinander getrennt werden. Sie ist für alle Belange der Klientenperson zuständig, von Angehörigenbetreuung über Einzeltherapie bis zum Verfassen von Gerichtsberichten etc. Eventuelle Lockerungen werden zuerst mit dem Pflorgeteam besprochen und dann von der Oberärztin oder dem Oberarzt kritisch geprüft. Wenn die Lockerung verantwortbar erscheint, wird dies in der wöchentlichen Klinikkonferenz besprochen, an der alle TherapeutInnen und Pflegekräfte teilnehmen. Dabei können auch Therapieinhalte besprochen werden,

wenn sie für die Entscheidung relevant erscheinen. Die Therapeutenperson legt hierbei natürlich nicht alle Inhalte der Therapie offen, sondern entwickelt ein Gespür dafür, was relevant ist und was unter vier Augen bleibt. Besonders deliktbezogene Inhalte können schließlich für das übrige Team von großer Wichtigkeit sein. Wenn beispielsweise ein Sexualstraftäter innerhalb des therapeutischen Settings von sexuellen Phantasien von einem Jungen berichtet, kann das darüber informierte Betreuungsteam bei Ausgängen darauf achten, wie er sich beim Anblick von Knaben verhält. Es wird großer Wert darauf gelegt, mit den KlientInnen offen und ehrlich umzugehen – ohne jedoch dabei die Therapie zu gefährden – und in der Klinik hat sich daher auch die Praxis bewährt, mit den KlientInnen die gutachterlichen Stellungnahmen zu besprechen. (Gretenkord, 1998, S. 73–76)

Es wird deutlich, dass die vorgegebenen Berichtspflichten im Zwangskontext eine 100-prozentige Gewährleistung der Verschwiegenheitspflicht verunmöglichen. (Berner & Bolterauer, S. 164) Fränkel, Sheinberg und True (1994) schlagen zu dieser Thematik vor, die Berichte an das Gericht in Zusammenarbeit mit den KlientInnen zu verfassen. Dadurch können die gerichtlichen Auflagen erfüllt werden, ohne dass die Therapeutenperson in die Position kommt, bewerten und beurteilen zu müssen. Im Dialog können die Veränderungen und der Nutzen der Therapie diskutiert werden und die Verantwortung der Kontrolle bleibt bei der sanktionierenden Institution. (S. 263–275)

Laut Berner und Bolterauer (1998) verlangt die Verantwortlichkeit gegenüber der Justiz und der Auftrag der Sicherung von den TherapeutInnen einsichtige Dokumentation des Therapieverlaufs und -plans sowie sinnvollerweise auch die Kooperation mit der Fachöffentlichkeit und der therapeutischen Leitung, die aufgrund ihrer Verantwortlichkeit gegenüber der Justiz über alle Schritte der TherapeutInnen zu informieren ist. (S. 164) Im Gegensatz dazu ist Kernbichler (1998) der Ansicht, dass dem Gericht nur die Tatsache, dass die Therapie stattfindet, der grobe Therapieverlauf und gegebenenfalls eine erneute Delinquenz mitgeteilt werden muss. (S. 270) Bongers (2009) meint, dass aber in einer Institution wie dem Maßnahmenvollzug Regelverletzungen nicht prinzipiell durch das Therapiegeheimnis abgedeckt werden können. Wenn es z. B. um das Beschaffen von Waffen und Drogen gehe, könne das Zeugnisverweigerungsrecht nicht mehr aufrechterhalten werden und die Informationen müssten weitergegeben werden. (S. 322)

Die Vollzugsbehörde des Kantons Zürich spricht sich beispielsweise für eine Offenbarungspflicht aus und setzt einen Sonderdienst ein, der über die Vollzugslockerungen zu entscheiden hat. Damit dieser imstande ist, adäquate Entscheidungen zu treffen, bedarf es unter anderem der Stellungnahme der behandelnden TherapeutInnen bezüglich der Vollzugslockerungen aus psychiatrisch-psychologischer Sicht. (Kistler, 2009, S. 171)

Frottier und Frühwald (1998) vertreten die Ansicht, dass die Therapeutenperson zwar ihrem

Auftraggeber gegenüber verpflichtet ist, ihre Arbeit verlässlich und nach den beruflichen Standards durchzuführen, dass sich die Berichtspflicht aber nur auf das „Wann, Wo und Mit wem“ beschränken solle. Das „Wie“ unterliege der Therapeutenperson als ExpertIn. Die Autoren setzen der Einschränkung der Verschwiegenheitspflicht aufgrund des Auftrags, die Gefährlichkeit von StraftäterInnen zu reduzieren, das Argument entgegen, dass das Offenlegen eines Therapiegeheimnisses – mit negativen oder positiven Folgen – die Offenheit der Klientenperson einschränken würde. Da Offenheit aber eine Grundvoraussetzung für eine Psychotherapie ist und es keine Offenbarungspflicht zum Wohle der Gesellschaft gibt, lautet die Devise: „Sei standhaft, duldsam und verschwiegen!“ (S. 87) Die VerfechterInnen der Durchbrechung der Verschwiegenheitspflicht stellen laut Frottier und Frühwald (1998) den Wert von Informationen über die Ziele der Psychotherapie – denn gerade erst die Verschwiegenheit ermöglicht es, diese Ziele anzusteuern. Die Autoren kritisieren weiters, dass in der Diskussion über die Durchbrechung der Verschwiegenheitspflicht kaum die möglichen Auswirkungen bzw. Veränderungen in der Beziehung von KlientIn zu TherapeutIn thematisiert würden. Auch wenn die Therapeutenperson zu Beginn der Zusammenarbeit darauf hinweist, dass die Verschwiegenheit aufgehoben werden kann, kommt es bei einer tatsächlichen Aufhebung bei der Klientenperson trotzdem zu einer Enttäuschung, obwohl sie theoretisch darauf vorbereitet war. Im dem Fall, dass die Klientenperson selbst möchte, dass die Therapeutenperson die Therapieinhalte offenlegt, liegt es im Ermessen der Therapeutenperson, ob dies der Klientenperson schaden kann oder nicht. (S. 88-89)

Es stellt sich die Frage, ob der forensische Psychotherapeut als Spitzel, Doppelagent, Kriminologe oder anders gearteter Helfer der Justiz arbeitet, oder aber als Therapeut einem Patienten begegnet, unter der reflektierten Annahme, daß Therapie und therapeutische Beziehung eine höhere Wahrscheinlichkeit zur Beseitigung der Gefährlichkeit des Delinquenten darstellen, als Strafe alleine es könnte. (Frottier & Frühwald, 1998, S. 89)

Die Autoren vermuten überdies, dass TherapeutInnen mitunter auch Selbstsicherheits- oder Anerkennungsdefizite mit einem Wunsch nach mehr Transparenz in der Therapie zu kompensieren versuchen. Erst mit dem mächtigen Rechtssystem im Rücken wännen sie sich auf der Seite des Guten oder müssen sich nicht als potentielle KomplizInnen der Delinquenten rechtfertigen. (Frottier & Frühwald, 1998, S. 92).

Wie weit oder eng auch immer die Grenzen der Verschwiegenheitspflicht von der Institution und der Therapeutenperson gesetzt werden, sie sind in jedem Fall zu Beginn der Therapie den KlientInnen klar mitzuteilen. (Bongers, 2009, S. 322; Kernbichler, 1998, S. 270; Kistler, 2009, S. 171)

Die KlientInnen sehen sich nämlich oftmals damit konfrontiert, dass die Therapeutenperson über Informationen verfügt, die sie nicht selbst preisgegeben haben und auch nicht preisgeben wollten. Dies

allein ist meist schon sehr unangenehm für die KlientInnen. Die Unsicherheit darüber, was mit den Informationen geschieht, die in der Therapie besprochen werden, kommt dann als weiterer destabilisierender Faktor noch erschwerend hinzu. (Kähler, 2005, S. 100) Gerade deshalb ist es notwendig, zu Beginn der Therapie möglichst genau zu besprechen und zu klären, was mit welchen Informationen geschieht, wer Zugang zu ihnen hat und was schriftlich festgehalten und möglicherweise weitergegeben wird (z. B. Gerichtsberichte). (Kernbichler, 1998, S. 270) Einsicht in die Unterlagen sollte KlientInnen gewährt werden, sofern kein negativer Einfluss durch darin enthaltene Erkenntnisse zu befürchten ist. (Kähler, 2005, S. 100)

Bartuska (1998) verweist auf eine weitere Problematik bezüglich der Verschwiegenheitspflicht in der Psychiatrie: In der Zusammenarbeit von PsychiaterInnen, Pflegepersonal, SozialarbeiterInnen etc. sei es schwierig, bestehende Missstände nicht mitzuteilen, da in den anderen MitarbeiterInnen mitunter das Gefühl entstehen könne, hintergangen oder übergangen zu werden. Dennoch sollte die Therapeutenperson ihrer Rolle treu bleiben und nicht ausfragend und ordnend eingreifen. Wenn das Krankenhauspersonal misstrauisch auf die Verschwiegenheit der Therapeutenperson reagiert, kann kommuniziert werden, dass diese die Informationen lediglich etwas früher erhält. Die KlientInnen können zuerst bei der Therapeutenperson ihre Geheimnisse und Probleme thematisieren, um sie dann später mit den SozialarbeiterInnen zu erproben. Die/der OberärztIn erfährt oft erst ganz zum Schluss von den „Geheimnissen“, da sie/er als sehr mächtig und ausgestattet mit der Autorität, (Zwangs-)Behandlungen anzuordnen, erlebt wird. Sobald Suizidalität im Raum steht, wird das Thema Verschwiegenheit natürlich ein viel heikleres. Es liegt dann im Ermessen der Therapeutenperson, ob sie das Risiko eingeht und unter Verschwiegenheit weiterarbeitet oder ob das Risiko zu groß ist und es angebracht ist, die Verschwiegenheitspflicht zu durchbrechen. Im letzteren Fall ist es trotzdem wichtig, die bestehende Selbstmordgefahr und die damit einhergehenden, weiteren notwendigen Schritte (z. B. Medikamente, PsychiaterIn informieren etc.) vorab mit der Klientenperson zu besprechen, um den Vertrauensbruch nicht noch zu vergrößern. (S. 347-348)

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass eine Durchbrechung der Verschwiegenheit – wie auch in der freien Praxis – immer erforderlich ist, wenn eine Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt. Wie Verschwiegenheit im Zwangskontext darüber hinaus gehandhabt wird, variiert sehr stark und hängt unter anderem von der persönlichen Einstellung der agierenden Therapeutenperson sowie von den strukturellen Gegebenheiten in der jeweiligen Institution ab.

3. Psychotherapie im Zwangskontext

Die verschiedenen Perspektiven, unterschiedlichen Ansätze und besonderen Herausforderungen im Zwangskontext sollen in diesem Kapitel überblicksmäßig dargestellt werden. Welche Anforderungen hier an die PsychotherapeutInnen gestellt werden und wie es sich auf einzelne Parameter wie etwa Therapiemotivation oder Widerstand auswirkt, wird ebenso erörtert.

Auch heute, im Jahr 2011, herrscht noch die Annahme vor, dass „Freiwilligkeit“ die Grundvoraussetzung für einen erfolgreichen Verlauf in der Psychotherapie ist – dass sich die Fachwelt über die genauen Grenzen dieses Begriffes keineswegs einig ist, hat bereits die Definition des Begriffes Zwangskontext in der Einleitung gezeigt. Es bleibt den VertreterInnen des Dogmas der vorausgesetzten Freiwilligkeit allerdings nicht erspart, sich sowohl mit dem Vorwurf der Bequemlichkeit konfrontiert zu sehen als auch mit jenem der Einschränkung – denn träfe dieses Dogma wirklich zu, konstatiert Rotthaus (1998), so könnten mit Fug und Recht zahlreiche Klientengruppen für Psychotherapie disqualifiziert werden: nämlich die Majorität aller SexualstraftäterInnen, Drogenabhängigen, InsassInnen von Justizanstalten und des Maßregelvollzugs sowie aller Kinder und Jugendlichen. Gerichtliche Auflagen, Weisungen oder andere Formen von externem Druck müssen laut Rotthaus (1998) nicht notwendigerweise als Einschränkung angesehen werden, sondern können vielmehr als Ressourcen genutzt werden. Er plädiert daher für die Entwicklung variabler, auf die KlientInnengruppe und deren Setting maßgeschneiderter Psychotherapiekonzepte und speziell für eine konstruktive Nutzung von Zwang. (S. 271) Außerhalb von Österreich gibt es viele Bemühungen, aus Störungsmodellen konkrete Behandlungsstrategien abzuleiten und Personal einzustellen, das genau die erforderlichen Kompetenzen zur Durchführung dieser Behandlungsprogramme besitzt. In Österreich selbst kommt allerdings in Haftanstalten und im Maßregelvollzug gerade jenes therapeutische Konzept zur Anwendung, welches gerade personell verfügbar ist. Einer maßgeschneiderten Weiterentwicklung einzelner schulenspezifischer Ansätze auf die individuellen Bedürfnisse und Bedingungen in Haftanstalten kommt diese Handhabung nicht entgegen. Auf unterschiedlichem Weg wird nun hierzulande je nach therapeutischer Ausrichtung versucht, die „Gefährlichkeit“ der InsassInnen zu reduzieren. (Parfy & Wagner, 1998, S. 364)

3.1. Der „Zwang zum Guten“

Der Zwang zum Guten – ein unlösbares Paradox, ein zum Scheitern verurteiltes Vorgehen?
(Schmidt & Schwarze, 2008, S. 1478)

Idealerweise hoffen wir auf eine Klientenperson, die freiwillig zu uns kommt und um Unterstützung ansucht. Oft sind diese sogenannten freiwilligen KlientInnen jedoch nicht wirklich freiwillig da, sondern weil sie von anderen Menschen dazu gedrängt wurden. Das Ideal der Freiwilligkeit erweist sich also vielfach schlichtweg als reine Illusion. Nicht innerer Leidensdruck motiviert, sondern die Angst, beispielsweise vom Partner oder der Partnerin verlassen zu werden oder gerichtliche Auflagen nicht zu erfüllen. (Rotthaus, 1998, S. 272) Dieses Kapitel widmet sich der Fragestellung, ob Psychotherapie im Zwangskontext überhaupt möglich ist; Freiwilligkeit wird schließlich im klassischen psychotherapeutischen Setting als Grundvoraussetzung für eine zielführende Begleitung angesehen.

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

Psychotherapie findet nach der geläufigen Auffassung immer unter dem Postulat der Freiwilligkeit statt, wobei Zwangsaspekte mit unterschiedlichen Ausprägungen in vielen therapeutischen Situationen vorhanden sind – und zwar nicht nur in jenen Situationen, in denen die Klientenperson der Therapeutenperson völlig hilf- und wehrlos gegenübersteht. (Wagner & Werdenich, 1998, S. 37)

Wagner und Werdenich (1998) orten beispielsweise eine erstaunliche Ähnlichkeit von Maßnahmenvollzug und Psychotherapieausbildung: Die PsychotherapeutInnen können sich zwar in ihrer Ausbildung gegen das Therapiertwerden entscheiden, bekommen dann allerdings keinen Platz auf der ersehnten Therapeutenliste. Man kann hier zu Recht die Frage stellen, ob für eine Therapeutenperson die Eintragung in die Liste nicht ebenso begehrenswert ist, wie die Entlassung aus dem Maßnahmenvollzug es für die InsassInnen ist. (S. 39) Jede Psychotherapieausbildung beruht also offensichtlich auf dem Glauben, dass eine Psychotherapie im Zwangskontext erfolgreich möglich ist und dass es besonders qualifizierte TherapeutInnen gibt, die in der Lage sind eine solche Therapie durchzuführen und dabei die Entwicklung der Therapierten zu beurteilen. (Wagner & Werdenich, 1998, S. 39; Warta, 2004, S. 355)

Die Ausübung der gesellschaftlichen Gewalt und Kontrolle geschieht heute durch sanftere Methoden, sodass immer mehr Menschen in verschiedenen Institutionen psychotherapeutisch betreut werden, ohne es selbst wirklich zu wollen. Natürlich ist das im Straf- und Maßnahmenvollzug besonders deutlich, subtilere Formen – in welchen der Zwangskontext nicht bewusst wahrgenommen und reflektiert wird – gibt es allerdings auch in vielen anderen Bereichen der Gesellschaft. (Wagner & Werdenich, 1998, S. 38)

Wenn die Psychotherapeutenperson im Auftrag Dritter, etwa eines Gerichts, tätig wird, unterliegt sie

einer Erfolgskontrolle, die durch äußere Kriterien überprüft wird, und kann bei Kunstfehlern auch haftbar gemacht werden.

Ein Mindestmaß an Entscheidungsmöglichkeit aufseiten der Klientenperson muss jedoch erhalten bleiben, wenn jemand auf Weisung einer mit Macht ausgestatteten Instanz therapiert werden soll, denn sonst sprächen wir nicht mehr von Psychotherapie, sondern vielmehr von Dressur, Gehirnwäsche oder Manipulation. (Wagner & Werdenich, 1998, S. 40) Auch Kähler (2005) hält es für einen Widerspruch zu ethischen und professionellen Grundsätzen – bis auf wenige streng definierte Ausnahmen –, eine Klientenperson gegen ihren Willen und unter Zwang zur Veränderung ihrer Lebensweise zu nötigen. (S. 124) Das Vorhandensein einer Wahlmöglichkeit ist hier der entscheidende Unterschied zwischen einer Psychotherapie im Zwangskontext und einer Zwangstherapie. Wenn zumindest eine minimale Entscheidungsmöglichkeit vorhanden ist, kann eine angeordnete Psychotherapie prinzipiell möglich sein. Dabei ist es wichtig, die Zwangselemente offenzulegen und die Wahlmöglichkeiten, so gering sie auch sein mögen, genau zu definieren. (Wagner & Werdenich, 1998, S. 40)

Es sollte jedoch nicht übersehen werden, daß das Modell – bei aller Funktionsfähigkeit – korumpierend und risikobehaftet ist und man sich daher genau überlegen muß, wie man die Risiken und die negativen Entwicklungen, die mit Therapie im Zwangskontext verbunden sind, gering halten kann. (Wagner & Werdenich, 1998, S. 40)

Es zeigt sich trotz aller in die Überlegungen einzubeziehender Elemente, dass sich auch ein von außen initiiertes Zwangsverhältnis – sogar wenn aufseiten der Klientenperson nur eine geringe Motivation zur Zusammenarbeit vorliegt und teilweise heftige Widerstände gegen Veränderungen spürbar sind – dennoch in eine tragfähige Beziehung zwischen Psychotherapeutenperson und Klientenperson verwandeln kann. (Kähler, 2005, S. 41) Dies zeigen auch der heutige Stand der Wirksamkeitsforschung der psychologischen Interventionen, die jahrelangen Erfahrungen der Bewährungs- und Vollzugsdienste in Zürich und die klinisch-therapeutischen Erfahrungen im Maßnahmenvollzug. (Mayer, 2009, S. 254; Nowara, 2008, S. 136–137) Oftmals ist es sogar erst der Zwangskontext, der die Voraussetzung dafür schafft, dass StraftäterInnen sich mit ihren Delikten bzw. ihren persönlichen Anteilen daran auseinandersetzen. (Mayer, 2009, S. 255)

3.1.1. Die Indikationskriterien Therapiebedürftigkeit, Therapiefähigkeit und Therapiemotivation

Therapiebedürftigkeit, Therapiefähigkeit und Therapiemotivation, drei Indikationskriterien, die für eine erfolgreiche Psychotherapie – auch im Zwangskontext – gelten, sollen an dieser Stelle genauer unter die Lupe genommen werden.

Zu ersterem Kriterium ist zu sagen, dass Straffälligkeit nicht per se eine Therapiebedürftigkeit anzeigt –

diese ist laut Dahle (1998) höchstens wahrscheinlicher als bei der Durchschnittsbevölkerung. (S. 98) Sie ist erst dann gegeben, wenn eine psychische Störung und/oder erheblicher Leidensdruck vorliegt. (Dahle, 1998, S. 97; Schmidt & Schwarze, 2008, S. 1479) Laut Kherfouche und Mayer (2009) geht es allerdings bei einer forensischen Therapie gar nicht darum, eine etwaige psychische Störung zu heilen, sondern darum, das Risiko erneuter Straftaten zu minimieren. (S. 232) Diese Ansicht illustrieren – und kritisieren – Wagner und Werdenich (1998) mit dem Zitat:

Niemand wird zwangsbehandelt, weil er gestört ist. Zwangsbehandelt wird er deshalb, weil er gestört hat und weil angenommen wird, dieses störende Verhalten sei ein gestörtes Verhalten, insofern auch ein behandelbares Verhalten. (S. 42)

Die Therapiefähigkeit ist ein Merkmal, das fälschlicherweise meist der Klientenperson zugeschrieben wird. Wenn aber aufseiten der Klientenperson Therapiebedürftigkeit und auch nur ein geringes Maß an Therapiemotivation vorhanden ist, ist es die Therapeutenperson, die dem Therapiebedarf gerecht werden muss. Hierzu sind neben therapeutischer Kompetenz auch die strukturellen, institutionellen und die organisatorischen Rahmenbedingungen von Bedeutung. Im Zwangskontext ist es weiters erforderlich, die Therapiemethoden an den juristischen Behandlungskontext anzupassen, sich auf die spezifischen Probleme von straffälligen Menschen zu konzentrieren und an ihren Erfahrungskontext anzuknüpfen. Dieser unterscheidet sich meist grundlegend von jenem der KlientInnen in der freien Praxis, da viele straffällige Menschen Randgruppen angehören und dadurch auch ihre soziale Realität beeinflusst wird. Somit kann also die Therapiefähigkeit als abhängig von der methodischen und konzeptuellen Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Ansätze gesehen werden, beziehungsweise inwiefern solche Entwicklungen vorangetrieben werden. (Dahle, 1998, S. 97–99) Kernbichler (1998) spricht sich dafür aus, dass auch KlientInnen, die aufgrund ihrer Diagnose als schwer bzw. nicht therapiefähig gelten, behandelt werden sollten, da seiner Meinung nach der „therapeutische Pessimismus“ nicht mehr angebracht ist. Er verwehrt sich gegen den Begriff der „therapieunfähigen KlientInnen“ und ortet stattdessen, dass für eine gegebene Klientenperson gewisse TherapeutInnen und Therapiesettings nur weniger geeignet sein können. (S. 268-269)

Die Delinquenz und abweichende Interaktionsstile der forensischen KlientInnen sollten aufgegriffen und die psychotherapeutischen Ansätze dadurch weiterentwickelt werden. Mit individuell angepassten Behandlungsvereinbarungen kann der Angst vor erneuter Delinquenz während des Therapieverlaufs begegnet werden. (Kernbichler, 1998, S. 269)

Wenn sie wenig oder nicht vorhanden ist, lässt sich die Therapiemotivation – auf die in Kapitel 3.5.1 genauer eingegangen wird – im Zwangskontext als erstes Therapieziel definieren. (Dahle, 1998, S. 99)

Dahle (1998) merkt jedoch dazu an, dass es eine sehr vereinfachte Sichtweise darstellt, StraftäterInnen freiwillige Teilnahme, Änderungswillen oder Leidensfähigkeit, sprich: echte Therapiemotivation, abzusprechen. Diese Annahme wird den KlientInnen im forensischen Kontext nicht gerecht. Denn trotz solcher Einwände belegen die empirischen Befunde, dass viele StraftäterInnen eine innere Behandlungsbereitschaft besitzen und psychisch leiden. (S. 97) Die Arbeit im Maßregelvollzug zeigt jedenfalls, dass es erfolgreich möglich ist, auch mit überwiegend unmotivierten KlientInnen therapeutisch zu arbeiten. (Mergenthaler & Pfäfflin, 1998, S. 25)

3.2. Aufgabenbereiche der Therapeutenperson im Gefängnis und dem Maßnahmenvollzug

In Österreich sind die Aufgabenbereiche von PsychotherapeutInnen im Gefängnis und dem Maßnahmenvollzug nicht eindeutig geregelt. Zur therapierenden Funktion kommt häufig auch noch die Funktion der sanktionierenden Instanz hinzu, zum Auftrag der Psychotherapie gesellt sich der Auftrag zum Schutze der Gesellschaft. Je nach Aufgabenanforderung, die die Institution an die Therapeutenperson stellt, ist es wichtig, dass diese gegenüber der Klientenperson ihre etwaige Kontroll- und Schutzfunktion zu erkennen gibt. Eine Verschleierung dieser Tatsachen bildet eine wenig konstruktive Basis für die weitere Zusammenarbeit und trägt auch nicht dazu bei, dass das zu Beginn tendenziell belastete Vertrauensverhältnis gefestigt wird.

Mit einem Schafspelz den darunter knurrenden, kontrollierenden und mächtigen Wolf zu kaschieren, liefe letztlich auf eine Lüge gegenüber dem Klienten hinaus. (Pleyer 1996, S. 193)

Laut Kähler (2005) kann eine Rollenvermischung die Folge dieser Personalunion sein und er meint daher, dass es für die Klientenperson einfacher ist zu differenzieren, wenn jede Fachkraft ihren eigenen klaren Auftrag zu vertreten hat. Durch die unterschiedlichen Blickwinkel der Fachkräfte kann dann der Fall aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet und auch angemessener diagnostiziert werden. (S. 117–118)

3.3. Herausforderungen und Hindernisse der Psychotherapie im Zwangskontext

Der Straf- und Maßnahmenvollzug funktioniert nach eigenen Regeln, Bedingungen und Zwängen, die außerhalb dieser Institutionen unbekannt sind und auch nur innerhalb derselben erlernbar sind. Somit betreten PsychotherapeutInnen immer auch Neuland, wenn sie in totalen Institutionen zu arbeiten beginnen. In diesem Kontext müssen sie ein integrierter Teil des Gesamtsystems werden, damit ihre

Interventionen effektiv in die Gesamtleistungen einfließen können. Es ist erforderlich, die Rationalitäten der anderen MitarbeiterInnen und die Systembedingungen zu kennen und zu beachten. Die Gitter, Uniformen und Waffen verdeutlichen die Omnipräsenz von Zwang in diesen Institutionen. Diesen Zwang darf eine Therapeutenperson nicht unter den Tisch kehren, wenn sie hier sinnvolle therapeutische Arbeit leisten möchte. (Wenko, 1998, S. 172)

3.3.1. Zwang

Gerade im stationären Setting finden wir viele KlientInnen mit schweren Störungen vor, die nur bedingt freiwillig ein Interesse an einer Psychotherapie haben und deren Biografie von psychischem und sozialem Scheitern gekennzeichnet ist. (Freese, 1998, S. 211) Die Herausforderungen sind vielfältig und das therapeutische Geschehen muss sich mit sehr unterschiedlichen Zielen, Wünschen, Ängsten und Erwartungen auseinandersetzen. Bei Menschen, die zwangsgehalten sind und eigentlich keine Psychotherapie wollen, muss zuerst die äußere Zwangsthematik bearbeitet werden. Dabei geht es darum, eine Einsicht über die eigenen Anteile zu entwickeln, die zu dieser Zwangssituation beigetragen haben. In diesem Prozess kristallisiert sich oft heraus, dass die Zwangsthematik nur die Eskalation eines anderen Problems bedeutet. Danach geht es, wie bei freiwilligen KlientInnen auch, um die Bearbeitung von Lebensproblematiken und um eine individuelle Ausrichtung für die Zukunft. (Bartuska, 1998, S. 344– 345) Bartuska (1998) entnimmt diesen Beobachtungen, dass demnach der Zwang in der Psychotherapie nur eine untergeordnete Rolle spielt – entgegen der unter PsychotherapeutInnen verbreiteten Meinung. (S. 344–345)

Maßnahmen sozialer Kontrolle betreffen vermehrt sozial und materiell unterprivilegierte Menschen, die auch mit gesellschaftlich bedingten Problemen konfrontiert sind. PsychotherapeutInnen müssen also der Tatsache Rechnung tragen, dass sie im Zwangskontext vor allem mit ganz spezifischen Bevölkerungsgruppen arbeiten werden, mit Menschen, die die psychotherapeutische Intervention mitunter als unerwünschte Einmischung und Kontrolle empfinden. (Conen, 1999, S. 286) Viele dieser KlientInnen haben vor dem Therapiebeginn keine Ahnung von den Möglichkeiten und sogar Annehmlichkeiten einer Psychotherapie, sie verweigern also etwas, was sie eigentlich gar nicht kennen. Sobald sie aber mit der Arbeit vertraut gemacht worden sind (oft reicht dafür bereits eine Stunde), zeigt sich, dass die Fortsetzung meist ganz ohne Zwang möglich ist, mit normaler Terminvereinbarung wie in einer freien Praxis. (Bartuska, 1998, S. 344–345)

In der Therapie können Zwangsaspekte thematisiert werden, damit sich die Klientenperson bewusst damit auseinandersetzen kann. Dadurch werden die KlientInnen auch mündiger – eine Entwicklung, die mitunter zu Auflehnungen führen kann (z. B. gegen die Medikation), die aber auch dafür sorgt, dass

das Behandlungsteam (PsychiaterInnen etc.) erfährt, wie es den KlientInnen wirklich (z. B. mit den verabreichten Medikamenten) geht. (Bartuska, 1998, S. 347–348)

Im Zwangskontext wird mit Menschen gearbeitet, die nicht aus freien Stücken eine therapeutische Begleitung gesucht haben, sondern welchen diese Maßnahme von Ordnungsbehörden oder dem Gericht – als Reaktion auf ein Verhalten, das von diesen als gefährlich und therapiebedürftig eingestuft wird – verordnet wurde. Solche „ZwangspatientInnen“ haben meist vor allem den Wunsch, möglichst bald entlassen zu werden. (Keller, 2003, S. 69) Keller (2003) ortet als eine der spezifischen Eigenschaften einer solchen Situation wechselseitige Vertrauensvorbehalte zwischen der Klientenperson und dem Behandlungsteam. Werden diese Vorbehalte nicht verschleiert, sondern thematisiert, so kann eine konstruktive Auseinandersetzung über Vertrauensbildung entstehen. Auch sollten Zwangsmaßnahmen nicht als therapeutische Mittel beschönigt, sondern klar als das zu erkennen gegeben werden, was sie sind. (S. 69)

Die Grundeinstellung der in diesem Bereich arbeitenden TherapeutInnen sollte prinzipiell von Respekt für Eigeninitiative, Autonomie und die Entscheidungen der Klientenperson gekennzeichnet sein, auch wenn deren Lebensentwürfe für die Wahrnehmung der Therapeutenperson oft ungewöhnlich wirken mögen. Diese Grundeinstellung legt natürlich nahe, dass Zwangsmaßnahmen so weit wie möglich vermieden werden sollten. Stellen sie sich nach Abwägen der Vor- und Nachteile als unvermeidbar heraus, ist es notwendig sie zu legitimieren. (Gumpinger 2001, S. 18)

TherapeutInnen, die im Zwangskontext tätig sind, stehen vor der Herausforderung, die Rahmenbedingungen positiv zu verändern und das Therapiekonzept so zu entwickeln, dass Zwang und Kontrolle kreativ genutzt werden und dass es zu keiner kontraproduktiven Rollenvermischung kommt. (Rotthaus, 1998, S. 276) Rotthaus (1998) geht davon aus, dass zu Beginn eher die Kontrolle und die erzieherischen Aufgaben im Vordergrund stehen, bis die Klientenperson, eingebettet in Kontrollmechanismen, von sich aus das Bedürfnis nach Psychotherapie und Veränderung entwickelt. (S. 276)

Das doppelte Mandat (Hilfe/Kontrolle) und die damit verbundenen Interessen lassen sich auch oft ohne größere Konflikte verwirklichen, dennoch gibt es im Zwangskontext immer wieder Situationen, in denen die Therapeutenperson eine Konfrontation mit der Klientenperson nicht scheuen darf. Diesen Aspekt als Teil der beruflichen Aufgabe zu sehen ist für eine erfolgreiche Arbeit im Zwangskontext nötig. (Kähler, 2005, S. 92)

Es entsteht bei einer Analyse von Psychotherapie im Strafvollzug der Eindruck, als läge das Hauptaugenmerk darauf, möglichst schnell und ohne hohe Kosten unerwünschte Symptome zu beseitigen. Einem Interesse an echtem Verständnis gegenüber straffällig gewordenen Menschen steht

hier unser mächtiges, unbewusstes Rache- und Strafbedürfnis gegenüber. Dies birgt die Gefahr, dass Psychotherapie als eine weitere Form von justizieller Unterdrückung missbraucht wird. (Lüdeke & Pecher, 1998, S. 239)

3.3.2. Therapieziele

Keller (2003) beobachtet, dass die Aufträge von Ordnungsbehörden, Klientenperson und etwaiger anderer interessierter Parteien (Familienangehörige etc.) oft sehr unterschiedlich, mitunter sogar widersprüchlich formuliert sind. (S. 68) Ausgehend von einer von Therapeuten- und Klientenperson gemeinsam unternommenen Bestandsaufnahme darüber, warum sie sich in dieser verordneten therapeutischen Maßnahme befinden und wem darin welche Rolle zufällt, können Ziele definiert und der Weg dorthin abgesteckt werden. (Trotter 2001, Kap. 3, 5) Dabei gilt die Maxime, alle Schritte möglichst gemeinsam abzustimmen. Je weniger eine Klientenperson motiviert ist, eine Psychotherapie zu beginnen, umso schwieriger sind die vorhandenen Vorstellungen miteinander zu vereinbaren. Diese Situation verurteilt die Psychotherapie aber nicht automatisch zum Scheitern, sondern erfordert, dass die vorhandenen Widersprüchlichkeiten thematisiert werden. (Wagner & Russinger 2002, S. 140–142) Zu Beginn der Behandlung müssen Wahlmöglichkeiten benannt und verhandelt und die Anliegen der Klientenperson geklärt werden. Davon müssen dann realisierbare Aufträge abgeleitet werden, also Therapieziele, die auch umsetzbar sind und im Zeichen der sozialen Integration und der Deliktfreiheit stehen. Gefühlen der Resignation aufseiten der Therapeutenperson – und damit der Ablehnung dieser Klientel – kann so vorgebeugt werden (Kernbichler, 1998, S. 269)

Es gibt KlientInnen, die kein Interesse zeigen, ihr Verhalten zu ändern, bzw. die ihr Verhalten nicht als problematisch sehen oder auf Kritik und Änderungsforderungen von außen mit Rechtfertigungsversuchen und Abwehrverhalten reagieren. (de Shazer, 1992, S. 104–105) Auch diese KlientInnen haben allerdings dennoch meist den Wunsch, Einschränkungen und Zwangsmaßnahmen wieder loszuwerden. Genau dieser Wunsch ist es, der als Basis für eine fruchtbare therapeutische Begleitung dienen kann, indem als gemeinsame Perspektive beispielsweise eine Minderung des Drucks (gerichtliche Weisung etc.), der auf der Klientenperson lastet, festgemacht wird. Dabei werden eindeutige Bedingungen definiert, nach denen die Kontroll- und Druckmaßnahmen aufgehoben oder gelockert werden. Somit arbeiten Klientenperson und Therapeutenperson an diesem gemeinsamen Ziel, das Conen (1999) mit der Frage an die Klientenperson verdeutlicht: „Wie kann ich Ihnen helfen, mich wieder loszuwerden?“ (S. 291; Hesser, 2001, S. 38–40) Diese Frage untermauert einerseits den ExpertInnenstatus, den die Klientenperson bezüglich ihrer eigenen Person innehat, und animiert sie darüber hinaus dazu, sich mit anderen Blickwinkeln auseinanderzusetzen, z. B. dem des Gerichts. So

werden die Chancen auf Veränderung(swunsch) erhöht und jede Erfüllung von Auflagen erweitert wieder den Autonomiespielraum. (Conen, 1999, S. 294-295) Schließlich lassen sich über dieses erste gemeinsame Ziel dann in weiterer Folge auch noch neue gemeinsame Ziele finden. (Kähler, 2005, S. 105)

3.3.3. Behandlungsvereinbarungen

Gerade in der Psychiatrie und im Maßnahmenvollzug sind Behandlungsvereinbarungen sinnvoll, um den respektvollen Umgang zwischen Therapeuten- und Klientenperson zu fördern; sie begegnen sich in diesem Prozess als gleichberechtigte TeilnehmerInnen. (Kähler, 2005, S. 122) Das Aushandeln dieser Vereinbarungen, die wechselseitige Erwartungen beinhalten und schriftlich fixiert sind, sollte in einer Phase geschehen, in der die Klientenperson im Vollbesitz ihrer Urteils- und Handlungsfähigkeit ist. Sie sind dann in jenen Phasen notwendig, in denen die Klientenperson krankheitsbedingt mit sich und anderen nicht verantwortungsbewusst umgehen kann. (Dietz & Pörksen 1998, S. 10) Behandlungsvereinbarungen dienen auch dazu, der Angst vor erneuter Delinquenz in der Therapie entgegenzuwirken. (Kernbichler, 1998, S. 269)

3.3.4. Beziehung

Besonders schwierig gestaltet sich die Beziehung im Zwangskontext, da die Therapeutenperson in ihrer Doppelfunktion (Hilfe/Kontrolle) mit divergierenden Aufträgen konfrontiert ist. Zum einen soll sie die Gesellschaft indirekt vor neuen Straftaten schützen und gleichzeitig soll sie aber die psychische Störung behandeln und für Resozialisierbarkeit sorgen. Für eine erfolgreiche Psychotherapie muss ein vertrauensvolles, tragfähiges Arbeitsbündnis hergestellt werden, in dem ein gewisser Konsens über die zu erreichenden Ziele herrscht. (Schmidt & Schwarze, 2008, S. 1480) Die Psychotherapeutenperson soll in diesem Bündnis keine Machtposition einnehmen, sondern die Ressourcen der Klientenperson stärken und eine neue Form der Beziehungsqualität anbieten. (Bartuska, 1998, S. 347–348) Denn für eine erfolgreiche Psychotherapie ist eine hilfreiche therapeutische Beziehung notwendig.

Damit eine solche zustande kommt, bedarf es seitens des Therapeuten eines empathischen Zugehens auf den Patienten, der Offenlegung des therapeutischen Settings und Vorgehens, der Verständigung mit dem Patienten über Behandlungsziele und der Unterstützung des Patienten bei dessen Bemühungen herauszufinden, wie er sich selbst helfen kann. (Mergenthaler & Pfäfflin, 1998, S. 28)

Mayer (2009b) hat acht Prinzipien zur Beziehungsgestaltung im Zwangskontext entwickelt:

1. Transparenz: Betrifft die Klärung von Rollen und Aufgabenbereichen sowie auch die Ziele, Regeln, Rahmenbedingungen und Methoden.
2. Überprüfbarkeit: Die Therapeutenperson hält sich genau an die vereinbarten Abmachungen

und thematisiert Veränderungen so früh wie möglich. Die Klientenperson wird auch aufgefordert, zu prüfen, ob die Therapeutenperson die angekündigten Vereinbarungen nach Plan umsetzt, und dies andernfalls anzusprechen. Dadurch ist die Klientenperson aktiv beteiligt und mitverantwortlich für die Gestaltung des Arbeitsprozesses.

3. Explizite Widerstandsakzeptanz: Die Klientenperson wird aufgefordert, alles anzusprechen, was nicht in ihrem Sinne ist oder wo sie Veränderungsbedarf sieht. Der Umgang mit dem Widerstand der Klientenperson erfolgt gestuft. Zuerst ist es wichtig, dass die Therapeutenperson Verständnis für die Probleme der Klientenperson zeigt, dass sie gelassen auf den gezeigten Widerstand reagiert und auch explizit ausspricht, dass solche Reaktionen normal sind. Die explizite Akzeptanz bezieht sich nicht nur auf den Widerstand, sondern auf den gesamten Arbeitsprozess. Die Therapeutenperson achtet auch darauf, offen mit den Grenzen der eigenen Macht umzugehen: die Möglichkeit zu sanktionieren existiert zwar, aber etwas zu verändern bleibt alleine in der Verantwortung der Klientenperson.
4. Freundliche Hartnäckigkeit: Die Therapeutenperson vermittelt der Klientenperson, dass sie den gezeigten Widerstand registriert und akzeptiert, bleibt ihr dennoch weiterhin freundlich zugewandt und erhält das Beziehungs- und Kooperationsangebot aufrecht.
5. Strukturierte Interventionen umsetzen: (1) Problemklärung, (2) Ursachenklärung, (3) Verantwortungskklärung, (4) Alternativenklärung, (5) Zielklärung, (6) Entscheidung
6. Verantwortungszuweisung: Es wird festgelegt, wer in der Arbeitsbeziehung ganz konkret wofür verantwortlich ist. Der Verantwortungsbereich der Klientenperson wird in Abstimmung mit ihr abgesteckt; wie sie mit dieser Verantwortung umgeht und was für Handlungen sie konkret setzt, entscheidet die Klientenperson selbst. Die Therapeutenperson muss dabei immer auch die Konsequenzen aufzeigen, die gewisse Entscheidungsalternativen nach sich ziehen können.
7. Geleitetes Entdecken: Bei dieser Gesprächsstrategie werden gezielt Fragen gestellt, um die Klientenperson dabei zu unterstützen, selbst zu Einsichten zu kommen. Der Vorteil ist, dass selbst gewonnene Erkenntnisse eher verinnerlicht werden als Belehrungen, die von außen kommen. Diese Strategie ist jedoch nicht so einfach umzusetzen, da die Fragen immer eng am Entwicklungsprozess der Klientenperson ansetzen müssen, und daher die Therapeutenperson ein Verständnis davon haben muss, welcher nächste Schritt für die Klientenperson nötig sein könnte.
8. Komplementarität: Dabei wird versucht, die aktuelle interaktionelle Bedürfnislage der Klientenperson wahrzunehmen, um darauf eingehen zu können, d. h. sich zu dieser komplementär zu verhalten. (S. 219–233)

Andrews (1995) ist der Meinung, dass eine erfolgreiche therapeutische Beziehung durch deutliche Abgrenzung, eine kritische, offene Haltung und klare Autorität aufseiten der Therapeutenperson gekennzeichnet ist. (Müllern-Isberner, 1998, S. 202 zitiert nach Andrews, 1995) Unspezifischen Wirkfaktoren wie der Qualität der therapeutischen Beziehung schreibt Bassler (2008) eine wesentliche Rolle für einen gelingenden therapeutischen Prozess zu. (S. 1443–1444) Von der Klientenperson wird schließlich nichts weniger erwartet, als dass sie einem Menschen ihre intimsten Gefühle anvertraut, der dem sanktionierenden Justizsystem angehört und regelmäßig Gerichtsberichte über Behandlungserfolg, Kriminalprognose und Lockerungserprobungen verfasst. Vor diesem Hintergrund ist nicht nur die Wichtigkeit einer Vertrauensbasis offensichtlich, sondern es ist auch verständlich, dass diese nicht ganz einfach zu schaffen ist und dass die Klientenperson sich im Zwiespalt befindet, ob sie diesem Menschen nun wirklich ihre Probleme anvertrauen kann oder ob es für sie besser ist, so zu tun, als wäre alles in bester Ordnung. (Schmidt & Schwarze, 2008, S. 1483)

3.3.5. Kooperation

Erst eine transparente und offene Arbeitsatmosphäre mit klar verteilten Entscheidungskompetenzen und einer engen interdisziplinären Zusammenarbeit bietet die Grundlage für die funktionale Ausgestaltung der Therapeut-Patient-Beziehung in einem Zwangssetting (Schmidt & Schwarze, 2008, S. 1503).

Ein Klima kooperativer und konstruktiver Zusammenarbeit innerhalb des Betreuungsteams, gekennzeichnet durch offene Kommunikation und gegenseitige Wertschätzung, ist immens unterstützend. Ich-strukturell gestörte KlientInnen könnten bei Fehlen eines solchen Klimas beispielsweise ihre Spaltungen auf das Team übertragen. (Lüdeke & Pecher, 1998, S. 239–240) Wenn für Mehrdeutigkeit kein Platz ist und das Team als eine Einheit auftritt, so wird auch der Gefahr, dass das Team von der Klientenperson gespalten oder manipuliert wird, vorgebeugt. (Müller-Isberner, 1998, S. 199–200)

Die Verständigung in multiprofessionellen Teams ist mit vielen Schwierigkeiten verbunden. Je nach Bildungsschicht haben Menschen unterschiedliche Denk- und Sichtweisen entwickelt und der spezifische Sprachgebrauch in den verschiedenen Fachdisziplinen erschwert die Kommunikation. Eine professionelle Therapeutenperson lässt sich immer wieder Rückmeldung darüber geben, ob sie von MitarbeiterInnen im Betreuungsteam verstanden wird, die über weniger Fachkenntnis verfügen. Die Voraussetzung für konstruktive Zusammenarbeit liegt darin, trotz unterschiedlicher Ausbildungen und Aufgaben gemeinsame Arbeitsgrundsätze und fachliche Standards zu haben. (Wagner, 1998, S. 189–190) Eine Auseinandersetzung mit und Integration von divergierenden Ansichten kann den Horizont aller Beteiligten hinsichtlich einer holistischeren Betrachtungsweise erweitern, in der auch auftretende

Konflikte als Möglichkeit zur Weiterentwicklung wahrgenommen werden können. Leider ist eine Spaltung (TherapeutInnen versus JustizvollzugsbeamtenInnen) in der Praxis des Straf- und Maßnahmenvollzugs wesentlich häufiger anzutreffen als eine konstruktive Zusammenarbeit. Dies äußert sich dann beispielsweise darin, dass die Einwände der jeweils anderen Seite kategorisch abgewehrt werden, statt diese in jedem einzelnen Fall auf Relevanz zu prüfen. Wenn PsychotherapeutInnen das Gefühl haben, von den VollzugswachebeamtenInnen ständig boykottiert zu werden – jene sprechen sich oft gegen Lockerungen oder Entlassungen aus, da ihr primäres Ziel die Verwahrung der Gefangenen ist –, kann dies eine solche Spaltung bewirken und beispielsweise dazu führen, dass Bedenken der TherapeutInnen bezüglich einer Entlassung nicht mehr geäußert werden, da sie das Gefühl haben, sich gegen die BeamtenInnen durchsetzen zu müssen. So kann die Spaltung dann zu Fehlentscheidungen auf jeder der beiden Seiten führen und schwerwiegende Konsequenzen nach sich ziehen. (Wagner, 1998, S. 190–191)

Kooperation ist nicht nur innerhalb des Behandlungsteams wichtig, sondern betrifft auch Gerichte, AnwältInnen, BewährungshelferInnen etc. Kernbichler (1998) empfiehlt hier einen offenen „Trialog“ zwischen Klientenperson, Therapeutenperson und den anderen Beteiligten, der auch für die Realitätswahrnehmung förderlich ist. (S. 270)

Rogers (2010) verweist auf die Wichtigkeit, bei Bedarf auch mit anderen helfenden Institutionen zu kooperieren, um Ressourcen zu schaffen, damit die Klientenperson mit Unterstützung in der Lage ist, sich eine Umwelt zu schaffen, in der sie sich entfalten kann und von delinquentem Verhalten Abstand nehmen kann, oder damit sie sonstige Hilfe erhält, die sie für ihr Leben braucht. (S. 63)

In forensischen Kliniken ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit weiteren spezifischen Problemen verbunden. Etwa ist bei einem ungünstigen Behandlungsverlauf keine zeitliche Grenze der Maßnahmen mehr abzusehen, was innerhalb des Teams zu Spannungen und Belastung führen kann. Die Notwendigkeit zur fortwährenden (selbst-)kritischen Auseinandersetzung mit den eigenen Zielen und Herangehensweisen gemeinsam mit dem Team birgt bei einer unabsehbaren langen Behandlungsdauer großes Konfliktpotenzial. (Schmidt & Schwarze, 2008, S. 1484)

3.3.6. Transparenz und Rollenklärung

Die Auftrags- und Rollenklärung ist ein wesentliches Element in der Arbeit mit Menschen im Zwangskontext. (Mayer, 2009, S. 212; Trotter, 2001, Kap. 3) KlientInnen sind in diesem Setting oft mit Unsicherheiten und Ängsten konfrontiert, die zu belastenden Konfliktsituationen führen können. Je informierter die Klientenperson ist, umso mehr kann sie die Ängste abbauen und sich auf das therapeutische Geschehen einlassen. (Dietz & Pörksen 1998, S. 10) Nicht nur zu Therapiebeginn muss

der Klientenperson verständlich gemacht werden, warum die Arbeitsbeziehung besteht und welche Aufgaben damit verbunden sind, auch den weiteren Verlauf hindurch ist es nötig, dies immer wieder zu vermitteln. (Mayer, 2009, S. 213) Aufseiten der TherapeutInnen bedarf es einer grundlegenden Schulung bezüglich Ehrlichkeit, Klarheit, Offenheit, Standfestigkeit und Verantwortung. (Wittenberger Thesen, 1995, S. 23) Sie müssen sich über ihre Position, ihre berufliche Identität, ihre eigene Rolle und die damit verbundenen Aufgaben im Klaren sein, um diese auch authentisch gegenüber der Klientenperson vertreten zu können. Gerade im Zwangskontext ist also größtmögliche Transparenz vonnöten. (Kähler, 2005, S. 91, 95) Diese Transparenz bezieht sich auch auf das Festlegen und Offenlegen einer für die Klientin oder den Klienten berechenbaren Vorgehensweise, klarer Grenzen und entsprechender Interventionen bei Regelverstößen. (Gonzalez, Jöckel & Müller-Isberner, 1998, S. 160–165)

Das wichtigste Element der Rollenklärung bezieht sich auf die Bestimmung der nicht verhandelbaren Grundlagen der Psychotherapie im Zwangskontext. (Trotter 2001, S. 166) Die Voraussetzungen und Bedingungen der Beziehungsgestaltung und der auf sie wirkende Einfluss des Zwangskontextes müssen offengelegt werden. Je deutlicher das offene oder mehrfache Mandat gegenüber der Klientenperson gezeigt und thematisiert wird, desto leichter kann auch die Therapeutenperson selbst klar die eigene Position vertreten. In einer für die Klientenperson verständlichen Sprache sollten diese Sachverhalte vermittelt und jene Bedingungen dargelegt werden, die es ermöglichen den Kontakt auch wieder zu beenden bzw. die Psychotherapie abzuschließen. (Kähler, 2005, S. 93- 94)

Wenn es in extremen Situationen dazu kommt, dass die Therapeutenperson Entscheidungen trifft, die die Klientenperson als Angriff oder Einschränkung empfindet, müssen diese Entscheidungen thematisiert und begründet werden und deren zeitliche Begrenzung muss dargelegt werden. (Demand 1990, S. 402) Von Beginn des Zwangskontaktes an ist es also notwendig, größtmögliche Transparenz bezüglich der Entstehung und der Hintergründe des Zwangskontaktes zu wahren und die Rolle bzw. Aufgabenbereiche der Therapeutenperson immer wieder klar zu erläutern. (Kähler, 2005, S. 98) Dies beinhaltet auch die Offenlegung der theoretischen Hintergründe und der methodischen Vorgehensweisen der Therapeutenperson. (Trotter 2001, S. 175) Dann können erste Schritte dahingehend unternommen werden, die Klientenperson zu motivieren, in Zusammenarbeit mit der Therapeutenperson an jenen Punkten anzusetzen, die zu einer möglichst baldigen Aufhebung der Einschränkungen führen können. (Demand 1990, S. 402)

Neben der Wichtigkeit davon, Klartext zu sprechen und alle relevanten Fakten zu benennen, ist auch ein Verständnis für die Klientenperson unerlässlich. (Kähler, 2005, S. 95–96) Dieses Verständnis bezieht sich auf die Gefühle und Verhaltensweisen der Klientenperson, nicht auf ihr Delikt. Gefühle des Ekels oder des Unverständnisses bezüglich der Tat aufseiten der Therapeutenperson können im Sinne der

Transparenz bzw. der Authentizität geäußert werden. (Pleyer 1996, S. 194)

3.3.7. Ängste und negative Gefühle

Auch TherapeutInnen müssen sich mit ihren Ängsten und den Ängsten der anderen MitarbeiterInnen in der Arbeit mit KlientInnen im Zwangskontext auseinandersetzen.

