

Von Dissozialität und Misstrauen zu Verantwortungsübernahme

Therapiebericht und Überlegungen zur Behandlung von dissozialem und misstrauischem Verhalten unter besonderer Berücksichtigung von Achtsamkeitstraining im stationären Massnahmenvollzug nach Art. 60 (Suchtbehandlung)

Diplomarbeit

am

Institut für Opferschutz und Täterbehandlung IOT

und dem

Institut für Rechtsmedizin

der Universität Zürich

zur Erlangung des Diploma of Advanced Studies (DAS)

in Forensic Science / Forensic Psychotherapy

betreut von Nico Bischoff, lic phil I

Verfasser:
Studienrichtung:

Lehrgang:
Postadresse:

Email:
Abgabedatum:

Torsten Ziesche
Forensic Science / Forensic
Psychotherapy
DAS 4 / 2009 - 2011
Heliosstrasse 33
CH-8032 Zürich
kontakt@t-ziesche.ch
27. März 2013

Inhaltsverzeichnis

Abstract

Vorwort

1 Einführung	5
1.1 Vorstellung der Institution <i>start again</i>	6
1.2 Vorstellung des Klienten	-
2 Theorie	07
2.1 Konzept der Dissozialität	08
2.2 Subtypen der Dissozialität	09
2.3 Behandlung von Dissozialität	10
2.3.1 Effektive Straftäterbehandlung	11
2.3.2 Verantwortungsübernahme durch Achtsamkeitstraining	12
2.3.2.1 Das Modell der Tiefensystemik	13
2.3.2.2 Studien zu Achtsamkeitstrainings mit Straftätern	15
2.3.3 Therapeutische Beziehungsgestaltung und Bindungsforschung	16
3 Fragestellung	17
3.1 Teilfragestellungen	19
4 Empirie – Therapiebericht	-
4.1 Therapiebericht 2011 – Vorgeschichte / Ausgangslage	-
4.2 Informationsquellen	-
4.3 Diagnostik / Persönlichkeit	-
4.4 Formales Behandlungssetting	-
4.5 Therapieverlauf ab August 2010	-
4.6 Verlauf der beruflichen Integration	-
4.7 Legalprognose	-
4.8 Beurteilung / Weiteres Prozedere	-
5 Ergebnisse	20
5.1 Beantwortung der Fragestellung	20
5.1.1 Vergleich Theorie und empirischer Fallbericht	23
6 Diskussion und Ausblick	23
6.1 Schlussfolgerungen	25
Literatur	27

Diese Veröffentlichung ist aus Datenschutzgründen gekürzt. Das Inhaltsverzeichnis wurde entsprechend angepasst. Eingereicht wurde die Diplomarbeit (einschliesslich Literaturverzeichnis) mit 44 Seiten.

Abstract

Die vorliegende Arbeit diskutiert förderliche Faktoren und Bedingungen einer forensischen Psychotherapie mit dem Ziel der Aufarbeitung und Integration von Dissozialität und Misstrauen. Im Fokus steht hierbei eine misstrauisch-feindselige Grundhaltung von Klienten. Die Arbeit basiert auf theoretischen Überlegungen und einem forensischen Therapiebericht aus dem stationären Massnahmevollzug einer Suchtbehandlung. Der Theorieteil beschreibt das Konzept der Dissozialität mit seinen in der Literatur erst wenig untersuchten Untergruppen und den sich daraus ergebenden Differenzierungen für die Behandlung. Leitend ist die Idee, dass erst ein Verständnis und die Einordnung der individuellen antisozialen Grundeinstellung des Klienten eine adaptive und effektive Therapie erlaubt. Die *Theorie der Bindungsstörung* und die damit einhergehenden Bindungsmerkmale werden neben der Spezifik der antisozialen Subtypen zum tieferen Verständnis der Ursachen von Misstrauen herangezogen. Als vielversprechende Faktoren zur Förderung von Verantwortungsübernahme werden *achtsamkeitsbasierende Therapieformen* vorgestellt. Näher wird auf das Modell der *Tiefensystemik* mit den zentralen Kernelementen Konzentration und Achtsamkeit, Biografiearbeit, systemische (Familien-) Therapie und Selbsthilfegruppen eingegangen, das eine Integration von Achtsamkeitsansätzen und professioneller Therapie versucht.

Vorwort

Während meiner über achtjährigen Arbeit im Kompetenzzentrum für Suchttherapie *start again* mit Klienten die eine stationäre therapeutische Massnahme nach Art. 60 StGB-CH erhalten haben, fielen mir immer wieder signifikant spezifische Verhaltensweisen auf, die Massnahmeklienten von ihren anderen Mitklienten mit einer Suchterkrankung unterschieden. Dazu gehörten zu Beginn der Therapie oft Überangepasstheit, wenig Eigeninitiative in der therapeutischen Mitarbeit und später das Beharren auf eigenen Normen und Regeln bei gleichzeitigem Ignorieren der therapeutischen Vorgaben. Dies wies auf Problemfelder hin, wie sie der Diagnose einer *dissozialen Persönlichkeitsstörung* (F60.2) nach ICD-10 (Dilling et al. 1991) zugeschrieben werden, zu der auch eine deutlich verantwortungslose Haltung, die Missachtung sozialer Normen, Regeln und Verpflichtungen sowie fehlendes Schuldbewusstsein gehören. Taucht nun zusätzlich zu dieser Diagnose im therapeutischen Setting starkes Misstrauen auf Seiten des Klienten auf und nimmt folgend einen dominanten Faktor ein, bedarf es besonderer therapeutischer Fähigkeiten und Kompetenzen (vgl. therapeutische Haltungen bei Mindell 1995). Therapeuten und Team sind dann gefordert, ihre Interventionen fallspezifisch zu überprüfen und auf die spezielle dissoziale Ausprägung hin auszurichten. Dies ist etwa der Fall, wenn Misstrauen sich auf verschiedenen Ebenen der stationären Zusammenarbeit zeigt und sich nicht über den professionellen Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung im Laufe der ersten Monate beheben lässt. Im Klientenbeispiel aus dem Therapiebericht hatte ich als therapeutische Bezugsperson – am Anfang meiner forensisch-psychotherapeutischen Ausbildung stehend – aufgrund der Vorgeschichte des Klienten den Auftrag, besonders streng auf Regelverstösse zu achten und den Klienten damit zu konfrontieren. Diese therapeutische Haltung traf auf einen Menschen, der neben einer ausgeprägten Dissozialität, zusätzlich ein biografisch bedingtes ängstlich-misstrauisches Vermeidungsverhalten mitbrachte, wobei die ängstlichen Symptome nicht als von aussen erkennbar in Erscheinung traten. Diese am Anfang der Therapie zu wenig erkannte Konstellation torpedierte das notwendige therapeutische Vertrauensverhältnis und förderte stattdessen das Misstrauen des Klienten. Es war erforderlich die therapeutische Herangehensweise grundlegend zu überprüfen. Diese notwendige Auseinandersetzung – das Ringen um den Aufbau einer vertrauensvollen Klienten-Therapeuten Beziehung – war einerseits meine Initiation als forensischer Psychotherapeut und veranschaulichte gleichzeitig die Komplexität in der psychotherapeutischen Arbeit mit Straftätern.

1 Einführung

Die Basis dieser Arbeit bilden ein forensischer Therapiebericht und das zugehörige Gutachten. Diese umreißen die Ausgangslage für darauf aufbauende theoretische Überlegungen, die einerseits dazu dienen sollen, das forensisch-psychotherapeutische Lernfeld im Bereich Verantwortungsübernahme zu erweitern. Andererseits können die Überlegungen einen Beitrag leisten, mögliche zukünftige Fallen der anspruchsvollen Behandlung von Massnahmeklienten, im Kontext von Dissozialität und Misstrauen, zu umgehen. Im Therapiebericht geht es um einen 29-jährigen Klienten (Herr M.), der wegen Handel mit Heroin in den stationären Massnahmevollzug nach Art. 60 StGB eingewiesen wurde. Zusätzlich wurde bei ihm die Diagnose einer dissozialen Persönlichkeitsstörung gestellt. Der Fall dient als Referenzbeispiel für einen möglichen Umgang mit dissozial-misstrauischen Verhalten. Der Bericht behandelt das zweite Jahr seiner therapeutischen Massnahme, in dem Herr M. bereits grosse Teile seines dissozialen und misstrauisch-feindseligen Verhaltens ablegen konnte. Zur Verringerung des Abwehrverhaltens spielte die tägliche konzentrierte Achtsamkeitsschulung und der Besuch von zehntägigen Vipassana-Meditationskursen eine bedeutsame Rolle. Dadurch war es Herrn M. möglich, schrittweise eine neue Einstellung zur Therapie als solcher und zur Entwicklung von Vertrauen anzunehmen.

Vor dem Therapiebericht und den Fragestellungen beschreibt der Theorieteil das Konzept der Dissozialität mit seinen in der Literatur erst wenig untersuchten Untergruppen und den sich daraus ergebenden Differenzierungen für die Behandlung. Ein wichtiges Anliegen dieser Arbeit ist es, dass zunächst ein Verständnis der handlungsrelevanten Ursachen von antisozialen Verhalten vorliegt, um danach Klienten fallspezifisch behilflich sein zu können, sich von ungünstigen Handlungsmustern wie Vermeidungsverhalten in der Beziehungsgestaltung zu lösen. Dahinter steckt die Idee, dass erst ein Verständnis und die Einordnung der individuellen antisozialen Grundeinstellung des Klienten es erlaubt, diesem effektiv zu helfen. Hierzu gehört der Aufbau einer tragfähigen und mit minimalen Vertrauensvorschuss ausgestatteten Klienten-Therapeuten-Beziehung auf deren Boden weitere Behandlungserfolge und Integrationschritte möglich werden.

Bei der Beschreibung der Ursachen von Misstrauen werden neben der Spezifik der antisozialen Subtypen auf die *Theorie der Bindungsstörung* (Bowlbys 1976, 1983; Brisch 2007) und die Zusammenhänge von *Bindungskonzepten und Persönlichkeitsstörungen* (Strauß 2008) aufgegriffen.

Als Theoriehintergrund zur Verantwortungsübernahme werden verschiedene *achtsamkeitsbasierende Therapieformen* vorgestellt. Detaillierter wird auf das Modell der *Tiefensystemik* mit seinen zentralen Kernelementen der Entwicklung von Konzentration und Achtsamkeit (Gürtler, Studer und Scholz 2010; Studer 1998) eingegangen, da dieses als

zentraler Bestandteil des therapeutischen Konzepts in *start again* zur Anwendung kommt. Die Zielsetzung der *Tiefensystemik* ist die (schrittweise) Wiederherstellung beschädigter Autonomie im defizitären Fall.

