



Hannah Neumann

Therapeutische Compliance im Zwangskontext: eine explorative Erhebung der Perspektive der Insass*innen mit Gewaltdelikten im österreichischen Maßnahmenvollzug

MASTERARBEIT

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science

Studium: Masterstudium Psychologie

Alpen-Adria-Universität Klagenfurt

Gutachterin

Ao.Univ.-Prof. Mag. Dr. Brigitte Jenull
Alpen-Adria-Universität Klagenfurt
Institut für Psychologie

Mitbetreuerin

Mag. Mercedes Haindl
Alpen-Adria-Universität Klagenfurt
Institut für Psychologie

Klagenfurt, Oktober 2023

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere an Eides statt, dass ich

- die eingereichte wissenschaftliche Arbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe,
- die während des Arbeitsvorganges von dritter Seite erfahrene Unterstützung, einschließlich signifikanter Betreuungshinweise, vollständig offengelegt habe,
- die Inhalte, die ich aus Werken Dritter oder eigenen Werken wortwörtlich oder sinngemäß übernommen habe, in geeigneter Form gekennzeichnet und den Ursprung der Information durch möglichst exakte Quellenangaben (z.B. in Fußnoten) ersichtlich gemacht habe,
- den Einsatz von generativen Modellen (Künstliche Intelligenz wie z.B. ChatGPT, Grammarly Go, Midjourney) vollständig und wahrheitsgetreu inkl. Produktversion ausgewiesen habe,
- die eingereichte wissenschaftliche Arbeit bisher weder im Inland noch im Ausland einer Prüfungsbehörde vorgelegt habe und
- bei der Weitergabe jedes Exemplars (z.B. in ausgedruckter oder digitaler Form) der wissenschaftlichen Arbeit sicherstelle, dass diese mit der eingereichten digitalen Version übereinstimmt.

Ich bin mir bewusst, dass eine tatsächenswidrige Erklärung rechtliche Folgen haben wird.



Hannah Neumann

Klagenfurt, den 19.10.2022

Danksagung

Ich bedanke mich bei Frau Ao.Univ.-Prof. Mag. Dr. Brigitte Jenull für ihre zuverlässige Betreuung und die liebenswerte Unterstützung in der Themenfindung und bei meinem mitunter etwas komplizierten Forschungsvorhaben, sowie für ihre Geduld und ihr Vertrauen in meinen Erhebungs- und Schreibprozess.

Ebenfalls möchte ich mich bei Frau Mag. Mercedes Haindl bedanken, dass sie so schnell ihre Hilfe als inhaltliche Ko-Betreuerin angeboten hat, stets für Rückfragen verfügbar war, sich fortwährend für meinen Fortschritt interessiert hat und mir durch ihre Kontakte einige Türen geöffnet hat.

Ausdrücklich danke ich den Probanden, dem Bundesministerium für Justiz, sowie den Mitgliedern des psychologischen Dienstes der jeweiligen Justizanstalt. Besonders hervorheben möchte ich da Hrn. Thomas Held und Frau Mag. Ingeborg Brandstätter. Ohne Ihre Unterstützung wäre diese Arbeit nicht zustande gekommen.

Des Weiteren gilt mein Dank Herrn Dr. Uwe Dobrunz, ohne dessen Anleitung im dreimonatigen Praktikum von Juli bis September 2022 in der forensischen Psychiatrie des Klinikums Bremen-Ost eine Vertiefung in die forensisch-psychiatrische Forschungsrichtung vermutlich nie für mich infrage gekommen wäre.

Abschließend möchte ich meinen Eltern, Miriam und Frank Neumann, die mir mein Psychologiestudium überhaupt erst ermöglichten, und meinen Freund*innen danken, die mich immer wieder motiviert haben, dieses Forschungsziel zu verfolgen, meine Erfolge mit mir feierten, mir über Rückschläge hinweghalfen und mir mit ihren Impulsen und Vorschlägen immer wieder neuen konstruktiven Input gaben. Jenny, Johanna, Marie, Anna ohne euch hätte ich diese Arbeit glaube ich niemals schreiben können.

Inhaltsverzeichnis

Eidesstattliche Erklärung	2
Danksagung.....	3
Inhaltsverzeichnis.....	4
Tabellenverzeichnis	7
Abkürzungsverzeichnis.....	8
Zusammenfassung	9
Abstract	10
1. Einleitung	11
2. Theoretischer Hintergrund und aktueller Forschungsstand.....	12
2.1 Maßnahmenvollzug in Österreich	13
2.1.1 Grundlagen des österreichischen Maßnahmenvollzuges.....	13
2.1.2 Aufgaben und Ziele des Maßnahmenvollzuges.....	17
2.1.3 Kritik am Maßnahmenvollzug.....	17
2.1.4 Reform im Maßnahmenvollzug.....	19
2.2 Therapeutische Compliance	20
2.2.1 Begriffsklärung und -abgrenzung.....	20
2.2.2 Compliance im Zwangskontext.....	22
2.2.3 Die Rolle der therapeutischen Beziehung	27
2.3 Gewalt und Gewaltdelikte	29
2.3.1 Gewalt	29
2.3.2 Risikofaktoren für gewalttätiges Verhalten	30
2.3.3 Gewalt und psychische Erkrankungen	31
2.3.4 Gewaltdelikte.....	36
2.3.5 Allgemeinere Erklärungs- und Behandlungsmodelle für gewalttätiges Verhalten	38
2.4 Behandlungsprogramme für Gewaltstraftäter*innen.....	39
2.4.1 Das Behandlungsprogramm für Gewaltstraftäter*innen	40
2.4.2 Behandlungsprogramm für inhaftierte Gewalttäter*innen	42
2.4.3 Anti-Gewalt-Training	46
2.4.4 Das „Reasoning & Rehabilitation“ – Programm.....	49
2.4.5 Das „Risk-need-Responsivity“-Modell	51
2.4.6 Das „Good-Lives“-Modell	52
3. Forschungsfragen	55
4. Methodik und Studiendesign.....	56
4.1 Stichprobenrekrutierung und -beschreibung	56
4.2 Studienablauf.....	58
4.3 Erhebungsmethode	58
4.4 Auswertungsmethode	60

5. Ergebnisse	62
5.1 Kategorien zur Forschungsfrage F1	62
5.1.1 UK_F1: Gute*r Therapeut*in.....	63
5.1.2 UK_F2: Gutes Personal.....	64
5.1.3 UK_F3: Gutes Therapie- und Beschäftigungsangebot.....	65
5.1.4 UK_F4: Berücksichtigung individueller Bedürfnisse	66
5.1.5 UK_F5: Fördern von Interesse und Mitarbeit, u.a. durch Aufklärung	67
5.1.6 UK_F6: Selbstbestimmung	69
5.1.7 UK_F7: Transparenz und Authentizität.....	69
5.1.8 UK_F8: Intensive Eingangsbetreuung.....	70
5.1.9 UK_F9: Homogene Gruppentherapie.....	70
5.1.10 UK_F10: Ausführliche therapeutische Kontakte.....	71
5.1.11 UK_F11: Freundliche Gestaltung der Räumlichkeiten.....	72
5.1.12 UK_F12: Belohnungssystem.....	72
5.1.13 UK_F13: Fairness, Objektivität und Professionalität.....	73
5.1.14 UK_F14 und UK_F15: Strukturelle Verbesserungen und besseres Essen	73
5.2 Kategorien zur Forschungsfrage F2	75
5.2.1 UK_H1: Hinderliche Mitinsassen	75
5.2.2 UK_H2: Unzureichende therapeutische Kontakte	77
5.2.3 UK_H3: Negatives Verhältnis zum Personal.....	78
5.2.4 UK_H4: Perspektivlosigkeit.....	78
5.2.5 UK_H5: Art des Einsatzes von Medikation	79
5.2.6 UK_H6: Gruppentherapeutische Aspekte	80
5.2.7 UK_H7: Mangelnde Unterstützung.....	81
5.2.8 UK_H8: Zwang zu Therapie ohne Nutzen	82
5.2.9 UK_H9: Keine hinreichende Aufklärung.....	83
5.2.10 UK_H10: Vorurteile des Personals.....	84
5.2.11 UK_H11: Keine Reduktion des Leidensdrucks.....	84
5.2.12 UK_H12: Menschenrechtsverletzungen.....	85
5.3 Beantwortung der Forschungsfrage F3	86
5.3.1 Argumente, die gegen die weitere Befragung von Häftlingen des Maßnahmenvollzuges sprechen.....	87
5.3.2 Argumente, die für die weitere Befragung von Häftlingen des Maßnahmenvollzuges sprechen.....	88
5.3.3 Fazit zu Forschungsfrage 3 und weiterer forensisch-psychologischer Forschung	89
6. Diskussion, Limitationen und Ausblick.....	90
6.1 Diskussion der Ergebnisse aus den Forschungsfragen F1, F2 und F3	90
6.2 Limitationen	91

6.3 Praktische Implikationen der Forschungsergebnisse und Ausblick auf zukünftige Forschung...	93
Literaturverzeichnis	95

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Stichprobenbeschreibung.....	57
Tabelle 2	UK für die Forschungsfrage F1.....	63
Tabelle 3	UK für die Forschungsfrage F2.....	75

Abkürzungsverzeichnis

AAT	Anti-Aggressivitäts-Training
Abs.	Absatz (in §), teilweise auch durch ‚,‘ ersetzt
AGT	Anti-Gewalt-Training
APA	American Psychiatric Association
BiG	Behandlungsprogramm für inhaftierte Gewalttäter*innen
BMJ	Bundesministerium für Justiz
BPG	Behandlungsprogramm für Gewaltstraftäter*innen
DBT	Dialektisch-behaviorale Therapie
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
GAM	General Aggression Model
GLM	Good-Lives-Modell
GLM-FM	Good-lives-Modell of forensic mental health
GT	Gießen-Test
HCR-20	Historical, Clinical and Risk Management – 20 (zur Risikoprognostik von Gewaltausübung)
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
IIP-D	Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme
JA	Justizanstalt(en)
PFI	Persönlichkeitsfragebogen für Inhaftierte
PS	Persönlichkeitsstörung(en)
PSYBEG	Psychologische Behandlungsprogramm für Gewalttäter*innen
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
R&R	Reasoning & Rehabilitation – Programm
RNR	Risk-need-Responsivity-Modell
StGB	Strafgesetzbuch
StVG	Strafvollzugsgesetz
VOTP	Violent Offender Therapeutic Programs
VP	Versuchsperson
WHO	World Health Organization

Zusammenfassung

Begehen psychisch kranke Menschen eine Straftat, können sie entweder nach §21.1 oder nach § 21.2 des StGB verurteilt werden. Dadurch besteht eine richterliche Anordnung zur Unterbringung in einem forensisch-therapeutischen Zentrum, d.h. einer Maßnahmenvollzugsanstalt, wo sie so lange verweilen müssen, bis von ihnen keine Gefahr mehr ausgeht. Sollten therapeutische Fortschritte gemacht werden, können erste Schritte in Richtung Lockerungen und schlussendlich Entlassung eingeleitet werden (Müller-Isberner & Eucker, 2009). Dass diese Privilegien allerdings erst mit der Einwilligung in die unfreiwillige Therapie einhergehen können, sorgt für Unmut bei den Insass*innen. Diese mangelnde therapeutische Compliance stellt wiederum eine Herausforderung für das Personal dar und sorgt für längere Verwahrungszeiten (Suhling et al., 2013). Aufgrund dessen wurde in dieser Arbeit die Insass*innenperspektive zum Thema der therapeutischen Compliance beleuchtet. Dabei sollten sowohl der Therapiebereitschaft zuträgliche als auch hemmende Faktoren, die von den Betroffenen selbst wahrgenommen werden, ermittelt werden. Des Weiteren sollte diese Arbeit als Überprüfung der Reliabilität von Häftlingen als Forschungssubjekten dienen. Dafür wurden Arbeitsmaterialien, bestehend aus offenen Fragen, an zwei Justizanstalten versandt und die Ergebnisse qualitativ inhaltsanalytisch ausgewertet. Als compliance-fördernde Faktoren konnten folgende 15 ausgemacht werden: Gute*r Therapeut*in; Gutes Personal; Gutes Therapie- und Beschäftigungsangebot; Berücksichtigung individueller Bedürfnisse; Fördern von Interesse und Mitarbeit, u.a. durch Aufklärung; Selbstbestimmung; Transparenz und Authentizität; Intensive Eingangsbetreuung; Homogene Gruppentherapie; Ausführliche therapeutische Kontakte; Freundliche Gestaltung der Räumlichkeiten; Belohnungssystem; Fairness, Objektivität und Professionalität; Strukturelle Verbesserungen und Besseres Essen. Die hemmenden Faktoren wurden in zwölf Kategorien zusammengefasst: Hinderliche Mitinsassen; Unzureichende therapeutische Kontakte; Negatives Verhältnis zum Personal; Perspektivlosigkeit; Art des Einsatzes von Medikation; Gruppentherapeutische Aspekte; Mangelnde Unterstützung; Zwang zu Therapie ohne Nutzen; Keine hinreichende Aufklärung; Vorurteile des Personals; Keine Reduktion des Leidensdrucks und Menschenrechtsverletzungen. Hinsichtlich der Reliabilität gibt es sowohl Pro- als auch Contra-Argumente. Aufgrund der Überschneidung der Ergebnisse mit dem Forschungsstand kann von einer gewissen wissenschaftlichen Fundierung ausgegangen werden. Folglich sollte diese Perspektive auch in der zukünftigen Forschung zumindest zu einem gewissen Anteil berücksichtigt werden. Implikationen für die praktische Arbeit im Berufsfeld des Maßnahmenvollzuges können bedingt aus dem Material entnommen werden. Weitere Forschung in diese Richtung unter Berücksichtigung der Perspektive der Gefangenen ist unbedingt notwendig.

Abstract

When mentally ill people commit a crime, they can then be sentenced either under section 21.1 or under section 21.2 of the Austrian Criminal Code. Therefore, the court orders their placement in a forensic therapeutic center, i.e., a forensic psychiatric correctional facility (dt.: Maßnahmenvollzug), where the convicts need to remain until they no longer pose a danger. If therapeutic progress is made, the first steps toward relaxation and eventual discharge can be taken (Müller-Isberner & Eucker, 2009). However, the fact that these privileges can only be granted with consent to involuntary therapy causes resentment among inmates. This lack of compliance with therapy, in turn, represents a challenge for staff and results in longer incarceration (Suhling et al., 2013). Therefore, this paper examined the inmate perspective on the topic of therapeutic compliance. The purpose was to identify both factors conducive to the willingness to undergo therapy and inhibiting factors perceived by those affected themselves. Furthermore, this work aimed to test the reliability of prisoners as research subjects. For this purpose, working materials consisting of open-ended questions were sent to two correctional institutions and the results were subsequently evaluated using qualitative content analysis. The following 15 factors have been identified as promoting compliance: Good therapist; Good staff; Good therapy and occupational opportunities; consideration of individual needs; Encouragement of interest and participation, including through education; Self-determination; Transparency and authenticity; Intensive initial care; Homogeneous group therapy; Extensive therapeutic contact; Friendly room design; Reward system; Fairness, objectivity, and professionalism; Structural improvements; and Better food. The inhibiting factors were summarized into twelve categories: fellow inmates as obstacles; Inadequate therapeutic contacts; Negative relationship with staff; Lack of perspective; Type of medication use; Group therapeutic aspects; Lack of support; Forced to undergo therapy without benefits; Lack of sufficient education; prejudices by the staff; No reduction in suffering; and Human rights violations. Regarding reliability, there are both arguments in favor of and against it. Due to the overlap between the results and the state of the art, a certain scientific basis can be assumed. Consequently, future research should at least consider this perspective to some extent. Implications for practical work in the professional field of the penitentiary system can only be derived from the material to a limited extent. Further research in this direction, taking into account the prisoners' perspective, is absolutely necessary.

1. Einleitung

Über die Art und Weise, wie psychisch kranke Straftäter*innen im Justizsystem untergebracht werden, herrscht bei der Allgemeinbevölkerung immer noch eine große Wissenslücke. Dabei gibt es verschiedene, inkorrekte Meinungen über den Maßnahmenvollzug, wie bspw., dass es vor Gericht besser wäre, auf Unzurechnungsfähigkeit zu plädieren, da dadurch die Strafe milder ausfalle. Dem ist tatsächlich nicht so, eher im Gegenteil. Wie auch im Folgenden noch genauer erläutert wird, verbringen Straftäter*innen, die im Maßnahmenvollzug untergebracht sind, meist mehr Jahre in Haft als solche im normalen Strafvollzug, da die Bedingungen zur Entlassung ganz andere sind (Traub & Weithmann, 2008). Die Strafe muss nicht nur „abgesessen“ werden, sondern es gibt bestimmte Auflagen, unter denen eine Haftentlassung erst infrage kommt. Dazu gehört die eingehende Beschäftigung mit dem Delikt und der zugrundeliegenden psychischen Erkrankung. Jedoch wollen nicht alle Insass*innen, die sich im Maßnahmenvollzug befinden, sich tatsächlich damit auseinandersetzen und verhalten sich daher demotiviert oder sogar boykottierend in Bezug auf die Therapie (Kanfer et al., 2012). Wenn keine Fortschritte in der Therapie gemacht werden können, die die Gefahr für die Gesellschaft, die von dem/ der Insass*in ausgeht, und sein/ ihr Risiko der erneuten Straffälligkeit reduziert, dann resultiert daraus unvermeidbar ein längerer Aufenthalt in der jeweiligen Haftanstalt oder anderer forensisch-psychiatrischer Einrichtungen (Müller et al., 2018). Dies kann eine tiefe Frustration und Verbitterung auslösen, die zum einen wiederum den Widerstand gegen die Therapie verstärkt, zum anderen sich auch im alltäglichen Verhalten widerspiegelt, welches dementsprechend durch Aggression, Frustration und gewalttätige Ausbrüche geprägt sein kann. Daraus resultieren dann weitere Sanktionen, wie das Verwehren von Lockerungen, welche einen ersten Schritt in Richtung Entlassung darstellen. Somit verlängert auch dies den Haftaufenthalt. Folglich bedingen sich die Umstände alle gegenseitig in einem teufelskreisähnlichen Geflecht.

Nun scheint die Loslösung aus diesem Teufelskreis einfach: Therapiebereitschaft und aktive Partizipation an den therapeutischen Inhalten aufbauen, dann rückt die Entlassung auch schneller in greifbare Nähe. Nicht zuletzt auch deshalb, weil die persönliche Therapiebereitschaft und -motivation erwiesenermaßen einen erheblichen Wirkfaktor im Hinblick auf den Erfolg der Therapie darstellt (Klauer & Schneider, 2016; Schmidt & Woolaway-Bickel, 2000; Soares et al., 2012). Weiters herrscht ein positiver Zusammenhang zwischen Motivation und Einvernehmen in die therapeutische Behandlung (Olver et al., 2011; Sachse et al., 2018). Dies stellt ein Hindernis für die therapeutische Arbeit im Kontext des Maßnahmenvollzuges dar, da dort die Therapie aus einer rechtlichen Anordnung erfolgt und somit fernab der Freiwilligkeit der verurteilten Straftäter*innen liegt. Daher ist es kein Geheimnis, dass es Insass*innen im Maßnahmenvollzug häufig an Therapiebereitschaft mangelt. Als Folge dieses Dilemmas stellt sich in der Forschung die Frage, welche Möglichkeiten und Interventionen eine Steigerung der therapeutischen Compliance bei Straftäter*innen im Maßnahmenvollzug bewirken können, was sich dann wiederum positiv auf den Therapieerfolg

auswirken würde. Dies wäre nicht nur förderlich für die Insass*innen, sondern auch für das System des Maßnahmenvollzuges allgemein, da dieser grundlegend überlaufen ist (Heinemann, 2023; Müller, 2006). Bessere Therapiebereitschaft, die zu mehr Therapieerfolgen und dadurch langfristig zu höher frequentierten Entlassungen führen würde, könnte das System entlasten.

Studien, welche sich Methoden zur möglichen Erhöhung der therapeutischen Compliance widmen, sind kaum zu finden, noch weniger im deutschsprachigen Raum, und die meisten bereits erfolgten Erhebungen beziehen die Sicht der Insass*innen nicht mit ein (Gudjonsson et al., 2008; Otte et al., 2019; Vogd & Feißt, 2022). Dabei ist diese Perspektive doch besonders relevant für eine optimale Kooperation, da die Insass*innen diejenigen sind, mit denen der Erfolg der Therapie steht und fällt. Ziel der Erhebung im Rahmen der vorliegenden Arbeit ist es also, sich genau auf diese zu fokussieren und sich im österreichischen Maßnahmenvollzug zum ersten Mal direkt an die Insass*innen zu wenden, um die Problematik der mangelnden therapeutischen Compliance mit ihnen zu thematisieren. Dabei soll es sowohl um fördernde als auch um hemmende Faktoren gehen. Methodisch soll qualitativ mit Texten, die Insass*innen im Maßnahmenvollzug mithilfe von Übungen aus dem therapeutischen Schreiben verfassen, gearbeitet werden. Die Intention dahinter ist, im Folgenden aus den Antworten mögliche praktische Implikationen zur Verbesserung der Situation für beide Seiten (bessere Bedingungen führen zu einer höheren Therapiebereitschaft, welche wiederum in einer höheren Zufriedenheit beim gemeinsamen Arbeiten und einem angenehmeren Alltag resultieren kann) an das Justizministerium und das Personal der jeweiligen Justizanstalten herangetragen werden. Außerdem geht es darum, die Reliabilität dieser speziellen Gruppe an Befragten einer Pilottestung zu unterziehen, um zu überprüfen, ob auf diese Perspektive auch in Zukunft Rücksicht genommen werden sollte und auch kann. Diese Ergebnisse können allerdings nur für den österreichischen Maßnahmenvollzug, konkreter nur für die Justizanstalten, die teilgenommen haben, zur Verbesserung der kooperativen Situation verwendet werden, da die Verwahrung psychisch kranker Straftäter*innen nicht nur über Ländergrenzen hinaus variiert, sondern auch von Vollzugsanstalt zu Vollzugsanstalt.

2. Theoretischer Hintergrund und aktueller Forschungsstand

In diesem Kapitel werden unter Einbezug des aktuellen Forschungsstandes die für diese Arbeit relevanten Theorien und theoretischen Konzepte erläutert. Dies bezieht sich zunächst auf die Vorstellung des österreichischen Maßnahmenvollzuges inklusive seiner Aufgaben, Kritikpunkte und Reformen. Anschließend geht es um den Begriff der therapeutischen Compliance und ihre besondere Rolle im Maßnahmenvollzug als Zwangsbehandlungskontext, in dem die Selbstbestimmung der zu Therapierenden immens eingeschränkt ist. Des Weiteren beinhaltet dieses Kapitel eine Definition des Gewaltbegriffes und der Gewaltkriminalität, sowie Erklärungsansätze zur Entstehung ebendieser.

Abschließend wird noch auf die verschiedenen Behandlungsprogramme, die in der forensisch-psychotherapeutischen Praxis Anwendung finden können, eingegangen.

2.1 Maßnahmenvollzug in Österreich

In diesem Subkapitel wird der österreichische Maßnahmenvollzug vorgestellt. Dabei geht es zunächst um die rechtliche Grundlage, auf welcher eine Verurteilung zu einem Haftaufenthalt im Maßnahmenvollzug erfolgt, sowie statistische Kennzahlen zu den psychisch kranken Straftäter*innen. Reformen, sowohl solche in der Anfangsphase des Maßnahmenvollzugs als auch die aktuelle, welche 2022 verabschiedet wurde, und deren Einfluss werden thematisiert. Neben den Aufgaben und Zielen des Maßnahmenvollzuges darf allerdings auch die stark geäußerte Kritik an diesem Konzept der Verwahrung nicht außer Acht gelassen werden.

2.1.1 Grundlagen des österreichischen Maßnahmenvollzuges

Der Begriff „Maßnahmenvollzug“ bezeichnet in Österreich die Unterbringung psychisch kranker Straftäter*innen, in einem speziellen Bereich des Strafvollzuges, da von diesen bspw. eine allgemeine Gefahr für die Gesellschaft ausgehen kann oder ein hohes Rückfallrisiko für das erneute Begehen einer Straftat besteht (Bundesministerium für Justiz, 2020). Diese Insass*innen wurden dementsprechend aufgrund ihrer psychischen Erkrankung erst straffällig. Dabei wird grundlegend unterschieden zwischen entwöhnungsbedürftigen, sprich suchtkranken, und „geistig abnormen“ Rechtsbrecher*innen. Letztere unterteilen sich wiederum hinsichtlich ihrer Zurechnungsfähigkeit. Diese wird nach §11 des österreichischen StGB entschieden, welcher besagt:

Wer zur Zeit der Tat wegen einer Geisteskrankheit, wegen einer geistigen Behinderung, wegen einer tiefgreifenden Bewusstseinsstörung oder wegen einer anderen schweren, einem dieser Zustände gleichwertigen seelischen Störungen unfähig ist, das Unrecht seiner Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln, handelt nicht schuldhaft (Doralt, 2023, S. 10).

Aus diesem Gesetz geht hervor, dass sich Schuldunfähigkeit aus zwei Komponenten zusammensetzt: Zum einen aus der Diskretions- oder Einsichtsfähigkeit, welche die Fähigkeit beschreibt, das Unrecht der begangenen Tat in erster Linie überhaupt einzusehen und zum anderen aus der sog. Dispositionsfähigkeit, auch Handlungs- oder Steuerungsfähigkeit genannt. Diese besagt, dass man die Fähigkeit besitzt, nach der zuerst kommenden Einsicht auch entsprechend zu handeln. Beide Fähigkeiten müssen daher zum Zeitpunkt der Tat vorhanden sein (Kienapfel et al., 2020). „Ob ein[*e] Täter[*in] schuldig ist, hängt zunächst einmal von seinem [/ ihrem] Alter, im Übrigen aber vom Nichtvorliegen bestimmter seelischer Störungen ab“ (Kienapfel et al., 2020, S. 121). Diese seelischen

Störungen aufgrund derer eine Schuldunfähigkeit gemäß §11 gewährleistet werden können, sind unterteilt in:

- Geisteskrankheit: „Darunter fallen nicht nur die klassischen psychischen Erkrankungen wie Schizophrenie und manisch-depressives Irresein, sondern auch andere seelische Erkrankungen, etwa aufgrund von Infektionen (zB Syphilis), Hirnverletzungen, Alkoholsucht, Tumoren“ (Kienapfel et al., 2020, S. 122).
- Geistige Behinderung: „Geistige Behinderung ist eine idR angeborene Intelligenzschwäche unterschiedlichen Grades. Man kann bspw zwischen schwerer, mittelgradiger und leichter Intelligenzminderung differenzieren [...]. Auch die geringste Stufe einer geistigen Behinderung geht über schlichte Dummheit hinaus“ (Kienapfel et al., 2020, S. 122).

- Tiefgreifende Bewusstseinsstörung:

Es handelt sich dabei um einen – meist alsbald vorübergehenden – Zustand, bei dem der Täter geistig desorientiert („weggetreten“) ist und die ihn umgebende Wirklichkeit nicht mehr erfasst oder illusionär verkennt [...]. Eine tiefgreifende Bewusstseinsstörung – der praktisch wichtigste Fall des §11 – kann sich insb aus erheblicher Trunkenheit, Drogeneinwirkung [...], Medikamentenmissbrauch, Hypnose, massiven Schlafstörungen bzw Schlaflosigkeit, starker Übermüdung, epileptischen Anfällen [...], hochgradigen Schock- oder Angstzuständen uä ergeben. [...] (Kienapfel et al., 2020, S. 122).

Diese müssen allerdings erheblich sein, um eine Schuldunfähigkeit zu gewährleisten.

„Beim Alkoholrausch nimmt die Praxis eine tiefgreifende Bewusstseinsstörung idR erst bei 3‰ an [...]. Auch ein schwerer Unfallschock, zB des[/der] bei einem Verkehrsunfall selbst verletzten Täters[/in], kann eine tiefgreifende Bewusstseinsstörung [...] auslösen“ (Kienapfel et al., 2020, S. 122).

- Gleichwertige seelische Störung: „Dieser Schuldausschluss kann insb bei höchstgradigen Affekten, schweren Triebstörungen, besonders schweren Neurosen und Psychopathien in Betracht kommen [...]“ (Kienapfel et al., 2020, S. 122).

Zu letzterem schreiben Kienapfel und Kolleg*innen (2020) weiters:

Aber: Diesem häufigen Einwand des[/der] Verteidigers[/in] begegnet die Praxis sehr zurückhaltend. Mit Recht. Denn bei vielen Intensivtäter[*inne]n lassen sich asoziale Veranlagung, neurotische und psychopathische Züge, mehr oder weniger große Charakteranomalien, Gemütsarmut, Haltlosigkeit etc feststellen. Würde das genügen, wären viele der gefährlichsten Rechtsbrecher[*innen] schuldunfähig [...]. Selbst erheblich

psychische Defekte wie Kleptomanie [...], Pädophilie [...], Pyromanie, Querulantenwahn [...], Cäsarenwahn, Verfolgungswahn, Spielsucht oder sexuelle Hörigkeit schließen die Schuldfähigkeit idR nicht aus (Kienapfel et al., 2020, S. 123).

Im Vergleich zum deutschen StGB gibt es in Österreich keine sogenannte verminderte Zurechnungsfähigkeit, mildernde Umstände können jedoch nach §34 Abs. 1 in Betracht gezogen werden „(1) Ein Milderungsgrund ist es insbesondere, wenn der Täter 1. die Tat [...] unter dem Einfluss eines abnormen Geisteszustands begangen hat, wenn er schwach an Verstand ist oder wenn seine Erziehung sehr vernachlässigt worden ist“ (Doralt, 2023, S. 16). Daher gibt es die Unterteilung in „zurechnungsunfähige geistig abnorme Rechtsbrecher“ (§21 Abs. 1) und „zurechnungsfähige geistig abnorme Rechtsbrecher“ (§21 Abs. 2). Bei letzterem handelt es sich um Menschen, die sich zum Tatzeitpunkt dem Delikt und der Konsequenzen vollkommen bewusst waren, bei denen allerdings dennoch eine Beeinträchtigung durch eine schwere psychische Störung während der Straftat besteht und dadurch ebenfalls davon auszugehen ist, dass ohne Verwahrung in absehbarer Zukunft erneut „und dem maßgeblichen Einfluss seiner psychischen Störung eine mit Strafe bedrohte Handlung mit schweren Folgen“ (Doralt, 2023, S. 12) begangen werden könnte. Die Gefährlichkeitsprognostik, d.h. die Befürchtung, dass ohne Anhaltung in der Maßregel weitere schwere Straftaten begangen werden, ist folglich ebenfalls ein entscheidender Faktor bei der Verurteilung. Somit könnte argumentiert werden, dass dieser Paragraph eher dem §66 des deutschen StGB der Sicherungsverwahrung ähnelt, jedoch liegt der Fokus bei §21 Abs.2 vielmehr auf der Behandlung und Resozialisierung als auf der reinen Verwahrung. Zur Verurteilung und Einweisung nach §21 Abs. 2 muss immer noch eine „geistige Abnormität höheren Grades“ vorliegen, worunter unter anderem Erkrankungen wie Persönlichkeitsstörungen, Paraphilien, aber auch Impulskontrollstörungen, wie bspw. pathologisches Spielen dazuzählen. Die Quantifizierbarkeit des „höheren Grades“ umfasst die Schwere der Funktionsbeeinträchtigung vor allem im sozialen Kompetenzbereich (Frottier, 2010). Die Verurteilung nach diesem Paragraphen erfolgt erst bei Delikten, die eine Freiheitsstrafe von über 12 Monaten zur Folge haben (§21 Abs. 3). Im Falle von §21 Abs. 1 ersetzt diese Anordnung der strafrechtlichen Unterbringung in einem forensisch-therapeutischen Zentrum die Freiheitsstrafe, im Falle von §21 Abs. 2 wird sie zusätzlich verhängt. Zur Reihenfolge und Dauer der mit Freiheitsentziehung verbundenen vorbeugenden Maßnahmen lässt sich in §§ 24 und 25 lesen, dass die Art der Unterbringung in einem Maßnahmenvollzug vor einer regulären Freiheitsstrafe stattfinden und der Strafe entsprechend angepasst werden soll, auch, wenn die Freiheitsstrafe nicht zeitgleich mit der Unterbringung angeordnet wurde (Doralt, 2023). Außerdem sind diese Maßnahmen auf unbestimmte Zeit angeordnet, da sie so lange gelten sollen, bis ihr Zweck, Resozialisierung und Schutz der allgemeinen Gesellschaft, erfüllt ist. Allerdings darf die Unterbringung für Straftäter*innen nach §22 (entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher*innen) eine Zeit von zwei Jahren nicht übersteigen, bei gefährlichen Rückfallstraftäter*innen sind es zehn Jahre. Die Aufhebung der jeweiligen Maßnahmen wird durch das Gericht entschieden. Dies geschieht bei gefährlichen Rückfallstraftäter*innen mindestens einmal

jährlich, bei entwöhnungsbedürftigen Rechtsbrecher*innen mindestens alle sechs Monate. Ferner gilt: „Wird die Unterbringung vor dem Ablauf der Strafzeit aufgehoben, so ist der Rechtsbrecher in den Strafvollzug zu überstellen, es sei denn, dass ihm der Rest der Strafe bedingt oder unbedingt erlassen wird.“ (Doralt, 2023, S. 14). Die Insass*innen, die nach §21 Abs. 1 verurteilt wurden, werden in den Justizanstalten (kurz: JA) Göllersdorf, Asten und Wien Favoriten untergebracht. Für die Verurteilten nach §21 Abs. 2 sind die JA Garsten, Graz-Karlau, Asten und Stein zuständig (Bundesministerium für Justiz, 2020).