Diese Ängste wie auch Aggressionen gegenüber der Klientenperson sind in der Arbeit mit SchwerverbrecherInnen zu erwartende Gefühle, mit denen die Therapeutenperson sich ganz bewusst befassen muss.

Eine besondere Herausforderung ist es im strafrechtlichen oder forensischen Kontext, dass die Therapeutenperson sich nicht selten an den Grenzen ihrer eigenen moralischen und ethischen Grundeinstellungen wiederfindet – beispielsweise wenn eine Klientenperson von ihren pädophilen Fantasien berichtet und negative Folgen dieser Handlungen für das Kind bestreitet.

Der schädliche Einfluss von Gefühlen wie Ekel oder Abneigung gegenüber der Klientenperson sollte nicht unterschätzt werden. Es ist keine leichte Aufgabe für PsychotherapeutInnen, der Aufgabe gerecht zu werden, Respekt für Menschen aufzubringen, die andere beispielsweise schwer verletzt oder getötet haben oder in welcher Form auch immer gegen die Moralvorstellungen unserer Gesellschaft verstoßen haben. (Kähler, 2005, S. 121) Kähler (2005) hebt diesbezüglich die Bedeutung von Selbstreflexion, von eingehender Auseinandersetzung mit der eigenen beruflichen und persönlichen Situation besonders hervor, da dies eine konstruktive Arbeit mit mitunter befremdlichen KlientInnen, ein Sich-Einlassen-Können auf diese überhaupt erst möglich macht. (S. 121) Hier ist Supervision ein essentieller Bestandteil bei der Unterstützung der Therapeutenperson, eigene Grenzen wahrzunehmen und mit diesen umgehen zu können – eine wichtige Rahmenbedingung dafür, dass sie der Klientenperson in konstruktiver Weise gegenübertritt und ihr das Gefühl vermitteln kann, mit ihr an einem Strang zu ziehen. (Schmidt & Schwarze, 2008, S. 1499-1500)

Besonders in der Arbeit mit KlientInnen, die zu Gewaltausbrüchen neigen, sind Ängste aufseiten der Therapeutenperson für den Beziehungsaufbau eine Herausforderung. Allein der Rahmen – etwaige Sicherungsmaßnahmen (z. B. Sitzungen in einsehbaren Räumen, Anwesenheit einer dritten Person etc.), die zum Schutz der Therapeutenperson vorgenommen werden müssen – spiegelt schon die Unberechenbarkeit der Situation wider. Das Vertrauen, das die Therapeutenperson aufbringen kann, und ihre Unbefangenheit, sensible Themen anzusprechen, kann durch die Gewalttätigkeit der Klientenperson stark beeinträchtigt werden. Beispielsweise könnte die Therapeutenperson in so einem Kontext versuchen, bestimmte Themen zu umgehen, um Wutausbrüche aufseiten der Klientenperson zu vermeiden. Schmidt und Schwarze stellen hier die Frage, ob es fachlich sinnvoll bzw. überhaupt

möglich ist, Gefühle wie Angst vor der Klientenperson zu verheimlichen. (Schmidt & Schwarze, 2008, S. 1487)

3.3.8. Gewalt

Im Zwangskontext wird häufig mit gewalttätigen und aggressiven KlientInnen gearbeitet – eine wichtige Thematik, zu der es bis heute leider nur sehr wenige Publikationen und Fachdiskussionen gibt. Mayer und Purnelis (2009) berichten, dass Vertreter aus sozialen, helfenden oder pädagogischen Berufen in ihrem Arbeitsleben immer wieder Gewalt ausgesetzt sind. (S. 349) Auf diese Tatsache sollten Fachleute bereits in der Grundausbildung vorbereitet und dafür geschult werden. Gewalttätige Angriffe treten nämlich meist nicht vollkommen unerwartet auf, sondern geschehen in der Regel nach einem bestimmten Muster. (Mayer & Purnelis, 2009, S. 351) Viele KlientInnen geben an, dass sie vor allem dann gewalttätig werden, wenn sie sich unterlegen, hilflos, entwertet etc. fühlen. Dies sind genau jene Gefühle, mit denen sich KlientInnen konfrontiert sehen, wenn sie den Eindruck haben, zur Psychotherapie gezwungen zu werden. Gewalt ermöglicht es, sich gegenüber einem überlegenen Interaktionspartner schnell durchzusetzen. Menschen, die annehmen im Recht zu sein und meinen, dass Gewalt ein gerechtfertigtes Mittel ist, setzen diese als Handlungsmöglichkeit ein – vor allem wenn sie keine Angst vor einem Beziehungsabbruch haben. (Mayer & Purnelis, 2009, S. 352)

Für einen professionellen Umgang mit gewalttätigen oder bedrohlichen KlientInnen ist es wichtig, zum Schutz der MitarbeiterInnen alle diesbezüglichen Vorfälle im Team bekannt zu geben. Schon verbale Drohungen sollten hier ernst genommen werden. Bei tätlichen Angriffen muss überdies die Polizei informiert werden. (Mayer & Purnelis, 2009, S. 353- 354)

Trainingsprogramme zum richtigen Umgang mit Aggression sollten folgende Punkte beinhalten:

1. Wissen über Gewalt und Aggression: betrifft die verschiedenen Gewaltformen, die Folgen davon, die Ursachen und wie eine typische Angriffsphase aussieht.
2. Besprechen eigener Opfererfahrungen und der Auslöser für eigenes aggressives Verhalten.
3. Phasenspezifische Handlungsstrategien, die sich darauf beziehen zu zeigen, anhand welcher Kriterien eine Risikoeinschätzung möglich ist, welche Sicherheitsvorkehrungen auf Basis der Ergebnisse dieser Risikoeinschätzung getroffen werden müssen und welche Deeskalationsstrategien möglich sind. Dabei ist es wichtig, erkennen zu lernen, wann es Zeit ist von der Deeskalation in die Abgrenzung überzugehen, und wie es möglich ist, sich in eskalierenden Situationen abzugrenzen. Schließlich ist es natürlich auch von großer Wichtigkeit, zu wissen, wann man von der Abgrenzung zum Selbstschutz übergehen sollte.

4. Zugang zu emotionalen Ressourcen durch Selbstbehauptungsübungen, wobei das Empfinden von Entschlossenheit im Vordergrund steht.
5. Individuelle Vorbereitung auf kritische Situationen.
6. Auseinandersetzung mit Fragen die Sicherheit der Einrichtungen betreffend: welche Vorkehrungen gibt es, wie werden aggressive Vorfälle gehandhabt etc. (Mayer & Purnelis, 2009, S. 357–359)

Wenn es zu einem gewalttätigen Vorfall vonseiten der Klientenperson kommt, ist es wesentlich, diese in der sensiblen Phase danach zu betreuen. Oft werden Schuldgefühle, Scham und auch Angst vor Sanktionen erlebt. Die Klientenperson versucht, den Vorfall einzuordnen und sich von diesen Schuld- und Schamgefühlen zu befreien. Wird sie dabei alleingelassen, kommt es häufig zu einer dysfunktionalen inneren Verarbeitung. Das bedeutet, dass beispielsweise die Verantwortung dafür jemand anderem zugeschoben wird, das Verhalten bagatellisiert oder rationalisiert wird. Wenn dies geschieht, ist das Risiko einer Wiederholung sehr hoch. Daher ist es immens wichtig, den Vorfall aufzuarbeiten. Dieser Aufarbeitungsprozess sollte davon geprägt sein, dass die Klientenperson Verantwortung für den Vorfall übernimmt, erkennt wie es dazu kommen konnte und dass sie mit den Folgen der Tat konfrontiert wird. (Mayer & Purnelis, 2009, S. 362–363)

3.3.9. Widerstand

Professionelle TherapeutInnen werten abwehrende Reaktionen der Klientenperson nicht als Ausdruck persönlichen Widerstands, sondern als normale Reaktion auf die Einschränkung der persönlichen Autonomie und den damit verbundenen Ängsten. (Stadt Dormagen 2001, S. 49) Diese Reaktanzphänomene lassen sich abbauen, indem mehr Wahlmöglichkeiten und Entscheidungsspielräume aufgedeckt werden. Dies ist förderlich für die Kooperationsbereitschaft, täuscht die Klientenperson aber nicht darüber hinweg, dass es auch Aspekte des Kontrollauftrages gibt, die sich nicht verhandeln lassen. (Mayer, 2009, S. 214) Statt direkt Widerstände aufseiten der Klientenperson anzusprechen und für Veränderungen zu argumentieren, halten es etwa Schmidt und Schwarze (2008) für sinnvoller, mögliche andere Perspektiven zu thematisieren. (S. 1496) Dies deckt sich mit der Erfahrung von Conen (1999), dass es bei den betroffenen Personen zu einer Abwehrreaktion führt, wenn Kritik bzw. eine Aufforderung zur Verhaltensänderung geäußert wird. Statt also selbst Kritik zu äußern, sollte die Therapeutenperson die Institution und jene Menschen zum Thema machen, die die Klientenperson kritisieren und die auch die Initiatoren für die verpflichtende psychotherapeutische Maßnahme waren. (S. 285)

3.3.10. Machtmissbrauch

Es besteht vor allem im Maßnahmenvollzug immer die Gefahr des Machtmissbrauchs, vor allem da es bei ungünstigem Therapieverlauf, einem Mangel an Motivation und unzureichender Mitarbeit vonseiten der Klientenperson nicht einfach möglich ist, diese wie in anderen Kliniken einfach zu entlassen. Hier werden die MitarbeiterInnen dann tagtäglich mit dem ausbleibenden Behandlungserfolg konfrontiert – ohne eine absehbare Ende. Geht dies noch mit einer subjektiv empfundenen hohen Arbeitsbelastung durch die Klientenperson einher, steigt die Bereitschaft zu Machtmissbrauch an, der sich auf sehr vielfältige Art und Weise bemerkbar machen kann: Duzen, Unfreundlichkeit, abwertende Äußerungen, Fokussierung auf unangemessene Anforderungen (Körperhygiene, Diät etc.), willkürliche Entscheidungen, Kontrollen, Misstrauen, unangemessene Sanktionen etc. Je länger die Beschäftigungsdauer, umso höher das Risiko der Generalisierung solch unkonstruktiver Verhaltensweisen und die Blindheit gegenüber den negativen Auswirkungen auf die Therapeutenperson-Klientenperson-Beziehung. (Schmidt & Schwarze, 2008, S. 1487-1488)

In totalen Institutionen übernimmt das Behandlungsteam zudem eine übermäßige Verantwortung für die Lebensgestaltung der InsassInnen. Dies wirkt sich negativ auf die Entwicklung von Autonomie, Selbstvertrauen und Veränderungsmotivation der Klientenperson aus, die die Kontrolle oft als ungerechtfertigt erlebt und sich unverstanden und abgelehnt fühlt. Diese Gefühle begünstigen in der Folge Reaktanzverhalten und entstehen außerdem auf einem Nährboden von etlichen ungünstigen Beziehungserfahrungen in der Vergangenheit vieler KlientInnen, die dem Entwickeln einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung im Weg stehen. Um der Entwicklung von übermäßiger Kontrolle entgegenzuwirken, ist es sinnvoll, sorgfältig einen Behandlungs- und Therapieplan gemeinsam mit der Klientenperson zu erstellen, worin auch die Pflichten (Vollzugsziele im Sinne der Besserung und Sicherung) und Rechte (persönliche Bereiche) der Klientenperson festgehalten werden. Das Behandlungsteam hat die eigene Motivation laufend selbst zu überprüfen und sich zu fragen, wozu die Maßnahmen dienen und ob es nicht Gefahr läuft, sich an seinen eigenen Maßstäben zu orientieren oder die Autonomie der Klientenperson unnötig einzuschränken (z. B. Körperpflege, Streitigkeiten mit MitinsassInnen, Aussehen etc.). (Schmidt & Schwarze, 2008, S. 1485, 1499)

3.3.11. Täuschung

Täuschung ist ein Phänomen, das im Zwangskontext nicht selten auftritt: die Therapeutenperson wertet die eigene Arbeit ab und argumentiert, dass ihre Tätigkeit in diesem Setting fruchtlos und die Klientenperson nicht motiviert sei. Die Zeit wird mit Pseudoaktivitäten anstelle von echter therapeutischer Arbeit gefüllt. Laut Wagner und Werdenich (1998) ist dieses Vortäuschen von

ernsthafter psychotherapeutischer Arbeit Teil des korrumpierenden Potentials totaler Institutionen. (S.40) Für einen weiteren korrumpierenden Faktor halten Wagner und Werdenich (1998) das Verheimlichen der eigenen Machtposition. Sie sprechen sich daher für den Einsatz routinierter, qualifizierter und reflektierter TherapeutInnen in der Lehrtherapie aus, die in dieser auch machtvollen Situation angemessen arbeiten können. In der Praxis zeigt es sich allerdings, dass die therapeutische Arbeit in der institutionellen Praxis mit benachteiligten Menschen negativ bewertet und auch schlecht bezahlt wird. (S. 41)

3.3.12. Misstrauen, Kontrolle und Sanktionen

Wagner und Werdenich (1998) meinen, dass nicht die Sekundärmotivation das Spezifische für die Psychotherapie im Zwangskontext ist, sondern das Misstrauen, mit der der Klientenperson begegnet wird. Es wird viel therapeutisches Geschick verwendet, um zu prüfen, was die Klientenperson wirklich will und ob die gemachten Angaben wirklich stimmen. (S. 43)

In totalen Institutionen kommt noch die fehlende Privatsphäre hinzu. Die Klientenperson ist stets unter Beobachtung, jeder Streit, der Weg ins Bad etc. – alles wird dokumentiert und bewertet und auch der Therapeutenperson mitgeteilt. Außerhalb des Zwangskontextes allerdings wird es als legitim akzeptiert, dass die Klientenperson subjektiv und auch verzerrt von ihrem Alltagsgeschehen berichtet, ihr Handeln wird nicht „objektiv“ beobachtet und Diskrepanzen werden nicht als mangelnde Offenheit oder Kooperation ausgelegt. (Schmidt & Schwarze, 2008, S. 1484–1485)

Die Verhaltenssteuerung durch Belohnung und Bestrafung ist ein simples Modell, für dessen Anwendung keine Psychotherapie-Ausbildung notwendig ist. Unerwünschtes Verhalten zu sanktionieren kann also gewissermaßen als Entwertung der psychotherapeutischen Arbeit gesehen werden. Wenn die Situation es verlangt, können gewisse Einschränkungen und einen gewisses Maß an Kontrolle dennoch sinnvoll sein. (Wagner & Werdenich, 1998, S. 43; Schmidt & Schwarze, 2008, S. 1485) Sieht die Therapeutenperson beispielsweise, dass die Klientenperson mit den Vollzugslockerungen nicht in adäquater Weise umgehen kann, kann sie – statt zu probieren, die Klientenperson mithilfe von Belohnung und Bestrafung zu steuern – versuchen mit der Klientenperson neue Lösungswege zu finden oder die Justizanstalt bitten, die Lockerungen vorübergehend auszusetzen. Diese Vorgehensweise würde am ehesten der Psychotherapie als Dienstleistungsmodell entsprechen. (Wagner & Werdenich, 1998, S. 43-44)

Wenn hingegen grundsätzlich Psychotherapie nach dem Dienstleistungsmodell angeboten, im Bedarfsfall vom Therapeuten aber auf die institutionelle Macht zurückgegriffen wird, Sanktionen zur Verhaltenssteuerung einzusetzen, ist die Dienstleistungsakrobatik als wenig probates Mittel entlarvt. (Wagner & Werdenich, 1998, S. 44)

Wagner und Werdenich (1998) halten die Motivationsprüfung der Klientenperson für überschätzt. In totalen Institutionen ist es möglich, die Aussagen der KlientInnen ihrer Lebenspraxis gegenüberzustellen – eine Möglichkeit, die normalerweise in einer Therapiesituation nicht zur Verfügung steht, da die Therapeutenperson darauf angewiesen ist, dass die Klientenperson selbst die Diskrepanz zwischen ihrem Handeln und den Zielen thematisiert. (S.44)

Während es also in normalen Therapiesitzungen akzeptiert wird, daß die Mitteilungen eines Patienten über seine Lebenssituation, sein Verhalten im Alltag subjektiv gefärbt oder verzerrt sind, erlaubt die totale Institution den geschärften Blick auf den Alltag des Patienten. (Wagner & Werdenich, 1998, S.44)

Die Ergebnisse der Kontrolle werden dann auch wieder zum Gegenstand der Therapie, die dadurch vermehrt konfrontative Elemente enthält und der Klientenperson zeigt, dass sie sich in einer Situation befindet, in der sie kontrolliert, beobachtet, analysiert und bewertet wird. (Wagner & Werdenich, 1998, S.44)

Wagner und Werdenich (1998) weisen allerdings auch darauf hin, dass im Zwangskontext auch das reine, absichtslose Beziehungsangebot am Auftrag vorbeigehen kann. Wenn die Klientenperson keinerlei Veränderungswunsch an den Tag legt und die Therapeutenperson aus Angst, die Beziehung zu verlieren, jegliches konfrontative Element meidet, kann kein Arbeitsbündnis entstehen. Die Therapeutenperson verbündet sich dann nur mit der Abwehr der Klientenperson und die Psychotherapie findet nur zum Schein – für den Auftraggeber – statt. (S. 44-45)

Das Einleiten von Sanktionen bei Regelverstößen ist ein sehr sensibler Verantwortungsbereich, mit dem die Therapeutenperson sich im Zwangskontext konfrontiert sehen kann. Bei gewalttätigen Handlungen kann es sogar erforderlich sein, die Klientenperson abzusondern oder eine Zwangsmedikation zu verordnen. Die Personalunion der therapierenden und gleichzeitig sanktionierenden Therapeutenperson birgt in sich das Potential, zu einem erheblichen Bruch in der Therapeuten-Klientenperson-Beziehung zu führen. (Schmidt & Schwarze, 2008, S. 1485) Rotthaus (1998) plädiert daher dafür, dass die Verantwortung für die Psychotherapie und für Kontrollaufgaben nicht der gleichen Person obliegen sollte, da es nicht ohne Verwirrungen möglich ist, der Klientenperson einerseits Hilfe anzubieten und andererseits Druck auf sie auszuüben. (S. 274) Schmidt und Schwarze (2008) erachten es jedoch für hilfreich und sinnvoll, wenn bei der Durchführung von Sanktionen die Therapeutenperson anwesend ist, um für Deeskalation zu sorgen und um die Nachvollziehbarkeit zu gewährleisten. Die Therapeutenperson sollte aber keinesfalls selbst an körperlichen Zwangsmaßnahmen beteiligt sein, da eine therapeutische Beziehung von solchen (teilweise retraumatisierenden) Übergriffen frei bleiben muss. Bei länger andauernden Sanktionsmaßnahmen ist es wichtig, dass die Therapeutenperson fortwährend Gesprächsbereitschaft signalisiert. (S. 1498-1499)

3.4. Anforderungen an die Therapeutenperson

Freese (1998) benennt einige Grundvoraussetzungen für wirkungsvolle (psycho-)therapeutische Arbeit und betont, dass dieses Therapieverständnis besonders im Maßnahmenvollzug mit kriminologischer Fachkompetenz einhergehen muss. Zuerst ist es wichtig, dass die Therapeutenperson ein Gesamtbild ihrer Klientenperson entwickelt und sich auch auf fundierter theoretischer Basis mit den Hintergründen ihres Verhaltens auseinandergesetzt hat. Weiters muss das Verhältnis von Therapeuten- zu Klientenperson ein therapieförderliches sein, in dem die Therapeutenperson eine verstehend-dialogische Grundhaltung einnimmt, und in dem auch emotionalen Beziehungen Raum gegeben wird und Übertragungsphänomene beachtet werden. (S. 215)

Das wünschenswerte Repertoire einer im Zwangskontext arbeitenden Therapeutenperson enthält weiters unter anderem die Fertigkeit, verschiedene Wahlmöglichkeiten mit einer Klientenperson zu entwickeln, denn das Erweitern der Wahlmöglichkeiten vermindert die Reaktanz und erhöht die Motivation der Klientenperson. (Kähler, 2005, S. 106–107)

Gerade im Straf- und Maßnahmenvollzug muss ein höherer Qualitätsanspruch gelten als in der freien Praxis, da mitunter das Risiko der Fremdgefährdung besteht. Es bedarf einer genauen Risikoeinschätzungen, Entscheidungen können weitreichende Konsequenzen haben und müssen daher professionell vor einem Hintergrund solider fachlicher Kompetenz getroffen werden. (Parfy & Wagner, 1998, S. 377) Auch eine umfangreiche Falldarstellung ist dabei erforderlich. Sie beinhaltet eine genaue Auseinandersetzung mit Prozessunterlagen und etwaigen Unterlagen früherer Krankengeschichten. Sowohl das Aktenstudium und das Erstellen relevanter Unterlagen als auch eine umfassende soziale Anamnese sind Voraussetzung für professionelle therapeutische Arbeit. (Wenko, 1998, S. 176)

Dieses Setting verlangt überdies nach ständiger themenspezifischer Weiterbildung, um die fachlichen Bewältigungsformen zu erweitern. (Schmidt & Schwarze, 2008, S. 1500)

Nicht nur die Anforderungen der äußerst inhomogenen und problembehafteten Klientengruppe im Maßregelvollzug sind entscheidend für die Herangehensweisen und Modelle. Das gesamte Betreuungsteam – und hier speziell die TherapeutInnen – kann durch eine fundierte Ausbildung und einen kontinuierlichen, außer Haus stattfindenden Supervisionsprozess nicht nur für qualitativere Behandlungsmöglichkeiten sorgen, sondern auch die Sicherheit für TherapeutInnen und KlientInnen erhöhen. (Gutierrez, 1998, S. 151)

3.4.1. Direktives Steuern und Strukturieren

Im forensischen Bereich sind laut Freese (1998) Therapieformen, in denen der aktive Part der

Klientenperson zufällt, kontraindiziert. (S. 211) Kähler (2005) geht davon aus, dass es zu Beginn der Kontaktaufnahme nötig ist, die Erstgespräche stärker zu strukturieren und dabei eine direktivere Gesprächsführung zu wählen, als dies bei freiwilligen KlientInnen der Fall wäre. (Kähler, 2005, S. 110) Gerade in der forensischen Psychiatrie stehen klar strukturierte, transparente Interventionen im Vordergrund. (Gretenkord, 1998, S. 77)

3.4.2. Grenzen setzen

Die Therapeutenperson muss in der Lage sein, klare Grenzen zu setzen und sich klar zu positionieren, da viele KlientInnen die Verantwortung für ihr Handeln abwehren. Die Kunst ist, sich auf die Klientenperson einzulassen und sich gleichzeitig von ihrer Verantwortungslosigkeit abzugrenzen. (Pleyer 1996, S. 195)

3.4.3. Selbstverständnis

Eine prinzipielle Herausforderung an PsychotherapeutInnen, die im Zwangskontext arbeiten, ist der Umstand, dass sich innerhalb der Psychotherapie-Gemeinde ein regelrechtes Zwei-Klassen-System entwickelt hat: PsychotherapeutInnen, die mit motivierten KlientInnen arbeiten, gehören der ersten Klasse an, PsychotherapeutInnen, die mit unmotivierten KlientInnen arbeiten, gehören zur zweiten Klasse. Letztere fühlen sich kritisiert, negativ bewertet und einem erheblichen Veränderungsdruck ausgesetzt. Gleichzeitig werden sie aber von KollegInnen der ersten Klasse dann in Anspruch genommen, wenn diese an ihre Grenzen stoßen. Das bedeutet: wenig Anerkennung für eine Arbeit, die mit großen Herausforderungen und oft mit geringer Bezahlung verbunden ist. (Conen, 1999, S. 284)

Unfreiwillige, unmotivierte KlientInnen stellen tatsächlich auf verschiedenen Ebenen eine Herausforderung für PsychotherapeutInnen dar, der sich nicht jede/r stellen möchte. Einer Ablehnung dieser KlientInnen dient PsychotherapeutInnen dazu, eine bestimmte Klientengruppe fernzuhalten. Sie vermeiden dadurch, sich mit anderen, dem veränderten Setting angemessenen Kooperationsformen auseinandersetzen zu müssen, sich auf neue, ungewohnte Weise auf KlientInnen einzulassen, deren Erfahrungen und Ideen miteinzubeziehen und die eigenen, mittelschichtorientierten Werte als Maßstab in Frage zu stellen. Sie wagen sich also nicht an die Grenzen des eigenen professionellen Handelns vor und sehen sich so nicht mit KlientInnen konfrontiert, die möglicherweise gar keine Hilfe annehmen wollen oder denen nicht geholfen werden kann. (Conen, 1999, S. 287)

KlientInnen im Zwangskontext bringen oft mehr oder weniger deutlich zum Ausdruck, dass sie die therapeutische Maßnahme keineswegs wünschen, brauchen oder für sinnvoll halten und dass sie daran nur beteiligt sind, weil sie dazu verpflichtet wurden, dass also von ihnen keinerlei über die

Mindestanforderung hinausgehende Kooperation zu erwarten sei. Dies empfinden PsychotherapeutInnen vielfach als eine offene Kränkung ihrer beruflichen Identität. Oftmals hängt dann die Entscheidung, ob eine Therapie sinnvoll ist und durchgeführt werden soll oder nicht, davon ab, wie gut die Therapeutenperson mit der erlittenen Kränkung umgehen kann. (Rauchfleisch, 1993, S. 285–286).

3.5. Auswirkungen des Zwangsaspekts auf die Klientenperson

3.5.1. Reaktanz

Droht einem Menschen der Verlust seiner wertvollen Freiheit, so ist das Phänomen der Reaktanz eine sehr oft beobachtete und eine ebenso verständliche Auswirkung. Die Reaktanztheorie von Brehm (2009) geht von der Annahme aus, dass Menschen sich gegen Einschränkungen ihrer Entscheidungsspielräume auflehnen. (S. 377–390) Dies ist umso mehr der Fall, je unberechtigter, gravierender und umfassender die Einschränkungen erlebt werden (Hartung 2006, S. 71) Objektive Merkmale der Einschränkung können subjektiv sehr unterschiedlich wahrgenommen werden. Eine Person mag die Einschränkung als starke Bedrohung ihrer Entscheidungsspielräume und ihrer Autonomie empfinden, während hingegen eine andere Person sie als Entlastung und willkommene Abnahme von Entscheidungen erlebt. Von Reaktanz wird nur gesprochen, wenn die Person die Einschränkung tatsächlich als Einengung empfindet und darauf mit offener Rebellion oder subtileren Formen der Auflehnung reagiert. (Kähler, 2005, S. 63–64) Um hier adäquat reagieren zu können, bedarf es laut Kähler (2005) einer speziell darauf ausgerichteten Vorbereitung in der Ausbildung (S. 66)

In einer Studie, bei der Fachkräfte befragt wurden, welche Reaktionen auf „Zwangskontext“ sie von KlientInnen am häufigsten erlebt haben, ergab sich folgende Gewichtung, wobei die am häufigsten vorkommenden Reaktionen als erstes angeführt werden:

- Missverstehen bzw. Nichteinhalten von getroffenen Vereinbarungen.
- Termine ignorieren.
- Eskalation von Problemen in anderen Bereichen des Lebens.
- Passivität/Resignation bzw. die Therapie „über sich ergehen lassen“.
- Verbergen von Vorbehalten hinter einer vermeintlich engagierten Kooperation.
- Versuche, sich durch „Schmeicheleien“ beliebt zu machen.
- Versuch, von sich und eigenen Problemen durch Einbezug anderer Personen abzulenken.
- Zweifel an der Sinnhaftigkeit der Psychotherapie und ein Absprechen der Fachkompetenz der

Therapeutenperson. (Kähler, 2005, S. 65-66)

Im Zuge dieser Befragung führten 19 Fachkräfte noch weitere typische Reaktionen von KlientInnen auf „Zwangskontext“ an:

- Austesten der Regeln.
- Verständnislosigkeit vortäuschen (z. B. sprachlich).
- Weigerung zur Krankheitseinsicht und Selbstüberschätzung.
- Anpassung an vermutete Erwartungen.
- Abwehrverhalten (z. B. sich zu verschließen oder Probleme zu leugnen).
- Nicht die Verantwortung übernehmen.
- Ansprechen von unwesentlichen Problemen, um von dem tatsächlichen Problem abzulenken. (Kähler, 2005, S. 66–67)

Diese Aufzählung erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit, sondern hat die häufigsten Punkte, die genannt wurden, zusammengefasst. (Kähler, 2005, S. 67)

Es wurde empirisch nachgewiesen, dass bei von außen initiierten Kontakten viele Reaktionen der Klientenperson als Formen von Reaktanz interpretiert werden können. Diese Verhaltensweisen als „Widerstand“ zu kennzeichnen, liegt nahe – der negativ etikettierende Charakter dieses Begriffs ist für einen konstruktiven Umgang mit dieser laut Hesser (2001) normalen Reaktion auf die Drohung von Verlust von Freiheit aber wenig förderlich. (S. 30) Rooney (2009) plädiert folgerichtig dafür, den Begriff Widerstand in diesem Zusammenhang zu vermeiden und stattdessen das Verhalten der KlientInnen als normalen Ausdruck der Reaktanz auf externen Druck und auf die damit verbundenen Einschränkungen der eigenen Autonomie aufzufassen. (S. 102–114) Wenn Fachkräfte den Terminus Widerstand benutzen, vermutet Rooney (2009) dahinter eher einen Ausdruck ihrer eigenen Unzufriedenheit über den Mangel an Bereitschaft zur Zusammenarbeit. Eine akzeptierende Haltung gegenüber den verschiedenen Formen mangelnder Kooperation dürfte umso aussichtsreicher sein, je stärker der aus der Perspektive der KlientInnen damit verbundene mögliche Sinn in Betracht gezogen wird. (S. 124–126)

Conen (1999) sieht hinter ablehnenden Verhaltensweisen der KlientInnen verschiedene nutzbare Kräfte oder Eigenschaften verborgen. So könnten sie auf Entschlossenheit und Stärke schließen lassen (die die KlientInnen in anderen Bereichen auch entwickeln könnten), auf den Wunsch, die Selbstachtung aufrechtzuerhalten und eigene Vorstellungen zur Problemlösung umzusetzen, auf den Wunsch – und auch die Fähigkeit –, dem Umfeld Grenzen zu setzen, oder auch auf den Versuch, sich selbst vor Hoffnung und damit vor neuerlicher Enttäuschung zu schützen. (S. 287)

3.5.2. Therapiemotivation

Eine Psychotherapieweisung bzw. der Zwangskontext lässt keine Rückschlüsse auf den Veränderungswunsch der Klientenperson zu oder auf ihre Motivation, sich auf eine Psychotherapie einzulassen. (Cirillo, 1995, S. 15) Manchmal wird ein innerer Leidensdruck subjektiv als stärker und zwingender empfunden als eine gesetzliche Weisung zur Psychotherapie. (Kähler, 2005, S. 43) In diesem Kapitel wird erläutert, welche Rolle die Therapiemotivation im Zwangskontext spielt und welche Schlussfolgerungen sich daraus für die therapeutische Arbeit ableiten lassen. Denn laut Kernbichler (1998) kann keine vollständige Eigenmotivation vonseiten der Klientenperson erwartet werden, da dies bedeuten würde, dass sie ein zentrales Symptom ihrer Störung alleine bewältigen müsste. (S. 268) Um darauf adäquat eingehen zu können, ist es also unumgänglich, jene Faktoren zu benennen, die eine Therapiemotivation fördern bzw. ihr hinderlich sein können.

Das sogenannte „klassische“ Konzept von Therapiemotivation geht auf Freud zurück und lässt sich mit den Begriffen „Leidensdruck vs. Krankheitsgewinn“ umschreiben. Tatsächlich wird Therapiemotivation in der Praxis oft mit Leidensdruck gleichgesetzt – einem Begriff, der die subjektive Bedeutung, die Linderung des Leides als Motivation für die Behandlung, in den Vordergrund stellt. (Dahle, 1998, S. 100) Gerade in Bezug zu StraftäterInnen weist dieses klassische Konzept allerdings Mängel auf, was auch empirisch belegt wurde. (Dahle, 1994, S. 228–229)

Ein Modell zur Therapiemotivation bei StraftäterInnen in Haft wurde von Dahle (1995) entwickelt. Die darin beschriebenen Faktoren können folgendermaßen zusammengefasst werden:

1. Therapieerfolgsmotiv: Das Belastungserleben durch psychische Störungen motiviert zur Therapie.
2. Hafterleichterungsmotiv: Im Vordergrund steht die Verminderung des Ausmaßes der Belastungen durch Sanktionen und die Verbesserung der Haftsituation.
3. Therapiebewertung: Wertschätzung/Verständnis für und Erfolgserwartung durch das psychotherapeutische Angebot.
4. Therapiebezogene Handlungskompetenz: Das Ausmaß des vorhandenen Vertrauens der Klientenperson in ihre eigene Veränderungsfähigkeit.
5. Haftressentiments: Grad des Misstrauens gegenüber Justiz und Strafvollzug. (S. 40–41; Kap. 16)

Auch Handlungsmotive spielen eine wesentliche Rolle bei der Entstehung von Motivation. Dahle (1998) verweist noch auf weitere Voraussetzungen, die Einfluss auf das Zustandekommen einer Psychotherapie haben: Wie groß etwa die Hoffnung ist, dass die Therapie die geeignete Strategie darstellt, und wie die Chancen empfunden werden, das Ziel auf einem einfacheren Weg zu erreichen, oder ob die Klientenperson über die innere Überzeugung und die notwendigen Kompetenzen zur

Verwirklichung und Umsetzung der Ziele verfügt. Gerade bei Randgruppen und Menschen aus sogenannten bildungsfernen Schichten ist ein verzerrtes, diffuses Bild von Psychotherapie verbreitet und es fehlt sowohl das Vertrauen, Therapie als Mittel zur adäquaten Problemlösung anzusehen, als auch das Vertrauen in die eigene Handlungskompetenz. Das Positive daran ist, dass die „instrumentelle Seite“ der Therapiemotivation (also die Auffassung der Klientenperson von Psychotherapie) leichter zu beeinflussen ist als der Leidensdruck, der das subjektive Empfinden der Klientenperson bezüglich des Therapieerfolgs darstellt. (S. 102–103)

Conen (1999) unterstreicht auch die Wichtigkeit der Hoffnung auf positive Veränderungsmöglichkeiten. Ohne diese Hoffnung ist es kaum möglich, sich auf ein Hilfsangebot einzulassen. Bei vielen KlientInnen ist diese Hoffnung durch materielle und soziale Deprivationsprozesse zum Teil über Generationen hinweg zerstört worden und viele haben die Erfahrung gemacht, dass Veränderung sogar negativ ist. Menschen, die wir in Zwangskontexten antreffen, haben oft mit Hoffnungs- und Perspektivlosigkeit zu kämpfen, mit mangelndem Vertrauen in ihre eigenen Fähigkeiten und untergrabenem Glauben an positive Veränderungen. Hier ist es unerlässlich, den Fokus in der psychotherapeutischen Begleitung auch auf den Ausbau diesbezüglicher Fähigkeiten und Ressourcen in den KlientInnen zu legen. (S. 288)

Im strafrechtlichen Kontext ergibt sich noch die weitere Besonderheit, dass die Freiheitsbeschränkung selbst schon Widerstand hervorruft. Dass es nicht möglich ist, den Zustand der Freiheit wiederherzustellen, führt meist zu Misstrauen, Aggression und Feindseligkeit gegenüber der vermeintlich verursachenden Institution und deren Hilfsangebote werden dementsprechend eher abgelehnt. (Dahle & Steller 1990, S. 31–32) Desweiteren haben viele StraftäterInnen schon vor ihrer Haft Psychotherapieerfahrungen gemacht, die als unangenehm oder nicht hilfreich empfunden wurden. Zusätzlich spielt oft noch die Bindung an andere MitinsassInnen eine Rolle und das Misstrauen gegenüber dem Anstaltspersonal. All diese Faktoren schaffen eine eher ungünstige Ausgangssituation für die Therapiebereitschaft. (Bosold, 2008, S. 148)

Beim „klassischen“ Motivationskonzept steht nur die Linderung von Leid im Vordergrund, im Straf- und Maßnahmenvollzug kommt hingegen noch als weiteres Motiv die Hoffnung auf positive Auswirkungen der Psychotherapie auf die strafrechtlichen Sanktionen hinzu. Dies kann sich auf die Verlegung auf eine angenehmere, therapeutisch orientierte Abteilung beziehen, zügigere Gewährung von Lockerungen und sogar eine vorzeitige Entlassung. Das heißt, neben dem Wunsch nach Therapieerfolg trägt die Hoffnung auf Sanktionserleichterungen zur Therapiemotivation bei. (Dahle, 1998, S. 104; Kernbichler, 1998, S. 268) Solch eine Sekundärmotivation ist durchaus die Regel, sie ist aber kein Spezifikum der forensischen Psychotherapie, sondern findet sich auch in anderen Kontexten, in welchen KlientInnen drohende Nachteile vermeiden wollen, wie z. B. ihren Arbeitsplatz oder ihre

Partnerschaft zu verlieren. (Wagner & Werdenich, 1998, S. 98)

Die extrinsische Sekundärmotivation im Sinne von Erwartungen von Vollzugslockerungen oder besseren Entlassungschancen reicht für eine Erfolg versprechende Psychotherapie, die auf langfristige und stabile Veränderungen im Verhalten einer Person abzielt, zwar nicht aus, kann jedoch genutzt werden, um ein Minimum an Selbstverantwortung und Eigeninitiative zu fördern. (Schmidt & Schwarze, 2008, S. 1488–1489)

Laut Kernbichler (1998) ist es die Aufgabe der Therapeutenperson, in der ersten Phase der Psychotherapie die mögliche Eigenmotivation der Klientenperson zu fördern. (S. 268) Dahle (1995) ist hingegen der Ansicht, dass die Motivierung der Klientenperson im Zwangskontext ein integraler und andauernder Bestandteil der Therapie sein sollte, der sich nicht lediglich auf eine kurze Phase am Beginn der Therapie beschränkt. (S. 196–197) Die Therapeutenperson kann in der Therapie versuchen – oft auch über einen langen Zeitraum hinweg –, die intrinsische Motivation zu fördern, auch wenn die Klientenperson kein eigenes Interesse an der therapeutischen Arbeit hat. (Schmidt & Schwarze, 2008, S. 1489). Ohne wahrhaftige Eigenmotivation aufseiten der Klientenperson können Veränderungen allerdings bestenfalls oberflächlich geschehen. (Näf, 2009, S. 138)

Fehlende Motivation stellt nicht einfach ein zu beseitigendes Defizit dar, sondern resultiert aus dem Zusammenspiel von Bedürfnissen (z. B. Autarkiewunsch, Selbstachtung), Erwartungen/Befürchtungen (z. B. Vertrauensmissbrauch), dem Selbstkonzept eigener Fähigkeit und individuellen Verarbeitungsmustern, die ihrerseits Gegenstand therapeutischer Bemühungen sein können. (Behnke & Endres, 2008, S. 114)

Das motivationale Geschehen wird auch von der sozialen Herkunft und der dadurch entstandenen sozialen Realität beeinflusst sowie vom forensischen oder psychiatrischen Setting. (Dahle, 1998, S. 104) Kähler (2005) nennt weiters die Abhängigkeit der inneren Motivation und der Bereitschaft zur Therapie von Pullfaktoren (Anreizen) und Pushfaktoren (Druckmittel) und davon, wie diese individuell von der Klientenperson wahrgenommen werden. Die Therapiemotivation aus diesem Blickwinkel zu betrachten, kann das Denken in polaren Gegensatzpaaren auflösen. Die Chance innerhalb des Zwangskontextes liegt darin, dass es durch das Thematisieren der Vor- und Nachteile (Push- und Pullfaktoren) möglich wird, von außen auch an der inneren Motivationsgrundlage zu arbeiten. (S. 43-45, 86) Daher kann das erste Ziel im Zwangskontext sein, mit einer unfreiwilligen Klientenperson motiviert an einer diesbezüglichen Problemlösung zu arbeiten. (Gumpinger, 2001, S. 17)

Eine wichtige Aufgabe der Therapeutenperson ist es herauszufinden, inwiefern eine Eigenmotivation aufseiten der Klientenperson unabhängig von den Push- und Pull-Faktoren aus dem Netzwerk besteht und ob sie eine ausreichende Basis für eine tragfähige therapeutische Arbeitsbeziehung bietet bzw. wenn nicht, die Eigenmotivation dahingehend zu fördern. (Kähler, 2005, S. 24; Mayer, 2009b, S. 255) Der tatsächliche Entwicklungsstand der Motivation aufseiten der Klientenperson bildet also den

Ausgangspunkt für einen sukzessiven Aufbau von eigenmotivierter Partizipation und von Bereitschaft zur Veränderung. (Mayer, 2009, S. 255)

Für StraftäterInnen lohnt es sich, mit einer Therapeutenperson zusammenzuarbeiten und das schafft Anreize. Das birgt einerseits die Gefahr, dass die Klientenperson sich nur oberflächlich auf die Therapie einlässt und in Wahrheit keine echten Veränderungsabsichten hat. Andererseits aber kann es auch eine Chance sein, dass ein positiver Veränderungsprozess in Gang kommt. (Kähler, 2005, S. 90)

Unter PsychotherapeutInnen ist noch immer die Meinung verbreitet, dass die primäre Eigenmotivation in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Therapieerfolg steht. In Wahrheit spielt sie dabei nur eine untergeordnete Rolle.

Für den sinnvollen Verlauf der Psychotherapie ist es wesentlich, sich mit dem erweiterten Modell von Therapiemotivation auseinanderzusetzen und das spezifische Motivationsprofil der Klientenperson festzustellen. So können relevante Zusammenhänge erfasst und dadurch die vorhandenen Defizite verändert werden. Ist etwa das Vertrauen in die eigene Kompetenz geschwächt, besteht ein verzerrtes Bild von Psychotherapie oder wird die Institution als feindlich wahrgenommen, ist es wichtig, genau dort anzusetzen, um überhaupt eine stabile Motivation für die Therapie schaffen zu können. (Dahle, 1998, S. 102; S. 107) Jede Motivationsförderung setzt somit auch ein fundiertes Verständnis für die Ursachen von Motivationsproblemen voraus und für die darauf abgestimmten Vorgehensweisen, die an die Erfahrungswelt der Klientenperson anknüpfen sollten.

Die justizielle Beeinflussung einer Klientenperson bezüglich der Therapiemotivation kann nur ein erster Schritt sein, denn eine Psychotherapie kann sich nur erfolgreich entwickeln, wenn auch an den inneren Hemmnissen gearbeitet wird, die einer Therapie im Weg stehen. (Dahle, 1998, S. 110; Kernbichler, 1998, S. 268)

Kähler (2005) formuliert dies so:

In dem Maße, in dem es gelingt, einen zunächst überwiegend durch Außendruck kooperierenden Klienten zur Mitarbeit an Veränderungsprozessen zu motivieren, wird aus einem unfreiwilligen Klienten ein freiwilliger bzw. ein ehemaliger Klient. (S. 56)

Ein wichtiger Schritt in der psychotherapeutischen Arbeit mit Zwangselementen ist es also, in der Klientenperson die Eigenmotivation zu fördern, damit sie dann selbst aktiv an Veränderung arbeiten kann. (Kähler, 2005, S. 57) Die Therapiemotivation ist also das erste Therapieziel. Um dieses Ziel zu erreichen, ist es nötig, das motivationale Geschehen im forensischen Umfeld näher zu untersuchen. (Dahle, 1998, S. 99; Nowara, 2008, S. 136–137) Prinzipiell zeigt es sich jedenfalls, dass Fremd- und Eigenmotivation einander nicht ausschließen, sondern sich auf sinnvolle Art und Weise ergänzen können. (Mayer, 2009, S. 254)

Stefan Jacobs betrachtet es überdies als unerlässlich, bei der Psychotherapie mit Strafgefangenen mit diesen vorher in einem anderen Kontext, z. B. durch beiläufige Gespräche, eine Beziehung anzubahnen. (Pörtner, 1994, S. 116) Auch VertreterInnen des personenzentrierten Ansatzes, wie z. B. Badelt (1990), weisen darauf hin, dass es manchmal einer Art Vorthherapie bedarf, um Motivation zu wecken und Ängste abzubauen. (S. 672–673)

In der Praxis empfiehlt Warta (2004), eine Therapiemotivation prinzipiell als vorhanden anzunehmen, auch wenn sie auf den ersten – oder sogar zweiten und dritten – Blick nicht sichtbar ist. Die Autorin nennt dies das Vertrauen in das Entwicklungspotential, das jedem Menschen innewohnt und geht davon aus, dass jeder und jede den Wunsch nach Entfaltung dieser Möglichkeiten in sich trägt (S. 357). Warta (2004) betont, dass dieses Vertrauen in das Entstehen einer realen Beziehung eine überaus wichtige Grundlage in der Arbeit mit Häftlingen darstellt. Es ist ein Beziehungsangebot, das TherapeutInnen durchaus auch im Zwangskontext machen können, und beinhaltet, dass sie in ihren Handlungen und Reaktionen verlässlich, vorhersehbar und konsistent bleiben. Wenn die Klientenperson sich darauf verlassen kann, entsteht ein Vertrauen, das die Grundlage für eine wachsende Beziehung bietet. (S. 357).