Seit 2009 wird im *start again* der deliktorientierte Therapieansatz mit seiner Kombination aus deliktorientierten Behandlungselementen und individuell auf den Klienten zugeschnittener Therapie (Urbanik 2003) angewendet und ergänzt das 4-Säulen Modell der tiefensystemischen Therapie. Dieses Säulenmodell beinhaltet systemische Suchttherapie und Biografiearbeit (Einzel, Gruppe und Familie), Selbsthilfeangebote, Achtsamkeitsschulung und Alltag als Therapie/ Therapie als Alltag im Sinne der therapeutischen Wohngemeinschaften (*start again* 2011). Die Fragestellung, die in dieser Arbeit gestellt und diskutiert wird, geht davon aus, dass der Achtsamkeitsschulung einen mitentscheidenden Beitrag zur Verantwortungsübernahme des Klienten zukommt. Achtsamkeit wird hier als zusätzliches Element neben traditionelleren Ansätzen wie konfrontativer Arbeit angesichts delinquenten und dissozialer Verhaltensweisen sowie haltgebender Beziehungsarbeit zur Überwindung der Bindungsstörung und des Misstrauens behandelt. Die spezielle Rolle von Achtsamkeit liegt darin begründet, dass es ein reiner Erfahrungsansatz ist, durch den Praktizierende in sich und aus der eigenen Erfahrung heraus etwas über das eigene Denken, Fühlen und Handeln lernen können. Dies fördert die Eigenständigkeit und die Loslösung von ungünstigen Handlungsmustern, erfordert aber auf der anderen Seite eine große Disziplin im Üben und – besonders im therapeutischen Kontext – eine regelmässige Betreuung der Klienten.

Verantwortungsübernahme im Rahmen dieser Arbeit ist als eine intrinsische Haltung zur Übernahme von Handlungsverantwortlichkeit zu verstehen, sowohl für das eigene delinquente Handeln und dissoziale Verhalten in der Vergangenheit als auch für die Form der Beziehungsgestaltung im Hier-und-Jetzt. Das speziell in der Straftätertherapie diskutierte Thema der Wiedergutmachung wird hier nicht behandelt.

1.1 Vorstellung der Institution *start again*

Herr M. vollzog seine stationäre Massnahme im Zentrum für Suchttherapie *start again*, das sich inmitten von Zürich befindet. *start again* ist ein Kompetenzzentrum für ambulante und stationäre Suchttherapie und bietet maximal 20 süchtigen Menschen die Möglichkeit, ihre Süchtigkeit zu bearbeiten und langfristig aus ihrer Sucht auszusteigen. *start again* verfolgt einen abstinenzorientierten Ansatz ohne Substitutionsmedikation. Seit zwanzig Jahren werden im *start again* Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung bei ihrer beruflichen und sozialen Wiedereingliederung unterstützt und begleitet. Die Grundlage der Arbeit ist ein wissenschaftlich fundiertes Behandlungskonzept, die *Tiefensystemik* (Gürtler et al. 2010). Das Gesamtkonzept *start again* wurde von Studer (1998) empirisch über mehrere Jahre

hinweg im Rahmen einer vom Bundesamt für Justiz (BAJ) finanziell geförderten Studie positiv evaluiert. Das tiefensystemische Konzept von *start again* umfasst die vier Säulen:

- Systemische Therapie (Einzel, Gruppe, Paar, Familie)
- Einbindung von Selbsthilfegemeinschaften (NA, RRS)
- Achtsamkeitsschulung und Meditation (Anapana-sati und Vipassana)
- Alltag als Therapie/ Therapie als Alltag (wieder-/ entdecken von Talenten und Fähigkeiten)

Hinzu kommt Deliktorientierte Therapie (DOT) und Skillstraining (DBT), wöchentliches Aikidotraining, Yogakurse, Sport- und Kunsttherapien sowie Intensivwochen zu verschiedenen Themenbereichen. Weiter findet wöchentlicher Einzelunterricht für jede Klientin und jeden Klienten zur Förderung der angestrebten beruflichen Integration und zur Aufarbeitung defizitärer Schulbildung statt (*start again* 2011).

Die professionelle therapeutische Arbeit wird fallspezifisch im Dialog mit den Klienten durchgeführt und beinhaltet die Bearbeitung der individuellen Suchtstrukturen und Lebensthemen. Innerhalb der Selbsthilfe wird der suchtypische Lebensstil thematisiert und die Meditation (Anapana-sati bzw. Vipassana) „zielt auf eine sukzessive, methodisch kontrollierte Reduktion von Süchtigkeit ab“ (Studer 1997, S. 8). Nach einer ca. 6-wöchigen Ankommens- und Kennenlernzeit werden innerhalb einer Fallkonferenz, bei der das zuvor erhobene Genogramm analysiert wird, individuelle Therapiepläne und Therapieziele erstellt. Die berufliche und soziale Reintegration wird sozialdienstlich begleitet. Nach dem stationären Aufenthalt, der durchschnittlich eineinhalb Jahre dauert (Massnahmeklienten können bis zur gesetzlichen Höchstdauer von drei Jahren stationäre Therapie erhalten), wird eine Nachbetreuung angeboten.

1.2 Vorstellung des Klienten

- aus Datenschutzgründen nicht zur Veröffentlichung bestimmt -

2 Theorie

Der Theorieteil der Arbeit umfasst die folgenden Konzepte:

- Dissozialität mit ihren Untergruppen und entsprechenden Behandlungsgrundsätzen für eine effektive Straftäterbehandlung.
- Zum Thema Entwicklung von Verantwortungsübernahme werden achtsamkeitsbasierende Behandlungsansätze (Mindfulness based therapy) und das Modell der *Tiefensystemik*, wie es im *start again* angewendet wird, vorgestellt.
- Die *Bindungstheorie* und der Zusammenhang von schwierigen frühkindlichen Erfahrungen mit späteren Problemen der Emotionsregulierung, die sich in

verschiedenen Bindungsmustern ausdrücken. Das Wissen um Subtypen der Dissozialität und um die verschiedenen Bindungsmuster der antisozialen Persönlichkeitsstörung führt zu differenzierenden Zugängen der therapeutischen Beziehungsgestaltung.

2.1 Konzept der Dissozialität

Das Konzept der Dissozialität beschreibt sozial auffällige, nämlich dissoziale oder antisoziale Verhaltensweisen, die sich bereits in Kindheit und Jugendalter zeigen und in einer entsprechenden Persönlichkeitsstörung (PS) im Erwachsenenalter münden. Dass heisst, wir sprechen von Menschen, die durch ein „fortgesetztes und allgemeines Sozialversagen“ (Hartmann 1970 in Rauchfleisch 1999, S.17) auffallen und sich dauerhaft mit antisozialen Verhalten in dissozialen Milieus bewegen. Als Grundlage gelten in dieser Arbeit die Beschreibungen der Internationalen Klassifikation von psychischen Störungen (ICD-10 Kapitel V, Dilling et al. 1991) herausgegeben von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und das Klassifikationssystem der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA), DSM-IV-TR (Saß et al. 2003). Beide Klassifikationssysteme haben sich in ihren neusten Versionen stark angenähert. Im Klassifikationssystem ICD-10 ist die *dissoziale Persönlichkeitsstörung* (F60.2) gekennzeichnet durch einen Mangel an Empathie gegenüber den Gefühlen anderer sowie durch deutliche wiederkehrende Verantwortungslosigkeit und Missachtung sozialer Normen, Regeln und Verpflichtungen. Diese Menschen sind unfähig zur Aufrechterhaltung dauerhafter Beziehungen obwohl keine Schwierigkeiten bestehen, Beziehungen einzugehen. Ferner haben sie eine sehr geringe Frustrationstoleranz sowie eine erniedrigte Hemmschwelle für aggressives und gewalttätiges Verhalten. Den Personen fehlt ein Schuldbewusstsein und sie sind unfähig aus negativen Erfahrungen – insbesondere Strafen – zu lernen. Stattdessen besteht die deutliche Neigung andere zu beschuldigen oder plausible Rationalisierungen für das eigene Verhalten anzubieten, durch welches sie in einen Konflikt mit der Gesellschaft und ihren Regeln geraten sind. Die diagnostischen Kriterien der *antisozialen Persönlichkeitsstörung* (301.7 im DSM-IV-TR) sind etwas anders akzentuiert. Die Störungen des Sozialverhaltens sollten bereits vor dem 15. Lebensjahr erkennbar sein und schliessen Schuleschwänzen, Fortlaufen von zu Hause, häufiges Lügen, Diebstahl, Brandstiftung und absichtliche Zerstörung von Eigentum ein. Im Erwachsenenalter setzt sich das unverantwortliche und antisoziale Verhalten fort und zeigt sich in wiederholten Handlungen, die einen Grund für eine Festnahme darstellen. Hierzu gehören: Falschheit, wiederholtes Lügen, Betrügen anderer, Impulsivität, das Versagen für vorausschauende Planung, Reizbarkeit und Aggressivität, die sich in wiederholten Schlägereien oder Überfällen ausdrückt, rücksichtslose Missachtung der eigenen Sicherheit und der Sicherheit anderer, durchgängige Verantwortungslosigkeit, die sich im wiederholten Versagen zeigt,

eine dauerhafte Tätigkeit auszuüben oder finanziellen Verpflichtungen nachzukommen. Weitere Symptome sind Gesetzesübertretungen, Gereiztheit und körperlich aggressives Verhalten, Nichtbezahlen von Schulden sowie Rücksichtslosigkeit. Die Person zeigt keinen Respekt vor der Wahrheit und ist zur Reue nicht fähig, was sich in Gleichgültigkeit oder Rationalisierungen äußert, wenn die Person andere Menschen gekränkt, misshandelt oder bestohlen hat.

2.2 Subtypen der Dissozialität

Bachim (2008) hat in einer Metaanalyse zu Behandlungseffekten bei Störungen des Sozialverhaltens Untergruppen von aggressivem und antisozialen Verhalten unterschieden. Das „instrumentell-dissoziale Verhalten“ zeigt sich im Streben nach Geld, Macht und materiellem Gewinn. Die sozial gestörte Person verspürt dabei keinen Leidensdruck und eine Veränderungsbereitschaft ist nicht zu erkennen. Diese Art des antisozialen Verhaltens wird in vielen gesellschaftlichen Gruppen toleriert und als natürlicher Konkurrenzkampf gedeutet. So kann sie sogar der gesellschaftlichen Norm entsprechen. Zu dieser Untergruppe der dissozialen Persönlichkeit gehören Menschen nach dem *Psychopathiekonzept* (PCL-R) nach Hare (1991), mit den vier Faktoren wie:

1. arrogant, hinterlistig, manipulativ (interpersonell),
2. fehlende emotionale Ansprechbarkeit, Mangel an Schuldgefühlen (affektiv),
3. impulsiver und verantwortungsloser Lebenswandel (Lebensstil) und
4. antisoziales Verhalten (antisozial).