Laut des Bundesministeriums für Justiz (2022) (kurz: BMJ) ist der Insass*innenbestand im österreichischen Maßnahmenvollzug seit den 1980er Jahren linear angestiegen, ebenso wie die Verweildauer der Insass*innen in den jeweiligen Einrichtungen. 1980 gab es lediglich 210 nach §21 verurteilte Straftäter*innen. 2021 wurden insgesamt 1 329 Personen verzeichnet, darunter 780 (55,28%) nach §21 Abs.1 und 549 (38,91%) nach §21 Abs. 2. Von diesen 1 329 Personen waren 1 189 männlich und 140 weiblich. Zu der Geschlechtszugehörigkeit „divers“ gab es keine Angaben. Die häufigste psychiatrische Diagnose im Maßnahmenvollzug seien Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (Stompe & Keckeis, 2017; Stompe & Schanda, 2010). Stompe und Keckeis (2017) unterteilen dies noch weiter, indem sie postulieren, dass zurechnungsfähige Patient*innen häufig unter Persönlichkeitsstörungen und Paraphilien leiden und häufiger Sexualdelikte begehen, während zurechnungsunfähige Patient*innen eher Erkrankungen wie Formen der Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen aufweisen und häufiger zu Gewaltdelikten tendieren. Im Jahre 2023 wurde bisher ein gesamter Insass*innenstand von 9 174 Personen dokumentiert, darunter 1 480 (16,13%) als zurechnungsfähige Personen mit schwerwiegender und nachhaltiger psychischer Erkrankung bezeichnet (Die österreichische Justiz, 2023).

Die Unterbringung und Behandlung dieser Straftäter*innen ist durchaus auch im Rahmen eines forensisch-psychiatrischen Krankenhauses möglich, da in den ersten Jahren nach Einführung des Maßnahmenvollzuges in Österreich festgestellt wurde, dass die Kapazitäten der dafür vorgesehenen Einrichtungen bei weitem nicht ausreichten. Daher wurde im Strafvollzugsgesetz (StVG) festgehalten, dass nach §21.1 verurteilte Straftäter*innen auch in öffentlichen psychiatrischen Krankenhäusern verwahrt werden dürfen (Parlament Österreich, 1973). Durch das Maßnahmenvollzugsanpassungsgesetz von 2022 wird dies nicht mehr explizit so dargelegt, da auch forensisch-psychiatrische Abteilungen unter den Begriff der forensisch-therapeutischen Zentren fallen (Doralt, 2023, S. 760-765). In Deutschland ist die Praxis der Verwahrung in speziellen forensisch ausgelegten Psychiatrien weiter verbreitet, diese Art wird mit einer Verwahrung im Rahmen des Maßregelvollzuges gleichgesetzt (Stolpmann, 2010). In diesen Kontexten würden die Straftäter*innen als Patient*innen bezeichnet werden, da sich diese Arbeit allerdings mit dem Maßnahmenvollzug als Teil des österreichischen Strafvollzugs auseinandersetzt, werden die Straftäter*innen im Folgenden als Insass*innen bezeichnet.

2.1.2 Aufgaben und Ziele des Maßnahmenvollzugs

Während des Vollzugs der Maßnahme steht in erster Linie die Behandlung der einweisungsrelevanten Störung im Vordergrund, wobei die Methode der Behandlung abhängig von der jeweiligen Erkrankung ist. Zurechnungsunfähige Patient*innen gemäß §21 Abs. 1 werden aufgrund der Häufigkeit psychotischer Erkrankungen bspw. primär mit psychopharmakologischen und sozialpsychiatrischen Methoden therapiert (Stompe & Keckeis, 2017). Die untergebrachten Personen sollen individuell, intensiv und umfassend behandelt werden, nicht zuletzt, um ihre Mitwirkungsbereitschaft zu fördern. Sie sollen eine auf sie persönlich zugeschnittene psychiatrische, psycho- und sozialtherapeutische Behandlung erhalten, um eine Resozialisierung und straffreie Reintegration in die Gesellschaft zu ermöglichen. Besonders letzteres sei als Anforderung an die Therapie zu sehen und diene dem Schutz der Allgemeinbevölkerung, welcher vom Justizsystem so gewährleistet werden müsse (Müller et al., 2018). Müller-Isberner und Eucker (2009) bezeichnen dies als Behandlung für eine verbesserte Kriminalprognose. Dies gilt insbesondere für die Implementierung spezifischer Behandlungsprogramme (vgl. Kapitel 2.4). Was die Arbeit im Maßnahmenvollzug besonders macht, ist die Zusammensetzung des multiprofessionellen Teams, welches unter anderem um die Förderung der Krankheitseinsicht der Insass*innen, die aktive Partizipation an der Behandlung und die Aktivierung der persönlichen Ressourcen bemüht ist (Bundesministerium für Justiz, 2020). Dieses besteht aus Ärzt*innen, Pfleger*innen, Psycholog*innen, Psychotherapeut*innen, Sozialarbeiter*innen, Sonder- und Heilpädagog*innen, Ergotherapeut*innen, Physiotherapeut*innen, Diplomierten Sozialbetreuer*innen, Sozialpädagog*innen und Justizwachebeamte*innen. Diese Teams bilden zugleich gemeinsam das Plenum für bspw. Lockerungsentscheidungen. Zum Lockerungsstufensystem in Österreich ist nach erstmaliger Recherche nicht besonders viel zu finden, das forensische Zentrum Asten stellt allerdings ein drei-stufiges System vor, bei dem es zunächst erlaubt ist, sich auf dem Gelände frei zu bewegen und ausschließlich bspw. zu amtlichen Terminen in Begleitung das Gelände zu verlassen. Stufe zwei gewährleistet generelle Ausgänge in Begleitung, wobei diese Begleitung auch aus Angehörigen des/ der Insass*in bestehen kann. Die letzte Stufe, Stufe drei, erlaubt es dem/ der Insass*in letztendlich, auch unbegleitet Ausgänge wahrnehmen zu können (Herrmann, 2018). Zu diesem System zählt auch die Unterbrechung der Unterbringung, welche besagt, dass die Straftäter*innen in forensisch betriebenen Wohnheimen oder Wohngruppen unterkommen.

2.1.3 Kritik am Maßnahmenvollzug

Das Prinzip der Unterbringung im Maßnahmenvollzug steht fortwährend in der Kritik. In Österreich wurde die Diskussion über ethische und menschenrechtliche Bedenken durch den Bericht über einen verwahrlosten Patienten in der JA Stein angefacht (Klenk, 2014). Dem Vollzugssystem wird somit,

neben grober Vernachlässigung der Insass*innen, vorgeworfen, die Einstufung von Straftäter*innen als geistig abnorm dazu zu nutzen, eben diese lebenslanglich zu verwahren, auch wenn sie die Kriterien für eine Unterbringung als gefährliche Rückfallstäter*innen nicht erfüllen. Dies geschehe rein präventiv, wodurch der Schutz der Gesellschaft als höheres Gut eingestuft wird als die Selbstbestimmung des/ der straffälligen Einzelnen (Kammeier & Pollähne, 2018). Daher sei die Arbeit im Maßnahmenvollzug ein Balanceakt zwischen Sicherheit und Schutz der Bevölkerung und der individuellen Freiheit, wobei letzteres dabei eine untergeordnetere Position einnehme. Der Leiter der Begutachtungs- und Evaluationsstelle für Gewalt- und Sexualstraftäterinnen und -straftäter im Justizministerium Univ. Prof. Dr. Reinhard Eher kritisiert, dass der Maßnahmenvollzug dadurch eher einer Sammelstelle für Personen gleiche, bei denen man nicht wisse, wohin sonst (Volksanwaltschaft, 2021). Es gäbe ohnehin schon nicht genügend Ressourcen und Kapazitäten für eine adäquate Betreuung, weshalb psychisch kranke Straftäter*innen, insbesondere jene, die nach §21.2 verurteilt wurden, vermehrt nicht mehr in dafür vorgesehenen und dafür ausgestatteten Sonderanstalten verwahrt werden müssten, sondern derzeit bereits überwiegend in Abteilungen im normalen Strafvollzug untergebracht würden. Daraus resultiere dann, dass therapeutische Maßnahmen, die eigentlich die Grundlage für die Aussicht auf Lockerungen und Entlassung bilden, erst beginnen, nachdem ein großer Teil der Haftzeit bereits abgesehen wurde. Es bestehe generell kein gesellschaftliches, bzw. politisches Interesse, die Situation im Maßnahmenvollzug zum Besseren zu reformieren, indem Mittel gefördert, Plätze geschaffen und dem Personalmangel entgegengewirkt werde. Die Arbeitsgruppe Maßnahmenvollzug (2015) definiert als weitere Problemfelder die Perspektivlosigkeit der untergebrachten Menschen, sowie die Ungewissheit über die weitere Dauer der Maßnahme, aber auch die Missachtung der Würde der Straftäter*innen. Diese Ungewissheit kann nicht zuletzt auch auf die bürokratischen Gegebenheiten zurückzuführen sein, die die Lockerungs- und Entlassungsprozesse, wie gerichtliche Anhörungen oder Gutachten, in die Länge ziehen (Maier et al., 2000).

Ein für diese Arbeit bedeutender Kritikpunkt ist, dass die Therapie im Maßnahmenvollzug Behandlung unter Zwang darstellt. Die Therapie geschieht auf richterliche Anordnung hin und entzieht sich damit der Freiwilligkeit der/ des forensischen Patient*in, bzw. der/ des Insass*in (Schwarze & Schmidt, 2018). Patient*innen und Insass*innen gleichermaßen sehen sich dabei der Entscheidung gegenüber, sich den therapeutischen Maßnahmen und Erwartungen für ein Wiedererlangen der persönlichen Freiheit zu fügen oder sich ihnen zu widersetzen und damit einen jahrzehntelangen Haftaufenthalt zu riskieren (Vogd & Feißt, 2022). Dadurch werden Patient*innen und Insass*innen ohne Krankheitseinsicht oder Therapieintention dafür bestraft, obwohl die Grundrechte des Menschen im Kontext des Maßnahmenvollzuges keinesfalls ausgesetzt sind. Allerdings sind manche Vorbehalte erlaubt, wie wenn bspw. von einem/ einer Straftäter*in unmittelbar gewalttätige und/ oder gefährliche Handlungen zu befürchten sind (Müller-Isberner & Eucker, 2009). Konkret kann dies das Entwenden von Gegenständen aus der persönlichen Habe, Isolierung oder Fixierung des Häftlings bedeuten. Durch das starre kontrollierende Behandlungssetting und das unausgeglichene hierarchische

Machtverhältnis kann es allerdings auch zu einem Machtmissbrauch kommen, der die Verhältnismäßigkeit der Maßnahmen infrage stellt (Leygraf, 2013). Wenn kein Behandlungserfolg zu verzeichnen ist, bekommen die Insass*innen/ Patient*innen demnach auch keine Lockerungen gewährt, was wiederum in einem längeren Aufenthalt in der jeweiligen Anstalt resultiert. Dies zeigt auch das Problem der Doppelrolle, in der sich behandelnde Therapeut*innen wiederfinden. Zum einen soll eine vertrauensvolle Bindung zum/ zur Inhaftierten aufgebaut werden, zum anderen fungiert man als Gutachter*in für Lockerungsentscheidungen und gegebenenfalls Sanktionen (Kröber, 2019). Ein weiterer Punkt, der den Aufbau einer soliden therapeutischen Beziehung erschwert, ist der mögliche Wechsel der Bezugspersonen durch einen inkonsistenten Personalstab (Lamott & Pfäfflin, 2009). Gerade diese Kritikpunkte können sich entscheidend für die therapeutische Compliance herausstellen, welche im Folgenden, u.a. mit besonderem Fokus auf den Zwangskontext, erörtert wird.

2.1.4 Reform im Maßnahmenvollzug

Im Jahre 2022 wurde das Maßnahmenvollzugsanpassungsgesetz verabschiedet, welches im Laufe des Jahres 2023 in Kraft treten soll. Ziel dieser Anpassung sei eine „[m]enschenrechtskonforme und zugleich auch ressourcenbewusste Modernisierung des Maßnahmenrechts“ (Parlament Österreich, 2022a). So wurde bspw. die Formulierung „geistige[...] oder seelische[...] Abartigkeit von höherem Grad“ gestrichen und durch den Begriff „schwerwiegende [...] oder nachhaltige[...] psychische[...] Störung“ ersetzt (Doralt, 2023, S. 12). Gleiches passierte mit der Bezeichnung „Unterbringung in einer Anstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher“ in den §§ 22. Abs. 2, 23 Abs.2 und 3, 24 Abs. 1, 25 Abs. 3, 47 Abs. 1 und 3, 48 Abs. 2, sowie 59 Abs. 1, diese wandelte sich in „strafrechtliche Unterbringung in einem forensisch-therapeutischen Zentrum“ (Doralt, 2023, S. 12ff; Parlament Österreich, 2022b). Außerdem wurde die Definition der Anlasstaten (§21 Abs.3) modifiziert. Während in der alten Version des StGB noch steht, dass strafbare Handlungen gegen fremdes Vermögen nicht in Betracht kämen, es sei denn, sie wurden unter Anwendung von Gewalt gegen eine Person oder mit ernstzunehmender gegenwärtiger Gefahr für Leib und Leben (§89) begangen (Schloenhardt et al., 2021), wurde dies im Rahmen des neuen Anpassungsgesetzes erweitert um:

Anlass einer strafrechtlichen Unterbringung können nur Taten sein, die mit mehr als einem Jahr Freiheitsstrafe bedroht sind. Wenn die angedrohte Freiheitsstrafe dieser Tat drei Jahre nicht übersteigt, muss sich die Befürchtung nach Abs. 1 auf eine gegen Leib und Leben gerichtete mit mehr als zwei Jahren Freiheitsstrafe bedrohte Handlung oder auf eine gegen die sexuelle Integrität und Selbstbestimmung gerichtete mit mehr als einem Jahr Freiheitsstrafe bedrohte Handlung beziehen (Doralt, 2023, S. 12).

Weitere Neuerungen, die durch dieses Gesetz einzuhalten sind, zogen sich nicht nur durch Änderung im StGB, sondern auch in der Strafprozessordnung, dem Strafvollzugsgesetz (StVG), dem

Jugendgerichtsgesetz und dem Strafregistergesetz (Parlament Österreich, 2022b). Dieses Maßnahmenvollzugsanpassungsgesetz hatte eine Umstrukturierung der Maßnahmenvollzugsanstalten zufolge, welche die für diese Arbeit geplante Erhebung erschwerten, sodass bedingt vom eigentlichen Forschungsvorhaben abgewichen werden musste.

2.2 Therapeutische Compliance

Im Folgenden soll es um das Konstrukt der therapeutischen Compliance gehen. Dafür wird der Begriff zunächst erklärt und von der Adhärenz und der Therapiemotivation abgegrenzt. Anschließend wird die Rolle der Compliance im Maßnahmenvollzug als Behandlungsrahmen erörtert, sowie die Relevanz der Beziehung zwischen Therapeut*in und Patient*in, bzw. Insass*in, da diese nicht nur im allgemeinpsychiatrischen Bereich eine wichtige Rolle für Mitarbeit und Behandlungserfolg spielt.

2.2.1 Begriffsklärung und -abgrenzung

Unter *Compliance* versteht man das Ausmaß, in dem das Verhalten einer Person mit den ihr gegebenen medizinischen Ratschlägen übereinstimmt (Blackwell, 1992). In den meisten Fällen schließt dies die korrekte angeordnete Einnahme von Psychopharmaka ein, geht jedoch noch weit darüber hinaus. Im Dorsch Lexikon der Psychologie (o. D.) wird bspw. von der

Summe aller konstruktiven Beiträge des Pat. zum Gelingen einer Therapie – einschließlich der aktiven Teilhabe an den Therapieentscheidungen, der Einhaltung des vereinbarten Therapieschemas, dessen selbstständige und flexible Anpassung an den Krankheitsverlauf sowie aller erforderlichen Aktivitäten zur eigenständigen Symptom-/Störungskontrolle, Risikovermeidung, Problembewältigung (Coping) und prophylaktischer Maßnahmen gesprochen.

Stangl (o. D.a) schreibt weiters, dass zur Compliance regelmäßige Vorstellungen bei dem/ der Therapeut*in gehören, sowie Ratschläge ernsthaft anzunehmen und ggf. Medikation parallel zur Psychotherapie einzunehmen. Gefördert werden könne diese von der Therapeut*innenseite aus, indem Rücksicht auf Wünsche und Lebensumstände der Patient*innen eingegangen, fortwährend Lob und Motivation kommuniziert, sowie, dass der bereits erreichte Therapieerfolg verdeutlicht und wertgeschätzt werde.

Die zwischenmenschliche Bedeutung des Begriffs „Compliance“ hat sich im Laufe der Zeit verändert, da früher Compliance mit Gehorsam gegenüber der/dem Behandler*in gleichzusetzen war und dadurch von einem/r untergebenen willenslosen Patient*in ausgegangen wird und

Behandlungsanordnungen in Form von Befehlen gegeben wurden. Heute geht es um das aktive Mitwirken an der Behandlung und dadurch auch um das eigenverantwortliche Handeln und die bewusste Einwilligung (Spektrum, o. D.). Dadurch wird das Verhältnis zwischen Patient*in und Behandelndem von einer starken Hierarchie zu einer Begegnung auf Augenhöhe verschoben. Besonders bei der psychotherapeutischen Behandlung, und damit außerhalb des medizinischen Behandlungsverständnisses, ist dies für eine gute therapeutische Beziehung und damit als Wirkfaktor für den Behandlungserfolg unabdingbar (Lambert & Barley, 2001; Priebe & McCabe, 2008).

Die Beschaffenheit des therapeutischen Verhältnisses hat innerhalb der Geschichte der psychotherapeutischen Behandlung ohnehin eine Wandlung vollzogen. Weg von dem oben beschriebenen stark hierarchischen Verhältnis wurde zunächst an einer dialogorientierten Begegnung gearbeitet. Besonders dazu beigetragen hat Rogers (1961, 1973a, 1973b), als er im Rahmen der Gesprächspsychotherapie seinen klient*innenzentrierten Ansatz vorstellte. In diesem ging es darum, eine hilfreiche Atmosphäre für die Klient*innen zu schaffen und diesen mit Kongruenz, bedingungsloser Wertschätzung und Empathie zu begegnen. Im Rahmen der Sozialpsychiatrie wurde dieses Konzept dann wiederum zu einem Trialog, bzw. Tetralog, erweitert (Schöny et al., 2016). Bei einem Trialog erfolgt die Kommunikation, neben Betroffenen und Behandelnden, auch noch mit den Angehörigen. Bei einem Tetralog kommen als vierte Partei noch Vertreter*innen der Gesellschaft hinzu (Schöny, 1997). Dabei geht es darum, „eine gemeinsame Sprache und neue Formen der Begegnung zu entwickeln“ (Bock, 2005, S. 155), sowie das Schaffen eines gleichberechtigten Austausches, dem Entgegenwirken von Vorurteilen und die Verbesserung der Versorgungsqualität. Wichtig ist es, ein holistisches Bild der Erkrankung zu erstellen, in welchem insbesondere die Perspektive der Betroffenen Berücksichtigung findet, damit eine bessere Inklusion dieser Personengruppe gewährleistet werden kann (Schöny et al., 2016).

Nun zu den Begriffsabgrenzungen: Während die österreichische Ärztezeitung (2022) betont, dass, zumindest in der Kardiologie, die *Adhärenz* die *Compliance* mittlerweile abgelöst habe, da *Compliance* wie oben bereits beschrieben das reine Befolgen der Vorgaben geheißen habe, während *Adhärenz* den gemeinsamen Beschluss der Therapie darstelle, gibt es mehrere psychologische Lexika, welche die *Compliance* mit der *Adhärenz*, oder der *Therapiebereitschaft* beinahe gleichsetzen (Stangl, o. D.b; Spektrum, 2000, 2001). Um eine genauere Abgrenzung gewährleisten zu können, wurde nach einem Lexikon gesucht, was alle vier Begriffe *Compliance*, *Adhärenz* bzw. *Adherence*, *Therapie[mitarbeits]bereitschaft* und *Therapiemotivation* definiert. Dafür wurde sich auf das *Lexikon der Psychologie in fünf Bänden* von Spektrum (Spektrum, 2000; Spektrum, 2001) bezogen, obwohl diese Lexika bereits über zwanzig Jahre alt sind. Spektrum (2000) beschreibt *Adherence* (engl. für *Adhärenz*) als „Bezeichnung für eigenverantwortliches Handeln des Patienten und seine bewusste Einwilligung in die Behandlung“ (Spektrum, 2000, S.16) und weist dann auf den Eintrag zu *Compliance* hin. Auch bei *Therapiemitarbeitsbereitschaft* wird dieser Verweis gemacht (Spektrum,

2001). *Therapiemotivation* wurde als eine „wichtige Variable des Therapieerfolgs“ (Spektrum, 2001, S. 323) definiert. Weiters steht in ihrem Eintrag: „Veränderungsbereitschaft in Psychotherapien oder Mitarbeit in medizinischen Programmen (Rehabilitation) wird oft nur durch einen hohen Leidensdruck der Klient[*inn]en ausgelöst. Oft zeigen Klient[*inn]en Unwillen, an Therapieprogrammen teilzunehmen, da sie keinen Nutzen darin sehen [oder] der Aufwand zu groß erscheint [...]“ (Spektrum, 2001, S. 323). Hier wurde sich auf den für die *Therapiemotivation* entscheidenden Aspekt des Leidensdrucks bezogen, welcher in einem Setting von Zwangsbehandlung wie im Maßnahmenvollzug nicht ausschlaggebend ist. Spektrum (2000) beschreibt *Compliance* wie oben bereits genannt. Weiters wird allerdings definiert, dass sie besonders wichtig bei chronischen Erkrankungen sei,

da der Patient [/die Patientin] sein [/ihr] Bemühen um Mitarbeit langfristig, vielfach lebenslang aufrechterhalten muss. Eine solche langfristige *Compliance* setzt eine lebenslange Motivation [...] voraus. Viele chronisch Kranke [...] weisen eine extrem *schlechte Compliance* auf, die vermutlich dadurch zu erklären ist, dass diese Patient[*inn]en ihre Krankheit nicht ernst nehmen oder ein unangemessenes Krankheitsmodell aufweisen. Andere Patient[*inn]en [...] schätzen den Nutzen der Therapie gering ein [...]. (Spektrum, 2000, S. 275)

Chronische Erkrankungen sind nun für den Kontext des Maßnahmenvollzuges nicht relevant, eine langfristige Behandlung ist aber dennoch gegeben. Durch diese Aspekte der langfristigen Aufrechterhaltung im Setting und ein Gespür dafür zu bekommen, die Umstände, seien es nun Krankheit oder die Haftstrafe, ernst zu nehmen und die Behandlung zu tolerieren, wird diese Definition im Rahmen dieser Arbeit herangezogen. Es geht in erster Linie zunächst nicht darum, tatsächlich Gefallen an der Behandlung zu finden und sich aktiv mit den in der Therapie besprochenen Themen, wie Deliktbearbeitung und Psychopathologie, auseinanderzusetzen, sondern sich zunächst erst einmal auf die psychotherapeutische Behandlung im Vollzug einzulassen und nicht vollständig mit Widerstand auf die entzogene Freiheit und die Anordnung der Therapie unter Zwang zu reagieren. Daher wird im Rahmen dieser Arbeit hauptsächlich von *Compliance* gesprochen, Elemente der Definition von *Therapiemotivation* werden aber auch in Betracht gezogen und als entscheidend angesehen.

2.2.2 Compliance im Zwangskontext

Der Begriff der *Therapiebereitschaft* im Kontext des Vollzuges ist insofern problematisch, da es noch keine praxisnahe auf diesen Umstand zugeschnittene Definition gibt (Carl et al., 2016). Im Arbeitsumfeld der Forensik wird mangelnde *Compliance* als Hindernis für den Behandlungserfolg noch mehr Bedeutung beigemessen als in anderen therapeutischen Settings. Zwangsmedikation und

das unfreiwillige Behandlungsumfeld lassen eher auf ein stark hierarchisches Behandlungsverhältnis schließen, wodurch wieder eine Auffassung von *Compliance* als „Gehorsam“ statt als Mitarbeit entsteht. Pleyer schrieb bereits 1996, dass es sich nicht um zwei stark unterschiedliche Dialogpartner handeln würde, sondern, dass „therapeutische Beziehungen in Zwangskontexten [...] in aller Regel triadischer Natur [sind]. Die eigentlichen Auftraggeber, die den Zwang verhängen, sind mit im Gespräch, ohne anwesend zu sein.“ (Pleyer, 1996, S. 192). Dies ist ein weiterer Grund, weshalb in dieser Arbeit das Konstrukt der *Compliance* mehr im Vordergrund steht als das der *Adhärenz* oder *Therapiemotivation*. Die Begegnung auf Augenhöhe, das aktive Mitgestalten der Therapie und die bewusste Einwilligung in die Behandlung können durch die Rahmenbedingungen nicht gewährleistet werden, wodurch die/ der Patient*in in seiner/ ihrer Selbstständigkeit in dieser therapeutischen Beziehung immens eingeschränkt ist. Von Therapeut*innenseite kann nicht, wie von Stangl (o. D.a) angedacht, auf die Lebensumstände der Patient*innen oder Insass*innen eingegangen werden, da diese rigide und gesetzlich vorgeschrieben sind. Die Straftäter*innen müssen teilweise entgegen dem eigenen Willen auf das Delikt abgestimmte spezifische Behandlungsprogramme absolvieren, genaueres dazu im dazugehörigen Kapitel 2.4, um eine Aussicht auf Lockerungen und schlussendlich die Entlassung zu haben (Müller-Isberner & Eucker, 2009). Dies ist allerdings erst dann möglich, wenn auch aktiv Therapiefortschritte festgestellt werden können, welche neben Therapiebereitschaft auch noch Krankheitseinsicht und Deliktbearbeitung miteinschließen. Eine der drei von Deci und Ryan (1985) beschriebenen bedeutenden Komponenten für Motivation ist die Autonomie und Selbstbestimmung. Insbesondere diese ist im Maßregelvollzug nicht gegeben, weshalb dadurch negative Auswirkungen auf die Therapiemotivation und somit auch auf den Therapieerfolg entstehen. Auch Vogd und Feißt (2022) halten fest, dass aus dem Bezugsproblem Autonomie unter Zwang sowohl das Problem der Therapie unter Zwang für forensische Patient*innen, bzw. Insass*innen des Maßnahmenvollzuges, als auch fehlende Compliance für das Personal resultieren. Problematisch ist dazu auch, dass Compliance in verschiedenen Instrumenten zur gefährlichkeitsprognostischen Einschätzung für bspw. Rückfälle eingesetzt wird, darunter auch im HCR-20 (Item „fehlende Compliance“), welcher für Gewaltstraftaten verwendet wird (Müller-Isberner et al., 1998). Dies hängt dann wiederum mit Entscheidungen für Lockerungen zusammen. Rauchfleisch hielt bereits 1990 verschiedene Gründe für eine geringe Therapiemotivation bei sog. „Dissozialen“ (d.h. Menschen mit einer antisozialen Persönlichkeitsstörung, welche im Kontext des Maßnahmenvollzuges häufiger zu finden ist) fest, darunter:

- die Ambivalenz gegenüber intensiven Beziehungen, das sog. „Sehnsucht-Angst-Dilemma“, d.h., dass Abhängigkeit Angst erzeugt, sich aber gleichzeitig eine symbiotische Beziehung gewünscht wird
- die Angst, dass traumatische Beziehungserfahrungen in der Therapie erneut erlebt oder zumindest erneut erinnert werden könnten

- die narzisstische Verletzbarkeit, da, sich in Therapie zu begeben, eine intensive Kränkung des Selbstwelterlebens bedeutet
- das „Testen“ des/ der Therapeut*in und der Beziehung im Hinblick auf Verlässlichkeit und Tragfähigkeit
- die gruppendynamischen Prozesse, wie die Befürchtung, dass die Teilnahme an einer Therapie von anderen als Zeichen der Schwäche interpretiert werden könnte (Rauchfleisch, 1990).

Stinson und Clark (2017) wiederum sehen *Compliance* als eine von zwei Komponenten der *Therapiemotivation* bei Straftäter*innen an. Diese beschreibe das Einhalten offizieller Vorgaben und Befolgen von Regeln und damit die extrinsische Motivation. Aus diesem angepassten Verhalten soll dann ein bestimmter Nutzen resultieren, wie bspw. eben das Gewähren von Lockerungen oder die schnellere Aussicht auf Entlassung. Die *Veränderungsmotivation* bilde den zweiten Teil, die intrinsische Motivation, also den eigenen Wunsch, sich und das eigene Verhalten und Handeln zu verändern.