3.6. Therapeutische Vorgehensweisen

Voraussetzung für eine effektive Behandlung [im Maßnahmenvollzug] sind eine differenzierte Diagnosestellung und Behandlungsplanung sowie eine kompetente Behandlung, die bei Bedarf immer wieder im Sinne eines hypothesengeleiteten Prozesses überprüft und gegebenenfalls modifiziert werden sollte. Die Maßnahmen sollten interdisziplinär durchgeführt werden und in ein für die Therapie förderliches Klima eingebettet sein. (Nowara, 2008, S. 137)

Entlassung erfolgt nicht bei Heilung einer psychischen Störung sondern bei der Reduktion der Gefährlichkeit. (Nowara, 2008, S. 137)

Im forensischen Setting stellt die Beseitigung der Delinquenz den Therapieschwerpunkt dar, wobei es gegen diese kein therapeutisches Allheilmittel gibt. Sie wird im wesentlichen von soziobiografischen, persönlichkeitsgebundenen, störungsbedingten und situativen Faktoren bedingt. Therapeutische Ansätze müssten also genau diese Faktoren bearbeiten, um die Ursachen von Delinquenz zu beseitigen. Hier aber stößt die Psychotherapie an ihre Grenzen: die Biografie einer Klientenperson kann zwar verstanden werden, nicht aber therapiert, und auch Persönlichkeitseigenschaften lassen sich, wenn überhaupt, lediglich langsam verändern. (Fresse, 1998, S. 219) Freese (1998) schließt daraus, dass nur an den offensichtlichen Ausdrucksformen der Delinquenz angesetzt werden kann und nicht an den

Ursachen. (S. 219)

„No cure but control“ ist gerade bei der Behandlung von Sexualstraftätern zur obersten Maxime geworden (Mergenthaler & Pfäfflin, 1998, S. 26). Oftmals ist eine vollständige Heilung nicht möglich, sondern nur eine Linderung des Leides, wie z. B. keine Inhaftierung, Schutz zukünftiger Opfer etc.. Dennoch muss die Psychotherapie aber ihren primären Fokus auf die Heilung wahren, das sie sonst zu einem reinen sozialen Kontrollinstrument verkommt. (Mergenthaler & Pfäfflin, 1998, S. 26)

In der Arbeit mit StraftäterInnen ist ein therapeutisches Bündnis nötig, dem eine Grundhaltung des Dialoges und der Annäherung zugrunde liegt und das nicht strafend seinen Zeigefinger erhebt. Dies ist gerade in der Arbeit mit kriminellen oder dissozialen Menschen wichtig, die nicht auf eine bloße Umerziehung oder Umcodierung abzielt, und macht es möglich, den therapeutischen Prozess gemeinsam zu gestalten. (Bongers, 2009, S. 322). Ansätze, die mit Bestrafung und Beschämung arbeiten (solche werden vor allem bei gewalttätigen und missbrauchenden Männern angewendet), führen dazu, dass die verbotenen Gefühle verdrängt und dann an anderer Stelle ausgelebt werden müssen. Werden aber innerhalb des therapeutischen Settings auch jene verbotenen Gefühle und Wünsche zugelassen, können diese integriert werden und müssen nicht in der Realität ausagiert werden. (Gröller, 1998, S. 325)

Damit therapeutische Interventionen erfolgreich sind, müssen sie sich auf kriminogene Faktoren beziehen, wie antisoziale Ansichten, Einstellungen und Gefühle, antisoziale Peer-Kontakte, Identifikation mit kriminellen, antisozialen Rollenmodellen und Werten, Impulsivität, Mangel an sozialen und zwischenmenschlichen Fähigkeiten, selbstschädigende Coping-Strategien, die Unfähigkeit, zu planen und konzeptuell zu denken, das Unvermögen, Schwierigkeiten vorherzusehen und mit ihnen umzugehen, Egozentrik, Externalisation von Verantwortung, konkretistisches, starres und zuweilen irrationales Denken, Störungen von Selbstkontrolle, Selbstmanagement und Problemlösungsfähigkeiten sowie substanzgebundene Abhängigkeiten. (Müller-Isberner, 1998, S. 202 zitiert nach Andrews, 1995)

Die Behandlung forensischer PatientInnen in heterogenen Delinquentengruppen ist sehr empfehlenswert, da die Beteiligten vom gegenseitigen Austausch profitieren und die Reaktionen der anderen auch schon eine Vorbereitung auf die Reaktionen der Gesellschaft sind. In homogenen Gruppen besteht die Gefahr, dass kriminogene Kommunikations- und Interaktionsstrukturen sich verfestigen. (Kernbichler, 1998, S. 269).

Freese (1998) benennt eine Vielzahl von Verhaltensmustern, die im Maßnahmenvollzug in unterschiedlichem Ausmaß bei allen KlientInnen vorzufinden sind, darunter etwa Egozentrizität, das

Prinzip unmittelbarer Bedürfnisbefriedigung, Manipulation, ein fehlendes inneres Wertesystem etc. Werden diese von der Therapeutenperson übersehen oder ignoriert, so ortet Freese (1998) ein schweres Defizit in der Therapie. Er extrahiert daher aus seinen Beobachtungen zur Arbeit im forensischen Setting einige notwendige Vorgehensweisen:

Die inneren und äußeren Abläufe der KlientInnen benötigen Strukturierung, z. B. mit Hilfe von Tages- und Wochentherapieplänen. Anstelle des Stufenplans, der sich an äußeren Abläufen (Bewilligen von Ausgehzeiten etc.) orientiert, kann ein genauer Therapieablaufplan festgelegt werden, der an bestimmte Ziele gebunden ist und anhand dessen verschiedene Abschnitte bis zur Entlassung durchlaufen werden müssen.

Die Arbeit in der Gruppe ist ein weiterer wesentlicher Eckpfeiler, da hier soziales Lernen stattfindet und gemeinschaftlich in Groß- und Kleingruppen Aufgaben zu erledigen sind.

Einzelpsychotherapie ist zwar wichtig, sollte aber im forensischen Setting nicht den Mittelpunkt darstellen.

Jeder Therapieansatz muss individuell auf die Klientenperson abgestimmt werden. Neben der Gruppentherapie werden ganz individuelle Behandlungs- und Förderpläne für die Klientenperson erstellt. (S. 216, 218)

Für die Arbeit im Zwangskontext ist es wichtig, gemeinsam Ziele zu erarbeiten und diese dann schriftlich in einem Therapievertrag festzuhalten. Für den Umgang mit KlientInnen bei fremdinitiiertem Kontaktaufnahme hat Rooney (2009) einige erste Richtlinien entwickelt: Vorrangiges Ziel ist in diesem Prozess die Unterstützung der Klientenperson, ihre Freiheit wiederzuerlangen. Ein Therapievertrag, der Schritt für Schritt auf dieses Ziel hinführt, ist dabei hilfreich, sowie die Definition der spezifischen Bereiche, an denen Therapeuten- und Klientenperson gemeinsam arbeiten. Überdies ist es wichtig, die Entscheidungsspielräume der Klientenperson zu benennen, durchführbare Schritte zu planen und Fortschritte oder dahingehende ehrliche Versuche auch zu belohnen. Die Therapeutenperson soll Etikettierungen vermeiden und ihre Reaktionen in der Arbeit eher auf die Situation richten als auf die Person selbst. (S. 114)

Schmidt und Schwarze (2008) fassen noch weitere wichtige Punkte zusammen: Zieltransparenz, Kritik, Verbindlichkeit, Ausdruck von Empathie, Entwicklung persönlicher Werte- und Zieldiskrepanzen, Widerstand und Selbstwirksamkeit. Das heißt, Ziele und Absichten aufseiten der Therapeutenperson sowie existierende Regeln werden offengelegt, gemeinsame Ziele entwickelt. Der therapeutische Prozess darf von der Klientenperson hinterfragt und kritisiert – und damit eventuell auch verändert – werden (mit diesem Punkt sprechen sich Schmidt und Schwarze dezidiert gegen das Festlegen von Krankheitseinsicht als erstes Therapieziel aus, da die Therapeutenperson sich so zum Richter

aufschwingen würde). Im therapeutischen Prozess ist es weiters wichtig, dass die Therapeutenperson verbindlich zu dem steht, was sie in den therapeutischen Prozess einbringt, und die Klientenperson ihr Ausmaß an Mitbestimmung und Mitverantwortung wahrnimmt. Empathie, kongruentes Interesse an der Klientenperson und reflektives Zuhören sind Grundvoraussetzungen, die die Therapeutenperson einbringt, um positiven Veränderungen Raum zu geben. Diesen Prämissen liegt die Annahme zugrunde, dass Akzeptanz Veränderung begünstigt und Ambivalenz ein normales Phänomen von Verhaltensänderung ist. Der Klientenperson wird so ein Rahmen geboten, in ihrem eigenen Zeitmaß zu erkennen, ob Diskrepanzen zwischen ihrem Verhalten und wichtigen eigenen Zielen bestehen. (S. 1498) Das von Schmidt und Schwarze (2008) genannte Schlagwort der Selbstwirksamkeit schließlich benennt das Vertrauen der Therapeutenperson darauf, dass die Klientenperson ihr Verhalten ändern kann, was in der Klientenperson den Glauben an die eigenen Möglichkeiten stärkt und das Verständnis in ihr festigt, dass nur sie selbst fähig ist, Änderungen herbeizuführen. (S. 1498)

Warta (2004) unterstreicht auch deutlich, dass das, was die Klientenperson grundsätzlich braucht, ein reales Gegenüber ist, also die Therapeutenperson als Gesamtperson, mit ihrer ganzen Persönlichkeit und auch der Tatsache ihrer Funktion in der Haftanstalt. Es ist also notwendig, dass sich die Therapeutenperson in ihrer Funktion innerhalb einer totalen Institution – besonders wenn sie dort fest angestellt ist – auf die Beziehung zur Klientenperson einlässt. (S. 356)

Vieles bisher Erwähnte weist also darauf hin, dass die persönliche Einstellung und die Prämissen von TherapeutInnen maßgeblich deren Umgang mit den Anforderungen im Zwangskontext beeinflussen. (Kähler, 2005, S. 83) Überdies muss Psychotherapie im Zwangskontext, um effektiv zu sein, in einem Rahmen klar umrissener Regeln, Pflichten und Zuständigkeiten stattfinden. Je konstruktiver und kooperativer das Institutionsklima ist – sowohl innerhalb des Behandlungsteams als auch innerhalb der Organisationsstruktur –, desto förderlicher ist dies für den Behandlungsverlauf. Dazu gehört auch ein engagiertes, wohlsupervidiertes Team, dessen Mitglieder in einen fortlaufenden Prozess persönlicher und beruflicher Weiterbildung eingebunden sind. (Bender & Lösel, 1997, S. 190–193)

3.6.1. Integrierte Psychotherapie und schulenspezifisches Vorgehen

Kernbichler (1998) spricht sich bei der Behandlung von StraftäterInnen in Haftanstalten und dem Maßregelvollzug für ein integriertes Psychotherapieprogramm aus. Der Autor hält ein auf die Störung bzw. die Klientenperson abgestimmtes breitgefächertes Behandlungsprogramm für zielführend. Ein solches wurde beispielsweise bei einer Klientenperson, diagnostiziert mit einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung mit sexueller Deviation Kernpädophilie, angewendet: sie unterzog sich einer operativen Kastration und wurde davor und danach mit einer interaktionellen Gruppenpsychotherapie,

zurückhaltenden Einzelgesprächen, Musiktherapie, üben verhaltenstherapeutischen Elementen und sportlichen Aktivitäten betreut. (S. 265–267)

Es gibt keine psychotherapeutische Methode, die allein alle psychotherapeutischen Aufgaben im Zwangskontext lösen könnte, daher ist es auch sinnlos, wenn sich die VertreterInnen der unterschiedlichen therapeutischen Schulen bei der StraftäterInnenbehandlung gegenseitig kritisieren anstatt zu kooperieren. (Mergenthaler & Pfäfflin, 1998, S. 26)

Rogers (2000) jedenfalls glaubt

. . . daß sich mit der Erweiterung unseres Wissens über den therapeutischen Prozeß die sogenannten psychotherapeutischen Schulen auflösen und verschmelzen werden zu einer einheitlichen Methode des Heilens. (S. 134)

TherapeutInnen sollten also die eigenen Grenzen der jeweiligen therapeutischen Schule reflektieren, denn dadurch wird die Qualität der Entscheidungen erhöht. Je nach Schule bzw. Theorie wird die Klientenperson und die Störung nämlich unterschiedlich wahrgenommen und auch behandelt, d. h., gerade bei Fehlentscheidungen müssen die vorangegangenen Überlegungen auch fachlich begründet werden können. (Parfy & Wagner, 1998, S. 373)

Eine klare Trennung nach Therapieschwerpunkten ist in der praktischen Arbeit weder möglich noch sinnvoll. Auch wenn im Zwangskontext milieu-, sozio- und verhaltenstherapeutische Verfahren dominieren, heißt das nicht, dass andere Ansätze deshalb nicht wirkungsvoll wären. (Freese, 1998, S. 219) Freese (1998) meint aber dennoch, dass gesprächstherapeutische Verfahren das Risiko bergen, über Externalisierung und Rationalisierung zu einer Verfestigung dissozialer Denkstrukturen beizutragen oder dass durch einen zu starken Fokus auf die Biographie der Klientenperson diese letztlich vom Täter zum Opfer wird. (S. 220)

International gesehen geht der Trend dahin, für jede Störung ein eigenes Therapieprogramm zu entwickeln. In Holland gibt es für Sexualstraftäter beispielsweise sieben solcher Programme, in den USA etwa 250. (Berner & Bolterauer, 1998, S. 157)

3.6.2. Empirische Perspektive

Kähler (2005) entnimmt den von ihm durchgeführten Studien, dass allen Unkenrufen zum Trotz Psychotherapie im Zwangskontext erfolgreich möglich ist. Veränderungen haben laut seinen Untersuchungen häufig ihren Ausgangspunkt in Zwangskontexten. (S. 123) Auch Bender und Lösel (1997) sind der Meinung, dass die neuere Forschung die Wirksamkeit der Straftäterbehandlung belegt, auch wenn empirisch nur kleine positive Effekte nachgewiesen werden konnten. Dieser Nachweis bezieht sich vor allem auf kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze, multimodale Behandlungsformen und stark strukturierte sozialtherapeutische Ansätze. Non-direktive, schwach strukturierte

milieutherapeutische Ansätze oder rein psychodynamische Ansätze erwiesen sich als weniger wirkungsvoll, besonders bei schwer kriminellen und antisozial-persönlichkeitsgestörten TäterInnen. (S. 171-194) Auch Müller-Isberner (1998) bestätigt, dass in der StraftäterInnenbehandlung kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren wirksam sind, jedoch unstrukturierten psychodynamischen Behandlungen in diesem Kontext kein Effekt nachgewiesen werden konnte. (S. 207; McGuire, 1995) Behnke und Endres (2008) sprechen sich trotzdem dafür aus, dass das psychodynamische Verständnis von komplexen motivationalen Dynamiken und Interaktions- und Übertragungsprozessen seine Beachtung im therapeutischen Prozess finden sollte. Es wird angenommen, dass auch in der StraftäterInnenbehandlung die Bedeutung der Therapeutenperson-Klientenperson-Beziehung und die Gruppentherapie wirksam sind, wobei es noch nicht systematisch überprüft worden ist. (S. 111) Aus empirischer Perspektive lässt sich jedenfalls festhalten, dass die Wirkung einer gelungenen therapeutischen Beziehung im Zwangskontext kaum erforscht, ihre Effektivität jedoch zumindest belegt ist. Die allgemeine Prozessforschung ergab, dass ein empathisches, fürsorgliches, verstehendes, respektierendes und ermutigendes Verhalten vonseiten der Therapeutenperson förderlich ist. (Schmidt & Schwarze, 2008, S. 1480 zitiert nach Zasio, 1998)

Die Studien sind etwa in puncto Studiendauer, angewandeter therapeutischer Methoden, Schwere der Störungen, Ausmaß der Straftaten, rechtlicher Gegebenheiten etc. sehr unterschiedlich. Daher ist es schwierig, sie miteinander zu vergleichen und daraus ein eindeutiges Resümee zu ziehen. (Bender & Lösel, 1997, S. 172–173)

3.6.3. Verhaltenstherapie im Zwangskontext

Das vorliegende empirische Wissen lässt den Schluss zu, dass ein pragmatischer, multimodaler Behandlungsansatz, eingebettet in einen verhaltens- und milieutherapeutischen Rahmen und ausgeführt von einem sorgfältig ausgewählten, motivierten, trainierten und supervidierten Team erfolgversprechend ist. (Lösel, 1996; McGuire, 1995)

Kognitive Umstrukturierungen werden laut Jöckel und Müller-Isberner (1994) via der therapeutischen Beziehung erreicht. Das Hauptaugenmerk liegt darauf, kriminogene Denkmuster transparent zu machen und diese dann in direktiv geführten Gesprächen zu bearbeiten, immer in Hinblick auf die Förderung von Empathie, Bindungsfähigkeit und eines umsetzbaren, konstruktiven Plans zur Lebensführung. Dazu werden auch hilfreiche und notwendige Bewältigungs- und Vermeidungsstrategien für Krisensituationen eingeübt. Der Versuch, zu verstehen, wie und warum die Klientenperson ihre kriminogenen Denkmuster entwickelt hat, rückt bei dieser Herangehensweise in

den Hintergrund. (S. 170–172)

Rotthaus (1998) beschreibt die Arbeit mit jugendlichen Sexualstraftätern, die zuerst eng in einen Zwangskontext eingebettet sind und strengen Kontrollmaßnahmen unterliegen. Sie werden immer wieder mit ihren Taten konfrontiert und müssen diese auch vor der Gruppe schildern. Die PsychotherapeutInnen drücken dabei auch Gefühle wie Ekel, Ärger etc. aus – aber nur auf das Delikt bezogen und nicht auf den Menschen, dem sie Wertschätzung entgegenbringen und vermitteln. (S. 277–279)

Aufgrund der speziellen Anforderungen im Zwangskontext, wurden immer mehr verhaltenstherapeutische Behandlungskonzepte entwickelt, wobei hier nur eines kurz umrissen dargestellt wird, um den Rahmen dieser Arbeit nicht zu sprengen.

Bender und Lösel (1997) sind der Meinung, dass nach dem Bedürfnisprinzip folgende Defizite von straffällig gewordenen Menschen zum Ziel der Behandlung werden müssen: antisoziale Peer-Kontakte, Werte und Wahrnehmungen; die Identifikation mit kriminellen Rollenvorbildern; ein Mangel an sozialer, zwischenmenschlicher und Problemlösungskompetenz; fragwürdige Bewältigungsstrategien; die Unfähigkeit, konzeptionell zu denken, voranzuplanen sowie Problemsituationen im Vorhinein abschätzen und vermeiden zu können; irrationales Denken; egozentrisches Verhalten; Nicht-Annehmen eigener Verantwortung, Impulsivität, Defizite bei Selbstkontrolle und -management; wenig Affekttoleranz bei Ärger und Wut; Drogensucht.

Im Gegensatz zu Modellen, die ihren Fokus auf Risikofaktoren sowie auf kriminogene Bedürfnisse und Defizite legen, fordert etwa das „Good-lives“-Modell die Einbeziehung von Ressourcen, Stärken und nicht-kriminogenen Bedürfnissen. Bei dieser Methode ist die Klientenperson über das Gespräch und den Prozess intellektueller Einsicht hinaus auch aktiv am Geschehen beteiligt, beispielsweise in Form von Rollenspielen oder von zu erledigenden Hausaufgaben. Sie beinhaltet inhaltlich aufeinander aufbauende Angebote, die auf kriminogene Kognition ausgerichtet sind und konkrete (Problemlösungs-)Fähigkeiten ausbilden. Weiters wird mit unmittelbaren Rückmeldungen sowie mit kontingenter Verstärkung gearbeitet. (S. 171-204) Laut Behnke und Endres (2008) sind bei diesem Modell geringere Rückfallquoten nachweisbar. (S. 110)

Laut Bender und Lösel (1997) sollten innerhalb dieses Settings folgende zwölf Faktoren beachtet werden, um eine erfolgreiche StraftäterInnenbehandlung voranzutreiben:

(1) Ein theoretisch fundiertes Behandlungskonzept; (2) Dynamische Diagnosen; (3) Ein klar strukturierter institutioneller Rahmen; (4, 5, 6) Die Beachtung des Risiko-, Bedürfnis- und Ansprechbarkeitsprinzips; (7) Die Wahrung der Behandlungsintegrität; (8) Die sorgfältige Auswahl,

Schulung und Supervision des Personals; (9) Die Gewährleistung eines günstigen Institutionsklimas; (10) Die Stärkung natürlicher, protektiver Faktoren; (11) Nachsorge und Rückfallprävention und (12) Frühzeitige Interventionen. (S. 190–194)

Es wird angenommen, dass auch in der StraftäterInnenbehandlung der Beziehung von TherapeutIn zu KlientIn große Bedeutung zukommt und die Gruppentherapie wirksam ist, eine systematische Überprüfung dieser Beobachtung fehlt aber noch. (Behnke & Endres, 2008, S. 111) Behnke und Endres (2008) sprechen sich für eine Diagnostik aus, in der sowohl die klinische als auch die delinquenzspezifische Diagnose zum Tragen kommen. (S. 111)

Es gibt unspezifische StraftäterInnenbehandlungsprogramme, in welchen es um die Entwicklung kommunikativer Fähigkeiten, interpersonaler Kompetenz, adäquater Strategien zur Problemlösung, größerer Flexibilität in Richtung prosoziale Verhaltensalternativen, selbstkritischer Distanz zu den eigenen Denkmustern sowie kognitiver Umstrukturierung kriminogener Muster geht; altruistische Perspektiven sollen übernommen, moralische Urteilsbildung gefördert und Verhaltenskontrolle, (Opfer-)Empathie sowie ein adäquater Umgang mit Stress, Ärger und Spannungen gelernt werden. (Lösel, 2001, S. 42–43) Die Wirksamkeit solcher Programme ist durch Meta-Analysen empirisch abgesichert. (Cleland, Lipton, Pearson & Yee, 2002, S. 79-107)

Mittlerweile ist die Rückfallprävention ein häufiger Bestandteil vieler kognitiv-behavioraler Programme. Dabei lernt die Klientenperson, eigene Deliktabläufe zu verstehen und wie sie Hilfe aktivieren und Risikosituationen einschätzen bzw. mit diesen umgehen kann. (Behnke & Endres, 2008, S. 114) Das Ziel dieser therapeutischen Maßnahmen ist nicht eine Heilung, sondern effektives Risikomanagement. Die Wirksamkeit reiner Rückfallpräventionsprogrammen konnte noch nicht eindeutig belegt werden, in Verbindung mit anderen kognitiv-behavioralen Techniken liegen aber bereits positive Ergebnisse vor. (Schmucker, 2004)

Weiters werden auch deliktspezifische Behandlungsprogramme eingesetzt, die überwiegend auf Sexualdelinquenz und mittlerweile auch vermehrt auf Gewaltdelinquenz ausgerichtet sind. Zu diesen Entwicklungen gibt es aber keine adäquate Forschungsaktivität. (Behnke & Endres, 2008, S. 115)

Für kognitiv-behavioristische Verfahren spricht laut Müller-Isberner (1998) auch der Umstand, dass einzelne Verfahren ohne diesbezüglichen akademischen Abschluss erlernbar und somit auch dem Pflegepersonal zugänglich sind. (S. 207). Das wirft allerdings die Frage auf, inwiefern wir es hier noch mit Therapie zu tun haben, da die Beziehungsqualität zwischen Therapeutenperson und Klientenperson offensichtlich keine Rolle mehr spielt.

3.6.4. Psychoanalytisch orientierte Vorgehensweise

In der Forensik ist laut Freese (1998) eine tiefenpsychologische analytische Therapie fast nicht möglich. Eine mehrjährige analytische Therapie im Maßregelvollzug ist daher nach seinem Dafürhalten nicht sinnvoll. (S. 211) Psychoanalytische Psychotherapie im Zwangskontext findet in der Praxis aber durchaus statt und es geht dabei laut Lüdeke und Pecher (1998)

. . . um ein Verständnis der Psychodynamik des einzelnen Straffälligen und seiner ‚Verquickung‘ mit der ihn strafenden Gesellschaft (beide bedürfen einander; beide ‚wirken‘ in der beschriebenen Therapie-Gruppe); um die Aufdeckung unbewußter und bewußter Motivlagen, mit dem Ziel, dem straffälligen Menschen die Verantwortung für sein Verhalten so weit wie möglich zurückzugeben und ihn und die Gesellschaft vor weiteren Straftaten zu bewahren. (S. 240)

Eine therapeutische Beziehung, die tiefe Regression erlaubt, basiert auf einer scheinbar absichtslosen, vertrauensvollen Beziehung und ist leicht verletzbar. Auch die Weitergabe von Informationen aus dem psychotherapeutischen Setting kann die therapeutische Beziehung negativ beeinflussen. Es ist daher von Vorteil, wenn die Therapeutenperson sich nicht mit der Institution (und deren Strafgedanken) identifiziert. Wenn eine Übertragungsbeziehung besteht, bietet eine Haftanstalt gute Bedingungen: die klassische Psychoanalyse ist mit einem erheblichen Zeit- und Kostenaufwand verbunden – Zeit ist in einer Haftanstalt (bei schweren Delikten) ausreichend vorhanden und die anfallenden Kosten werden übernommen. (Parfy & Wagner, 1998, S. 368)

Bartuska (1998) rät davon ab, psychisches Material aus der Vergangenheit hervorzuholen und aufdeckend zu deuten, da viele PatientInnen oft schon mit den aktuellen Konflikten überfordert sind. (S. 344) Diese Einschätzung stützt sich auf Erfahrungen aus der therapeutischen Arbeit in der Psychiatrie, lässt sich aber aufgrund der Gegebenheit psychischer Störungen auch auf die Klientel des Maßnahmenvollzugs übertragen.

In der stationären Psychotherapie fungiert das multiprofessionelle Betreuungsteam als Familie, innerhalb derer die Klientenperson ihre Probleme, Gefühle und Verhaltensweisen reinszeniert. Eine enge Zusammenarbeit des Teams, das als Gesamtheit vom Input der unterschiedlichen beteiligten Berufsgruppen profitieren kann, ist daher sehr wichtig. (Simmel, 1928, S. 361) Enke (1965) kam zu der Einsicht, dass aufgrund der Gruppensituation in einer Klinik kein exklusives Therapeutenperson-Klientenperson-Verhältnis bestehen kann. Sie beobachtete, dass infantile Konflikte nicht nur in der Einzeltherapie durchlebt werden, sondern auch in der Gruppentherapie. In der Institution gibt es zwei „Räume“, den therapeutischen und den Realitätsraum (Organisationsstruktur, reale Gegebenheiten), und in beiden Räumen entfaltet sich der psychotherapeutische Prozess. (S. 117–118)

In der Psychotherapie geht es nicht um ein biografisches Erzählen (weil damals dies passiert ist, ist

heute jenes passiert), sondern darum, sich im Gruppenprozess mit dem Hier und Jetzt sowie mit den anderen TeilnehmerInnen auseinanderzusetzen. In der Gruppentherapie wird oft beobachtet, dass die externen und internen PsychotherapeutInnen in „Gute“ und „Böse“ gespalten werden und dass die KlientInnen immer wieder väterliche und mütterliche Objekt-Imagines auf die PsychotherapeutInnen projizieren. Die Übertragungs- und Gegenübertragungsdynamik spielt im Gruppenprozess eine wesentliche Rolle. Aggressivität und Destruktivität zu forcieren ist manchmal notwendig, um diese Impulse und ihre Auswirkungen im Hier und Jetzt erlebbar zu machen und dadurch eine Integration der abgespaltenen Teile zu ermöglichen. In den TherapeutInnen, die sich in diesem Kontext als Konfliktpartnerinnen zur Verfügung stellen, kann dies auch Ängste auslösen, denn sie werden immer wieder an ihre Grenzen und in ihre Tabuzonen geführt – Selbstanalyse und Supervision sind hier unabdingbar. (Lüdeke & Pecher, 1998, S. 230-234)

Die therapeutische Beziehung spielt bei diesem Ansatz insofern eine Rolle, als sie das Medium ist, über das es zu Übertragungsphänomenen kommt. Die Veränderung erfolgt dann über die Deutung dieser Phänomene. (Bassler, 2008, S. 1444)

4. Die personenzentrierte Psychotherapie nach Rogers

Dieses Kapitel widmet sich einer Darstellung der Grundzüge der personenzentrierten Psychotherapie nach Rogers. Zu Beginn werden einige wesentliche Begriffe des Ansatzes beschrieben und danach wird näher auf die Grundhaltungen der Therapeutenperson eingegangen.

Die personenzentrierte Psychotherapie wurde von Carl Rogers entwickelt und entstand im Zeitraum von 1938 bis 1950. (Rogers, 1991b, S. 188) Die Theorie hat sich durch die praktischen Erfahrungen mit den Klientenpersonen entwickelt und wurde stetig durch die praktische Arbeit und durch die Ergebnisse von Forschungen weiterentwickelt und verändert. Dadurch wurde auch dem Anspruch Rechnung getragen, in den verschiedensten Settings und mit den unterschiedlichsten Menschen erfolgreich therapeutisch arbeiten zu können. (Rogers, 2000, S. 40) Nach und nach kristallisierte sich die Erkenntnis heraus, dass es nicht nur eine spezifische Form von Psychotherapie ist, sondern ein Zugang zu jeder Art von menschlicher Beziehung. (Rogers, 1991b, S. 189)

Der Ansatz ist eine Form der Beziehung zwischen Menschen, die förderlich für das Wachstum und die Heilung des Individuums ist. (Rogers, 1991b, S. 187)

4.1. Begriffserläuterungen im personenzentrierten Ansatz

Im Folgenden werden die wesentlichsten Hypothesen und Prämissen des personenzentrierten Ansatzes beschrieben und damit ein kurzer Einblick in die ihr zugrundeliegende Theorie gegeben. Auf Grundlage dieser Erörterungen wird im letzten Kapitel der Versuch einer Beantwortung der Forschungsfrage in Form des Resümees unternommen.

4.1.1. Aktualisierungstendenz

Nach Jahren therapeutischer Erfahrungen bin ich tastend zu der Überzeugung gelangt, daß dem Menschen eine Tendenz zur Entwicklung aller seiner Fähigkeiten innewohnt, die der Erhaltung oder Förderung seines Organismus – seiner Geist und Körper umfassenden Gesamtperson dienen. (Rogers, 2000, S. 136).

Die personenzentrierte Psychotherapie beruht also auf dem prinzipiellen Vertrauen, dass jeder Mensch mit der Tendenz – und Fähigkeit – zur Entwicklung, Entfaltung und Erhaltung des Organismus ausgestattet ist. Diese Tendenz wird als Aktualisierungstendenz bezeichnet. Sofern sie nicht durch äußere Faktoren – etwa negative Beziehungserfahrungen – blockiert ist, bewirkt sie beim Individuum einen Entwicklungs- und Reifungsprozess, der eine Bereicherung des Lebens darstellt. Ist diese

Aktualisierungstendenz gehemmt oder völlig blockiert, so wird sie in destruktive, verzerrte oder anormale Verhaltensweisen umgeleitet, anstatt in ihrer konstruktiven Ausrichtung wirksam zu werden. (Rogers, 2000, S. 41) Die Aktualisierungstendenz kann dementsprechend zwar durch gewisse Umstände verfälscht, jedoch solange der Organismus lebt, nicht zerstört werden. (Rogers, 1984, S. 13) Das heißt also, der Organismus ist im Normalzustand immer bestrebt, sich zu entwickeln und zu entfalten und unabhängig von äußerer Kontrolle zu sein. (Rogers, 1984, S. 14)

4.1.2. Selbstkonzept

Bei jedem Kleinkind bildet sich durch erlebte Erfahrungen über das eigene Ich eine Vorstellungsgestalt heraus. Nach und nach entwickelt sich aus dieser das Selbstkonzept, das sich aus den Wahrnehmungen des Ichs und seinen Beziehungen zur Welt bzw. den Menschen zusammensetzt und in das teilweise auch Wertvorstellungen anderer einfließen. Dieses Konzept ist zwar veränderbar, bildet aber eine Einheit, an der das Individuum sein Handeln ausrichtet. Obwohl es dem Individuum nicht automatisch bewusst ist, ist es möglich, das Selbstkonzept durch den therapeutischen Prozess dem Bewusstsein zugänglich zu machen. (Rogers, 2000, S. 42)

4.1.3. Erleben

Dieser Begriff beinhaltet alle Erlebnisse, die dem Bewusstsein zugänglich sind. Befindet sich ein Erlebnis an der Wahrnehmungspерipherie, so geht damit ein diffuses Gefühl einher. Dieses – und die damit verbundene gefühlte Bedeutung – kann im therapeutischen Prozess dem Bewusstsein zugänglich gemacht werden, was einen wichtigen Veränderungsfaktor in der Therapie darstellt. (Rogers, 2000, S. 43)

4.1.4. Inkongruenz

Inkongruenz bezieht sich auf die Diskrepanz zwischen Erleben des Organismus und dem bewusst wahrgenommenen Selbstkonzept. (Rogers, 2000, S. 43) Steht das unmittelbare Erleben im Widerspruch zum Selbstkonzept, so werden diese Anteile als bedrohlich erlebt und verdrängt oder verzerrt wahrgenommen. (Rogers, 1991b, S. 215)

Wenn die organismische Bewertung von Erfahrung im Hinblick darauf, ob sie eine der Förderung oder der Bedrohung darstellt, nicht mit ihrer Bewertung im Hinblick darauf übereinstimmt, ob sie das Selbstkonzept bestätigt, sprechen wir im Klientenzentrierten Konzept von Inkongruenz. (Biermann- Ratjen, Eckert, Schwartz, 2003, S. 80)

4.1.5. Kongruenz

Im therapeutischen Prozess wird sich die Klientenperson der Diskrepanz zwischen aufgebautem

Selbstbild und aktuellem Erleben immer mehr bewusst und anstatt diese Erfahrungen wie zuvor nur verzerrt oder verdrängt wahrnehmen zu können, können sie nun in das Selbstkonzept integriert werden. Das Selbstkonzept nimmt so im Laufe des therapeutischen Prozesses eine flexiblere, fließendere Gestalt an, in die bewusst gewordene Gefühle integriert werden können, womit eine verbesserte psychische Verfassung einhergeht. (Rogers, 2000, S. 143–146)

Obwohl natürlich noch einige andere wesentliche Begriffe zur detaillierten Beschreibung der personenzentrierten Theorie notwendig sind, so sind die eben angeführten für einen groben Überblick ausreichend.

4.2. Die sechs notwendigen und hinreichenden Bedingungen

Rogers hat sechs notwendige und hinreichende Bedingungen formuliert, die grundlegend für den Prozess der Persönlichkeitsentwicklung sind:

1. Zwei Menschen stehen zueinander in psychologischem Kontakt.
2. Die Klientenperson ist inkongruent.
3. Die Therapeutperson befindet sich innerhalb der Therapie im Zustand der Kongruenz.
4. Die Therapeutenperson empfindet eine bedingungslose Wertschätzung gegenüber der Klientenperson.
5. Die Therapeutenperson ist empathisch gegenüber der Klientenperson und drückt dies verbal und non-verbal aus.
6. Die Vermittlung von Empathie und Wertschätzung vonseiten der Therapeutenperson gegenüber der Klientenperson erfolgt zumindest in einem minimalen Ausmaß. (Rogers, 1998, S. 168)

Diese sechs Bedingungen hat Rogers (1998) als Grundbedingungen für den therapeutischen Prozess aufgestellt und sie müssen zumindest in einem minimalen Ausmaß erfüllt sein. Auf die dritte, vierte und fünfte Bedingung wird im nachfolgenden Kapitel näher eingegangen. (S. 168)

4.3. Die personenzentrierte Haltung

Rogers (1991a) geht davon aus, dass nicht das spezielle therapeutische Wissen, die Technik und die therapeutische Denkrichtung die Wirksamkeit der Psychotherapie ausmachen, sondern dass vielmehr das Zusammenspiel der Grundhaltungen der Therapeutenperson in der Beziehung zur Klientenperson

ausschlaggebend ist. (S. 180)

Er hat drei Grundeinstellungen der Therapeutenperson definiert, die, sofern sie der Klientenperson wirksam vermittelt werden können und von dieser wahrgenommen werden, für eine konstruktive Veränderung der Persönlichkeit unumgänglich sind. Diese drei Grundeinstellungen sind: Echtheit/Kongruenz der Therapeutenperson, bedingungsfreie Akzeptanz/Wertschätzung der Klientenperson und das einführende Verstehen/Empathie. (Rogers, 2000, S. 22–23)

4.3.1. Einführendes Verstehen/Empathie

In der von Augenblick zu Augenblick stattfindenden psychotherapeutischen Begegnung zeichnet sich die Aktivität des Therapeuten vor allem durch seine Fähigkeit aus, die Erlebnisse und Gefühle des Klienten und deren persönliche Bedeutung präzise und sensibel zu erfassen. (Rogers, 2000, S. 23)

Die Therapeutenperson ist in der Lage, im Hier und Jetzt in die innere Welt der Klientenperson, mit ihren subjektiven Bedeutungen, voll und ganz einzutauchen, als wenn es ihre eigene wäre, ohne sich dabei selbst darin zu verlieren. Dieses Verstehen äußert sich im Idealfall durch kommentierende Bemerkungen, die auch den Teil mit einbeziehen, der sich nur an der Wahrnehmungsperipherie der Klientenperson befindet. Dadurch können die gefühlten und dem Bewusstsein noch nicht vollständig zugänglichen Inhalte verstanden werden und die Klientenperson erhält dadurch einen besseren Zugang zu ihrem aktuellem Erleben. Dies erfordert viel Feingefühl aufseiten der Therapeutenperson, denn die Mitteilungen des einführenden Verstehens sollten sich tatsächlich auf die Empfindungen und Inhalte an der Wahrnehmungsperipherie beziehen und nicht auf jene, die noch unbewusst sind. Denn es könnte zu einer Verunsicherung der Klientenperson führen, wenn sie den Eindruck hat, die Therapeutenperson sei mit ihrer inneren Welt vertrauter als sie selbst. Durch diese besondere und intensive Form des einführenden Verstehens und Akzeptiert-Werden, ist es der Klientenperson auch möglich, mehr Vertrauen in ihr Selbstbild zu entwickeln und sich selbst anzunehmen. (Rogers, 2000, S. 23-24, 159).

Durch das empathische Verstehen wird eine genaue und vollständige Wahrnehmung der Gefühle gefördert, wodurch der Klientenperson eine Abstimmung und Integration zwischen den Erfahrungen und dem Selbstkonzept ermöglicht wird. (Biermann-Ratjen, Eckert, Schwartz, 2003, S. 18)

Doch wenn jemand versteht, was für ein Gefühl es ist, ich zu sein, ohne mich zu analysieren oder zu richten, in einer solchen Atmosphäre kann ich blühen und wachsen. (Rogers, 2000, S. 217)

4.3.2. Wertschätzung/Bedingungsfreies Akzeptieren

Die zweite Haltung ist jene der Wertschätzung, Anteilnahme bzw. Achtung, also eine der bedingungslosen Zuwendung. (Rogers, 1984, S. 11) Bedingungsfreies Akzeptieren bezieht sich darauf, die ganze Klientenperson mit all ihren Gefühlen und Äußerungen, auch negativen, feindseligen oder schmerzhaften, anzunehmen und wertzuschätzen, ohne über sie zu urteilen oder zu richten. (Rogers, 2000, S. 27) Rogers (1991c) nennt dies ein nicht-besitzergreifendes Sorgen um die Klientenperson. (S. 240) Das Annehmen der ganzen Person bedeutet nicht, alle Sichtweisen, Äußerungen und Einstellungen der Klientenperson gutzuheißen. Die Therapeutenperson nimmt die Klientenperson mit jener Gefühlsqualität an, die auch Eltern ihrem Kind entgegenbringen. Das bedeutet, ungeachtet des momentanen Verhaltens wird der Mensch anerkannt und wertgeschätzt, seine Gefühle werden ohne Selektion akzeptiert. (Rogers, 2000, S. 27, 218; Rogers, 1991b, S. 199)

Ich akzeptiere das, was ist. Wenn ich in dieser Weise erlebe – dieses Klima schaffe – höre ich von meinen Klienten, daß sie in der Lage seien, über das zu sprechen, was ihnen wirklich Probleme bereitet. Sie können die „schrecklichen Orte“ in sich erkunden . . . (Rogers, 2000, S. 155)

Die Klientenperson wird in ihren Äußerungen akzeptiert und angenommen, ohne dass ihre Äußerungen auf Wahrheitsgehalt geprüft werden. Das Klima der Wertschätzung sorgt dafür, eine Beziehung entstehen zu lassen, in der die Klientenperson sich nach und nach mehr zeigen kann, nicht wahrheitsgemäße Äußerungen korrigieren kann und es wagt, sich selbst tiefgehender zu erkunden und zu entdecken. (Rogers, 2000, S. 28) Dadurch wird es der Klientenperson auch ermöglicht, sich mit den eigenen emotionalen Bewertungen ihres Erlebens auseinanderzusetzen. (Biermann-Ratjen, Eckert, Schwartz, 2003, S. 22)

4.3.3 Echtheit/Kongruenz

Laut Rogers (2000) ist die grundlegendste und für einen erfolgreichen Therapieverlauf maßgebendste Einstellung der Therapeutenperson die Echtheit – die Kongruenz. Das bedeutet, die Therapeutenperson zeigt sich selbst im therapeutischen Prozess, ohne sich hinter einer professionellen Fassade zu verbergen. Dabei ist sie in der Lage zu erfassen, was sie im Moment, also im Hier und Jetzt, empfindet, und es der Klientenperson zugänglich zu machen – sofern es für den therapeutischen Prozess hilfreich ist. Die Therapeutenperson ist durch ihre Kongruenz für die Klientenperson in der therapeutischen Beziehung transparent. (S. 30-31)

Echt sein bedeutet, in einer Beziehung ich selbst zu sein, die Person, die ich bin, ohne Fassade, und der anderen Person meine gefühlsmäßigen Wahrnehmungen mitzuteilen, aus meinem eigenen Erlebensprozeß heraus zu reagieren, um meinem Klienten die Suche nach gefühlten Bedeutungen zu erleichtern. (Rogers, 2000, S. 154)

Dem Bewusstsein der Therapeutenperson ist dabei alles, was sie in der Beziehung erlebt, zugänglich und kann auch, wenn notwendig, der Klientenperson gegenüber zum Ausdruck gebracht werden. Dadurch, dass die Therapeutenperson sich zeigt, also echt ist, entsteht eine Beziehung von Person zu Person, zwischen zwei unvollkommenen Menschen. (Rogers, 1991b, S 203)

Die Echtheit erfordert es, dass die Therapeutenperson auch wiederholt bei ihr auftauchende Reaktionen gegenüber der Klientenperson äußert, beispielsweise, wenn sie sich negativ von Äußerungen der Klientenperson berührt fühlt. Dies wird jedoch nicht als Urteil dargebracht, sondern legt lediglich eine Empfindung der Therapeutenperson in der Beziehung offen. Je mehr es die Therapeutenperson wagt, sich zu zeigen und wahrhaftig einzubringen, umso leichter wird es auch für die Klientenperson, kongruent zu sein. Wenn die Therapeutenperson merkt, dass sich ablehnende Gefühle der Klientenperson gegenüber einstellen, die nicht auf die eigene Unreflektiertheit zurückzuführen sind, ist es wichtig, diese im Sinne der Kongruenz offen zur Sprache zu bringen. Die Klientenperson würde deren Existenz ohnehin zumindest unterschwellig spüren und wäre dadurch verunsichert. Durch das Thematisieren des Problems ist es möglich, gemeinsam daran zu arbeiten. (Rogers, 2000, S. 31- 32, 156)

Das Ziel der Therapeutenperson in ihrer kongruenten Grundhaltung ist es allerdings nicht, ihre Gefühle der Klientenperson gegenüber auszudrücken, sondern vielmehr steht dabei das Bemühen im Mittelpunkt, der eigenen Gefühlen wirklich gewahr zu sein und der Klientenperson nichts vortäuschen zu müssen. (Rogers, 1991a, S. 172)

Unsere Erfahrungen haben meine eigene Anschauung zutiefst verstärkt und erweitert, wonach der erfolgreiche Therapeut derjenige Mensch ist, der es vermag, im betreffenden Augenblick offen er selbst zu sein, soweit es ihm nur in den tiefsten ihm zugänglichen Schichten möglich ist. Nichts anderes ist von gleicher Bedeutung. (Rogers, 2000, S. 199)

4.4. Der therapeutische Prozess

Kongruenz, bedingungslose Wertschätzung und Empathie sind also aufseiten der Therapeutenperson die drei wesentlichsten Grundeinstellungen für eine konstruktive therapeutische Beziehung.

So können wir mit einiger Sicherheit und gestützt auf Fakten aussagen, daß eine Beziehung, die mit hoher Wahrscheinlichkeit erfolgreich und entwicklungsfördernd sein soll, vonseiten des Therapeuten folgende Merkmale aufweisen muß: ein hoher Grad von Kongruenz oder Echtheit, sensibles und präzises einführendes Verstehen, ein hoher Grad von Zuwendung, Achtung und Sympathie für den Klienten, der aber von Bedingungen unabhängig sein soll. (Rogers, 2000, S. 228)

Diese Aussage besitzt sowohl in der Arbeit mit motivierten als auch mit unmotivierten KlientInnen

Gültigkeit (Rogers, 2000, S. 228–229)

Eine Voraussetzung dabei ist aber, dass diese drei Grundeinstellungen so verwirklicht und vermittelt werden, dass sie für die Klientenperson tatsächlich spürbar und wahrnehmbar sind. Dann sorgen sie dafür, dass die Klientenperson sich ganz und gar mit ihren Gefühlen und Einstellungen angenommen und verstanden fühlt und dadurch lernt, sich selbst immer mehr zuzuhören, wahrzunehmen, was in ihrem Inneren vorgeht, und so auch jene Gefühle wahr- und anzunehmen, die sie bisher beängstigt haben und daher dem Bewusstsein nicht zugänglich waren. Wenn die Klientenperson dank der vertrauensvollen Beziehung als bedrohlich erlebte Aspekte mehr zulässt und dabei erlebt, dass dies nichts an der akzeptierenden Grundhaltung der Therapeutenperson ihr gegenüber verändert, kann sie eine solche wertschätzende, empathische und kongruente Einstellung nach und nach sich selbst gegenüber einnehmen und erlangt dadurch die Freiheit, sich in die Richtung zu entwickeln, die ein reifer, menschlicher Organismus anstrebt. (Rogers, 2000, S. 32–33, 221) Die Therapeutenperson ist in diesem Prozess eine Begleiterin und die Klientenperson bestimmt das Zeitmaß für die eigene Entwicklung. (Rogers, 1991b, S. 193)

Für einen erfolgreichen therapeutischen Prozess gibt es noch einen grundlegenden Faktor, der sich auf das Vertrauen der Therapeutenperson in die natürliche Selbstverwirklichungs- und Selbstbestimmungstendenz der Klientenperson bezieht und diese im vollem Maße respektiert. (Rogers, 2000, S. 163)

Allein wenn der Wert des Einzelmenschen für den Therapeuten an erster Stelle steht, nur dann ist er fähig, wirkliche Anteilnahme zu spüren sowie das Bedürfnis, den Klienten zu verstehen, und wohl auch den Grad von Selbstachtung, dessen es zur Echtheit bedarf. (Rogers, 2000, S. 222–223)

Laut Rogers (2000) können theoretische Konzepte und Überlegungen wichtig sein, um den Veränderungsprozess zu untersuchen. Grundlegend ist dabei, dass diese therapeutischen Konzepte offen und beweglich bleiben, um etwaige Veränderungen integrieren zu können. In der Therapie, sprich im Moment des therapeutischen Geschehens selbst, seien sie aber hinderlich, da sie die Beziehung stören würden. (S. 200-201)

Unmittelbar im Augenblick der therapeutischen Beziehung ist für theoretisches Bewußtsein kein gedeihlicher Platz. (Rogers, 2000, S. 200)

Rogers (1991b) spricht sich unmissverständlich gegen eine Spezifizierung der Behandlungsmethoden nach Störungen aus und wendet sich vom Diagnostizieren und von vorgefertigten Behandlungsplänen ab. (S. 188)

Mittlerweile gibt es schon viele unterschiedliche Strömungen und Weiterentwicklungen des

personenzentrierten Ansatzes, beispielsweise die prozessorientierte oder die zielorientierte Gesprächstherapie, störungsspezifische Orientierungen etc. Eine eingehende Darstellung dieser Entwicklungen würde aber den Rahmen dieser Arbeit sprengen.

5. Personenzentrierte Psychotherapie im Zwangskontext

Therapie heißt, der Person helfen, zur Einsicht, über sich selbst zu gelangen, sich den menschlichen Beziehungen mit ihren positiven und negativen Aspekten auf vernünftige Weise anzupassen. (Rogers, 2010, S. 100)

Carl Rogers (2000), der Begründer der personenzentrierten Psychotherapie, ist zu der Überzeugung gelangt, dass dieser Ansatz für alle Menschen – unabhängig vom Setting oder ihrer Diagnose – hilfreich sein kann. Der Individualität/Besonderheit jedes Individuums muss dabei Rechnung getragen werden und die Anforderungen des jeweiligen Settings sind einzubeziehen. (S. 134)

In diesem Kapitel werden zunächst die dem personenzentrierten Ansatz zugrundeliegenden Annahmen und Variablen dargelegt und schließlich erörtert, wie in diesem Zusammenhang mit den spezifischen Herausforderungen im Zwangskontext umgegangen wird.

5.1. Therapeutische Beziehung

Im Zwangskontext ist die Therapeutenperson oft damit konfrontiert, dass sie zunächst keinen Zugang zur Klientenperson hat. Misstrauen, Reaktanzphänomene, fehlende bewusste Motivation oder auch schwere Störungen können dabei eine Rolle spielen.

Gerade bei Menschen, zu denen es zunächst keinen Zugang zu geben scheint, erweist sich Zuhören – der Versuch, zu verstehen und sich in ihre Welt einzufühlen – oft als die einzige Möglichkeit, Kontakt aufzunehmen (Pörtner, 1994, S. 114)

Wenn es aber gelingt, dass beide Menschen in Kontakt zueinander sind, entsteht Berührbarkeit und Betroffenheit und es wird eine Grenze wahrnehmbar, an der sie sich selbst und den anderen spüren können. Dadurch kann eine Beziehung aufgebaut werden. Das ist auch der Grundgedanke der Kontakthypothese. Die Klientenperson kann je nach Fokus die Therapeutenperson, sich selbst oder die Grenze spüren und auch den Übergang wahrnehmen. Diese Hypothese eröffnet somit nicht nur die intrapsychische, sondern auch die interpersonelle Ebene. Im Zentrum steht das aktuelle Beziehungsgeschehen, das unmittelbare Erleben und das Erfahren. Hier wird auch die erste von Rogers (1998) sechs Grundbedingungen der personenzentrierten Psychotherapie erfüllt, die besagt, dass in der Beziehung zwischen Therapeuten- und Klientenperson jede von beiden eine wahrnehmbare Wirkung auf das Erfahrungsfeld der anderen ausüben muss. (S. 168)

Rogers schreibt von seinen Erfahrungen im Wisconsin-Projekt, dass Unterschiede wie Bildung, Status oder der Grad der psychischen Störung sich als nebensächlich bzw. unwichtig erweisen, wenn Therapeutenperson und Klientenperson in einer Beziehung sind. (Hammer & Pawlowsky, “n. d.”, S. 8)

Gerade wenn sich solche Grenzen im personenzentrierten Ansatz auflösen, liegt darin eine Chance, mit delinquenten KlientInnen zu arbeiten, da sie nicht mehr nur auf ihr Verhalten reduziert, sondern als Mensch gesehen werden.