Die geringe emotionale Ansprechbarkeit wird als Kerndefizit der Psychopathie beschrieben. Die Personen zeichnen eine starke Rücksichtslosigkeit aus. Sie sind mit einem oberflächlichen Charme ausgestattet und entwickeln grosse Fähigkeiten, andere zu manipulieren und auszubeuten. D.h. sie können Empathie vortäuschen, diese aber nicht empfinden.

Eine aktuelle Studie von Gregory et al. (2012) identifiziert Unterschiede der kortikalen grauen Substanz im Hirnoberflächengewebe (GM) zwischen Dauerstraftätern, die die Kriterien einer antisozialen Persönlichkeitsstörung *mit* psychopathischen Syndromen (ASPD_P) erfüllen und solchen für die nur die Kriterien der antisozialen Persönlichkeitsstörung (ASPD-P) gelten. Straftäter mit ASPD_P zeigten deutlich reduzierte GM-Mengen innerhalb von Hirnbereichen, die mit emphatischer Verarbeitung, moralischem Denken und Verarbeitung von pro-sozialen Emotionen wie Schuld und Scham assoziiert werden. Möglicherweise tragen sie zu den starken Abnormitäten im Sozialverhalten, wie sie in der Psychopathie beobachtet werden, bei. Gregory et al. (2012, S. 962) betonen: „Die Beweise von robusten strukturellen Gehirn-Unterschieden zwischen dauerhaft gewalttätigen Männern mit und ohne Psychopathie addieren sich zu dem Beweis, dass Psychopathie einen

abgegrenzten Phänotyp repräsentiert. Dieses Wissen kann die Forschung der Ätiologie von dauerhaft gewalttätigem Verhalten erleichtern.“

Bachim (2008) beschreibt als weitere Untergruppe das „impulsiv-feindselige“ Verhalten, das sich in Form einer niedrigen Handlungskontrolle, starker kognitiver Verzerrungen und Impulsivität zeigt. Das antisoziale Verhalten dieser Personen ist spontan und ungeplant, nicht bewusst und wenig reflektiert. Die Personen fühlen sich schnell bedroht bzw. provoziert und reagieren aufgrund ihrer geringen Frustrationstoleranz häufig aggressiv.

Das „ängstlich-aggressive Verhalten“ findet sich bei Personen, die im Alltag introvertiert, ängstlich, schüchtern oder depressiv erscheinen. In Extremsituationen können sie aggressive Ausbrüche hervorbringen, welche das Gewalttätigkeitsausmaß der anderen Untergruppen noch übersteigen können. Außerhalb ihrer Ausbrüche zeigen sie sich meistens beherrscht und wenig auffallend. In der Vergangenheit kommen oft traumatische Erlebnisse vor. Im Alltag der Straftäterbehandlung finden sich häufig Mischungen der ersten beiden Gruppen.

DeBrito und Hodgins (2009) haben sich intensiv mit dem Befund der antisozialen Persönlichkeitsstörung auseinandergesetzt und zahlreiche Studien zu diesem Syndrom ausgewertet. Sie beschreiben Untergruppen dieses früh manifesten, lebenslangen Verhaltens, die durch komorbide Störungen, unterschiedliche Persönlichkeitszüge und verschiedene Angst- und Emotionsverarbeitung identifiziert werden können. So nehmen sie an, dass die Hälfte von Kindheit an durch Ängstlichkeit sowie durch anhaltendes antisoziales Verhalten charakterisiert wird. Die andere Hälfte hingegen hat ein normales bis niedriges Angstniveau mit psychopathischen Persönlichkeitszügen von unterschiedlichem Ausmass, einschliesslich einer Untergruppe, die die Kriterien der Diagnose Psychopathie erfüllen. Sie unterscheiden:

1. ängstliches antisoziales Verhalten, 2. angstfreies, geringgradig psychopathisches antisoziales Verhalten und 3. Personen mit dem Vollbild von Psychopathie. Sie unterscheiden das Verhalten im Hinblick auf die Häufigkeit und Art der Delinquenz aber auch in Hinblick auf ätiologische Mechanismen.

2.3 Behandlung von Dissozialität

Vorweg ist zu erwähnen, dass es Befunde von Unbehandelbarkeit der Dissozialität gibt und dass sowohl Personen mit einem hohen PCL-R Kennwert sowie Personen mit der Diagnose einer antisozialen Persönlichkeitsstörung eine höhere Wahrscheinlichkeit für einen Therapieabbruch aufweisen (Oliver et al. 2011). Die Behandlung wird allgemein als langwierig und mit höchsten Anforderungen an den Therapeuten beschrieben (Petermann 2007). Motivationshindernisse der Klienten sind nach Stolpmann (2001): Zweifel an der Wirksamkeit der Therapie und starkes Misstrauen gegenüber der Institution. Nach Wöller

(2011, S. 263) müssen Therapeuten sich im Kontakt mit dissozialen Personen auf ihre „Verachtung von Schwäche und Sentimentalität“ vorbereiten, sowie dass diese Personen in der therapeutische Begegnung einen Kampf gegen die Welt sehen, der unbedingt geführt werden muss.

Die allgemeine Behandlung von Straftätern unterscheidet sich in ihrer Zielrichtung von herkömmlichen Therapieformen, in denen die Heilung oder zumindest die Verringerung des subjektiven Leiden des Klienten im Mittelpunkt steht. Bei Straftätern zielt die Behandlung auf die Verringerung des antisozialen, delinquenten Verhaltens und damit auf die Verminderung des Rückfallrisikos (Pfäfflin 2006). Für eine wirksame Behandlung gelten die seit der Metanalyse von Andrews et al. (1990) beschriebenen drei Hauptprinzipien: (1) Die therapeutische Massnahme muss auf das Rückfallrisiko abgestimmt werden (*Risikoprinzip*). (2) Die Behandlung orientiert sich an den speziellen kriminogenen Faktoren und antisozialen Einstellungen, die zur Delinquenz geführt haben (*Bedürfnisprinzip*). (3) Die Behandlungsmethode fragt nach der Ansprechbarkeit des Klienten und seinen individuellen Fähigkeiten, bestimmte Therapieformen auch nutzen zu können (*Ansprechbarkeitsprinzip*).

Urbaniok (2003) legt Prinzipien der Straftäterbehandlung fest, wie das klare Ziel der Verminderung von Rückfallrisiken. Weitere Prinzipien sind Transparenz, Offenheit und Respekt sowie die Förderung von Selbständigkeit und Eigenverantwortung. Sein deliktorientierter Therapieansatz zielt vor allem auf die Erhöhung der Steuerungsfähigkeit und die Verminderung der Deliktmotivation.

2.3.1 Effektive Straftäterbehandlung

Effektive Straftäterbehandlung berücksichtigt die oben beschriebenen Prinzipien und stellt das spezifische Rückfallrisiko des Klienten, seine antisozialen Einstellungen und seine individuelle Persönlichkeit in den Mittelpunkt der forensischen Psychotherapie. Dabei macht es Sinn, den antisozialen Subtyp in die Behandlung mit einzubeziehen, da wie De Brito und Hodgins (2009) erklärten, verschiedene Subtypen, verschiedene komorbide Störungen und vor allem starke Unterschiede im Angst- und Psychopathieniveau aufzeigen und somit verschiedene Akzentuierungen der Behandlung benötigen. So erfordert der ängstlich, antisoziale Subtyp eine andere Betonung des therapeutischen Vorgehens wie Subtyp zwei und drei mit angstfreiem psychopathischem Verhalten. De Brito und Hodgins (2009) verweisen auf Studien, die gezeigt haben, dass fast die Hälfte der Personen mit einer antisozialen Persönlichkeitsstörung auch die Kriterien für mindestens eine Angststörung erfüllen (Goodwin und Hamilton 2003). Auch waren Personen mit einer antisozialen Persönlichkeitsstörung und einer Angststörung anfälliger für Depressionen, Substanzmissbrauch und Suizidgedanken (Sareen, Stein, Cox und Hassard 2004).

De Brito und Hodgins (2009) stellen zudem eine interessante genetische Hypothese

auf, die sowohl dem Therapeuten als auch dem Klienten helfen kann, mehr Verständnis für das zu bearbeitende Verhalten zu entwickeln, ohne aber gleichzeitig dem Klient die Verantwortung für sein antisoziales Verhalten abzunehmen. Nach ihnen sind Straftäter des ängstlichen Subtyps mit frühen manifesten, lebenslang stabilen antisozialen Verhaltensmustern Träger der niedrigaktiven Variante des MAO-A Gens und/ oder des Serotonin-Transporter-Gens (5HTTLPR). Diese Gene übertragen eine Vulnerabilität für überschüssendes Verhalten. Misshandlungen in einer sensiblen Entwicklungsperiode verändern ihre biologischen Stressantwortsysteme und machen sie gegenüber ihrer Umgebung chronisch hyperreaktiv. Dies verstärkt ihre habituelle Tendenz, andere Menschen misstrauisch und feindselig zu betrachten. Im Erwachsenenalter wäre ein Individuum geformt, das andere Menschen als bedrohlich wahrnimmt und gleichzeitig in sich emotional instabil ist. Aus dieser Sicht kommen diese ängstlich-antisozialen Persönlichkeiten dank ihrer emotionalen Ansprechbarkeit und ihres deutlichen Leidensdrucks, im Sinne dieser Arbeit, eher in Betracht, sich auf den langwierigen Prozess der Veränderung von stabilen dissozialen und misstrauischen Verhaltensmustern – hin zu mehr Verantwortungsübernahme – einzulassen.

2.3.2 Verantwortungsübernahme durch Achtsamkeitstraining

Die Verminderung des Rückfallrisikos als übergeordnetes Behandlungsziel in der Straftätertherapie (Urbanik 2003; Pfäfflin 2006) wurde bereits oben beschrieben. Urbanik und das Zürcher PPD-Modell (2003) legen in ihren deliktorientierten Therapieansatz Offenheit, Respekt sowie die Förderung von Selbständigkeit und Eigenverantwortung als weitere Prinzipien der Behandlung fest. Die Bearbeitung der einzelnen von ihnen beschriebenen Behandlungselemente benötigt neben einer entsprechenden Ausbildung des Therapeuten ein gewisses Training von Wahrnehmung und Achtsamkeit des Klienten, damit er mitarbeiten kann. Diese Elemente finden sich zum Teil in ähnlicher Weise auch in anderen Behandlungsprogrammen wieder. Hierzu gehören das Lernen von Offenheit, die Ausbildung einer Täteridentität, die Offenlegung von Dunkelfelddelikten, die Deliktrekonstruktion, die Aufhebung kognitiver Verzerrungen und das Steigern der affektiven Kompetenz, die wiederum die Empathie für das Opfererlebens ermöglicht. Dies alles erfordert den Aufbau und die Etablierung eines permanenten Wachsamkeitspegels. Auf Seiten des Therapeuten erfordert dies eine grosse Selbsterfahrung mit dem selben Gegenstand, um Klientenerfahrungen richtig einordnen zu können.