Der aktuelle Forschungsstand zur therapeutischen Compliance ist bei forensischen Patient*innen und Insass*innen des Maßnahmenvollzuges noch nicht sonderlich ausgeprägt, da sich diese vulnerable Gruppe schwierig erforschen lässt und auch nicht immer als besonders glaubwürdig angesehen werden kann. Vogd und Feißt (2022) beschreiben dies unter anderem im Rahmen des Wahrhaftigkeitsdilemmas: Ein*e Patient*in, bzw. ein*e Insass*in, würde mit seinen/ ihren Aussagen in der Therapie nur selten ihre/ seine wirklichen Emotionen und Gedanken beschreiben, sondern vielmehr ein strategisches Ziel zum Erreichen von mehr Freiheiten verfolgen. Otte et al. (2019) sind allerdings der Meinung, dass aufgrund des Zusammenhangs zwischen Therapieerfolg und der Wahrscheinlichkeit, entlassen bzw. gelockert zu werden, eine hinreichende extrinsische Motivation bestehe, ein Behandlungsverhältnis mit einem gewissen Maß an Vertrauen einzugehen und somit „den Aufbau einer positiven emotionalen Bindung [im Sinne] einer tragfähigen therapeutischen Allianz zu gestatten“ (Otte et al., 2019, S. 427). Auch Gudjonsson et al. (2008) implizieren, dass im forensischen Kontext die Beziehung zwischen Insass*innen und Behandelnden relevant für die therapeutische Compliance sei. Auf den speziellen Aspekt der therapeutischen Beziehung soll im folgenden Subkapitel noch einmal genauer eingegangen werden.

Weber (2022) hielt im Rahmen ihrer Masterarbeit über die Therapiemotivation im deutschen Maßregelvollzug die Evaluation verschiedenster Interventionen mittels Expert*inneninterviews fest. Sie fokussierte sich dabei auf Sexualstraftäter*innen. All ihre befragten Expert*innen gaben an, im Alltag mit mangelnder Therapiemotivation der Patient*innen aufgrund des Zwangskontextes konfrontiert zu sein. Förderliche Interventionen, die genannt wurden, waren unter anderem Arbeit am Beziehungsaufbau, Einsetzen von Belohnungen und die Begegnung mit Empathie und Verständnis.

Hemmend seien laut der befragten Expert*innen bspw. Druck, Manipulation und Überzeugungsversuche, Stigmatisierung und das Einsetzen von Bestrafung.

Eine Befragung von Betroffenen selbst zu Möglichkeiten, ihre Compliance zu erhöhen, hat bis jetzt kaum stattgefunden. Gallagher und Kolleg*innen befragten 2017 Teilnehmer*innen eines sogenannten „drug courts“ nach ihren Meinungen zu den hilfreichsten Aspekten des Programms, die beim Durchhalten und erfolgreichen Absolvieren der Intervention unterstützend wirkten. Die Ergebnisse zeigten zum einen, dass regelmäßiger Kontakt zwischen den Teilnehmenden der Intervention und den Richter*innen förderlich wirkte, zum anderen, dass wertende Haltungen der Behandelnden, sowie Anwendung/ Androhung von Strafen die Qualität der Interventionen negativ beeinträchtigte. Main und Gudjonsson führten 2006 eine quantitative Erhebung zur Non-Compliance im Großraum London durch, in welcher mithilfe von standardisierten Persönlichkeitsfragebögen und anderer klinischer und demographischer Variablen Faktoren zu vermehrt auftretenden Regelverstößen und mangelnder Compliance identifiziert werden sollten. Als Resultat wurde lediglich Drogenmissbrauch in der Vorgeschichte als negativer Einfluss auf die Compliance genannt. Dies kann unter anderem auf die Art der Erhebung zurückgeführt werden, da kein intensiver Kontakt mit den Befragten bestand und sie nicht weiter persönlich über ihre Erlebnisse berichten konnten.

Stiels-Glenn (2017) führte eine Studie zu Wirkfaktoren im Maßregelvollzug aus Patientensicht durch, allerdings bei Pädophilen und nicht bei Gewaltstraftätern. Die Ergebnisse zeigten, dass die Behandlung beim Wissen und der kognitiven Einsicht Wirkung gezeigt hat. Des Weiteren kann sie zur Akzeptanz der Diagnose, Erkennen der persönlichen Risikofaktoren und Planung individueller Rückfallprävention, sowie Erhöhung des selbstkritischen Reflektierens führen. Als zentrale Wirkfaktoren wurde folgendes aufgeführt:

- die Beziehung zum Therapeut*innen: Eine respektvolle, wertfreie Begegnung auf Augenhöhe
- delikthomogene Gruppentherapien: Sie werden als Lernorte angesehen und können Passungsprobleme in der therapeutischen Beziehung ausgleichen. Dies gilt allerdings nur für homogene Gruppen, da es in deliktgemischten Gruppen zu Konflikten über die Schwere der Tat komme.
- die Persönlichkeit der/s Patient*in: Patient*innen, die ihre Behandlung als kritisch schilderten, wiesen höhere Ausprägungen in Eigenschaften wie Misstrauen, Externalisierung und Pessimismus auf.
- das Umfeld des Maßregelvollzugs als Kontext: Widerstand aufgrund von Abhängigkeit vom Personal und starrem Regelsystem und ein unzureichender sozialer Empfangsraum.

Letzterem kann allerdings durch Begegnung auf Augenhöhe und Anbieten von dialektisch-behavioraler Therapie (kurz DBT), sowie Kunst- und Musiktherapie bedingt entgegengewirkt werden.

Carl et al. (2016) beschreiben, dass Leidensdruck eine entscheidende Komponente bei der Behandlungsmotivation darstelle: Je höher der Leidensdruck, desto höher sei die Aussicht auf Therapieerfolg. Leidensdruck wurde in diesem Kontext definiert als die Wahrnehmung persönlicher Probleme an sich selbst und dem eigenen Verhalten, wie bspw. soziale Schwierigkeiten und Schuldgefühle oder Defizite in der Problemverarbeitung, welche in impulsivem, aggressivem Verhalten resultieren. Diese Studie bezieht sich zwar auf Personen, die aufgrund von Gewaltverbrechen verurteilt wurden, allerdings im normalen Strafvollzug und/ oder in Untersuchungshaft und nicht in einer forensisch-psychiatrischen Maßnahme. Dennoch deklarieren die Autor*innen, dass auch bei Gewaltstraftäter*innen der Leidensdruck und die daraus resultierende Entwicklung eines Problembewusstseins und die Kenntnis zur internalen Problemverarbeitung Indikatoren für die Behandlungsmotivation sein können und dass die Veränderungsbereitschaft durch in der Therapie erarbeitete Ziele gesteigert werden kann. Dies trägt zum straffreien Leben nach der Haft bei und senkt den erlebten Leidensdruck. Allerdings gehen andere Studien davon aus, dass hoher Leidensdruck in Form von psychosozialen Problemen Ausdruck einer schweren Psychopathologie sei und dadurch eher ein Therapiehindernis mit geringerer Therapiemotivation darstellen könnte (Mulder et al., 2014). Dabei wurde allerdings eine rein klinische Population berücksichtigt.

Das Problem mit der Komponente des Leidensdrucks ist nur, dass Persönlichkeitsstörungen (im Folgenden nur noch kurz: PS), insbesondere die des, bspw. im veralteten DSM-IV festgehaltenen (APA, 2000), Cluster B, einen großen Anteil der Patient*innen in forensischen Psychiatrien bilden (Craster & Forrester, 2020) und PS sich in der Regel dadurch auszeichnen, dass die betroffene Person selbst kaum bis gar keinen Leidensdruck verspürt (de Ruiter & Trestman, 2007). Im forensischen Kontext wird die höchste Compliance bei Patient*innen mit PS des Cluster C, bspw. dependent, selbstunsicher-vermeidend, angenommen (Gudjonsson & Main, 2008). In dieser veralteten Sichtweise wurden PS in drei Cluster unterteilt: Cluster A wurde als der „seltsam-exzentrische“ Typ bezeichnet, unter diesen die paranoide, die schizoide und die schizotype PS fielen (Matthews et al., 1998). Dieses Cluster kommt laut Huang et al. (2009) mit 3,6% am häufigsten vor. Cluster B, auch „dramatisch-emotionales“ Cluster genannt, beinhaltet die antisoziale, die histrionische, die narzisstische und die emotional-instabile, bzw. Borderline-, PS (Matthews et al., 1998). Sie weist laut Huang et al. (2009) eine Prävalenz von 1,5% auf und wird am häufigsten mit frühen Aufenthalten in institutionellen Pflegeeinrichtungen und Kriminalität in Verbindung gebracht (Coid et al., 2006). Zudem wird ihr am ehesten, neben dem kriminellen im allgemeinen, gewalttätiges Verhalten im Speziellen nachgesagt (Esbec & Echeburúa, 2010). Im Cluster C, auch betitelt mit „besorgt-ängstlich“, sind die vermeidend-selbstunsichere, die dependente und die zwanghafte PS zu finden (Matthews et al., 1998). Mit einem Vorkommen von 2,7% liegt diese Gruppe also im Mittelfeld zwischen den anderen beiden Clustern

(Huang et al., 2009). Wie bereits beschrieben, ist diese Klassifizierung bei weitem nicht mehr aktuell. Mit Inkrafttreten des ICD-11 wurde nicht nur auf die Unterteilung in Cluster, sondern, mit Ausnahme der Borderline-PS, auf die Spezifizierung aller PS verzichtet. Nun wird im Rahmen einer dimensionalen Diagnostik lediglich der Schweregrad der Funktionsbeeinträchtigung (leicht, mittel oder schwer), sowie übergeordnete charakteristische Persönlichkeitsmerkmale (wie negative Affektivität, Distanziertheit, Dissozialität, Enthemmung und Anankasmus) erfasst (WHO, 2019a). Hier wurde diese veraltete Clusterbildung nur zur Verdeutlichung herangezogen, da sie in älteren forensischen Quellen, wie Esbec und Echeburúa (2010), Gudjonsson und Main (2008), Reich und Thompson (1987) oder Timmerman und Emmelkamp (2005, 2006) verwendet wurde. Warum hier im Besonderen so stark auf die PS als zugrundeliegende Psychopathologie eingegangen wird, hängt damit zusammen, dass die forensische Behandlung von Gewaltstraftäter*innen und antisoziale Täter*innen unter anderem aus der DBT besteht, welche ebenfalls Anwendung in der Behandlung gewisser PS findet (Oermann, 2013). Außerdem ist Gewaltausübung, welche nicht aufgrund von wahnhaftem Erleben, sondern reaktiv oder berechnend geschieht, bei Menschen mit Impulskontrollstörungen, psychopathischen Zügen und dadurch übergeordnet bei Menschen mit PS zu finden (Eusterschulte et al., 2017).

2.2.3 Die Rolle der therapeutischen Beziehung

Wie bereits in den vorherigen Abschnitten angedeutet, ist ein besonders relevanter Faktor für die Erhöhung von Compliance und damit auch den Erfolg der Therapie die Qualität der Beziehung zwischen Patient*in, bzw. Insass*in, und Therapeut*in. Auch hier fällt die Datenlage zur forensischen Patient*innengruppe deutlich ärmer aus. Es kann lediglich festgehalten werden, dass die Zufriedenheit mit dem forensischen Setting mit der Wahrnehmung des sozialen Klimas und stark mit der Wahrnehmung über die therapeutischen Beziehungen zum Personal korreliert (Bressington et al., 2011; MacInnes et al., 2014). Die meiste Forschung zur Therapiebereitschaft und wie diese mit der therapeutischen Beziehung korreliert konnte in Bezug auf Schizophreniepatient*innen gefunden werden. Dennoch können manche Ergebnisse auch im forensischen Arbeitsbereich Bedeutung finden und implementiert werden. Bebbington hielt bereits 1995 mit Fokus auf die Gruppe der schizophrenen Patient*innen fest, dass eine herzliche und gleichberechtigte therapeutische Beziehung, welche vorzugsweise über einen längeren Zeitraum aufrechterhalten wird, Compliance fördern und zu reflektierteren Ansichten über Krankheit und Medikation beitragen kann. Daher stellt sie einen essenziellen Teil einer guten Behandlung dar. Ferner stellt eine gute therapeutische Beziehung einen Mediator für die Wahrnehmung eines gesundheitsbezogenen locus of control bei Schizophrenie-Patient*innen dar (Jaeger et al., 2014). Bei forensischen Patient*innen oder Insass*innen des Maßnahmenvollzuges ist der locus of control allerdings external gelegen, d.h. man ist überzeugt, dass der Outcome von Ereignissen nicht durch persönliche Handlungen beeinflusst werden kann, sondern

durch andere Personen, den sozialen Kontext, Schicksal oder ähnliches gesteuert wird (Lefcourt, 1991). Solch eine Überzeugung ist zudem mit höheren Depressionswerten, Hilflosigkeit, Zurückhaltung und Inkompetenz assoziiert. Eine Hypothese für non-compliant Verhalten bei Insass*innen könnte daraus abgeleitet werden, da sie durch das Sich-Widersetzen versuchen könnten, einen Teil internalen locus of control zurückzugewinnen, d.h. dass durch eigene Anstrengungen und Fähigkeiten auf den Outcome von Ereignissen eingewirkt werden kann (Lefcourt, 1991).

Auch die allgemein postulierten Aspekte des Wirkfaktors der therapeutischen Beziehung, d.h. Empathie, Wärme und Kongruenz, können hier zu einem gewissen Grad berücksichtigt werden (Lambert & Barley, 2001). Allerdings sollte bei Personen mit psychopathischen Tendenzen besondere Vorsicht geboten sein, damit es nicht zu einer Manipulation seitens der/ des Insass*in kommt (Eisenman, 1980; Salekin, 2002; Wong, 2000). Damit ist keineswegs gemeint, dass diesen nicht mit Empathie oder Wärme begegnet werden sollte, sondern vielmehr, dass sich der/ die Therapeut*in dem Risiko, dass seine/ ihre entgegenkommende Art ausgenutzt werden könnte, durchgehend bewusst sein muss und dass in diesem Rahmen besonders auf Abstinenz des/ der Therapeut*in, zum Schutz der eigenen Person, und Phänomene wie Gegenübertragung Wert gelegt wird (Parin, 1961).

Bolsinger und Kolleg*innen (2020) stellten Einschränkungen für eine gute therapeutische Beziehung in einem geschlossenen, jedoch rein psychiatrischen Setting vor. Nichtsdestotrotz gelten dort ebenso die unfreiwillige Einweisung und der Verlust der persönlichen Autonomie wie im Maßnahmenvollzug. Beides werden als erhebliche Hindernisse für den Aufbau einer guten therapeutischen Beziehung gesehen. Der „Vorteil“, den der Maßnahmenvollzug in diesem Kontext genießt, ist, dass dort der Aufenthalt der psychisch Kranken länger anhält als auf einer akuten psychiatrischen Station und daher zumindest durch die zeitliche Komponente besser eine therapeutische Beziehung aufgebaut werden kann. Konkret haben Bolsinger und Kolleg*innen (2020) festgehalten, dass verbale und nonverbale Kommunikationsfähigkeiten entscheidende Auswirkungen auf die Beziehung haben können. Hierbei wurde das „Reden von oben herab“ als Negativbeispiel angeführt. Weiters wurde die therapeutische Beziehung unter unfreiwilligen Behandlungsanordnungen unter den Einfluss der Einstellungen und Verhaltensweisen des Personals gestellt, wobei es um das Verstehen der Bedürfnisse der Patienten und deren entsprechende Erfüllung ging. Auch MacInnes und Kolleg*innen (2014) hielten fest, dass die Zufriedenheit mit der Therapie bei Inhaftierten anstieg, wenn ihnen Respekt und Wertschätzung entgegengebracht wurde. Dies ist durch die zuvor bereits vorgestellte Studie von Stiels-Glenn (2017) ebenfalls hervorgegangen. Da dort die befragten Häftlinge alle unter Pädophilie litten, etwas, was stark mit Scham besetzt sein kann, ist gerade diesen Straftäter*innen eine wertfreie Begegnung auf Augenhöhe besonders wichtig. Folglich kann geschlossen werden, dass auch im forensischen Bereich die therapeutische Beziehung einen relevanten Faktor für den Therapieerfolg darstellt, die Art der Beziehung und des Umgangs jedoch gegebenenfalls dementsprechend an das Störungsbild des/ der Insass*in angepasst werden muss.

2.3 Gewalt und Gewaltdelikte

In diesem Subkapitel soll es um die Begriffsklärungen von Gewalt im Allgemeinen und Gewaltdelinquenz, bzw. Gewaltdelikten im Speziellen gehen. Des Weiteren wird auf mögliche Risikofaktoren für gewalttätiges Verhalten eingegangen. Der Fokus liegt dabei besonders auf psychischen Erkrankungen, da diese für diese Arbeit eine übergeordnete Rolle spielen. Außerdem wird, im Übergang zum darauffolgenden Kapitel über spezielle Behandlungsprogramme, ein allgemeiner Überblick über Erklärungs- und Behandlungsansätze für aggressives und gewalttätiges Verhalten gegeben.

2.3.1 Gewalt

Zur Definition des Gewaltbegriffs gibt es unterschiedliche Auffassungen. Die WHO (o. D.) definiert Gewalt bspw. als den vorsätzlichen Gebrauch von physischem Zwang oder physischer Macht, ob angedroht oder tatsächlich, gegen sich selbst, eine andere Person oder gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft, welche entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischen Schäden, Fehlentwicklung oder Verlust führt. Diese Definition wurde auch im Folgenden zu Rate gezogen, da sie auch angedrohte Gewalt in den Begriff miteinbezieht. Scarpa und Raine (2000) unterscheiden zwischen impulsiv-emotionaler und kontrolliert-instrumenteller Gewalt. Impulsiv-emotionale Gewalt tritt plötzlich, ohne Vorwarnung und als Reaktion auf eine wahrgenommene Bedrohung, Provokation oder Beleidigung im Kontext von damit verbundener Wut, hoher Emotionalität und hoher Impulsivität auf. Dazu können unter anderem im Extremfall Handlungen wie körperliche Misshandlung, Körperverletzung und Mord/Totschlag von Kindern gehören, diese Form inkludiert aber auch weniger intensive Formen von verbaler oder körperlicher Aggression, wie Schreien oder Treten. Bei kontrolliert-instrumenteller Gewalt handelt es sich um einen weniger impulsiven, und dadurch kalkulierten und unauthentischeren Ausdruck von Aggression, die darauf abzielt, ein bestimmtes Ziel zu erreichen, meist durch Vorsatz und Manipulation. Dazu können unter anderem Taten wie geplante Raubüberfälle, Brandstiftungen und Serienmorde gehören. Heilemann und Fischwasser-von Proeck (2001) sprechen im Rahmen der Betrachtung von Gewalt in unmittelbarer Verbindung mit Straffälligkeit von einer „Feindseligkeit und dem Drang, bei anderen Menschen Angst hervorzurufen“ (S. 18), welche in einer universalen Ideologie von Gewaltstraftäter*innen münde. Aus dieser Annahme resultierte die Definition der destruktiven Gewalt, welche das destruktive Verhalten der Täter*innen als Unterdrückung der Gegenwehr und des Willens des Opfers, sowie als Verletzung ihres Selbstbestimmungsrechts, ansieht. Außerdem charakteristisch für diese Art von Gewalt seien die Funktionen, die die gewalttätigen Handlungen für den/ die Täter*in hat: Kompensation von Demütigung und Abweisung und Befriedigung des Gefühls von

Überlegenheit. Letzteres wird besonders verstärkt während der Tat wahrgenommen, wenn sich der/ die Täter*in dem Opfer gegenüber zuvor unterlegen gefühlt hat, bspw. durch Status oder Bildungsgrad. Des Weiteren muss der/ die Täter*in gut ausgebaute Abwehr- und Legitimationsstrategien besitzen, zum einen, um die eigenen Schuldgefühle reduzieren zu können und zum anderen damit das erlebte Hochgefühl nicht durch das soziale Umfeld gefährdet werden kann. Beim Opfer entstehen im Gegenzug Gefühle von Kontrollverlust und Ohnmacht. Darüber hinaus besteht meist eine einseitige Täter*innen-Opfer-Beziehung, welche nur von der Täter*innenseite aus aktiv gesucht wird.

2.3.2 Risikofaktoren für gewalttätiges Verhalten

Scarpa und Raine benannten bereits 2000, dass man, um die Neigung zu und die Aufrechterhaltung von gewalttätigem Verhalten verstehen zu können, den Fokus auf die Konstrukte Wut und Impulsivität legen müsste. Sie erläuterten, dass Jugendliche, welche nach impulsiver-emotionaler Gewalt (Definition dazu s.o.) in jüngerem Alter Verhaltensprobleme aufwiesen, mehr stressige Lebensereignisse erlebt hatten und zu einer komorbiden psychiatrischen Störung oder gleichzeitigen Anpassungsschwierigkeiten und Defiziten in frühen Stadien der sozialen Informationsverarbeitung tendierten. Neurologisch kann es Defizite und Störungen in den Funktionen gewisser Hirnareale (frontotemporal, limbisches System, Amygdala, linke Hemisphäre), sowie Störungen der Botenstoffe (vermindertes Serotonin in Kombination mit Noradrenalin, erhöhter Cortisolspiegel und erhöhte Reaktivität) geben, welche folglich in Beeinträchtigungen der Impulskontrolle und gewalttätigem Verhalten resultieren können.

Es gibt neben der biologischen Komponente auch psychosoziale Faktoren, die mit dem Auftreten von gewalttätigem Verhalten assoziiert wurden. Psychodynamische Theorien gehen davon aus, dass Aggressionen eine Reaktion auf die Blockierung libidinöser Impulse sind und aus der Projektion selbstzerstörerischer Impulse oder eines Todestribs auf äußere Objekte resultieren kann (Blue & Griffith, 1995). Beck (1999) geht davon aus, dass aggressiven Personen Fehler in der Wahrnehmung sozialer Interaktionen unterlaufen, durch welche der/ die Einzelne andere für die eigenen Probleme in der Verantwortung sieht. Ein weiterer psychosozialer Risikofaktor, der von Rueve und Welton (2008) genannt wurde, war die Theorie des sozialen Lernens, welche dafür verantwortlich ist, Gewalt durch Erfahrungen von und mit Bezugspersonen als Konfliktlösungs- oder anderweitige Copingstrategie zu akzeptieren und zu implementieren. Um dies weiter zu stützen, gibt es Studienergebnisse, welche gewalttätiges Verhalten eines Individuums auf Gewalterfahrungen, auch verbale, in der Familie zurückführen (Blomhoff et al., 1990; Farrell & Zimmerman, 2018). Im Speziellen können elterliche Feindseligkeit und fehlende mütterliche Zuneigung als Prädiktoren für antisoziales Verhalten fungieren (Cadoret et al., 1997). Des Weiteren kann dadurch eine Desensibilisierung gegenüber gewalttätigem Verhalten entstehen. Zusätzlich können neben Missbrauch auch ein schlechtes elterliches Vorbild, fehlende oder unzureichende soziale Unterstützung

und Schulbildung verantwortlich sein (Petit, 2005). Dies wird zudem noch von einer höheren Prävalenz an Schulschwänzen und Unterbringung in Pflegefamilien gestützt (Elbogen et al., 2005). Der Einfluss dieser Faktoren wurde insbesondere in Bezug auf early-onset-Delinquenz, in welche Gewaltanwendung involviert war, bei Jugendlichen hervorgehoben (Kim et al., 2023; Shaffer & Ruback, 2002; Steinberg et al., 2003). Es wurde bei der Exploration jugendlicher gewalttätiger Delinquenz weiters festgestellt, dass auch der Einfluss devianter Peers (Esbensen et al., 2009; Kim et al., 2023; Wojciechowski, 2020a), Gefühle wie Überlegenheit, Langeweile oder Frustration, sowie die Aussicht auf eine finanzielle Belohnung, Schutz vor einer bedrohlichen Umgebung oder die Auffassung, bestimmte Opfer seien geeignete Ziele für Gewalt, eine Rolle spielen (Steinberg et al., 2003). Andere robuste Effekte, die bei Jugendlichen gefunden wurden, waren die Einstellung gegenüber dem eigenen Verhalten, d.h., dass positive Überzeugungen oder Einstellungen zu deviantem Verhalten (z. B. Unehrlichkeit oder negative Meinungen über die Strafverfolgung) eher mit Gewalt einhergehen (Hawkins et al., 2000; Howell, 2003). Dies stellt gleichzeitig einen Risikofaktor für Gangbildung dar (Esbensen et al., 2009). Außer dem psychosozialen muss aber auch das sozioökonomische Umfeld hinsichtlich potenzieller Risikofaktoren berücksichtigt werden. So identifizieren Swanson und Kolleg*innen (2002) neben dem Bezeugen und Erleben von Gewalt auch Obdachlosigkeit als Faktor, der in hohem Maße mit gewalttätigem Verhalten in Verbindung gebracht werden kann. Und auch hier gibt es Indikatoren, die speziell mit frühjugendlicher Delinquenz assoziiert werden können: Jugendliche, die in Stadtteilen leben, in denen Drogen oder Schusswaffen leicht erhältlich und Armut und Arbeitslosigkeit vorherrschend sind, neigen eher zu Gewalt (Esbensen et al., 2009).

Eine andere Einteilung der Risikofaktoren für gewalttätiges Verhalten ist die in statische und dynamische Faktoren (Douglas & Skeem, 2005). The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists (2015) definieren statische Faktoren als etwas, was unveränderbar ist, wie bspw. Alter, Geschlecht, der familiäre Hintergrund, Missbrauch in der Kindheit oder die Schwere der Straftat, während dynamische Faktoren wandelbar sind und daher Möglichkeiten zur Intervention bieten. Darunter fallen Arbeitslosigkeit, Peer-Group-Einflüsse, Drogenkonsum-/ missbrauch, Verfolgungswahn, Non-Compliance bei der Behandlung, Impulsivität, Tötungsdelikte, Depression, Hoffnungslosigkeit, Suizidalität und Zugang zu Waffen (Buckley et al., 2003; Coid et al., 2016).

2.3.3 Gewalt und psychische Erkrankungen

Ein weiterer bedeutender Risikofaktor für gewalttätiges straffälliges Verhalten ist das Auftreten einer, ggf. schweren, psychischen Störung. Auf diesen Aspekt soll im Folgenden konkreter eingegangen werden. Hodgins (2006) beschreibt, dass bei schwer psychisch Erkrankten das Risiko für Kriminalität im Allgemeinen, als auch für Gewalttaten im Speziellen, sowie für aggressives Verhalten deutlich erhöht ist. Dabei gibt es einen stärkeren Zusammenhang zwischen Erkrankung und Gewaltkriminalität

als mit andersartigen delinquenten Auffälligkeiten. Hier werden besonders an Schizophrenie erkrankte Personen betont, da diese das höchste Risiko aller Gruppen psychischer Störungen aufweisen würden und bei ihnen des Weiteren ein höheres Risiko im Bereich der Tötungsdelikte bestünde. Allerdings ist auf der anderen Seite auch zu betonen, dass es in Bezug auf den Zusammenhang zwischen der Erkrankung an einer Schizophrenie und dem Verüben von gewalttätigen und kriminellen Handlungen widersprüchliche Forschungsergebnisse gibt. Solche, die der von Hodgins (2006) postulierten Position entgegenstehen, sind bspw. die von Degen (2014) und Kristof und Kolleg*innen (2018).

Außerdem wird von Hodgins (2006) das Vorhandensein antisozialen Verhaltens hervorgehoben. Dieses kann bereits in Form eines stabilen Musters seit der Kindheit auftreten und über die Lebenszeit anhalten. Wenn in der Jugend vor der Erkrankung, oder dem Wissen über diese, bereits kriminelles Verhalten ausgeübt und nach der Diagnose weitergeführt wurde, kann dies als Indikator für eine antisoziale PS gewertet werden. Psychisch kranke Kriminelle, die früh straffällig werden, weisen die gleichen Persönlichkeitsmerkmale auf „wie psychisch nicht erkrankte antisoziale Persönlichkeiten. Zu diesen Merkmalen zählen Impulsivität/ Hang zu extremen Erlebnissen, Hinterlist in zwischenmenschlichen Beziehungen (Gefühllosigkeit, Mangel an Schuldgefühlen) und gestörte emotionale Erfahrungen (Mangel an Einfühlsamkeit und Mitgefühl)“ (Hodgins, 2006, S. 10). Dazu kommt außerdem noch, dass „[s]chon früh kriminelle psychisch Kranke [...] auch eine mangelnde Therapie-Compliance auf[weisen]“ (Hodgins, 2006, S. 11), ein Punkt, der gerade für diese Arbeit von größerer Relevanz sein könnte. Bei Patient*innen, bei denen vor Ausbruch der Erkrankung noch kein antisoziales Verhalten zu beobachten war und die Delinquenz erst nach der Diagnose und dem Auftreten der Symptomatik auftrat, lag zu einem Teil eine akute Psychose, zu einem anderen Teil eine Alkoholabhängigkeit im Anfangsstadium vor.

Letzteres, bzw. Substanzgebrauchsstörungen im Allgemeinen, erhöhen die Wahrscheinlichkeit für aggressives Verhalten, sowohl allein (Steadman et al., 1998), als auch in Kombination mit PS (Steadman et al., 1998), bspw. der antisozialen (Eronen et al., 1996). Ein Unterschied zwischen den Geschlechtern liegt dabei nicht vor (Swanson et al., 1990). Substanzmissbrauch wird auch als signifikanter Indikator bei häuslicher Gewalt betrachtet (Rudolph & Hughes, 2001). Steadman und Kolleg*innen (1998) hoben in ihrer Studie hervor, dass die Zwölf-Monats-Prävalenz für Gewaltvorfälle bei schweren psychischen Erkrankungen ohne gleichzeitigen Drogenmissbrauch 18% betrug, während für schwere psychisch Erkrankte mit komorbidem Drogenkonsum zu 31% innerhalb des Jahres gewalttätig wurden. Am höchsten war die Prävalenz bei Substanzkonsum in Kombination mit dem Vorliegen einer PS (43%).

Andere psychiatrische Störungen, die in Verbindung mit Gewalt genannt und/ oder gebracht werden konnten, sind „psychotic disorders, affective disorders, Cluster B personality disorders, conduct and oppositional defiant disorders, delirium and dementia, dissociative and posttraumatic stress disorders, intermittent explosive disorder, sexual sadism, and premenstrual dysphoric disorder“

(Rueve & Welton, 2008, S. 39). Auf psychotische Störungen, insbesondere die Schizophrenie, wurde bereits eingegangen und auch von Hachtel und Kolleg*innen (2018) nochmals postuliert.

Boots & Wareham (2010) fanden für affektive Störungen gemischte Ergebnisse, da sie zwar zu einem gewissen Maße Gewalt vorhersagen könnten, sie jedoch keinen verstärkenden Beitrag leisten würden. Dies treffe nur bei oppositionellen trotzigem, bzw. antisozialen Persönlichkeitsproblemen zu. Diese würden einen signifikanten Hinweis auf Gewalt in jeder Altersgruppe darstellen. Fava und Kolleg*innen postulierten bereits 1993, dass Aggression, Wutausbrüche und gewalttätiges Verhalten bei Depressionen und Angstzuständen im Zusammenhang mit Reizbarkeit auftreten könnten. Außerdem seien manische Patient*innen, neben den Demenzerkrankten, diejenigen Patient*innentypen, die während eines stationären Aufenthaltes am häufigsten Gewalttaten begehen oder Aggression zeigen (Rueve & Welton, 2008).