Da die personenzentrierte Therapeutenperson auf jede Klientenperson individuell eingeht, egal wie intelligent, gefestigt, labil, kriminell etc. sie ist und dabei eben auch die spezielle Situation beachtet, in der der therapeutische Prozess stattfindet, ist diese Herangehensweise gerade bei der Arbeit im Zwangskontext sehr sinnvoll. (Rogers, 2010)

Laut Barth und Schaub (2006) ist es ein Vorteil des personenzentrierten Ansatzes im Zwangskontext, dass er es möglich macht, der Welt der Klientenperson unvoreingenommen mit Respekt und Interesse zu begegnen. Menschen mit Drogenproblemen im klinischen oder anderen Behandlungssettings erhalten normalerweise wenig empathische Resonanz. (S. 61) Dieses Phänomen betrifft auch Menschen in Haftanstalten, im Maßnahmenvollzug und in der Psychiatrie, da diese Institutionen für Menschen gedacht sind, für die kein Platz in der Gesellschaft ist und denen meist mit wenig Empathie und Wertschätzung begegnet wird. Inkongruenzen werden durch eine entwertende Umgebung verstärkt, was laut Barth und Schaub (2006) bei Drogensüchtigen oft der Fall ist und zu Rückfällen führen kann. Diese Entwertung findet bei StraftäterInnen und geistig abnormen RechtsbrecherInnen in einem noch stärkeren Ausmaß statt. In der Arbeit mit diesen Menschen ist es dann umso wichtiger, dass die Therapeutenperson kongruenzfördernd mit einer personenzentrierten Grundhaltung agiert. (S. 61)

Sicher wird ein Berufspraktiker mit der Ansicht, Menschen seien im Grunde genommen Objekte, die es zum Wohle des Staatswesens oder gemäß den Zielsetzungen der Erziehungs- bzw. Bildungsinstitutionen (und das nur zu ihrem Besten) oder aber zur Befriedigung des eigenen Bedürfnisses nach Macht und Herrschaft zu manipulieren gelte, kaum je die Grundeinstellungen verwirklichen, die ich als konstituierende Elemente einer wachstumsfördernden Beziehung dargestellt habe. (Rogers, 2000, S. 223)

Die von Rogers (1991b) formulierten Variablen Kongruenz, Empathie und Wertschätzung (S. 194–203) sind laut Mayer (2009b) unerlässliche Grundlage jeder zwischenmenschlichen Beziehung, wenn über persönliches Erleben gesprochen wird und Veränderungen ins Rollen gebracht werden wollen. Auch und besonders in der Arbeit mit Menschen im Zwangskontext sind diese Variablen hilfreich und notwendig. (S. 214)

Im Folgenden wird nun noch genauer auf die therapeutische Beziehung mit ihren wichtigsten Wesensmerkmalen der Empathie, Wertschätzung und Kongruenz eingegangen, deren Umsetzung und Wirkung im Zwangskontext näher beleuchtet wird.

5.1.1. Empathie im Zwangskontext

Pleyer (1996) ist der Meinung, dass Empathie vonseiten der TherapeutInnen im Zwangskontext tendenziell zu einem Gefühl von Komplizenschaft bei vielen KlientInnen mit Erscheinungsformen nicht tolerierbaren Verhaltens führen würde. (S. 186)

Dagegen vertritt Trotter (2001) die Ansicht, dass Empathie gerade in diesem Bereich von besonderer Bedeutung ist, da es auch um eine Unterstützung bei der Rekonstruktion der Lebenswelt der Klientenperson geht. Sie sollte sich aber nur auf die positiven Ansätze bei Veränderungen der Klientenperson beziehen und nicht auf kriminelle oder (selbst)gefährdende Verhaltensweisen. (S. 132) Bei diesen ist es notwendig, dass die Therapeutenperson die schädlichen Folgen des Tuns sehr wohl thematisiert. (Kähler, 2005, S. 111)

Bonatiu und Din (2004) entdeckten in ihrer therapeutischen Arbeit in einer Haftanstalt, dass die KlientInnen ein hohes Maß an individueller Empathie entwickelten, was sie darauf zurückführten, dass ihnen diese Haltung in der Therapie vermittelt wurde. Sie ziehen daraus den Schluss, dass es schließlich die Empathie ist, die im personenzentrierten Ansatz den zentralen Wert bildet. (S. 57)

Freese (1998) weist auf die Wichtigkeit hin, Empathie und Autonomie im Zwangskontext zu fördern, da sie gerade in diesem Kontext oft stark eingeschränkt sind. Seiner Meinung nach geschieht das am besten innerhalb einer Gruppe, da in diesem Setting die Kommunikationsfähigkeit der Einzelperson und die der Gruppe durch gegenseitige Rücksichtnahme und Achtung gefördert wird. Dazu bedarf es eines positiven Gruppenklimas auf Basis einer verstehenden, dialogischen Grundhaltung, die es ermöglicht, Gefühle wahrzunehmen und sie auszudrücken. Die Therapeutenperson sollte diese Grundhaltung verinnerlicht haben, wodurch sie den KlientInnen Halt in einer Atmosphäre gibt, die geprägt ist von Toleranz und Respekt. (S. 221–222)

Die Beziehungsfähigkeit der Klientenperson kann sich (weiter)entwickeln, wenn die Therapeutenperson empathisch abgewehrte Gefühle der Klientenperson für diese stellvertretend erlebt und ausdrückt. Durch eine wertschätzende Wahrnehmung und Kommunikation dieser Gefühle ist es möglich, die Grundlage für integrative Schritte aufseiten der Klientenperson zu schaffen. Diese nicht-direktive Vorgehensweise ist ein wesentliches Merkmal des personenzentrierten Ansatzes. (Barth & Schaub, 2006, S. 58) Durch das Wachsen der Beziehungsfähigkeit können somit vorhandene soziale Defizite verringert oder aufgelöst werden.

Menschen mit schweren Störungen greifen oft als Bewältigungsstrategie auf primitive (kindliche) emotionale Selbstregulationen zurück. Wenn KlientInnen dann irritierende Verhaltensweisen zeigen, ist

es wichtig diese empathisch zu verstehen und zu sehen, dass ihnen derzeit keine weiterentwickelte Form der Bewältigung zur Verfügung steht. Dadurch bleibt die Akzeptanz und die Empathiebereitschaft aufseiten der Therapeutenperson aufrechterhalten. (Binder, 2002, S. 307)

5.1.2. Wertschätzung im Zwangskontext

Dieses Akzeptieren sowohl der reifen wie der unreifen Impulse, der aggressiven wie der sozialen Einstellungen, der Schuldgefühle wie der positiven Äußerungen bietet dem Individuum zum ersten Mal in seinem Leben Gelegenheit, sich so zu verstehen, wie es ist. (Rogers, 2010, S. 46)

Durch diese Form der bedingungslosen Akzeptanz, wird es der Klientenperson ermöglicht, ihr eigenes Handeln und ihre Gefühle zu verstehen. Dieses Verständnis ist die Voraussetzung, sich mit neuen Verhaltensweisen, Entscheidungen und Möglichkeiten auseinanderzusetzen, ein Prozess, bei dem die Therapeutenperson begleitend mitwirkt, aber den Weg nicht vorgibt. (Rogers, 2010, S. 47)

Bartuska (1998) meint, dass, wenn der therapeutische Prozess von Wertschätzung gekennzeichnet ist, es den PatientInnen leichter fällt, sich darauf einzulassen und dann auch eventuell ihre problematischen Erfahrungen mit Polizei, amtsärztlichen Einweisungen und medikamentöser Zwangsbehandlung aufzuarbeiten. Er legt somit die Wichtigkeit von Wertschätzung im Zwangskontext dar, in welchem viele KlientInnen die Erfahrung gemacht haben, entmündigt zu sein oder nicht respektiert zu werden. Gerade deshalb ist es wichtig, ihnen andere, positive Beziehungserfahrungen zu ermöglichen. (S. 344).

Die zentrale Bedeutung, die im personenzentrierten Ansatz dem Verständnis aus dem inneren Bezugsrahmen der Klientenperson heraus beigemessen wird, liegt in dem Kerngedanken des Theorieansatzes von Rogers begründet, dass das bedingungslose positive Gegenüberstehen die Basis für eine Beziehung ist, die der Klientenperson die Sicherheit gibt, nicht bedroht zu sein und als diejenige, die sie wirklich ist, akzeptiert zu sein. Das heißt, wenn sie wertgeschätzt und verstanden wird, eröffnet sich ihr die Möglichkeit, sich wirklich anzusehen, welche Impulse, Emotionen, Gedanken in ihr vorhanden sind. Bei diesem Ansatz steht also nicht das Delikt selbst im Vordergrund, sondern die Frage nach der Bedürftigkeit hinter der strafbaren Handlung. (Hartmann, 2005, S. 3)

Es ist zwar wichtig, dem Menschen/der Klientenperson Wertschätzung entgegenzubringen, dabei darf aber das delinquente Verhalten sehr wohl auch kritisiert werden. (Fröhlich-Gildhoff, 2006, S.159)

Gföllner (2007) meint auch dass die Haltung gegenüber der Klientenperson von einer Orientierung an Ressourcen, Bedürfnissen, Transparenz und Wertschätzung geprägt sein sollte, und genau mit dieser Haltung ist es möglich, die Klientenperson mit den nicht zu akzeptierenden Verhaltensweisen zu konfrontieren ohne sie als Mensch abzulehnen. Denn dahinter steht immer die Akzeptanz der

Eigenständigkeit und Verantwortung und die Wertschätzung gegenüber der Klientenperson. (S. 51-66)

Diese nichtbesitzergreifende Zuwendung – bei der ich es nicht nötig habe, meinem Klienten zu sagen, was für ihn das Beste ist, oder ihn zu kontrollieren, bei der ich all seine gemischten Gefühle akzeptieren kann, ihn so akzeptieren kann, wie er gerade ist – diese Art von Zuwendung schafft ein sicheres Klima, in dem er die „schrecklichen“ Gefühle, die er erlebt, die verborgensten Elemente von sich explorieren, ja überhaupt erst zulassen kann. (Rogers, 2000, S. 158)

Solch ein sicheres Klima kann es der Klientenperson ermöglichen, sich ihrem Delikt, das meist schuld- und schambefrachtet ist, und den damit einhergehenden Gefühlen zu stellen und diese in weiterer Folge aufzuarbeiten. Eine Klientenperson teilte mit, dass es ihr durch die entgegengebrachte bedingungsfreie Akzeptanz möglich war, ihre tiefsten und geheimsten Gefühle zuzulassen und zu erforschen. (Rogers, 2000, S. 163)

Gerade im Maßnahmenvollzug und in den Haftanstalten können sich KlientInnen oft nur schwer mit ihren Taten und den damit verbundenen Gefühlen auseinandersetzen. Zum einen durch die damit verbundenen Schuldgefühle und andererseits, weil sie bereits oft die Erfahrung gemacht haben, von anderen Menschen dafür abgelehnt und von der Gesellschaft dafür verachtet zu werden. Um diese problematischen Themen aufarbeiten zu können, braucht es genau diesen geschützten therapeutischen Rahmen, in dem es möglich ist, sich den eigenen Abgründen zu stellen und diese zu verarbeiten.

Die nicht an Bedingungen geknüpfte Wertschätzung schafft eine Beziehungsstruktur, bei der auch in Krisenzeiten offen kommuniziert werden kann, bei der also auch sogenannte „unerwünschte“ Gefühle und Handlungen ihren Platz haben. Eine gute, beständige therapeutische Beziehung ist notwendig, die die Klientenperson auf ihrem Weg mit seinen Höhen und Tiefen begleitet. (Barth & Schaub, 2006, S. 58)

5.1.3. Kongruenz im Zwangskontext

Kongruenz – auch: Echtheit – beinhaltet, sich als Psychotherapeutenperson nicht hinter einer Fassade oder der Funktion zu verstecken, sondern als Mensch erkennbar zu bleiben. (Mayer, 2009, S. 214)

Durch einfühlsames, kongruentes Einbringen der eigenen Wahrnehmung vonseiten der Therapeutenperson kann es zu einem interpersonellen Austausch kommen, in dem die Erwartungen, Erfordernisse, Gefühle und Wertungen der Therapeutenperson, der Institution und der Gesellschaft vermittelt werden. (Grüß, Rank, Stephan, H. Weise, K. Weise, 1986, S. 384) Hierin liegt eine wesentliche Stärke des personenzentrierten Ansatzes, da er es ermöglicht, empathisch auf die Klientenperson einzugehen, ihr Wertschätzung entgegenzubringen und somit im Rahmen einer vertrauensvollen

Beziehung die Aspekte der Anforderung vonseiten der Institution und der Gesellschaft einzubringen.

Gerade wenn KlientInnen von sehr schweren Delikten berichten, kann dies Ekel oder Angst bei der Therapeutenperson auslösen. Rogers (1991b) meint, dass es im Sinne der Kongruenz auch wichtig ist, dass die Therapeutenperson es klar – ihre wertschätzende, empathische Grundhaltung während – ausspricht, wenn sie Angst vor der Klientenperson hat. Dadurch ist es ihr möglich, echt zu sein, und es wird ein Prozess in Gang gesetzt, in welchem sich beide mit dem Thema Angst auseinandersetzen, die in weiterer Folge dann auch aufgelöst werden kann. (S. 202)

Zu dem Aspekt der therapeutischen Kongruenz gehört auch das Vermitteln der wahrnehmbaren Ressourcen und Stärken der Klientenperson. Dies wirkt unterstützend auf die Klientenperson und hilft, ihre Bewältigungsstrategien zu fördern. (Barth & Schaub, 2006, S. 60)

5.2. Die Aktualisierungstendenz

Rogers (2000) beobachtet, dass an therapeutische Maßnahmen gewisse Anforderungen gestellt werden. Verlangt wird Effektivität, exakte Diagnosen und eine schnelle Beseitigung dessen, was nicht stimmt. (S. 133)

Daran gemessen erscheint die klientenzentrierte Therapie, die über keine so blendenden Methoden und Techniken verfügt, die auf die Mobilisierung der Kräfte des Klienten vertraut und den Klienten das Tempo der Entwicklung bestimmen läßt, vielen als naiv und uneffektiv. (Rogers, 2000, S. 133)

Die personenzentrierte Psychotherapie fügt sich damit nicht in eine leistungsorientierte Gesellschaft ein, die schnelle und möglichst kostengünstige Reparaturen verlangt. (Rogers, 2000, S. 133)

Dem personenzentrierten Ansatz liegt ein Respekt vor der Klientenperson zugrunde sowie ein Vertrauen in deren Eigenverantwortung und das ihr innewohnende Potential zur Verwirklichung eines sinnerfüllten Lebens. Die in jedem Menschen wirkende Aktualisierungstendenz – auch in jenen, die andere physisch oder psychisch schwer verletzt haben – ist die Grundlage für dieses Vertrauen. (Hartmann, 2005, S. 1)

Rogers (2000) beobachtete und formulierte mit der Aktualisierungstendenz eine Kraft bzw. Tendenz jedes Individuums, sich zu entwickeln und zu wachsen. Diese mag tief verschüttet oder blockiert sein, ist aber dennoch eine Kraft, mit der gerechnet, auf die vertraut werden kann. Im therapeutischen Prozess scheint dieses Vertrauen der Therapeutenperson in die natürliche Selbstverwirklichungs- und

Selbstbestimmungstendenz der Klientenperson wirkungsvoll zu sein. (S. 136) Durch Worte und Gesten wird der Klientenperson vermittelt, dass die Therapiestunde ihr gehört und dass sie auf der einen Seite die Verantwortung für die eigene Entwicklung bzw. Lösung der Probleme hat, dass sie aber andererseits die Freiheit hat, innerhalb der Rahmenbedingungen die Stunde selbst zu gestalten. (Rogers, 2010, S. 42) Für KlientInnen in totalen Institutionen, die sonst über einen extrem eingeschränkten Gestaltungsspielraum verfügen, kann dies sehr motivierend sein. Auch bei der Thematisierung von Ängsten bzw. angstbehafteten Inhalten, die im Maßnahmenvollzug mitunter sehr massiv sein können, ist das Vertrauen in die Aktualisierungstendenz eine stabilisierende Grundhaltung. Denn wenn die Therapeutenperson die Bereitschaft besitzt, im Vertrauen auf eine positive Entwicklung die Klientenperson auf ihrer Reise zu ihren Ängsten und inneren Abgründen hinab zu begleiten, ist es der Klientenperson möglich, sich dem Unbekannten in sich selbst zu stellen und es zu erforschen. (Rogers, 2000, S. 157)

In der personenzentrierten Arbeit wird davon ausgegangen, dass dem therapeutischen Prozess seine eigene Logik innewohnt und es keinen Grund gibt, der Aktualisierungstendenz zu misstrauen und in diesen Prozess direktiv einzugreifen. (Rogers, 2000, S. 163)

Im Laufe der Psychotherapie setzt die Klientenperson unterschiedliche thematische Schwerpunkte, da die Themen, die von der Klientenperson als wesentlich wahrgenommen werden, im ständigen Fluss sind. Dieser Fluss gibt dem therapeutischen Dialog seine Struktur. (Barth & Schaub, 2006, S. 59)

Für eine anhaltende, tiefgreifende Veränderung ist die eigene Einsicht und selbst den Weg dort hin gefunden zu haben ungeheuer wichtig, da ansonsten die Veränderung nur oberflächlich und von kurzer Dauer wäre. (Rogers, 2010, S. 48–49)

Im Gegensatz zu der Auffassung, daß die tiefsten Instinkte des Menschen destruktiv sind, bin ich zu der Überzeugung gelangt, daß Menschen, denen (wie beispielsweise im sicheren therapeutischen Klima) die Möglichkeit gegeben wird, wahrhaft zu werden, was sie zutiefst sind, wenn sie die Freiheit haben, ihre eigentliche Natur zu entfalten, immer eine deutliche Entwicklung auf Ganzheit und Integration hin durchmachen. (Rogers, 2000, S. 136)

Wenn ein Mensch wahrhaft er selbst wird, dann verhält er sich nicht nur sich selbst, sondern auch anderen Menschen gegenüber konstruktiv. Dieses sozialisierte Verhalten ist aber nicht mit einem konformen Verhalten gegenüber der Gesellschaft gleichzusetzen, da ein selbstbewusstes Individuum nicht unbedingt konventionell lebt und mit allen auferlegten Anforderungen der Gesellschaft übereinstimmt. (Rogers, 2000, S. 136)

Dem personenzentrierten Ansatz liegt der Glaube an das Wachstums- und Entwicklungspotential des Menschen zugrunde. Der Mensch wird als ein Lebewesen angesehen, das sich zum Positiven hin

entwickelt, nicht als eines, das ständig kontrolliert, überwacht und dem misstraut werden muss. Letzteres haben viele Institutionen in unserer Gesellschaft verinnerlicht in Form des sündigen Menschen, der durch Kontrolle, Überwachung und Führung zum Guten geleitet werden muss. Immer wieder wird die Meinung geäußert, dass sich KlientInnen in einem Klima der Freiheit in Richtung Destruktivität und Asozialität entwickeln. Diese Ansicht ist der polare Gegensatz zur personenzentrierten Ausrichtung, die der Selbstaktualisierungstendenz völlig vertraut und damit der Tendenz zur Entwicklung zu einem positiven, reifen, verantwortungsbewussten und sozialen Individuum. (Rogers, 1991c, S. 241)

5.3. Rahmenbedingungen

Laut Rogers (2010) ist es im therapeutischen Prozess notwendig, klar die Rahmenbedingungen zu definieren. Je nach Situation kann es auch erforderlich sein, die genauen Bereiche der Verantwortlichkeit abzusteken und gegebenenfalls auch mehrmals zu erläutern. Die Klientenperson darf alle Gefühle und Impulse äußern, sofern sie diese nicht in Handlungen umsetzt, die ihr selbst oder anderen Personen schaden. Die Einhaltung der Rahmenbedingungen und die klare Grenzsetzung durch die Therapeutenperson sind ein wichtiger Bestandteil der Therapie und spiegeln auch die Aspekte des realen Lebens außerhalb der Therapiestunde wider.. Überdies ist es auch für die Therapeutenperson selbst wichtig, die Grenzen klar zu definieren und dort zu ziehen, wo sie für sie persönlich wichtig ist. Denn nur in einem für sie sicheren Rahmen kann sie sich hilfreich in den therapeutischen Prozess einbringen. (S. 40, 86, 102)

Auch Fröhlich-Gildhoff (2006) spricht sich für die Wichtigkeit eines klaren Settings mit eindeutigen Grenzen aus. (S. 160) Laut Barth und Schaub (2006) beinhaltet das auch – um die therapeutische Kongruenz zu wahren – das Setzen klarer Grenzen, wenn Vereinbarungen gebrochen wurden. Denn ihrer Meinung nach kann unsoziales Verhalten nicht toleriert werden und bedeutet personenzentriert zu arbeiten nicht, jedes Fehlverhalten zu akzeptieren. (S. 58)

In der konkreten Therapiebeziehung auftauchende Ärgernisse anzusprechen und Grenzen zu markieren hat eine andere Qualität, als sich zum Anwalt von Regeln zu machen, die durch Dritte auferlegt wurden. Grenzsetzungen erfolgen hier nicht aus kurzschlüssigen edukativen Motiven, sondern einerseits aus einem achtsamen Umgang des Therapeuten mit seinen eigenen Ressourcen und andererseits, um über dessen offen kommunizierte Gefühlsreaktion eine authentische Auseinandersetzung mit den jeweiligen Themen zu fördern. (Barth & Schaub, 2006, S. 58)

Besonders, wenn sie gerade erst in das Gefängnis, die Psychiatrie oder den Maßnahmenvollzug kommen, sehen sich die KlientInnen mit völlig neuen Gegebenheiten konfrontiert. Sie müssen sich erst

einfinden und damit zurecht kommen, dass sie anders gestaltete soziale Kontakte haben, überwacht werden und strengen Regeln unterstellt sind. Für KlientInnen, die mit dieser Umstellung Schwierigkeiten haben, kann eine Psychotherapie sehr hilfreich sein, um mit den vielschichtigen Anforderungen der Institution zurecht zu kommen und eine neue Ausrichtung für die Zukunft zu entwickeln. Innerhalb der Institution wird alles für sie geregelt und sie befinden sich in einem vorgegeben Ablauf bzw. Lebensrhythmus, in welchem sie keine oder kaum Verantwortung tragen. Innerhalb ihrer therapeutischen Beziehung hingegen werden sie diesbezüglich wieder gefördert und finden den Raum vor, sich hin zu einem verantwortungsvolleren, reiferen Individuum zu entwickeln. Nach ihrer Entlassung ist es dann für sie leichter, sich selbstverantwortlich ihr eigenes Leben aufzubauen und den Anforderungen wie Arbeitssuche, Aufbau neuer sozialer Beziehungen, Klärung der familiären Verhältnisse, Wohnungssuche etc. in konstruktiver Art und Weise gewachsen zu sein. Für einige KlientInnen ist gerade in dieser Phase der Neuorientierung eine psychotherapeutische Unterstützung wesentlich. (Rogers, 2010, S. 22)

Eine der Stärken der personenzentrierten Psychotherapie liegt darin, dass sie die Autonomiebestrebungen der Klientenperson fördert. (Biermann-Ratjen, Eckert, Schwartz, 2003, S. 193) Dies ist besonders für KlientInnen im Zwangskontext sehr wichtig, da ihr Gefängnisalltag ohnehin von Bevormundungen und Autonomieverlust gekennzeichnet ist und sie besonders sensibel auf diesbezügliche Einschränkungen reagieren. (Mayer, 2009, S. 227)

Vielfach haben KlientInnen das Gefühl, ihr Selbstverständnis nach innen und außen verteidigen zu müssen bzw. unter einem Rechtfertigungsdruck zu stehen. Daher wird es als Erleichterung erlebt, ein Beziehungsangebot zu erhalten, in dem dies nicht erforderlich ist, sondern das ihnen das Gefühl vermittelt, als Mensch akzeptiert, gesehen und wertgeschätzt zu werden. (Biermann-Ratjen, Eckert, Schwartz, 2003, S. 193)

5.4. Therapiemotivation

Motivation ist im forensischen Bereich eine grundlegende und kontextimmanente Herausforderung. Der Beginn der therapeutischen Arbeit ist oft durch die Notwendigkeit aktiver Motivationsförderung geprägt. (Fröhlich-Gildhoff, 2006, S. 160–161; Hartmann, 2005, S. 6)

Der Umgang mit dieser Thematik vom personenzentrierten Standpunkt aus soll hier erörtert werden.

Rogers (2000) meint zwar, dass niedrige oder nicht vorhandene Therapiemotivation eine Psychotherapie erschwere, diese aber nicht verunmögliche. Im Zuge des Wisconsin-Projektes konnte er

zusammen mit anderen TherapeutInnen zu diesem Thema einige Erfahrung sammeln und Erkenntnisse gewinnen. Bei dem Projekt arbeitete er mit einer Gruppe hospitalisierter schizophrener KlientInnen. Die meisten von ihnen wussten nicht, was Psychotherapie ist, wiesen ein niedriges Sozial- und Bildungsniveau auf und zeigten keine bewusste Therapiemotivation. Es herrschte unter ihnen die Ansicht vor, dass Therapie sinnlos wäre, und neben den vielen unmotivierten KlientInnen gab es auch einige, die sich jeglichen Hilfeversuchen aktiv und vehement widersetzen. Es erwies sich schließlich trotz dieses Mangels an bewusster Motivation als möglich, zu den meisten KlientInnen eine Beziehung aufzubauen und therapeutisch zu arbeiten, um Veränderungen anzubahnen. (S. 194-195)

Unsere Erfahrungen haben meine eigene Anschauung zutiefst verstärkt und erweitert, wonach der erfolgreiche Therapeut derjenige Mensch ist, der es vermag, im betreffenden Augenblick offen er selbst zu sein, soweit es ihm nur in den tiefsten ihm zugänglichen Schichten möglich ist. Nichts anderes ist von gleicher Bedeutung. (Rogers, 2010, S. 199)

Die TherapeutInnen, die in der Lage waren, sich in der Arbeit mit unmotivierten KlientInnen wirklich zu zeigen, die sich echt in die Beziehung einbrachten und als menschliche, einfühlsame Wesen handelten, hatten den größten Erfolg in der therapeutischen Arbeit. (Rogers, 2000, S. 214)

Der Therapeut kann, wie einer aus unserer Gruppe sagt, „auf sein augenblickliches Erleben zurückgreifen und findet dort einen ständig gegenwärtigen Vorrat, dem er dies und das entnehmen kann und mit dessen Hilfe er selbst mit einem unmotivierten, stillen oder alles nach außen verlegenden Menschen die therapeutische Interaktion einleiten, vertiefen und weiterführen kann. (Rogers, 2001, S. 202 zitiert nach Gendlin, 1961, S. 4)

Rogers (2010) verweist auch darauf, dass es für den therapeutischen Erfolg maßgeblich ist, die Klientenperson mit ihrer inneren Haltung bzw. Einstellung bezüglich der Psychotherapie wahrzunehmen. Hier gilt es zu erforschen, inwieweit die Klientenperson motiviert ist, ob sie das Gefühl hat, in der Therapie adäquate Hilfe zu erhalten, oder ob sie die Therapeutenperson als etwas zu Bekämpfendes ansieht, und in welchem Ausmaß sie aktiv in den therapeutischen Prozess einsteigt und die Verantwortung dafür übernimmt. Gerade wenn die Klientenperson unmotiviert ist und sich zur Therapie gezwungen fühlt, ist der erste wesentliche Schritt, sie in ihren widerständigen Gefühlen und in ihrer ablehnenden Haltung anzunehmen. Erst wenn sie sich angenommen fühlt, mit allem was da ist, und wenn die Therapeutenperson auf ihren jeweiligen Grad an Motivation eingeht, wird der Möglichkeit Raum gegeben, dass sie sich schrittweise auf den Prozess einlässt. (S. 56, 72, 147)

Auch Beobachtungen von Bartuska (1998) ist zu entnehmen, dass sich anfänglicher Widerstand gegen Psychotherapie in einer therapeutischen Atmosphäre, die von einem respektvollen Umgang und Wertschätzung gekennzeichnet ist, leichter auflösen lässt. (S. 344)

Diese Aussagen verweisen auf die Wichtigkeit und Wirksamkeit der personenzentrierten Beziehungsvariablen (siehe Kapitel 4.3.1–4.3.3).

Wenn eine Klientenperson mit großem Widerstand in die Therapiesitzung kommt, kann es auch angezeigt sein, die ersten Stunden durch eine neutrale Unterhaltung aufzulockern, damit das Schweigen nicht zu unangenehm wird, bis die Klientenperson bereit ist, Themen einzubringen, die sie wirklich beschäftigen. (Rogers, 2010, S. 147)

Auch Grüß, Rank, Stephan, H. Weise und K. Weise (1986) meinen, dass Therapie trotz mangelnder Motivation erfolgreich möglich sein kann. Sie verweisen auf die Wichtigkeit der Realisierung der Basisvariablen bei der Entwicklung der Therapiemotivation, wobei sie meinen, dass dabei eine vorsichtige Selbsteinbringung förderlich ist. Je besser die Basisvariablen am Beginn der Psychotherapie umgesetzt werden und die therapeutischen Ziele und Erwartungen im Hintergrund stehen, umso leichter können sich die KlientInnen auf den therapeutischen Prozess einlassen. Erst in einem späteren Schritt, wenn eine Vertrauensbasis geschaffen ist, ist es möglich, sich selbst als Therapeutenperson immer mehr einzubringen, zu konfrontieren und sich für die Therapieziele einzusetzen. (S. 386–387)

Fröhlich-Gildhoff (2006) meint, dass schon beim Aufbau der Motivation konfrontative Elemente wichtig seien, um eine Unzufriedenheit bezüglich der Lebenssituation, der sozialen Bezüge und dem Verhalten der Klientenperson zu wecken. Wenn auch nur eine geringe Unzufriedenheit herrscht, kann diese aufgegriffen werden, um die Veränderungsmotivation zu stärken. Im Gegensatz zu den anderen AutorInnen vertritt er aber die Ansicht, dass das personenzentrierte Beziehungsangebot durch spezifische erfahrungsaktivierende Interventionen erweitert werden müsste. (S. 160-161)

Dadurch, dass der personenzentrierte Ansatz dem Expertentum den Rücken kehrt und die Autonomie und Selbstverantwortung der Klientenperson unterstützt, fördert er die aktive Beteiligung am therapeutischen Prozess. (Grüß, Rank, Stephan, H. Weise, K. Weise, 1986, S. 375) Gerade für die Arbeit im Zwangskontext ist dies ein wesentlicher Punkt. KlientInnen fühlen sich unterdrückt und haben oft selbst keinen Wunsch nach therapeutischer Begleitung. Dadurch, dass ihnen aber die Therapeutenperson ihre eigene Kompetenz darüber zuspricht, zu wissen, wohin der Weg bzw. die Heilung führt, kann auch die Bereitschaft für eine Kooperation im therapeutischen Prozess wieder wachsen. Ein Zugewinn an Autonomie kann auch das Phänomen der Reaktanz lindern.

Dennoch stellt Rogers (2000) fest, dass es ein wesentliches Problem in der Therapie darstellt, mit unmotivierten KlientInnen zu arbeiten, und dass sie sich stark von der Arbeit mit KlientInnen unterscheidet, die eine bewusste Motivation zeigen. (S. 195) Die personenzentrierte

psychotherapeutische Arbeit mit freiwilligen KlientInnen basiert überdies auf reichhaltigen Erfahrungen und ist empirisch abgesichert, während es im Umgang mit unmotivierten KlientInnen kaum Erfahrungswerte gibt. (Rogers, 2010, S. 195) Für diesen Bereich liegen nur wenige theoretische Konzepte vor und es ist notwendig, hier ein neues Begriffssystem und entsprechende Theorien und Techniken zu entwickeln. Das Entstehen einer Beziehung ist laut Rogers (2010) jedoch nicht davon abhängig, ob eine Klientenperson bewusst Hilfe sucht oder nicht. (S. 196)

Den Aussagen dieses Kapitels ist zu entnehmen, dass – entgegen mancher Kritik – eine personenzentrierte Psychotherapie mit nicht-motivierten KlientInnen möglich ist.

5.5. Ziele

In vielen gesellschaftlichen Institutionen wird die Ansicht vertreten, dass das Individuum vorgegebene Ziele braucht, da man ihm nicht vertrauen kann, dass es selbst geeignete, positive Ziele finden kann. (Rogers, 1991c, S. 241)

Die personenzentrierte Therapeutenperson vertraut der Klientenperson, dass sie selbst weiß, wohin sie will und welche Ziele für ihr Leben wesentlich sind. Auf dieser Entdeckungsreise wird sie von der Therapeutenperson lediglich unterstützt und begleitet. Je weiter die Klientenperson im therapeutischen Prozess voranschreitet, umso mehr kann sie eigene Ziele in einer Haltung von Verantwortlichkeit und Sozialität entwickeln. (Rogers, 2010, S. 119)

Die personenzentrierte Psychotherapie hat nicht die Anpassung der Klientenperson an die gesellschaftlichen Anforderungen zum Ziel, sondern die Entwicklung und Entfaltung der Klientenperson ihren eigenen Vorstellungen gemäß. (Rogers, 2000, S. 134) Diese Aussage steht tatsächlich in gewisser Weise im Widerspruch zu den Anforderungen an Psychotherapie im Zwangskontext, da diese meist im Spannungsfeld der vorrangigen Ziele und Wünsche der Klientenperson gegenüber jenen der auftraggebenden Institution bzw. der Gesellschaft stattfindet. Rogers (2010) betont aber in puncto eigenständiger Entwicklung von Zielen bei der Klientenperson, dass, je mehr sich ihre Persönlichkeit entfaltet, umso reifer und sozialer die angestrebten Ziele werden. (S. 119)

Doch was mich beeindruckt ist, daß sogar unvollkommene Versuche, ein Klima von Freiheit und Akzeptieren und Verstehen zu schaffen, die Person offenbar dazu befreien, sich auf wirklich soziale Ziele hinzubewegen. (Rogers, 1991d, S. 262).

Somit ist offensichtlich auch für delinquente KlientInnen eine Haltung und ein Vertrauen spürbar, die eine Atmosphäre schaffen, in der sie sich entfalten können.

5.6. Verantwortung

Dass die Klientenperson in der Therapie Verantwortung übernimmt, ist ein wesentliches Element. Gerade im Zwangskontext ist dies ein grundlegender Schritt, damit Psychotherapie stattfinden kann und die Verantwortung nicht bei den Institutionen oder Personen bleibt, die die Klientenperson verpflichtet haben. In diesem Prozess übernimmt die Klientenperson auch die Verantwortung für die Lösung ihrer Probleme. (Rogers, 2010, S. 40)

Die personenzentrierte Psychotherapie geht davon aus, dass es der Klientenperson in diesem speziellen förderlichen Klima möglich ist, als selbstverantwortliche Person in den therapeutischen Prozess einzutauchen und eigene Entscheidungen zu treffen. Dies spiegelt die Grundeinstellung wider, dass die Klientenperson unabhängig von ihrer Tat oder ihrem Hintergrund prinzipiell als selbstverantwortliche Person angesehen wird, auch wenn dies möglicherweise am Beginn der Therapie noch stark verschüttet oder zugedeckt ist. (Rogers, 1991b, S. 189)

Wenn der Klient in der Therapie zunehmend lockerer wird, nimmt er mehr Probleme wahr und gewinnt ein Gefühl seiner eigenen Verantwortlichkeit. (Rogers, 2000, S. 148)

In diesem Ansatz kommt es im Laufe eines erfolgreichen therapeutischen Prozesses zu Veränderungen bezüglich des Gefühls der Eigenverantwortlichkeit und schließlich zu einer Übernahme der Eigenverantwortung, was gerade in der Arbeit mit delinquenten KlientInnen ein wesentliches Ziel darstellt. (Biermann-Ratjen, Eckert, Schwartz, 2003, S. 77; Rogers, 2000, S. 148)

In der Arbeit mit StraftäterInnen ist laut Fröhlich-Gildhoff (2006) ein Schwerpunkt auf den Bereich der Selbstverantwortung zu legen, da sie aufgrund ihrer Selbst- und Fremdwahrnehmung oft andere Menschen als Auslöser für ihr Handeln betrachten. (S. 160) Empirische Forschungen über eine solche Herangehensweise in der Arbeit mit vom Gericht als unzurechnungsfähig eingestuften KlientInnen im Maßnahmenvollzug liegen noch nicht vor, wären aber durchaus angezeigt.

5.7. Deliktbearbeitung

Das Ziel der meisten helfenden Berufe, einschließlich der Psychotherapie, besteht in einer Förderung der persönlichen Entwicklung und des psychischen Wachstums des Klienten in Richtung auf eine gesellschaftsbezogene Reife. (Rogers, 2000, S. 230)

Es prägt diesen Ansatz überdies die Überzeugung, dass der Mensch ein soziales Wesen ist, das die Verantwortung für sein Handeln und Erleben trägt, auch wenn er diese Verantwortung nicht

wahrnimmt oder sich weigert, sie zu übernehmen. In Bezug auf die strafbare Handlung kann ein soziales Wesen der Verantwortung nicht entgehen, weder in der Haftanstalt noch in der Psychotherapie. Die Klientenperson kann nur die Frage verweigern, wie sie die Verantwortung übernehmen will und wie sie in Zukunft verantwortlich handeln will. (Hartmann, 2005, S. 1)

Unsoziales Handeln ist ein Ausdruck deformierter Zwischenmenschlichkeit: Die eigenen Bedürfnisse sollen befriedigt werden, ohne Rücksicht auf die Bedürfnisse von anderen Menschen zu nehmen. Änderungsbemühungen müssen also darauf abzielen, die Klientenperson zu unterstützen, diese fehlgeleitete Bedürftigkeit zu erkennen und die Verantwortung zu übernehmen. Der therapeutische Prozess wird durch die Dimensionen Erfahrung und Beziehung bestimmt und die Therapeutenperson hat die Aufgabe, den Prozess so zu gestalten, dass die Klientenperson bestmöglich ihr Wachstumspotential entfalten kann. (Hartmann, 2005, S. 1)

In der personenzentrierten Psychotherapie steht der Mensch in seiner Vielfalt und Individualität im Mittelpunkt und nicht nur sein Problem bzw. Delikt. (Rogers, 2010, S. 36) Für Personen, die immer nur auf ihr Delikt reduziert werden oder gar als Monster angesehen werden, ist es eine sehr heilsame Erfahrung, als Mensch anerkannt zu werden, der viele verschiedene Facetten hat und es wert ist, geschätzt und akzeptiert zu werden.

Inhaftierten Menschen ist es meist unangenehm, über ihr Delikt zu sprechen. Es können tiefe Schuldgefühle vorhanden sein, ebenso wie Angst vor Entwertung. (Mayer, 2009, S. 227) Gerade dies unterstreicht die Wichtigkeit, in der Arbeit mit Menschen im Zwangskontext die drei Grundvariablen nach Rogers (1998) zu verinnerlichen. (S. 194–203)

Im Zwangskontext wird die Therapeutenperson stellenweise mit schwierigen Herausforderungen konfrontiert. Ein sinnvoller Ansatz für die Arbeit mit straffällig gewordenen Menschen, die ihr Delikt und die daraus resultierenden Folgen für andere Menschen nicht wahrnehmen können, ist es, ihr delinquentes Verhalten zu kritisieren und zu thematisieren und gleichzeitig der Person mit unbedingter Wertschätzung und Empathie zu begegnen. (Barth & Schaub, 2006, S. 58)

5.8. Rückfallprävention

Grütz, Rank, Stephan, H. Weise und K. Weise (1986) unterstreichen ausdrücklich, dass die Rolle der Therapeutenperson sich nicht auf akzeptierendes, kongruentes Reflektieren beschränkt. Vielmehr muss sie sich selbst als die Person, die auch die Forderungen und Werte der Gesellschaft und der Institution

verkörpert, in das therapeutische Geschehen einbringen. (S. 375) Und da Institutionen wie Haftanstalten und Maßnahmenvollzug den Resozialisierungsgedanken verinnerlicht haben, erscheint es auch sinnvoll, dass die TherapeutInnen in diesem Kontext die Werte und Normen und die damit einhergehenden gesellschaftlichen Anforderungen widerspiegeln und die KlientInnen dabei unterstützen, wieder einen Platz in der Gesellschaft zu finden und dadurch ihr Rückfallrisiko zu minimieren. Die Rückfallprävention ist also natürlich auch in der personenzentrierten Psychotherapie unumgänglich. Der Ansatz ermöglicht beispielsweise übendes Verhalten und das Besprechen von Alltagssituationen, jedoch nicht mit der Systematik der Verhaltenstherapie. (Hartmann, 2005, S. 6)

Für die Minimierung des Rückfallrisikos bei delinquenten KlientInnen kann es erforderlich sein, die Psychotherapie durch andere Maßnahmen zu ergänzen, die das Umfeld so verändern, dass soziale und ökonomische Voraussetzungen zur Förderung eines straffreien Lebens geschaffen werden (z.B. soziales Umfeld, Arbeit, Wohnung etc.), oder die jene KlientInnen, die keiner anderen Hilfestellungen bedürfen, in ihrer Entwicklung von Eigenständigkeit und Unabhängigkeit fördern. (Rogers, 2010, S. 64)

Dennoch darf nicht vergessen werden, dass die Klientenperson für ihre positive Entwicklung einen geschützten Raum braucht, um auch all ihre negativen Gefühle ausdrücken zu können.

Je heftiger und tiefer die negativen Gefühle ausgedrückt wurden (vorausgesetzt, sie wurden akzeptiert und erkannt), desto sicherer folgt der Ausdruck positiver Gefühle, der Liebe, der sozialen Impulse, des grundlegenden Selbstrespekts und des Verlangens nach Reife. (Rogers, 2010, S. 45)

Der erfolgreiche therapeutische Prozess ermöglicht der Klientenperson, ihr Verhalten immer besser zu kontrollieren und reifer und offener gegenüber anderen Menschen zu werden. (Rogers, 1991b, S. 216) Daraus ergibt sich die Annahme, dass, je mehr sich ein Mensch in diese Richtung entwickelt, er umso wahrscheinlicher keine Gefahr für andere Menschen darstellt, also anders ausgedrückt: dass seine Rückfallwahrscheinlichkeit sinkt. Er ist nun zunehmend besser in der Lage, sich selbst und seine inneren Gefühle sensibler wahrzunehmen, zu registrieren, wie er auf Situationen im Außen reagiert bzw. welche Empfindungen dabei ausgelöst werden. Zwischenmenschliche Beziehungen können präziser wahrgenommen werden und der Mensch wird zunehmend realistischer in seiner Selbstwahrnehmung und in der Wahrnehmung der Welt. In diesem Prozess wird er auch sozialer und das elementare Bedürfnis nach zwischenmenschlicher Nähe und Beziehungen kommt mehr zum Vorschein. (Rogers, 1991d, S. 270) Durch das bewusstere Wahrnehmen der Anderen und ihrer Bedürfnisse verbessert sich schließlich auch die Aussicht darauf, dass die Klientenperson keine übergriffigen bzw. verletzenden Delikte mehr setzt.

5.9. Adaption des Ansatzes

Ein immer wieder gehörtes Vorurteil besagt, dass der personenzentrierte Ansatz in der Behandlung von StraftäterInnen nicht geeignet ist – gerade im Bereich der Sexualdelikte ist die Verhaltenstherapie mit ihrem sehr technischen Fokus vorherrschend. Hartmann (2005) als personenzentrierter Psychotherapeut widerspricht dieser Aussage und verweist auf seine praktischen Erfahrungen in der Psychotherapie mit Sexualdelinquenten. Er hält die Herangehensweise der personenzentrierten Psychotherapie hier sehr wohl für sinnvoll, die Tat mit ihren emotionalen Faktoren zu betrachten und den Fokus auf das unmittelbare Erleben zu richten, das Ausdruck der organismischen Anpassungsreaktion und seiner seelischen Repräsentationen ist. (S. 6–7)

Die im forensischen Bereich dominierenden verhaltenstherapeutischen Konzepte sind von dem Slogan „No cure, but control“ geprägt. (Kröger, 1997, S. 138) Ganz gezielt werden Beschämungsstrategien eingesetzt und Copingstrategien vermittelt.

Im Justizvollzug wird es als vorteilhaft angesehen, mit einem manualisierten, effizienten und personelle Ressourcen sparenden Programm zu arbeiten, statt die untragbaren Arbeitsbedingungen zu reflektieren. Die Behandlungsprogramme sollen in einer kaum umsetzbaren Dichte durchgeführt werden, Misserfolge werden dann auf die Untherapierbarkeit der Klientenperson zurückgeführt. Der Einsatz von Beschämungsstrategien kommt dem heimlichen Strafbedürfnis des Justizsystems sehr entgegen, ohne dass eine Hoffnung auf Heilung geschaffen wird. (Hartmann, 2005, S. 2)

Der personenzentrierte Ansatz, der auf jegliche solcher Beschämungsstrategien bewusst und vollkommen verzichtet, macht ein gänzlich anderes Beziehungsangebot als der verhaltenstherapeutische. Gerade dieses Beziehungsangebot ist umso wichtiger, je schwerer die Störung der Klientenperson ist. (Hartmann, 2005, S. 3) Hartmann (2005) ist zwar auch von der Wirksamkeit der personenzentrierten Vorgehensweise und deren Beziehungsangebot überzeugt, dennoch ist er aber der Meinung, dass es bei KlientInnen aufgrund psychischer Beeinträchtigungen und aufgrund von Defiziten in puncto sozialer Kompetenzen sinnvoll sein kann, diese durch Training zu vermitteln. Auch im Falle schwerer Persönlichkeitsstörungen und/oder psychischer Beeinträchtigungen bei der Klientenperson kann eine Modifizierung des Ansatzes angezeigt sein. (S. 2, 4)

Barth und Schaub (2006) halten die personenzentrierte Psychotherapie im stationären und teilstationären Kontext für wirksam, ebenso wie in der Arbeit mit unfreiwilligen KlientInnen. Sie warnen aber vor der Gefahr, dass sich die personenzentrierte Therapeutenperson im institutionellen Kontext in verhaltenspädagogische Sachzwänge drängen lässt, da sie das Vertrauensverhältnis zur Klientenperson beschädigen würden. Hierzu zählen Aspekte wie beispielsweise die Berichtspflicht

bezüglich eines Drogenkonsums gegenüber dem gesamten Behandlungsteam. (S. 60) Barth und Schaub (2006) sind überzeugt – auch aufgrund ihrer Erfahrungen aus der psychotherapeutischen Arbeit mit Drogenabhängigen –, dass „Zuckerbrot und Peitsche“ nichts im personenzentrierten Ansatz verloren haben und es nicht die Aufgabe einer Therapeutenperson ist, zu erziehen oder zu richten, sondern den KlientInnen beizustehen, ihr entgrenztes Verhalten wieder in den Griff zu bekommen. Den sprichwörtlichen „erhobene Zeigefinger“ halten sie hier für fehl am Platze. Vielmehr ist es notwendig, dass Klienten- und Therapeutenperson sich in gemeinsamer Bemühung ehrlich und gewissenhaft mit der – mitunter als eine unbewältigbare Herausforderung wahrgenommenen – Lebenssituation befassen. (S. 58)

Sie sprechen sich daher für die Erhaltung der personenzentrierten Vorgehensweise aus, auch wenn durch den institutionellen Kontext andere Erwartungen und Forderungen an die Therapeutenperson herangetragen werden.

Fröhlich-Gildhoff (2006) ist auch vom personenzentrierten Ansatz überzeugt. Er spricht sich dabei für eine therapeutische Haltung aus, die von Wertschätzung und Konfrontation gekennzeichnet ist. (S. 159) Im Kontext therapeutischer Arbeit mit straffällig gewordenen Menschen beschreibt auch Elsner (2004) die Wirksamkeit einer feinen Balance zwischen ermutigendem und kritischem Begegnen vonseiten der Therapeutenperson. Dabei beziehen sich die konfrontativen Elemente auf die Tat und die Wertschätzung auf die Klientenperson. Im ermutigenden Begegnen wird dabei darauf geachtet, dass die Klientenperson die Therapeutenperson nicht als eine Verbündete wahrnimmt, während das mit deliktrelevanten Themen konfrontierende Begegnen ohne ein Auslösen von Hilflosigkeit oder Beschämung bei der Klientenperson auskommt. (S. 114)

Untersuchungen bei StraftäterInnen belegen tatsächlich, dass ein harter Konfrontationsstil negative Auswirkungen auf das therapeutische Geschehen hat und dass eine empathische Haltung sogar förderlich für die Entwicklung neuer Bewältigungsstrategien ist und überdies eine Verharmlosung der Straftat verhindert. Die konfrontativen Elemente in der Psychotherapie mit StraftäterInnen dienen der Auseinandersetzung mit den Realitätsverzerrungen, die im Rahmen einer respektvollen Beziehung wirksam werden. (Elsner 2004, S. 113)

Sinnvoll erscheint also eine Schwerpunktsetzung der personenzentrierten Psychotherapie für die Arbeit mit Delinquenten dahingehend, dass zwar einerseits die Basisvariablen konsequent verwirklicht werden, andererseits aber die asozialen Reaktionen auf das Außen von der Therapeutenperson konfrontierend und strukturierend zurückgespiegelt werden. In der Klientenperson kann durch diesen Ansatz von Wertschätzung und Konfrontation eine Erweiterung ihres starr eingegrenzten persönlichen

Handlungsspielraums angeregt werden, indem ein Rahmen für neue Beziehungserfahrungen geboten wird.