Soeder (2007) beschreibt Achtsamkeit innerhalb psychotherapeutischer Anwendungen zum einen als Aufmerksamkeit nach innen. Hierzu gehören das eigene Erleben, das Empfinden, die eigenen Gedanken und Gefühle. Andererseits bezeichnet es eine innere Haltung, die bemerkt, was gerade passiert ohne sofort reagieren zu müssen. Es entsteht

eine Bereitschaft zum aktiven „Nicht-Tun“, was nicht mit Passivität verwechselt werden darf. Vielmehr kennzeichnet dies eine aktive Haltung des Nichtanhängens. Verantwortungsübernahme zeigt sich so zum Beispiel dadurch, dass der Klient seine gewohnten, nach aussen gerichteten Automatismen erkennt. Anstatt nun gewohnheitsmässig impulsiv zu reagieren, kann der Klient seine wirklichen Gefühle, Empfindungen und Gedanken bemerken und sich so ein Zeitfenster eröffnen, in dem er statt Impulsen blind nachzugeben, verantwortungsvoll handeln kann bzw. Impulsen einfach nicht nachgeht. Teasdale et al. (1995) definieren das Ziel von Achtsamkeitstrainings, nicht den Inhalt der Gedanken zu verändern, so wie es in kognitiven Therapien geschieht, sondern eine andere, nicht-verurteilende Haltung oder Beziehung zu aufsteigenden Gedanken, Gefühlen und Empfindungen zu entwickeln.

Nach Heidenreich und Michalak (2004) hat sich das Prinzip Achtsamkeit in den letzten Jahren in verschiedenen psychotherapeutischen Behandlungsverfahren als sinnvoll und effektiv erwiesen. Ein Beispiel ist die erfolgreiche Anwendung der Dialektisch-Behavioralen Psychotherapie (DBT) in der Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen (Linehan 1996). In den therapeutischen Trainings der DBT lernen die Klienten Emotionen wahrzunehmen und zu akzeptieren, Spannungen und Unbehagen auszuhalten und negativen Reizen die Aufmerksamkeit zu entziehen (Linehan 1996). Die Anwendung der DBT im forensischen Kontext findet sich mehrfach in der Literatur (u. a. Evershed et al. 2003).

Bei generalisierten Angsterkrankungen wird die Acceptance and Commitment Therapy (ACT) (Hayes et al. 1999) angewendet. Die Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) findet Anwendung bei depressiven Erkrankungen (Segal, Teasdale und Williams 2002) und in der Behandlung von sexuellen Hoch-Risiko-Fantasien innerhalb der forensischen Psychotherapie (Wick und Schmitt 2012).

2.3.2.1 Das Modell der Tiefensystemik

Das Modell der *Tiefensystemik* (Gürtler et al. 2010) das in der Suchttherapie im Kompetenzzentrum *start again* in Zürich zur Anwendung kommt, wurde ursprünglich von Gerhard Scholz und Sergio Mantovani als ein therapeutisches Modell zur Bearbeitung von Süchtigkeit entwickelt. Das heutige Modell beschreibt, wie auf der Basis von Empathie in einer „systematisch methodisch kontrollierten Weise“, den Klienten geholfen wird, eigene mentalen Modelle zu hinterfragen und zu verändern (Gürtler et al. 2011, S. 168 ff.). Es gibt vier grundlegende Elemente der *Tiefensystemik*.

1. *Rekonstruktive Arbeit* meint die Auseinandersetzung mit der eigenen Biografie innerhalb der systemischen Suchttherapie (Basis ist der Meilener Ansatz von Welter-Enderlin und Hildenbrand 1996). Die rekonstruktive Arbeit wird als eine fallspezifische

Zugangsweise verstanden, um trotz gleicher Hauptthematik (Sucht) der Komorbidität der verschiedenen Klienten Rechnung zu tragen.

2. *Coopetition*, verknüpft Kooperation und Konkurrenz wie sie nicht nur in therapeutischen Gruppen und Wohngemeinschaften erlebt werden, sondern auch in Familien oder beruflichen Kontexten. Hierzu gehört die Peers Arbeit der Selbsthilfegruppen von Narcotics Anonymous (NA) und Anonymen Alkoholiker (AA) bzw. der RRS (Rational Recovery Systems).
3. Das dritte Element sind *Fertigkeiten und Fähigkeiten* und zielt auf die Qualifikationen und Kompetenzen ab, die ein Mensch sich durch Ausbildung, Beobachtung, Nachahmung, etc. erwerben kann und die ihn zum Experten werden lassen.
4. Als viertes – zentrales Kernelement – werden *Techniken zur Entwicklung von Konzentration bzw. Achtsamkeit und Weisheit* beschrieben. Die Bearbeitung der Süchtigkeit erfolgt dabei über die Technik der Meditation. Durch Konzentration auf den ein- und ausströmenden Atem wird Achtsamkeit entwickelt (Anapanasati-Meditation). Die Selbstbeobachtung (Vipassana-Meditation) von mentalem Begehren und körperlichen Empfindungen führt zum Erkennen der eigenen Suchtmuster und damit zu einem Stück Weisheit über sich selbst und die eigenen inneren Zusammenhänge. Die zweimal tägliche Meditation, eine halbe bis ganze Stunde morgens und abends, ist als Training der Achtsamkeit integraler Bestandteil der Suchttherapie. Auf freiwilliger Basis können Klienten innerhalb ihrer stationären Suchttherapie oder therapeutischen Massnahme 10-tägige Kurse in einem externen Vipassana-Zentrum besuchen.

Gürtler et al. (2010) beschreiben die Wirksamkeit des Therapiekonzepts gerade auch für forensische Klienten innerhalb ihrer Massnahmebehandlung. Eine vom schweizerischen Bundesamt für Justiz (BAJ) geförderte Langzeitsstudie des *start again* zwischen 1992–1998 (Studer 1998, 1999) fand heraus, dass es keine statistischen Unterschiede hinsichtlich des Therapieerfolgs zwischen Massnahme- und "normalen" Klienten gab. Es zeigte sich, je länger die fallspezifisch begründete Verweildauer war, desto größer waren die Rehabilitationserfolge. Die lange Verweildauer aufgrund der Massnahme erlaubte es den Massnahmeklienten, Misstrauen ab- und Vertrauen in die Institution aufzubauen. Insofern war es möglich, dass Massnahmeklienten vergleichbare Erfolgsquoten wie „normale“ Klienten aufwiesen. Da Massnahmeklienten aufgrund der Massnahme länger in der Einrichtung waren, ergab sich, dass „Massnahme an Therapie bindet und sich dies durchaus günstig auf den Therapieerfolg auswirkte“ (Studer 1999, S.12). Die Langzeitstudie bestätigt eine Verhaltensänderung hin zu gesteigerter Eigenverantwortung (ergibt sich aus dem Therapieerfolg) bei ~2/3 aller Klienten. Die Überprüfung fand nicht aufgrund von Selbsteinschätzungen statt, sondern beschreibt verschiedene konservative,

verhaltensbasierende Erfolgskriterien von Genesung, inkl. Vergleiche von Subgruppen. Methodisch wurde die Studie entlang bayesischer Statistik zum Schätzen von Wahrscheinlichkeiten bei kleinen Stichproben durchgeführt (Bretthorst 1993). Dieser Ansatz erlaubt es, auch bei kleinen Stichproben konsistente und präzise Schätzungen (z.B. zu Erfolgsquoten) durchzuführen. Die Studie identifiziert die Teilnahme an externen 10-tägigen Vipassana-Kursen als einen bedeutsamen Prädiktor für ein verringertes Risiko von schweren Rückfällen, nicht jedoch als einen isolierbaren singulären Prädiktor von Erfolg. Zusammenfassend kommt Studer (1998) zu dem Schluss, dass es das Therapieprogramm als Ganzes ist mit den einzelnen Facetten der *Tiefensystemik*, welches für die therapeutische Wirksamkeit von *start again* verantwortlich ist. Hingegen ist es bemerkenswert, dass in Krisenzeiten die Praxis von Vipassana eine wichtige Rolle spielt. Dies kann so interpretiert werden, dass für den Erfolg viele verschiedene Faktoren (oder das Gesamte) notwendig sind, aber es kann auch ein einzelner Faktor, z.B. Vipassana für einen Therapieerfolg ausschlaggebend sein.

2.3.2.2 Studien zu Achtsamkeitstrainings mit Straftätern

Samuelson et al. (2007) untersuchten in sechs Gefängnissen in Massachusetts bei 1350 Insassen vor und nach achtsamkeitsbasierten stressreduzierenden Kursen (n=113) die Veränderungen von Feindseligkeit, Selbstwertgefühl und Stimmungsstörungen. Die Ergebnisse zeigen bedeutende Verbesserungen im Pre-Post Vergleich. Sie ermutigen zu weiteren Studien und verstärktem Einsatz von achtsamkeitsbasierter Stressreduzierung in Gefängnissen.

Himelstein (2011) überprüfte die empirische Forschung und ausgewählte Dissertationen und Diplomarbeiten bezüglich der Wirkung von verschiedenen meditationsbasierten Programmen für inhaftierte Personen. Dabei wurde festgestellt, dass u.a. achtsamkeitsbasierte Stressreduktion und 10-tägige Vipassana-Retreats die Mehrheit der Forschung ausmachten. Die Verbesserung des psychischen Wohlbefindens, die Abnahme des Substanzkonsums und der Rückgang der Rückfallquote, spreche für meditationsbasierte Programme als Erweiterung innerhalb der Rehabilitation für Straftäter.

Nachdem 1975 in Indien ein erster Vipassana-Meditationskurs in einem Gefängnis stattfand, untersuchten Chandiramani et al. (1995) und Kishore et al. (1995) in mehreren wissenschaftlichen Studien Auswirkungen der Vipassana Meditation auf die psychische Gesundheit der Häftlinge. Neben der Verbesserung der Rückfallquote ergaben die Ergebnisse positive Veränderungen bei den meisten untersuchten Parametern. Hierzu gehören Einstellung zum Gesetz, Feindseligkeit, Ängste und Depression (ausführliche Beschreibung einschliesslich Limitierungen unter <http://www.vridhamma.org/Research-on-inmates-of-Tihar-Jail-Delhi>).

Bowen et al. (2006) untersuchten zwischen 1997 und 2002 bei 20 Vipassana-Meditationskursen deren Wirksamkeit auf selbstberichteten Drogen- und Substanzkonsum sowie psychologische Auswirkungen bei den Gefängnisinsassen eines Rehabilitationsgefängnis (NRF) in Seattle, Washington. Die Studie umfasst männliche und weibliche Insassen. Es gab ermutigende Resultate von Kursteilnehmern in Bezug auf die Reduzierungen von Alkohol, Marihuana und Kokainkonsum sowie die Verminderung psychiatrischer Symptome. Allgemein wird in der Studie der Nutzen von Achtsamkeits-basierenden Behandlungen für Substanzkonsum diskutiert. Kritisch ist anzumerken, dass es sich hier um Selbstberichte (Fragebögen) handelt und bzgl. der Absicherung der Validität der Ergebnisse keine Fremdbeobachtungen bzw. objektive Daten (z.B. Drogentests, Rückfallquoten) erhoben wurden. Ein nicht veröffentlichter Bericht geht von einer um 20% gesenkten Rückfallquote aus, die aber – vgl. den Artikel von Bowen et al. – nicht statistische Bedeutsamkeit erreichte und nicht weiter verfolgt wurde.