Welche der PS unter die veraltete Einteilung des Cluster B fallen, wurde bereits in vorherigen Kapitel 2.2.2 erläutert. Die antisoziale PS gilt als die am häufigsten mit Gewaltkriminalität assoziierte (Mela et al., 2014; Wojciechowski, 2020a). Wojciechowski (2022) untersuchte zudem, ob Feindseligkeit und Selbstbeherrschung als vermittelnde Faktoren in dieser Korrelation gelten könnten, wobei für beide Faktoren ein Einfluss auf den Zusammenhang festgestellt werden konnte, sich allerdings nur Selbstbeherrschung als signifikanter Mediator herausstellte. Von Shepherd und Kolleg*innen (2018) konnte des Weiteren nachgewiesen werden, dass hohe Psychopathie-Werte (gemessen mittels Versionen der Psychopathie Checkliste nach Hare (2003)) oder das Vorliegen einer antisozialen PS mit höherer Wahrscheinlichkeit zu einer erneuten Inhaftierung führen und eine höhere Wiederverurteilungsraten aufweisen. Neben der antisozialen PS wird auch die narzisstische PS als starker Prädiktor für sowohl allgemeines als auch gewalttätiges Kriminalverhalten angesehen (O'Driscoll et al., 2012). Auch bei der Borderline-PS, welche ebenfalls dem Cluster B zugeordnet wurde, kann eine Verbindung zu gewalttätigen Straftaten gezogen werden, die Prävalenz unter Straftäter*innen ist deutlich höher als die in der Allgemeinbevölkerung vorherrschende. Als Erklärung dafür werden die Symptome der Impulsivität und Defizite in der Emotionsregulation herangezogen (Sebastian et al., 2019). Genau wie der antisozialen PS wird auch bei der Borderline-PS hohe Wut und Feindseligkeit mit körperlicher Aggression assoziiert (Kolla et al., 2017).

Hayes und Kolleg*innen (2013) stellten zwar heraus, dass der Anteil von forensischen Patient*innen in ihrem Sample, die unter einer Demenzerkrankung leiden, mit 1% recht gering ausfällt und zudem noch meist komorbid in Erscheinung tritt, dennoch wird auch von geriatrischen Patient*innen aggressives Verhalten gezeigt (Cipriani et al., 2016). Laut Reisberg und Kolleg*innen (1987) weisen fast ein Drittel der demenziellen Patient*innen im ambulanten Therapiesetting ein gewalttätiges Verhalten auf. Eine Langzeitstudie über zehn Jahre ergab, dass bis zu 96 % der Patient*innen mit Demenz im Verlauf ihrer Krankheit aggressives Verhalten zeigten (Keene et al., 1999). Die Demenzprävalenz bei Ersttäter*innen über 65 Jahre beträgt 21% (Cipriani et al., 2016). Es

gibt jedoch nur wenige Berichte über mörderisches oder schwer gewalttätiges Verhalten, wie bspw. Mord, ein anderes (versuchtes) Tötungsdelikt oder schweres Gewaltverbrechen. Gründe dafür seien mangelnder Zugang zu Waffen, sowie verminderte körperliche Stärke und Beweglichkeit. Allerdings werden dennoch verschiedene Formen von Demenz mit Aggression, Gewalt und Tötungsdelikten älterer Menschen assoziiert. Als Erklärung für durch die Demenz bedingte Gewalt und Aggression wird die erworbene Soziopathie herangezogen (Cipriani et al., 2013). Das heißt, dass Demenzerkrankte unter einer Beeinträchtigung des moralischen Urteilsvermögens und einem Rückgang des sozialen zwischenmenschlichen Verhaltens leiden, da das Bewusstsein für sozial angemessenes Verhalten und die Fähigkeit zur Einschätzung zukünftiger Konsequenzen fehlt. Daraus resultieren dann Verstöße gegen soziale Normen und asoziale Handlungen. Diese Soziopathie als Manifestation einer Demenz muss allerdings von einer antisozialen PS differenziert werden, da diese Handlungen nicht von einer mangelnden Impulskontrolle herrühren, sondern eher aufgrund von Enthemmung, Paranoia und Unruhe und als Reaktion auf Frustrationserleben begangen werden. Ein anderer Hintergrund für gewalttätiges Verhalten im Rahmen einer Demenz kann von falschen Wahrnehmungen und/ oder Wahnvorstellungen, wie bspw. wahnhaften Fehlidentifikationssyndromen, stammen (Mendez et al., 2011). Menschen, die unter frontotemporaler Demenz leiden, werden als häufiger kriminell angesehen als solche, die vom Alzheimer Typus betroffen sind (Cipriani et al., 2016). Frontotemporale Demenz zeichnet sich, neben der oben bereits genannten Merkmale, besonders durch den Verlust von Empathie oder Wertschätzung für die Gefühle anderer, sowie durch enthemmte, zwanghafte Handlungen aus. Alkoholkonsum kann bei Gewalt im Zusammenhang mit Demenzerkrankung als verstärkender Faktor betrachtet werden. Demenzpatient*innen unter Alkoholeinfluss neigen eher dazu, Gewaltverbrechen zu begehen, während Patient*innen ohne Alkoholkonsum in der Vorgeschichte eher gewaltfreie Verbrechen begehen (Kim et al., 2011). In einem frühen Stadium der Demenz erfolgen alkoholbedingt begangene Straftaten aufgrund von Halluzinationen, Wahnvorstellungen und exekutiven Funktionsstörungen. Bei Patient*innen ohne Alkoholkonsum ist die Wahrscheinlichkeit höher, dass die Straftaten in einem späteren Stadium begangen werden, wenn die Demenz so weit fortgeschritten war und die sozioökonomische und familiäre Unterstützung überwiegend weggefallen ist. 86 % der Straftäter*innen im höheren Alter, die in ein forensisches Krankenhaus eingeliefert wurden, weisen Alkoholmissbrauch in der Vorgeschichte auf (Rayel, 2000). Ein anderer verstärkender Faktor für gewalttätiges Verhalten gegenüber sich selbst, anderen Personen oder Gegenständen wäre eine komorbide Schlafstörung, bei der sich der/ die Akteur*in der Handlung auch nicht bewusst sein kann (Cipriani et al., 2015).

Wenn man nun den Zusammenhang zwischen straffälliger Gewalttätigkeit und Traumafolgestörungen beleuchtet, bzw. die Hypothese, dass posttraumatische Belastungsstörung (kurz: PTBS) als Risikofaktor für antisoziale Verhaltensweisen, besonders im Zusammenhang mit Gewaltdelikten, gilt, besteht dafür reichlich wissenschaftliche Evidenz (Ardino, 2012; Blakey et al., 2018; Foy et al., 2012; Peltonen et al., 2020; Widom, 1998; Wojciechowski, 2020b, 2023). Widom war

1998 die erste, die eine Korrelation zwischen Trauma und antisozialem Verhalten nachweisen konnte. Darauf folgten weitere Studien, welche die Verbindung zwischen traumatischen Erfahrungen, wie bspw. Misshandlung in der Kindheit, und kriminellem Verhalten aufzeigten (Ardino, 2012; Foy et al., 2012). Dies gilt insbesondere für die Gruppe der Adolescent*innen (Peltonen et al., 2020; Wojciechowski, 2020b, 2023) und identifiziert PTBS als Risikofaktor für das Vollziehen krimineller gewalttätiger Handlungen in erster Linie, sowie für das Andauern und die Häufigkeit dieser (Wojciechowski, 2020b). Dass Gewalterfahrungen in der Kindheit in einer Gewaltstraftat in der Adoleszenz oder dem Erwachsenenalter resultieren können, wurde ebenfalls bereits in anderen Abschnitten beschrieben. Diese Interaktionseffekte zwischen traumatischen Erfahrungen (Missbrauch und Vernachlässigung als Kind), Substanzmissbrauch und Gewaltkriminalität konnten auch für weibliche Insassinnen festgestellt werden (Howard et al., 2017; Trauffer & Widom, 2017). Neben der Theorie des sozialen Lernens kann für dies auch das Trauma, das mit Misshandlungen einhergeht, ursächlich sein. Da PTBS durch negativen Affekt, wie Wut und Feindseligkeit charakterisiert wird, kann es während eines negativen affektiven Zustands durch das Zusetzen von Drohung oder Provokation zu gewalttätigen Handlungen kommen (Walters, 2020). Weitere mögliche Erklärungen für den Zusammenhang zwischen posttraumatischer Belastungsstörung und Gewaltkriminalität sind, dass die Störung mit gesteigerter Impulsivität einhergeht und Betroffene nicht in der Lage sind, mit Stress umzugehen. Die gesteigerte Impulsivität führt zu einer mangelnden Impulskontrolle, welche wiederum an sich einen Risikofaktor für Gewalttaten darstellt, da sich impulsiv veranlagte Menschen nicht dazu imstande sehen, innezuhalten, Handlungen zu unterbrechen und die Konsequenzen zu bedenken (Cauffman et al., 2017; Gildner et al., 2021). Der defizitäre Umgang mit Stress resultiert aus dem Befinden in einem konstanten Zustand der Hypervigilanz, welche charakteristisch für Traumafolgeerkrankungen ist. In diesem Zustand werden (neutrale) Stimuli fehlinterpretiert und als potenzielle Bedrohung für eine Retraumatisierung angesehen, weshalb dann als Copingstrategie Gewalt ausgeübt wird (Wojciechowski, 2023). Es wurden auch Erklärungsansätze mit Bezug zur Bindungstheorie von Bowlby (1969) gesucht. Dabei wurde vermutet, dass ängstlich-unsicher gebundene Personen, wie traumatisierte, einen negativen Affekt und Impulsivität aufweisen und sich dies durch mehr Konflikte und dadurch mehr Gewalt auf die Beziehung zu devianten Peers auswirkt (Wojciechowski, 2023). Der Einfluss von Dissoziationen, welche auch bei PTBS auftreten können, auf gewalttätiges Kriminalverhalten konnte aktuell noch nicht nachgewiesen werden (Webermann & Brand, 2017). Dennoch besteht der Zusammenhang zwischen PTBS und Gewaltkriminalität auch nach der Kontrolle durch Variablen wie Demographie, Genetik und andere psychiatrische Diagnosen weiterhin robust (Peltonen et al., 2020). Verstärkend wirken können zum einen der Einfluss einer devianten Peergroup, welche im Zustand der Hypervigilanz als größere Bedrohung angesehen werden kann, zum anderen Substanzmissbrauch, welcher die Wahrscheinlichkeit erhöht, erneut straffällig zu werden und sich länger im Strafjustizsystem zu befinden (Kubiak, 2004; Ouimette et al., 1999; Wojciechowski, 2023).

Ein weiterer psychopathologischer Aspekt, der mit Störungen des Sozialverhaltens bei Kindern, Delinquenz bei Jugendlichen und Erwachsenen, sowie allgemein antisozialem Verhalten assoziiert wird, ist eine geringe Intelligenz (Walters, 2022). Dies leuchtet ein, da eine verminderte Intelligenz häufig mit Verhaltensstörungen, insbesondere auto- und fremdaggressivem Verhalten, und Beeinträchtigungen der Impulskontrolle einhergeht (Deb et al., 2001; Willner et al., 2010). Wenn nicht über korrektes Copingverhalten und gewaltfreie Konfliktlösestrategien reflektiert werden kann, da diese kognitiven Leistungen sich nicht im Bereich der persönlichen Fähigkeiten befinden, liegt es nahe, stattdessen Gewalt anzuwenden, um die eigenen Emotionen zu regulieren oder ein bestimmtes Ziel zu erreichen. So schreiben auch Rueve und Welton (2008, S. 41), dass Patient*innen mit geistiger Behinderung häufig Gewalt anwenden, um auf psychosoziale Stressfaktoren zu reagieren oder darüber zu kommunizieren, da ihre Defizite sie daran hindern, anpassungsfähigere, gewaltfreie Reaktionsweisen zu entwickeln.

Es ist allerdings wichtig, klarzustellen, dass psychische Erkrankungen nicht automatisch mit gewalttätigem, kriminellen Verhalten einhergehen. Psychische Erkrankungen können bei manchen Menschen die Wahrscheinlichkeit erhöhen, Gewalt auszuüben, aber nur ein kleiner Teil der Gewalt in der Gesellschaft kann psychisch erkrankten Patient*innen zugeschrieben werden. Insgesamt weisen psychiatrische Patient*innen, die gewalttätig sind, ein Aggressionslevel auf, welches zwischen dem der Allgemeinbevölkerung und dem einer kriminellen Kohorte liegt (Rueve & Welton, 2008). Allerdings haben mehrere Studien gezeigt, dass in kriminellen Bevölkerungsgruppen eine erhebliche Häufigkeit psychischer Erkrankungen auftritt (Buckley et al., 2003; Teplin, 1990; Wallace et al., 1998). In den Stichproben von Teplin (1990) und Wallace und Kolleg*innen (1998) waren die häufigsten Diagnosen Substanzgebrauchs- und Persönlichkeitsstörungen.

2.3.4 Gewaltdelikte

Die Definition von Gewaltkriminalität, bzw. die Delikte, welche darunterfallen, ist nicht einheitlich festgelegt. Zu Gewaltdelikten wurde sich hier in dieser Arbeit an spezifischen Abschnitten und Paragrafen des österreichischen StGB orientiert (Doralt, 2023). Hierzu zählen Teile der strafbaren Handlungen gegen Leib und Leben, unter welche Mord (§75), Totschlag (§76), (grob) fahrlässige Tötung (§§80, 81), Körperverletzungen jeglicher Art (§§83-88) und Raufhandel (§91) fallen, sowie Teile der strafbaren Handlungen gegen die Freiheit. Zu diesen wurden Freiheitsentziehung (§99), Entführung jeglicher Art (§§ 100-102), Menschenhandel (§104a), fortgesetzte Gewaltausübung (§107b) aber auch Anwendung von verbaler Gewalt wie Nötigung und Drohung (§§105,106,107) gezählt. Raub jeglicher Art wurde gleichermaßen in die Auffassung von Gewaltdelikten miteinbezogen, sofern dieser unter Anwendung von Gewalt verübt wurde (§§142, 143). Um noch eine genauere Vorstellung davon zu erhalten, wie diese Delikte konkretisiert werden können, wurde in Kienapfel & Schroll (2016) nachgelesen. Ebenfalls berücksichtigt werden sollen Fälle von versuchter

Tötung, Kindesmisshandlung und häuslicher Gewalt. Exkludiert wurden bspw. strafbare Handlungen gegen die sexuelle Integrität und Selbstbestimmung, wie Vergewaltigung (§201), geschlechtliche (sexuelle) Nötigung (§202) oder Missbrauchsdelikte (§§ 205, 206, 207, 207b, 208, 208a, 212), da diese zu nah am Bereich der Sexualdelikte liegen und die Brandstiftung mit Todesfolge (§169 Abs. 3). Zwar gilt eine pyromanische Tendenz als eine Störung der Impulskontrolle und als Indikator für Psychopathie im Jugendalter (Barnett, 1992), da dies allerdings in erster Linie einer Sachbeschädigung gleicht, vor allem, wenn die Todesfolge nicht beabsichtigt war, wird sie in dieser Arbeit nicht berücksichtigt.

Laut des österreichischen Bundeskriminalamtes (2023) stieg die Anzahl der Gewaltdelikte im Jahr 2022 um 16,9%, wobei Raubdelikte einen Rückgang von 34,8% in den letzten zehn Jahren verzeichneten und auch die Anzeigen von Gewalt in der Privatsphäre um 1,6% zurückgingen. Dabei hätten sich 59,8% der Täter*innen und Opfer gekannt. Es wurden bei den insgesamt 78 836 angezeigten Gewaltdelikten 305-mal Schuss-, 2 393-mal Stich- und 598-mal Hieb Waffen verwendet. Eine konkrete Aufschlüsselung der Delikte wurde leider nur bei Mord und Raub vorgenommen. Bei den aufgezeichneten Morddelikten im Jahr 2022 gab es 33 männliche und 39 weibliche Opfer, 83,3% bzw. respektive 8,3% mehr als im Vorjahr. Darunter bestand bei 81% ein Bekanntschaftsverhältnis zur/zum Täter*in. Die meisten Raubdelikte wurden an öffentlichen Orten wie Parkplätzen oder Haltestellen verübt, es gab allerdings auch Aufzeichnungen über Wohnungen, Wohnkomplexe und Geschäfte, wie Tankstellen, Trafiken oder Supermärkte.

Warum wurde sich nun im Speziellen für diese Gruppe Straftäter*innen als Subjekt dieser Arbeit entschieden? Im Rahmen der Gespräche zur Betreuung dieser Abschlussarbeit wurde angeregt, die Gruppe der Insass*innen, mit welchen diese Befragung durchgeführt werden sollte, deliktorientiert einzugrenzen, da je nach Art des Verbrechens, auch unterschiedliche Behandlungsprogramme verwendet werden, die auf mehr oder eben weniger Compliance stoßen können. Daher wurde sich für die Gruppe der Gewaltkriminalität entschieden, da es zur Suchtproblematik allein hinreichend Programme gibt und sich zudem nicht auf Verurteilungen nach § 22 des österreichischen StGB bezogen werden sollte. Bei Sexualdelikten ist die Arbeit mit dieser Gruppe von Insass*innen ethisch kritischer zu prüfen, des Weiteren ist die Gruppe der Sexualdelikte von den individuellen Therapieansätzen und -bedürfnissen komplexer, da diese Deliktgruppe heterogener erscheint – von sexuellen Übergriffen in Form von Vergewaltigungen bis zu den verschiedensten Paraphilien, wie Pädophilie, Sodomie, Voyeurismus, etc. Außerdem besteht schon einige Forschung in dem Bereich der Therapiemotivation und Wirkfaktoren (Stiels-Glenn, 2017; Weber, 2022). Da Gewaltdelikte mit einer verminderten Impulskontrolle und Frustrationstoleranz einhergehen können (Brower & Price, 2001; Seager, 2005), ist es besonders interessant zu erfahren, wie diese Gruppe auf Therapie unter Zwang reagiert.

2.3.5 Allgemeinere Erklärungs- und Behandlungsmodelle für gewalttätiges Verhalten

Allgemeine Erklärungsmodelle zum gewalttätigen und aggressiven Verhalten im forensischen Kontext (Eusterschulte et al., 2017) beziehen eine Vielzahl an Faktoren mit ein: Das soziale Umfeld, die Entwicklung in der Kindheit, hirnbioologische, bzw. genetische Disposition oder eben zugrunde liegende psychische Störungen. Hirnbioologisch betrachtet spielen bspw. die Amygdala (aggressives Verhalten wird begünstigt, wenn diese beschädigt ist) und der Serotoninhaushalt eine erhebliche Rolle. Gewalttätiges Verhalten kann allerdings auch sozial erlernt werden, wie durch ein System von Belohnung und Verstärkung, als Umgang mit Frustrationserlebnissen oder eben durch das Modell-Lernen (Bandura, 1977). Im *General Aggression Model* (kurz: *GAM*) von Anderson und Bushman (2002) wird davon ausgegangen, dass ein solches Verhalten durch ein Zusammenspiel von Umweltfaktoren (soziale Einflüsse durch Familie und Gesellschaft), individuellen Faktoren (d.h. Genetik und Entwicklung) und akuten Fehlfunktionen oder Störungen des Gehirns entstehen kann. Darüber hinaus postuliert dieses Modell, dass es personale (wie Geschlecht, Aggressivität als Eigenschaft, Einstellungen und Werte) und situative (Frustration oder Provokation) Inputvariablen gibt, die miteinander interagieren und durch kognitives Priming (bspw. Feindseligkeit), negativen Affekt (Ärger) und physiologische Erregung einen automatischen oder kontrollierten Bewertungs- und Entscheidungsprozess auslösen, der zu aggressivem Verhalten führen kann. Gewaltauslösendes Verhalten im forensisch-psychiatrischen Kontext konnte in drei Kategorien eingeteilt werden: Entweder geschieht das Handeln impulsiv als Reaktion auf eine Provokation (ähnlich dem *GAM*), es wird sich geplant aggressiv zum Erreichen eines bestimmten Ziels verhalten (bspw. um seinen Rang in der Hierarchie zu deklarieren und zu festigen) oder aber es handelt sich um psychotische Gewalt, ausgelöst durch Halluzinationen oder anderes wahnhaftes Erleben (Nolan et al., 2003; Quanbeck et al., 2007). Je nach Art der Gewaltausübung werden unterschiedliche Risikoprognosen erstellt. Bei der geplanten Gewalt, welche eher mit PS und einem späteren Auftreten im Behandlungsverlauf assoziiert wird, werden zur Prognostik statische Risikofaktoren herangezogen. Bei der impulsiven und der psychotischen Gewalt muss man eher auf Instrumente für kurzfristige Risikoeinschätzungen zurückgreifen (Eusterschulte et al., 2017).

Zur langfristigen Behandlung von gewalttätigem und aggressivem Verhalten werden sowohl psychopharmakologische als auch verhaltenstherapeutische Maßnahmen angewandt. Bei gewalttätigen schizophrenen Patient*innen konnte die Überlegenheit von atypischen Neuroleptika, wie Clozapin oder Olanzapin, gegenüber herkömmlichen nachgewiesen werden (Citrome & Volavka, 2014, 2015). Besonders Clozapin zeichnete sich durch eine anti-aggressive Wirkung aus. Psychotherapeutisch ist die Forschungslage länger nicht zu neueren Erkenntnissen gekommen als zu einem Kontingenzmanagement mit Token-Systemen, die unterstützend beim Abbau aggressiver Verhaltensmuster und beim Aufbau prosozialen alternativen Verhaltens in frustrierenden oder provozierenden Situationen wirken sollen (Goldstein et al., 1998; Schwenkmezger et al., 1999).

Weiters sollen sie bei der Affektregulation des Ärgers helfen. Um Gewalt im Alltag in einer forensisch-psychiatrischen Klinik oder dem Maßnahmenvollzug zu verhindern, sollte auf drei Ebenen agiert werden, wobei die erste die wichtigste darstellt: die Verhinderung von Übergriffen (Primärprävention), der direkte Umgang mit angespanntem oder aggressivem Verhalten in akuten Risikosituationen (Sekundärprävention) und letztlich das Minimieren oder ganzheitliche Verhindern von Folgeschäden bei Betroffenen nach erfolgten Übergriffen (Tertiärprävention) (vgl. Eusterschulte et al., 2017, S. 332). An dieser Stelle, der Tertiärprävention, setzen die Behandlungsprogramme für Straftäter*innen an (Suhling & Greve, 2010). Zunächst wurde davon ausgegangen, dass sich die pharmakologische Behandlung von Gewaltstraftäter*innen eher schwierig gestalten würde, da sie wenig Nutzen hätte oder gar nicht erforderlich sei (Serin & Preston, 2001). Ausnahme wäre, wenn die Aggression durch einen psychotischen Schub ausgelöst wurde oder im Rahmen einer psychotisch-wahnhaften Grunderkrankung entstanden sei (Frogley et al., 2012; Volavka et al., 2005). Es besteht jedoch mittlerweile Evidenz für die Wirksamkeit von Stimmungsstabilisatoren gegen impulsive Aggression, selbst wenn sie bei Persönlichkeitspathologien wie emotional instabiler oder antisozialer PS auftritt, die bei Straftäter*innen häufig vorkommen (Felthous et al., 2021). Allerdings wird weiterhin bevorzugt mit psychotherapeutischen Interventionen bei Straftäter*innen mit Gewaltdelikten verfahren (Novaco, 2020). Diese sollen nun im Folgenden vorgestellt werden. Im systematischen Review von Jolliffe und Farrington (2007) bezüglich der Wirksamkeit mehrerer Interventionen bei Gewaltstraftäter*innen ging hervor, dass übergeordnet Interventionen, die sich mit kognitiven Fähigkeiten und Wutkontrolle befassten, sowie Rollenspiele und Rückfallprävention einsetzten und die Täter*innen dazu motivieren konnten, Hausaufgaben zu erledigen, wirksamer waren als Interventionen, bei denen dies nicht der Fall war. Interventionen, die zwei oder drei dieser erfolgreichen Merkmale nutzten, hatten statistisch signifikant höhere Auswirkungen auf die Reduzierung allgemeiner, nicht notwendigerweise gewalttätiger straffälliger, Rückfälle.

2.4 Behandlungsprogramme für Gewaltstraftäter*innen

Straftäter*innen im Allgemeinen zu behandeln, statt sie lediglich zu inhaftieren, zu verwahren oder zu disziplinieren, wirkt sich positiv auf das Rückfallrisiko aus (Lipsey & Cullen, 2007; Wilson et al., 2005). Auch alternative Strafen wie Überwachung im Hausarrest, Bußgelder oder abschreckende Programme zeigen inkonsistente Erfolgsergebnisse (Lipsey & Cullen, 2007). Den größten Erfolg in der Reduzierung der Rückfallquote zeigten Behandlungsprogramme mit einem kognitiv-behavioralen Ansatz (Smith et al., 2009). Ein systematisches Review von Lipsey und Kolleg*innen (2007) untersuchte den Effekt von kognitiv-behavioralen Interventionsprogrammen auf Straftäter*innen und zeigte, dass die Erfolgsaussichten (d. h. kein Rückfall im Zeitraum von etwa zwölf Monaten nach der Intervention) für Personen in der Behandlungsgruppe mehr als anderthalbmal so hoch lagen wie bei

den Personen der Kontrollgruppe, wobei diese Ergebnisse je nach Charakteristika der Teilnehmenden (Geschlecht und Alter) oder Länge der Intervention leicht variierten. Die Programme, die im Review inkludiert wurden, waren: *Reasoning & Rehabilitation* (mehr dazu s.u.), *Moral Reconciliation Therapy* (Therapieform bei antisozialem Verhalten und Drogenmissbrauch, auch zu finden in der Religionspsychologie), *Aggression Replacement Therapy* (ähnlich dem unten genannten Anti-Gewalt-, bzw. Anti-Aggressivitäts-Training), *Interpersonal Problem Solving Therapy*, *Thinking for a Change* (ein 25-Module-Programm, welches kognitive Umstrukturierung, Entwicklung sozialer Kompetenzen, sowie das Erlernen und Nutzen von Fähigkeiten zur Problemlösung beinhaltet) und Therapien mit Schwerpunktsetzung auf Drogenmissbrauch. Die berücksichtigten verhaltenstherapeutischen Elemente lauteten: Kognitive Fähigkeiten, kognitive Umstrukturierung, interpersonelles Problemlösen, soziale Fertigkeiten, Wutkontrolle, moralisches Begründen, Einfluss des Opfers/ auf das Opfer, Substanzmissbrauch, Verhaltensmodifikation, Rückfallprophylaxe und (neben Gruppensitzungen) auch noch den individuellen Fokus durch bspw. Einzeltherapie. Zwischen diesen unterschiedlichen Programmen konnten keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Wirksamkeit ausgemacht werden, daher geht man davon aus, dass der allgemeine kognitiv-behaviorale Ansatz für die insgesamt positiven Auswirkungen auf die Rückfallprognose verantwortlich ist. Im Nachfolgenden sollen nun dennoch einige Behandlungsprogramme, welche überwiegend spezifisch auf Gewaltstraftäter*innen zugeschnitten sind, vorgestellt werden.

2.4.1 Das Behandlungsprogramm für Gewaltstraftäter*innen

Bei dem *Behandlungsprogramm für Gewaltstraftäter*innen* (im Folgenden nur noch kurz: *BPG*) (Feelgood, 2008) handelt es sich um ein verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm, bei dem strukturiert nach Manual vorgegangen wird. Angedacht sind zwei Sitzungen wöchentlich über ein bis anderthalb Jahre Gesamtverlauf, mit der Absolvierung der folgenden acht Module:

- I. **Motivationsstärkung:** Durch motivierende Gesprächsführung soll ein aufrichtiges Engagement in der Behandlung erzielt werden, welches über extrinsische Motivationsfaktoren hinausgeht.
- II. **Persönliche Lebensmuster:** Um den Einstieg in die individuelle Biografie zu gewährleisten, wird zunächst die Entwicklung in Kindheit und Adoleszenz hinsichtlich des Bindungsstils, der Einstellungen und der Denk- und Verhaltensmuster eruiert. Dadurch kann ein besseres Verständnis seitens der/ des Therapeut*in für die Entwicklung entstehen. Außerdem ist es den Teilnehmenden möglich, bei ihnen selbst Zusammenhänge und mögliche Gründe für das Persistieren bestimmten Verhaltens zu bemerken.
- III. **Deliktzenario/ Hintergrund der Straftat:** Die Umstände und Gegebenheiten des Delikts sollen genauestens erörtert werden. Dabei geht es darum, sowohl die äußeren Umstände

und Einflüsse als auch die Innenwelt (Gedanken und Gefühle vor, während und nach der Tat) zu rekapitulieren. Dieses Modul soll zu einem vollständigen Eingeständnis führen, damit später eine fundierte Auseinandersetzung mit der eigenen Gewaltstraftat erfolgen kann.

- IV. **Straftatablauf und Risikofaktoren:** Folgend auf Modul drei soll hier die genaue Analyse der Lebensumstände aus dem zweiten Modul dazu dienen, jene Faktoren, die letztlich zur Tat geführt haben, aufzuklären. Solche können sich aus denen oben im *GAM* beschriebenen Faktoren zusammensetzen. Beispiele wären die berufliche oder familiäre Situation, Drogen- und/ oder Alkoholkonsum oder bereits imaginierte Gewaltfantasien vor der Tat.
- V. **Aggressionsbewältigung:** Da aus Aggression und Ärger meist gewalttätige Handlungen resultieren, wird in diesem Modul ein angemessener Umgang mit diesen Emotionen vermittelt. Es werden Entspannung und Stressbewältigung für eine bessere Kontrolle der körperlichen Erregung trainiert, Verhaltensstrategien zur Ärgerbewältigung erarbeitet und es wird das kognitive Erleben von Wut und Ärger erkannt und dessen Kontrolle geübt.
- VI. **Nicht-kriminelles Denken:** Hier soll durch kognitive Umstrukturierung das Ersetzen von gewaltfördernden Denkmustern, Einstellungen und Überzeugungen durch alternative, prosozialere Muster erzielt werden.
- VII. **Opferempathie:** In diesem Modul geht es darum, einem Defizit im Erkennen eigener Gefühle und der Einschätzung der Gefühle der Mitmenschen entgegenzuwirken. Dadurch soll die Fähigkeit bei Täter*innen, Reue für die begangene Tat und Empathie für sein(e)/ ihr(e) Opfer zu empfinden, erwirkt werden.
- VIII. **Rückfallprävention und Selbstmanagement:** Dieses Modul baut auf dem Rückfallpräventionsmodell von Marlatt und Gordon (1985) auf, welches hauptsächlich in der Behandlung von Menschen mit Suchterkrankungen Verwendung findet. Es geht um die Erarbeitung interner und externer Bewältigungsstrategien für Risikosituationen und das Erstellen eines Notfallplans mit Kontaktadressen und Orten. Dadurch wird deutlich, dass diese Behandlung nicht mit einer vollständigen Genesung gleichzusetzen ist, sondern lediglich Täter*innen vor einem Rückfall bewahren soll.

Die Inklusion des für Abhängigkeitserkrankungen entwickelten Modells von Marlatt und Gordon (1985) eignet sich besonders, da Gewalttaten oder gewalttätiges aggressives Verhalten häufig mit exzessivem Alkoholeinfluss, bzw. mit einer komorbiden Alkoholabhängigkeit, assoziiert werden (Boden et al., 2013; Felson & Staff, 2010; Fergusson & Horwood, 2000; Rossow & Bye, 2013). Studien bezüglich der Wirksamkeit dieses Programmes konnten nur hinsichtlich seines australischen Vorläufers, des *Violent Offender Therapeutic Programs* (VOTP) gefunden werden. Teilnehmende dieses Programms verzeichneten ein reduziertes Maß an kriminellem Denken und wahrgenommener

Aggression und einen Anstieg des Einfühlungsvermögens und der Regulationsfähigkeit (Ware et al., 2011).