Fröhlich-Gildhoff (2006) meint, dass es schon für die Förderung der Therapiemotivation wichtig ist, konfrontative Elemente in den therapeutischen Prozess einzubauen und das personenzentrierte Beziehungsangebot durch gewisse erfahrungsaktivierende Interventionen zu erweitern. (S. 160–161)

Es lässt sich bei einigen AutorInnen also deutlich erkennen, dass sie – im Gegensatz zur freien Praxis – im forensischen Kontext konfrontative Elemente für sinnvoll erachten. Bei deren Einsatz hat die Therapeutenperson jedoch darauf zu achten, dass eine Konfrontation der Klientenperson mit bestimmten Schwächen und Fehlern zu einem Zeitpunkt geschieht, an dem sie die Inhalte nicht abwehren muss, weil diese zu schmerzlich sind oder sie nicht in der Lage ist, diese in ihr Selbstbild zu integrieren. Eine Klientenperson unreflektiert mit schwierigen Themen zu konfrontieren, ist folglich auch nicht sinnvoll, denn manches muss abgewehrt werden, damit sie vor sich selbst bestehen kann. (Barth & Schaub, 2006, S. 58)

5.10. Die Personenzentrierten Vorgehensweise im Zwangskontext: ein Beispiel aus der Praxis

Um einen Eindruck von der praktischen Umsetzung des personenzentrierten Ansatzes im Zwangskontext zu erhalten, wird kurz das Projekt von Bonatiu und Din (2004) dargestellt. Es sei aber angemerkt, dass dies lediglich ein einzelnes Beispiel ist und andere VertreterInnen in der Umsetzung möglicherweise andere Akzente oder Schwerpunkte setzen.

Bonatiu und Din (2004) sind der Meinung, dass der personenzentrierte Ansatz besonders für die Arbeit mit verurteilten StraftäterInnen geeignet ist, da er die affektive Reifung unterstützt und hilft, ein Verantwortungsgefühl gegenüber dem eigenen Handeln zu entwickeln. Die Autorinnen haben in einer Haftanstalt in Bukarest ein gruppenpsychotherapeutisches Programm ausgearbeitet, speziell für Häftlinge mit einer psychischen Verfassung, die eine Selbstveränderung zulässt, die ihre Selbstreflexion erweitern und ihre Kommunikationsfähigkeit und ihre sozialen Beziehungen verbessern wollen. Diese Gruppentherapie besteht aus den folgenden sieben aufeinander aufbauenden Phasen:

1. Förderung der Kommunikation durch die Verbalisierung der eigenen Lebenserfahrungen und das Gewährwerden der damit verbundenen organismischen und affektiven Impulse und Reaktionen.
1. Wahrnehmen der unterdrückten Gefühle bei sich selbst und den anderen TeilnehmerInnen.
3. Erweiterung des Selbstkonzeptes durch die Integration abgewehrter Gefühle und Lebenserfahrungen.

4. Erweiterung der Toleranzfähigkeit durch die verbesserte Gruppenkommunikation, Feedback und emotionale Anteilnahme der Anderen.
5. Aus den vorhergehenden Phasen resultierende Förderung einer vertrauensvollen Gruppenatmosphäre, die bei den einzelnen Teilnehmenden zu mehr Selbstakzeptanz führt.
6. Entwicklung der Fähigkeit, mehr Verantwortung für die eigene Situation und das eigene Handeln zu übernehmen.
7. Festigung und Verinnerlichung der Fähigkeiten aus den vorangegangenen Stufen. Das Erreichen dieser Phase bedeutet für die Klientenperson, dass sie ihr Leben verantwortungsvoll und nach ihren individuellen Vorstellungen gestalten kann. (S. 56)

Bonatiu und Din (2004) stellten trotz der sehr unterschiedlichen Persönlichkeiten und Problemstellungen fest, dass sich bei allen KlientInnen folgende zentrale Themen herauskristallisierten:

- das eigene Selbstbild
- die Beziehung zu den Mithäftlingen
- Selbstvertrauen und Vertrauen in die Anderen
- das Bedürfnis nach Sicherheit und Zuwendung
- die Ungewissheit über die eigene Zukunft
- der Wunsch, die eigenen aggressiven Impulse zu beherrschen
- das Wahrgenommenwerden von der Umwelt als Häftling bzw. (nach der Entlassung) als Ex-Häftling (S. 56)

Die praktische Arbeit von Bonatiu und Din (2004) zeigte, dass die KlientInnen nach anfänglichem Misstrauen den TherapeutInnen und der Gruppe gegenüber großes Vertrauen aufbauen konnten und sich überrascht darüber zeigten, dass die TherapeutInnen ihnen immer zuhörten und bemüht waren, sie wirklich zu verstehen. Es stellte sich im positiven Sinn als äußerst folgenreich für die InsassInnen heraus, dass die TherapeutInnen – trotz deren offiziellem Expertenstatus – ihnen selbst die volle Verantwortung für ihre Entwicklung zusprachen. Die Teilnehmenden entschieden selbst, dass sie nur bis zur vierten Sitzung die Möglichkeit haben sollten, aus der Gruppe auszusteigen. (S. 57) Sie entwickelten ein hohes Maß an individueller Empathie, was Bonatiu und Din (2004) darauf zurückführten, dass es schließlich die Empathie ist, die im personenzentrierten Ansatz den zentralen Wert bildet. Das Therapieprogramm berücksichtigte die Individualität jeder einzelnen Klientenperson, wie auch das persönliche Zeitmaß bei der Entwicklung von Veränderungen. Die KlientInnen entwickelten so ihre eigenen Zugänge von empathischem Verstehen zerstörerischer Impulse wie Gewalttätigkeit, Gefühlsüberschwemmungen u. ä. (S. 57)

6. Empirischer Teil

6.1. Methodische Vorgehensweise

Da es in der vorliegenden Untersuchung darum geht, einen sozialen Prozess zu erforschen und zu rekonstruieren, um diesen aus einer sozialwissenschaftlichen Perspektive zu erklären, erscheint die Qualitative Forschungsmethode sinnvoll. Für den empirischen Teil der Arbeit bietet sich hier das Experteninterview an, das mit einem halbstrukturierten Leitfaden durchgeführt wird und den nichtstandardisierten Interviews zugeordnet wird. Es werden einerseits einige konkrete, im Vorhinein festgelegte Fragen gestellt und andererseits wird den ExpertInnen die Möglichkeit gegeben, frei ihre Eindrücke mitzuteilen. Der Leitfaden dient nur als Orientierungshilfe, ansonsten sollen die TherapeutInnen möglichst nicht in ihrem Redefluss unterbrochen werden. Durch das Experteninterview ist es möglich, an das besondere Wissen heranzukommen, das nur Personen zugänglich ist, die tatsächlich in diese spezifischen Prozesse involviert sind, in diesem Fall also TherapeutInnen, die selbst im Zwangskontext tätig sind. (Gläser & Laudel, 2009, S. 13, 111)

Es werden acht personenzentrierte PsychotherapeutInnen, die auf ihrem Gebiet ExpertInnen sind, bezüglich der Praxis, Stärken und Grenzen des personenzentrierten Ansatzes im Zwangskontext befragt. Die kleine Anzahl der InterviewpartnerInnen ergibt sich einerseits daraus, dass es nur sehr wenige personenzentrierte PsychotherapeutInnen gibt, die in diesem speziellen Kontext tätig sind, und andererseits daraus, dass der Forschungsteil meiner Arbeit durch den zeitlichen Rahmen der Diplomarbeit begrenzt ist.

Die InterviewpartnerInnen arbeiten in Österreich und als Auswahlkriterium gilt, dass sie mindestens einjährige Berufserfahrung mit Psychotherapie im Zwangskontext (im Maßnahmenvollzug oder im Gefängnis) nach dem personenzentrierten Ansatz vorweisen können. Es fand eine Erweiterung des Auswahlkriteriums auf TherapeutInnen statt, die mit Menschen mit gerichtlicher Weisung zur Psychotherapie im ambulanten oder stationären Setting arbeiten, da es trotz umfangreicher Bemühungen aufgrund der geringen Anzahl an personenzentrierten TherapeutInnen, die in Haftanstalten oder dem Maßnahmenvollzug tätig sind, nicht möglich war, eine ausreichende Anzahl an InterviewpartnerInnen zu finden.

Durch die Interviews soll auf die Forschungsfrage eingegangen werden, ob und wie die personenzentrierte Psychotherapie im Zwangskontext wirksam ist, was sich in diesem speziellen Setting im Gegensatz zur „normalen“ Praxis verändert und ob und in welcher Weise der Ansatz adaptiert werden muss. Die Gespräche werden auf Tonband aufgezeichnet und schließlich transkribiert, um sie dann nach der Qualitativen Inhaltsanalyse zu interpretieren. Zuerst wird ein Suchraster erstellt, das sich

aus den Fragen bezüglich der Hauptziele der Forschung ableitet. Dann werden die relevanten Informationen den passenden Kategorien des Suchrasters zugeordnet. Das erstellte Kategoriensystem ist offen und kann, wenn bei der Extraktion weitere wichtige Information auftauchen, die in keine der bereits vorhandenen Kategorien passen, erweitert werden. Im nächsten Schritt werden die Informationen, also die Extraktionsergebnisse, getrennt vom Ursprungstext weiterverarbeitet und analysiert. Das heißt, die gewonnenen Rohdaten werden zusammengefasst, auf Widersprüchlichkeiten überprüft und nach für die Auswertung relevanten Kriterien sortiert, woraus sich eine strukturierte Informationsbasis über die empirische Forschung ergibt. Zum Abschluss wird anhand der geschaffenen Informationsbasis nach Kausalmechanismen gesucht, um die Forschungsfrage zu beantworten. (Gläser & Laudel, 2009, S. 200–202) In den nachfolgenden Kapiteln werden die komprimierten Ergebnisse der einzelnen Kategorien dargestellt.

6.2. Rahmenbedingungen

In Österreich ist es nicht möglich, eine Klientenperson zu einer Psychotherapie zu zwingen. Ihr bleibt zumindest eine minimale Entscheidungsmöglichkeit, nämlich zum Beispiel sich gegen die Psychotherapie und für eine Gefängnisstrafe zu entscheiden. Im Maßnahmenvollzug spitzt sich dies insofern zu, als die Klientenperson nur entlassen wird, wenn sie keine Gefahr mehr für sich selbst oder andere darstellt, womit eine Entscheidung gegen die Psychotherapie bedeuten würde, kaum je eine Chance auf eine Entlassung zu haben.

In diesem Kapitel legt sich die Gewichtung auf die Darstellung der Rahmenbedingungen im Zwangskontext, welche Rolle ihnen im therapeutischen Prozess zukommt und wie damit personenzentriert umgegangen wird.

Bei den interviewten TherapeutInnen stellten sich die groben Rahmenbedingungen im Zwangskontext folgendermaßen dar: Ihre KlientInnen waren im Gefängnis oder im Maßnahmenvollzug inhaftiert, sie erhielten dort Psychotherapie, entweder von externen oder intern angestellten TherapeutInnen, oder wurden am Weg in die Freiheit therapeutisch begleitet und durch die Auflage zur Psychotherapie bedingt entlassen. Desweiteren hatten die Interviewten es auch mit KlientInnen zu tun, die Therapie statt Strafe absolvierten (im stationären oder ambulanten Setting) bzw. eine Weisung zur Psychotherapie mit einer bedingten Strafe erhalten hatten.

Zu Beginn der Psychotherapie ist es erforderlich, die Rahmenbedingungen abzuklären bzw. transparent zu machen und zu erforschen, wie die Klientenperson zu diesen steht, was sie sich von der Therapie

erwartet und ob sich eine Veränderungsmotivation entwickeln lässt. Die Rahmenbedingungen wirken sich auch insofern aus, dass ihre Nichteinhaltung zum Thema in der Therapie werden kann.

60Th8: Also da her zu kommen, regelmäßig herkommen zu müssen oder abzusagen und nicht einfach wochenlang verschwinden, das müsste an das Gericht gemeldet werden und dann wird der Haftbefehl ausgegeben und das ist auch das, was am Anfang immer wieder Thema ist, also auch aktiv von meiner Seite, wenn ich den Eindruck habe, dass das nicht so gehandhabt wird, weil er ständig Termine abgesagt.

Wenn die Klientenperson die Rahmenbedingungen nicht einhält, wird das auch in der Therapie thematisiert, wobei hier die Therapeutenperson nicht verurteilend ist, sondern gemeinsam mit der Klientenperson erforscht, wo diese in Bezug auf die Erkrankung, die Gesellschaft und deren Richtlinien steht und was es für sie bedeutet bzw. was für Konsequenzen es hat, wenn die Rahmenbedingungen nicht eingehalten werden.

Es wird idealerweise versucht, im Sinne der Eigenverantwortung mit der Klientenperson alle realen Konsequenzen abzuwägen und zu untersuchen, ob sie bereit ist den Rahmen einzuhalten oder ob sie sich ansonsten für den Weg mit Sanktionen und ohne Therapie entscheidet – was aber nur sehr selten der Fall ist. Aufseiten der Therapeutenperson setzt dieser Prozess eine echte Offenheit voraus, die Entscheidung wirklich bei der Klientenperson zu lassen.

Wenn die Klientenperson den festgelegten Rahmen nicht einhält, kann die Therapeutenperson sie, getreu einem kongruenten Sich-Einbringen, damit konfrontieren.

128TH3: Ich glaube, das ist in diesem Rahmen notwendig, ja. Auch im Sinne eines Kongruent-Seins dem Klienten gegenüber, heißt für mich auch: ich bringe mich selbst ein, und heißt für mich auch: ich konfrontiere den Klienten letzten Endes damit, dass er den Rahmen nicht einhält.

129I3:Mhm

130TH3: Das ist eine Realität. Personenzentrierte Psychotherapie wird, glaube ich, oft falsch verstanden als sehr primär empathisch aufnehmend und mit dem Klienten überall mitzugehen und überall hinzugehen. Das halte ich für einen Quatsch.

Die Sanktionen, die eine Nichteinhaltung der Rahmenbedingungen nach sich zieht, können eine Vorladung zum/r RichterIn sein, eine Inhaftierung, der Verlust der Möglichkeit auf vorzeitige Entlassung oder dass das Ziel, aus dem Maßnahmenvollzug entlassen zu werden, wieder in weite Ferne rückt. Die Therapeutenperson wird daher auch eng mit dem Gericht in Verbindung gebracht – auch wenn sie selbst nicht für diese Bedingungen verantwortlich ist –, da sie diejenige ist, die bei

Nichteinhaltung der Rahmenbedingungen das Gericht verständigen muss.

Es gibt auch TherapeutInnen, die, selbst wenn die Klientenperson ohne Terminabsage nicht erscheint, nachtelefonieren, Briefe schreiben und letzte Fristen setzen, bevor sie das Gericht verständigen.

96Th5: Also da muss ich schon sagen, da arbeite ich sehr, sehr, wie kann ich das beschreiben, ja ich ringe darum. Ich kann sogar sagen, ich stecke viele Energien rein, ich telefoniere nach, ich frage nach, ja. Also von meiner Seite, werden sehr viel Angebote gemacht, ja, für den Kontakt.

Die konkrete Handhabung ist diesbezüglich in der Praxis sehr unterschiedlich und variiert von Therapeutenperson zu Therapeutenperson stark.

Die Einhaltung der Rahmenbedingungen und der darin inkludierten Vorgaben betreffen nicht nur die Klientenperson, sondern auch die Therapeutenperson, die einerseits einen Auftrag von der Klientenperson hat, andererseits aber auch einen Auftrag von der Justiz.

26Th1: . . . Man könnte fast sagen, dass es zwei Auftraggeber gibt, oder pathetisch gesagt man ist der Diener zweier Herren.

Manche der interviewten TherapeutInnen akzeptieren ein solches Doppelmandat nicht und meinen explizit, dass sie ausschließlich im Auftrag der Klientenperson tätig sind, da es ansonsten keine Psychotherapie wäre.

Die Therapeutenperson erhält oftmals Informationen bezüglich der Einhaltung bzw. Nichteinhaltung der auferlegten Rahmenbedingungen außerhalb der Therapiestunde. Darunter fallen z. B. KlientInnen mit Suchthematik, die regelmäßige Harnkontrollen und Arztbesuche absolvieren müssen, über deren Ergebnis die Therapeutenperson informiert wird. Wie mit diesen Fakten in der Therapie umgegangen wird, wird von Therapeutenperson zu Therapeutenperson sehr unterschiedlich gehandhabt. Manche gehen davon aus, dass die Klientenperson von selbst darauf eingeht, wenn sie rückfällig geworden ist, was meist auch der Fall zu sein scheint. Andere thematisieren es gleich und konfrontieren die Klientenperson mit dem positiven Ergebnis, da nur mit einem negativen Harnbefund ein positiver Abschlussbericht möglich ist, der dann die Haftstrafe hinfällig werden lassen kann.

128TH3: Ich glaube, das ist in diesem Rahmen notwendig, ja. Auch im Sinne eines Kongruent-Seins dem Klienten gegenüber, heißt für mich auch, ich bringe mich selbst ein, und heißt für mich auch, ich konfrontiere den Klienten letzten Endes damit, dass er den Rahmen nicht einhält.

Unabhängig von der individuellen Handhabung der Ergebnisse, ziehen Harntests, die über einen längeren Zeitraum positiv ausfallen, Konsequenzen nach sich.

KlientInnen, die im Gefängnis oder im Maßnahmenvollzug inhaftiert sind oder im stationären Setting eine Therapieweise haben, sind in größerem Ausmaß mit vorgegebenen Rahmenbedingungen konfrontiert als Menschen, die eine Therapieweise im ambulanten Setting erhalten haben. Da sie permanent überwacht werden, wird ein nicht regelkonformes Verhalten auch außerhalb der Therapiestunde offensichtlich. Dies kann dann, abhängig von der Therapeutenperson und dem Angestelltenverhältnis, in der Therapiestunde zum Thema werden. In der freien Praxis wäre das nicht der Fall, da dort natürlich keine Überwachung stattfindet. So haben innerhalb einer Institution die Rahmenbedingungen verstärkt Einfluss auf die Psychotherapie, indem die Regelverstöße zum Inhalt in der Therapiestunde werden können.

Im Gegensatz zur freien Praxis müssen die KlientInnen auch regelmäßig ihre Termine einhalten, da ansonsten die Therapie abgebrochen wird, was negative Konsequenzen nach sich zieht. Wie strikt dies gehandhabt wird und ab wann ein unentschuldigtes Fernbleiben zu einem Abbruch führt, hängt von der Therapeutenperson bzw. von der Institution, in der sie angestellt ist, ab. In totalen Institutionen können die KlientInnen kaum einen Termin versäumen, wie es in der freien Praxis möglich wäre, da die Therapeutenperson eine/n BeamtIn verständigt, der/die dann die Klientenperson bringt und nach der Stunde wieder abholt. Sie haben nur die Möglichkeit, unter Angabe von triftigen Gründen ein Fernbleiben zu rechtfertigen.

Auch die Frequenz der Therapiestunden wird nicht von der Klientenperson bestimmt, sondern von der Institution, und beinhaltet normalerweise eine Therapiestunde in der Woche. Mitunter wird auch vorgegeben, wie lange die Klientenperson auf Urlaub fahren darf, also dass die Therapie beispielsweise nur für maximal zwei Wochen unterbrochen werden darf.

Bei der Frequenz der Therapiestunden stellt sich das Problem, dass – gerade bei sehr schweren Störungen – eine Stunde in der Woche nicht ausreichend ist, die Justiz aber oftmals für eine intensivere oder längere Betreuung die Kosten nicht übernehmen möchte. Im Normalfall wird zwar nur eine Stunde pro Woche bewilligt, wobei eine der interviewten TherapeutInnen angab, in Krisensituationen bei Bedarf das Stundenkontingent der Situation anzupassen, wenn die Klientenperson es gerade dringend benötigt.

Im Zwangskontext können die KlientInnen nicht selbst ihre Therapeutenperson auswählen. Die Einteilung erfolgt im forensischen Bereich teilweise geschlechtsspezifisch, sodass etwa ein Serienvergewaltiger keine weibliche Therapeutenperson bekommt. Oft gibt es ein Erstgespräch, woraufhin entschieden wird, an wen der Fall vergeben wird. Teilweise bringen die TherapeutInnen auch

Spezialisierungen auf bestimmte Störungen bzw. Deliktgruppen mit, was die Entscheidung der Fallvergabe mitbeeinflusst, oder die Fälle werden im Team vorgestellt und die TherapeutInnen können auswählen.

In einigen Einrichtungen ist ein TherapeutInnenwechsel nur in seltenen Fällen möglich, wenn eine Zusammenarbeit nicht funktioniert. In anderen wiederum hat die Klientenperson am Beginn der Therapie die Möglichkeit, offen zu sagen, ob sie sich eine Therapie mit der Therapeutenperson vorstellen kann oder nicht.

Die Therapeutenperson ist in einigen Institutionen in ein Behandlungsteam eingebunden, das die Klientenperson kennt und das die Möglichkeit des Austausches bietet, was als hilfreich empfunden wird. In solch einem Team wird auch, wenn nötig, ein TherapeutInnenwechsel erleichtert, da eine einfache und geordnete Übergabe möglich ist.

Für die Einzeltherapie gibt es normalerweise spezielle Therapieräume und die Sitzungen finden immer nur zu zweit ohne Anwesenheit von Wachpersonal statt. Laut den interviewten TherapeutInnen ist dies auch eine absolute Mindestvoraussetzung, damit Psychotherapie überhaupt möglich ist.

Bei TherapeutInnen, die in einer Institution angestellt sind und nicht nur reine Einzeltherapie anbieten, gibt es die Differenzierung, dass sie für die KlientInnen, die bei ihnen in Therapie sind, außerhalb der Stunde nicht mehr zuständig sind. Wie im Theorieteil im Kapitel Verschwiegenheitspflicht schon angeführt, macht es einen enormen Unterschied, ob die Therapeutenperson extern in die Institution kommt oder bei der Institution angestellt ist. Den interviewten TherapeutInnen war unabhängig von ihrem Dienstverhältnis wichtig, dass sie nicht in Entscheidungen miteingebunden sind, die sich auf Vergünstigungen oder Vollzugslockerungen ihre KlientInnen betreffend beziehen.

Wann die Psychotherapie zu Ende ist, hängt von der Weisung bzw. dem bezahlten Stundenkontingent ab und nicht etwa davon, ob Therapeutenperson und Klientenperson zu der Erkenntnis gelangt sind, dass es Zeit wäre, die Therapie abzuschließen. Es gibt die Möglichkeit, nach Ausschöpfung des Stundenkontingents um eine Verlängerung anzusuchen. Teilweise wird dieses Ansuchen aber abgelehnt, obwohl der Bedarf dringend wäre. In manchen Institutionen entscheidet die Therapeutenperson nach Ablauf eines vorgegebenen Zeitraumes, ob die Therapie abgeschlossen wird oder nicht.

In den Haftanstalten und dem Maßnahmenvollzug wird mitunter aus Personalmangel und aus Kostengründen versucht, möglichst viel therapeutische Arbeit in Gruppensettings abzudecken. Erst dann kommt die Einzeltherapie. Meist ist das verfügbare Budget für interne und externe TherapeutInnen für den Therapiebedarf in den Anstalten zu niedrig.

Im Zwangskontext kommen die Klientenpersonen nicht selbst für die Therapiekosten auf, was sich negativ auf die Verantwortungsübernahme auswirken kann.

396Th6: . . . und das hat natürlich auch eine Auswirkung, weil sie dann das Gefühl haben, „o.k. das macht eh die Justiz und die sollen mich therapieren“, also die geben oft die Verantwortung auch ein bisschen ab, ja. Ich denke mir oft, das wäre gescheiter, die müssten das selber zahlen, zumindest einen Teil.

Durch die Übernahme der Kosten für die Therapie durch die Justiz haben die KlientInnen oft keinen Anreiz sich zu verändern, da sie das Gefühl haben, die von der Justiz gewünschte Veränderung sei die Aufgabe und die Verantwortung der Institution. Einige sind sich auch nicht bewusst, dass eine Therapiestunde einen Wert von 70 bis 80 Euro hat.

Im Maßnahmenvollzug kommt als weiteres erschwerendes Thema noch die unbegrenzte Aufenthaltsdauer hinzu. Viele KlientInnen glauben, dass sie spätestens nach Absitzen der verhängten Strafe frei sein werden, und begreifen oftmals erst durch andere InsassInnen, die nach Ende ihrer Strafdauer noch immer in der Abteilung sind, dass dies nicht der Fall ist. Die dadurch ausgelöste Krise kann dann in der Therapie bearbeitet werden.

Im Maßnahmenvollzug gibt es eine längere Vorbereitung auf die Einzelpsychotherapie, in der die Fähigkeit der InsassInnen trainiert wird, dass sie Hilfe annehmen können. Weiters existieren Kompetenztrainingsgruppen, Deliktgruppen, Entspannungsgruppen etc. Auch in anderen Einrichtungen im Zwangskontext gibt es Vorbetreuungsgruppen, deren Aufgabe es ist, KlientInnen auf die Einzeltherapie vorzubereiten.

46Th6: . . . der Zwangskontext an und für sich, führt zu einem paranoiden Verhalten, ja. Es gibt Videokameras, es gibt verschlossene Türen. Sie müssen überall Bitte und Danke sagen. Sie müssen Zettel schreiben, Ansuchen stellen, also die sind schon in einer Zwangslage.

KlientInnen in totalen Institutionen sind überwiegend fremdbestimmt und mit einem strikten Regelwerk konfrontiert, dessen Nichteinhaltung sanktioniert wird. Die Bandbreite der Sanktionen ist groß und auch bei Jugendlichen kommen Maßnahmen zum Tragen, beispielsweise Einzelarrest im Keller. Generell wirkt die Haftanstalt mit ihren schweren, verschlossenen Türen und der Dauerüberwachung eher beängstigend. Auch die TherapeutInnen können sich in diesem Apparat nicht frei bewegen.

Diese Strukturen haben jedenfalls einen Einfluss auf die Psychotherapie, wie etwa eine misstrauische Haltung der Therapeutenperson gegenüber, die im Kontext zur Justiz wahrgenommen wird, oder auch der erhöhte Leidensdruck bei inhaftierten Menschen und deren dadurch erhöhter Bedarf an Therapie.

56Th6: Naja, ich bin einfach davon überzeugt, dass es für sie sinnvoll und richtig ist, Therapie zu machen, und ich verlasse mich darauf, dass die Therapie, auch wenn sie vielleicht am Anfang mit Misstrauen beginnt oder mit wenigen Offenheit dem Therapeuten gegenüber. Dass ich denke, ich habe genug Zeit, ja. Das klingt jetzt blöd, aber sie laufen ja nicht davon die Klienten, ja.

Im Zwangskontext stoßen die TherapeutInnen bei den KlientInnen oft auf wenig Offenheit und großes Misstrauen gegenüber der therapeutischen Arbeit. Die Therapeutenperson wird anfänglich vielfach als erweiterter Arm der Justiz wahrgenommen. Gerade im Maßnahmenvollzug oder im Gefängnis steht aber aufgrund der oftmals langen Haftdauer viel Zeit zur Verfügung, um diese Grundhaltung durch den Aufbau von Vertrauen und der Beziehungsebene zu verändern.

Neben den Schwierigkeiten und Herausforderungen einer Psychotherapie im Zwangskontext hat diese allerdings den Vorteil, dass in diesem Rahmen Menschen erreicht werden können, die sonst möglicherweise nie eine Psychotherapie gemacht hätten. Durch die personenzentrierte Grundhaltung wird ihnen ein niederschwelliger Einstieg ermöglicht.

32TH3: Also ich habe sozusagen im Zwangskontext immer zwei mehr oder weniger Betriebs- nein Arbeitsmodi. Das eine ist sozusagen ganz normal Therapie zu machen und das andere ist sozusagen, das geht aber nur, wenn der Klient den Rahmen einhält, aber wenn er den Rahmen verlässt, dann muss ich sozusagen am Rahmen arbeiten. Dann wechsele ich in der Therapie. Dann geht es um den Rahmen, dann geht es um die Frage welche Konsequenzen hat es wenn du nicht kommst? Was mache ich da? Was muss ich machen? Welche Auswirkungen hat es für dich?

Die meisten TherapeutInnen sehen keinen Widerspruch darin, einerseits streng zu sein, was die Einhaltung der Rahmenbedingungen, also der Vereinbarungen, betrifft und andererseits mit der personenzentrierten Grundhaltung in einer nicht kontrollierenden Art und Weise präsent zu sein.

Im Zwangskontext ist es erforderlich, der Klientenperson die Rahmenbedingungen transparent zu vermitteln und sie bei ihrer Nichteinhaltung mit den daraus resultierenden Konsequenzen zu konfrontieren. Das heißt, den KlientInnen wird einerseits Raum und die Zeit gegeben, ihre Themen, Probleme und Gefühle in der Therapie zu thematisieren, andererseits – wenn der Therapierahmen nicht eingehalten wird, sich eine Rückfälligkeit abzeichnet, das Delikt ausgeklammert oder Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt – ist es schließlich die Therapeutenperson, die diese Themen aktiv einbringt. Wenn die Rahmenbedingungen eingehalten werden, können sie im therapeutischen Prozess in den Hintergrund treten. Die konkrete Gestaltung der Rahmenbedingungen hängt überwiegend von Institution und Justiz ab und die Therapeutenperson hat innerhalb dieses Rahmens einen minimalen Spielraum, wie sie konkret mit den Anforderungen und Auswirkungen umgeht.

6.2.1. Schriftliche Vereinbarungen

Dieses Unterkapitel beschäftigt sich mit der Klärung der Rahmenbedingungen in ihrer schriftlichen Form und was diese genau beinhalten kann und welche Vorteile sie bietet.

Zu Beginn der Therapie werden die Rahmenbedingungen abgeklärt, also wann, wo und in welcher Frequenz die Therapie stattfindet und welche Bedingungen noch zu erfüllen sind (z. B. regelmäßige Harnkontrolltermine und Konsequenzen bei Nichteinhalten derselben). Im Zwangskontext kommt es häufig vor, dass diese Vereinbarungen schriftlich festgehalten und von Therapeuten- und Klientenperson unterschrieben werden.

KlientInnen, die mit der Auflage zur Psychotherapie bedingt entlassen werden, müssen oft eine diesbezügliche Vereinbarung unterzeichnen, in der etwa Therapiedauer, Kostenträger und weitere Modalitäten (z. B. Abbruch der Therapie bzw. die Verständigung des Gerichtes bei zweimaligem unentschuldigtem Fehlen) enthalten sind. Mitunter wird auch gemeinsam mit der Klientenperson erarbeitet, welche Therapieziele erreicht werden sollen, die in den Vertrag miteinfließen.

88Th6: . . . Also es gibt auch in der Arbeit im Gefängnis immer einen Therapievertrag und wo wir Therapievereinbarungen aushandeln. Das finde ich recht wichtig, das macht man im normalen Kontext auch nicht. Wo wir halt uns Ziele setzen und das möchten wir erreichen mit ihm, ja und natürlich auch ihn fragen, was seine Ziele sind. Das ist natürlich an erster Stelle, aber es gibt auch von meiner Seite Ziele, die ich ihm mitteile.

Die allgemeinen Rahmenbedingungen werden gleich zu Beginn abgeklärt, oft anhand vorgefertigter Therapieverträge. Vereinbarungen, in denen es um Ziele geht, die gemeinsam erreicht werden sollen, werden erst nach ein paar Therapiestunden erarbeitet, wenn zumindest in einem minimalen Ausmaß ein gegenseitiges Kennenlernen stattgefunden hat.

58Th8: ... es wird auch unterschrieben, was unsere Bedingungen sind, was es bedeutet, sich nicht an die Bedingungen zu halten, also es wird unterschrieben und es wird, wie soll man sagen, je nach Beeinträchtigung wiederholt.

Die schriftliche Form von Vereinbarungen, in denen die Rahmenbedingungen geklärt und fixiert werden, hat eine klare, deutliche Aussagekraft und im Gegensatz zu mündlichen Vereinbarungen ist es der Klientenperson jederzeit möglich, auf sie zurückzugreifen.

6.3. Verschwiegenheit

Im Zwangskontext verlangt das Gericht von TherapeutInnen häufig Berichte über die Therapie. Diese Kategorie widmet sich nun also der heiklen Frage nach den Grenzen der Verschwiegenheitspflicht im Zwangskontext, fasst die Erkenntnisse bezüglich der Frage, inwieweit sie eingeschränkt ist bzw. welche Auswirkungen dies auf den therapeutischen Prozess hat und wie TherapeutInnen damit umgehen, zusammen. Ebenso wird erörtert, wie es gehandhabt wird, wenn der Therapeutenperson Information über die Klientenperson zur Verfügung steht, die diese ihr nicht selbst gegeben hat – was bekanntermaßen in der freien Praxis nicht der Fall ist – und welche Auswirkungen das auf die Klientenperson hat.

Welcher Grad an Verschwiegenheit eingehalten wird, ist in der Praxis sehr unterschiedlich. Das Arbeitsverhältnis zur Institution (extern oder intern angestellt etc.) und die persönlichen Einstellungen und Sichtweisen der Therapeutenperson sind hier ausschlaggebend. Wenn eine Therapeutenperson von außen in die Haftanstalt bzw. den Maßnahmenvollzug kommt und es keinen Austausch über die KlientInnen mit den anderen Angestellten gibt, ist der Grad der Verschwiegenheit erwartungsgemäß höher, als wenn sie in der Anstalt angestellt ist und auch Informationen vom übrigen Personal erhält. Dazu muss angemerkt werden, dass es aber ebenso vorkommt, dass externe TherapeutInnen Information über Vorkommnisse oder Inhalte der Klientenperson betreffend erhalten, wenn es wichtig erscheint, dass diese in der Therapie angesprochen werden.

Im Zwangskontext bekommen TherapeutInnen schon vor Beginn der Psychotherapie Informationen und Unterlagen über die Klientenperson. Die KlientInnen unterschreiben auch eine Einverständniserklärung, dass diese Unterlagen eingesehen werden dürfen, da diese normalerweise der Amtsverschwiegenheit unterliegen. Wenn die Klientenperson vor der Einzeltherapie an einer Vorbetreuungsgruppe teilnimmt, findet auch hier ein Informationsaustausch zwischen dem Leiter oder der Leiterin der Gruppe und der Therapeutenperson statt. Aufseiten der Klientenperson führt dies zu Verunsicherung, da sie nicht einschätzen kann, welche Informationen die Therapeutenperson wirklich über sie hat, da sie selbst keinen Zugang dazu hat.

Prinzipiell gilt aber die Wahrung von Therapiegeheimnissen auch im Zwangskontext.

KlientInnen fällt es leichter, sich zu öffnen bzw. Vertrauen zu der Therapeutenperson aufzubauen, wenn diese von extern kommt, da sie bei intern angestellten mehr die Befürchtung haben, dass Therapieinhalte nach außen dringen. Es wird wertgeschätzt, wenn nur nach außen dringt, ob die Klientenperson teilgenommen hat oder nicht, und darüber hinaus keinerlei Information in irgendeiner

Weise weitergegeben wird oder in Entscheidungen miteinfließt.

10Th8: Das anzunehmen, und wir arbeiten dort also nicht mit der Anstalt zusammen, das heißt wir kommen von extern, also Austausch über Insassen gibt es da nicht mit den Angestellten aus der Anstalt und ich glaube, das ist das, was wertgeschätzt wird, also dass das, was gesprochen wird, nicht verwendet wird wofür auch immer. Aber natürlich scheint in den Akten auf „hat teilgenommen“, ja, das ist klar.

Intern angestellte TherapeutInnen geben zwar auch keine Inhalte weiter, sie erfahren aber eher Sachverhalte über die Klientenperson, die außerhalb der Therapiestunde stattgefunden haben – wobei es, wie erwähnt, auch Externe gibt, die Informationen erhalten. Die KlientInnen vertrauen trotzdem tendenziell externen TherapeutInnen eher, weil sie das Gefühl haben, dass diese die Verschwiegenheit wirklich wahren. Bei den interviewten Personen ließ sich diesbezüglich kein Unterschied feststellen, sondern die persönliche Einstellung erwies sich als ausschlaggebend, wobei alle die Wahrung von Therapiegeheimnissen gewährleistet haben.

Es gab TherapeutInnen, die angaben, Informationen von den anderen Angestellten der Institution über die Klientenperson zu erhalten. Dies kann sich beispielsweise auf Ordnungsstrafen, Konflikte und andere Vorkommnisse beziehen, wobei die KlientInnen wissen, dass die Therapeutenperson über diese Ereignisse in der Anstalt informiert wird. Gerade bei KlientInnen mit einer Suchterkrankung liegt meist eine Weisung zur Harnkontrolle vor, über deren Ergebnis die Therapeutenperson informiert wird, das aber nicht an das Gericht weitergegeben wird.

298Th6: Ich spiele es auch transparent, ja, also ich tue jetzt nicht mich erkundigen über sie und dann sitze ich drinnen und schweige, sondern ich sage, ich habe gehört von einer Psychologin, dass das vorgefallen ist, stimmt das? Was sagen Sie?

Wird im Gefängnis oder im Maßnahmenvollzug bei der Zellendurchsuchung ein Fund gemacht, der im Zusammenhang mit dem Delikt bedenklich ist (z. B. Kinderfotos bei einem Menschen, der für ein pädosexuelles Delikt einsitzt), so wird dies der Therapeutenperson zur Kenntnis gebracht. Wie die Therapeutenperson konkret in der Therapie damit umgeht, bleibt einerseits zwar ihr überlassen, andererseits wird aber im forensischen Kontext eine Auseinandersetzung damit erwartet.

Erhält die Therapeutenperson auch keine Informationen über die Klientenperson und ihr Verhalten innerhalb der Institution, so gibt es kaum einen Unterschied zur Verschwiegenheit, wie sie in der freien

Praxis gehandhabt wird – abgesehen von dem Bericht, in dem vermerkt wird, ob die Klientenperson an der Psychotherapie teilgenommen hat oder nicht, und der Tatsache, dass der Fall im TherapeutInnenteam besprochen wird, sofern sie in ein solches eingebettet ist. Im Zwangskontext sind die TherapeutInnen, im Gegensatz zur freien Praxis, oft in ein Team eingebunden, innerhalb dessen mitunter auch Informationen weitergegeben werden, wobei das gesamte Team aber nach außen hin der Verschwiegenheitspflicht unterliegt. Es werden hierbei auch innerhalb des Teams nur die unbedingt notwendigen Informationen vermittelt, um die Therapiegeheimnisse zu wahren, und die KlientInnen sind über diese Vorgangsweise überdies in Kenntnis gesetzt.

Die Trennung von Psychotherapie und Entscheidungen bezüglich Vollzugslockerung, Vergünstigungen oder Entlassungszeitpunkt wird als sehr wesentlich angesehen, um eine geschützte Atmosphäre in der Therapie zu schaffen. Die Klientenperson kann sich darauf verlassen, dass sie sich wirklich zeigen kann, mit all ihren scham- und angstbesetzten Gefühlen, ohne dass dies Auswirkungen auf Entscheidungen hat.

106TH1: ...Bedenken habe ich, wenn sich das sozusagen irgendwann durchsetzt, dass Therapeuten Einschätzungen oder Meinungen abgeben sollen, ob Fortschritt oder nicht, speziell wenn es konkretere Sachen sind. Einschätzungen wenn es darum geht, ob z. B. jemand Vollzugslockerungen bekommen soll oder für bedingte Entlassungen empfohlen werden soll oder nicht. Weil dann, sozusagen, vermische ich die Behandlungstätigkeit mit einer Beurteilungstätigkeit, das finde ich fatal.

Gerade auf den Maßnahmenvollzug oder das Gefängnis bezogen ist es nicht die Aufgabe einer Therapeutenperson, festzustellen, ob die Gefährlichkeit einer Klientenperson reduziert wurde und ob sie somit entlassen werden darf oder nicht. Denn dadurch erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass die Klientenperson die wirklichen Gefühle und Vorkommnisse bezüglich des Delikts verheimlicht, in der Hoffnung auf eine bessere Beurteilung bzw. eine frühere Entlassung.

108TH1: Ja, nur ich halte nichts davon, ich halte es von der Sache her, gerade in dem Bereich als letztendlich kontraproduktiv, wenn nicht gar gefährlich, weil die heißen Sachen, es erhöht sich zu sehr die Wahrscheinlichkeit, dass er die für sich behält, wenn er davon ausgehen muss, es wird in die nächste Beurteilung einfließen.

109I1: Ja

110TH1: Und manche verwenden das ja auch fast in einer manipulativen Art und Weise. Die hätten gerne, dass der Therapeut dem Richter oder dem Gutachter etwas sagt, weil nach dem Motto „Sie kennen ihn ja am Besten.“

Desweiteren würde es die Machtstrukturen verschärfen, mit denen im Zwangskontext sehr sensibel umgegangen werden sollte. Es wurde auch die Wichtigkeit der Aufrechterhaltung der Verschwiegenheit in Fällen angeführt, in denen die Klientenperson selbst um eine Auflösung bittet, da diese Verschwiegenheit schließlich eine Grundvoraussetzung der Psychotherapie darstellt und in keiner Weise verletzt werden sollte. Dadurch besteht auch nicht die Möglichkeit, dass die Klientenperson die Therapie in manipulativer Art und Weise verwendet, um Vergünstigungen zu erhalten. Dazu sei angemerkt, dass diese Ansicht von einigen FachkollegInnen und Vorgesetzten kritisiert wird, da diese der Meinung sind, dass die Verschwiegenheit durch die Klientenperson sehr wohl aufgehoben werden kann.

12Th6: Nein, wir schreiben nur, es gibt ja sozusagen auch im Zwangskontext, gibt es trotzdem eine Verschwiegenheit, ja und wir berichten überhaupt nichts aus der Therapie, außer es ist eine Gefahr für die Person oder eine Gefahr für einen anderen Insassen gegeben. Also das sind die zwei Ausnahmen, wo wir schon was sagen, ansonsten haben wir Schweigepflicht und es muss sozusagen die Psychologen oder die Anstaltsleitung selbst feststellen, ob man diese Menschen entlassen darf oder nicht. Da geben wir keine Stellungnahme ab, weder positiv noch negativ.

Die Grenzen der Verschwiegenheit sind gesetzlich geregelt und werden aufgehoben, wenn eine Selbst- oder Fremdgefährdung zu befürchten ist. Desweiteren gibt eine interviewte Therapeutenperson, die in der Justizanstalt tätig ist, an, dass sie sie auch aufheben würde, wenn eine Klientenperson ernsthaft planen würde, auszubrechen. Im Zwangskontext gibt es immer wieder schwierige Situationen, in denen es abzuwägen gilt, bis wohin die Verschwiegenheit geht und wo die Gefährdung für andere Menschen anfängt. Es ist wichtig, die Grenzen der Verschwiegenheit der Klientenperson immer wieder klar mitzuteilen.

Im Zwangskontext werden von der Justiz immer wieder Gerichtsberichte gefordert. Es gibt TherapeutInnen, die keine Psychotherapie übernehmen, in der eine inhaltliche Stellungnahme erforderlich wäre. Andere verfassen Berichte, in welchen dann entweder nur steht, ob die Klientenperson die Therapie gemacht hat oder nicht bzw. wie und ob sie die Rahmenbedingungen eingehalten hat. Darüber hinaus aber geben sie keine Information an das Gericht weiter.

36Th5: ... Da müssen alle zwei Monate Bestätigungen an das Gericht kommen, ja, die so ausschauen, dass wir reinschreiben, kommt regelmäßig, gibt regelmäßig Harnkontrollen ab, hält sich verlässlich an die Vereinbarungen, hält sich verlässlich an die Rahmenbedingungen, ja, das sind halt so Standards, oder kommt unzuverlässig, oder ist nicht erreichbar.

Diese Gerichtsberichte stellen, vor allem wenn sie sich auf die Einhaltung der Rahmenbedingungen beziehen, in puncto Verschwiegenheitspflicht immer einen Grenzgang dar und müssen sehr überlegt verfasst werden, damit diese nicht verletzt wird.

94TH3: Also, „Therapie hat stattgefunden“ ist ein bisschen wenig. Es ist ein Grenzgang, ich schreibe keine relevanten Therapieinhalte hinein, primär schreibe ich den Rahmen hinein, dass er kommt, und ich schreibe vielleicht, was seine Situation ist. Ist er berufstätig oder ist er nicht berufstätig, das kann man schon hineinschreiben. Aber sonst sind das – und da kenne ich auch viele Berichte von Kollegen – das sind in der Regel Floskelberichte. Da steht alles drin und nichts drin. Ich habe da auch meistens etwas geschrieben, das gestimmt hat, aber etwas, das das Therapiegeheimnis nicht verletzt hätte.

Einige TherapeutInnen zeigen diese Gerichtsberichte den KlientInnen bzw. geben ihnen eine Kopie, damit diese genau wissen, welche Informationen weitergegeben werden, und dadurch das Misstrauen eingedämmt wird. Ansonsten können die KlientInnen aber keinen Einfluss auf Änderungen des Gerichtsberichtes nehmen.

24Tb4: ... da gibt es eine große Angst, so viel am Anfang ist einfach die Angst nehmen, dieses „du bist da in einem geschützten Rahmen, es kann dir nichts passieren, es dringen keine Therapieinhalte nach außen, wir geben keine Harntests weiter, ich bin nicht die Freundin vom Richter“. Also so, ich lass meine Klienten, was hilft, immer diese Gerichtsbestätigungen zum Beispiel lesen, wo nur drinnen steht: „ist in Behandlung, kommt regelmäßig oder unregelmäßig“ mehr steht nicht drinnen, oder „er hat abgebrochen“.

Zu Beginn der Therapie sind die KlientInnen oft misstrauisch, da sie die Therapeutenperson im Kontext der Institution oder des Gerichts wahrnehmen und sie darüber verunsichert sind, inwiefern Informationen weitergegeben werden. In Einzeltherapiesitzungen wächst aber meist das Vertrauen in die Verschwiegenheit der Therapeutenperson fortlaufend im therapeutischen Prozess. KlientInnen können sich oft erst dann auf den therapeutischen Prozess einlassen, wenn sie wirklich darauf vertrauen können, dass die Verschwiegenheit zu 100 Prozent gewahrt wird. Gerade in totalen Institutionen ist die misstrauische Grundhaltung ausgeprägter und oftmals bedarf es erst einer Situation, in der eine Klientenperson direkt erfährt, dass die Therapeutenperson wirklich keine Information weitergibt, bevor sie tatsächlich Vertrauen fassen kann.

Ein Problem bezüglich der Verschwiegenheit in Institutionen wie den Haftanstalten oder dem Maßnahmenvollzug ergibt sich aber in der Gruppentherapie, da teilweise, meist auch unabsichtlich, Therapieinhalte an andere InsassInnen in Gesprächen weitergegeben werden. Es wird zwar von den

TherapeutInnen thematisiert, dass keine Inhalte nach außen transportiert werden sollen, aber dennoch kommt es immer wieder vor.

Über den Umgang mit der Verschwiegenheit gibt es viele verschiedene Vorstellungen. Für manche besteht kein Unterschied zur freien Praxis, andere wiederum verfassen Gerichtsberichte und bekommen Informationen über die Klientenperson von den anderen Angestellten der Institution. Alle befragten Personen gaben an, entweder keine oder kaum Informationen weiterzugeben. Es waren alle einer Meinung, dass Therapie nur möglich ist, wenn keine Therapieinhalte preisgegeben werden und sie nicht in Entscheidungen involviert sind, die die Klientenperson betreffen, und dass sie nur bei einer vorliegenden Selbst- oder Fremdgefährdung aufgehoben werden darf.

Ein weiteres spezifisches Thema, dass im Zwangskontext vorkommt, ist die fehlende Therapiemotivation, was im folgenden Kapitel näher erörtert wird.

6.4. Therapiemotivation

Gerade wenn es um den Zwangskontext geht, wird oft die Kritik laut, dass Psychotherapie mit unmotivierten KlientInnen nicht möglich sei. Welche Ansichten die interviewten TherapeutInnen dazu haben und wie sie die Motivation der KlientInnen im Zwangskontext einschätzen bzw. wie sie mit dem Problem geringer Therapiemotivation und vorhandener Widerstände umgehen, wird im Folgenden dargelegt.

Im Zwangskontext wird immer wieder auf das Problem der fehlenden Eigenmotivation hingewiesen. Dabei wird allerdings oft übersehen, dass es dieses Phänomen in der freien Praxis sehr wohl auch gibt, wenn etwa ein Kind von den Eltern in Therapie geschickt wird oder ein Partner mit der Trennung droht, sofern keine Psychotherapie gemacht wird. Überdies haben die KlientInnen immer auch zumindest eine minimale Entscheidungsmöglichkeit – eine Tatsache, die allerdings auch von den KlientInnen immer wieder vergessen wird. Das Gefühl für dieses kleine Stück Freiwilligkeit kann im therapeutischen Prozess herausgearbeitet werden.

182Tb4: Es ist sicher die Besonderheit, dass der Zwangskontext Thema während der gesamten Therapie ist – immer wieder. Es ist eine Realität einerseits, es ist ein Zwang, dem aber eine Freiwilligkeit innewohnt und das ist so wie eine kleine zarte Pflanze, die immer wieder umknickt oder in Vergessenheit gerät oder niedergetreten wird und die zu pflegen solange es diesen Zwangskontext gibt, denke ich mir mal ist schon eine Besonderheit, weil das hat man in keiner anderen Therapie.

Dennoch macht es einen Unterschied, ob die Klientenperson primär freiwillig Therapie macht, dafür auch bezahlt und aufgrund eines Leidensdruckes etwas verändern möchte, oder ob sich die Motivation darauf bezieht, einer Haftstrafe zu entgehen oder möglichst bald entlassen zu werden, da sich bei letzteren die Ziele nur auf die äußeren Motive richten.