2.3.3 Therapeutische Beziehungsgestaltung und Bindungsforschung

Die Bedeutung der Therapeuten-Klienten-Beziehung als zentraler Punkt einer erfolgreichen Psychotherapie wurde vielfach empirisch untersucht und bestätigt (Horvath und Bedi 2002).

Nach Eissler (1953) erschwert in der Straftätertherapie die Angstabwehr mit aggressiven Verhalten aufgrund von Beziehungs- und anderen Störungen die positive Übertragung zwischen Therapeut und Klient und erfordert besonderes Wohlwollen von Seiten des Therapeuten. So beschreiben Meyer und Pilkonis (2008, S. 238), dass bei Klienten mit einer antisozialen PS eine „negative, skeptische, zynische oder misstrauische Sichtweise in Bezug auf andere vorherrscht“. Da nach Marshall und Serran (2004) als Voraussetzung für eine erfolgreiche Straftäterbehandlung eine auf Akzeptanz aufbauende, tragfähige und vertrauensvolle therapeutische Beziehung gilt, braucht die therapeutische Bezugsperson bzw. das Behandlungsteam ein Verständnis für die Ursachen dieses Verhaltens. Fehlt dieses Verständnis, besteht die Gefahr beiderseitigen unreflektierten Reagierens im therapeutischen Prozess. Das Modell der *Bindungstheorie*, das die grundlegende Bedeutung von früher Bindung, Trennung und Verlust von engen Bezugspersonen hervorhebt (Bowlby 1976, 1983), hilft uns im therapeutischen Setting das individuelle Beziehungsverhalten, sei es aggressiv, feindlich-misstrauisch oder ablehnend, besser zu verstehen und zu begegnen. So erklären Bindungstheoretiker den Zusammenhang von schwierigen frühkindliche Erfahrungen mit späteren Problemen der Emotionsregulierung (Mikulincer et al. 2003) und darauf aufbauend typische Schwierigkeiten der Emotionsregulierung bei verschiedenen Persönlichkeitsstörungen (Kring und Werner 2004). Nach Meyer und Pilkonis (2008) sind sich Bindungsforscher einig, dass in der Erwachsenenbindung *Angst* und *Vermeidung* die Grunddimensionen der interpersonalen

Beziehungen darstellen. Aus der Kombination dieser Bindungsdimensionen ergeben sich die vier Bindungstypen: Abweisend/Vermeidend, Verstrickt/Ambivalent, Ängstlich/Vermeidend und Sicher (Meyer und Pilkonis 2008).

Bei der antisozialen/ dissozialen Persönlichkeitsstörung kommen sowohl abweisend-vermeidende wie auch ängstlich-vermeidende Bindungsmuster vor (Lyddon und Sherry 2001). Der abweisend-vermeidende Bindungstyp ergibt sich aus der Kombination von geringer Angst und hoher Vermeidung, der ängstlich-vermeidende Typ aus der Kombination von hoher Angst und hoher Vermeidung (Bartholomew und Horowitz 1991). Das führt als Link zu den von De Brito und Hodgins (2009) beschriebenen antisozialen Subtypen mit den Unterschieden im Angstniveau und Psychopathieanteilen.

Für die therapeutische Allianz in der Arbeit mit Klienten mit einem hohen Psychopathieanteil gewichten Mokros und Habermeyer (2012) wegen ihrer geringen emotionalen Ansprechbarkeit die Einigung auf gemeinsame Ziele höher als emotionale Kongruenz, weil sie durch Belohnung bei Zielerreichung eher zu motivieren sind. Weiter betonen sie, gerade wegen der manipulativen Fähigkeiten und der emotionalen Leere dieses Klientels sollte der Therapeut die „Hoheit über die Behandlung“ (S. 298) behalten. Zur Förderung der Therapiemotivation schlagen sie vor, nicht auf Leidensdruck zu setzen, da dieser nur gering vorhanden ist. Regeln und Vorgaben sollten unbedingt eingehalten werden. Es braucht ein klar strukturiertes Setting und ein Behandlungsumfeld, in dem prosoziales Verhalten belohnt und dissoziales Verhalten und Regelverstöße sofortige Konfrontation und Sanktionen nach sich ziehen.

Ängstlich-antisoziale Persönlichkeiten erfordern in der Beziehungsgestaltung einen anderen therapeutischen Fokus, allein deshalb, weil sie emotional ansprechbarer sind und der Zugang über ihre komorbiden Störungen, wie Depressionen, Angststörungen und Substanzmissbrauch möglich ist. Für diese Klientengruppe gilt die von Pfäfflin (2006) beschriebene, die Bindungsforschung anwendende, Straftäterbehandlung, die ein tragendes, haltgebendes Behandlungsteam erfordert. Ziel ist die Schaffung einer empathischen und Neugier fördernde Atmosphäre die es dem Klienten ermöglicht, konfliktfähiger zu werden, um sich notwendigen Konfrontationen stellen zu können und um letztendlich antisoziales Verhalten zu ändern.

3 Fragestellung

Diese Arbeit untersucht im größeren Sinne die Rolle von Dissozialität und Misstrauen bei der Herstellung von Vertrauen als Basis therapeutischen Arbeitens mit straffälligen Klienten, insbesondere bei dem Vorliegen einer entsprechenden Persönlichkeitsstörung. Hierzu wird entlang eines empirischen Falles aus der Praxis auf theoretische Annahmen der Literatur

zurückgegriffen, um die Fragestellung zu beantworten. Die Arbeit schließt mit einer kritischen Diskussion sowohl des Falles als auch der Literatur.

Das Thema dieser Arbeit im speziellen Sinne ist die psychotherapeutische Behandlung von Dissozialität im Zusammenhang mit Misstrauen im forensischen Kontext einer stationären Therapeutischen Massnahme nach Art. 60 StGB. In dem im Therapiebericht beschriebenen praktischen Beispiel stand neben der Bearbeitung der dissozialen Verhaltensweisen und der Delinquenz, die Behandlung und Überwindung des Abhängigkeitssyndroms im Zentrum des Vollzugauftrags an die Massnahmeeinrichtung. Der theoretische Fokus dieser Arbeit richtet sich vor allem auf die effektive Behandlung dissozialer Persönlichkeitsanteile, den Umgang mit Misstrauen und die Entwicklung von grösserer Eigenverantwortung. Die beiden Behandlungsschwerpunkte Dissozialität und Misstrauen stellen bereits für sich alleine gesehen eine grosse Herausforderung an den Therapeuten und das behandelnde Team dar. Da die Therapieschwerpunkte zusammengenommen aber teilweise verschiedene bis gegensätzliche Akzentuierungen der therapeutischen Haltung erfordern, können sie dazu führen, dass die Behandlung letztendlich scheitert. Kommt es zum Therapieabbruch wird sich der Klient – ausgehend von seinen dissozialen mentalen Modellen – nicht respektiert und verstanden fühlen und wird so in seinen bisherigen kognitiven, motivationalen, emotionalen und handlungsorientierten Dispositionen im Umgang mit der Gesellschaft bestätigt. Das Team – wenn es sich es leicht macht – kommt vielleicht zu der kurzen und pessimistischen Äusserung zur Straftäterbehandlung von Martinson (1974): *nothing works* oder folgt einer neueren, wenn auch im Kontext der Kinder- und Jugendpsychiatrie, beschriebenen, allgemeinen Einschätzung, dass diese Patientengruppe von unbehandelbar bis schwierig psychotherapeutisch zu behandeln gilt (Preuss 2013).

In der Tat stand die Behandlung von Herrn M. im ersten Jahr kurz vor dem Abbruch und es bedurfte mehrere Standortgespräche, in denen das Team mit dem Klienten rang und vertrauensfördernde Massnahmen aushandelte und die im Therapiebericht beschriebenen Interventionen, damit die Therapie nicht scheiterte.

Aus diesen Überlegungen heraus entstand die Frage:

Welche Faktoren fördern eine forensische Psychotherapie mit dem Ziel der Aufarbeitung und Integration von Dissozialität und Misstrauen, wenn das therapeutische Setting einer stationären Massnahmebehandlung durch eine misstrauisch-feindselige Grundhaltung des Klienten bereits initial gekennzeichnet ist und Interventionen habituell boykottiert werden?

Die Beantwortung dieser Fragestellung soll es erlauben, zukünftig mit entsprechendem Klientel fallangemessen(er) umgehen zu können im Sinne einer adaptiven Therapieplanung. Zugrunde liegt immer das klinische Bild des Klienten (s. Kap. 1.2. für das vorliegende Fallbeispiel). Grundsätzlich wird der folgende Mechanismus angenommen:

Wenn es dem Therapeuten und dem therapeutischen Team nicht gelingt, beim Klienten Neugier und Motivation zur Veränderung des eigenen Therapieprozesses hin zu mehr Verantwortungsübernahme zu wecken *und* wenn der Klient es nicht schafft, sich aus seinem Abwehrmechanismen (geprägt von Misstrauen und Kontrollverhalten) zu lösen, können die tiefliegenden Ängste nicht bearbeitet werden. Ein Ausstieg aus den vorherrschenden Sucht- und Delinquenzmustern wird dann unwahrscheinlich bis unmöglich.

3.1 Teilfragestellungen

Damit die Behandlung einer dissozialen oder antisozialen Persönlichkeitsstörung mit misstrauischer Ausprägung zu nachhaltig legalem und eigenverantwortlichen Handeln führt, braucht es innerhalb der forensischen Psychotherapie die folgenden Voraussetzungen:

Eine effektive Straftäterbehandlung basierend auf der Identifikation des antisozialen Subtyps und eine daraus stringent abgeleitete Anleitung zur „richtigen“ Beziehungsgestaltung.

Liegt eine grundlegende therapeutische Basis emotionaler Ansprechbarkeit vor, ist folgendes zu prüfen:

In welchem Ausmass bringt das Training von Achtsamkeit einen therapeutischen Vorteil, um einen auf Einsicht basierenden inneren Entwicklungsweg des Klienten hin zur Übernahme von Verantwortung zu fördern?

Eine hypothesenbasierte exakte und umfassende Prüfung der aufgeführten Teilfragestellungen kann im Rahmen einer Abschlussarbeit nicht geleistet werden. Aus diesem Grund wird entlang eines empirischen Fallbeispiels und theoretischer Ansätze explorativ und im Fallbeispiel verankert diskutiert, wie eine erste Beantwortung der Haupt- und Teilfragestellungen aussehen könnte. Es wäre Aufgabe eines größeren Forschungsprojektes, die obigen Teilfragestellungen in empirisch prüfbare Hypothesen zu überführen und an einer größeren Zahl von Klienten gezielt zu untersuchen sowie die Ergebnisse anderen Vorgehensweisen zur kritischen Prüfung entgegenzustellen.