2.4.2 Behandlungsprogramm für inhaftierte Gewalttäter*innen

Dieses Programm (kurz *BiG*) wird von Demmerling (2013) vorgestellt. Es bezieht sich allerdings auf verhältnismäßig alte Quellen und konnte außerhalb dieser Vorstellung nirgendwo anders ausgemacht werden, wahrscheinlich, weil es allem Anschein nach hauptsächlich in Nordrhein-Westfalen, Deutschland, eingesetzt wird. Dennoch wurde sich für eine Inklusion des *BiG* in diesem Kapitel entschieden, zum einen der Vollständigkeit halber, zum anderen, weil die Module in detaillierter Form beschrieben wurden. Es sei hierbei für die Reduktion gewalttätigen Verhaltens wichtig, auf die individuellen Gründe für gewalttätiges straffälliges Verhalten einzugehen, wie eine geringe Frustrationstoleranz, Gefühle von Hilflosigkeit und Unterlegenheit in Konfliktsituationen ohne ersichtliche Möglichkeit einer anderen konstruktiveren Lösung, erhöhtes Machtmotiv oder Sadismus (Selg et al., 1997). Außerdem gilt es, aggressives Verhalten nicht als gesonderten Fall, sondern im Kontext anderer dysfunktionaler Verhaltensweisen zu betrachten. Die Grundidee des *BiG* besteht in den Erkenntnissen von Quinsey und Kolleg*innen (1998), welche besagten, dass die Möglichkeiten zur Behandlung antisozialer Straftäter*innen begrenzt sind, allerdings gab es positive Effekte bezüglich des Rückfallrisikos durch die Schulung sozialer Kompetenzen und Stärkung prosozialer Eigenschaften. Um die Eingangs- und Verlaufsdiagnostik für die Eignung für das Programm möglichst kurz zu halten, wurde auf zwei testdiagnostische Selbsteinschätzungsverfahren zurückgegriffen: Zum einen der *Gießen-Test* (kurz *GT*) (Beckman et al., 1990), zum anderen das *Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D)* von Horowitz und Kolleg*innen (2000). Beide Tests sollten, zu zwei Zeitpunkten, vor Beginn und zum Abschluss der Maßnahme, durchgeführt werden.

Mit dem *GT* werden die Faktoren Soziale Resonanz, Dominanz, Kontrolle, Grundstimmung, Durchlässigkeit und Soziale Potenz erfasst. Das *IIP-D* ist ein Verfahren zur Selbsteinschätzung zwischenmenschlicher Probleme. Es werden Verhaltensweisen erfragt, die dem Befragten Probleme bereiten und die er folglich nicht häufig zeigt und solche, die er im Übermaß zeigt. (Demmerling, 2013, S. 455)

Fortlaufend parallel zur Behandlung wird die Erfassung des Fortschritts durch den *Persönlichkeitsfragebogen für Inhaftierte (PFI)* von Seitz und Rautenberg (2010) empfohlen.

Auch wenn es *Behandlungsprogramm für inhaftierte Gewalttäter*innen* heißt, wird es nicht nur im Regelvollzug, sondern auch in sozialtherapeutischen Einrichtungen und in Behandlungsabteilungen für Gewaltstraftäter*innen, wie bspw. therapeutisch ausgerichtete Behandlungswohngruppen, eingesetzt. Die Durchführung des Programmes sollte im Rahmen von ungefähr 60 Doppelstunden, mit Möglichkeit der Verlängerung oder Verkürzung, geschehen. Auch zu

Beginn, obwohl es im allgemeinen Teil eher um die sozialen Kompetenzen und nicht explizit um delinquentes Verhalten geht, sollen schon Bezüge zur eigenen Straftat gezogen werden, da diese keinesfalls tabuisiert werden soll. Der allgemeine Teil besteht aus den folgenden elf Modulen:

1. **Einführung und Gruppenfindung:** Zunächst werden die organisatorischen Rahmenbedingungen geklärt und es werden Gruppenregeln vereinbart.
2. **Körpererfahrung:** Das Verhältnis von Gewalttäter*innen zu ihrem Körper ist häufig gestört, Gefühlsausdrücke sind erschwert. Gerade beim Empfinden von Hilflosigkeit und Ohnmacht werden diese gerne durch aufgesetzte Stärke und Kontrolle über eine Situation ersetzt (Günter, 2011). Auch Scham führt zu gewalttätigem Verhalten, da dadurch der Auslöser für die Scham, etwa eine Demütigung, vermeintlich eliminiert werden kann (Lachmann, 2004). Daher dient dieses Modul der Verdeutlichung des Unterschieds zwischen „Kraftentfaltung und Gewaltanwendung“ (Demmerling, 2013, S. 456). Dafür eignet sich ein spielerisch-sportlicher Einstieg mit körperlichen Übungen, in welchen zumindest ein Teil der Trainer*innen partizipieren sollte. Allerdings sind abhängig von den Störungsbildern der Teilnehmenden mehr oder weniger große Widerstände möglich.
3. **Kommunikation:** Dieses Modul soll unterstützend bei der Differenzierung zwischen Sach- und Beziehungsbotschaft fungieren. Dafür wird, neben anderen Übungen, das Vier-Seiten-Modell von Schulz von Thurn (1981) vorgestellt, in welchem eine Nachricht unter vier Gesichtspunkten vermittelt und interpretiert werden kann: Sachebene, Selbstkundgabe, Beziehungsebene und die Appellebene.
4. **Gefühle:** Gewalttäter*innen weisen häufig kaum Zugang zu ihrem eigenen emotionalen Innenleben auf. Daher ist die Auseinandersetzung mit den eigenen Gefühlen und das Lernen der bewussten Gefühlserkennung bei sich und anderen im Rahmen dieses Programms essenziell. Dafür wird auch die Aufklärung über die Unterschiede zwischen der kognitiven, der emotionalen und der physischen, bzw. behavioralen Ebene mittels Situationsanalysen verwendet.
5. **Gedankenfallen:** In diesem Modul geht es um kognitive Verzerrungen, die zwar nicht unmittelbar mit der Tat in Verbindung gebracht werden können, jedoch bereits im Vorfeld präsent waren, wie bspw. „die Annahme einiger Täter[*innen], dass sie aufgrund ihres direkten Kommunikationsstils häufig in interpersonelle Schwierigkeiten geraten“ (Demmerling, 2013, S. 457).
6. **Selbst-/Fremdbild:** Zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung ist das Aufkommen großer Diskrepanzen nicht nur möglich, sondern wahrscheinlich. Daher werden in diesem Modul die Teilnehmenden unter anderem dazu ermutigt, Kritik an anderen Gruppenmitgliedern zu äußern. Dies birgt ein potenzielles interpersonelles Konfliktrisiko.

7. **Geschlechterrollen:** Häufig ist bei männlichen Gewalttätern noch ein konservativ geprägtes, meist überholtes Rollenbild verankert. Daher soll sich im Rahmen dieses Moduls sowohl mit den gesellschaftlichen als auch mit den persönlichen Erwartungen an Männer und Frauen auseinandergesetzt werden.
8. **Werte und Normen:** Die Werte von Straftäter*innen sind meist rigide verankert, stimmen jedoch nicht mit den gesellschaftlich akzeptierten oder vorgeschriebenen Regeln und Normen überein. Daher sollen bekannte Wertekonzepte, wie bspw. die Grundrechte, gemeinsam besprochen werden. Fokus wird dabei im Besonderen auf persönliche Rechte gelegt.
9. **Suchtmittel und Gewalt:** Wie oben im Abschnitt über das *BPG* bei dem Modul der Rückfallprävention, welches auf Marlatt & Gordon (1985) basiert, bereits erwähnt, gibt es einen Zusammenhang zwischen gewalttätigem delinquentem Verhalten und dem Konsum von Alkohol. Allerdings kann auch der Konsum anderer Suchtmittel gegeben sein, daher ist es erforderlich, dass jede*r Teilnehmende sich intensiv mit den individuellen Suchtmerkmalen beschäftigt.
10. **Stressmanagement:** Gewalt kann auch angewandt werden, um Stress zu bewältigen. Um dies in Zukunft zu verhindern, soll an einer Erhöhung der Stressresistenz gearbeitet werden. Dafür werden Methoden zur Stressreduktion vorgestellt und bspw. an den Situationsanalysen aus Modul vier geübt.
11. **Aggression:** Im letzten Modul des allgemeinen Teils wird den Teilnehmenden Hintergrundwissen zum Thema Aggression vermittelt. Um das Interesse der Teilnehmenden zu wecken und beizubehalten, soll dies als interaktiver Prozess gestaltet werden.

Damit wäre der allgemeine Teil des *BiG* abgeschlossen. Die darauffolgenden Module beschäftigen sich alle ausschließlich mit der Deliktarbeit:

12. **Einführung in die Deliktarbeit:** Sofern Details der zugrundeliegenden Straftaten noch nicht durch Thematisierungen in den allgemeinen Modulen bekannt geworden sind, werden sie nun vorgestellt.
13. **Bilanzierung:** Hier werden sowohl die positiven als auch die negativen Folgen der Tat inklusive der kurz- und langfristigen Wirkung genau betrachtet und gegenübergestellt. „Idealerweise zeigt sich, dass langfristig die negativen Folgen überwiegen. Zur Veranschaulichung können auch die Kosten, die durch eine Straftat verursacht wurden, dargestellt werden“ (Demmerling, 2013, S. 458).

14. **Persönliche Lebensgeschichte:** Es wird eine Zeitachse erstellt. Auf dieser werden einschneidende Erlebnisse (frühere Gewaltausbrüche oder eigenes Opfererleben), beurteilt nach ihrem (Miss-)Vergnügen, eingetragen. Eine andere Möglichkeit wäre es, das Verhalten der Teilnehmenden in risikoreiches und angepasstes Verhalten einzuteilen und verschiedenen Lebensbereichen zuzuordnen.
15. **Deliktzenario:** In diesem Modul wird das Delikt ausführlich besprochen. Für die Richtigkeit der dargestellten Geschehnisse ist der/ die Teilnehmer*in verantwortlich. Wichtig ist, dass der/ die Teilnehmer*in immer in einem aktiven Modus über die eigenen Handlungen spricht.
16. **Tat aus Sicht der Geschädigten:** Damit die Auseinandersetzung mit den Konsequenzen der eigenen Tat sowohl theoretisch als auch praktisch geschieht, werden die Konsequenzen für die Opfer bspw. mithilfe eines Dokumentarfilms o.ä. veranschaulicht. Darauffolgend kann dann die eigene Tatsequenz nachgestellt werden, wobei der/ die Täter*in als Regisseur*in die Tat inszeniert. Andere Teilnehmende nehmen stellvertretend Opfer- und Täter*innenrolle ein.
17. **Risikofaktoren:** Neben der Identifikation von Risikofaktoren für gewalttätiges Verhalten oder eine erneute Straftat erfolgt auch die Identifikation protektiv wirkender Faktoren. Ein spezifisches Beispiel wäre die Evaluation von zwischenmenschlichen Beziehungen und ihre Einteilung in stützend und risikofördernd.
18. **Rückfallprävention:** Hier wird über die drei Formen der Prävention (primär, sekundär, tertiär, s.o.) aufgeklärt. Im Rahmen der Sekundärprävention sollen bspw. Hilfskonstruktionen in Form von imaginierten Leitbildern, Mantras o.ä. entwickelt werden, welche dabei unterstützen sollen, einer Risikosituation wieder zu entkommen. Insgesamt wird in diesem Modul ressourcenorientiert gearbeitet. Es wird sich auch mit der möglichen künftigen Lebensgestaltung beschäftigt. (+ Modul 19: **Vertiefung und Bilanzierung** des Rückfallpräventionsplans)

Abschließend folgt nur noch der **Abschied** (Modul 20). Nach mehrjähriger Zusammenarbeit in der Gruppe, gibt es nun die Gelegenheit, über die individuelle Bedeutung, die die Gruppenbehandlung für die Teilnehmenden gehabt hat, zu reflektieren und Schlussfolgerungen für den Umgang mit sozialen Gruppen zu formulieren.

Das *BiG* wurde auch spezifisch in der Behandlung von Straftäter*innen mit PS getestet. Da die Behandlungsarbeit als intensiver und zeitaufwändiger angesehen wurde, erfolgte eine Erweiterung auf insgesamt 85 Doppelstunden, während gleichzeitig auf das Modul "Suchtmittel und Gewalt" verzichtet wurde. Die Einheit "Körpererfahrung", die im vorgegebenen Behandlungsprogramm bereits an zweiter Stelle durchgeführt werden soll, wurde zeitlich nach hinten verschoben, „da zu so einem

frühen Zeitpunkt starke Widerstände erwartet wurden. Dementsprechend fand nach der Einführung zunächst eine Schulung der kommunikativen Kompetenzen statt, bevor die Körpererfahrung mit einer spielerisch-kompetitiven Stunde zur Vorbereitung eingeleitet wurde“ (Demmerling, 2013, S. 460). Das konnte von den Teilnehmenden gut angenommen werden. Ausschlüsse von der Gruppe erfolgten in dieser Pilottestung bspw. durch auto-aggressive bis suizidale Verhaltensweisen, wenig Kooperation in der Behandlungsabteilung, Spaltungsversuche, gewalttätiges Verhalten gegenüber anderen Mitinhaftierten oder Gruppenteilnehmenden, stationäre Krankenhausaufenthalte aufgrund von psychotischen Episoden oder die Überführung in andere sozialtherapeutische Anstalten. Was für Auswirkungen auf die Wirksamkeit des Programms das Absolvieren lediglich in Teilen im Vergleich zum Abschließen des Programms hat und was für eventuelle (negative) Konsequenzen durch den Abbruch oder Ausschluss zu befürchten sind, gilt es noch zu eruieren.

2.4.3 Anti-Gewalt-Training

Das *Anti-Gewalt-Training* (kurz *AGT*) entspringt dem *Anti-Aggressivitäts-Training* (*AAT*®). Letzteres wurde in den 1980ern entwickelt und ist eine patentrechtlich geschützte Maßnahme (Weidner, 2001). Die Grundsätze des Trainings sind „1) Aggressivitätsauslöser, 2) Aggressivität als Vorteil, 3) Selbstbild zwischen Ideal- und Realselbst, 4) Neutralisierungstechniken, 5) Opferkommunikation/-perspektive, 6) Provokationstests“ (Weidner, 2001, S. 75). Der Begriff des *AGT* ist hingegen nicht geschützt, daher verläuft die Beschreibung der entsprechenden Programme nicht einheitlich, in der Regel verläuft dieses Training allerdings weniger konfrontativ als sein Vorgänger (Endres & Breuer, 2018). Aufgrund dessen und da sich die Module mit denen des *BiG* bspw. überschneiden, wurde hier auf eine detailliertere Modulerläuterung verzichtet. Als Beispiel für den Verlauf eines *AGT* wurde das „Anti-Gewalt-Training Magdeburg“, welches von Marx (2016) vorgestellt wurde, ausgewählt. In diesem Setting wird das Training einmal jährlich für eine Dauer von 7 Monaten angesetzt. Zunächst wird eine Kosten-Nutzen-Analyse mittels Vorgesprächen, Ausfüllen von Fragebögen, einer Vorstellungsrunde in der Gruppe und einem gemeinsamen Erarbeiten von Vor- und Nachteilen, sowie einer Definition von Gewalt, durchgeführt. Dies kann fünf bis acht Sitzungen dauern. Anschließend kommt die Tatoffenbarung, die über zwei Sitzungen geht und aus einem Einzelvortrag jedes/r Teilnehmende*n über die bisherige kriminelle Vergangenheit vor der gesamten Gruppe besteht. Darauf folgt das Modul der Körpersprache, welches in vier bis sechs Sitzungen thematisiert wird, und in welchem mithilfe von Videoaufzeichnungen die Eigen- und Fremdwahrnehmung geschult, sowie die Desensibilisierung gegenüber provozierenden Reizen erreicht werden soll. Als viertes kommt in zwei bis drei Sitzungen Kommunikationstraining an die Reihe, da Gewalttäter*innen lernen müssen, Meinungsverschiedenheiten nicht unmittelbar durch körperliche Gewalt zu klären. Darauf folgend wird Deeskalation im Rahmen von einer Trainingssitzung thematisiert. Dies umfasst bewusste Provokationstests. Hierauf folgt die deliktbezogene Kurzanamnese. Dabei werden die Lebensumstände im Rahmen eines Vortrags vor der Gruppe skizziert. Hierfür kann eine Art Diagramm, bei dem von der

Geburt bis zu Gegenwart positive und negative Abschnitte eingetragen werden, verwendet werden. Dies ist allerdings ein Bedarfsmodul und wird nicht bei jedem/r Teilnehmenden angewandt, daher hängt die Anzahl der Sitzungen von der Anzahl der Teilnehmenden ab. Als vorletztes demaskiert man die Gruppe durch eine Tatkonfrontation. Dafür wird das Urteil in der Gruppe verlesen. Auch dies geschieht nur bei Bedarf, weswegen auch hier die Anzahl der Sitzungen von der Anzahl der Teilnehmenden abhängt. Abschließend geht es im Rahmen der dafür vorgesehenen drei bis vier Trainingssitzungen um den Aufbau von Empathie mithilfe von Opfervideos, Entschuldigungsbriefen oder Wissenstests.

In Österreich wird das *AGT* auch gerne in Bewährungsmaßnahmen angewandt, allerdings konnte kein so konkret aufgestellter Ablauf, wie oben beschrieben, für diese ambulanten Maßnahmen ausgemacht werden. Als zu thematisierende Inhalte werden Aspekte genannt wie theoretische Grundlagen über Gewalt und Gewaltdynamik, Ursachen von Gewalt verstehen und die Unterscheidung von Aggression und Gewalt lernen, Geschlechter-, Rollen- und Vorbilder, die Auseinandersetzung mit der eigenen Einstellung zur Gewalt (anhand der Biografie und kultureller Einflüsse), dem eigenen Gewaltdelikt, Erkennen von Gewalt als erlerntes Verhalten, Erkennen von Frühwarnsignalen, bewusste Wahrnehmung und Verarbeitung von Wut und Ärger (evtl. durch das Führen eines Tagebuchs), Erlernen von Verantwortungsübernahme, Explorieren der Opferperspektive und daraus folgende Entwicklung von Opferempathie, positiv Mann sein, Grenzen setzen und verteidigen, Steigerung der Kommunikations- und Konfliktkompetenz, individuelles Konfliktmanagement und Erarbeitung von Handlungsalternativen (wie Time-Out Strategien, Deeskalations- und Neutralisierungstechniken) (Neustart, o. D.; Männerberatung, o. D.).

Im Gegensatz zum *BPG* geht das *AGT* hauptsächlich auf die aggressiven Anteile von Verhaltensweisen ein, nicht aber z. B. auf die Veränderung dysfunktionaler Überzeugungen [, die nicht auf die Aggressivität zurückzuführen sind]. Es ist daher fraglich, ob das Programm bei Tätern mit tendenziell instrumentell angewandter Gewalt sinnvoll ist. (Medynska, 2023, S. 302f).

Daher wird die Wirksamkeit solcher *Anti-Gewalt-Trainings* als umstritten angesehen. Schanzenbächer (2003) konnte zwar mittels Fragebögen tendenziell positive Ergebnisse zum *AAT*[®] erfassen, wenn allerdings die Verringerung von Rückfallraten betrachtet wird, gab es eher weniger Ergebnisse, die für die Wirkung solcher Trainings sprechen. Ohlemacher und Kolleg*innen (2001) stellten bspw. eine beinahe Übereinstimmung der Trainingsgruppe gegenüber der unbehandelten Kontrollgruppe bezüglich der Rückfallprognose fest.

Eine spezifische Version des *AGTs*, welches für inhaftierte Straftäter*innen entwickelt wurde und besonders in österreichischen Justizanstalten angewandt wird, ist das *Psychologische Behandlungsprogramm für Gewalttäter*innen* (kurz *PSYBEG*) (Bundesministerium für Justiz, o. D.). Dabei handelt es sich um die erste standardisierte Version des Trainings mit Manual für den

österreichischen Strafvollzug mit dem besonderen Fokus auf die Konfrontation mit dem Delikt, was in anderen *AGTs* meist eine untergeordnetere Rolle gespielt hatte. Bei der Entwicklung dieses Programms ging es um die Behandlung von Gewalttäter*innen im österreichischen Strafvollzug und nicht spezifisch um die Behandlung geistig abnormer Rechtsbrecher*innen des Maßnahmenvollzugs gemäß § 21 Abs. 1 und 2 StGB (Tröster-Stögerer et al., 2012). Für die Teilnahme am *PSYBEG* sollte ein hohes Maß an Commitment, ein Problembewusstsein, sowie ein hinreichendes Ausmaß an Reflexionsfähigkeit gegeben sein. Ausschlussgründe wären akute psychische Erkrankungen, akute Suchtproblematik und Straftaten wie gewaltsame Sexualdelikte (Vergewaltigung und geschlechtliche Nötigung) und Missbrauchsdelikte (von Kindern, Jugendlichen oder wehrlosen/ psychisch beeinträchtigten Personen). Das *PSYBEG* wird mindestens einmal wöchentlich für eine Dauer von 90 Minuten und über eine Gesamtzeitspanne von ungefähr acht Monaten durchgeführt. Zu Beginn werden ein Behandlungsvertrag, sowie Gruppenregeln gemeinsam beschlossen. Das *PSYBEG* ist aus zwölf Modulen aufgebaut. Aufgrund der detaillierten Beschreibung verschiedener Module in der vorangegangenen Vorstellung anderer Behandlungsprogramme fällt die Vorstellung der Module des *PSYBEG* verhältnismäßig kurz aus. Die Module sind: 1) *Einstieg* (Kennenlernen und Klären/ Aufbauen intrinsischer Motivation zur Eignung für die Gruppe), 2) *Gewalt* (Reflexion eigener Gewalterfahrungen und die Entstehung einer Gewaltsituation und der eigenen Gewaltbereitschaft erkennen), 3) *Gefühlsarbeit* (Unterscheidung Emotion-Affekt-Stimmung, gewaltfreie Reaktion auf Emotionen jeglicher Art, Erlernen eines adäquaten Gefühlsausdrucks), 4) *(individuelle) Provokation* (Frühwarnsignale für aggressives Handeln und die eigene Stimmung, Identifizieren von Risikosituationen), 5) *Umgang mit Konflikten* (Auseinandersetzung mit persönlichen Konfliktmustern, Erarbeiten von Alternativen im Umgang mit Konfliktsituationen), 6) *Opfer-Empathie* (Verantwortungsbewusstsein, Auseinandersetzung mit der Opferrolle, Hinterfragen eigener Rechtfertigungsstrategien), 7) *Verantwortung übernehmen* (Anknüpfen an Modul fünf und sechs, Tragen der Konsequenzen aus den eigenen Entscheidungen, Wahlmöglichkeit von Handlungsalternativen in Situationen), 8) *Deliktbearbeitung/ Der Spiegel meiner Tat* (genaue Schilderung des Tathergangs, Entstehungsbedingungen und Ursachen der Tat, Aufheben kognitiver Verzerrungen, Steuerung von Verhaltensweisen Verminderung der Deliktmotivation Früherkennung für potenzielle Risiken), 9) *Selbst- und Fremdbild* (eigene Stärken und Schwächen identifizieren, Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdbild erkennen, Kritikakzeptanz und konstruktive Rückmeldung lernen), 10) *Bilanzierung* (Kosten-Nutzen-Rechnung der Tat, Vor- und Nachteile von Gewaltausübung, Erhöhung der Hemmschwelle für weitere Gewalttaten), 11) *Ehrbegriffe* (Unterscheidung Prestige-Statussymbol-Werteinstellungen, Bewusstsein über Einfluss des zugehörigen Milieus) und 12) *Erarbeiten von Verhaltensalternativen* (Zusammenfassung, Vertiefung, Reflexion, Wissen und Kompetenz in der Umsetzung von Alternativen zu aggressivem Verhalten). Die Behandlungsziele des *PSYBEG* setzen sich zusammen aus der Änderungsmotivation des aggressiven Verhaltens und der Einstellung gegenüber Gewalt, der Auseinandersetzung mit Themen der

Aggression und Gewalt, der Reflexion über die eigene Gefühlswelt für einen angemessenen Umgang mit den eigenen Emotionen, das Erkennen persönlicher Auslöser, die Steigerung der Frustrationstoleranz und Selbstkontrolle, die Förderung der gewaltfreien Kommunikationskompetenz, die Entwicklung eines Verantwortungsbewusstseins für das eigene Handeln und das Erarbeiten eines sozial verträglichen Wertesystems.

Seit 2020 gibt es eine aktualisierte Version des *PSYBEG*, in dem bspw. die Position der Module sechs und acht getauscht wurden und welche durch Zusatzanmerkungen und Adaptionen im Hinblick auf verschiedene Patient*innen-, bzw. Insass*innengruppen ergänzt wurde. Dies schließt Änderungen und Spezifikationen für jugendliche Straftäter*innen (etwaige Entwicklungsdefizite, Ergänzung durch ein zusätzliches Modul „Gewalt und Social Media“), Frauen (Geschlechtsunterschiede im Gewaltverhalten), Insass*innen des Maßnahmenvollzuges (Inklusion des RNR-Modells, vgl. dazu 2.4.5) und Häftlinge in Untersuchungshaft im landesgerichtlichen Gefangenenhaus (potentieller innerer Widerstand, fehlende Verantwortungsübernahme aufgrund des noch ausständigen Urteils und eine geringe Haftdauer) mit ein (Haindl, 2023).

2.4.4 Das „Reasoning & Rehabilitation“ – Programm

Das „Reasoning & Rehabilitation“ – Programm (kurz *R&R*©) wurde von Ross & Kolleg*innen Ende der 1980er Jahre in Kanada entwickelt und findet heute weltweit in 26 Ländern Anwendung (Antonowicz & Parker, 2012; Ross et al., 1986, 1988). Es gilt als „eines der international am besten empirisch evaluierten Programme zur Straftäterbehandlung“ (Endres & Breuer, 2018, S.97). Beim *R&R* handelt es sich um ein strukturiertes Gruppentraining zur Schulung sozialer, kognitiver und emotionaler Fertigkeiten mit neun Modulen. Dieses soll in insgesamt 35 Sitzungen von je zwei Stunden, zweimal wöchentlich, mit sechs bis acht Teilnehmenden absolviert werden (Hosser & Weber, 2021). Als allgemeine Ziele werden die Verbesserung der Selbstregulation und der sozialen Kompetenzen, soziale Anpassung, das Senken der Wahrscheinlichkeit für wiederholtes delinquentes Verhalten, sowie die Vermittlung von Strategien zur Bewältigung persönlicher Probleme im sozialen und im zwischenmenschlichen Bereich und Strategien zur Emotionsregulation formuliert. Außerdem „sollen fest verankerte maladaptive Denkmuster, die kriminelles Verhalten in der Vergangenheit begünstigt haben, durch funktionalere Denk- und Verhaltensmuster ersetzt werden“ (Hosser & Weber, 2021, S. 320). Es gibt auch eine Kurzversion, das sog. *R&R2*, welches nur 14 Sitzungen à 90 Minuten vorgibt (Ross et al., 2007). Das Programm bediente sich verschiedenster Techniken, Theorien und Modelle, wie bspw. der Structured Learning Theory zur Vermittlung sozialer Fertigkeiten, Social-Perspective-Training, um die Gefühle und Perspektiven anderer besser erkennen und verstehen zu können, oder Assertiveness-Training zum Erlernen aggressionsfreier, sozial akzeptierter Weisen der Bedürfnisbefriedigung (Ross et al., 1988). Behandlungsziele dieses Programms sind die Vermittlung von Fertigkeiten wie Selbstkontrolle und Ärgermanagement, Perspektivübernahme, soziale

Fertigkeiten und (interpersonelles) Problemlösen, kreatives und kritisches Denken und Werteentwicklung (Gretenkord, 2002; Medynska, 2023). „Methodisch werden u. a. geleitete Gruppendiskussionen, der Sokratische Dialog, (Rollen-)Spiele, Entspannungstechniken und das Lernen am Modell genutzt, um defizitär ausgeprägte Fertigkeiten gemeinsam im Gruppenprozess auf anschauliche Weise zu trainieren. Regelmäßige Hausaufgaben dienen der Vorbereitung der Trainingseinheiten“ (Hosser & Weber, 2021, S. 320). Ross und Kolleg*innen (1988) formulierten den Fokus des Programms auf der Modifizierung des impulsiven, egozentrischen, unlogischen und rigiden Denkens der Straftäter*innen, und darauf, sie zu lehren, erst zu denken und dann zu handeln, die Konsequenzen ihres Handelns, insbesondere den Einfluss dessen auf andere, zu bedenken und sie dementsprechend dazu noch zu animieren, nach alternativen Lösungsstrategien für ihre internalen Konflikte zu suchen.

Das Programm setzt sich aus folgenden Modulen zusammen: (1) *Problemlösen*, (2) *Soziale Fertigkeiten*, (3) *Verhandlungsfertigkeiten*, (4) *Umgang mit Emotionen*, (5) *Kreatives Denken*, (6) *Werte*, (7) *Kritisches Urteilen* sowie ein letztes inhaltliches Modul (8), welches der *Vertiefung und dem Training der erlernten Fähigkeiten* mittels kognitiver Übungen dient. Im *Abschluss* (Modul 9) geht es um den Austausch der Erfahrungen während des Absolvierens des Programms und durch das Umsetzen der Inhalte im Alltag (Gretenkord, 2002). Das umfangreichste und relevanteste Modul des R&R ist das des *Problemlösens*, in welchem es zunächst um die Erkennung, Identifikation und Formulierung eines Problems geht. Außerdem beinhaltet dieses Modul Training selbstsicheren Verhaltens, konsequenzorientierten Denkens und der Kommunikation, sowohl nonverbal als auch verbal (Gretenkord, 2017). Das zweite Modul (*soziale Fertigkeiten*) dient der Vermittlung von Strategien, mit denen Straftäter*innen durch ihr Verhalten von anderen Personen Akzeptanz statt Ablehnung erfahren. Dies kann durch das Trainieren adäquater Reaktionen auf eine Konfliktsituation erreicht werden. Viele Straftäter*innen weisen maladaptive Muster zur Lösung solcher Konflikte auf und greifen daher auf Substanzkonsum, Manipulation oder eben Aggression zurück. Daher muss auch die Emotionsregulation gefördert werden, bspw. durch Modul vier. Der affektive Impuls von Wut oder Ärger darf in Zukunft nicht mehr zu Delinquenz führen, es müssen andere Umgangsformen erarbeitet werden. Dazu werden neben Entspannungstechniken auch Kontroll-Selbstgespräche oder ein „Ärgertagebuch“ verwendet. Im siebenten Modul *Kritisches Urteilen* geht es darum, bei sich selbst Denkfehler zu erkennen und zu reflektieren. Es soll eine Umstrukturierung und Überprüfung falscher Annahmen hinsichtlich ihrer inhaltlichen Logik erfolgen.