Die Therapiemotivation kann aufseiten der KlientInnen sehr unterschiedlich sein. Einige mögen bereits selbst mit dem Gedanken gespielt haben und durch die Weisung nur einen konkreten Anstoß bekommen.

26Th8: Ja, manchmal kommt auch jemand, der dann zwar eine Verurteilung hat und angewiesen wird, Therapie zu machen, aber eh schon selber im Hinterkopf hat, „eigentlich wollte ich schon aufhören, aber es gelingt dann nicht und jetzt bin ich ganz froh, dass ich diese Möglichkeit habe.“ Diese Fälle gibt es auch.

Andere haben vielleicht von sich aus keine Therapie in Betracht gezogen, entwickeln aber dann im Laufe der Therapie Motivation. Und natürlich gibt es auch jene KlientInnen, die sich nicht verändern bzw. auf die Therapie einlassen wollen, und jene, die zu Beginn der Psychotherapie nach außen hin motiviert erscheinen, es aber innerlich gar nicht sind. Im Gefängnis wollen viele KlientInnen zuerst keine Therapie machen, weil sie die Therapeutenperson im Kontext, also als Verbündete der Justiz wahrnehmen. Sobald sich dieses Bild jedoch verändert, sind sie durch den erhöhten Leidensdruck im Gefängnis auch motivierter, sich auf den therapeutischen Prozess einzulassen, und oft froh, sich einem Menschen mitteilen zu können. Gerade im Maßnahmenvollzug oder im Gefängnis gibt es auch eine Klientengruppe, die aufgrund schwerer Persönlichkeitsstörungen keinen Leidensdruck oder Veränderungsbedarf wahrnimmt, wodurch die Entwicklung von Motivation natürlich erschwert wird. Es gibt in Haftanstalten manchmal Vorbereitungsgespräche mit PsychologInnen, die versuchen, die KlientInnen zur Psychotherapie zu motivieren bzw. ihre diesbezüglichen Ängste und verzerrten Wahrnehmungen aufzulösen.

Am Anfang basiert die Therapiemotivation im Zwangskontext überwiegend auf der Hoffnung auf Vergünstigungen (frühere Entlassung, angenehmere Haftbedingungen, Therapie statt Strafe etc.).

Zur Förderung der Therapiemotivation ist es sinnvoll, an einem persönlichen Bestreben der Klientenperson anzuknüpfen, das wäre beispielsweise im Maßnahmenvollzug die Entlassung. Gemeinsam kann dann erarbeitet werden, was dafür notwendig ist, um dieses Ziel zu erreichen.

Damit Psychotherapie stattfinden kann, muss zumindest die Minimalmotivation, nicht ins Gefängnis gehen zu wollen bzw. (früher) entlassen zu werden, vorhanden sein. Darauf aufbauend kann dann im therapeutischen Prozess versucht werden die Therapiemotivation um andere Motive zu erweitern.

274Th8: Wie weit dann schlussendlich Psychotherapie möglich ist, hängt einerseits vom Zeitfaktor oder natürlich dann die Bereitschaft der Person auf Veränderungswilligkeit ab, aber es braucht diese Minimalmotivation, ich will zumindest nicht in das Gefängnis gehen und deswegen bin ich da.

Zu Beginn der Therapie liegt im Zwangskontext selten eine echte Therapiemotivation oder Veränderungsbereitschaft vor, was aber kein Hinderungsgrund für die therapeutische Arbeit ist, sondern lediglich das erste zu erreichende Ziel definiert.

68TH3: . . . die Veränderungsmotivation ist ja keine Voraussetzung für Psychotherapie, sondern sie ist ein Ziel.

Diese gilt es dann im therapeutischen Prozess zu fördern und zu entwickeln, um in weiterer Folge überhaupt an Themen arbeiten zu können. Dies geschieht vor allem über das Beziehungsangebot, durch ein sehr niederschwelliges Angebot, in dessen Vordergrund nicht Ziele, Druck und Erwartungen stehen, sondern die Klientenperson mit all ihren Gefühlen, Ängsten und Widerständen. Es ist wichtig, der Klientenperson zu vermitteln, dass sie mit all ihren Gefühlen da sein darf, auch mit ihrer Ablehnung gegen die Therapie und dabei von der Therapeutenperson wahrgenommen wird. Hier kann sich die Therapeutenperson empathisch in die Klientenperson und deren oft schwierige Situation, die schließlich den Widerstand erzeugt, einfühlen. Gerade auch durch dieses Annehmen und Akzeptieren des Widerstands und durch empathisches Sich-Einfühlen in die Klientenperson kann eine tragfähige Beziehung aufgebaut werden.

86TH2: Ja und über das, bei vielen Klienten kommt mir vor, ist das der Anfang des Beziehungsaufbaus. Den Widerstand mal so zu nehmen und mal das zu verstehen, was heißt denn das, da zu sein, obwohl man eigentlich gar nicht will?

Dieses Annehmen und empathische Einfühlen in die Klientenperson wirkt sich förderlich auf die Entwicklung der Beziehung aus und sollte stets in den Rahmen einer Suche nach einem sehr individuellen Zugang zu dem einzelnen Menschen eingebettet sein.

64Th7: . . . Im Grunde glaube ich, geht es darum, gerade in dem Zusammenhang, wo sozusagen so eine erschwerte Ausgangssituation ist, sehr individuell einen Zugang zu einem Menschen zu suchen, ja, und das ist glaube ich eine Stärke des personenzentrierten Ansatzes, dieses eigentlich mal von dem auszugehen, was ein Mensch mitbringt, ja, vom Selbstverständnis her sich auch nicht als Experte oder Fachmann für eine inhaltliche Richtung etc. zu sehen, das ist gerade im Zwangskontext, sehr wichtig.

Wenn die Therapeutenperson keine Erwartungshaltung einnimmt, sondern zu Beginn erforscht, was für die Klientenperson möglich ist und sie dort abholt, wo sie gerade steht – auch im Hinblick auf die meist gering vorhandene Motivation und die Veränderungsbereitschaft – kann sich die Klientenperson leichter öffnen und entfalten, da sie keinen Druck und keine Erwartungen verspürt. Das bedeutet aber nicht Resignation aufseiten der Therapeutenperson, sondern vielmehr der Klientenperson Zeit zu geben, damit sie in ihren eigenen Wachstumsprozess einsteigen kann.

Der Zwangskontext kann viele Gefühle, wie Trotz, Widerstand, Unsicherheit oder Angst, auslösen, mit denen zuerst eine Auseinandersetzung stattfinden muss, um eine Basis zu schaffen, auf der sich dann die Therapiemotivation entfalten kann. Gerade hier haben personenzentrierte TherapeutInnen den Vorteil, durch ihre Grundhaltung der Akzeptanz die Klientenperson sein lassen zu können, wie sie ist, wodurch auch die Widerstände verringert werden.

Bei mangelnder Therapiemotivation ist es wichtig, in Kontakt zu treten bzw. eine Beziehung aufzubauen, damit sich daraus im späteren Verlauf eine Motivation entwickeln kann.

Die Entwicklung von Therapiemotivation, Eigenverantwortung und Veränderungsbereitschaft kann oftmals ein langer Prozess sein, der sich auch über ein oder zwei Jahre erstrecken kann. Begriffe wie motiviert oder nicht-motiviert sind in diesem Kontext nicht wirklich treffend, da der Grad der Motivation stark variieren kann.

78TH2: Der sitzt dann da und ist halt irrsinnig widerständig, und sagt „was soll die Scheiße“ und „es interessiert mich überhaupt nicht, mit Drogen habe ich eh nichts mehr am Hut, schon lange nicht mehr, Scheiß-Staat“ und was weiß ich alles und „reden hilft eh nix mehr“, aber der ist da, er ist da, das sagt ja auch schon viel über ihn aus.

In diesem Kontext treffen wir vermehrt auf KlientInnen, die es vermeiden wollen, sich tiefer mit ihren Themen und Gefühlen auseinanderzusetzen. Mitverantwortlich dafür ist sicherlich auch das Gefühl, dazu gezwungen zu werden. Darauf muss in der Psychotherapie eingegangen werden. Und auch, wenn sich KlientInnen gar nicht auf die Therapie einlassen wollen, bringen sie relevante Inhalte zur Sprache, die die Therapeutenperson aufgreifen kann, wenn sie aufmerksam zuhört.

166TH3: . . . Oder wenn einer permanent nur von irgendwelchen Sachen erzählt, die irrelevant sind, von anderen, von draußen. Aber du hast ja immer, es fliegen ja immer, sie können ja gar nicht nichts sagen, selbst wenn sie wollen. Du hast ja immer, sie schmeißen dir immer Silberteller mehr oder weniger hin und die kann ich aufgreifen und über Fragen doch anzuregen, letzten Endes die Perspektive nach innen zu richten.

Es wird auch über KlientInnen berichtet, die mit dem Entschluss die Therapie beginnen, sich nicht

emotional darauf einzulassen, diesen Entschluss mit der Zeit aufgeben, weil sie sich in der mittlerweile entwickelten Beziehung sicher und aufgehoben fühlen.

Bei einer vorzeitigen Entlassung im Zusammenhang mit der Einwilligung, eine Psychotherapie zu machen, wollen die KlientInnen nach ihrer Entlassung oft keine Therapie mehr machen. Die Therapeutenperson kann sie dann mit der Vereinbarung bzw. mit den Rahmenbedingungen konfrontieren bzw. abklären, ob die Minimalmotivation, nicht ins Gefängnis zu kommen, besteht oder nicht.

Wenn die Therapeutenperson Einfluss auf Entscheidungen wie Entlassungszeitpunkt oder Vollzugslockerungen hat, kann dies, zumindest nach außen hin, die Therapiemotivation fördern. Dabei wird allerdings die Gefahr geschaffen, dass die Klientenperson die wirklich heiklen Probleme meidet und versucht, den Anschein zu erwecken, dass alles in Ordnung sei, um möglichst schnell die angestrebten Vorteile zu erhalten.

In den meisten Fällen ist es möglich, im therapeutischen Prozess eine Therapiemotivation zu entwickeln.

152Th7: . . . nicht immer natürlich, aber, oder nicht immer in der selben Form oder Tragweite, aber grundsätzlich, ja, es ist eigentlich in aller Regel etwas möglich und manchmal mehr als man glaubt.

Dennoch gibt es KlientInnen, denen es nicht möglich ist, im Laufe der Therapie die Fähigkeit oder Bereitschaft zu entwickeln, sich auf das therapeutische Geschehen einzulassen.

242TH2: . . . das glaube ich nicht, dass es so ist, dass die Leute nichts verändern wollen und gar nicht motiviert sind. Also jetzt ganz drinnen, die wollen alle was, wie wir alle, aber vielleicht ist er nicht fähig dazu.

Die interviewten TherapeutInnen sind also der Meinung, dass es in den meisten Fällen möglich ist, Therapiemotivation zu entwickeln und Widerstände abzubauen. Fast immer besteht zumindest eine Minimalmotivation, die sich darauf bezieht, nicht ins Gefängnis zu wollen oder aus dem Gefängnis entlassen zu werden. Aufbauend auf diese Minimalmotivation kann die Therapiemotivation über das personenzentrierte Beziehungsangebot gefördert werden.

Neben der Förderung der Therapiemotivation ergibt sich aus dem forensischen Kontext noch eine weitere spezielle Anforderung, die Deliktbearbeitung. In der nachfolgenden Kategorie werden alle diesbezüglichen Erkenntnisse zusammengefasst.

6.5. Deliktbearbeitung

In Institutionen wie dem Maßnahmenvollzug und Haftanstalten ist die Deliktbearbeitung ein zentrales Thema. Im Maßnahmenvollzug ist es noch dadurch verstärkt, dass die InsassInnen erst entlassen werden, wenn ihre Gefährlichkeit reduziert wurde und keine neuerlichen Straftaten mehr zu befürchten sind. Je nach Institution und dem damit einhergehenden Arbeitsauftrag bzw. auch abhängig von der persönlichen Einstellung der Therapeutenperson steht die Deliktbearbeitung mehr oder weniger im Vordergrund. In dieser Kategorie geht es um die Darstellung der Erkenntnisse aus den Interviews, welche Ansichten die Therapeutenpersonen dazu haben und wie sie auf die Deliktbearbeitung eingehen.

Obwohl in der Fachliteratur des öfteren verbreitet wird, dass der personenzentrierte Ansatz im Zwangskontext nicht wirksam sei, da das Delikt nicht adäquat bearbeitet werden könne, wurde von den interviewten TherapeutInnen überwiegend kein Widerspruch darin gesehen, personenzentriert zu arbeiten und trotzdem das Delikt zu thematisieren. Die Deliktbearbeitung ist in diesem Rahmen meist notwendig und entspricht auch dem Auftrag, der an die Therapeutenperson gestellt wird. In diesem Lichte kann die Deliktbearbeitung als ein kongruentes Sich-Einbringen der Therapeutenperson gesehen werden.

Dennoch entspricht es der personenzentrierten Grundhaltung, zu Beginn in einer abwartenden Haltung zu bleiben und der Klientenperson die Möglichkeit zu geben, von sich aus Themen im Bezug auf das Delikt einzubringen, um diese dann aufgreifen zu können.

164Th7: Ja. Also sozusagen akzeptiert wird nicht die Tat aber der Mensch mit seinen Motivationen der keinen anderen Weg gefunden hat als sich so zu äußern.

165I7: Ja.

166Th7: Und erst indem das akzeptiert wird und der Mensch sich da sozusagen verstanden fühlt, kann der beginnen sich zu überlegen wie er denn das anders lösen könnte, da hört der nichts moralisches von mir, das wäre sozusagen diese Mischung aus dem empathischen Mitvollziehen und der Akzeptanz.

Es ist möglich bei der Deliktbearbeitung die Tat an sich abzulehnen und trotzdem den Menschen wertzuschätzen. Durch eine personenzentrierte Haltung, geprägt von Empathie, Wertschätzung und Akzeptanz, ist es möglich das Delikt zu bearbeiten ohne die Klientenperson für ihre Tat moralisch zu verurteilen. Durch dieses Beziehungsangebot fällt es der Klientenperson leichter sich auch unangenehmen Themen zu stellen und diese auch zu bearbeiten. Denn oft werden sie von der Gesellschaft für ihre Taten abgelehnt und auch sie selbst verurteilen sich dafür. Daher sollte die

Therapeutenperson so reflektiert sein, dass das Delikt keine Bewertungsgrundlage darstellt und sie den Menschen dahinter wahrnehmen kann.

TherapeutInnen, die mit KlientInnen im Maßnahmenvollzug oder im Gefängnis arbeiten, können mit Einwilligung der Klientenperson Akteneinsicht nehmen, um sich auch über das Delikt zu informieren. Dies ist vor allem dann wichtig, wenn die Klientenperson im fortgeschrittenen therapeutischen Prozess das Delikt leugnet oder verzerrt wahrnimmt.

In welchem Ausmaß es möglich ist die Klientenperson mit dem Delikt zu konfrontieren hängt auch immer von der Basis der Beziehung ab und die Therapeutenperson muss auch schauen wie und wann die Klientenperson dafür bereit ist.

70Th6: Ich vertraue eben darauf, dass im Laufe der Therapie sich dieses Verhalten noch verändert. Wenn er Vertrauen bekommt. Es hat ja oft Gründe, warum sie es verleugnen, ja, also ich sage jetzt zum Beispiel, ein Kindesmissbrauch ist kein angenehmes Delikt.

Die Klientenperson wird aber nicht sofort mit ihrem Delikt konfrontiert, sondern zuerst wird beobachtet, ob sie sich in einer wachsenden Vertrauensbeziehung öffnen kann, ob sie etwaige innere Gründe und Ängste für die Verleugnung oder Verzerrung überwinden kann.

Wenn die Klientenperson sich nicht von sich aus mit dem Delikt auseinandersetzen möchte, wird die Bearbeitung natürlich erschwert. Dann wird es schließlich notwendig, sie tatsächlich mit dem Delikt zu konfrontieren.

78Th6: Wir haben eigentlich ein Prinzip, das unterscheidet uns auch, das ist die Rückfallsfreiheit, ja. Also unser Ziel ist, dass der nicht mehr rückfällig wird, in seiner Deliktkategorie, ja und insofern haben wir einen gewissen Auftrag, den wir zu erledigen haben, und natürlich ist da das Delikt, da kann man nicht nur warten, ob er irgendwann einmal über das Delikt spricht, das lässt man halt, sondern es ist ein Grund warum er in der Justizanstalt eingesperrt ist und das Delikt steht schon relativ weit vorne, das muss bearbeitet werden.

Gerade SexualstraftäterInnen wollen nicht, dass ihr Delikt öffentlich wird, da sie ansonsten mit Repressalien von anderen InsassInnen zu rechnen haben.

Trotz der Wichtigkeit der Deliktbearbeitung steht auch immer der Mensch im Mittelpunkt, den die Therapeutenperson versucht zu sehen, wahrzunehmen und wertzuschätzen, unabhängig von seiner Tat. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass durch die therapeutische Grundhaltung der Akzeptanz, Wertschätzung und Empathie eine Basis geschaffen werden kann, die es der Klientenperson ermöglicht, sich mit ihrem Delikt und den damit einhergehenden unangenehmen Gefühlen

auseinanderzusetzen. Wie sehr die Deliktbearbeitung im Vordergrund steht bzw. auch von der Therapeutenperson eingebracht wird, hängt sehr von den persönlichen Einstellungen und dem Arbeitsauftrag ab.

Das erklärte Ziel bei jeder Deliktbearbeitung ist die Entwicklung der Fähigkeit aufseiten der Klientenperson, andere Verhaltensweisen zu finden, durch welche weder sie noch andere zu Schaden kommen – also die Rückfallsfreiheit. Dieses Thema soll nun eingehender beleuchtet werden.

6.6. Rückfälligkeit

Im Vergleich zur freien Praxis ist die Rückfälligkeit bzw. Rückfallsfreiheit im Zwangskontext ein zentrales Thema. Hier wird alles zusammengefasst, was sich auf die Rückfälligkeit bezieht, und wie damit in der Psychotherapie umgegangen wird.

Gerade in Institutionen wie dem Maßnahmenvollzug und den Haftanstalten gibt es das dezidierte Ziel der Rückfallsfreiheit. Und obwohl die Wirksamkeit von Psychotherapie immer wieder infrage gestellt wird, belegen Untersuchungen anhand der letzten 15 Jahre, dass Menschen, die im Gefängnis eine Psychotherapie gemacht haben, nach der Entlassung weniger oft rückfällig wurden.

Die Einstellung der KlientInnen zur Rückfallsfreiheit kann sehr unterschiedlich sein: Manche machen einfach genauso weiter wie bisher, andere unternehmen den Versuch, kein Delikt mehr zu begehen, wieder andere entscheiden sich klar dafür, ihr Leben verändern zu wollen, und legen auch eine Bereitschaft an den Tag, sich in der Therapie mit ihren Problemen auseinanderzusetzen. Meist ist aber auch aufseiten der Klientenperson die Rückfallsfreiheit ein zentrales Ziel der Therapie – und damit auch automatisch für die Therapeutenperson –, da andernfalls als Konsequenz oftmals eine Gefängnisstrafe droht.

Nimmt die Therapeutenperson wahr, dass die Klientenperson rückfällig geworden ist, ist das auch ein Thema, mit dem die Klientenperson direkt konfrontiert wird, weil es durch die Rahmenbedingungen automatisch zum Gegenstand in der Therapie wird, wobei die Klientenperson dafür nicht moralisch verurteilt wird, sondern der Fokus darauf gelegt wird, wie es der Klientenperson damit geht und was hinter dem Rückfall steht.

10TH2: Und anhand der Harntests bringe ich auch immer wieder, wenn jemand rückfällig geworden ist, z. B. wenn ich es sehe, dann ist das auch etwas, das ich einbringe, von mir aus, ohne dass ich da in einer abwartenden Haltung bin. Wobei ich am Anfang schon immer warte und dem Klienten die Möglichkeit gebe, dass er, wenn eine Beziehung, eine gute therapeutische Beziehung da ist, dann sagt das eh jemand von sich heraus, dass er jetzt rückfällig geworden ist.

Der Umgang mit der Rückfälligkeit ist vielfältig und hängt auch von der Deliktgeschichte der Klientenperson ab. Bei Menschen mit einer Suchterkrankung ist es etwa Teil des Krankheitsbildes, dass es Phasen gibt, in denen sie rückfällig werden, wohingegen ein Rückfall bei einer pädophilen Klientenperson anderen Menschen ernsthaften Schaden zufügen kann.

Die Rückfälligkeit ist der spezielle Punkt, der den Zwangskontext besonders stark von der freien Praxis unterscheidet. Der durch die Justiz und die Gesellschaft verordnete Auftrag der Rückfallsfreiheit erfordert es oftmals, dass die Therapeutenperson verstärkt konfrontativ in das therapeutische Geschehen eingreift, auch um die Setzung von neuerlichen Delikten zu verhindern. Gerade bei Delikten, im Zuge derer andere Menschen verletzt wurden, kommt dieser Rückfallsfreiheit also eine noch zentralere Bedeutung zu, da es hier auch um den Schutz von anderen Personen geht.

80Th6: Ja, aber es ist natürlich Zwangskontext, ja, ich denke mir natürlich, ich muss auch überlegen wer meine Auftraggeber sind und ich fühle mich auch ein bisschen der Gesellschaft gegenüber verpflichtet, ja, also für mich ist ein Rückfall auch ein bisschen ein, ich habe etwas nicht geschafft. Es ist so ein bisschen auch, ich meine ich bin jetzt nicht verantwortlich, dass ich sage, um Gotteswillen, ich bin ein schlechter Therapeut, aber, es liegt schon in seiner Verantwortung, sein Leben zu verändern, aber trotzdem sehe ich diesen Auftrag in meiner Therapie, ja.

Neben dem Ziel der Rückfallsfreiheit ist es aber auch wesentlich, noch andere Therapieziele zu entwickeln. Wie dies im Zwangskontext möglich ist und welche Ziele noch wichtig sind, wird in der nächsten Kategorie dargestellt.

6.7. Therapieziele

Hier werden alle Aussagen zusammengefasst, die sich auf den Umgang mit und die Entwicklung von Therapiezielen im Zwangskontext beziehen. In der freien Praxis trifft die Therapeutenperson auf eine Klientenperson, die eigene Vorstellungen und Wünsche mitbringt, was sie gerne verändern möchte. Im Zwangskontext steht oft hauptsächlich der Wunsch, nicht ins Gefängnis zu gehen oder entlassen zu werden im Vordergrund. Wie TherapeutInnen mit dieser Gegebenheit umgehen und welche Besonderheiten im Zwangskontext bezüglich der Entwicklung von Therapiezielen noch zu beachten sind, wird im Folgenden untersucht.

Im Zwangskontext findet zielgerichtete Psychotherapie aufgrund der eingeschränkten Freiwilligkeit und Motivation oft nicht gleich von Beginn an statt, sondern die gemeinsamen Therapieziele können erst im Laufe der Zeit entwickelt werden.

Das einzige Ziel der KlientInnen ist es am Anfang meist, nicht ins Gefängnis zu kommen oder aus dem Gefängnis/Maßnahmenvollzug entlassen zu werden und die Therapiezeit irgendwie hinter sich zu bringen. Nach und nach bilden sich dann aber eigene Ziele heraus, die sich oft auf die Stabilisierung ihrer Lebenssituation beziehen.

Das heißt, am Anfang der Therapie stehen aufseiten der KlientInnen eher praktische Ziele im Vordergrund, die sich dann im Laufe der Therapie zu emotionalen Zielen wandeln können, bei denen es dann darum geht zu erforschen, warum sie manche Handlungen setzen, um dann die dahinterstehenden Blockaden und Probleme auflösen zu können.

Es gibt TherapeutInnen, die vorab keine Ziele im Sinne haben, sondern im Laufe des therapeutischen Prozesses gemeinsam mit der Klientenperson Ziele entwickeln.

72Th7: Ich bin gespannt, was der Mensch mitbringt und was sich aus dem, was jemand bringt entwickeln lässt auch puncto Ziele. Die Ziele ergeben sich mit dem Patienten oder mit dem Klienten oder Klientin eigentlich gemeinsam.

Diesem Zugang liegt die Meinung zugrunde, dass es eine Überforderung der Klientenperson bedeuten würde, wenn die Therapeutenperson bereits zu Therapiebeginn Ziele vor Augen hätte, da ihre innere Erwartungshaltung für die Klientenperson spürbar wäre. In der Anfangsphase geht es zunächst darum, dass sich die Klientenperson überhaupt einmal auf den therapeutischen Prozess einlassen kann, da der Zwangskontext auch inneren Widerstand und Trotz hervorruft. Ein vorsichtiges Herantasten an die Entwicklung von Therapiezielen ist daher angezeigt.

Einige TherapeutInnen gaben an, dass es von ihrer Seite her auch Ziele gibt. Als prinzipielle Ziele wären hier etwa die Rückfallsfreiheit zu nennen, das Misstrauen der Klientenperson gegenüber der Therapeutenperson am Beginn der Therapie abzubauen oder zu erreichen, dass die Klientenperson gerne in die Therapie kommt oder eine Krankheitseinsicht gewinnt. Die Rückfallsfreiheit als Ziel der Therapie steht auch in Verbindung mit dem Auftrag der Justiz (bzw. der Gesellschaft) an die Therapeutenperson und sie ist meist auch ein Ziel, das die Klientenperson selbst hat, zumindest in der Form, dass ihr Hauptziel ist, nicht ins Gefängnis gehen zu müssen (siehe näheres im Kapitel Rückfälligkeit). Die Ziele werden am Anfang gemeinsam besprochen und erarbeitet und oft in einem Therapievertrag festgehalten (siehe Näheres im Kapitel Schriftliche Vereinbarungen). In diesem können mitunter auch Ziele festgelegt sein, die nur von der Therapeutenperson eingebracht wurden.

86Th6: Natürlich, wir machen ja am Anfang, besprechen wir natürlich seine Ziele, was seine Wünsche und Ziele sind, wo er sich verändern will und ein Wunsch und ein Ziel ist auch die Rückfallsfreiheit, ja, die Rückfälligkeit zu bearbeiten,

dass er nicht wieder im Gefängnis landet, aber das ist eines auch seiner Ziele, meistens, ja, er sagt ich will nie wieder ins Gefängnis, nur es gibt einige, die schaffen das nicht, ja.

Die besonderen Rahmenbedingungen im Zwangskontext haben einen großen Einfluss auf die Ziele in der Therapie. Bei KlientInnen, die wegen ihrer Drogensucht eine Weisung zur Psychotherapie haben, heißt das, sie brauchen einen positiven Abschlussbericht, was damit also gleichzeitig zum Therapieziel wird und was mit einem Verzicht auf illegale Suchtmittel verbunden ist bzw. mit einem kontrollierten Umgang mit der Substitution. Das heißt, das erste Therapieziel ist die Deliktfreiheit und individuellere Ziele entstehen dann im Laufe der Psychotherapie, wenn es darum geht zu entdecken, was hinter der Sucht bzw. dem Delikt steht.

66TH3: Das Therapieziel muss dann ausgehandelt werden, wenn der Klient sagt, das interessiert mich nicht, o.k. dann sage ich ihm „dann werden wir keinen Abschluss haben, das ist auch o.k.“

67I3: Und du würdest trotzdem noch mit ihm arbeiten therapeutisch?

68TH3: Wenn er kommt, würde ich arbeiten, weil die Veränderungsmotivation ist ja keine Voraussetzung für Psychotherapie, sondern sie ist ein Ziel.

Das bedeutet, das verinnerlichte Ziel der Therapeutenperson ist es auch, die Veränderungsmotivation aufseiten der Klientenperson zu fördern.

Es hat sich gezeigt, dass es einerseits wichtig ist, dass die Therapeutenperson zu Beginn der Therapie die Klientenperson nicht mit Erwartungshaltungen und Zielen unter Druck setzt, sondern dass sie im fortlaufenden therapeutischen Prozess Zeit bekommt ihre Ziele zu entwickeln, wobei das Ziel der Rückfallsfreiheit fast immer vorhanden ist. Es ließ sich feststellen, dass es auch bei einigen TherapeutInnen Ziele für den therapeutischen Prozess gibt, wie z. B. die Deliktfreiheit oder das Fördern einer Veränderungsmotivation.

Es soll nun erläutert werden, wie die personenzentrierte Psychotherapie im Zwangskontext agiert und welche Vorteile sie in diesem Setting aufweist.

6.8. Personenzentrierte Vorgehensweise

In dieser Kategorie wird dargestellt, wie die personenzentrierte Psychotherapie konkret in der praktischen Arbeit vorgeht, die im Zwangskontext stattfindet. Dabei wird herausgearbeitet, welche Elemente des Ansatzes sich dabei als wesentlich und wirkungsvoll erwiesen haben.

Im ersten Schritt geht es in der Therapie im Zwangskontext meist darum, Ängste aufseiten der Klientenperson ab- und ein klareres Bild von der Psychotherapie aufzubauen.

Obwohl es durchaus möglich und wichtig ist, im Zwangskontext auch konfrontativ zu arbeiten (im Sinne eines kongruenten Verhaltens der Therapeutenperson), steht zuallererst der Aufbau einer Beziehung im Vordergrund, die eben schließlich auch eine solche Konfrontation zu tragen vermag.

Dadurch, dass die Therapeutenperson eine Beziehung anbietet und nicht eine Methode oder Strategie anwendet bzw. ein vorgefasstes Konzept hat, wo die Therapie hingehen muss, setzt sie sehr niederschwellig an. Dies ermöglicht es gerade im Zwangskontext, die Klientenperson leichter zu erreichen, da die Therapiemotivation zu Beginn der Therapie meist eher schlecht ausgeprägt ist (siehe mehr dazu im Kapitel Therapiemotivation). Aufgrund der erschwerenden Ausgangsbedingungen im Zwangskontext ist es wesentlich, dass die Therapeutenperson einen individuellen Zugang zur Klientenperson findet und erforscht, was dieser spezielle Mensch mitbringt und wo er gerade steht. Hier liegt auch eine besondere Stärke des personenzentrierten Ansatzes: Das Expertentum der Therapeutenperson gegenüber der Klientenperson wird aufgegeben und sie wird als ein individueller Mensch wahrgenommen.

Das personenzentrierte Beziehungsangebot, das auf Akzeptanz, Wertschätzung und Empathie beruht, ermöglicht es der Therapeutenperson, einen Zugang zur Klientenperson zu finden, und es ermöglicht der Klientenperson, sich auf die Therapie einzulassen und sich selbst – inklusive aller negativer bzw. unerwünschter Gefühle – zu zeigen. Denn gerade im Zwangskontext versuchen sich KlientInnen manchmal besonders positiv darzustellen und verstecken sich dabei mitunter hinter Lügengeschichten. Zu Beginn kann die personenzentrierte Therapeutenperson sie so annehmen, wie sie sich darstellen, ohne misstrauisch hinterfragen zu müssen, da es der Klientenperson meist mit der Zeit durch das personenzentrierte Beziehungsangebot möglich wird, sich selbst mit all ihren Facetten zu zeigen, wodurch der Kontakt zwischen Klientenperson und Therapeutenperson auch echter wird. Durch diesen besonderen Zugang wird eine gute Arbeitsbasis geschaffen.

186Th8: Ich habe mir gerade gedacht, was ich schon als enorm wichtig erlebe und vor allem in der Justizanstalt habe ich den Eindruck, dass da die Klienten stark auf das ansprechen, diese unbedingte, positive Wertschätzung, also ich erinnere mich, dass, das ein Gruppenmitglied mich da am Anfang mal gefragt hat: „Wieso tut ihr euch das an, dass ihr da arbeitet mit uns?“

Die unbedingte, positive Wertschätzung ist gerade im Zwangskontext sehr ausschlaggebend, da die KlientInnen aufgrund ihrer Delikte oft abgewertet werden – sowohl von der Gesellschaft als auch von

sich selbst. Dementsprechend wichtig ist es für sie, diese Wertschätzung von der Therapeutenperson zu spüren, eine Wertschätzung, die sich natürlich auf den Menschen bezieht, nicht auf das Delikt. Die personenzentrierte Therapeutenperson sieht den Menschen hinter der Fassade, mag diese auch ungepflegt oder übelriechend sein, und dieser Mensch wird wertgeschätzt.

Durch das personenzentrierte Beziehungsangebot – Wertschätzung, Empathie und Kongruenz – wird eine bestimmte Atmosphäre geschaffen, die normalerweise in Haftanstalten bzw. dem Maßnahmenvollzug nicht herrscht und die deswegen umso wichtiger für die KlientInnen ist.

164Th6: Mit der Wertschätzung, mit der Empathie, das spüren die Leute und das ist ja was Neues, ja, sie werden ja dort nicht wertgeschätzt, die werden als Nummer eingesperrt und dann kommt da plötzlich eine Person, die trinkt mit ihnen Kaffee und schätzt sie, obwohl sie ein sehr schweres Delikt begangen haben und das ist ja oft nicht sehr leicht, weil sie selber dieses Delikt an sich nicht mögen.

Im Zwangskontext ist es wichtig, diese Wertschätzung für den Menschen zu vermitteln, unabhängig von Taten und Störungen.

Die KlientInnen finden im Zwangskontext eine ungünstige Ausgangssituation vor, sich auf eine Psychotherapie einzulassen. Hilfreich für das Schaffen einer Vertrauensbasis ist es, wenn sich die Therapeutenperson aufrichtig für die Situation und die Gefühle der Klientenperson interessiert, wenn sie versucht, diese Gefühle zu verstehen, und sich in der therapeutischen Situation davon auch emotional betreffen lässt. Wenn die Klientenperson dies auch spüren und wahrnehmen kann, fördert es ihre Fähigkeit, sich auf den therapeutischen Prozess einlassen zu können.

190Th8: . . . Also immer wieder dieses Gelingen dahinter eine, wie soll ich sagen, durch das empathische Verstehen da dahinter zu schauen, wo der Mensch mit seiner Not, mit seiner Befindlichkeit gerade ist und sich da nicht, da vorne von irgendwelchen, weiß ich nicht, rüden Ausdrucksweise oder sonstigem abschrecken zu lassen.

Die Therapeutenperson kann sich aufgrund ihrer empathischen Grundhaltung in die Klientenperson hineinversetzen und diese verstehen und dadurch auch deren Themen aufgreifen, ohne dabei moralisch zu verurteilen. Hierbei wird aber deutlich darauf hingewiesen, dass die Therapeutenperson zwar die Gefühle der Klientenperson verstehen kann, nicht aber, dass sie deren Tat entschuldigt oder rechtfertigt. Dadurch, dass die Therapeutenperson sich empathisch auf die Welt der Klientenperson einlässt, geht sie auch sprachlich auf diese ein und wird so auch von KlientInnen verstanden, die einen anderen Sprachcode haben oder deren geistige Fähigkeiten beeinträchtigt sind.

80TH1: . . . *ich mir wie gesagt leichter tue sozusagen diese Angleichung der Sprache.*

81I1: *Mhm*

82TH1: *Je nachdem ob einer eher eine sehr einfach strukturierte Sprache verwendet, oder manche die ein bisschen eine bessere Bildung und Intelligenz haben und auch anspruchsvoller auch in ihrer Sprache sind. Aber wie gesagt, ich habe irgendwo den Verdacht, da habe ich ein besseres Instrument.*

Durch die Wertschätzung und vor allem durch das empathische Verstehen wird die Therapeutenperson stärker dafür sensibilisiert, was für die Klientenperson wirklich hinter manchen Verhaltens- oder Ausdrucksweisen steht, und sie lässt sich nicht so leicht von etwaigen vordergründigen Sachverhalten oder Begebenheiten blenden.

Durch die Verwirklichung der Beziehungsvariablen wird es ermöglicht, den Zwangskontext in den Hintergrund zu rücken und sogar auch der Möglichkeit Raum zu lassen, das Element des Zwangs selbst zu hinterfragen.

Aufgrund dieses Beziehungsangebotes kann eine sehr intensive Beziehung aufgebaut werden, die den Raum für Veränderung und Entwicklung öffnet.

Es kommt immer wieder vor, dass KlientInnen bestimmte Themen, die ihnen unangenehm sind, vermeiden wollen – ein an sich ganz normales Verhalten. Über die vertrauensvolle Beziehungsgestaltung und die Vermittlung des Gefühls, einen sicheren, geschützten Raum zu haben, kann die Klientenperson dahingehend unterstützt werden, sich über diese Vermeidung hinwegzuwagen. Wenn durch die personenzentrierte Haltung, die geprägt ist von Empathie und Wertschätzung, eine Beziehung wächst, die dann im weiteren Verlauf auch Konflikte aushält, wird es der Klientenperson ermöglicht, sich auch unangenehmen Themen zu stellen, ohne dass die Beziehung dadurch in ihren Grundfesten erschüttert wird.

Auch die Wichtigkeit des Kongruent-Seins im Zwangskontext wurde immer wieder hervorgehoben, da die Klientenperson dadurch die Therapeutenperson als reales Gegenüber wahrnehmen kann.

74Th5: *Ja, also das hat auch schon der Rogers selber in seiner Literatur verändert dahingehend, dass man sehr wohl mit dem was bei einem aufkommt arbeitet.*

75I5: *Ja.*

76Th5: *Auch mit Ärger, ja, auch mit Wut, mit Gefühl Zuneigung, alles, was halt da aufkommt.*

Die kongruent agierende Therapeutenperson kann auch ausdrücken, welche Gefühle die Tat in ihr auslöst (Genaueres dazu im Kapitel Deliktbearbeitung).

Einige TherapeutInnen haben darauf verwiesen, dass es zwar wichtig ist, die Beziehungsvariablen zu

verwirklichen, dass es im Zwangskontext aber unumgänglich ist, sich – und zwar gerade im Sinne der Kongruenz – einzubringen und mitunter empathisch zu konfrontieren. Was es genau bedeutet, sich kongruent einzubringen, hängt von der Situation ab, vor allem aber von der Persönlichkeit der Therapeutenperson und in welcher Form sie sich einbringt, damit sie kongruent bleiben kann.

Ein authentisches und kongruentes Einbringen der Therapeutenperson kann, z. B. im Falle von Verwehrlosung sein, dass die Wahrnehmung davon feinfühlig angesprochen wird und versucht wird, Alternativen anzuregen.

266TH3: Also auch in meiner Kongruenz, in meinen kongruenten Impulsen muss ich mich ausrichten am Gegenüber.

267I3: Ja.

268TH3: Muss ich entscheiden: „Bringe ich mich selbst ein? Bringt das dem Klienten was, oder bringt es ihm nichts?“ Sozusagen, dient es meinem Selbstdarstellungswunsch, denn das ist falsch.

Bei der Selbsteinbringung ist es wichtig, dass die Therapeutenperson überprüft, ob sie im Sinne der Klientenperson geschieht oder ob es um die eigenen Bedürfnisse geht.

Wenn es aktuelle Themen gibt, die offensichtlich bearbeitet werden müssen, bringt dies die Therapeutenperson im Sinne einer kongruenten Reaktion auf die Klientenperson ein.

Ansonsten befindet sie sich eher in einer abwartenden Position. Sie hört aufmerksam zu, was die Klientenperson einbringt, und kann dann auch aktiv den Bezug zur Straffälligkeit bzw. Störung herstellen. Hierbei kann sie nur insoweit konfrontativ agieren, wie das auch die Klientenperson aushält, ohne sich distanzieren zu müssen. Wenn sich diese verschließt, ist es wichtig, wiederum über die personenzentrierte Grundhaltung Vertrauen zu vermitteln und die Gefühle der Klientenperson anzuerkennen.

160Th7: Wenn die Türen zu gehen, dann geht es darum, dass die Türen zu gehen und sozusagen dann bleibt man wieder personenzentriert bei dem, was da auch jetzt passiert ist und nicht bei irgendeinem, weil es halt günstig wäre zu konfrontieren oder so, ja.

TH3: Wir sind in der personenzentrierten Psychotherapie sehr schnell bei der Alter-Ego-Beziehungs-Ich-Therapie, in die ich mich hinein versetze und ich glaube auch gerade im Zwangskontext ist die andere Kante mindestens ebenso relevant. Ich bin auch gegenüber, ich bin ein anderer Mensch, ich bin ein anderer, der dich wahrnimmt und der Ideen und Gedanken hat zu dir, ich konfrontiere dich auch mit dem und noch ein Aspekt ist in dem Zwangskontext Suchttherapie, dass ich auch ein anderer bin, der aus einem anderen Umfeld kommt. Denn sehr oft, nicht immer, haben diese Suchtmenschen eine ganz andere Biografie. Ich bin auch so ein realer anderer Mensch, der da ist, und ich zeige auch was

von mir, was her.

Die Therapeutenperson zeigt sich als reales Gegenüber, als Mensch der einen persönlichen Hintergrund und Einstellungen hat. Es geht hier nur um ein Sich-Zeigen als Mensch, als Gegenüber, und niemals darum, der Klientenperson eine bestimmte Lebensweise oder Einstellung aufzuerlegen. Die andere Sichtweise oder Bewertung kann die Therapeutenperson der Klientenperson zur Verfügung stellen, wenn es der Therapie förderlich ist.

Die Echtheit spielt eine wesentliche Rolle im Zwangskontext, da diese Klientengruppe besonders sensibel darauf reagiert, ob die Therapeutenperson sich wahrhaftig einbringt und zeigt.

66Th7: Diese Menschen haben ein ziemlich gutes Gespür dafür, ob man sich wirklich für den Menschen dahinter interessiert oder ob man eigentlich mit, ja, ich sage einmal moralischen Gesichtspunkten an die Sache heran geht, was aber jetzt nicht heißen soll, dass das einhergeht mit Gutheißen dessen, was jemand tut, aber das glaube ich versteht sich da eh.

In der therapeutischen Arbeit im Zwangskontext ist es erforderlich, dass die Therapeutenperson die passende Gewichtung der einzunehmenden Haltung findet, sprich: ihren individuellen Mix findet. Diesen entwickelt sie meist mit zunehmender Erfahrung.

Obwohl die Deliktbearbeitung im Zwangskontext meist ein wichtiger Handlungsstrang ist, darf auch nicht aus den Augen gelassen werden, was aktuell auf der Beziehungsebene zwischen Klienten- und Therapeutenperson geschieht. Durch diese gegenwärtige Präsenz der Therapeutenperson fühlt sich die Klientenperson angenommen und verstanden, der Zwang rückt in den Hintergrund und die therapeutische Begleitung wird eher angenommen.

Über die intensive Beziehungsebene wird in der Klientenperson auch das Gefühl verankert, dass es in der therapeutischen Arbeit darum geht, gemeinsam einen Weg zu finden, die Probleme zu lösen. Dadurch fühlt sie sich unterstützt und getragen – für viele KlientInnen ist das eine ganz neue und ungewohnte Beziehungserfahrung, die sich sehr heilsam auswirken kann.

114Th5: Also ich habe durch die Therapie mit Klienten im Zwangskontext, für meine freie Praxis auch sehr viel gelernt ja, nämlich zu halten, . . .

Dieses Gefühl, in der Beziehung von der Therapeutenperson „gehalten“ zu werden, ist für viele KlientInnen sehr wichtig und hilfreich. Wie dieses Gefühl genau vermittelt wird, ist wieder von Therapeutenperson zu Therapeutenperson sehr unterschiedlich. Es gibt auch Situationen, in denen die Therapeutenperson Körperkontakt aufnimmt und die Klientenperson im wahrsten Sinne des Wortes

hält – aber selbstverständlich nur dann, wenn es für beide stimmig ist, da dies ein sehr sensibler Bereich ist, in dem jeder Mensch andere Grenzen hat.

Gerade in Krisensituationen ist es wichtig, dass die Therapeutenperson die Klientenperson begleitet und ihr das Gefühl gibt, dass sie gehalten wird.

Im Zwangskontext gibt es viele Menschen, die in ihrer Biografie ungünstige Beziehungserfahrungen gemacht haben. Diese können nun über die personenzentrierte Beziehungsgrundhaltung förderliche Beziehungserfahrungen machen, was wiederum auch positive Auswirkungen auf die Selbstbeziehung hat. Wenn die Klientenperson sich durch die kongruente Therapeutenperson in ihren Erfahrungen verstanden und positiv beachtet fühlt und sie dadurch die verzerrten oder abgewehrten Erfahrungen in ihr Selbstkonzept integrieren kann, wird Raum geschaffen für viele positive Veränderungen. Hierfür ist es nicht einmal erforderlich, dass in der Therapie ständig ganz tiefgehende Themen besprochen werden.

310TH3: . . es gilt nicht zu bewerten, gutes Thema, tiefes Thema, schlechtes Thema. Es ist am Beginn egal zum Einstimmen. Natürlich werden die Themen relevanter, je sicherer der Beziehungskontext ist, freilich.

Auch wenn viele KlientInnen die Therapie zu schätzen beginnen, ist es aufgrund der oftmals vielschichtigen Problemlage ein langer Prozess, bis sie die Haltung der Therapeutenperson verinnerlicht haben und eine ähnliche Haltung auch sich selbst gegenüber einnehmen können.

206Th8: Mich stört die Störung nicht, die ist halt auch da, ja und wenn Klienten fähig sind, das zu mindestens an der Schwelle des Gewahrseins wahrnehmen zu können, was von mir an Einstellung kommt, dann habe ich den Eindruck und das ist auch meine Erfahrung, dass das Personenzentrierte wirken kann.

Damit Psychotherapie stattfinden kann, ist es aber erforderlich, dass die Klientenperson die Haltung bzw. Einstellung der Therapeutenperson in einem minimalen Ausmaß wahrnehmen kann und zumindest ansatzweise Kontaktfähigkeit besitzt.

Der personenzentrierten Psychotherapie liegt ein unerschütterliches Vertrauen in die Aktualisierungstendenz zugrunde, also in den Menschen selbst. Dieses Vertrauen ist wirksam und für die Klientenperson auch dann spürbar, wenn es nicht verbal kommuniziert wird. Dieses innere Vertrauen in die Aktualisierungstendenz, die jedem Lebewesen innewohnt, ist es auch, was die mitunter extrem fordernde Arbeit im Zwangskontext erträglich macht.

Personenzentrierte TherapeutInnen verstehen sich von ihrem Menschenbild her nicht als ExpertInnen mit der Deutungshoheit über das Verhalten und die „Störung“ ihrer KlientInnen. Das macht es ihnen leichter, mit auftretenden Problemen sinnvoll umzugehen, beispielsweise wenn es darum geht, eine Klientenperson weiterzuverweisen, wenn eine konstruktive Zusammenarbeit nicht möglich ist. Auf die Grenzen und Probleme in der therapeutischen Arbeit wird im Kapitel Grenzen noch explizit eingegangen. Die KlientInnen schätzen auch besonders die Tatsache, dass die Therapeutenperson ihnen nicht vorschreibt, wie sie ihr Leben führen sollen und was sie verändern müssen, denn damit sind sie in totalen Institutionen oder durch ihr soziales Umfeld ohnehin permanent konfrontiert. In der Therapie können sie sich frei von Druck und frei von der Stigmatisierung, die sie aufgrund ihrer Delikte durch die Gesellschaft erfahren haben, ihren Problemen stellen, getragen von einer vertrauensvollen Beziehung.

Die Klientenperson wird mit all ihren Problemen und Entscheidungen ernst genommen, auch wenn die Therapeutenperson andere Ansichten dazu hat. Sie wird auch bei ihrer Entscheidungsfindung unterstützt, wobei die Therapeutenperson dabei nicht als ExpertIn auftritt, der/die weiß, was besser oder schlechter ist, sondern immer wenn notwendig den Bezug zum gesellschaftlichen Rahmen und den Rahmenbedingungen im Zwangskontext herstellt.

86Th8: Respektiere ich das und das sehe ich schon auch als Vorteil, also wirklich diese Auseinandersetzung – um für die Person in dem Moment zu einer guten Entscheidung zu kommen und nicht vielleicht zum wiederholten Male das Gefühl zu geben, da gäbe es Experten oder sonstige Menschen, die sagen, was man zu tun hätte. Also natürlich schon immer Bezug nehmend auf den gesellschaftlichen Rahmen, den wir haben.

Wenn eine Klientenperson sich nicht an die Gesetze halten will, ist auch dies eine Entscheidung, die es zu akzeptieren gilt. Die Therapeutenperson kann die möglichen Konsequenzen eines Verhaltens aufzeigen, im Sinne der Erweiterung des Betrachtungswinkels, aber nicht im Sinne einer Einflussnahme auf Entscheidungen. Die Realität – das heißt, die Gesellschaft mit ihren Gesetzen und den darin enthaltenen Konsequenzen – einzubringen und transparent zu machen, ist im Zwangskontext eine Aufgabe der Therapeutenperson. Wobei hierzu anzumerken ist, dass dies von TherapeutInnen angegeben wurde, die mit KlientInnen mit Suchtthematik arbeiten, deren Entscheidung, sich nicht an die Gesetze zu halten (also wieder Drogen zu konsumieren), andere Auswirkungen auf die Gesellschaft hat, als dies beispielsweise bei SexualstraftäterInnen der Fall wäre.

Die innere Haltung aufseiten der Therapeutenperson, die frei ist von Erwartungen, ist sehr wesentlich, da diese es der Klientenperson erleichtert, sich zu öffnen. Denn gerade im Zwangskontext sind die KlientInnen mit viel Druck und Zwang konfrontiert und zeigen anfänglich vielleicht keinen

Veränderungswunsch, keine Zielorientierung und keine Einsicht, dass sie ein Problem haben könnten. Frei von Erwartung zu sein, bedeutet aber nicht, dass die Therapeutenperson resigniert. Sie gibt hingegen der Klientenperson Zeit, in das Geschehen hineinzuwachsen. Wenn die Klientenperson spürt, dass sie nicht unter Druck gesetzt wird und sie keine Erwartungen zu erfüllen hat, kann sie eher die Kräfte freisetzen, die sie benötigt, um zu wachsen.