4 Empirie – Therapiebericht

- aus Datenschutzgründen nicht zur Veröffentlichung bestimmt -

5 Ergebnisse

Diese Arbeit hat sich explorativ dem titelgebenden Thema angenommen, indem sie im Kontext der therapeutischen Problematik Erkenntnisse aus dem empirischen Fallbeispiel, der Forschung sowie den aktuellen Theorieansätzen der Literatur zusammentrug und vorstellte. Die Ergebnisse beschreiben im Sinne der Fragestellung die Auswertung und Anwendung der Theorie. Anschliessend werden die Ergebnisse unter Punkt 5.1.1 mit der Empirie des Fallberichts verglichen. Für eine bessere Übersichtlichkeit werden die Fragestellungen, die unter 5.1 einzeln beantwortet werden noch einmal zusammengefasst:

Die übergreifende Fragestellung dieser Arbeit (s. Kap. 3) fragt nach den Faktoren forensischer Psychotherapie, um Misstrauen und Dissozialität zu begegnen und den Therapieerfolg zu fördern. Die in Kap. 3.1 daraus abgeleiteten Teilfragestellungen untersuchen:

1. eine effektive Straftäterbehandlung, basierend auf der Identifikation des antisozialen Subtyps
2. die Anleitung zur „richtigen“ Beziehungsgestaltung
3. den Einfluss von Achtsamkeitstraining, um einen therapeutischen Vorteil dadurch zu erlangen, dass durch wachsende Einsicht in sich selbst der innere Entwicklungsweg der Klienten hin zur Übernahme von Verantwortung gefördert wird.

5.1 Beantwortung der Fragestellung

Die übergreifende Fragestellung stellt die Frage nach dem Gelingen einer forensischen Psychotherapie und damit nach dem Gelingen der therapeutischen Beziehungsarbeit. Wie gehe ich als Therapeut damit um, wenn der Klient durch eine misstrauisch-feindselige Grundhaltung die Therapie lange boykottiert und ein Vertrauensaufbau nicht gelingt? Eine erste Beantwortung der Hauptfragestellung heisst hier: *beide* Aspekte der Therapeuten-Klienten Beziehung benötigen eine ausführliche Überprüfung. Was tragen Therapeut und Team mit ihrer Haltung und ihren Interventionen dazu bei, Misstrauen zu verstärken? Sind ihre forensisch-therapeutischen Kenntnisse auf dem neusten Wissensstand? Wie weit zeigen sie eine achtsamkeitsbasierende Bereitschaft, ihr eigenes Denk-, Fühl- und Handlungsmuster an und in sich zu überprüfen? Und auf der anderen Seite: Was bringt der Klient neben seinem offensichtlichen Verhalten für ein Denk-, Fühl- und Handlungsmodus

aufgrund seiner Biografie mit in die Therapie? Welche individuelle Ausprägung von Dissozialität, was für Defizite und Limitierungen besitzt er, was kann von ihm verlangt werden und was nicht? Woran müsste er arbeiten?

Zu 1. Für eine effektive und vertrauensfördernde Straftätertherapie ist die Frage entscheidend, welches klinische Bild, was für ein spezifisches antisoziales Verhalten und was für Bindungsmerkmale bringt der Klient mit in die Therapie? Sind sie eher abweisend-vermeidend (geringe Ängstlichkeit) oder eher ängstlich-vermeidend (hohe Ängstlichkeit)? Gibt es einen hohen Psychopathieanteil oder einen geringen? Ist das Verhalten eher instrumentell-dissozial, impulsiv-feindlich oder ängstlich-aggressiv? Das Wissen um den dissozialen/ antisozialen Subtyp mit seinen Bindungsmerkmalen kann die therapeutische Beziehung im Sinne der in der Theorie beschriebenen anspruchsvollen Straftätertherapie entscheidend fördern. Die richtige Exploration des dissozialen/ antisozialen Subtyps und das Einbeziehen der Bindungsmerkmale trägt zum Abbau von Misstrauen bei, da der Klient sich in seinem Innersten eher verstanden fühlt, wenn er in seinem Therapeuten (Therapeutin, Team) den professionellem Gegenüber erkennen und anerkennen kann (auch wenn er das nicht immer zugeben wird), der ihn dort abholt, wo er sich gerade befindet.

Zu 2. Misstrauisch-feindseliges Verhalten kann bei allen antisozialen Subtypen vorkommen und so muss ich mich als Therapeut fragen, mit welcher Haltung fördere ich den Beziehungs- und Vertrauensaufbau und mit welcher behindere ich ihn? Lege ich den Fokus bei einem ängstlich-antisozialen Typus mit misstrauischer Ausprägung zu Beginn der Therapie zu stark auf die Konfrontation mit dem antisozialen Verhalten, wird sein Misstrauen anwachsen, da er sich in seinen Nöten nicht verstanden fühlt. Exemplarisch war dies im Referenzbeispiel aus dem Therapiebericht während des ersten Jahres der Therapie der Fall. Versuche ich dagegen einen Klienten mit einem instrumentell-dissozialen Typus mit emotionalem Verständnis abzuholen, fördere ich wahrscheinlich Verachtung und Desinteresse. Die hochkomplexe Aufgabe des Therapeuten ist es, sein Wissen um den Subtyp (und seine Mischformen) auf der Basis von Akzeptanz, Respekt und Wohlwollen flexibel anzuwenden. Feinfühligkeit ist dann erforderlich, um die emotionale Ebene je nach Situation mehr oder weniger anzusprechen bzw. mehr oder weniger zu konfrontieren. So können Vertrauen und Verlässlichkeit entstehen und gewohnte Bindungsmuster zwischen Angst und Vermeidung bearbeitet werden.

Die Exploration des Subtyps kann über eine ausführliche Anamnese- und Befunderhebung geschehen: Klinische Interviews, Fragebögen zu Persönlichkeitsstörungen wie das strukturierte klinische Interview für DSM-IV, International Personality Disorder Examination (IPDE), MMPI oder Personality Disorder Questionnaire, Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R), die Verwendung der Psychopathie-Checkliste oder wie im

start again über die rekonstruktive, fallspezifische Herausarbeitung des komplexen Fühl- und Handlungstypus des Klienten (Gürtler et al. 2010, Kap. 6.6 bzw. Kap. 11).

Zu 3. Das Training von Achtsamkeit zur Förderung eines auf Einsicht basierenden inneren Entwicklungsweg des Klienten *hin zur Übernahme von Verantwortung*, wurde in den letzten Jahren zunehmend erforscht. Die in der Arbeit erwähnten Studien zu Achtsamkeitstraining und Meditation an Strafgefangenen und Massnahmeklientel sind vielversprechend und unterstützen mit Einschränkungen in grossen Teilen die Annahmen der Fragestellung. Ausgehend davon, dass die antisoziale Persönlichkeitsstörung unter Strafgefangenen und Massnahmeklienten überrepräsentiert ist (Ukere 2012), fand sich allerdings keine Studie, die ausschliesslich die Auswirkung von Achtsamkeitstraining auf die antisoziale/ dissoziale Persönlichkeitsstörung erforschte. Insgesamt ist anzumerken, dass auf methodischer Ebene zukünftige Studien verstärkt Daten unterschiedlicher Herkunft (z.B. Selbst- und Fremdbenachrichtungen, Rückfallquoten, Drogenscreenings, etc.) miteinander kombinieren sollten, um die Wirksamkeit von achtsamkeitsbasierten Trainings besser einschätzen zu können. Ebenso fehlen Hinweise, wie jeweils Achtsamkeit in die vorherrschenden Behandlungsprogramme integriert werden kann, so dass ein Mehrwert herauskommt. Eine erfreuliche Ausnahme ist hier die Studie von Studer (1998) sowie das zugrundeliegende tiefensystemische Konzept, dass sich genau um diese Integration bemüht.

Zusammenfassend kann gesagt werden, die Einbeziehung des antisozialen Subtyps für eine effektive Straftäterbehandlung ist aus den oben beschriebenen Gründen sinnvoll und wird von der ausgewerteten Literatur bestätigt. Gerade misstrauisch-antisoziales Verhalten verlangt differenziertes therapeutisches Vorgehen damit die Therapie nicht scheitert. Dies gilt allgemein für die „richtige“, besser effektive Beziehungsgestaltung in der Straftätertherapie. In der Literatur wird vor allem auf die unterschiedlichen Interventionen und therapeutischen Haltungen bei Klienten mit dissozialer PS und hohen oder niedrigen Psychopathie Wert hingewiesen. Die Einbeziehung der *Bindungstheorie* mit ihren Bindungsmerkmalen sowie die Untersuchungen von De Brito und Hodgins (2009) zur antisozialen PS mit der Unterscheidung von hoher und niedriger Ängstlichkeit (oder Angstfreiheit) können entscheidend helfen – gerade im Spannungsfeld von Dissozialität und Misstrauen – eine forensische Psychotherapie zu fördern. Achtsamkeitstraining impliziert die Herstellung einer kontinuierlich vorhandenen Selbstbeobachtung und schafft so automatisch ein Stück Distanz zu habituellem Verhalten, sei es Gewalt, Delinquenz oder Abhängigkeitssyndromen. Allein das freiwillige Einlassen auf diesen Prozess schiebt die innere Entwicklung in Richtung Autonomie und Genesung an. Die Literatur bestätigt – zwischen diskussionswürdig und nützlich – dass entsprechende Angebote, möglichst integriert in ein therapeutisches Gesamtkonzept, Sinn machen.

5.1.1 Vergleich Theorie und empirischer Fallbericht

Wenn wir die Theorie mit den Erfahrungen aus dem Fallbericht vergleichen, fällt auf, dass die Interventionen von *start again* letztendlich auch zu einem Therapieerfolg führten, obwohl wichtige, im Text beschriebene, theoretische Erkenntnisse nicht bewusst angewendet wurden. Das auf Verlässlichkeit beruhende, der Bindungsstörung entgegenwirkende beziehungsfördernde Therapieklima, mit einem ständigen Bemühen über vertrauensfördernde Massnahmen, wie ausserplanmässige, interne Standortgespräche, führte in Kombination mit dem Achtsamkeitstraining des Klienten zu einem Abbau von Misstrauen und verhinderte einen Therapieabbruch. Die genaue Diagnostik der Bindungsstörung und die spezielle Beschreibung ihrer Behandlung fehlt allerdings im Therapiebericht. Beachtenswert ist, dass nicht einer einzelnen und isoliert betrachteten Intervention, sondern der sorgfältigen Abstimmung der Einzelkomponenten und damit – im Sinne der Gestalttheorie – dem Behandlungskonzept als Ganzem der Erfolg zukommt.