Das R&R wurde weitläufig adaptiert, um spezifischen Teilnehmer*innengruppen, wie Frauen, Jugendlichen, Straftäter*innen mit kognitiven Beeinträchtigungen, ADHS oder anderen psychischen Störungen zu entsprechen. Dennoch gibt es gewisse Umstände, unter denen man von einer Teilnahme am R&R ausgeschlossen wird: Ein niedriges Intelligenzniveau bzw. Vorliegen einer Intelligenzminderung, unzulängliche verbale Fähigkeiten, fehlender Zusammenhang zwischen

Defiziten in Kognition und sozioemotionalen Fähigkeiten und krimineller Handlung (bspw. bei Betrug oder Steuerhinterziehung) (Hosser & Weber, 2021). Wie bereits geschildert, gilt das *R&R*-Programm als eines der am besten evaluierten Behandlungsmöglichkeiten. Im deutschsprachigen Raum gab es auch Evaluationen des Programms, allerdings mit unterschiedlichen Ergebnissen. So schrieben Wettermann und Kolleg*innen (2015), dass sich die Teilnehmer*innen des *R&R* in den Faktoren „Alternativen bedenken und entwickeln“, „Impulsivität“, „kognitiver Stil“, „Lernen aus Erfahrung“ und „soziale Einstellung“ verbessert hätten, es jedoch bezüglich der Rückfallraten nach der Entlassung aus der Maßregel, bzw. Maßnahme, keinen Unterschied zwischen den Teilnehmenden und der Kontrollgruppe gegeben hätte. Baggio et al. (2020) hingegen wiesen im schweizerischen Vollzug einen Rückgang spontaner Aggressivität und eine reduzierte Rückfallrate bei den Gewaltstraftäter*innen nach, die am Programm teilgenommen hatten.

2.4.5 Das „Risk-need-Responsivity“-Modell

Dieses Modell (kurz: *RNR*) wurde 1990 erstmals von den kanadischen Psycholog*innen Andrews, Bonta und Hoge vorgestellt, da zuvor alle Interventionen zur Behandlung von Straftäter*innen als wenig bis gar nicht effektiv eingestuft wurden, vor allem jene, die sich auf ein Senken des Rückfallrisikos bezogen. Daher wurden Faktoren herausgearbeitet, durch welche eine Behandlung sich als wirksam erweist (Andrews et al., 1990). Das Modell dient in erster Linie der Rehabilitation. Außerdem geht es um Risikomanagement, die Förderung der Rückfallprophylaxe und die Rekonditionierung von tatförderndem Verhalten, Gedanken und Emotionen, sowie der Beseitigung delinquenzbegünstigender Faktoren (Göbbels & Zimmermann, 2013). Dabei wird in drei grundlegende Prinzipien unterteilt: Das Risiko-(risk), das Bedürfnis- (need) und das Ansprechbarkeitsprinzip (responsivity).

Das Risikoprinzip dient der Evaluation des Risikos der/s Patient*in oder Straftäter*in. Je mehr Risikofaktoren vorhanden sind, desto höher wird die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls eingestuft. Diese Einstufung erfolgt zwischen „niedrig“, „mittel“ und „hoch“ und beeinflusst die Art der darauffolgenden Behandlung im Hinblick auf Intensität der Intervention und Betreuung (Müller et al., 2018). Diese Behandlung sollte bei Patient*innen bzw. Straftäter*innen mit niedrigem Rückfallrisiko nicht eingesetzt werden, da der Kontakt zu hochrisikobehafteten Täter*innen vermieden werden soll und um eine negative Beeinflussung der persönlichen Stärken zu vermeiden (Andrews et al., 2011).

Das Bedürfnisprinzip beschäftigt sich mit sog. „kriminogenen Bedürfnissen“, d.h. Faktoren, die ursächlich für das kriminelle Verhalten waren. Wenn diese identifiziert sind, gestaltet es sich einfacher, Veränderungen hinsichtlich bspw. Lebensumständen oder Umfeld zu formulieren, um eine straffreie Zukunft anzustreben. Es wurden acht zentrale kriminogene Einflüsse formuliert: kriminelle Vorgeschichte, antisoziales Persönlichkeitsmuster, antisoziale Kognition/ prokriminelle Einstellung, prokriminelle Bezugsperson/ kriminologisches soziales Umfeld, konfliktäre Familien und

Partnerbeziehungen mit geringer sozialer Bindung, unzureichende Einbindung und Leistung in Schule und Arbeit, Substanzmissbrauch und prosoziale Freizeitgestaltung (Andrews & Bonta, 2010; Andrews et al., 2011).

Zuletzt kommt das Ansprechbarkeitsprinzip, welches besagt, dass die durchgeführten Interventionen sich an kognitiv-behavioralen Therapieansätzen orientieren und individuell an die Motivation, die Fähigkeiten und Stärken eines/r Straftäter*in oder Patient*in angepasst werden sollten, sodass ein individuell abgestimmter Behandlungsplan entsteht (Andrews et al., 2011). Es geht dabei um die Berücksichtigung des individuellen Risikos (da nicht jeder pauschale Faktor gleich einen Rückfall bei jeder/m Straftäter*in bzw. Patient*in bedeutet) und der individuellen Persönlichkeitsstruktur (Schmidt, 2019). Durch die Anpassung an das Erleben, Lernen und Denken können kriminelle Denkmuster besser verändert werden und die Behandlungsansprechbarkeit im Allgemeinen wird verbessert. Dies in Kombination mit einer Stärkung der therapeutischen Beziehung durch diese Vorgehensweise sorgt für einen allgemein besseren Erfolg der gesamten Intervention (Schmidt, 2019).

Hinsichtlich der Wirksamkeit zeigen sich Rehabilitationsprogramme nach diesem Prinzip vergleichsweise effektiver als solche, die nicht nach dem *RNR*-Modell vorgehen (Hanson et al., 2009; Schmidt, 2019). Dennoch erntet dieses Modell auch Kritik, bspw. für seinen Fokus auf die Risikofaktoren und Defizite statt auf die Stärken und Fähigkeiten (Ward et al., 2012). Zudem bezieht sich das *RNR* kaum auf Faktoren einer zielführenden gesellschaftlichen Reintegration (Göbbels & Zimmermann, 2013). Des Weiteren wird im Zusammenhang mit dem Bedürfnisprinzip zwei wesentlichen Bedeutungen menschlicher Bedürfnisse, die Erreichung konstitutiver/primärer und instrumenteller/sekundärer Güter, nicht hinreichend Beachtung geschenkt. Deren Würdigung stellt allerdings einen wesentlichen Bestandteil für die Straftäter*innenbehandlung dar, indem sie die Entwicklung, Verfolgung und Umsetzung persönlicher Ziele und Entscheidungen anregen (Ward et al., 2007a; Ward & Stewart, 2003). Insbesondere letzteres wurde darauffolgend im „*Good-Lives*“-Modell umgesetzt, welches im Folgenden erläutert wird.

2.4.6 Das „*Good-Lives*“-Modell

Das „*Good-Lives*“-Modell (kurz: *GLM*) gilt als ressourcen- und stärkenorientierter positivistischer Rehabilitationsansatz und entstand aus einigen soeben genannten Kritikpunkten des *RNRs*, da dieses in den Augen der Kritiker nur der Sicherung und dem Schutz der nicht kriminellen Gesellschaft dienen würde und dadurch keine vollkommene Verhaltensänderung der Straftäter*innen erzielen könnte (Göbbels & Zimmermann, 2013; Polaschek, 2012). Durch die Berücksichtigung positiverer Aspekte, wie Lebensziele, Interessen und Ressourcen der Straftäter*innen, sowie die Integration ihrer Bedürfnisse in die Behandlung, könnte ein größerer intrinsischer Anreiz entstehen, eine tatsächliche Verhaltensänderung zu vollziehen (Göbbels & Zimmermann, 2013; Schmidt, 2019). Daraus sollen

eine Veränderung der Lebensqualität und eine Senkung des Rückfallrisikos resultieren (Barnao et al., 2015). Grundsätzlich liegt der Fokus dieses Modells auf der Resozialisierungsarbeit mit Sexualstraftätern, es kann und wird aber auch bei der Behandlung anderer Straftätergruppen, insbesondere jene mit einem gewalttätigen Tathintergrund, angewendet (Ward & Maruna, 2007; Whitehead et al., 2007).

Zunächst wird davon ausgegangen, dass jeder Mensch, unabhängig von psychischer Erkrankung oder delinquenter Handlungsweise, primäre Bedürfnisse bzw. Güter („primary goods“) besitzt und nach der Erfüllung ebendieser strebt (Fortune et al., 2012). Der Unterschied, aus welchem sich dann die persönliche Identität bildet, besteht lediglich in der Gewichtung dieser Güter (Ward & Stewart, 2003). Es werden insgesamt zehn primäre Güter von Ward & Maruna (2007) und in leicht abgewandelter Form von Schmidt (2019) postuliert: Leben, Wissen, Kompetenz (bzw. Exzellenz) in Bezug auf Spiel und Arbeit, Autonomie und Selbstbestimmung, innere Ruhe (durch Emotionsregulation), Freundschaft (sowie andere Beziehungen intimer, romantischer oder familiärer Art), Gemeinschaft, Spiritualität, Freude (bzw. Glück) und Kreativität. Die Erfüllung dieser soll zu seelischem Wohlbefinden und einem glücklichen und erfüllten Leben führen. Dafür werden sog. sekundäre Güter, auch funktionale oder instrumentelle Güter genannt, verwendet, welche die konkreten Mittel, Möglichkeiten (bzw. Ressourcen) und Wege bilden (Ward & Brown, 2004; Ward et al., 2006). Allerdings unterscheidet sich die Art und Weise (d.h. die Wahl der sekundären Güter), wie diese Bedürfnisbefriedigung erzielt wird. Straftäter*innen weisen dysfunktionale Gedanken- und Lösungsmuster auf, welches ihnen die Nutzung prosozialer Mittel und Wege zum Erzielen der primären Güter vermeintlich unmöglich macht, da keine anderen externen oder internen Ressourcen als verfügbar angesehen werden (Ward & Stewart, 2003). Dies führt dann wiederum zu negativen Affekten wie Unzufriedenheit, Hilflosigkeit und Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls und kann in maladaptiven Bewältigungsstrategien und letztlich im Ausüben einer Straftat resultieren. Manchmal greifen Straftäter*innen daher auch auf direktem Wege bei der Erreichung ihrer primären Bedürfnisse auf kriminelle Handlungen, wie bspw. Gewalt, zurück (Ward & Gannon, 2006; Ward & Maruna, 2007). Laut Ward & Maruna (2007) entsteht kriminelles Verhalten folglich aufgrund einer Verzerrung des individuellen Werte- und Glaubenssystems, welches eine gestörte Verwirklichung der eigenen Lebenskonzeption zur Folge hat.

Das *GLM* setzt dort an und intendiert dadurch, zum einen Risikofaktoren für einen Rückfall zu besprechen und zu minimieren, und zum anderen Lebensziele zu identifizieren und Unterstützung für das Erreichen dieser zu bieten (Suhling et al., 2013; Ward & Maruna, 2007). Aus therapeutischer Sicht ist genau diese Balance zwischen Annäherungszielen (Welche Ziele verfolgt ein*e Straftäter*in und wie können diese auf zufriedenstellende Art und Weise erreicht werden?) und Vermeidungszielen (Was sind die Risikofaktoren von Straftäter*innen und wie können diese eingedämmt oder neutralisiert werden?) für den Prozess der Rehabilitation entscheidend (Ward et al., 2007b; Ward & Maruna, 2007).

In der Behandlung werden zunächst die Bedürfnisse evaluiert und es wird erarbeitet, wie man diese unschädlich erreichen kann. Dabei geht es auch um die Veränderung äußerer Umstände. Taten gelten als identitätsstiftend, daher müssen andere prosoziale Identitäten im Rahmen der Behandlung getestet werden, um eine Verhaltensänderung zu gewährleisten (Schmidt, 2019). Zudem werden Training für soziale Fähigkeiten, sowie für Beziehungsaufbau, Empathie und Aggression angesetzt (Schmidt, 2019; Ward & Stewart, 2003). Fertigkeiten in der Problemlösung, Impulskontrolle und Emotionswahrnehmung werden im Rahmen dieser Trainings vermittelt und erlernt. Damit soll eine kognitive Umstrukturierung erwirkt werden. In dieser Behandlung kann die Deliktbearbeitung nicht außer Acht gelassen werden, da diese dem Abbau von Verleumdungs- und dem Aufbau von Konfliktlösungsstrategien dienen soll (Schmidt, 2019; Willis et al., 2014). Um die individuellen Interessen, Präferenzen, Werte, Stärken und Charakteristika im Rahmen der Behandlung berücksichtigen zu können, ist das individuelle Zuschneiden des Behandlungsplans auf jede*n Täter*in essenziell (Schmidt, 2019; Ward & Maruna, 2007). Dies dient u.a. der Steigerung der Selbstwirksamkeit. Außerdem ist diese Individualisierung unter anderem auch deshalb von Bedeutung, da, besonders im forensisch-psychiatrischen Kontext, psychische Erkrankungen die Annahme des Modells beeinflussen können (Barnao et al., 2015). Dies kann sich durch eine krankheitsbedingte Verschiebung der subjektiven Wahrnehmung eines guten Lebens, dem Einfluss der bewerteten Gewichtung der jeweiligen primären Güter durch die Symptome oder die psychiatrische Versorgung, die dem Erreichen primärer Güter im Wege stehen kann, äußern. Ziel des *GLMs* ist die Rehabilitation von Straftäter*innen, d.h. Täter*innen soll das Erreichen eines guten, zufriedenstellenden, gesellschaftsfähigen Lebens durch die Befriedigung ihrer primären Bedürfnisse im Rahmen prosozialer und rechtsnormativer Handlungen in Aussicht gestellt werden (Schmidt, 2019; Ward & Maruna, 2007). Das *GLM* wird im Vergleich zum *RNR* als holistischer angesehen und kann deshalb als Ergänzung zum letzteren genutzt werden. Des Weiteren stellt dieses Modell im Gegensatz zu dem von Andrews und Kolleg*innen (1990) entwickelten die Bedeutung der Identitätsbildung, der Behandlungsmotivation und Qualität der therapeutischen Allianz und die Möglichkeit, zielgruppengerechtere Interventionen (z.B. für Frauen) anbieten zu können, viel mehr in den Fokus (Ward & Gannon, 2006; Ward et al., 2007b; Ward & Maruna, 2007). So entwickelten Barnao und Kolleg*innen (2010) das *Good-lives-Model of forensic mental health* (kurz *GLM-FM*), um den Fokus umso mehr auf straffälliges Verhalten im Rahmen psychischer Erkrankungen zu richten.

Die Kritik am Modell beläuft sich auf den Mangel an Studien, die seine Wirksamkeit empirisch belegen können (Looman & Abracen, 2013; Wormith et al., 2012; Schmidt, 2019). Es existieren zwar einige Studien, die die Implementierung des *GLMs* als erfolgreich postulieren, allerdings bestehen diese aus Fallstudien, Evaluationen mit kleinen Stichproben oder einer reinen Sexualstraftäter*innen-population, wodurch eine Generalisierbarkeit auf andere Gruppen von Straftäter*innen erschwert wird (Voß et al., 2015; Ward & Fortune, 2013; Ward & Maruna, 2007; Wylie & Griffin, 2013). Die Erkenntnisse eines systematischen Reviews von Zeccola und

Kolleg*innen von 2021 waren, dass zwar in der Hälfte der überprüften Studien das *GLM* das Rückfallrisiko nicht erhöhte, dass aber ebenfalls bei 50% der überprüften Studien nur bei Anwendung der richtigen Behandlungsdosis Hinweise auf eine Risikominderung gefunden werden konnten. Des Weiteren gab es nur begrenzt unterstützende Evidenz dafür, dass das Modell die Motivation, einem Rückfall zu widerstehen, steigert oder aufrechterhält. Auch Willis und Kolleg*innen berichteten bereits 2014, dass von insgesamt 13 Straftäter*innenprogrammen aus dem nordamerikanischen Raum, welche nach dem *GLM* konzipiert wurden, lediglich vier die Prinzipien sehr gut umgesetzt hätten und daher auch hinsichtlich der Wirksamkeit des Modells beurteilt werden könnten. Wenn man nun das *RNR* unmittelbar mit dem *GLM* in Bezug auf den jeweiligen Behandlungserfolg vergleicht, konnten bei Sexualstraftäter*innenprogrammen keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Abbruchrate und dem Anteil erfolgreicher Therapieteilnehmer*innen festgestellt werden (Barnett et al., 2014; Harkins et al., 2012). Andere Kritikpunkte am *GLM*, die genannt wurden, besagen, dass durch den Fokus der Therapieziele auf nichtkriminogene Bedürfnisse, statt auf Kriminalität-fördernde Risiken, eine Gefährdung der Rückfallprävention bestehe (Bonta & Andrews, 2003; Ogloff & Davis, 2003). Dies wird auch von den Autor*innen des Modells selbst reflektiert, da der bloße Versuch, das Wohlergehen von Straftäter*innen zu verbessern, ohne dabei das Ausmaß vorhandener Risikofaktoren zu berücksichtigen, in einem glücklichen, aber dennoch gefährlichen Menschen resultieren könnte (Ward & Maruna, 2007). Zudem interpretieren Kritiker*innen die Annahme des Modells so, als wenn kriminelles Verhalten durch ein erfülltes Leben verhindert werden könne, da die primären menschlichen Bedürfnisse befriedigt werden würden (Andrews et al., 2011). Diese Fehlinterpretationen müssten für eine korrekte Implementierung des Modells unmittelbar richtiggestellt werden (Ward et al., 2012). Dementsprechend ist es auch im Rahmen des *GLMs* unerlässlich, ein Konzept des Risikomanagements in die Lebensplanung der/s Straftäter*in zu integrieren (Yates & Ward, 2008).

3. Forschungsfragen

Wie der theoretische Hintergrund dieser Arbeit zeigen konnte, bedarf es noch einigem an Forschung über die Proband*innengruppe der forensisch-psychiatrischen Patient*innen, bzw. Insass*innen des Maßnahmenvollzuges generell. Das größte Problem in der Behandlung stellt dabei die initiale Therapiebereitschaft dar. Dies bildet im speziellen eine Forschungslücke mit dringlichem Bearbeitungsbedarf ab, besonders, da die durchaus relevante Perspektive der Betroffenen selbst oft kein Gehör findet. Dabei entscheidet gerade das Konstrukt der therapeutischen Compliance maßgeblich über die Dauer des Aufenthaltes in der jeweiligen Anstalt. Diese Arbeit dient als erster Schritt in die Richtung, die Insass*innensicht mehr einzubeziehen. Es sollen Insass*innen selbst nach

Möglichkeiten gefragt werden, wie ihre eigene therapeutische Compliance gesteigert werden kann. Daraus ergaben sich folgende Forschungsfragen:

F1: Welche Möglichkeiten zur Erhöhung der therapeutischen Compliance werden von den Betroffenen selbst genannt?

F2: Welche compliance-hemmenden Faktoren können aus dem Material entnommen werden?

F3: Ist es überhaupt möglich, diese Proband*innengruppe reliabel und seriös nach der Verbesserung ihrer Therapiemotivation und -bereitschaft zu befragen?

Die ersten beiden Forschungsfragen können sich auf alle möglichen Bereiche beziehen, wie den Alltag, das psychosoziale Umfeld mit den Mitinsass*innen, die therapeutische Beziehung zum/zur Behandler*in, der Kontakt mit dem Personal, die vom Justizsystem vorgegebenen Rahmenbedingungen, etc. Hinsichtlich der Qualität der Antworten kann erst bei Betrachtung des Materials eine Aussage getroffen werden. Die letzte Frage ist eher übergeordnet zu beantworten, da auch unzureichende Resonanz aus dem Forschungsmaterial eine Erkenntnis für zukünftige Studien bergen kann, bspw. indem sich mangelnde Therapiebereitschaft auch auf die mangelnde Bereitschaft, etwas an der eigenen Lage zu verändern, auswirkt.

4. Methodik und Studiendesign

Bei dieser Arbeit handelt es sich um eine qualitativ inhaltsanalytisch ausgewertete explorative Erhebung. Im folgenden Kapitel werden die methodischen Aspekte dieser Arbeit dargelegt. Dafür wird konkreter auf die Stichprobengenerierung und -beschreibung, die Durchführung der Studie, sowie die verwendete Erhebungs- und Auswertungsmethode eingegangen.

4.1 Stichprobenrekrutierung und -beschreibung

Der ursprüngliche Studienplan sah eine größere Stichprobe mit Teilnehmenden aus allen großen österreichischen reinen Maßnahmenvollzugsanstalten (Stein, Asten, Garsten und Göllersdorf) vor. Die einzige Bedingung war, dass die potentielle Proband*innengruppe aus Menschen, die Gewaltdelikte begangen haben, bestehen sollte. Der Grund hierfür wurde bereits in Abschnitt 2.3.4 angeführt. Der Antrag dafür wurde beim österreichischen BMJ im Mai 2023 eingereicht. Aufgrund der Umstrukturierung durch das neue Maßnahmenvollzugsanpassungsgesetz (s. dazu Kapitel 2.1.4) konnte das Forschungsvorhaben so jedoch nicht umgesetzt werden. Die Alternative, welche vom BMJ im Juni 2023 genehmigt wurde, erlaubte jeweils zehn Teilnehmende aus zwei JA mit Maßnahmenvollzugsanteilen: Graz-Karlau (§21.2 StGB) und Wien-Favoriten (§21.1 StGB). Daraufhin

wurde Kontakt zu den Leitenden des psychologischen Dienstes der jeweiligen Einrichtung aufgenommen und das Material wurde per Post an diese verschickt.

Die Stichprobe bestand folglich aus $N = 20$ Personen, wobei vier Insass*innen der JA Graz-Karlau das Material vernichteten oder entwerteten, sowie eine Person den Umschlag mit nicht ausgefülltem Material wieder abgab. Dementsprechend reduzierte sich die Anzahl der Proband*innen auf $n = 15$, alle männlich. Aufgrund dessen wird im Folgenden in der Darstellung der Ergebnisse bei konkreten von den Probanden genannten Aspekten auf eine gegenderte Schreibweise verzichtet.

Tabelle 1: Stichprobenbeschreibung

Durchschnittliches Alter in Jahren		43
Durchschnittliche bereits verbrachte Jahre in Haft		9
Geschlecht	Männlich	15
	Weiblich	0
Indexdelikte (nach den § des StGB)	Mord (§75)	5
	Versuch einer Gewaltstraftat (§15)	4
	Schwere Körperverletzung (§84)	4
	Gefährliche Drohung (§107)	4
	Körperverletzung (§83)	3
	Widerstand gegen die Staatsgewalt (§269)	3
	Nötigung (§105)	2
	Schwere Nötigung (§106)	2
	Freiheitsentziehung (§99)	1
	Fortgesetzte Gewaltausübung (§107b)	1
	Raub (§142)	1
	Schwerer Raub (§143)	1

Wie in der oben dargelegten *Tabelle 1* beschrieben, betrug die durchschnittliche Verweildauer in der jeweiligen Haftanstalt etwa 9 Jahre (Min = 2; Max = 23; SD = 5,48). Das Alter der untersuchten Probanden lag zwischen 26 und 58 Jahren (M = 43,29; SD = 10,8). Durch die Vielfalt der Indexdelikte, d.h. die Delikte, aufgrund derer die Verurteilung zur Unterbringung in einem forensisch-therapeutischen Zentrum nach §21.1 und §21.2 erfolgte, konnte sich ein heterogenes Bild aus sowohl hands-on- (mit Körperkontakt, einer Person wurde aktiv Schaden zugefügt), als auch hands-off-Delikten (ohne Körperkontakt, darunter fällt bspw. verbale Gewaltausübung, wie Drohung und Nötigung) bilden, obwohl sich drei Probanden dazu entschieden, hierzu keine Angaben zu machen.

Die JA Wien-Favoriten war zudem so zuvorkommend und stellte im Zuge der Erhebung eine Liste an psychiatrischen Diagnosen nach ICD-10 (WHO, 2019b) zur Verfügung, da diese von den Probanden selbst nicht erfragt werden konnten. Am häufigsten vertreten waren hier die paranoide Schizophrenie (F20.0), psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen (Abhängigkeitssyndrom und psychotische Störung) (F19.2, bzw. F19.5) und Persönlichkeitsstörungen (dissoziale oder kombinierte und andere) (F.60.2, bzw. F61). Es traten aber auch schizoaffektive Störungen (F25) und bipolar affektive Störungen (F31) auf.

4.2 Studienablauf

Nachdem der Kontakt zu den jeweiligen Ansprechpartner*innen in den JA hergestellt wurde, konnte das Material Ende Juni 2023 an die jeweiligen JA geschickt werden. Da kein Kontakt zwischen meiner Person und den Studienteilnehmer*innen bestand, bekamen die Ansprechpartner*innen konkrete Anweisungen hinsichtlich der Auswahl der Proband*innen, der Durchführung der Studie und der Wahrung der Anonymität zusammen mit dem Material zugeschickt. Dieses Material bestand aus einem Briefumschlag pro geplantem/r Studienteilnehmenden/r. Dieser dient den Proband*innen für den Datenschutz und die Anonymität der gemachten Angaben. Ihnen musste versichert werden, dass die Texte von niemandem außer dem Forschungsteam gelesen werden und sie daher für jegliche Äußerungen keine negativen Konsequenzen in der JA selbst zu befürchten haben. Der Briefumschlag enthielt je fünf DIN-A4-Blätter: Die Einverständniserklärung, auf welcher ebenfalls die soziodemographischen Daten (Geschlecht, Alter, das begangene Delikt und die bereits in Haft verbrachte Zeit) erfasst wurden, den Arbeitsanweisungen zum Verfassen der Texte und dem Debriefing. Es sollten insgesamt pro Insass*in drei Texte verfasst werden. Da der erste Text als Einstieg und zum Überprüfen der Verwertbarkeit der weiteren Ergebnisse (bspw. keine reine Systemkritik) dient, ist die korrekte Zuordnung der Texte zur jeweiligen Person in diesem Schritt wichtig, weshalb jede*r einen eigenen Briefumschlag bekommt. In der Einverständniserklärung zu Beginn wurden die Proband*innen natürlich ebenfalls darüber informiert, welchem Zweck diese Erhebung dient und dass die Partizipation auf vollkommen freiwilliger Basis erfolgt, d.h. dass die Teilnahme an der Studie ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteil jederzeit unter- oder abgebrochen werden kann.

Das im Rahmen dieser Erhebung generierte Material sollte nach einiger Zeit rückgeführt und anschließend mittels der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2022) ausgewertet werden (genauer hierzu s. Kapitel 4.4). Geplant wurde ein Zeitfenster von zwei Monaten für die Bearbeitung des Materials, sodass ab Anfang September mit der Auswertung begonnen werden könnte. Am 07. August 2023 meldete sich die JA Graz-Karlau per Email, um die Rückführung des Materials über den postalischen Weg in die Gänge zu leiten. Das Material aus der JA Wien-Favoriten wurde am 04. September 2023 persönlich abgeholt, um einen möglichst sicheren Datentransfer zu gewährleisten.

4.3 Erhebungsmethode

Um den direkten Kontakt zwischen Insass*innen und Forschungsteam zu vermeiden und damit die jeweilige Anonymität zu wahren oder etwaigen ethischen Bedenken entgegenzuwirken, wurde auf die Methode des therapeutischen Schreibens zurückgegriffen. Dabei sollen Texte von den Insass*innen zu Fragestellungen verfasst werden, die sonst in einem Interview gestellt worden wären.

Das therapeutische Schreiben wurde um 400 n. Chr. von dem Kirchenvater Augustinus ins Leben gerufen, welches durch das Festhalten seiner Lebensgeschichte, sowie seiner Sorgen und Nöte einer Selbsttherapie, bzw. -heilung gleichkam. Weitere historische deutschsprachige Figuren, die sich der Schreibtechniken zur Verarbeitung interpsychischer Konflikte und Auseinandersetzungen mit dem eigenen Selbst bedienten, waren unter anderem Sigmund Freud, Alfred Adler und Carl Gustav Jung, sowie Autoren wie Franz Kafka oder Rainer Maria Rilke. In Deutschland ist der Vorreiter der heute gebräuchlichen Schreibtherapie Hilarion Petzold (Heimes, 2015).

Diese Methode wird als paralleles, ergänzendes Hilfsmittel zur Gesprächspsychotherapie genutzt, um Klarheit zu gewinnen, die eigenen Gedanken besser strukturieren zu können, Unbewusstes wieder ins Bewusstsein zu holen und zu entlasten. Gerade für eine bessere Strukturierung eignet sich, nicht zuletzt wegen einer wohl überlegteren Wortwahl, Schreiben bekanntlich besser als das rein gesprochene Wort. Des Weiteren arbeitet therapeutisches Schreiben lösungsorientiert und ressourcenstärkend. Es kann Menschen dazu befähigen, Konflikte und Probleme aufzudecken und Lösungen für diese bereits zu erproben, womit letzten Endes auch die Autonomie gefördert werden kann (Gräßer et al., 2020). Letzteres ist besonders ein Thema in der Behandlung von Straftäter*innen und könnte daher gut Anklang finden. Auch die Ressourcenstärkung ist mit der begrenzten Anzahl an Möglichkeiten im Vollzug ein vorteilhafter Ansatz. Therapeutisches Schreiben bietet noch viel mehr Vorteile: Es hilft bei der Verarbeitung emotional belastender Ereignisse, der Verbesserung eigener Stressbewältigungsstrategien, der sozialen Integration, der Förderung der Kommunikationsfähigkeit, erhöht die Selbstwirksamkeit, spendet mehr Selbstvertrauen und führt zu einem besseren Verständnis der eigenen Denk- und Verhaltensmuster und Emotionen (Gräßer et al., 2020, S. 16). All dies sind Dinge, die, bei längerer Anwendung und besserem Training der Insass*innen, auch im Vollzug zur Verbesserung der allgemeinen Lage eingesetzt werden könnten, vorausgesetzt, dass die Motivation dafür vorhanden wäre.

Allerdings kann hier nur eine basale Form des therapeutischen Schreibens angewandt werden, da diese Form der Therapie deutlich mehr Grundlagen umfasst. Beispielsweise sind Atmosphäre und verwendetes Material mit Bedacht zu wählen und auch die Würdigung der Texte, teilweise auch von den Patient*innen im Rahmen der Psychotherapie vorgelesen, ist essenziell für den Therapiefortschritt und die Stärkung der therapeutischen Beziehung und Methode. Des Weiteren werden bei manchen Formen des therapeutischen Schreibens, wie bspw. beim exzessiven Schreiben erstens mehrere Sitzungen mit Schreiben verbracht, um z.B. traumatische Erfahrungen zu bearbeiten, und zweitens zunächst viele Einstiegsübungen gemacht, um ein Gefühl für das Schreiben an sich zu bekommen und besser damit arbeiten zu können (Gebler & Maercker, 2007; Gräßer et al., 2007). Das Üben des therapeutischen Schreibens übersteigt in diesem Fall zeitliche Ressourcen und würde in das Behandlungsprogramm der Insass*innen eingreifen. Atmosphäre und Material können im Vollzug nicht unbedingt frei gewählt werden, daher ist die positive Beeinflussung dadurch leider auch nicht

möglich. Dennoch diene die erste der drei Aufgaben als Einstieg, um zumindest ein Grundgefühl für therapeutisches Schreiben zu entwickeln und um die Ernsthaftigkeit der Angaben einschätzen zu können.