Im therapeutischen Prozess ist der Fokus nicht auf die Defizite der Klientenperson gerichtet, sondern im Vordergrund steht die Klientenperson als Mensch mit ihren Ressourcen, welche ihr zur Verfügung stehen, damit diese sich selbst verändern kann. Denn jeder Mensch hat Ressourcen, und diese gilt es in der Therapie zu entdecken und zu entfalten.

138Th5: Was mir halt, also an der personenzentrierten Therapie so gut gefällt ist, dass sie viele Möglichkeiten hat, ja, also sie ist einfach für mich die ideale Therapie, die einzig Wahre, ja, weil es um die Person geht, und würde nicht jetzt in den Vordergrund gegrobelt [gestellt], warum der wie lange kiff't oder warum der wie lange drückt und das steht nicht im Vordergrund. Im Vordergrund stehen seine Ressourcen.

139I5: Ja.

140Th5: Er als Person, sie als Person, als Mensch.

Der personenzentrierte Ansatz ist im Zwangskontext wirkungsvoll, da er nicht nach einem genauen Plan oder Konzept vorgeht, sondern sich, oft auch auf kreative und einfühlsame Weise, daran orientiert, was dieser spezielle Mensch in dieser speziellen Situation braucht.

Aufgrund der mitunter vielschichtigen Problematik ist es oft sehr sinnvoll, wenn die Therapeutenperson mit anderen zuständigen Diensten bzw. Menschen kooperiert, die für die Klientenperson wichtig sind, um diese bestmöglich unterstützen zu können.

232Th5: . . also meine Aufgabe ist auch dahingehend, ja ich bin auch eine Vertrauensperson und arbeite hier zusammen mit der Sozialarbeiterin, wenn der Schuldenprobleme hat, Wohnungsprobleme, wird der weiter an die Sozialarbeiterin verwiesen, die kümmert sich dann darum. Also das ist auch so, dass ich jetzt nicht die Augen zu mache vor seinem Hintergrund, sondern der ist auch mit drinnen in der Therapie.

Die meisten TherapeutInnen gaben an, dass sie eine Psychotherapie als erfolgreich erleben, wenn die Klientenperson sich spürbar entwickelt, wobei diese Entwicklung sehr unterschiedlich vorangehen kann: bei manchen schneller, bei manchen langsamer; bei anderen wiederum lassen sich nur Tendenzen erahnen und in manchen Fällen können sich die KlientInnen aus unterschiedlichen Gründen gar nicht

auf die Therapie einlassen.

Die Erfahrungen der TherapeutInnen zeigen, dass das Beziehungsangebot mit den drei Grundhaltungen im Zwangskontext ebenso essentiell wie wirkungsvoll ist. Eine der TherapeutInnen meinte, dass auch große Toleranz und Menschlichkeit in der Persönlichkeit verankert sein müssten, um im Zwangskontext erfolgreich arbeiten zu können. Die KlientInnen würden nämlich sehr schnell wahrnehmen, wenn diese Einstellungen nicht vorhanden oder nicht wahrhaftig sind, und die Therapeutenperson folglich nicht als Vertrauensperson akzeptieren. Werden den KlientInnen aber die drei Grundhaltungen ehrlich vermittelt, erhöht dies die Wahrscheinlichkeit, dass sie gerne zur Psychotherapie kommen.

Je mehr sich die Therapeutenperson entwickelt, ihre Persönlichkeit entfaltet und daraus einen individuellen, ihrer Person entsprechenden Arbeitsstil entwickelt und sich dabei im therapeutischen Prozess echt und kongruent einbringt, umso erfolgreicher wird ihre therapeutische Arbeit werden. Mit jeder weiteren Erfahrung und mit jeder weiteren Klientenperson wird die therapeutische Arbeit weiterentwickelt.

Die Therapeutenperson hat je nach Beziehung und Klientenperson unterschiedliche Schwerpunkte. So kann es sein, dass es ebenso Phasen gibt, in denen es wichtig ist, Sicherheit zu vermitteln und sich auf die Beziehung zu fokussieren, wie auch Phasen, in denen es darum geht, sich kongruent einzubringen und die Klientenperson vielleicht mit unangenehmen Dingen zu konfrontieren.

Zur personenzentrierten Psychotherapie im Zwangskontext ließen sich einige allgemeine Besonderheiten und Vorgehensweisen finden, dennoch arbeitet jede Therapeutenperson etwas anders, abhängig von ihren Erfahrungen, ihrer Persönlichkeit und davon, welcher Strömung der personenzentrierten Psychotherapie sie sich zugehörig fühlt.

Es waren alle befragten TherapeutInnen davon überzeugt, dass der personenzentrierte Ansatz im Zwangskontext wirksam und hilfreich ist. Natürlich gibt es dennoch die eine oder andere Klientenperson, die sich aus verschiedenen Gründen nicht auf die Therapie einlassen kann, oder Umstände bzw. Erkrankungen, die nur einen sehr geringen Veränderungsspielraum zulassen.

Dennoch ließ sich bei allen interviewten Therapeutenpersonen folgende grundlegende Einstellung finden:

428Th6: . . . ich glaube, dass es ein sehr, sehr brauchbarer Ansatz ist und ich bin davon überzeugt, dass es auch hilfreich ist.

Psychotherapie ist also in den meisten Fällen auch im Zwangskontext möglich, wobei das Ausmaß bzw. die Tiefe der Therapie stark variieren kann. In der Regel aber ist Veränderung/Verbesserung möglich –

und manchmal mehr als man glaubt. Nicht selten sind die KlientInnen von sich selbst und ihren Veränderungen überrascht.

Dennoch ist der Zwangskontext ein herausforderndes Tätigkeitsfeld, in dem die Therapeutenperson auch mit Gefahren konfrontiert ist. Daher wird im nächsten Kapitel der Umgang mit bzw. die Prävention von gewalttätigem Verhalten dargestellt.

6.9. Strategien zum Umgang mit Gewalt

Der Umgang mit aggressiven Verhaltensweisen und den damit einhergehenden Sicherheitsvorkehrungen ist in der Praxis sehr unterschiedlich und lässt sich nicht verallgemeinern. Die spezielle Klientengruppe, auf die dieser abgestimmt sein muss, und die Herangehensweise der jeweiligen Institution sind hier die bestimmenden Faktoren. Die Thematik ist beispielsweise dort wesentlich präsenter, wo mit geistig abnormen Rechtsbrechern gearbeitet wird, als etwa im Kontext der Arbeit mit suchtkranken Menschen, die eine Weisung zur Psychotherapie haben. In dieser Kategorie werden die Inhalte zusammengefasst, die sich auf den Umgang mit gewalttätigen Verhaltensweisen von Klientenpersonen beziehen und welche Sicherheitsmaßnahmen die Therapeutenpersonen ergreifen.

Im Unterschied zur freien Praxis werden in Institutionen wie Haftanstalten und dem Maßnahmenvollzug aggressive und gewalttätige Verhaltensweisen sanktioniert bzw. zum Thema in der Therapie gemacht. Dies ergibt sich aus der Überwachungssituation bzw. auch aus dem Resozialisierungsgedanken. In der freien Praxis hingegen sind die Handlungen der Person außerhalb der Therapie meist unbekannt und es besteht auch kein Auftrag durch dritte Instanzen.

74Th7: ... also zum Beispiel, wenn jemand es nicht schafft, sich an die, an das Gewaltverbot zu halten, dann ist das automatisch Thema und zwar massiv Thema, weil der Patient ja eigentlich bald einmal in die Situation kommt, dass er sozusagen so mit den Stationsregeln kollidiert, dass die Therapie sozusagen zu Ende geht. Theoretisch könnte ein Patient in der freien Praxis immer wieder auch sozusagen diesbezüglich gewalttätig sein, mir das bringen oder auch nicht.

Auch in Institutionen wie Haftanstalten oder der forensischen Nachsorgeambulanz findet Psychotherapie immer alleine mit der Klientenperson statt, da sonst eine echte Therapie nicht möglich wäre. Die Sicherheitsvorkehrungen in den Haftanstalten und dem Maßnahmenvollzug bestehen darin, die InsassInnen zu durchleuchten und dahingehend zu überprüfen, ob sie gefährliche Gegenstände bei sich tragen. In diesen Anstalten sowie in der forensischen Nachsorgeambulanz gibt es einen versteckten Alarmknopf, bei dessen Aktivierung sofort die Polizei bzw. die WachbeamtenInnen alarmiert werden –

wobei auch Zeit vergeht, bis diese eingreifen können.

Desweiteren werden als Sicherheitsvorkehrung für die Therapeutenperson KlientInnen mit bestimmten Delikten geschlechtsspezifisch zugeteilt, sodass zum Beispiel ein Serienvergewaltiger nicht von einer Frau therapiert wird.

Aggressive Verhaltensweisen, die auf eine Gefahr für die Therapeutenperson hinweisen, müssen zum Schutze aller beteiligten Personen in der Institution gemeldet werden und führen zu einem Abbruch der Psychotherapie.

230Th6: Die waren so explosiv und so aggressiv, dass wir das Gefühl gehabt haben, da sind wir in Gefahr, ja und da haben wir halt abgebrochen.

Als wichtiger Schutz vor Übergriffen wird die Beziehung beschrieben und dass, wenn diese gefestigt ist, eine Vertrauensbasis erzeugt wird, die gewalttätiges Verhalten unwahrscheinlich werden lässt.

232Th6: Also solche Dinge passieren schon, aber in der Einzeltherapie selten, ja, weil dort einfach so eine Beziehung entsteht. Also ich fürchte mich vor keinem meiner Klienten.

PsychotherapeutInnen, die beginnen mit KlientInnen zu arbeiten, die schwere Straftaten begangen haben, verspüren anfangs Ängste gegenüber dieser Klientengruppe. Diese Ängste verschwinden aber mit wachsender Erfahrung in diesem Kontext. Gleichzeitig dürfen sie aber in ihrer Arbeit nicht zu routiniert werden, sondern müssen immer sensibel auf Warnsignale reagieren, um gewalttätige Vorfälle vermeiden zu können.

330Th6: Und ich kann mich erinnern, wo ich das erste Mal mit einem Mörder zusammengesessen bin, ich habe Angst gehabt, ja.

331I6: Ja.

332Th6: Ich habe mir gedacht, um Gotteswillen, bringt der mich jetzt um, ja.

In einem derartigen Setting ist es immens wichtig, dass die TherapeutInnen sich ihrer Gefühle stets bewusst sind und dass sie auch ihre Ängste ernst nehmen und reflektieren, um zu überprüfen, ob sie real einer Gefahr ausgesetzt sind.

196Th6: Also wenn man das Gefühl hat, man hat Angst vor einem Klienten, dann sollte man das auch wahrnehmen, ja, und nicht nur sagen, ja, ja, ich bin halt in der Justiz.

TherapeutInnen arbeiten in einem solchen Kontext mit Menschen, die teilweise schwere Gewalttaten begangen oder auch ein durch Drogenkonsum erhöhtes Aggressionspotential haben. Es ist eine Gratwanderung, der Klientenperson auf einer vertrauensvollen Beziehungsebene zu begegnen und trotzdem wachsam zu sein, auf Warnsignale zu reagieren und eigene Ängste ernst zu nehmen. Gleichzeitig darf natürlich die therapeutische Arbeit nicht unter übertriebener Unsicherheit aufseiten der Therapeutenperson leiden. Generell gibt es zwar sehr wenige gewalttätige Vorfälle, dennoch ist es in der Vergangenheit bereits vorgekommen, dass PsychotherapeutInnen von ihren KlientInnen ermordet wurden.

Im Unterschied zur freien Praxis sind viele TherapeutInnen in ein Team eingebunden. Gerade bei KlientInnen, die Ängste auslösen, ist es hilfreich, sich nicht mit ihnen alleine in einer Praxis zu befinden, sondern zu wissen, dass sich in unmittelbarer Nähe andere TherapeutInnen oder das Wachpersonal befinden. So fühlt sich die Therapeutenperson sicherer und kann dementsprechend auch sinnvollere therapeutische Arbeit leisten.

Im Zwangskontext lässt sich durch eine tragfähige, vertrauensvolle Beziehung das Risiko von Übergriffen reduzieren und trotzdem ist es notwendig, dass die Therapeutenperson Gefühle der Angst reflektiert und bei Gefahr adäquate Sicherheitsvorkehrungen trifft.

6.10. Grenzen und Therapieabbruch

Dieses Kapitel umreißt die Grenzen in der therapeutischen Arbeit. Damit sind Situationen gemeint, in welchen die Therapeutenperson das Gefühl hat, nicht mehr oder nur erschwert weiterarbeiten zu können. Es wird untersucht, wie mit etwaigen Hindernissen und Herausforderungen umgegangen wird, ob diese im Zwangskontext generell auftreten oder ob sie in Zusammenhang mit der personenzentrierten Vorgehensweise stehen. Desweiteren werden die Gründe für Therapieabbrüche thematisiert.

146Th5: Nein, da gibt es ja keine Grenzen, also bei der personenzentrierten Psychotherapie gibt es für mich eben geradezu keine Grenzen, weil ich als Person, mich als Person zur Verfügung stelle, um dieser Person, als Person zu begleiten durch dunkle, helle Wege und dass ich halt auch ihr Fortkommen, ja, diese Selbstaktualisierungstendenz, die wir in jedem Menschen sehen.

Die TherapeutInnen gaben an, in der therapeutischen Arbeit noch nicht an Grenzen gestoßen zu sein,

die in der Methode begründet liegen. Dennoch sehen sie sich aber immer wieder mit Herausforderungen und Grenzen im therapeutischen Prozess konfrontiert. Hierbei wurde darauf hingewiesen, dass sich Grenzen auftun können, wenn die Therapeutenperson die Auffassung hat, dass es ausreichend ist, sich nur auf die Non-Direktivität und die Verwirklichung der drei Beziehungsvariablen zu beschränken.

Bei schweren (z. B. dissozialen oder narzisstischen) Persönlichkeitsstörungen sind Veränderungen oft nur langfristig möglich oder überhaupt sehr schwierig zu erzielen, wobei die Ansicht vertreten wird, dass diese Begrenzung nicht dem personenzentrierten Ansatz innewohnt, sondern sich TherapeutInnen aller Schulen mit dieser Problematik konfrontiert sehen. Gerade im Zwangskontext treffen TherapeutInnen aber im Gegensatz zur freien Praxis wesentlich häufiger auf KlientInnen mit schweren Persönlichkeitsstörungen. Grenzen können sich daher aus dem Grad und der Art der Störung ergeben bzw. durch das Ausmaß der Therapiefähigkeit der Klientenperson.

Die therapeutische Arbeit im Zwangskontext stößt auch immer wieder an Grenzen, weil sie häufig mit Menschen konfrontiert ist, die traumatische Lebensgeschichten mitbringen, die es dann zu überwinden gilt.

In der ambulanten Psychotherapie kann eine Grenze erreicht sein, wenn der Mensch zur Heilung oder zur Verbesserung seiner Lebenssituation ein stationäres Setting braucht, weil er etwa mit der Einhaltung der Rahmenbedingungen im ambulanten Bereich nicht zurecht kommt. Ist das ambulante Setting nicht mehr hilfreich für eine Klientenperson, muss das auch von der Therapeutenperson thematisiert werden, um gemeinsam eine Lösung finden zu können.

An eine Grenze stößt die Therapeutenperson etwa auch dann, wenn die Klientenperson vor der Therapieeinheit in einem solchen Ausmaß Drogen konsumiert hat, dass sie das Beziehungsangebot nicht mehr wahrnehmen kann. In so einem Fall ist dann eine der Grundbedingungen nicht mehr erfüllt und Psychotherapie kann nicht stattfinden.

Generell lässt sich sagen, dass Psychotherapie immer dann nicht möglich ist, wenn das Beziehungsangebot nicht einmal in einem minimalen Ausmaß wahr- bzw. angenommen werden kann.

108Th7: Also ich glaube, das An-Grenzen-Stoßen, das ist Teil der therapeutischen Arbeit.

109Th7: Ja.

110Th7: Ja und das man diese Grenzen immer wieder auch auslotet und sozusagen immer wieder auch sucht nach möglichen- das habe ich vorher schon gesagt, es geht immer wieder eigentlich um einen individuellen Zugang zu jemandem

sich zu erschließen und das ist ja immer wieder eigen und da stößt man natürlich immer wieder auch auf Grenzen.

Auch bei der Suche nach einem Zugang zur Klientenperson können TherapeutInnen an Grenzen stoßen. Grenzen können beispielsweise daraus resultieren, dass eine Klientenperson gar nicht mit der Therapeutenperson arbeiten will, sei es aufgrund von Sympathien bzw. Antipathien oder dem Übertragungs-/Gegenübertragungsgeschehen. Meistens lassen sich solche Widerstände oder Abneigungen durch weitere Auseinandersetzung auflösen, sollte dies aber nicht der Fall sein, kann ein Austausch der Therapeutenperson durchaus sinnvoll sein.

Oft haben TherapeutInnen auch persönliche Grenzen, also KlientInnen, Störungen oder Deliktgruppen, mit denen sie nicht arbeiten können oder wollen.

444Tb6: Und gewisse Menschen können mit ganz schillernden Persönlichkeiten, ja, und gewisse Menschen können da gar nicht, also ich habe auch mein eigenes Klientel mit denen ich kann und mit denen ich nicht kann, ja, also mit Betrügern kann zum Beispiel hier drinnen niemand, die sind kaum therapierbar, schwere Betrüger.

TherapeutInnen stoßen auch immer wieder an eigene Grenzen, da sie in einem an sich diffizilen Kontext arbeiten. Oft kommen sie etwa in die Situation, sich um eine Klientenperson zu sorgen, weil diese vielleicht in Lebensgefahr ist, und zu versuchen (z. B. durch Nachschlagen in der Fachliteratur, Gespräche oder Supervision) diese Gefahr abzuwenden.

118TH2: Ich stoße ständig an Grenzen, aber das sind meine eigenen.

An Grenzen stoßen TherapeutInnen in ihrer Arbeit beispielsweise auch dann, wenn nach einer längeren Zeit noch immer keine Therapiemotivation aufgebaut werden konnte. Dies zeigt sich als ein dem Zwangskontext innewohnendes Problem, das nicht auf die personenzentrierte Arbeit beschränkt ist.

Wenn für die Therapeutenperson kein sichtbarer Entwicklungsprozess wahrnehmbar ist, ist es wichtig, dass sie das therapeutische Geschehen reflektiert, und erforscht, welche Aspekte sie möglicherweise nicht verstanden hat, inwiefern eigene Ansprüche oder Erwartungshaltungen miteinfließen oder ob es noch andere hinderliche Faktoren gibt, die einer erfolgreichen therapeutischen Arbeit entgegenwirken.

Es gibt auch KlientInnen, die klar sagen, dass sie sich nicht auf die Therapie einlassen wollen. Mit diesen kann dann nach Hinderungsgründen bzw. deren Auflösung gesucht werden. Ist dies aber trotz aller Bemühungen vonseiten der Therapeutenperson nicht möglich, kann keine Psychotherapie stattfinden. Denn manche KlientInnen können sich trotz der Anteilnahme und des Beziehungsangebotes der Therapeutenperson nicht auf die Therapie einlassen.

430Th6: Nicht für jeden, aber es ist nicht jeder therapierbar und nicht jeder therapiefähig, ja, von sich aus.

Ein Therapieabbruch lässt aber nicht automatisch auf eine unmotivierte Klientenperson schließen, sondern kann auch durch die Therapeutenperson bedingt sein. Arbeitet diese beispielsweise zu konfrontativ oder ist sie etwa durch noch geringe Erfahrung mit der Arbeit im Zwangskontext verunsichert, kann sich das auf den Therapieverlauf negativ auswirken. Je mehr Erfahrung die Therapeutenperson in der therapeutischen Arbeit im Zwangskontext hat und je mehr sie ihre eigene Persönlichkeit entfaltet und entwickelt hat, umso mehr wächst die Akzeptanz und Toleranz gegenüber der Klientenperson, wodurch die Zahl der Therapieabbrüche sinkt.

Wenn eine Klientenperson den Rahmen und die vereinbarten Bedingungen über einen längeren Zeitraum nicht einhalten kann (z. B. Abgabe negativer Harnproben, Erscheinen zu ausgemachten Terminen etc.), kann dies auch zu einem Abbruch der Psychotherapie führen. Die Kriterien für einen Therapieabbruch waren bei den interviewten TherapeutInnen sehr unterschiedlich und sind oft von der beschäftigenden Institution abhängig.

168TH3: Ich glaube schon, dass es vorkommt, dass Leute das planen, da die Therapie abzusetzen, eine Scheintherapie zu machen, aber ich könnte mir vorstellen, dass es ihnen bei geschickten Therapeuten passiert, dass sie dann doch Therapie machen.

Es kommt im Zwangskontext immer wieder zu Scheinanpassungen, das heißt, KlientInnen wollen den Anschein erwecken, dass sie sich auf die Therapie einlassen, mit dem Ziel, Vergünstigungen zu erhalten oder Sanktionen zu vermeiden. Was zu Beginn der Therapie eher der Regelfall ist, ist bei einer fortschreitenden Therapie hinderlich, da es einer positiven Veränderung durch das therapeutische Geschehen entgegenwirkt. Gerade, wenn sich über einen längeren Zeitraum hinweg keine positive Veränderung oder Entwicklung in der Therapie abzeichnet, sollte sich die Therapeutenperson fragen, ob die Therapie überhaupt noch sinnvoll ist, da sie immer auch einen Kostenfaktor darstellt.

Auch im Zwangskontext ist es nicht möglich, einen Menschen zur Psychotherapie zu zwingen. Wenn die Klientenperson nicht will und die Therapie abbricht, so ist dies zu akzeptieren.

248Th6: Auch wenn man der Meinung wäre, es wäre gut, dass er eine Therapie macht, wenn er nicht will, geht es nicht.

Oftmals kristallisiert sich schon am Beginn der Therapie heraus, ob es möglich ist, gemeinsam etwas zu erarbeiten oder nicht.

Aus dem personenzentrierten Ansatz selbst heraus ergaben sich keine Grenzen, aber die therapeutischen Arbeit im Zwangskontext ist ein prinzipiell herausforderndes Tätigkeitsfeld. Bei Nichteinhaltung der Rahmenbedingungen oder wenn sich die Klientenperson über einen längeren Zeitraum nicht einmal in einem minimalen Ausmaß darauf einlässt, ist Therapie nicht möglich. Therapieabbrüche – vonseiten der Klienten- oder der Therapeutenperson – sind jedoch ein Ausnahmefall.

Auftretende Probleme und Herausforderungen können oft durch eine Reflexion aufgelöst werden – daher beschäftigt sich die nächste Kategorie mit der Supervision.

6.11. Supervision

Diese Kategorie beschäftigt sich mit dem Thema Supervision sowie ob und inwiefern in der Psychotherapie im Zwangskontext möglicherweise mehr Supervision und Unterstützung notwendig ist. Eine Supervision dient der Therapeutenperson dazu, eigene auftretende Gefühle und Themen zu reflektieren, und bietet eine Hilfestellung, wenn diese innerhalb eines Therapieprozesses an Grenzen stößt. Hier wurden alle Aussagen eingefügt und zusammengefasst, die sich auf Hilfestellung und Reflexion mittels Supervision beziehen.

120TH2: Also, ich komme immer wieder in Situationen, wo ich mich nicht gut auskenne, wo ich genau weiß, o.k., das ist ein Thema bei der nächsten Supervision, ja.

Bei auftretenden Schwierigkeiten in der Psychotherapie sollte sich die Therapeutenperson damit in der Supervision auseinandersetzen. Gerade im Zwangskontext ist der diesbezügliche Bedarf erhöht, weil sie hier vermehrt mit ihren eigenen Ängsten und Zweifeln konfrontiert ist, die Klientengruppe oft sehr schwere Störungen und Probleme aufweist und die KlientInnen (gerade in der Arbeit mit Suchtkranken) häufiger in Gefahr sind, ums Leben zu kommen.

Fühlt sich die Therapeutenperson gegenüber einer Klientenperson unsicher oder verspürt sie Angst, so ist dies ein dringendes Anzeichen, dass hier Reflexionsbedarf herrscht, um zu durchleuchten, ob die Situation tatsächlich gefährlich ist (und daher Sicherheitsvorkehrungen getroffen müssen) oder woher diese Gefühle sonst stammen, damit sie aufgelöst werden können.

Die Supervision ist desweiteren auch dann sinnvoll, wenn die Therapeutenperson die Deliktbearbeitung außen vor lässt. Dadurch kann die dahinterstehende Thematik aufgelöst werden und eine qualitativ hochwertige Deliktbearbeitung gewährleistet werden.

Supervision kann der Therapeutenperson auch helfen, zu erkennen, wie sie die drei Grundvariablen

nach Rogers verwirklichen kann, und um immer wieder neu zu überprüfen, inwiefern dies gelingt oder die Herangehensweise angepasst werden muss. Auch ein eventuell auftauchendes Bedürfnis, die Klientenperson direktiv oder manipulativ zur Therapie zu motivieren, wäre ein Aspekt, der in einem Supervisionsprozess reflektiert werden sollte, da es sich dabei nicht mehr um einen personenzentrierten Zugang handelt.

Ein erhöhter Bedarf nach Supervision ist auch am Beginn der Arbeit wahrscheinlich, also wenn die Therapeutenperson in diesem Feld neu ist und/oder generell noch wenig Therapieerfahrung mitbringt. Gerade an diesem Punkt kann die Therapeutenperson, sollte sie unsicher sein oder an ihrem Erfolg zweifeln, auch Eigenthapiestunden nehmen, um sich mit den eigenen Themen auseinanderzusetzen.

352Th6: Und das kann dann schon, diesen Zweifeln kann man schon auf den Grund geben. Ich bezweifle es jetzt nicht mehr, also das, ich weiß, dass es hilfreich ist, ja.

Es gibt VertreterInnen der Ansicht, dass für Supervisionszwecke die Therapiestunden gefilmt werden sollten, um anhand dieses Materials das Verhalten der Therapeutenperson analysieren und verbessern zu können. Dem kann aber entgegengehalten werden, dass dies auch Misstrauen aufseiten der Klientenperson schüren kann, die sich ohnehin ständig überwacht und beobachtet fühlt.

Die therapeutische Arbeit im Zwangskontext ist eine sehr herausfordernde Tätigkeit, die TherapeutInnen immer wieder an ihre Grenzen bringt. Daher ist es besonders wichtig, schwierige Themen in einer Supervision zu bearbeiten und sich, wenn vorhanden, im Team auszutauschen.

Generell zeigt die Analyse der Interviews, dass in der therapeutischen Arbeit im Zwangskontext ein erhöhter Bedarf an Supervision erforderlich ist. Denn in diesem Setting befindet sich vermehrt eine Klientengruppe, die teilweise schwere Störungen, Probleme und schwerwiegende Delikte mitbringt. Die dadurch auftretenden Unsicherheiten und Ängste aufseiten der Therapeutenperson sollten daher in einer Supervision reflektiert werden, um eine qualitativ hochwertige therapeutische Arbeit und auch Deliktbearbeitung gewährleisten zu können.

6.12. Direktivität und Konfrontation

In dieser Kategorie wird untersucht, inwiefern die personenzentrierte Vorgehensweise im Zwangskontext direkter und konfrontativer erfolgt als in der freien Praxis und inwiefern das mit ihren Grundhaltungen vereinbar ist.

Im Zwangskontext, besonders bezogen auf die Haftanstalten und den Maßnahmenvollzug, besteht der

Auftrag durch die Justiz und die Gesellschaft, die Gefährlichkeit der Klientenperson zu reduzieren bzw. Rückfällen vorzubeugen. Daraus ergibt sich auch die Notwendigkeit, die KlientInnen mit ihrem Delikt zu konfrontieren bzw. dieses einzubringen, wenn sie es selbst nicht thematisieren wollen/können.

Mitunter konfrontativ und direktiv zu agieren, steht nicht im Widerspruch zur personenzentrierten Vorgehensweise, sofern es darum geht, dass sich die Therapeutenperson damit kongruent einbringt, und sofern es für die Entwicklung der Klientenperson hilfreich ist.

132TH3: Es ist sozusagen, das ist nur der eine Teil der Mitte. Personenzentrierte Psychotherapeuten sind viel, viel offener, direkter, teilweise direkter im Sinne einer Prozessdirektivität, als man gemeinbin glauben möchte. Ich glaube der spezielle Aspekt der Kongruenz ist der, dass ich mich als Mensch, der ich bin, einbringe.

Gerade im Zwangskontext ist es wichtig, dass sich die Psychotherapeutenperson als reales Gegenüber mit eigenen Ideen und Ansichten aus ihrem Bezugsrahmen einbringt und die Klientenperson damit konfrontiert. Sie muss ein Gefühl dafür haben, in welchen Situationen und Momenten sie die Klientenperson mit Themen konfrontieren kann und in welchen es unangebracht ist.

Es wird betont, dass es je nach Entwicklung des therapeutischen Geschehens erforderlich ist, dass die Therapeutenperson die Beziehung fördert oder sich auch konfrontativ einbringt, denn in der Arbeit im Zwangskontext reicht es nicht, nur die Beziehungsvariablen zu verwirklichen.

46TH3: Also es ist zumindest dann schon so, wenn der Klient die Rahmenbedingungen nicht einhält, dann mache ich das zum Thema und wenn der Harntest positiv ist, dann mache ich das auch zum Thema. Das sind die Punkte, wo ich den Inhalt bestimme. Und wir haben sozusagen eine Überschrift und die heißt Sucht, auch da bestimme ich den Inhalt, zumindest zu Beginn, mit dem fangen wir an.

Im Sinne der Authentizität, also der Selbsteinbringung, ist es durchaus auch möglich, dass die Therapeutenperson sich sehr aktiv einbringt. Eine Therapeutenperson gab beispielsweise an, für eine schwerkranke Klientenperson einen Arztbesuch organisiert zu haben, damit diese sich untersuchen lassen konnte. Sie tat dies, da sie um das Wohlergehen der Klientenperson besorgt war – ohne dabei aber die Verantwortung für diese zu übernehmen. Wie sehr sich die Therapeutenperson aktiv einbringt, hängt einerseits von der bestehenden Beziehung ab, wie tragfähig diese ist, und andererseits davon, ob es für die Entwicklung der Klientenperson förderlich ist oder nicht.

Es wäre jedoch kein personenzentriertes Vorgehen, wenn die Therapeutenperson durch manipulatives und direktives Verhalten versuchen würde, die Klientenperson in ihren Entscheidungen zu beeinflussen.

Dadurch, dass aber im Zwangskontext eine Klientengruppe mit oft schwerwiegenden Problemen und Störungen anzutreffen ist, ist es manchmal erforderlich, aktiv einzugreifen, indem die Rettung oder Polizei verständigt wird oder eine Einweisung empfohlen wird.

Es gibt viele unterschiedliche Strömungen in der personenzentrierten Psychotherapie, die verschiedene Ansichten darüber vertreten, inwieweit eine Therapeutenperson konfrontativ einwirken darf. Die interviewten TherapeutInnen sehen in der Konfrontation prinzipiell keinen Widerspruch mit der personenzentrierten Psychotherapie, wobei die Ansichten über das Ausmaß sehr variieren. Dennoch lässt sich bei allen interviewten Personen feststellen, dass sie im Zwangskontext – in unterschiedlichem Ausmaß, abgestimmt auf die Klientenperson und die bestehende Beziehung – konfrontativer arbeiten als in der freien Praxis. Die übergeordneten Themen Deliktbearbeitung und Rückfallsfreiheit machen oftmals ein direkteres Vorgehen der Therapeutenperson notwendig.

6.13. Adaptieren des Ansatzes

Aus der Fachliteratur geht hervor, dass die Wirksamkeit des personenzentrierten Ansatzes im Zwangskontext keineswegs unumstritten ist. Eine oft geäußerte Meinung ist, dass in diesem Setting einige Modifikationen an diesem Ansatz nötig sind, damit er zielführend eingesetzt werden kann. Der folgende Abschnitt setzt sich mit der Frage auseinander, ob es notwendig ist, Elemente aus anderen therapeutischen Richtungen zu integrieren, und wenn ja, welche Elemente das sind.

Die Meinungen zu diesem Thema fielen sehr vielfältig aus, daher werden an dieser Stelle zuerst kurz die unterschiedlichen Grundzüge der Ansichten der interviewten Personen dargestellt.

Manche der interviewten TherapeutInnen vertreten die Meinung, dass der Ansatz nicht adaptiert werden müsse, sondern dass sich mit wachsender Erfahrung in der Arbeit im Zwangskontext lediglich die Gewichtung bezüglich der einzunehmenden Grundhaltungen verändere. Eine Therapeutenperson verweist auch auf die Wichtigkeit der Prozessdirektivität gerade im Sinne einer Kongruenz und eine andere meint, dass zum Einstieg eine Prätherapie sinnvoll sein kann. Wieder andere haben Elemente aus der psychoanalytischen Psychotherapie übernommen bzw. sich in dieser Richtung, mit Bezug zum Zwangskontext, fortgebildet. Es sei dahingestellt, ob diese Richtung gewählt wurde, weil sie für sinnvoll erachtet wurde, oder weil es für die therapeutische Arbeit im Zwangskontext eigentlich kein Fortbildungsangebot im Bereich der personenzentrierten Psychotherapie gibt.

Ob die Deliktbearbeitung überhaupt als personenzentriert bezeichnet werden kann oder bereits eine Adaption des Ansatzes darstellt, wird sehr unterschiedlich beurteilt. Einige der interviewten

TherapeutInnen sehen tatsächlich die Deliktbearbeitung selbst als eine nicht-personenzentrierte Vorgehensweise und dementsprechend schon per se als eine Modifikation des personenzentrierten Ansatzes.

Ausgelöst durch Unsicherheiten und Selbstzweifel aufseiten der Therapeutenperson am Beginn ihrer therapeutischen Arbeit im Zwangskontext kann auch die Tendenz bestehen, Elemente, Hilfsmittel und therapeutische Programme aus anderen Richtungen zu übernehmen. Diese Tendenz löst sich schließlich meist mit zunehmender Erfahrung und dem damit einhergehenden Vertrauen wieder auf.

Ein therapeutisches Team, das im Zwangskontext tätig ist, absolvierte speziell für dieses Setting eine gemeinsame Fortbildung. Sämtliche Therapiegespräche wurden gefilmt und analysiert und sie erlernten Techniken für konkrete Vorgehensweisen. Unabhängig von der therapeutischen Schule, der sie angehörten, wandten sie in der Folge eine Zeitlang die neu erlernten Techniken an. Schließlich aber kehrten alle dieser TherapeutInnen wieder zu ihrem ursprünglichen Ansatz bzw. der ursprünglichen therapeutischen Schule zurück, da die neuen Techniken ihnen „aufgesetzt“ erschienen.

Dennoch ist Fortbildung für die therapeutische Arbeit im Zwangskontext möglich, unabhängig von dem dahinterstehenden therapeutischen Konzept. Dabei können einfach jene Elemente integriert werden, die mit dem personenzentrierten Ansatz übereinstimmen, und die widersprüchlichen bzw. als unstimmig empfundenen Komponenten weggelassen werden. Es wird auch manches von TherapeutInnen integriert, das mitunter nicht ganz der personenzentrierten Vorgehensweise entspricht, was aber als stimmig und hilfreich für ihre Arbeit empfunden wird. Einige der genannten Elemente, die in die therapeutische Arbeit integriert wurden, waren: Ahnenforschung, Phantasiereisen, Elemente aus der Gestalttherapie, direktive Elemente aus der Verhaltenstherapie (wie etwa den oben erwähnten Auftrag, eine/n ÄrztIn aufzusuchen), kognitive Methoden und Techniken, schematheoretische Ansätze, Beziehungsgestaltung nach Sachse oder Motivational Interviewing, eine Methode zur Förderung der Veränderungsmotivation.

Die therapeutische Arbeit verändert sich also mit der zunehmenden Erfahrung, durch Aus- und Weiterbildungen und auch durch die speziellen Anforderungen im Zwangskontext.

86TH1: Ich glaube, im Laufe der Zeit entwickelt man sowieso einen eigenen Stil, der zwar sozusagen eine gewisse Grundprägung von irgendwoher hat, aber natürlich je länger ich das mache, desto mehr Erfahrung habe ich und die Erfahrung fließt oft sehr unbemerkt ein.

Obwohl der Ansatz gegenüber anderen therapeutischen Schulen keine Defizite in der therapeutischen

Arbeit aufweist, ist eine Anpassung an die Anforderungen und Rahmenbedingungen des Zwangskontextes nötig.

180TH3: Also ich glaube nicht, dass die personenzentrierte Psychotherapie für den Zwangskontext geeigneter ist als andere Formen. Ich glaube, es muss da im Zwangskontext jede Form den Zugang adaptieren.

Laut den interviewten TherapeutInnen ist es aber für eine erfolgreiche therapeutische Arbeit kein unabdingbares Muss, Elemente aus anderen therapeutischen Richtungen zu integrieren. Alle interviewten TherapeutInnen sind von der Wirksamkeit der personenzentrierten Psychotherapie im Zwangskontext überzeugt. Die Integration von Elementen aus anderen Therapierichtungen wird von manchen als bereichernd angesehen, aber nicht als unerlässlich. Eine Anpassung an die Gegebenheiten des Zwangskontextes wird aber für notwendig erachtet.

7. Resümee

Hier sollen nun im Folgenden, basierend auf den Erkenntnissen aus dem theoretischen sowie dem empirischen Teil dieser Arbeit, Vorgehensweise, Grenzen und Vorteile der personenzentrierten Psychotherapie im Zwangskontext zusammengefasst werden. Weiters wird erörtert, ob und wie der personenzentrierte Ansatz innerhalb dieses speziellen Settings adaptiert werden muss.

In Zwangskontexten nehmen mehrere Faktoren auf den Rahmen des therapeutischen Prozesses Einfluss. Therapeutenperson und Klientenperson formen die Grenzen und Bedingungen ihrer Zusammenarbeit mit der Vereinbarung eines Therapievertrages, der beispielsweise auch Vereinbarungen bezüglich der Einhaltung der festgelegten Rahmenbedingungen bzw. die Konsequenzen bei Nicht-Einhaltung schriftlich festhält. Mithilfe eines klar definierten Rahmens können klare Verhältnisse geschaffen und Transparenz gewährleistet werden, die sowohl Ängste und Unsicherheiten der Klientenperson abbauen helfen kann als auch eine verlässliche Basis für die Therapeutenperson bietet, auf welcher sie konstruktive Arbeit leisten kann.

Es ist die Aufgabe der Therapeutenperson, die Klientenperson über Konsequenzen zu informieren, die aus dem Nicht-Einhalten der Rahmenbedingungen resultieren können, aber sie nimmt dabei keinen Einfluss auf die konkrete Entscheidung der Klientenperson für oder gegen ein Einhalten. Wenn der Rahmen und die Bedingungen geklärt sind und diese Bedingungen eingehalten werden, so treten sie im therapeutischen Prozess in den Hintergrund.

Im Zwangskontext befindet sich die Therapeutenperson in der speziellen Situation, dass sie vonseiten Dritter (Betreuungsteam, Gericht, Institution etc.) Informationen über die Klientenperson erhält oder erhalten kann, die von der Kontrollfunktion ausübenden Instanz gewonnen wurden.

Wie die Therapeutenperson mit den Ergebnissen und Beobachtungen dieser kontrollierenden Maßnahmen bzw. Institutionen umgeht, wird sehr unterschiedlich gehandhabt. Einige TherapeutInnen verwehren sich dezidiert gegen jegliche äußere Einwirkung auf den therapeutischen Prozess, andere nehmen diese als eine dem Kontext implizite Tatsache an, die auch im Zusammenhang mit den Anforderungen und Auflagen der Institution als Auftraggeberin der therapeutischen Maßnahme steht.

Nicht nur die Institution bzw. die Justiz formt die Rahmenbedingungen mit, auch die Therapeutenperson bringt ihre eigenen Regeln für den therapeutischen Prozess ein. Diese Rahmenbedingungen spiegeln einerseits Aspekte der realen Welt wider und schaffen andererseits einen Rahmen für die Therapeutenperson, innerhalb dessen sie sich wohl fühlt und hilfreich agieren kann.

Wenn sie ihre Rahmenbedingungen transparent vermittelt, kann sie bei Nicht-Einhaltung entsprechend der Abmachung klare Grenzen setzen. Sie kann sich in diesem Rahmen kongruent einbringen, wodurch in der Beziehung eine Auseinandersetzung mit der im Raum stehenden Thematik ermöglicht wird.

Die personenzentrierte Therapeutenperson hat nun im Zwangskontext einerseits die Aufgabe, sich gewissen gegebenen Rahmenbedingungen anzupassen, muss sich aber nicht in Sachzwänge der Institution oder des Gerichts hineinpressen lassen. Sie agiert immer vor dem Hintergrund des Glaubens an die Verantwortlichkeit und Entwicklungsfähigkeit der Klientenperson.

Eine personenzentriert arbeitende Therapeutenperson berücksichtigt also zwar die Rahmenbedingungen des Zwangskontextes, im Mittelpunkt steht aber schließlich – wie in der freien Praxis auch – die Klientenperson als individueller Mensch mit seinen Problemen und Bedürfnissen, der wahrgenommen und angenommen und auf den eingegangen wird.

Im Zwangskontext ist die Therapeutenperson vermehrt mit Situationen konfrontiert, in denen sie genau abwägen muss, ob es erforderlich ist die Verschwiegenheitspflicht zu durchbrechen oder nicht, da die Gefahr einer Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegen könnte. Die Verschwiegenheitspflicht gilt jedenfalls prinzipiell auch im Zwangskontext. In welchem Ausmaß sie eingehalten werden muss, wird in der Fachliteratur aber sehr unterschiedlich beurteilt. Es gibt zwar einige Modelle dazu, aber es scheint vielmehr so zu sein, dass der Umgang damit von der jeweiligen Institution und der persönlichen Sichtweise der Therapeutenperson abhängig ist. Von Institutionsseite können hier die Anforderungen an die Therapeutenperson jedenfalls sehr unterschiedlich ausfallen. So kann einer Institution schon die Auskunft, ob die Klientenperson überhaupt die Therapiestunde besucht hat, ausreichen, in einem anderen Setting kann es erforderlich sein, Informationen innerhalb des Behandlungsteams mehr oder weniger umfassend auszutauschen, in einem weiteren können der Therapeutenperson sogar Einschätzungen bezüglich des Rückfallrisikos oder des Entlassungszeitpunktes abverlangt werden – was allerdings stark umstritten ist und auch von allen interviewten TherapeutInnen abgelehnt wurde. Sie verfassen zwar Berichte, diese umfassen aber entweder lediglich die bereits erwähnte Information über die Präsenz der Klientenperson, oder mitunter auch allgemein gehaltene Floskeln, die über therapeutische Inhalte nichts aussagen. Die Klärung der genauen Verschwiegenheitsgrenzen sollte zu Beginn der Therapie erfolgen, damit die Klientenperson berechnete Ängste in dieser Hinsicht abbauen kann. Diese werden vor allem natürlich dadurch abgebaut, dass die Klientenperson die Erfahrung macht, dass die Therapeutenperson wirklich keine Informationen weitergibt. Manche TherapeutInnen legen aus diesem Grund der Klientenperson die Berichte an das Gericht vor deren Abgabe vor, damit sie ihre Mündigkeit und Mitbestimmung innerhalb des Zwangskontextes maximal gewahrt sehen können.

Das Thema Therapiemotivation ist zu Beginn einer Therapie im Zwangskontext meist zentral. Die Therapeutenperson muss darauf eingehen, in welchem Ausmaß diese bereits besteht und wie sie gefördert werden kann. An dem Grad der Motivation kann sie dann mit ihrer Arbeit ansetzen und den Grundstein für eine Kooperation legen. Fast immer kann zumindest eine Minimalmotivation geortet werden, die sich im Außen orientiert, das heißt, auf eine frühere Entlassung oder die Vermeidung von Sanktionen ausgerichtet ist. Hier können Therapeuten- und Klientenperson gemeinsam erarbeiten, wie sie sich diesem ersten Ziel annähern können.

Eine fehlende Therapiemotivation ist oft damit verbunden, dass die Klientenperson die auftraggebende Institution für den therapeutische Maßnahme verantwortlich macht. Aufseiten der Therapeutenperson ist hier eine prinzipielle Haltung der absoluten Verantwortlichkeit der Klientenperson für die Gestaltung der Stunde bzw. für die eigene Entwicklung von Vorteil, da sie diesem Phänomen entgegenwirkt. Um die Motivation zu fördern kann es auch sinnvoll sein, das Thema Zwang zu thematisieren, damit die Klientenperson ihre minimalen Optionen erkennen und daraus resultierende Konsequenzen abwägen kann, um sich dann wirklich bewusst für oder gegen die Therapie zu entscheiden.

Bei dieser Thematik kommt eine weitere Stärke der personenzentrierten Psychotherapie zum Tragen, die darin besteht, dass sie sehr niederschwellig ansetzt und die Klientenperson genau so annimmt, wie sie in die Therapie kommt – ohne Druck und Erwartungen, ohne vorgefertigtes Konzept oder einen Plan bezüglich des Verlaufs.

Die Klientenperson wird mit ihrem jeweiligen Grad an Motivation, mit all ihren Gefühlen, auch in ihrer Wut oder Ängstlichkeit genauso angenommen wie sie ist, in einem Klima, das von Empathie und Wertschätzung geprägt ist und in dem sich die Therapiemotivation (weiter-)entwickeln kann. Diese Grundhaltung fördert die Therapiemotivation, Ängste und Unsicherheiten werden abgebaut. Die Therapeutenperson versucht, bei jeder Klientenperson einen individuellen Zugang zu finden und gibt ihr dabei die Zeit die sie braucht, um in den therapeutischen Prozess einzusteigen.

Die Klientenperson verspürt am Beginn der Therapie oft Gefühle der Angst, des Widerstandes, der Ablehnung. Durch das empathische Mitvollziehen ist es der Therapeutenperson möglich, diese Gefühle wahrzunehmen und der Klientenperson dadurch eine Auseinandersetzung zu ermöglichen, damit diese Gefühle aufgelöst werden können und der Therapie nicht mehr im Weg stehen. Wenn die Therapeutenperson Entscheidungsbefugnisse bezüglich Vergünstigungen, Vollzugslockerungen oder Entlassungszeitpunkt besitzt, kann dies nach außen die Therapiemotivation der Klientenperson fördern, aber alle interviewten TherapeutInnen wiesen darauf hin, dass solch ein Machtgefüge nichts in einem psychotherapeutischen Prozess verloren hat.

Zu Beginn liegen die Ziele der KlientInnen mehr im Außen; sie wollen es vermeiden, ins Gefängnis zu kommen oder wollen aus dem Maßnahmenvollzug entlassen werden. Im Laufe des erfolgreichen therapeutischen Prozesses verlagern sich die Ziele, die Erforschung dessen, was hinter ihrem Delikt oder der (Ein-)Weisung steht, rückt in den Mittelpunkt. Die Ziele richten sich dann meist nach innen, darauf, was sie an sich noch mehr entwickeln oder entdecken möchten oder wo sie sich einfach eine Stabilisierung ihrer Lebenssituation erarbeiten wollen. Fast alle KlientInnen haben das Ziel, nicht mehr rückfällig zu werden, weil sie entweder selbst ihre Tat als etwas Negatives ansehen oder Sanktionen vermeiden wollen.

Auch aufseiten der TherapeutInnen gibt es Ziele, z. B. eine Beziehung zur Klientenperson aufzubauen, eine vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen oder auch die Rückfallsfreiheit, da sie sich auch der Gesellschaft oder der auftraggebenden Institution gegenüber verpflichtet fühlen.

Wenn jedoch die Therapieziele und Vorstellungen der Therapeutenperson sich zu direktiv und steuernd auf den therapeutischen Prozess auswirken und nicht mehr das Vertrauen im Vordergrund steht, dass die Klientenperson selbst den Weg kennt, kann dies nicht mehr als ein personenzentrierter Zugang angesehen werden.

Es ließ sich feststellen, dass in vielen Bereichen des Zwangskontextes – insbesondere im forensischen Bereich – die Deliktbearbeitung ein wichtiges Element darstellt. Ob an Deliktbearbeitung überhaupt personenzentriert herangegangen werden kann, wurde sehr unterschiedlich gesehen. Für einige stellt sie per se einen direktiven Eingriff dar, ist also mit den Grundannahmen und -haltungen der personenzentrierten Psychotherapie nicht vereinbar, andere befinden es entweder im Sinne der Kongruenz der Therapeutenperson für durchaus legitim, das Delikt einzubringen, oder/und sehen es als kontextimmanent und zu ihrem Auftrag gehörig an.

Dennoch befindet sich aber die personenzentrierte Therapeutenperson im Gegensatz zu therapeutischen Interventionen, die nach einem vorgegeben Plan agieren, in einer abwartenden Position, in der die Klientenperson Raum bekommt, Vertrauen fassen und sich dann von sich aus mitteilen kann. Bringt sie aber über lange Zeit das Delikt von selbst nicht ein, so greifen fast alle interviewten TherapeutInnen schließlich in irgendeiner Weise direktiv in den therapeutischen Prozess ein, insbesondere wenn die Deliktbearbeitung durch die Rahmenbedingung vorgegeben ist. Dieses Eingreifen erfolgt jedoch nicht mit der Systematik der Verhaltenstherapie.