Die Betonung der Beziehungsarbeit als Basis für einen Therapieerfolg wird von der Forschung bestätigt (Marshall und Serran 2004). Mit dem Konzept der *Tiefensystemik* (Gürtler et al. 2010) und der Integration von systemischer Suchttherapie, deliktorientierter Therapie, Selbsthilfe und Achtsamkeitstraining liegt ein erforschte Modell (Studer 1998) vor, dass Ungenauigkeiten in der Diagnostik durch sein oben beschriebenes Gesamtkonzept auffangen und korrigieren kann. Die angewendete Methodik aus dem Fallbeispiel wie u.a. eine ausführliche Genogrammanalyse (Welter-Enderlin und Hildenbrand 1996), die Erkennung der deliktrelevanten Problembereiche über das Prognoseinstrument FOTRES (Urbaniok 2007) sowie fachspezifische Fallsupervisionen sollten aber mit neusten Erkenntnissen aus Literatur und Forschung ergänzt werden. Hervorzuheben sind hier zu Dissozialität und ihren Untergruppen allgemein (Bachim 2008), speziell zu der antisozialen PS und ihren Untergruppen (De Brito und Hodgins 2009) sowie über Zusammenhänge von Bindung und Psychopathologie (Strauß 2008).

6 Diskussion und Ausblick

Ausgehend von meinem Vorwort über die Komplexität der psychotherapeutischen Arbeit mit Dissozialität und den damit verbundenen persönlichen Ringen um eine vertrauensfördernde Therapeuten-Klienten-Beziehung, möchte ich hier anmerken: Es gibt viel zu lernen in diesem Feld und gerne hätte ich einige Erkenntnisse – wie das Wissen um die Subtypen der Dissozialität und die spezifischen Bindungsmerkmale der antisozialen PS – bereits zu Beginn der therapeutischen Arbeit mit dem Klienten aus dem Referenzbeispiel gehabt. Die Arbeit hat mir über die Auswertung der Literatur geholfen, ein grösseres Verständnis für Klienten mit einer dissozialen/ antisozialen PS mit feindselig-misstrauischer Ausprägung zu

entwickeln. Allein auf die dissoziale Symptomatik zu fokussieren, heisst die Ursachen des Misstrauens zu wenig zu würdigen und damit den Klienten nicht wirklich zu verstehen. Wir begegnen einem Menschen mit all seinen Facetten von Angespanntheit, ohne offenen Blick und zuversichtlicher Ausstrahlung. Ein misstrauischer Klient zeigt sich übervorsichtig, argwöhnisch beobachtend, kontrollierend, pessimistisch und vermeidet enge Bindungen. Als Psychotherapeuten im Massnahmenvollzug mit einem Auftrag, die soziale und berufliche Rehabilitation oder überhaupt Integration zu fördern, müssen wir uns fragen, warum zeigt er dieses Verhalten? Wenn Therapeuten und Behandlungsteam die Ätiologie des Misstrauens kennen, können sie das Verhalten des Klienten verstehen, einordnen und eine professionelle Haltung entwickeln, wie mit dem misstrauischen Verhalten umzugehen ist und Lösungswege zum Vertrauensaufbau zwischen Klient und seiner Umwelt vorschlagen. Innerhalb der Anamneseerhebung sollten die Brüche, für den Klienten besonders schmerzhaft oder angsteinflössende Ereignisse innerhalb seiner Biographie herausgearbeitet werden. In der Entwicklungspsychologie und der Bindungstheorie spricht man von *sensiblen Perioden* oder *kritischen* bzw. *sensiblen Phasen* (Bowlby 1985, Spitz 1996) die Entwicklungsabschnitte definieren, in denen im Vergleich zu vorangegangenen und nachfolgenden Perioden, spezifische Erfahrungen maximale positive oder negative Wirkungen haben (Oerter und Montada 2002). Spitz (1996) und Bowlby (1985) betonen die Gefährdung der Sozial- und Persönlichkeitsentwicklung durch Hospitalisierung und Trennung von der Mutter. Wenn wir die Kindheit als eine besonders verletzbare Phase ansehen, ist sie auch eine kritische Phase für die Entstehung von Ängsten (Oerter und Montada 2002). Der Weg von der Entstehung von Ängsten, z. B. durch Hospitalisierung, traumatischen oder Trennungserfahrungen in früher Kindheit, hin zu deren Stabilisierung durch Vermeidungshaltungen, die sich später in Substanzabhängigkeit und dissozialem Verhalten fortsetzen kann, gilt es genau herauszuarbeiten und dem Klienten zu erklären. Bekommt der Klient ein Erklärungsmodell für sein vergangenes Verhalten und kann dadurch die Ursachen seines misstrauischen Verhaltens erkennen und mit seiner Vermeidung von Ängsten verbinden, führt dies zu einem grossen Erkenntnisgewinn auf beiden Seiten des therapeutischen Kontextes und zu einem besseren Verstehen heutiger Situationen. Auf einer solchen positiv geprägten motivationalen Ausgangslage kann eine produktive Arbeit mit all ihren Schwierigkeiten beginnen. Gerne hätte ich das Thema Misstrauen gesondert theoretisch bearbeitet, doch musste ich mich aufgrund der Vorgaben beschränken und bearbeitete es im Kontext der Bindungsstörung. Das gleiche gilt für die Vorstellung der angewendeten Methoden aus dem Fallbeispiel wie die sequentielle Genogrammanalyse oder das Prognoseinstrument FOTRES, die nicht ausführlich beschrieben wurden.

Ein Fazit nach der Sichtung der Literatur über die Behandlung von Straftätern ist, dass die Einbeziehung der Subtypen und der Bindungsmerkmale mehr Einfluss auf die

Beziehungsgestaltung innerhalb der Straftätertherapie erhalten sollte, um den bekannten Schwierigkeiten, bis hin zur erwähnten Unbehandelbarkeit, mit mehr fachspezifischen Wissen und Können entgegenzutreten zu können. Auch der in den letzten Jahren verschobene Fokus der Therapie auf das dissoziale *Verhalten* der Klienten benötigt das Wissen um die Ursachen dieses Verhaltens – gerade wenn Schwierigkeiten und Verweigerungen der therapeutischen Zusammenarbeit auftreten – wenn ein Vertrauensaufbau der therapeutischen Beziehung gelingen soll.

Eine berechtigte Diskussion ist die Frage der Anwendungsbreite des Achtsamkeitstrainings für Massnahmeklienten mit einer dissozialen/ antisozialen PS. Nach Bowen et al. (2006) ist die Forschung an Meditationstechniken für die Behandlung substanzbezogenen Störungen an Strafgefangenen noch *limitiert, aber vielversprechend*. Wie sieht es aber aus, wenn nicht die Suchtbehandlung (Art. 60 StGB) im Zentrum des Massnahmeauftrags steht sondern Gewalt- und Sexualstraftaten? Hier wünsche ich mir mehr Forschung und vor allem Angebote, sei es in Gefängnissen oder Massnahmezentren. Nicht zuletzt, damit mehr Klienten die Möglichkeit erhalten, an sich selbst zu arbeiten und Verantwortungsübernahme ein intrinsischer Weg wird, der über reine Anpassungsleistungen hinausgehen kann. Die Grenzen des Achtsamkeitstrainings mit Strafgefangenen und Massnahmeklienten lassen sich meiner Ansicht nach erst dann bestimmen, wenn es freiwillige Angebote gibt, deren Inanspruchnahme dann systematisch ausgewertet und in einen größeren Behandlungskontext gesetzt werden kann.

6.1 Schlussfolgerungen

Eine wichtige Ableitung aus der therapeutischen Arbeit im Umgang mit Dissozialität und Misstrauen weist neben der bereits erwähnten notwendigen Professionalisierung, auf die eigenständige Weiterentwicklung von Therapeuten in ihrer eigenen Praxis von Achtsamkeit hin. Konkret bedeutet dies: Professionalität wird an sich und in sich selbst vollzogen. Auch unabhängig vom Thema Achtsamkeit braucht es, denken wir nur an die Weiterbearbeitung eigener Schattenanteile und aufkommender Phänomene der Gegenübertragung, die regelmässige und kontinuierliche Weiterbildung des Therapeuten. Wenn Achtsamkeitstraining ein integrierter Teil des therapeutischen Programms ist, wirkt es unglaublich, wenn der Therapeut über keine eigene Praxis verfügt und eine solche Technik bzw. Methode für sich selbst ablehnen würde. Ein vertieftes Fallverständnis wird dann schwierig, wenn Therapeut oder Therapeutin nur geringe Kenntnisse von Achtsamkeit auf der Erfahrungsebene haben. Entwicklungen, die mit der Praxis des Klienten zusammenhängen, können nicht vollständig verstanden werden. Das führt im schlimmsten Fall zu einer Fehlbehandlung, etwa dann, wenn Krisen oder psychosomatische Phänomene nicht richtig eingeordnet, z.B. nicht in einem Kontext von Weiterentwicklung verstanden

werden. Auch kann die kritische Grenze von Rückschritt versus Weiterentwicklung im Rahmen von Krisen falsch interpretiert werden. Im medizinischen Bereich wird in solchen Fällen von Kunstfehlern gesprochen und es wäre wünschenswert wenn diese notwendige Diskussion auch im therapeutischen Bereich Eingang findet.

Es sollte selbstverständlich sein, dass Therapeuten sich kontinuierlich mit sich selbst auseinandersetzen, um ihr Handeln zum Wohle von sich selbst und den Klienten immer wieder neu auszurichten. Achtsamkeit ist dafür ein hervorragendes Instrument, da die Praxis von Achtsamkeit uns, über unserer Intellektualität hinaus, Einsichten über die Realität liefert – so wie sie sich im Moment zeigt – wie wir es vielleicht nicht erwartet haben.

Achtsamkeit als ein universelles Instrument findet auf einer nicht-intellektuellen Ebene der Erfahrung statt. Es eignet es sich sowohl zur Prävention von Burn-out als auch zur Förderung einer realistischen Weltsicht. Die Praxis hiervon oder von etwas Vergleichbarem kann angesichts der emotionalen Anforderungen im Therapeutenberuf im Allgemeinen und in der Straftätertherapie im Speziellen – insbesondere was Entscheidungen angeht – nur jedem empfohlen werden. Das ist nicht nur individuell sinnvoll und bereichernd, sondern auch gesellschaftlich, ökonomisch und gesundheitspolitisch.