Die ersten beiden Übungen wurden in Anlehnung an die Übung „Was ich schon immer mal sagen wollte“ (Gräßer et al., 2020, S. 125) gewählt. Dies hat den Grund, dass diese expressiv agiert und dabei die ehrlichste Resonanz erzeugen könnte. Abgeändert wurde diese erste Übung in „Was ich schon immer Negatives sagen wollte“, damit dadurch ein guter Einstieg ins Thema gewährleistet werden und durch mich überprüft werden kann, wie verwertbar die Ergebnisse dieser*s Proband*in sind. Die Arbeitsanweisung lautete dann: *„Gibt es etwas, was Sie schon länger über die Behandlungssituation loswerden und kritisieren wollten und es nur nicht geäußert haben, weil dies nichts ändern würde? Hier haben Sie nun Platz, all ihren Frust niederzuschreiben, ohne mit Konsequenzen rechnen zu müssen.“*. Die zweite Übung trug den Titel: „Was ich schon immer mal über die Therapie sagen wollte“ mit der Arbeitsanweisung: *„Nehmen Sie sich nun Zeit, um alle Eindrücke über die Behandlung, das Umfeld, Ihren Alltag mit Ihren Mitinsass*innen und die Beziehung zum Personal, besonders zu ihrem/ ihrer Therapeut*in festzuhalten. Schreiben Sie möglichst ohne Unterbrechung, Grammatik, Rechtschreibung oder Stil sind nicht wichtig.“*. Die letzte Übung wurde von der „Wunderfrage“ (Gräßer et al., 2020, S. 68) inspiriert. Da sie gleichzeitig noch als therapeutische Intervention, bspw. im Rahmen der lösungsfokussierten Kurzzeittherapie, fungiert, kann sie dazu dienen, konkrete und konstruktive Lösungsvorschläge zu erarbeiten. Die Proband*innen bekamen hier die folgende Anweisung: *„Stellen Sie sich vor, Sie würden heute Abend schlafen gehen und morgen, wenn Sie wieder aufwachen, sind alle Probleme, die Sie in Aufgabe 1 beschrieben haben, gelöst. Woran erkennen Sie das und wie könnte man Schritt für Schritt im Alltag gemeinsam dorthin gelangen?“*.

4.4 Auswertungsmethode

Die Auswertung des vorliegenden Textmaterials erfolgte mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse (kurz: QIA) nach Mayring (2022). Diese bezeichnet eine sozialwissenschaftliche systematische Evaluationsmethode von übergeordnet kommunikationsbezogenen Sachverhalten, meist protokolliert durch Transkription, Briefe, oder ähnliches (Mayring, 2022). Dabei darf auch der Bezug zur vorangegangenen Theorie nicht außer Acht gelassen werden, da die QIA sehr theorienah interpretiert, nicht zuletzt durch „Anknüpfen an den Erfahrungen anderer mit dem zu untersuchenden Gegenstand“ (Mayring, 2022, S.13). In dieser Arbeit wäre das dann die Verknüpfung mit Expert*innenmeinungen oder mit Studienergebnissen zur Compliance im allgemeinpsychiatrischen Bereich, da die Betroffenenperspektive bis jetzt so unzureichend exploriert wurde.

Ziel einer QIA ist die sukzessive Reduktion des Materials auf Kategorien, welche der Beantwortung der Forschungsfragen dienen. Dabei wird zwischen Haupt- und Unterkategorien (im Folgenden kurz HK und UK) differenziert. Diese fungieren als Grundpfeiler für die Analyse und Interpretation. Bezüglich der Formulierung wird sich am Forschungsmaterial orientiert, sowohl was die Benennung der Kategorien als auch die Ankerbeispiele (wörtliche Textzitate) für eben diese anbelangt. Es ist durchaus ebenfalls möglich, dass auf Basis des vorliegenden Materials neue Erkenntnisse generiert werden können, für welche dann eigene Kategorien erstellt werden müssen. So entwickelt sich ein Kategoriensystem, was den Kodierleitfaden der Analyse darstellt.

Für diese Arbeit wurde sich für eine Frequenzanalyse entschieden (vgl. hierzu *Tabelle 2* und *Tabelle 3*), d.h. dass die Kategorien und Analyseeinheiten abhängig von der Häufigkeit genannter Aspekte gebildet werden, wobei die Relevanz der Kategorie mit der Frequenz des Nennens einer Analyseeinheit ansteigt. Der Grund dafür war, dass es zunächst erstmal grundlegend um die Analyse dieser spezifischen Perspektive geht. Weiterführende Studien zum gleichen oder einem ähnlichen Thema können dann aus Valenz- und Intensitätsanalysen oder Kontingenzanalysen bestehen, wenn eine Einschätzung der Valenz verschiedener Aspekte oder das Erkennen des Zusammenhangs der Aspekte untereinander leichter fällt.

Im Rahmen der QIA wird grundsätzlich zwischen der induktiven und der deduktiven Kategorienbildung unterschieden (Mayring, 2022). Geht man induktiv vor, werden die Kategorien auf Grundlage des Textmaterials generiert. Bei der deduktiven Herangehensweise hingegen bildet das Wissen aus der Literatur die Basis bereits vorgefertigter Kategorien. Zur Beantwortung der Forschungsfragen in dieser Arbeit wurde sich überwiegend an die induktive Vorgehensweise gehalten, es wurde sich jedoch auch deduktiver Einflüsse bedient. Dies hat den Grund, dass, wie bereits mehrfach angedeutet, diese Erhebung einen Pilotstudiencharakter auf ihrem Gebiet hat, welcher das deduktive Vorgehen immens erschwert bzw. nahezu unmöglich macht. Allerdings gibt es hinreichend Studien zu Therapiebereitschaft in der Allgemeinpsychiatrie und Befragungen von anderen Perspektiven, mit denen die hier erzielten Ergebnisse gut verglichen werden können. Auch die Vielzahl von Interventionen für diese spezifische Befragungsgruppe und ihre Wirksamkeit sind ausführlich theoretisch hinterlegt (vgl. Kapitel 2.3.5 und 2.4). So wurde auch das Material erstellt. Zunächst sollten die Fragen so offen wie möglich gestellt werden, um Inputs mit verschiedensten Aspekten zu ermöglichen. Allerdings wurde in den groben Denkanstößen bewusst, aufgrund der deduktiven Theorielage, die therapeutische Beziehung und die Beziehung zu den Mitgefangenen hervorgehoben.

Die zu untersuchenden Texteinheiten wurden einzelnen Kategorien zugewiesen. Der Kodierleitfaden wurde induktiv im Rahmen der Auswertung erstellt und im weiteren Verlauf überarbeitet, um seine Übereinstimmung mit deduktiv bereits vorliegenden Kategorien zu überprüfen. Somit konnte eine vollständige Abbildung des Textmaterials durch die Kategoriensysteme gewährleistet werden. Die zu kodierenden Einheiten wurden kontextabhängig den jeweiligen

Kategorien zugeteilt. Für die erste Fragestellung entstanden dabei 15 Kategorien und für die zweite Fragestellung zwölf Kategorien. Die dritte Fragestellung konnte interpretativ durch die Anzahl und den Umfang der ausgefüllten Arbeitsaufgaben beantwortet werden. Die Versuchspersonen wurden durchnummeriert (VP01 bis VP15) und die Zitate mittels Zeilenangaben, welche sich am Originalmaterial orientieren, darauffolgend und getrennt durch einen Unterstrich angegeben (bspw. VP22_45 für Zeile 45 im Dokument der VP22).

5. Ergebnisse

In diesem Abschnitt werden die in der Auswertung zusammengetragenen Ergebnisse dargestellt. Zunächst ist allgemein anzumerken, dass das Textmaterial sehr unterschiedlich bearbeitet wurde. Manche Probanden hielten sich in ihren Angaben sehr kurz, und gaben bspw. auch an, dass alles okay verlaufen würde und es nichts gäbe, was sie zu kritisieren hätten oder gerne ändern würden (VP08_1-7). Allerdings gab es auch einige Probanden, die sich bei der Bearbeitung sehr viele Gedanken über unterschiedliche, teils widersprüchliche Aspekte (wie bspw. das Verhältnis zum Personal, bspw. genannt von VP07) gemacht haben. Des Weiteren bilden die Probanden ein gemischtes Bild bezüglich der Zufriedenheit mit der Therapie und ihrer Rahmenbedingungen ab. Manche betonen, dass sie um die Therapie gebeten haben und selbst wussten, dass sie Probleme haben und Hilfe brauchen (VP02_61-70; VP04_1f, 35f; VP05_4-6), andere schreiben über Zwangsmedikation und Menschenrechtsverletzungen (VP06_8; VP11_10ff; VP13_16-18, 28). Manche Kritikpunkte, die geäußert wurden, können nicht unbedingt als reliabel für diese Arbeit herangezogen werden, wie bspw. der Wunsch nach besserem Essen (VP09_9) oder Hanteln und Proteinpulver (VP15_26f). Kritik am Maßnahmenvollzug als System wurde auch geäußert, zwar überwiegend in konstruktiver Weise, allerdings auch mit Vorschlägen, welche nur äußerst schwer in die Praxis umzusetzen sein werden. Darauf soll im Folgenden noch konkreter eingegangen werden.

5.1 Kategorien zur Forschungsfrage F1

In der ersten Fragestellung wurde sich mit den Möglichkeiten zur Erhöhung der therapeutischen Compliance durch das Herausarbeiten *compliance-fördernder Faktoren* (HK1) beschäftigt, die die Insassen selbst vorschlugen. Daher beziehen sich diese Ergebnisse auf die persönlichen individuellen Erfahrungen und Ansichten der Probanden. Hierzu wurde sich teils an induktiven, teils an deduktiven Kategorien, wie bspw. auch bei Stiels-Glenn (2017) orientiert: Therapeutische Beziehung, Beziehung zu anderen Berufsgruppen, therapeutische Interventionen, Mitinsassen und der Rahmen des

Maßnahmenvollzuges. Die gleiche Kategorienorientierung ist auch bei der Beantwortung der Forschungsfrage F2 zu finden, wobei sich die Polung dieser (von fördernd zu hemmend) dementsprechend unterscheidet. Zur Beantwortung dieser Fragestellung wurden die Ergebnisse aus den Arbeitsanweisungen zwei und drei verwendet. Es konnten 15 Kategorien gebildet werden. Diese werden inklusive der Häufigkeit ihres Auftretens (d.h. Anzahl der Probanden, die dies beschrieben) in *Tabelle 2* abgebildet. Die Definitionen der jeweiligen UK (hier mit dem Kürzel UK_F bezeichnet, wobei F für Förderung [der Compliance] steht), sowie dazugehörige Ankerbeispiele werden im darauffolgenden Fließtext erläutert.

Tabelle 2: UK für die Forschungsfrage F1

UK	Bezeichnung	N
UK_F1	Gute*r Therapeut*in	8
UK_F2	Gutes Personal	7
UK_F3	Gutes Therapie- und Beschäftigungsangebot	7
UK_F4	Berücksichtigung individueller Bedürfnisse	6
UK_F5	Fördern von Interesse und Mitarbeit, u.a. durch Aufklärung	4
UK_F6	Selbstbestimmung	4
UK_F7	Transparenz und Authentizität	3
UK_F8	Intensive Eingangsbetreuung	3
UK_F9	Homogene Gruppentherapie	2
UK_F10	Ausführliche therapeutische Kontakte	2
UK_F11	Freundliche Gestaltung der Räumlichkeiten	2
UK_F12	Belohnungssystem	2
UK_F13	Fairness, Objektivität und Professionalität	1
UK_F14	Strukturelle Verbesserungen	4
UK_F15	Besseres Essen	3

Da Berichte über das Essen und Systemkritik als Ausschlusskriterien für die konstruktive Beurteilung der Antworten galten, sind diese UK hier mit grau unterlegt. Sie wurden nie als Alleinstellungsmerkmal genannt, weshalb die Antworten, in welchen diese Kategorien genannt wurden, dennoch in die Auswertung miteinbezogen werden konnten.

5.1.1 UK_F1: Gute*r Therapeut*in

Wie bereits durch die Literatur angenommen, und auch in Kapitel 2.2.3 konkreter beschrieben, stellt die therapeutische Beziehung einen äußerst relevanten Faktor für die Förderung der Therapiebereitschaft dar. Dies konnte durch diese Befragung nun auch aus Insassensicht bestätigt werden, da dies mit acht Nennungen am häufigsten angeführt wurde. Somit konnten die Erkenntnisse von Bressington und Kolleg*innen (2011) und MacInnes und Kolleg*innen (2014) durch diese Erhebung bestätigt werden. Keiner der Befragten äußerte sich negativ über seine*n Therapeut*in oder war mit der Gesprächstherapie unzufrieden. Die Antworten, die für diese Kategorie berücksichtigt wurden, bezogen sich dementsprechend auch nur auf eine*n spezielle*n therapeutische*n Behandler*in und nicht auf das gesamte Behandlungsteam (s. dazu UK_F2 *Gutes Personal*). Da diese

besondere Beziehung sowohl in der Literatur (vgl. Stiels-Glenn, 2017), als auch von den Insassen selbst mit einem anderen Stellenwert versehen wird als die Beziehung zu anderen Berufsgruppen im Kontext des Maßnahmenvollzuges, wurde hier folglich eine eigene UK eingerichtet. In der Literatur wurde in Bezug auf die therapeutische Beziehung speziell noch auf eine wertfreie Kommunikation auf Augenhöhe wertgelegt (Lambert & Barley, 2001; Priebe & McCabe, 2008; Stiels-Glenn, 2017), daher wurde diese Erwähnung auch hier vermutet. Dies war im Zusammenhang mit dieser UK nicht der Fall, sondern bezog sich eher allgemeiner auf das gesamte Personal (vgl. UK_F13 *Fairness, Objektivität und Professionalität* und UK_H10 *Vorurteile des Personals*).

Stattdessen konnten folgende Ankerbeispiele aus dem Material entnommen werden: „o.k-nett“ (VP09_32), „kompetent“ (VP01_15), „sehr gut und erfahren“ (VP02_43), „unglaublich bemüht, sehr engagiert und motiviert“ (VP03_11), „behutsam hier als Mediator auftreten und mit viel Feingefühl die Situation lösen“ (VP04_46f) und „Zu meiner Therapeutin muss ich sagen, habe ich Glück gehabt, sie ist sehr qualifiziert meines Erachtens nach“ (VP05_54ff). Diese Bemühungen wurden auch von VP06 wertschätzend angegeben: „Meine Therapeutin ist gewillt, mich bald auf Ausgänge zu bringen [...], sie kann mich motivieren und ich kann gut mit ihr reden“ (23-26). VP07 schrieb bspw. auch von einem „Vertrauensverhältnis“ (53). Allerdings erkennen die Probanden auch an, dass es nicht nur darum geht, dass jemand mit einem redet, sondern dass Therapie auch Arbeit an sich selbst bedeutet. Ein Insasse schrieb: „und [dass] ich sehr aufmerksam zuhöre, wenn die Therapeutin oder sonst wer mir Hinweise bzw. Tipps [gibt] und ich die dann im Anschluss versuche, in die Tat umzusetzen um weiter zu kommen und sozusagen ein besserer Mensch zu werden, der mit sich selbst im reinen ist“ (VP05_7-11). Ein anderer erklärte: „Was meine Therapie betrifft, so fordert mich meine Therapeutin manchmal sehr. Sie fragt mich auch nach der Therapie, ob es geht oder ob ich nochmals darüber reden möchte. Ich bemerke, dass sich alle Therapeuten sehr bemühen und über das Wort jedes Einzelnen so gut es geht achtgeben“ (VP04_63-66). Des Weiteren führte er an, dass Therapeut*innenwechsel für ihn kein Problem darstellten, sondern er eher davon profitiert habe, da „jeder Therapeut andere Qualifikationen besitzt und anders an Aufarbeitung herangeht und auch andere Punkte im Leben als wichtig erachtet“ (VP04_53ff). Dies steht im Widerspruch zu aus der Literatur postulierten Hypothesen, die die Beständigkeit der therapeutischen Beziehung als maßgeblich für den Erfolg der Therapie erachten (Bebbington, 1995). VP04 schrieb dazu aber auch, dass dieser Wechsel für andere Insassen eine Belastung darstelle (47f). VP02 ergänzte: „Auch sind die vielen Wechsel [...] die Ursache, dass man immer aufs Neue bei der Kindheit beginnen muss“ (21-24).

5.1.2 UK_F2: Gutes Personal

Auch diese UK konnte durch vorherige Studien wie Gudjonsson et al. (2008), Stiels-Glenn (2017) oder Gallagher und Kolleg*innen (2017) deduktiv bereits erfasst werden. Da diese UK knapp nach der UK_F1 *Gute*r Therapeut*in* mit am häufigsten genannt wurde, können die Ergebnisse dieser Studien

durch diese Arbeit bestärkt werden. Die Gegenpolung dieser UK ist auch bei den compliance-hemmenden Faktoren zu finden (vgl. UK_H3 *Negatives Verhältnis zum Personal* und UK_H10 *Vorurteile des Personals*), wodurch verdeutlicht wird, wie wichtig die Beziehungspflege zwischen Häftlingen und Personal im Maßnahmenvollzug für ein therapiebereites und motiviertes Zusammenarbeiten ist, welches wiederum zu besserer Entlastung des allgemeinen Systems beitragen könnte.

Mit dem Begriff *Personal* ist in diesem Kontext jede*r Mitarbeitende im Maßnahmenvollzug außer der/ die behandelnde Therapeut*in gemeint, d.h. Pflegepersonal, Justizwachebeamte, Ärzt*innen/ Psychiater*innen, etc. „Gut“ bedeutet für diese Kategorie „kompetent, wachsam, bemüht, höflich“ (VP03_12), „besonders geschult und ausgesucht, was ebenso zu guten Verhältnissen führt“ (VP02_46f), „(sehr) nett“ (VP15_18, VP12_11, VP09_32), „o.k. gut“ (VP09_48) und „freundlich [und] entgegenkommend“ (VP06_20f). Ein Proband berichtet auch von einem „amikale[n] Verhältnis“ (VP02_39f). Das Personal soll zuvorkommend und hilfsbereit agieren: „Das Beste hier ist, dass das Personal sich gleich Zeit für einen nimmt und dass man immer reden kann“ (VP15_21ff). Es wurde sporadisch auch auf genauere Berufsgruppen eingegangen, bspw.: „Was das Personal, also die Beamten und auch die Fachdienste betrifft, so bekommt man jede Hilfe, die man benötigt“ (VP04_59), „Kommando leistet gute Arbeit in Sachen Hafttraumeinteilung“ (VP03_13), „gute ärztliche Versorgung“ (VP03_14) oder „Psychiater ausgesprochen kompetent“ (VP03_15). Teilweise wurden auch Verbesserungsvorschläge inkludiert, wie, dass „es auch ein vermehrtes Miteinander zwischen [...] den Insassen und Fachdiensten geben [sollte]“ (VP04_79f), oder dass gegenseitiges Anzeigen der Insassen untereinander reduziert werden müsse, welches durch eine Vermittlung durch die Anstalt verhindert werden könnte (VP03_23).

Natürlich könnte UK_F13 *Fairness, Objektivität und Professionalität* hier mit inkludiert werden, da gutes Personal diese Eigenschaften ebenfalls aufweisen sollte, allerdings verlangte die Art, wie diese Ankerbeispiele formuliert wurden, meines Erachtens nach einer eigenen Kategorie. Selbiges gilt für UK_F7 *Transparenz und Authentizität*, da transparentes und authentisches Arbeiten sich auf spezifische Aspekte des Alltags bezieht.

5.1.3 UK_F3: Gutes Therapie- und Beschäftigungsangebot

Eine große Auswahl an Aktivitäten ist den Insass*innen sehr wichtig. Dies wurde 2021 auch durch eine Studie der Universität Innsbruck bestätigt, in welcher neben langen Einschlusszeiten hauptsächlich Unterbeschäftigung als ursächlich für den hohen Anteil an gewalttätigen Übergriffen unter den Gefangenen angesehen wurde. So wünschen sich manche mehr Möglichkeiten zur selbstständigen Beschäftigung in Form von bspw. Freizeitaktivitäten (VP05_52f). Manche heben bereits jetzt positiv hervor, dass es eine große Auswahl an verschiedenen Aktivitäten und Beschäftigungen gebe („Psychotherapie gut [...] ha[be] Beschäftigung hier [...] insgesamt mit [...]

Behandlung zufrieden“ (VP12_9f,12), „Therapien sind super, ich kann mich nicht beklagen“ (VP08), „[...] , dass ich selbst [...] mir meinen Tag super gut einrichten darf [und] kann [...] und [ich] habe Möglichkeit[en], die man sich nur wünschen kann“ (VP02_52-53) oder „sehr gute und vielfältige Therapieangebote“ (VP03_10)). Andere wünschen sich noch mehr Angebot („Therapie soll für kranke Leute – auch Drogen von qualifizierte[n] Leute[n] [ge]mach[t] [werden]. Mehr Therapie und mehr Sport“ (VP09_19ff), „Ich bin froh, dass es diese Therapieangebote hier gibt und hoffe, dass diese noch ausgebaut werden“ (VP04_99f)), teilweise auch mit konkreten Vorschlägen, wie „mehr Gruppenaktivitäten auch außerhalb der Anstalt (z.B. beaufsichtigte Gruppenausgänge, Laufgruppe, ...)“ (VP03_20) oder Begründungen, warum mehr Beschäftigung von Relevanz für einen besseren Gefängnisalltag sei. Dazu schrieb VP05: „wie auch ein erhöhter Etat für Freizeitaktivitäten [wäre] leicht machbar. [...] [dies führe dann zu] eine[r] erhöhte[n] Zufriedenheit der Mitinsassen, sowie eine[r] Verringerung der Aggressivität, da die Insassen mehr Möglichkeiten hätten, sich zu beschäftigen und neue Interessen für sich entdecken könnten“ (72-77).

5.1.4 UK_F4: Berücksichtigung individueller Bedürfnisse

Da es dabei um die Berücksichtigung der Bedürfnisse der Häftlinge durch das Personal geht, könnte diese Kategorie ebenso zur soeben vorgestellten UK_F2 *Gutes Personal* gezählt werden. Allerdings wurde genau dieser Wortlaut mehrfach verwendet, welches die Einteilung in eine eigene Kategorie rechtfertigt.

Dabei geht es den Insassen um die Betrachtung ihrer selbst als Individuum, welches dementsprechend auch eigene spezielle Bedürfnisse aufweist, die nicht immer kompatibel mit denen der Mitgefangenen sind und daher im Alltag des Maßnahmenvollzuges untergehen können. Dies deckt sich auch mit den in der Compliance-Definition von Stangl (o. D.a) in Abschnitt 2.2.1 genannten Aspekten zur Förderung, dass Rücksicht auf Lebensumstände und Wünsche genommen werden solle. Dies ist im Maßnahmenvollzug nur stark eingeschränkt möglich, daher sollte aber die Pauschalisierung aller Häftlinge möglichst vermieden werden. VP04 schreibt unter anderem: „Viele Insassen schämen sich, nach Hilfe zu fragen, weil sie Angst haben, man könnte dadurch als schwach gelten und gerade hier wäre es nötig, von Seite der Beamten noch genauer auf die Bedürfnisse einzelner zu achten, welche sich nicht genug mitteilen können, oder diese Aufmerksamkeit benötigen“ (60-63). Außerdem geht es auch um das Anerkennen einer jeden individuellen Biografie mit unterschiedlichsten Stressoren oder Traumata: „Es müsste viel mehr auf uns eingegangen werden, jeder Einzelne hat seine speziellen Auslöser für seine Erkrankung“ (VP06_31ff). Dies gilt neben dem Alltag oder der Gesprächstherapie, sei es jetzt im Gruppen- oder Einzelsetting, auch für den Umgang mit anderen Berufsgruppen, wie bspw. VP03 schreibt: „Psychiater [...] nehmen viel Rücksicht auf die individuellen Gegebenheiten“ (15).

Neben dem Wunsch, dass auf die Bedürfnisse einzelner eingegangen wird, plädieren die Probanden auch auf eine klarere Trennung zwischen „stabil“ und „krank“ („Hier werden komplett stabile Menschen mit völlig kranken Menschen zusammen gesperrt“ (VP13_39f)), damit der Behandlungsfortschritt weiter vorangetrieben werden kann, da sich auch da die Beschäftigungs- und Behandlungsbedürfnisse unterscheiden. Weitere Ankerbeispiele hierfür wären: „Das Problem mit den Untergebrachten ist, dass hier wild gemischt wird, alt mit jung, gesund mit krank. Jüngere Leute brauchen mehr Beschäftigung, ältere wollen ihre Ruhe. Unter Anführungsstrichen gesunde Leute brauchen ebensolche und gleichaltrige, um sich auszutauschen, um mental fit zu bleiben.“ (VP07_34-37) und „stabile und kranke Leute trennen. Und nicht gleiche Behandlung“ (VP09_44f).

Außerdem geht es auch darum, zu berücksichtigen, was die Therapie in dem Einzelnen auslöst und wie man sich danach fühlt. VP04 schreibt: „Für viele ist die Therapie sehr anstrengend und man merkt es, dass eine[n] das auch selbst fordert.“ (54f). Daher sollte individuell darauf geachtet werden, wie viel ein*e Gefangene*r auf einmal an therapeutischem Input verträgt. Außerdem sollte fortwährend kommuniziert werden, dass die Sitzungen pausiert und abgebrochen werden können.

5.1.5 UK_F5: Fördern von Interesse und Mitarbeit, u.a. durch Aufklärung

Generell ist es wichtig, für die therapeutische Compliance in erster Linie die intrinsische Motivation (nach Stinson und Clark (2017)) und das Interesse an der Therapie zu fördern. Dann fällt die Delikt- und Krankheitseinsicht auch einfacher. Einige schrieben daher auch darüber, wie wichtig es ist, sich selbst erst einzugestehen, die Hilfe auch anzunehmen, und dass eben dieser Prozess durch die Institution und die Therapie gefördert werden sollte: „Es [hat] den Anschein [...], dass ich einer der wenigen bin, der damit [mit der Behandlungssituation] zufrieden ist und nicht viel auszusetzen hat. Denke aber, dass dies wahrscheinlich daran liegt, dass ich nicht mehr die Fehler bei anderen suche und die Schuld bei anderen, sondern eingesehen habe, dass ich die Fehler selbst gemacht hab und nun an mir arbeiten muss.“ (VP05_33-39). VP05 schreibt außerdem weiters, dass für den Erfolg einer Therapie nicht allein die Qualität der/ des Therapeut*in verantwortlich sei, sondern „es kommt auch sehr darauf an, wie interessiert der Insasse die Therapie sieht bzw. verfolgt und mitarbeitet.“ (59ff). Ein anderer schrieb: „Ändern wird sich immer nur so vieles, wie man selbst zulässt oder möchte [...]. Jeder ist selbst dafür verantwortlich, was er selbst bereit ist, an sich zu arbeiten und zu verändern. Die Therapie kann dabei nur als ein möglicher Weg dazu aufgezeigt werden und dienen.“ (VP02_57f,61-66). VP04 bezog dies im Speziellen auf Insassen mit Substanzabusus: „In einem beeinträchtigten Zustand, ob durch verordnete Substitution oder durch illegalen Beikonsum, kann sich meiner Meinung nach niemand ernsthaft zu einer Therapie entscheiden. Doch gerade das ist für mich eine Grundvoraussetzung, um einen Änderungswillen zu bewirken und die Kraft aufzubringen, um an sich zu arbeiten.“ (16-20)

Diese Ergebnisse zeigen nun natürlich keine praktischen Implikationen, um die Therapiebereitschaft von Maßnahmenvollzugs-Insass*innen zu verbessern, es wird aber angedeutet, dass der Weg hin zum motivierten Mitarbeiten an therapeutischen Interventionen sehr individuell vonstattengeht, wo UK_F4 *Berücksichtigung individueller Bedürfnisse* dann wieder mehr Relevanz erlangt. Ein konkreter Vorschlag, um zu erreichen, dass die Therapie als solche angenommen wird, ist, Teilnehmende eine Art Bewerbung schreiben zu lassen, um therapiewilligen Personen zu ermöglichen, bereits rasch eine Therapie zu beginnen und an Gruppensitzungen teilzunehmen (VP04_74ff). Der Vorschlag, der durchweg Konsens erhielt, um Therapie mehr als Hilfe, statt als Schikane zu sehen (VP04_72f), war, neben einer intensiven Eingangsbetreuung (s. dazu UK_F8 *Intensive Eingangsbetreuung*), eine umfassende Aufklärung über die Therapie an sich. Im Zusammenhang mit Kritik an Gruppentherapie äußerte ein Insasse: „[...]“, dass Klienten zusammengewürfelt werden, wo viele zum ersten Mal erfahren, was überhaupt Therapie ist“ (VP02_5f). Daraus lässt sich schließen, dass eine Gruppentherapie besser verlaufen würde, wenn die Teilnehmenden bereits im Vorfeld über den Vorgang und Nutzen ihrer Therapie informiert werden. Dies wurde auch an anderen Stellen angeführt: „Ich wusste damals nichts mit dem Begriff einer „Therapie“ anzufangen, da ich in der Vergangenheit nie eine Therapie absolviert hatte. Für mich war es ein absolutes Neuland und ich denke, dass es vielen dabei so ergeht. Es wäre wünschenswert, wenn man im Vorfeld den Begriff Therapie mehr erläutern und verständlich erklären könnte.“ (VP04_2-6). VP04 ergänzt dazu noch, dass durch die Erklärung des Begriffes der Therapie Teilnehmenden auch die Angst genommen werden kann und dass repetitive Aufklärung dazu führe, dass sich den Insassen der Sinn der Therapie erschließt und „dann will er diese von sich aus fortführen, da er das Positive, das dabei zu Tage gebracht wird, für sich entdeckt und das Schlimme verarbeiten kann.“ (94-99). In Bezug auf Substanzkonsum soll Aufklärung ebenfalls zur Unterstützung der Therapiebereitschaft genutzt werden, indem man in einer Gruppentherapie das Zusammenspiel zwischen nüchternen und nicht-abstinenten Teilnehmenden thematisiere und gemeinsam darüber spreche (VP04_23ff). Ein Insasse merkte an, dass Fachdienste teilweise immer noch nicht als Personen angesehen werden, an die man sich für Hilfe und in Krisen wenden kann. Um dem entgegenzuwirken, schlägt er vor, Infoveranstaltungen zwischen Therapieanfängern und den Fachdiensten abzuhalten, „wo gezielt auf Fragen eingegangen wird und wo auch über mögliche Ängste gesprochen werden kann. Viele Insassen sehen in einer Therapie leider nicht die angebotene Hilfe, sondern einen Zwang und dies sollte ausgeräumt werden und die Vorteile erklärt werden.“ (VP04_80-86). Ein anderer äußerte den konkreten Vorschlag einer besseren Aufklärung über Gewalt und Gewaltprävention im Gefängnisalltag mittels stärkerer Überwachung der Gewalt zwischen Insassen. Dadurch würde man dann lernen „wie es zu Extremsituationen kommt.“ (VP12_15ff, 22ff). Dies deckt sich mit den in Abschnitt 2.3.5 von Eusterschulte und Kolleg*innen (2017) beschriebenen verschiedenen Arten der Prävention – zum einen mit der Primärprävention durch das Verhindern gewalttätiger Übergriffe, zum anderen durch das Lehren des Umgangs mit

Anpassungs- und Aggressionsempfindungen in akut risikobehafteten Situationen im Sinne einer Sekundärprävention.