In der Deliktbearbeitung ist es eine gängige und wirkungsvolle Vorgehensweise personenzentrierter TherapeutInnen, der Klientenperson als Mensch Wertschätzung und Empathie entgegenzubringen, eigene Gefühle des Ekels oder der Abneigung gegenüber dem Delikt aber im Sinne der Kongruenz äußern zu können. Dies ist ein Punkt, an dem der personenzentrierte Ansatz oft missverstanden und

mit dem Vorwurf der Passivität kritisiert wurde. Es ist aber tatsächlich nicht nur das empathische Mitvollziehen der Gefühlswelt eine wichtige Grundhaltung, sondern auch das kongruente Einbringen der Therapeutenperson – und dieses kann mitunter auch konfrontierend sein.

Durch die Schaffung eines sicheren, geschützten Klimas mit dem personenzentrierten Beziehungsangebot der nicht besitzergreifenden Akzeptanz fällt es der Klientenperson leichter, sich mit ihrem Delikt auseinanderzusetzen, das oftmals mit Scham und Schuldgefühlen verbunden ist und für das ihnen oft auch von der Gesellschaft Verachtung und Ablehnung entgegengebracht wird. In dem Gefühl des Gehalten-Werdens wird es der Klientenperson möglich, sich den eigenen inneren Abgründen zu stellen und diese zu integrieren. Sie bringt dann von selbst das problematische Thema oder das Delikt ein, ohne dass die Therapeutenperson dahingehend aktiv werden muss.

Die Rückfallsfreiheit ist ein weiteres Anliegen sowohl der Justiz als auch der Gesellschaft. In der Fachliteratur und auch bei den interviewten Therapeutenpersonen sind dazu unterschiedliche Ansichten zu finden. Die meisten der interviewten TherapeutInnen sehen die Rückfallsfreiheit als einen Teil ihres Auftrags und es entsteht der Eindruck, dass die Wichtigkeit dieses Elements umso zentraler wird, je schwerwiegender die Straftat der Klientenperson war. Wenn die Therapeutenperson merkt, dass die Klientenperson rückfällig geworden ist, bringt sie diese Beobachtung in die Therapie ein, wenn das die Klientenperson trotz des vertrauensvollen Klimas innerhalb des personenzentrierten Beziehungsangebotes nicht von selbst tut. Sie verurteilt die Klientenperson aber nicht dafür, sondern versucht sie im Sinne der Empathie mit den dahinter liegenden Strukturen zu verstehen. Trotzdem kann sie sich dabei mit ihren wahrhaftigen Reaktionen kongruent einbringen und so eine Auseinandersetzung damit fördern.

Ein weiterer Faktor, der im Zwangskontext maßgeblich den Rahmen beeinflusst, ist die Tatsache, dass gegenüber der freien Praxis ein erhöhtes Sicherheitsrisiko besteht. Die Sicherheitsvorkehrungen zum Schutze der Therapeutenperson sind sehr unterschiedlich und immer von der jeweiligen Einrichtung abhängig. Und nicht nur die realen, institutionellen Gegebenheiten spielen bei dieser Thematik eine Rolle, sondern auch die Ängste der Therapeutenperson gegenüber der Klientenperson. Sie muss diese Ängste stets dahingehend prüfen, ob real eine Gefahr besteht oder nicht, und ihre Gefühle im Sinne der Echtheit einbringen, um eine fruchtbare Auseinandersetzung damit in Gang zu setzen.

Es gab bis jetzt nur wenige gewalttätige Vorfälle gegenüber TherapeutInnen im Zwangskontext, doch manche davon endeten tödlich. Die Gefahr sollte daher nie unterschätzt und notwendige Vorkehrungen stets getroffen werden, ohne dabei aber paranoid zu werden. Bei aggressiven, bedrohlichen Verhaltensweisen ist es wichtig, dass die Therapeutenperson das gesamte

Behandlungsteam darüber informiert, und wenn die Gefahr zu groß für sie ist, sollte die Therapie abgebrochen werden. Den wichtigsten Schutz vor Übergriffen stellt eine vertrauensvolle Beziehung und der Verzicht auf jegliche Beschämungsstrategien dar, worauf gerade die personenzentrierte Psychotherapie ihren Schwerpunkt legt. Wenn sich die Klientenperson nicht entwertet und unterlegen fühlt, sondern vielmehr als wertvolles Individuum anerkannt, sinkt auch die Gefahr gewalttätiger Übergriffe.

Obwohl sich der personenzentrierte Ansatz an die Rahmenbedingungen und Anforderungen, die durch den Zwangskontext entstehen, anpassen muss, bleiben vor allem die drei Variablen Empathie, Wertschätzung und Kongruenz als wesentlich tragendes Element der Therapie erhalten.

Gerade weil Menschen im Zwangskontext oft mit wenig Wertschätzung und Respekt vonseiten der Gesellschaft und den Institutionen begegnet wird, was sich inkongruenzförderlich auswirkt, ist es für sie so eine wichtige und heilsame Erfahrung, wenn ihnen die Therapeutenperson in dieser Haltung begegnet. Durch das personenzentrierte Beziehungsangebot kann sich die Klientenperson mit all ihren Facetten und auch negativen Anteilen zeigen, ohne bewertet zu werden oder sich rechtfertigen zu müssen. Oft ist es eine wohltuende Beziehungserfahrung, da ihnen bis dahin meist signalisiert wurde, dass sie eingesperrt werden müssten oder dass mit ihnen etwas nicht stimme, was meist als sehr kränkend wahrgenommen wird. Durch das personenzentrierte Beziehungsangebot kann die Klientenperson auch leichter Vertrauen fassen und ihr Misstrauen gegenüber der Therapeutenperson als Verbündete der Justiz kann abgebaut werden.

Das empathische Verstehen erleichtert es der Therapeutenperson, zu erfassen, welche Bedeutungen oder Bedürfnisse hinter Verhaltens- oder Ausdrucksweisen der Klientenperson stehen, weil sie sich nicht von oberflächlichen Begebenheiten verwirren lässt, sondern bemüht ist, deren Essenz wahrzunehmen. Dadurch, dass die Therapeutenperson sich empathisch auf die Welt der Klientenperson einlässt, geht sie auch sprachlich auf diese ein und wird so auch von KlientInnen verstanden, die einen anderen Sprachcode haben oder deren geistige Fähigkeiten beeinträchtigt sind. Durch das hohe Maß an Empathie, das die Therapeutenperson der Klientenperson entgegenbringt, wird die Klientenperson befähigt, selbst mehr Empathie für sich und andere Menschen zu entwickeln.

Die Wichtigkeit des Kongruent-Seins im Zwangskontext wurde immer wieder hervorgehoben, da die Klientenperson dadurch die Therapeutenperson als ein reales Gegenüber wahrnehmen kann. Die Therapeutenperson zeigt sich als Mensch und bringt sich kongruent mit ihrer Wahrnehmung ein, wodurch ein Austausch stattfinden kann, in dem auch ein Eindruck über die Erwartungen, Anforderungen und Gefühle der Therapeutenperson, der Institution und der Gesellschaft vermittelt werden kann. In einer vertrauensvollen Beziehung, die von Wertschätzung und Empathie geprägt ist, ist

es somit möglich die Anforderungen der Institution und der Gesellschaft einzubringen.

Das kongruente Einbringen der Therapeutenperson kann auch deswegen bereichernd sein, weil diese andere Sichtweisen und Blickwinkel mitbringt, da sie oftmals aus einem anderen Umfeld stammt. Die andere Sichtweise oder Betrachtung kann die Therapeutenperson der Klientenperson zur Verfügung stellen, wenn es der Therapie förderlich ist, ohne aber der Klientenperson eine bestimmte Lebensweise oder Einstellung aufzuerlegen.

Durch den Fokus auf die Geschehnisse auf der Beziehungsebene zwischen Therapeuten- und Klientenperson und die im Hier und Jetzt präsente Therapeutenperson erlebt die Klientenperson ein Gefühl des Angenommen-Seins und der Zwangsaspekt kann im therapeutischen Geschehen in den Hintergrund rücken. Über die intensive Beziehungsebene wird in der Klientenperson auch das Gefühl verankert, dass es in der therapeutischen Arbeit darum geht, gemeinsam einen Weg zu finden, die Probleme zu lösen, wodurch sie sich unterstützt, getragen und ernst genommen fühlt.

Wenn die Klientenperson diese Haltung der bedingungsfreien Akzeptanz und Empathie wahrnehmen kann, sich dadurch verstanden fühlt und in der Lage ist, die eigenen Gefühle und Handlungen besser zu verstehen oder anzunehmen, kann sie fernab von moralischer Verurteilung daran arbeiten, neue Wege in ihren Verhaltensweisen zu entwickeln. Im erfolgreichen therapeutischen Prozess ist die Klientenperson zunehmend in der Lage sich selbst, Situationen und andere Menschen und damit einhergehende Gefühle exakter wahrzunehmen und kann dadurch adäquater damit umgehen.

Wenn die Klientenperson sich durch die kongruente Therapeutenperson in ihren Erfahrungen verstanden und positiv beachtet fühlt und sie dadurch die verzerrten oder abgewehrten Erfahrungen in ihr Selbstkonzept integrieren kann, wird Raum geschaffen für viele positive Veränderungen.

Durch diesen Prozess wird die Beziehungsfähigkeit der Klientenperson gefördert und soziale Defizite können sich auflösen.

Hierfür ist es nicht einmal erforderlich, dass in der Therapie ständig ganz tiefgehende Themen besprochen werden, da die Erfahrung, gesehen, verstanden und wertgeschätzt zu werden, schon an sich eine sehr heilsame Erfahrung ist.

Viele VertreterInnen des personenzentrierten Ansatzes meinen, dass die Stärke dieser Richtung darin liegt, dass sie kein starres methodisches Vorgehen vorsieht, sondern sich – oft auf kreative und einfühlsame Weise – daran orientiert, was dieser spezielle Mensch in dieser speziellen Situation braucht und wie mit dem Beziehungsangebot wirksam und heilsam gearbeitet werden kann.

Es besteht das absolute Vertrauen in die Aktualisierungstendenz – der Tendenz des Menschen zur Entwicklung und Entfaltung zu einem positiveren und reiferen Individuum. Der Mensch wird in seiner Einzigartigkeit gesehen, als Wesen, dem ein großes Potential und Ressourcen innewohnen, die es zu entdecken gilt. Dieses Vertrauen bzw. der Fokus auf das Positive ist als Basis dafür wichtig, dass im

therapeutischen Prozess diese Haltung von der Klientenperson für sich selbst verinnerlicht werden kann, und es ist für die Klientenperson auch dann spürbar, wenn es nicht kommuniziert wird. Oftmals ist es für Menschen im Zwangskontext eine ganz neue Erfahrung, dass ihnen ein anderer Mensch in dieser Haltung begegnet. Das Vertrauen in die jedem Lebewesen innewohnende Aktualisierungstendenz ist es auch, was die mitunter schwere Arbeit im Zwangskontext für die Therapeutenperson erleichtert.

Im Gegensatz zu vielen anderen therapeutischen Schulen verweisen personenzentrierte TherapeutInnen von Anfang an auf die Verantwortung der Klientenperson. Das Tempo der Entwicklung, den Zeitpunkt, wann sie bereit ist, sich ihren inneren Abgründen und Ängsten in Begleitung ihrer Therapeutenperson zu stellen, bestimmt die Klientenperson. Die Therapeutenperson sieht sich nicht als der/die ExpertIn bei der Lösung der Probleme, sondern der Klientenperson wird für ihre Mündigkeit und Eigenverantwortung sensibilisiert, im Rahmen einer Beziehung, die durch Wertschätzung, Empathie und Kongruenz vonseiten der Therapeutenperson gekennzeichnet ist.

Gerade im Zwangskontext, wo die Autonomie des Individuums mitunter stark eingeschränkt wird, wo Fremdbestimmung und Einmischung auf der Tagesordnung stehen, bietet dieser Ansatz die Möglichkeit, innerhalb der Therapiestunde Selbstbestimmung zu erleben und den Prozess mitzugestalten, wodurch sie hier die Erfahrung machen können, wieder selbst ExpertInnen für die Lösung ihrer Probleme und ihre Entwicklung zu sein. Durch die Förderung und Entwicklung der Autonomie ist die Klientenperson nach einer Entlassung aus einer totalen Institution auch besser vorbereitet, sich selbstständig den Anforderungen des täglichen Lebens zu stellen und diese zu meistern.

Damit wirklich tiefgreifende, dauerhafte Veränderungen stattfinden können, ist es erforderlich, dass die Klientenperson selbst den Weg bestimmt und zu eigenen Einsichten gelangt. Somit setzt die personenzentrierte Psychotherapie nicht auf kurzfristige, oberflächliche, kognitive Einsichten, sondern auf einen Prozess, in dem eine tiefgreifenden Persönlichkeitsentfaltung gefördert wird.

Die Klientenperson gelangt im therapeutischen Prozess zu einer reiferen Entwicklung und Entfaltung ihrer Persönlichkeit und ihrer Verantwortlichkeit für ihr Handeln, was soziale Verhaltensweisen fördert und der Rückfallprävention dienlich ist.

Bereichernd und wirkungsvoll für die Therapie ist es, wenn sich die Therapeutenperson als Mensch mit Erfahrungen und Weiterentwicklungen zeigt und einen ihrer Persönlichkeit entsprechenden Stil im therapeutischen Prozess entwickelt.

Aufgrund der vielschichtigen Anforderungen im Zwangskontext, der teilweise schwerwiegenden Delikte und Störungen, zeigt sich hier ein erhöhter Bedarf an Supervision, die für hilfreiche

therapeutische Arbeit in diesem Setting unerlässlich ist. Innerhalb des Supervisionsprozesses kann die Therapeutenperson auch reflektieren, in welchen Ausmaß es ihr gelingt, die personenzentrierten Beziehungsvariablen zu verwirklichen, und ob sie ihrer personenzentrierten Haltung treu bleibt oder aufgrund persönlicher Motive zu sehr in den therapeutischen Prozess eingreift.

Gerade in diesem Setting, das eng mit Macht- und Kontrollmechanismen in Verbindung steht, erscheint es überaus wichtig, dass die Therapeutenperson sich immer wieder selbst reflektiert, damit sie der Klientenperson größtmögliche Autonomie zugestehen kann.

Desweiteren kommt es gerade am Beginn der Therapie immer wieder zu Scheinanpassungen, wenn die Klientenperson diese Haltung aber in einer fortschreitenden Therapie nicht aufgibt und keine minimalen Veränderungen spürbar sind, ist es wichtig dass die Therapeutenperson ihre Haltung und ihr Handeln reflektiert und gegebenenfalls verändert.

Aus den Experteninterviews des empirischen Teils dieser Arbeit lässt sich die Schlussfolgerung ableiten, dass der personenzentrierte Ansatz in der Arbeit mit Menschen in Zwangskontexten nicht adaptiert werden muss, um erfolgreich wirken zu können, aber eine Anpassung an die Anforderungen im Zwangskontext nötig ist. Dennoch hat sich gezeigt, dass viele personenzentrierten TherapeutInnen hier durchaus konfrontativer arbeiten als in der freien Praxis und manchmal ihr therapeutisches Angebot im Laufe der Zeit durch Fortbildungen um Elemente aus anderen therapeutischen Richtungen erweitern. Die Verwirklichung der personenzentrierten Beziehungsvariablen steht aber bei allen klar im Vordergrund der Arbeit und auch das erwähnte konfrontierende Element wird hier klar als ein Ausdruck von Kongruenz innerhalb des Kontextes angesehen. Lediglich in der Fachliteratur ließen sich Hinweise finden, dass vereinzelt AutorInnen der Meinung waren, dass es sinnvoll sei, zur Förderung der Motivation oder bei schweren Störungen den Ansatz zu modifizieren. Die überwiegende Mehrheit jedoch ist der Ansicht, dass keine Adaption notwendig sei.

Als wichtig erwiesen sich für die Arbeit im Zwangskontext persönliche Eigenschaften der Therapeutenperson, wie etwa ein großes Maß an Toleranz und Menschlichkeit.

Auch wenn die Stärken der personenzentrierten Psychotherapie auch bei der therapeutischen Arbeit im Zwangskontext wirksam sind, scheint es in diesem Kontext prinzipiell um die Auflösung von starren Strukturen schulenspezifischer Vorgehensweisen zu gehen, um einen adäquaten Umgang mit den Auswirkungen und Anforderungen des Zwangskontextes und sinnvolle Kooperation innerhalb des Behandlungsteams zu ermöglichen. Die Zusammenarbeit mit Fachkräften aus anderen sozialen Bereichen kann gerade im Prozess der Resozialisierung wesentlich sein.

Das heißt, nicht der personenzentrierte Ansatz an sich muss verändert werden, sondern alle

therapeutischen Richtungen müssen sich im Zwangskontext seinen speziellen Anforderungen stellen. Obwohl also vielfach bestätigt wurde, dass (personenzentrierte) Psychotherapie im Zwangskontext möglich ist, darf nicht verschwiegen werden, dass es – wenn auch selten – Klientenpersonen gibt, mit denen Therapie nicht möglich ist und auf deren Seite sich auch mit der Zeit keine Bereitschaft einstellt, sich auch nur ansatzweise auf den therapeutischen Prozess einzulassen. Dies stellt allerdings nicht den personenzentrierten Ansatz in Frage, sondern ist eine spezielle Herausforderung, die im Zwangskontext offensichtlich zum Tragen kommen kann.

Das Ende der psychotherapeutischen Maßnahme steht im Zwangskontext nicht im Zusammenhang damit, ob die Klientenperson der Meinung ist, dass sie nun keine Unterstützung mehr von der Therapeutenperson braucht, sondern wird von der angeordneten Dauer bzw. dem Stundenkontingent bestimmt. Auch wenn die Klientenperson noch Unterstützung brauchen würde, werden normalerweise nach Ablauf der Frist die Kosten nicht mehr von der Justiz übernommen und die Klientenperson selbst ist nur selten in der Lage, diese selbst zu bezahlen. Hier wäre zukünftig eine Orientierung an der Bedürftigkeit der Klientenperson und nicht an vorgegeben Fristen wünschenswert.

Institutionen wie Haftanstalten, Maßnahmenvollzug, und die Gesellschaft haben den Wunsch bzw. die Erwartung, dass verschiedene Maßnahmen zu einer Rückfallsfreiheit der Klientenperson führen. In der Realität steht aber oftmals das Straf- und Rachebedürfnis oder die Angst vor neuerlichen Straftaten aufseiten der Institution stark im Vordergrund. Hier besteht Bedarf an Studien, die belegen könnten, dass Psychotherapie im Zwangskontext wirksam ist, damit es vermehrt therapeutische Angebote gibt, auch für Menschen die sehr lange Haftstrafen verbüßen müssen. Weitere Forschungen, die sich darauf beziehen, welche Faktoren in der Psychotherapie wirksam sind und welche Aspekte langfristig Rückfallsfreiheit fördern und dabei die Autonomie der Klientenperson anerkennen, wären hier wünschenswert, sowie Ressourcen, die die Umsetzung der Ergebnisse in diesem Bereich ermöglichen.

Es kam eindeutig zum Vorschein, dass der Verwirklichung der drei Grundvariablen essentielle Bedeutung zukommt. Auch VertreterInnen von anderen therapeutischen Richtungen haben immer wieder auf die Wichtigkeit der vertrauensvollen therapeutischen Beziehung, die auf Empathie und Wertschätzung beruht, verwiesen. Gleichzeitig kann im Sinne der Kongruenz eine adäquate Auseinandersetzung mit dem Delikt erfolgen. Es geht im Zwangskontext um Klarheit und Transparenz bezüglich der Rollen- und Rahmenklärung und um konstruktive Kooperation mit anderen Fachkräften.

Anhang

Literaturverzeichnis

- Aichhorn, A.** (1987). Verwahrloste Jugend. Die Psychoanalyse in der Frühsorgeerziehung (10. Aufl.), Bern: Verlag Hans Huber.
- Badelt, I.** (1990). Client- Centered Psychotherapy with Mentally Handicapped Persons. In: R. Van Balen; G. Lietaer & J. Rombauts (Hrsg.), Client- Centered and Experimental Psychotherapy in the Nineties (S. 671- 681).
- Barth, M. & Schaub, M.** (2006). Ressourcen der Personzentrierten Psychotherapie in der Behandlung drogenabhängiger Klienten. Person. Internationale Zeitschrift für Personenzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung, 1, 55- 63.
- Bartuska, H.** (1998). Zwangsüberweisung zur tiefenpsychologischen Psychotherapie. In: E. Wagner., & W. Werdenich (Hrsg.), Forensische Psychotherapie. Psychotherapie im Zwangskontext von Justiz, Medizin und sozialer Kontrolle (S. 342-349). Wien: Facultas.
- Bassler, M.** (2008). Stationäre Psychotherapie. In: M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band 2. Spezieller Teil. (S. 1436- 1448). Tübingen: Dgvt Verlag.
- Behnke, M. & Endres, J.** (2008). Behandlung im Strafvollzug. In: M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band 2. Spezieller Teil. (S. 107- 118). Tübingen: Dgvt Verlag.
- Bender, D. & Lösel, F.** (1997). Straftäterbehandlung: Konzepte, Ergebnisse, Probleme. In: M. Steller & R. Volbert (Hrsg.), Psychologie im Strafverfahren (S. 171- 204). Bern: Verlag Hans Huber.
- Berner, W., & Bolterauer, J.** (1998). Das Problem der Leitung im forensisch- sozial-therapeutischen Bereich. In: E. Wagner & W. Werdenich (Hrsg.), Forensische Psychotherapie. Psychotherapie im Zwangskontext von Justiz, Medizin und sozialer Kontrolle (S. 153-167). Wien: Fakultas.
- Biermann- Ratjen, E. M., Eckert, J. & Schwartz, H.-J.** (2003). Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen (9. Aufl.). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Binder, U.** (2002). Empathie in Bezug auf die Behandlung von Menschen mit schweren Störungen. In: C. Iseli, W. W. Keil, L. Korbei (Hrsg.), Identität, Begegnung, Kooperation: Person-/ Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende. (S. 299-320). Köln: Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie.
- Bonatiu, M. & Din, F.** (2004). Klientenzentrierte Psychotherapie in einer Strafvollzugsanstalt in Bukarest. Person. Zeitschrift für Klientenzentrierte Psychotherapie und personenzentrierte Ansätze,

1, 55- 58.

- Bongers, D.** (2009). Arbeit mit Gruppen und Einbezug des Klientenumfelds. In: K. Mayer & H. Schildknecht (Hrsg.), Dissozialität, Delinquenz, Kriminalität. Ein Handbuch für die interdisziplinäre Arbeit (S. 321-340). Zürich: Schulthess Juristische Medien AG.
- Bosold, C.** (2008). Therapieindikation bei der Straftäterbehandlung. In: M. Steller & R. Volbert (Hrsg.), Handbuch der Rechtspsychologie (S. 135- 143). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Brandewiede, P.** (1995). Psychotherapie im Strafvollzug. In: K. M. Beier & G. Hinrichs (Hrsg.), Psychotherapie mit Straffälligen. (S. 36-40). Stuttgart: Gustav Fischer Verlag.
- Brehm, J. W.** (2009). A theory of psychological reactance (1966). In: W. W. Burke; D. G. Lake & J. W. Paine (Hrsg.), Organization change: a comprehensive reader (S. 377- 390). United States of Amerika: John Wiley and Sons.
- Cirillo, S.** (1995). Fremdunterbringung: eine systemische Perspektive. Information zur Bildung und Fortbildung für Erzieher und Sozialarbeiter, 3, 14- 22.
- Cleland, C. M., Lipton, D., Pearson, F. S. & Yee, D.** (2002) The Effectiveness of Cognitive-Behavioural Treatment Methods on Recidivism. In: J. Mc Guire (Hrsg.), Offender Rehabilitation and Treatment. Effective Programmes and Policies to Reduce Re-offending (S. 79- 112). Chichester: John Wiley and Sons Ltd.
- Conen, M.- L.** (1999). "Unfreiwilligkeit"- ein Lösungsverhalten. Zwangskontexte und systemische Therapie und Beratung. Verein für Berührungshilfe, 24, (3), 282-297.
- Cox, M.** (1974). The psychotherapist's anxiety: liability or asset? With special reference to the offender- patient. The British Journal of Criminology 14 (1), 1-17.
- Dahle, K. - P.** (1994). Therapiemotivation inhaftierter Straftäter. In: F. Lösel; G. Rehn & M. Walter (Hrsg.), Straftäterbehandlung. Argumente für eine Revitalisierung in Forschung und Praxis (S. 227- 246). Pfaffenweiler: Centaurus- Verlag.
- Dahle, K. - P.** (1995). Therapiemotivation hinter Gittern. Zielgruppenorientierte Entwicklung und Erprobung eines Motivationskonstrukts für die therapeutische Arbeit im Strafvollzug. Regensburg: Roderer Verlag.
- Dahle, K. - P.** (1998). Therapiemotivation und forensische Psychotherapie. In: E. Wagner & W. Werdenich (Hrsg.), Forensische Psychotherapie. Psychotherapie im Zwangskontext von Justiz, Medizin und sozialer Kontrolle (S. 97-111). Wien: Fakultas.
- Dahle, K.- P. & Steller, M.** (1990). Coping im Strafvollzug: Eine Untersuchung zu Haftfolgen bei Jugendlichen. Zeitschrift für experimentelle und angewandte Psychologie, 1, 31- 51.
- Demand, J.** (1990). Zwangsmaßnahmen. Umgang mit Gefahr und Gewalt. In: T. Bock & H. Weigand (Hrsg.), Hand- werks- buch Psychiatrie (2. Aufl.) (S. 400- 411). Bonn: Psychiatrie- Verlag.

- Dietz, A. & Pörksen, N.** (1998). Verhandeln als Leitlinie psychiatrischen Handelns. In: A. Dietz; N. Pörksen & W. Voelzke (Hrsg.). Behandlungsvereinbarungen. Vertrauensbildende Maßnahmen in der Akutsychiatrie (9- 15) Bonn: Psyhiatrie Verlag.
- Egg, R.** (1993). Drogenabhängige Straftäter. Therapiemotivation durch justitiellen Zwang. Fachzeitschrift für Bewährungs-, Gerichts- und Straffälligenhilfe, 40, 26- 37.
- Elsner, K.** (2004). Tätertherapie. Grundlagen und kognitiv-behavioraler Schwerpunkte. Psychotherapie im Dialog, 5 (2), 109- 119.
- Enke, H.** (1965). Bipolare Gruppenpsychotherapie als Möglichkeit psychoanalytischer Arbeit in der stationären Psychotherapie. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 15, 116- 121.
- Fränkel, P.; Sheinberg, M. & True, F.** (1994). Treating the Sexually Abused Child: A Recursive, Multimodal Program. Family Process, 33 (7), 263- 276.
- Freese, R.** (1998). Psychotherapie bei Minderbegabten im therapeutischen Maßregelvollzug. In: E. Wagner & W. Werdenich (Hrsg.), Forensische Psychotherapie. Psychotherapie im Zwangskontext von Justiz, Medizin und sozialer Kontrolle (S. 210-225). Wien: Fakultas.
- Fröhlich- Gildhoff, K.** (2006). Personzentrierte pädagogische und therapeutische Arbeit mit aggressiven/ gewalttätigen Kindern und Jugendlichen. Person. Internationale Zeitschrift für Personenzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung, 2, 151- 163.
- Frottier, P. & Frühwald, S.** (1998). „Sei standhaft, duldsam und verschwiegen“. In: E. Wagner., & W. Werdenich (Hrsg.), Forensische Psychotherapie. Psychotherapie im Zwangskontext von Justiz, Medizin und sozialer Kontrolle (S. 81- 95). Wien: Facultas.
- Gföllner, W.** (2007). „Resozialisierung von psychisch kranken Straftätern“ Der Maßnahmenvollzug in Österreich und eine Evaluation von psychosozialen Maßnahmen der forensisch- psychiatrischen Wohn- und Betreuungseinrichtungen Neuland OÖ. Der pro mente plus GmbH. Unveröffentlichte Master Thesis, Linz.
- Gläser, L. & Laudl, G.** (2009). Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen, (3. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Gonzalez, C., Jöckel, D., Müller- Isberner, R.** (1998). Zur Problematik der Behandlung Persönlichkeitsgestörter im psychiatrischen Maßregelvollzug (§ 63 StGB). In: P. Falkai., & W. Gaebel (Hrsg.), Zwischen Spezialisierung und Integration- Perspektiven der Psychiatrie und Psychotherapie (S. 160- 165). Wien: Springer.
- Gretenkord, L.** (1998). Der Therapeut als Doppelagent. Zum Rollenkonflikt des Psychotherapeuten in einer forensischen Institution. In: E. Wagner., & W. Werdenich (Hrsg.), Forensische Psychotherapie. Psychotherapie im Zwangskontext von Justiz, Medizin und sozialer

Kontrolle (S. 81- 95). Wien: Facultas.

Gröller, G. (1998). Zwischen Ray Wyre und Andy Warhol. Einige Überlegungen zur Moral des Kinderschutzes. In: E. Wagner., & W. Werdenich (Hrsg.), Forensische Psychotherapie.

Psychotherapie im Zwangskontext von Justiz, Medizin und sozialer Kontrolle (S. 311- 327). Wien: Facultas.

Größ, U., Rank, K., Stephan, Weise, H. & Weise, K. (1986). Gesprächspsychotherapie als Basiskonzept der psychiatrischen Grundversorgung. Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie, 5, 379- 390.

Gumpinger, M. (2001). „Zwangsbeglückung“ oder Wie viel Freiwilligkeit braucht Soziale Arbeit? In: M. Gumpinger (Hrsg.), Soziale Arbeit mit unfreiwilligen KlientInnen (S. 11- 24) Linz: Edition Pro Mente.

Gutierrez, K. (1998). Ist die Justiz verpflichtet, im Maßregelvollzug Psychotherapie anzubieten und die dafür nötigen Strukturen zu schaffen? In: E. Wagner., & W. Werdenich (Hrsg.), Forensische Psychotherapie. Psychotherapie im Zwangskontext von Justiz, Medizin und sozialer Kontrolle (S. 37-48). Wien: Facultas.

Hammer, A. & Pawlowsky, G. („n. d.“). Zwei Gespräche mit Mr. Vac. Carl R. Rogers (o.D., 1962): Two interviews with Mr. Vac. University of Wisconsin (10pp). Dies ist eine ausführlichere Darstellung des Kap. 17 in „The Therapeutic Relationship and its Impact“ Deutsche Übersetzung Hammer/ Pawlowsky. Universität Wien.

Hartmann, T. (2005). Psychotherapeutische Behandlung von Sexualstraftäter: Fortbildungstage 2005 Kontakt- Kommunikation- Kooperation. Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung, 3.

Hartung, J. (2006). Sozialpsychologie, Psychologie in der sozialen Arbeit. Band 3 (2. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

Hesser, K.- E. H. (2001). Soziale Arbeit mit Pflichtklientenschaft- methodische Reflexion. In: M. Gumpinger (Hrsg.), Soziale Arbeit mit unfreiwilligen KlientInnen (S. 25- 41). Linz: Edition Pro Mente.

Hinrichs, G. (1991). Psychotherapie mit Gewalttätern im Jugendstrafvollzug. Beschreibung eines Projektes und erste Erfahrungen. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform 74 (1), 17- 26.

Hosser, D. (2008) Prisonisierungseffekte. In: M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band 2. Spezieller Teil (172- 179). Tübingen: dgvt- Verlag.

Jöckel, D. & Müller- Isberner, R. (1994). Differenzierte Kriminaltherapie. Krankenhauspsychiatrie, 5, 170- 172.

- Kähler, H. D.** (2005). Soziale Arbeit in Zwangskontexten. Wie unerwünschte Hilfe erfolgreich sein kann. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Keller, T.** (2003). Systemische Therapie in der Psychiatrie. Kleine Ideengeschichte systemischer Therapieformen. In: W. Vollmoeller (Hrsg.), Integrative Behandlung in Psychiatrie und Psychotherapie. Konzepte und Strategien (S. 55- 77). Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Kernbichler, A.** (1998). Stationäre Psychotherapie mit Straffälligen in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachklinik. In: E. Wagner & W. Werdenich (Hrsg.), Forensische Psychotherapie. Psychotherapie im Zwangskontext von Justiz, Medizin und sozialer Kontrolle (S. 265-270). Wien: Fakultas.
- Kherfouche, C. & Mayer, K.** (2009). Forensische Therapie mit Sexual- und Gewaltstraftätern. In: K. Mayer & H. Schildknecht (Hrsg.), Dissozialität, Delinquenz, Kriminalität. Ein Handbuch für die interdisziplinäre Arbeit (S. 231-240). Zürich: Schulthess Juristische Medien AG.
- Kistler, L.** (2009). Straf – und Massnahmenvollzug bei gemeingefährlichen Straffälligen. In: K. Mayer & H. Schildknecht (Hrsg.), Dissozialität, Delinquenz, Kriminalität. Ein Handbuch für die interdisziplinäre Arbeit (S. 167-176). Zürich: Schulthess Juristische Medien AG.
- Klammer, G. & Wagner, E.** (2009). Institutionelle Antworten auf Inzest. Ein Potpurri von Schutz, Kontrolle und Hilfe. In: K. Mayer & H. Schildknecht (Hrsg.), Dissozialität, Delinquenz, Kriminalität. Ein Handbuch für die interdisziplinäre Arbeit (S. 329-341). Zürich: Schulthess Juristische Medien AG.
- Kröger, U.** (1997). „No cure, but control“. Die Behandlung von Sexualdelinquenten in einer forensisch-psychiatrischen Klinik. Zeitschrift für Sexualforschung, 10, 138-146.
- Lösel, F.** (1996). Ist der Behandlungsgedanke gescheitert? Eine empirische Bestandsaufnahme. Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe, 5, 259- 267.
- Lösel, F.** (2001). Behandlung oder Verwahrung? Ergebnisse und Perspektiven der Interventionen bei „psychopathischen“ Straftätern. In: F. Lösel; G. Rehn; M. Walter & B. Wischka (Hrsg.), Behandlung „gefährlicher Straftäter“ Grundlagen, Konzepte, Ergebnisse (2. Aufl.) (S. 36- 53). Herbolzheim: Centaurus Verlag.
- Lüdeke, K & Pecher, W.** (1998). Analytisch- gruppendynamisch orientierte Therapiegruppe im Rahmen einer Behandlungsabteilung im Normalvollzug. In: E. Wagner & W. Werdenich (Hrsg.), Forensische Psychotherapie. Psychotherapie im Zwangskontext von Justiz, Medizin und sozialer Kontrolle (S. 226-241). Wien: Fakultas.
- Mayer, K.** (2009). Lernprogramme in der Straßjustiz: Grundlagen, Methoden und Qualitätssicherung. In: K. Mayer & H. Schildknecht (Hrsg.), Dissozialität, Delinquenz, Kriminalität. Ein Handbuch für die interdisziplinäre Arbeit (S. 249-269). Zürich: Schulthess

Juristische Medien AG.

Mayer, K. & Purnelis, A. (2009). Aggression und Gewalt durch Klientinnen und Klienten. In: K. Mayer & H. Schildknecht (Hrsg.), Dissozialität, Delinquenz, Kriminalität. Ein Handbuch für die interdisziplinäre Arbeit (S. 350-365). Zürich: Schulthess Juristische Medien AG.

McGuire, J. (Hrsg.) (1995). What works: reducing reoffending. England: John Wiley & Sons Ltd.

Mergenthaler, E. & Pfäfflin, F. (1998). Forschungsfragen der Forensischen Psychotherapie. In: E. Wagner & W. Werdenich (Hrsg.), Forensische Psychotherapie. Psychotherapie im Zwangskontext von Justiz, Medizin und sozialer Kontrolle (S. 21-35). Wien: Fakultas.

Müller-Isberner, R. (1992). Die Behandlung psychisch kranker Rechtsbrecher in Hessen.

Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe 4 (6), 363- 368.

Müller-Isberner, R. (1993). Managing Insane Offenders. International Bulletin of Law and Mental Health 4, 28- 30.

Müller-Isberner, R. (1998). Ein differenziertes Behandlungskonzept für den psychiatrischen Maßregelvollzug. Organisationsfragen und methodische Aspekte. In: E. Wagner & W. Werdenich (Hrsg.), Forensische Psychotherapie. Psychotherapie im Zwangskontext von Justiz, Medizin und sozialer Kontrolle (S. 197-209). Wien: Fakultas.

Näf, L. (2009). Massnahmenzentrum für Erwachsene. In: K. Mayer & H. Schildknecht (Hrsg.), Dissozialität, Delinquenz, Kriminalität. Ein Handbuch für die interdisziplinäre Arbeit. (S. 135- 141) Zürich: Schulthess Juristische Medien AG.

Neider, M. (2006). Der Maßnahmenvollzug gemäß § 21 Abs. 1 und § 21 Abs. 2 StGB.

Neuropsychiatrie 20 (1), 71-72.

Nowara, S. (2008). Behandlung im Maßregelvollzug. In: M. Steller & R. Volbert (Hrsg.), Handbuch der Rechtspsychologie (S. 135- 143). Göttingen: Hogrefe Verlag.

Parfy, E. & Wagner, E. (1998). Ich seh, ich seh, was du nicht siehst. Gedanken zur Schulenvielfalt in der Forensischen Psychotherapie. In: E. Wagner & W. Werdenich (Hrsg.), Forensische Psychotherapie. Psychotherapie im Zwangskontext von Justiz, Medizin und sozialer Kontrolle (S. 361-379). Wien: Fakultas.

Pleyer, K. H. (1996). Schöne Dialoge in häßlichen Spielen? Überlegungen zum Zwang als Rahmen für Therapie. Zeitschrift für systemische Therapie, 14 (3), 186- 196.

Pörtner, M. (1994). Praxis der Gesprächspsychotherapie: Interviews mit Therapeuten. Stuttgart: Klett- Cotta.

Rauchfleisch, U. (1993). Die ambulante Behandlung von Straffälligen- eine Herausforderung für den Psychotherapeuten. In: S. Fried, H. Horstkotte, N. Leygraf & R. Volbert (Hrsg.) Die Sprache des Verbrechens. Wege zu einer klinischen Kriminologie. Festschrift für Wilfried Rasch (S. 284-

289). Stuttgart: W. Kohlhammer.

Rogers, C. R. (1984). Die Grundlagen des personenzentrierten Ansatzes. In: Arbeitsgemeinschaft Personenzentrierte Gesprächsführung (Hrsg.), Persönlichkeitsentwicklung durch Begegnung. Das personenzentrierte Konzept in Psychotherapie, Erziehung und Wissenschaft. (S. 10- 26). Wien: Franz Deuticke Verlagsgesellschaft m. b. H.

Rogers, C. R. (1991a). Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie. In: C. R. Rogers & P. F. Schmid (Hrsg.), Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis (S. 165- 184). Mainz: Matthias- Gründewald- Verlag.

Rogers, C. R. (1991b). Klientenzentrierte Psychotherapie. In: C. R. Rogers & P. F. Schmid (Hrsg.), Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis (S. 185- 237). Mainz: Matthias- Gründewald- Verlag.

Rogers, C. R. (1991c). Ein klientenzentrierter bzw. personenzentrierter Ansatz in der Psychotherapie. In: C. R. Rogers & P. F. Schmid (Hrsg.), Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis (S. 238- 256). Mainz: Matthias- Gründewald- Verlag.

Rogers, C. R. (1991d). Paul Tillich und Carl Rogers im Gespräch. In: C. R. Rogers & P. F. Schmid (Hrsg.), Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis (S. 257- 273). Mainz: Matthias- Gründewald- Verlag.

Rogers, C. R. (1998). Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten (12. Aufl.). Stuttgart: Klett- Cotta.

Rogers, C. R. (2000). Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie (16. Aufl.). Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.

Rogers, C. R. (2010). Die nicht-direktive Beratung(13. Aufl.). Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuchverlag.

Rooney, R. H. (1992). Strategies for Work with Involuntary Clients. (2. Aufl.) New York: Columbia University Press.

Rotthaus, W. (1998). Freiwilligkeit und Zwang und was dazwischen liegt. Ein Plädoyer für variable Psychotherapiekonzepte. In E. Wagner & W. Werdenich (Hrsg.), Forensische Psychotherapie. Psychotherapie im Zwangskontext von Justiz, Medizin und sozialer Kontrolle (S. 271-280). Wien: Fakultas.

Schmidt, A. F. & Schwarze, C. (2008). Zwangskontexte. In: M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band 2. Spezieller Teil. (S. 1477- 1507). Tübingen: Dgvt Verlag.

Schmucker, M. (2004). Kann Therapie Rückfälle verhindern? Metaanalytische Befunde zur Wirksamkeit der Sexualstraftäterbehandlung. In: F. Lösel & G. Rehn & M. Walter (Hrsg.), Studien

und Materialien zum Straf- und Maßregelvollzug. Band 22. (S. 1- 347). Herbolzheim: Centaurus Verlag.

de Shazer, (1992). Der Dreh. Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie (2. Aufl.). Heidelberg: Carl- Auer- Systeme- Verlag.

Simmel, E. (1928). Die psychoanalytische Behandlung in der Klinik. Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse 14, 352- 370.

Soyer, R. (1998). Verschwiegenheitspflicht versus Mitteilungspflicht von Psychotherapeuten. In: E. Wagner & W. Werdenich (Hrsg.), Forensische Psychotherapie. Psychotherapie im Zwangskontext von Justiz, Medizin und sozialer Kontrolle (S. 56-67). Wien: Fakultas.

Stadt Dormagen. (2001). Dormagener Qualitätskatalog der Jugendhilfe. Ein Modell kooperativer Qualitätsentwicklung. Opladen: Leske + Budrich.

Sykes, G. (2007). The Society of Captives. A Study of a Maximum Security Prison (2. Aufl.). New Jersey: Princeton University Press.

Trotter, C. (2001). Soziale Arbeit mit unfreiwilligen KlientInnen. Ein Handbuch für die Praxis. In: M. Gumpinger (Hrsg.), Soziale Arbeit mit unfreiwilligen KlientInnen (S. 97- 305). Linz: Edition Pro Mente.

Wagner, E. (1998). Scheitern, Krisen, Katastrophen. In: E. Wagner, & W. Werdenich (Hrsg.), Forensische Psychotherapie. Psychotherapie im Zwangskontext von Justiz, Medizin und sozialer Kontrolle (S. 37-48). Wien: Facultas.

Wagner, E. & **Russinger**, U. (2002). Harte Wirklichkeiten. Systemisch- konstruktivistische Konzepte im Zwangskontext. In: H.- U. Pfeiffer (Hrsg.), Systemische Praxis: Modelle- Konzepte- Perspektiven (S. 136- 155). Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Wagner, E. & **Werdenich**, W. (1998). Die Kunst der Zwangsbehandlung. In: E. Wagner & W. Werdenich (Hrsg.), Forensische Psychotherapie. Psychotherapie im Zwangskontext von Justiz, Medizin und sozialer Kontrolle (S. 37-48). Wien: Facultas.

Warta, D. (1998). Täuschung als Kommunikationsform und konstantes Element von Psychotherapie im Strafvollzug. In: E. Wagner, & W. Werdenich (Hrsg.), Forensische Psychotherapie. Psychotherapie im Zwangskontext von Justiz, Medizin und sozialer Kontrolle (S. 113- 124). Wien: Facultas.

Wenke, D. (1998). Wie viel Information braucht ein Anstaltsleiter? Modelle der Teilung von Verantwortung im Maßregelvollzug. In: E. Wagner & W. Werdenich (Hrsg.), Forensische Psychotherapie. Psychotherapie im Zwangskontext von Justiz, Medizin und sozialer Kontrolle (S. 168-178). Wien: Fakultas.

Wittenberger Thesen. (1995). Vorschläge zum ersten Kontakt mit der Psychiatrie. Ergebnisse und

Forderungen von Arbeitsgruppen und Foren einer Tagung zusammengefasst von Thomas Bock.
Psychosoziale Umschau, 3, 23-23.

Joana HOFSTADLER

Pezzlgasse.8/1 • 1170 Wien • Tel.: 0664/ 11 633 11 • Mail: joana.hofstadler@gmail.com

Lebenslauf

Persönliche Daten:

Name: **Joana HOFSTADLER**
Geburtsdaten: 1. Dezember 1984, Wartberg ob der Aist
Familienstand: ledig
Staatsbürgerschaft:: Österreich

Schulbildung:

1991 - 1994 Volksschule, Walding
1994 - 1995 Freie Waldorfschule, Linz
1995 - 1999 Hauptschule, Linz
1999 - 2004 Bundesbildungsanstalt für Kindergartenpädagogik, Linz
2004 **Matura Kindergartenpädagogik**
2004 - dato **Studium Bildungswissenschaft, Wien**
Abschluss 1.4.2012 Diplomprüfungsthemen: Personenzentrierte Psychotherapie und Sozialpädagogik

- Diplomarbeit über Personenzentrierte Psychotherapie im Zwangskontext- Grenzen und Möglichkeiten

Berufsausbildung:

2007 - 2009 New- Health Trainerin, New- Health Akademie, Siegsdorf
Ganzheitliche Gesundheitsvorsorge

Beruflicher Werdegang:

2008 - dato Ehrenamtliche Bewährungshelferin, Verein Neustart, Wien

Besondere Kenntnisse und Fähigkeiten:

EDV Grundkenntnisse, Führerschein B
Englischkenntnisse

Fortbildungen:

2008	Einschulung ehrenamtliche BewährungshelferInnen, Verein Neustart, Wien
2008	Betreuung von Migranten/Asylanten- Fragen zum Fremdenrecht. Fachtag für ehrenamtliche BewährungshelferInnen, Reinhard Möstel, Wien
2009	„Zur Sprache bringen“ Supervision und Fallreflexion für ehrenamtliche BewährungshelferInnen, Dr. Priska Juen, Spital am Pyhrn
2009 Wien	Deliktbearbeitung. Fachtag für ehrenamtliche BewährungshelferInnen, Edda Balatka,
2010 Franz Lingler, Wien	Gruppensupervision für ehrenamtliche BewährungshelferInnen- offene Gruppe, Mag.

Fortbildungen:

2004- dato	Kontinuierlicher Besuch von Selbsterfahrungsgruppen - Seminaren (Verbessertes Körperbewusstsein durch Imagination und Visualisation (Franklin-Methode®), Körperarbeit und Bewegungstraining (Franklin-Methode ®), Atem-Training, Passive und aktive Entspannungstechniken, Bewegungsorientierte Gruppenprozesse, Tanzimprovisation, Gruppendynamik, Atem- und Stimmarbeit, Schaffen einer Gruppenatmosphäre / Wahrnehmen eines Gruppenprozesses, Gesprächsführung, Aufbau einer Vertrauensbasis, Anheben und Lenken des Gruppen-Energieniveaus, Ganzheitliche Zielarbeit, Meditation und Mentaltraining, Selbstreflexion, Vergebungsritualen, Systemische Familientherapie, Kreativer Selbstausdruck, Selbstausdruck und Klärungs-Rituale, Franz Christian Traxler und Editha Schiemer, Oberösterreich
2011- dato	Selbsterfahrungseminar(Verbesserung der Wahrnehmung, Einfühlen, Meditation, Systemische Familientherapie, Claudia Ardaya- Lieb, Linz, Wels

ExpertInneninterviews

Hauptziele der Forschung

- Welche Vorteile bietet der Personenzentrierte Ansatz in der psychotherapeutischen Arbeit im Zwangskontext?
- Muss der Ansatz in der therapeutischen Arbeit im Zwangskontext adaptiert werden?
- Wenn ja: Inwiefern muss der Ansatz adaptiert werden?
- Welche Auswirkungen hat der Zwangskontext auf den therapeutischen Prozess?
- Inwieweit können Personenzentrierte PsychotherapeutInnen an der klassischen Vorgehensweisen des Personenzentrierten Ansatzes festhalten?
- Sind therapeutische Vorgehensweisen aus anderen therapeutischen Richtungen hinzuzuziehen um eine erfolgreiche Therapie möglich zu machen?
- Wenn ja: Welche Methoden und Vorgehensweisen werden hinzugezogen?
- Inwieweit waren die befragten TherapeutInnen erfolgreich in Bezug auf die Behandlung im Zwangskontext?

Anforderungsprofil

Die befragten Personen müssen dieses Kriterium erfüllen, um als InterviewpartnerInnen in Frage zu kommen:

- Personenzentrierte PsychotherapeutIn (PsychotherapeutIn unter Supervision oder mit Abgeschlossener Ausbildung) mit mindestens einer selbstdurchgeführten Therapie mit einer Klientenperson im Zwangskontext.

Interviewleitfaden

1. Wie sind sie zu ihrer Arbeit gekommen?
2. Bitte erzählen sie mir soviel wie möglich, über ihre Arbeit.
3. Was sind, aus Ihrer Sicht, die Besonderheiten bei einer Therapie im Zwangskontext, gegenüber einer Therapie mit freiwilligen Klientenperson in einer freien Praxis?
4. Welche Auswirkungen hat der Zwangskontext auf den Therapieprozess?
5. An was für Probleme und Grenzen sind Sie im Laufe der Therapie im Zwangskontext gestoßen?
6. Welche Auswirkungen haben die Rahmenbedingungen der Institutionen wie Haftanstalten, Maßnahmenvollzug oder Psychiatrie auf den therapeutischen Prozess?
7. Wie gehen sie mit der Verschwiegenheitspflicht um?
8. Inwieweit mussten Sie von Personenzentrierten Vorgehensweisen abweichen bzw. Vorgehensweisen aus anderen Therapierichtungen integrieren?
9. Welche Nachteile bzw. Grenzen gibt es beim Personenzentrierten Ansatz in diesem speziellen Setting?
10. Was macht die Personenzentrierte Psychotherapie zu einer geeigneten Therapieform für die Behandlung von Klientenpersonen im Zwangskontext?
11. Gibt es aus Ihrer Sicht noch wichtige Aspekte zu diesem Thema, die im Interview noch zu wenig thematisiert wurden?