Literatur

- Andrews D, Zinger I, Hoge RD, Bonta J, Gendreau P & Cullen FT (1990). Does correctional treatment work? A clinically relevant and psychologically informed meta-analysis. *Criminology*, 28, 369-404.
- Bachim S (2008). *Metaanalyse zu Behandlungseffekten bei Störungen des Sozialverhaltens*. Diplomarbeit. München, Ravensburg: GRIN Verlag.
- Bartholomew K & Horowitz LM (1991). Attachment styles among young adults: A test of a model. *J Soc Person Psychol*, 61, 226-244.
- Bowen S, Witkiewitz K, Dillworth TM, Chawla N, Simpson TL, Ostafin BD, Larimer ME, Blume AW, Parks GA & Marlatt GA (2006). Mindfulness Meditation and Substance Use in an Incarcerated Population. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20(3), 343-347.
- Bowlby J (1976). *Trennung*. München: Kindler.
- Bowlby J (1983). *Verlust, Trauer und Depression*. Frankfurt: Fischer.
- Bowlby J (1985). *Mutterliebe und kindliche Entwicklung*. Basel: Ernst Reinhardt.
- Bretthorst GL (1993). On the difference in means. In Grandy W & Milonni P (Eds.). *Physics & Probability Essays in honor of Edwin T. Jaynes* (pp.177-194). Cambridge: Cambridge University Press.
- Brisch KH, (2007). *Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie* (8nd ed.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Chandiramani K, Jena R & Verma SK (1995). Human figure drawing of prisoners and Vipassana. *SIS Journal of projective psychology and mental health*, 2, 153-158.
- De Brito SA & Hodgins S (2009). Die Antisoziale Persönlichkeitsstörung des DSM-IV-TR - Befunde, Untergruppen und Unterschiede zu Psychopathy, *Artikel in Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*. Wien: Springer, S. 116-128.
- Dilling H, Mombour W & Schmidt MH (Hrsg.) (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F)*. Bern, Göttingen, Toronto: Huber.

- Eissler R (1953). The effect of the structure of the ego on psychoanalytic technique. *J Am Psychoanal Assoc*, 1, 104-143.
- Evershed S, Tennant A, Boomer D, Rees A, Barkham M & Watson A (2003). Practice-based outcomes of delectical behaviour therapy (DBT) targeting anger and violence, with male forensic patients: a pragmatic and non-contemporaneous comparison. *Crim Behav Ment Health*, 13, 198-213.
- Goodwin RD & Hamilton SP (2003). Lifetime comorbidity of antisocial personality disorder and anxiety disorders among adults in the community. *Psychiatry Res*, 117, 159–166.
- Gregory S, ffytche D, Simmons A, Kumari V, Howard M, Hodgins S & Blackwood N (2012). The Antisocial Brain: Psychopathy Matters. A Structural MRI Investigation of Antisocial Male Violent Offenders. *Arch Gen Psychiatry*, 69(9), 962-972.
- Gürtler L, Studer U & Scholz G (2010). *Tiefensystemik. Band 1. Lebenspraxis und Theorie. Wege aus Süchtigkeit finden*. Münster: MV-Wissenschaft.
- Gürtler L Studer U, & Scholz G (2011). Achtsamkeit und Weisheit in der Suchttherapie zur tiefensystemischen Bearbeitung von mental-somatischen Modellen. In Anderssen-Reuster U (Hrsg.). *Achtsamkeit in Psychotherapie und Psychosomatik. Haltung und Methode* (2nd ed., S. 168-198). Stuttgart, New York: Schattauer.
- Hare RD (1991). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised: Manual*. Toronto: Multi Health Systems.
- Hartmann K (1970). *Theoretische und empirische Beiträge zur Verwahrlosungsforschung*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag.
- Hayes SC, Bissett R, Korn Z, Zettle RD, Rosenfarb I, Cooper L, & Grundt A. (1999). The impact of acceptance versus control rationales on pain tolerance. *The Psychological Record*, 49(1), 33-47.
- Heidenreich T & Michalak J (Hrsg) (2004). *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie*. Tübingen: dgvt.
- Himmelstein S (2011). Meditation Research: The State of the Art in Correctional Settings. *Int J Offender Ther Comp Criminol*, 55(4), 646-661.

- Horvath A & Bedi R (2002). The Alliance. In Norcross JC (Eds.), *Psychotherapie relationship that work: therapist contributions and responsiveness to patient needs*. New York: Oxford University Press.
- Kishore C, Verma SK, Agarwal N & Yadav, D (1995). Treating anxiety and depressive disorders through Vipassana in prison set-up: A preliminary report. *Indian J. Psychiatry*, 37(2), 34.
- Kishore C, Jena R & Hemraj (1995). Effect of Vipassana on Psychiatric morbidity in prison inmates. *Indian J. Psychiatry*, 37(2), 35.
- Kring AM & Werner KH (2004). Emotion regulation in psychopathology. In Philippot P & Feldmann RS (Eds.). *The Regulation of Emotion* (359-385). New York: Lawrence Erlbaum.
- Linehan MM (1996). *Dialektisch-behaviorale Therapie der BPS*. München: CIP-Medien.
- Lyddon WJ & Sherry A (2001). Developmental personality styles: An attachment theoretical conceptualization of personality disorders. *J Couns Develop*, 70, 405-414.
- Marshall WL & Serran GA (2004). The role of the therapist in offender treatment. *Psychol Crime Law*, 10, 309-320.
- Martinson R (1974). What works? Questions and answers about prison reform. *Public Interest*, 35, 22-54.
- Meyer B & Pilkonis PA (2008). Bindungstheorie und Persönlichkeitsstörungen. In Strauß B (Hrsg.). *Bindung und Psychopathologie* (S. 212-252). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Mikulincer M, Shaver PR & Pereg D (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motiv Emot*, 27, 77-102.
- Mindell A (1998). *Die Weisheit der Gefühle. Metafähigkeiten – die spirituelle Kunst in der Therapie*. Petersberg: Via Nova.
- Mokros A & Habermeyer E (2012). Behandlung von Straftätern mit ausgeprägten psychopathischen Eigenschaften. In Endrass J, Rossegger A, Urbaniok F, Borchard B (Hrsg.). *Interventionen bei Gewalt- und Sexualstraftätern. Risk-*

- management, Methoden und Konzepte der forensischen Therapie* (S. 298). Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Oerter R & Montada L (2002). *Entwicklungspsychologie* (5nd ed.). Berlin: Beltz/PVU.
- Oliver ME, Stockdale KC & Wormith JS (2011). A meta-analysis of predictors of offender treatment attrition and its relationship to recidivism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*(1), 6-21.
- Petermann F (2007). In Rotgers F & Maniaci M (Hrsg.). *Die antisoziale Persönlichkeitsstörung. Therapien im Vergleich: Ein Praxisführer* (S. 12). Bern: Hans Huber.
- Pfäfflin F (2006). Spezielle Therapieformen. In Kröber HL, Dölling D, Leygraf N & Sass H (Hrsg.). *Handbuch der Forensischen Psychiatrie. Band 3. Psychiatrische Kriminalprognose und Kriminaltherapie* (S. 349-368). Darmstadt: SteinkopffVerlag.
- Preuß U, (Hrsg.) (2013). *Störungen des Sozialverhaltens und Dissozialität. Entwicklungspsychologie, pädagogische Konzepte, Delinquenz, Begutachtung*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Rauchfleisch U (1999). *Aussenseiter der Gesellschaft. Psychodynamik und Möglichkeiten zur Psychotherapie Straffälliger*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Samuelson M, Carmody J, Kabat-Zinn J & Bratt MA (2007). Mindfulness-Based Stress Reduction in Massachusetts Correctional Facilities. *The Prison Journal, 87*(2), 254-268.
- Sareen J, Stein MB, Cox BJ & Hassard ST (2004). Understanding comorbidity of anxiety disorders with antisocial behaviour: Findings from two large community surveys. *J Nerv Ment Dis, 192*, 78–186.
- Saß H, Wittchen HU, Zaudig M & Houben I (2003). *Diagnostische Kriterien. DSM-IV-TR*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Segal ZV, Teasdale JD & Williams JMG (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach*. New York: Guilford.
- Soeder U (2007). Achtsamkeit als psychotherapeutische und wissenschaftliche Methode. In

- Anderssen-Reuster U (Hrsg.), *Achtsamkeit in Psychotherapie und Psychosomatik. Haltung und Methode* (S. 37-46). Stuttgart: Schattauer.
- Spitz RA (1996). *Vom Säugling zum Kleinkind*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- start again (2011). Konzept Suchttherapie. Abgerufen am 01.12.2012, von start again-Zentrum für Suchttherapie Zürich: www.startagain.ch
- Stolpmann G (2001). *Psychiatrische Massregelbehandlung. Eine Einführung*. Göttingen: Hofgrefe, S. 113.
- Strauß B (2008). *Bindung und Psychopathologie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Studer U (1997). *Evaluation des Suchttherapie-Zentrums für Drogenabhängige START AGAIN, Zwischenbericht zuhanden des Bundesamts für Justiz, September 1997. Schwerpunkt: Konzept und Betriebsentwicklung von START AGAIN – Frühling 1992 bis Sommer 1997*. Zürich: start again.
- Studer U (1998). *Verlangen, Süchtigkeit und Tiefensystemik*. Technical report, Zürich. Evaluationsbericht an das Justizministerium (BAJ) der Schweiz. Abgerufen am 1.12.12 von http://www.ejpd.admin.ch/content/dam/data/sicherheit/straf_und_massnahmen/bermv/37.pdf. S. 5, 18, 21, 22, 24, 27, 28.
- Studer U (1999). *Zusammenfassung von Verlangen, Süchtigkeit und Tiefensystemik. Fallstudie des Suchttherapiezentrum für Drogenabhängige START AGAIN in Zürich zwischen 1992 und 1998* (S.12, 13). Zürich: start again.
- Teasdale JD, Segal Z & Williams JMG (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should control (mindfulness) training help? *Behaviour Research and Therapy*, 33, 25–39.
- Ukere A (2012). *Zur Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen bei Strafgefangenen*. Dissertation. Ulm: Medizinische Fakultät der Universität Ulm.
- Urbaniook F (2003). *Der deliktorientierte Therapieansatz in der Behandlung von Straftätern - Konzeption, Methodik und strukturelle Rahmenbedingungen im Zürcher PPD-Modell*. Wien: Psychotherapie Forum, Springer-Verlag.

- Urbaniook F (2007). *FOTRES. Forensisches Operationalisiertes Therapie-Risiko-Evaluationssystem* (2nd ed.). Oberhofen: Zytglogge-Verlag.
- Welter-Enderlin R & Hildenbrand B (1996). *Systemische Therapie als Begegnung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Wick M & Schmitt C (2012). Behandlung von sexuellen Hoch-Risiko-Fantasien. In Endrass J, Rossegger A, Urbaniook F & Borchard B (Hrsg.). *Interventionen bei Gewalt- und Sexualstraftätern. Risk-management, Methoden und Konzepte der forensischen Therapie* (S. 456). Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Wöller W (2011). *Trauma und Persönlichkeitsstörungen. Psychodynamisch-integrative Therapie*. Stuttgart: Schattauer, S. 263-264.

Ich erkläre hiermit, dass ich diese Arbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen benutzt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäss aus Quellen entnommen wurden, habe ich als solche gekennzeichnet.

Zürich, 27. März 2013

Torsten Ziesche