5.1.6 UK_F6: Selbstbestimmung

Manche der Insassen wünschen sich in erster Linie, die Maßregel beenden zu dürfen, um ihre Leben wieder selbst bestimmen zu können (VP11_19f). VP02 schreibt zwar, dass jeder sich glücklich schätzen dürfe, noch ein gewisses Maß an Selbstverantwortung zu haben und diese auch zu nutzen (67-70), jedoch sehen das nicht alle Probanden so. Einer schrieb bspw., dass es vor zehn Jahren in der JA wesentlich mehr subjektive Freiheit gegeben habe (VP03_24). Daher wäre eine Möglichkeit, die therapeutische Compliance zu fördern, den Häftlingen mehr Selbstbestimmung zu ermöglichen. Sei es durch die Förderung eines vielfältigeren Beschäftigungsangebotes (vgl. UK_F3 *Gutes Therapie- und Beschäftigungsangebot*), sodass die Gefangenen mehr Möglichkeiten zur individuellen Freizeitgestaltung haben oder durch das Einbinden der Insassen in den Gefängnisalltag, bspw. in Form von Fachteams (VP03_17). Was genau der Proband damit meinte, wurde leider nicht ausgeführt, es ist aber denkbar, dass es um die Anwesenheit von Häftlingen bei ihrer Fallbesprechung im Team geht (was wiederum auch zu mehr *Transparenz und Authentizität* (UK_F7) führen würde) oder in Form von Interessenvertreter*innen bei allgemeinen, gruppenübergreifenden Besprechungen. Beides ist mir aus meinem Praktikum in der forensischen Psychiatrie des Klinikums Bremen-Ost bereits bekannt. Ein anderer Vorschlag war, die Insassen die freundlichere Gestaltung der Räumlichkeiten und die Verbesserung der Verpflegung übernehmen zu lassen, was ebenfalls als Freizeitgestaltung gezählt werden kann (VP05_69-73).

5.1.7 UK_F7: Transparenz und Authentizität

Hierbei geht es um die Kommunikation zwischen dem Behandlungsteam und den Insass*innen, vor allem in Bezug auf Entscheidungen zu Lockerungen oder ähnlichem („Transparenz bei Entscheidungen“ (VP03_18)). Es liegt den Insassen am Herzen, dass ihnen offen und authentisch alles mitgeteilt wird und dass man dann gemeinsam weiterführend arbeiten kann. VP04 schreibt: „Wichtig ist es jedoch, dass die Therapeuten und auch die Fachdienste noch mehr transparent arbeiten und die Erfolge oder auch Misserfolge mit den Teilnehmern sehr zeitnahe kommunizieren und dass dann auch gemeinsam an Lösungen oder an Veränderungen gearbeitet werden kann, oder um das Erlernte noch mehr zu festigen.“ (90-94). VP07 bezieht diese Authentizität nicht nur auf Entscheidungen, in denen jede*r Mitarbeitende ein Stimm- und Vetorecht habe (8-15), sondern auch darauf, wie mit den Informationen aus vertrauensvollen Gesprächen zwischen ihm und dem Personal umgegangen wird („genauso, wie man manchmal einen Pfleger oder [eine] Schwester findet, der man sich anvertrauen kann. Wo man sich [...] nie ganz sicher ist, was weitergegeben wird.“(45ff)). Des Weiteren wünscht er sich die Sicherheit, „dass, wenn einer etwas sagt, [das] dann auch so ist“ (VP07_55f).

5.1.8 UK_F8: Intensive Eingangsbetreuung

Wie bereits in UK_F5 *Fördern von Interesse und Mitarbeit, u.a. durch Aufklärung* und UK_F4 *Berücksichtigung individueller Bedürfnisse* angedeutet, könnte die umfassende Aufklärung und individuelle Betreuung zu mehr Therapiebereitschaft, -interesse und -mitarbeit führen. Eine Kombination aus beiden wird von den Probanden besonders für den Anfang des Haftaufenthalts als relevant für ein sofortiges positives Bild von der Therapie angesehen. Ein Häftling schreibt, dass Einsicht der Weg zur Besserung sei, und solange man sich nicht an diesem Punkt befinde, die Schuld immer bei anderen suche und denke, man wisse alles besser, keine vernünftigen Therapiefortschritte gemacht werden könnten. Daher sei gerade am Anfang eine intensivere Betreuung und Therapie von Wert, zumal es kontraproduktiv wäre, erst zwei bis drei Jahre auf eine Therapie warten zu müssen (VP05_40-46). Dazu kommt noch der Aspekt des Vertrauens. Manche würden dafür ein Jahr brauchen, worunter wiederum die Produktivität in der Gruppentherapie leiden würde (VP02_31ff). Dem könnte entgegengewirkt werden, wenn am Anfang eine intensive individuelle Betreuung erfolgt. Methoden für diese könnten, neben intensiven Einzelkontakten mit dem Behandlungsteam zum Mitteilen der individuellen Bedürfnisse (und der Umsetzung dieser im Rahmen der begrenzten Möglichkeiten im Sinne der UK_F4 *Berücksichtigung individueller Bedürfnisse*), dieselben sein wie die zur vorgeschlagenen Aufklärung in UK_5 *Fördern von Interesse und Mitarbeit, u.a. durch Aufklärung*: Das verständliche Nahebringen des Konzeptes einer Therapie und ihrer Vorteile, das Thematisieren und Eliminieren von Ängsten und Bedenken, die Klärung etwaiger Fragen und die ganzheitliche Vorstellung der verschiedenen Ansprechpersonen und Instanzen zur Unterstützung und Hilfe (VP04_5f,83f,86,95f).

5.1.9 UK_F9: Homogene Gruppentherapie

Auch dieser Punkt wurde bereits so von Stiels-Glenn (2017) als Wirkfaktor festgehalten, wobei er dabei eine Homogenität in Bezug auf das begangene Delikt herausarbeitete. Dies wurde auch von einem der befragten Insassen angemerkt (VP02_3), allerdings bezog sich diese Gruppenhomogenität in den von den Probanden verfassten Texten eher auf den Therapiefortschritt und -willen. Wie bereits in UK_F5 *Fördern von Interesse und Mitarbeit, u.a. durch Aufklärung* erwähnt, gibt es zu Beginn der Therapien viele, die mit dem Begriff der Therapie nicht vertraut sind (VP02_4ff; VP04_4). Wenn dies nun zunächst in der Gruppe geklärt wird, werfe dies die Erfahrenen in ihrem Fortschritt eher weiter zurück. Ein Proband schreibt dazu außerdem: „Noch dazu brauchen viele neue Einsteiger [...] ein ganzes Jahr, um Vertrauen zu finden und sich öffnen zu können. Also kann dann schon mal eine halbwegs gute Gruppentherapie [...] gute 8 Jahre andauern!“ (VP02_31-36). Was den Therapiewillen angeht, so kritisiert auch VP04 dort eine Heterogenität, indem er sich auf „stark beeinträchtigte“ (13f) Gruppenteilnehmer bezieht, da er der Meinung ist, dass sich niemand intoxiciert ernsthaft für eine

Therapie entscheiden könne, Therapiewillen könne erst durch einen „Zustand der Nüchternheit und dauerhaften Abstinenz“ (15f) entstehen (VP04_15-18). Neben der Homogenität bezüglich des Fortschritts der Behandlung oder der Bereitschaft zur Therapie, wünscht sich ein Proband auch gleichbleibende Teilnehmer. Er schreibt, dass der häufige Wechsel an Gruppenteilnehmern der Grund sei, dass man immer aufs Neue ganz vorne mit vorstellen und Berichten über die Kindheit anfangen, was den gesamten Prozess der Gruppentherapie in die Länge ziehe und wodurch es auch nie zu einem richtigen Abschluss mit der gleichen Gruppe kommen könne, da häufig und viele Teilnehmer wechseln würden (VP02_21-30).

Praktische Implikationen, die daraus gezogen werden könnten, wären konkretere Voraussetzungen für die Teilnahme an einer Gruppentherapie, wie Abstinenz, Delikt-spezifität und bereits vorhandene Bereitschaft zur Delikt- und Krankheitsbearbeitung und einer Einsicht der beiden, außerdem eine gleichbleibende Anzahl an Teilnehmenden. Dies könnte dadurch erreicht werden, dass die Gruppentherapien immer nur zu einem fixen Zeitpunkt gestartet werden, wobei diese Zeitpunkte nicht zu weit auseinander liegen dürfen, damit therapiewillige Insass*innen nicht zwei bis drei Jahre auf eine Therapie warten müssen (VP05_45f; VP04_75f). Ein Richtwert wäre bspw., dass einmal im Jahr ein Durchgang gestartet wird, wobei die Anzahl der Gruppenteilnehmenden nebensächlich ist. Aktuell werden Therapien wohl erst abgehalten, wenn sich genug Teilnehmende finden (VP02_8ff), was dann wiederum zu den oben angeführten Problemen eines inkonstanten Insassenstabs führen kann.

5.1.10 UK_F10: Ausführliche therapeutische Kontakte

Auch diese Kategorie wurde bereits zuvor in anderen Studien, allerdings in leicht abgewandelten Kontexten, postuliert, bspw. bei Gallagher und Kolleg*innen (2017), dessen Studie besagte, dass ein regelmäßiger Kontakt zwischen Teilnehmenden und Behandler*innen förderlich für das Abschließen des Programms zur Drogenintervention wirkte. Diese UK unterscheidet sich von der UK_H2 *Unzureichende therapeutische Kontakte* dadurch, in welchem Kontext (d.h. Bearbeitung der Aufgabe eins oder zwei) dieser Aspekt genannt wurde und ob es um die Häufigkeit oder den Umfang der therapeutischen Kontakte geht. In dieser UK soll es um den Umfang gehen. Ein Insasse schrieb bspw., dass man bei einer Einzeltherapiesitzung à 50 Minuten häufig ganz tief im Gesprächsthema drin sei und dann aber abbrechen müsse, weil die Zeit nicht ausreiche (VP05_23ff). Daher halte er es für sinnvoll, dass man bei Bedarf die einzelnen Sitzungen um je 30 Minuten verlängern könne (VP05_27ff). Während ein solcher Ansatz generell sicher nicht verkehrt ist, besonders, wenn man gerade dabei ist, neue Aspekte zu beleuchten und Konflikte zu bearbeiten, müssen die Begrenzungen auch zuliebe der Therapeut*innen und aufgrund der Fairness gegenüber anderen Insass*innen eingehalten werden. Dies wird auch von den Probanden anerkannt und es wird eingesehen, dass sich dieser Aspekt nicht unbedingt im Bereich des zu verbessernden Möglichen bewegt. Ein Insasse

schreibt: „Man würde sich mehr Zeit für Gespräche wünschen, was aber durch Organisation und Sicherheit nicht möglich ist.“ (VP02_11ff). Ein anderer formuliert es sogar noch konkreter: „Für die Verlängerung der Therapieeinheiten müsse man Personal einstellen, was sich aber natürlich aus Gründen des österreichweiten Personalmangels schwierig darstellt, wie auch die Mehrkosten, die damit verbunden wären.“ (VP05_65ff)

5.1.11 UK_F11: Freundliche Gestaltung der Räumlichkeiten

Ein Aspekt, der nichts mit dem zwischenmenschlichen Kontakt in den Maßnahmen- und Justizanstalten zu tun hat, sondern mit dem äußeren Rahmen, ist die Gestaltung der Räumlichkeiten. Wenn diese freundlich und einladend gestaltet sind, so wird auch das Gesprächsumfeld als angenehmer beschrieben (VP01_13f). Dies beweist, wie wichtig die räumlichen Gegebenheiten auch für das Vertrauen und die Bereitschaft, offen über sich selbst in der Therapie zu sprechen, sind. Es wird bspw. beschrieben, dass, die Therapieräume nicht zum Entspannen und Wohlfühlen einladen und, wenn man dies ändern könnte, die Sitzungen angenehmer werden würden und es leichter fallen würde, sich zu öffnen. Der Raum, in dem Therapien stattfinden, solle dazu dienen, Abstand zum normalen Gefängnisalltag zu schaffen, wodurch tieferes Vertrauen in der therapeutischen Beziehung entstehe (VP05_14-22). Dieser schönere Therapieraum könnte mithilfe eines leicht erhöhten Etats durch die Insassen gestaltet werden (VP05_51,69ff).

5.1.12 UK_F12: Belohnungssystem

Ein weiterer Vorschlag, um therapeutische Compliance und dabei auch insbesondere die intrinsische Motivation zu fördern, bzw. in erster Linie entstehen zu lassen, ist ein Belohnungssystem. Die befragten Insassen wünschen sich eine größere Wertschätzung für positives Verhalten und keine unterproportionale Repräsentation und Anerkennung (VP03_3), wohingegen negative Ereignisse zu sehr überbewertet würden. „[A]uch bei einem straffreien Leben in Freiheit [können] in einem Zeitraum von Jahren Krisen auftreten“ (VP03_6ff). Dieses Belohnungssystem soll jenen Insassen dienen, die Compliance im Alltag zeigen (VP03_19). Die Belohnungen könnten sich bspw. in mehr Freiraum bei dem Besitz von Gegenständen äußern, wie sich bspw. VP15 Hanteln und Proteinpulver wünscht (26), wobei zu bedenken ist, dass Hanteln natürlich auch als Waffe verwendet werden könnten. Ein anderer Insasse schlägt vor: „Man sollte vielleicht [...] vermehrt positives Therapieverhalten in Verbindung mit positivem Vollzugsverhalten auch mehr honorieren, sei es mit Vergünstigungen, Ausgängen, Lockerungen, oder vielleicht auch bedingten Entlassungen. Man soll Anreize schaffen, damit sich mehr Insassen auf eine Therapie einlassen und die Vorteile für einen selbst kennenlernen.“ (VP04_86-90). Der Vorschlag, Belohnungen zur Erhöhung der Therapiebereitschaft und -motivation einzusetzen, wurde auch von den von Weber (2022) befragten

Expert*innen genannt und erhält dadurch eine theoretische Grundlage, die diese UK weiter in ihrer Präsenz und Relevanz bestärkt.

5.1.13 UK_F13: Fairness, Objektivität und Professionalität

Diese UK wurde zwar nur von einem der Probanden genannt, dennoch findet sie hier Erwähnung, da sie einen offensichtlich relevanten Faktor zur Erhöhung der therapeutischen Compliance darstellt. Sie bildet den Gegenpol zu UK_H10 *Vorurteile des Personals*, in welcher das Personal sich gegenüber gewissen Insassen unfair oder unprofessionell verhalte, welches auf persönliche Befindlichkeiten zurückzuführen sei. Außerdem wird unter anderem auch eine ungleiche Behandlung der Häftlinge durch das Personal kritisiert. Daher wird sich gewünscht, dass ein solches Verhalten unterbunden wird und dass „sich die Leute die Mühe geben, professionell zu arbeiten und mich fair [zu] behandeln oder zumindest, dass wir alle gleichbehandelt werden und nicht, dass manche bevorzugt und manche benachteiligt werden.“ (VP07_58ff). Um dies zu erreichen, schlägt der Proband vor, dass „jemand das Sagen hätte, der das Personal auch sanktionieren könnte und [...] das Personal an[weist], die Untergebrachten fair zu behandeln.“ (VP07_61ff). Zudem kritisiert er das unprofessionelle Verhalten, dass es Beamte und Pflegekräfte gäbe, die Insassen provozieren und schikanieren würden, obwohl diese ruhig blieben (VP07_22-25). Außerdem gibt er ein Beispiel an, dass jeder, sogar der Hausmeister, etwas zu sagen hätte und wenn dieser Hausmeister sich gut mit einigen Beamten verstehe, deren Meinung beeinflusst werde (VP07_11f). Dies stehe im Kontrast zu der Objektivität, die sich erhofft wird. Zusammenfassend ist zu sagen, dass sich gewünscht wird, dass das Personal trotz aller menschlichen und persönlichen Vorbehalte einen fairen Umgang, einen objektiven Blick und eine professionelle Arbeitsweise an den Tag legt.

5.1.14 UK_F14 und UK_F15: Strukturelle Verbesserungen und besseres Essen

Nun zu den Ausführungen, die eigentlich zu einem Ausschluss der Reliabilität führen würden. Da sie aber, wie bereits beschrieben, nie allein aufgeführt wurden, mussten keine Probanden aufgrund ihrer unkonstruktiven Resonanzen ausgeschlossen werden. Aufgrund der Häufigkeit, mit der sie genannt wurden, soll zumindest kurz darauf eingegangen werden.

Dass Insassen des Maßnahmenvollzuges ein Problem mit dem System desselbigen haben, ist auch keine neue Erkenntnis. Sie wurde ebenfalls von Stiels-Glenn (2017) angemerkt. Mit den strukturellen Verbesserungen wurde sich auf Entlassungen und Lockerungen bezogen, da diese zu wenig auftreten würden und dass die Verweildauer in der Haftanstalt zu lang sei (VP03_1f,4,22; VP09_37ff). Ein Proband ließ vermerken, dass er subjektiv das Gefühl habe, dass sich durch die geringe Zahl an Entlassungen und die höhere Anzahl an Neuzugängen die JA stetig voller anfühle, was

zu mehr Spannungsgefühlen führe (VP03_21f). Das Prinzip der „Unterbrechung der Unterbringung“ wurde auch kritisiert, da nicht jeder Insasse diese brauchen, sondern es auch ohne funktionieren würde (VP09_10-14) oder dass es möglich sein sollte, diese zu überspringen (VP13_25f). Auch die Berechtigung der Verwahrung im Rahmen der Maßnahme wurde an dieser Stelle infrage gestellt, da kranke Personen in die Psychiatrie und nicht ins Gefängnis gehören würden und auch stabile Menschen im Maßnahmenvollzug nur aufgrund von Problemen mit ihren Visa sitzen würden (VP09_23ff, 28f). Ob letzteres tatsächlich der Wahrheit entspricht, ist fraglich. Außerdem ging es auch um das Erlauben von Ausgängen, welches wohl auch zu lange nicht gewährt wird (VP09_1f, VP15_29f). Andere Beschwerden, die vorgebracht wurden, waren, dass man verspätet zur Besuchszeit, welche auf eine Stunde begrenzt ist, abgeholt wurde, und dass das Wecken netter vonstattengehen könnte, da das Bett von Beamten auf den Gang gezogen werde, wenn man nicht aufstehe (VP15_11ff, 29, 2f).

Generell zeigen sich die Häftlinge unzufrieden mit der Länge der verschiedenen Prozesse in Richtung Entlassung: „Alles geht leider Gottes nur sehr langsam und schleichend voran. Mit dem neuen Gesetz hätten ein paar entlassen werden sollen [...] die Forensik zögert alles immer hinaus“ (VP13_6ff,36f). Ursächlich dafür seien laut Maier und Kolleg*innen (2000) auch bürokratische Gegebenheiten, die die Prozesse, welche sich mit Lockerungen und Entlassungen befassen, in die Länge ziehen würden. Dies kann auch zu UK_H4 *Perspektivlosigkeit* führen (Arbeitsgruppe Maßnahmenvollzug, 2015). Ein Insasse schlägt auch vor, eine Obergrenze für den Maßnahmenvollzug einzuführen, bspw. 15 Jahre. Nach dieser Zeit müsse eine Integration in eine betreute Wohneinrichtung erfolgen, unabhängig davon, ob weiterhin ein Risiko von dem Häftling ausgehe oder nicht (VP03_25f). Natürlich sind gerade diese Vorschläge und Kritikpunkte diejenigen, die am unmöglichsten verändert und konstruktiv angenommen werden können. Es bleibt für die Insass*innen nur zu hoffen, dass sich ihre Lage durch das Inkrafttreten des Maßnahmenvollzugsanpassungsgesetzes etwas bessert. Dennoch bezeugen solche Aussagen auch den Mangel an Verständnis für das vorsichtige Vorgehen und dadurch auch für die eigene Behandlung hinsichtlich der Rückfallprognose und -prophylaxe.

Zu UK_15 *besseres Essen* gab es auch einige Wortmeldungen (VP09_8f; VP15_4f, 29, 23; VP05_50). Dies galt als Ausschluss zur Seriosität, denn wenn man sich über die Verpflegung im Gefängnisalltag beschwert, dann kann die Verinnerlichung der therapeutischen Inhalte noch weit entfernt sein. Dennoch wurde es aufgrund der Nennungen als eine Unterkategorie klassifiziert. Und, wenn es lediglich besseres Essen benötigen würde, um die therapeutische Compliance zu verbessern, ist dies ein Ansatz, den man einfacher verfolgen und umsetzen könnte als manch andere der hier genannten Unterkategorien. Ein Proband macht den Vorschlag: „die Verpflegung wäre durch die Insassen selbst mit einem leicht erhöhten Etat [...] leicht machbar“ (VP05_70ff).

5.2 Kategorien zur Forschungsfrage F2

In der zweiten Fragestellung wurde sich mit den *Faktoren, welche die therapeutische Compliance hemmen können* (HK2) beschäftigt, die die Insassen selbst benennen können. Daher beziehen sich diese Ergebnisse auf die persönlichen individuellen Erfahrungen und Ansichten der Probanden. Hierzu wurde sich, wie bereits bei Forschungsfrage F1, teils an induktiven, teils an deduktiven Kategorien, wie bspw. auch bei Stiels-Glenn (2017) orientiert: Therapeutische Beziehung, Beziehung zu anderen Berufsgruppen, therapeutische Interventionen, Mitinsassen und der Rahmen des Maßnahmenvollzuges. Zur Beantwortung dieser Fragestellung wurden die Ergebnisse aus den Arbeitsanweisungen eins und teilweise auch drei verwendet. Es konnten zwölf Kategorien gebildet werden. Diese werden inklusive der Häufigkeit ihres Auftretens in *Tabelle 3* abgebildet. Die Definitionen der jeweiligen UK (hier mit dem Kürzel UK_H bezeichnet, wobei H für Hemmung [der Compliance] steht), sowie dazugehörige Ankerbeispiele werden im darauffolgenden Fließtext erläutert.

Tabelle 3: UK für die Forschungsfrage F2

UK	Bezeichnung	N
UK_H1	Hinderliche Mitinsassen	7
UK_H2	Unzureichende therapeutische Kontakte	5
UK_H3	Negatives Verhältnis zum Personal	4
UK_H4	Perspektivlosigkeit	4
UK_H5	Art des Einsatzes von Medikation	3
UK_H6	Gruppentherapeutische Aspekte	3
UK_H7	Mangelnde Unterstützung	3
UK_H8	Zwang zu Therapie ohne Nutzen	3
UK_H9	Keine hinreichende Aufklärung	2
UK_H10	Vorurteile des Personals	2
UK_H11	Keine Reduktion des Leidensdrucks	2
UK_H12	Menschenrechtsverletzungen	2

Manche dieser Unterkategorien beinhalten auch unkonstruktive Aspekte, die dennoch der Vollständigkeit halber inkludiert wurden, ihre Berechtigung wird allerdings fortlaufend reflektiert und angezweifelt, nicht zuletzt hinsichtlich ihrer praktischen Implikationen, da dies zunächst lediglich eine Darstellung der, stark subjektiv beeinflussten, Sicht der Insassen sein soll.

5.2.1 UK_H1: Hinderliche Mitinsassen

Der mit Abstand am häufigsten genannte Faktor, der zu einer Hemmung der therapeutischen Compliance führen kann, ist das hinderliche Verhalten anderer Insassen. Während auf der einen Seite sich lediglich darüber beschwert wird, dass keine Gesprächsbasis zu Mitinsassen bestehe, aufgrund derer man Kontakte knüpfen könnte, welche die Zeit in Haft erleichtern würden (VP12_8), schreiben einige auf der anderen Seite auch von aggressivem (VP15_14; VP05_73ff), anstrengendem oder gar sabotierendem Verhalten. So wird bspw. geschrieben: „[D]ie Mitinsassen sind für mich sehr

anstrengend, immer will irgendeiner was [...] manchmal komme ich mir selbst schon vor wie ein Therapeut“ (VP06_16-19) oder „[E]s [gibt] Patienten [...], die einem das Vorankommen nicht gönnen und dann entweder lügen oder Handlungen setzen, [die] dein Vorankommen behinder[n] oder gar verhinder[n]“ (VP07_37ff). Dies sei kräftezehrend und wirke sich kontraproduktiv sowohl auf den Gefängnisalltag als auch auf den Therapiefortschritt aus („Mitinsassen sind nicht hilfreich und behindern mich eher in meinem Fortschritt“ (VP01_9f)). Anderes antisoziales Verhalten, welches für schlechte Beziehungen zwischen den Häftlingen führe und hier angeführt wurde, beschrieb den Verschwiegenheitsbruch im Umgang mit vertraulichen Informationen, welche im Rahmen einer Gruppentherapie ausgetauscht wurden, indem diese nach außen getragen werden. Dies führt zu dem, dass die Insassen nicht mehr an der Gruppe teilnehmen oder sich im Rahmen dieser nicht mehr öffnen wollen, zum anderen zu Drogenkonsum oder Verärgerung, was wiederum in verbalen oder körperlichen Auseinandersetzungen münden könnte (VP04_43ff).

Ein anderes großes Problem, welches mehrfach beschrieben wurde, stellt die mangelnde Motivation der anderen dar. Diese kann ansteckend wirken, indem das Sabotieren des gemeinsamen Fortschritts (bspw. in den Therapiegruppen) durch Boykott oder Teilnahmslosigkeit dazu führt, dass auch die Motivation bei den eigentlich Therapiewilligen abnimmt. So schreibt ein Proband, dass er sich wünsche, „dass die Teilnehmer motivierter zur Therapie erscheinen und es nicht bei vielen so aussieht, als wenn sie zur Therapie gezwungen würden.“ (VP04_70f). Dadurch käme es zu einem allgemein bedrückenderen, unwilligeren Arbeitsklima. Diese fehlende Motivation kann auch von einer mangelnden Behandlungseinsicht und Kooperationsbereitschaft herrühren. So wird bspw. beschrieben, dass es vorkommt, dass Teilnehmer beeinträchtigt, d.h. intoxikiert, zur Gruppentherapie erscheinen. „[I]n einem beeinträchtigten Zustand [...] kann sich meiner Meinung nach niemand ernsthaft zu einer Therapie entscheiden. Doch gerade das ist für mich eine Grundvoraussetzung, um einen Änderungswillen zu bewirken und die Kraft aufzubringen, um an sich zu arbeiten.“ (VP04_16-20). Ein anderer beschreibt, dass er durch die Gespräche mit anderen Insassen den Eindruck hat, dass diese nicht mit ihrer Behandlung oder der/ dem Therapeut*in zufrieden sind. Ursächlich dafür sieht er an, dass diese Insassen noch nicht bereit sind, mit Interesse und Mitarbeit an die Therapie heranzugehen und die in der Therapie formulierten Ziele zu verfolgen. Es sei vielmehr so, dass eben diese Insassen, die außerordentlich viel an der Behandlung auszusetzen hätten, immer noch die Fehler und die Schuld bei anderen suchen und sich nicht eingestehen würden, selbst etwas falsch gemacht zu haben und jetzt an sich arbeiten zu müssen (VP05_30-39, 56-61).

Dies ist zwar die UK mit den meisten Nennungen, gleichzeitig stellt sie aber auch eine derjenigen dar, aus denen man am wenigsten praktische Implikationen für die Verbesserung der therapeutischen Compliance und damit der Kooperation zwischen Behandler*innen und Gefangenen ziehen kann, da eine strikte Trennung zwischen complianten und boykottierenden Häftlingen schier nicht möglich ist.

5.2.2 UK_H2: Unzureichende therapeutische Kontakte

Diese UK bildet den Gegenpol zur UK_F10 *Ausführliche therapeutische Kontakte*. Es wurde dahingehend differenziert, in welchem Kontext (d.h. Bearbeitung der Aufgabe eins oder zwei) dieser Aspekt genannt wurde. Außerdem definiert sich die UK_H2 durch einen Mangel an Häufigkeit, und nicht durch unzureichende Länge. D.h., dass der Wunsch sich nicht in Richtung ausführlichere Sitzungen, wie die vorgeschlagene Verlängerung bei Bedarf um eine weitere halbe Stunde von VP05 (27ff), bewegt, sondern es um die Anzahl an therapeutischen Kontakten innerhalb einer Woche geht. So beschreibt einer: „Wünschenswert wäre es jedoch, wenn die Anzahl der Therapieeinheiten erhöht werden könnte. Ungeachtet der Kosten würde dies sicher im Interesse aller sein, denn 50 Minuten Therapie pro Woche ist einfach zu wenig. [...] Und von 10 Therapieeinheiten vergehen sieben viel zu schnell.“ (VP04_56ff, 66f). Auch andere geben an, dass sie den Eindruck hätten, ihre Therapeut*innen würden zwar kompetent sein und gut arbeiten, dennoch zu wenig Zeit für sie haben (VP01_15f) oder dass sie sich generell mehr Therapiezeit wünschen würden (VP02_1f).

Ein Proband schreibt: „Es gibt [...] sehr wenig Arbeitstherapie und wenn man Glück hat, kann man Psychotherapie machen. [...] Medikamente und nur wegsperren sind nicht immer der richtige Weg.“ (VP06_14f, 33f). Dies weist auf den Eindruck hin, dass es erstens ein zu geringes Therapie- und Beschäftigungsangebot gibt (im Gegensatz zum fördernden Faktor UK_F3 *Gutes Therapie- und Beschäftigungsangebot*) und dass zu wenig Zeit in Therapien verbracht wird, bzw. dass die Insassen sich nicht ausreichend therapeutisch betreut fühlen, wenn sie denken, dass ihre einzige Behandlung aus Medikation und Inhaftierung bestehe. Außerdem gibt er an, dass Maßnahmenvollzug zwar Therapie bedeute, dass jedoch die Mittel nicht ausreichend seien und es daher eher den Anschein mache, „einfach weggesperrt [zu sein] wie Verbrecher“ (VP06_10-13). Dies bringt die in Kapitel 2.1.3 genannte Kritik, dass aufgrund von unzureichenden Ressourcen Insass*innen, die eigentlich für die Maßnahme vorgesehen seien, in Abteilungen im normalen Strafvollzug sitzen, weshalb nicht sofort therapeutische Maßnahmen ergriffen werden könnten und dass dennoch kein politisches Interesse bestehe, diese Lage zu verändern (Volksanwaltschaft, 2021), auf den Punkt.

Ein anderer gibt an, dass er gerne mehr Gespräche in Anspruch nehmen würde, da die Situation sich für ihn ohnehin sehr belastend anfühle, was aktuell noch dadurch verstärkt werde, dass seine Psychotherapeutin sich im Urlaub befinde (VP12_3ff). Daraus ergibt sich die praktische Implikation, für eine ausreichende Urlaubsvertretung zu sorgen, wobei dabei natürlich auch die erschwerten Bedingungen zur Umsetzung dieses Vorschlags, wie der Personalmangel und die ohnehin schon hohe Auslastung der anderen Therapeut*innen vor Ort, nicht außer Acht gelassen werden dürfen.

5.2.3 UK_H3: Negatives Verhältnis zum Personal

Diese UK steht im Gegensatz zur UK_F2 *Gutes Personal*, wobei die Beziehung zum Personal auch negativ belastet sein kann, obwohl dieses gut arbeitet. So schreibt ein Proband bspw., dass das Personal zwar freundlich und entgegenkommend sei, man allerdings aufpassen müsse, was man den Angestellten gegenüber erwähne, da zu viel „Gegenwind [...] nicht gerne gesehen“ werde (VP06_20ff). „Negativ“ kann für diese UK mehrfach definiert werden. Zum einen beschreiben einige das Verhältnis zum Personal als unpersönlich („Für das Personal bin ich nur eine [...] Häftlingsnummer“ (VP01_11f)) oder distanziert (VP14_2). Andererseits besteht ein Misstrauen, wie bereits im oben genannten Beispiel (VP06_20ff) angedeutet, sowie von VP07 genannt. Dieser Proband beschreibt, dass man manchmal einen Pfleger oder eine Schwester finde, der/ der man sich anvertrauen könne, man sich allerdings nie ganz sicher sein könnte, was aus diesen vertraulichen Gesprächen an andere weitergegeben werde (VP07_45ff). Ein solches Misstrauen bildet keine gute Grundlage, um sich im Rahmen der Therapie zu öffnen und an der eigenen psychiatrischen Erkrankung und dem begangenen Delikt zu arbeiten, was durchaus mit Scham besetzt sein kann. Es wurde auch Verhalten durch Beamte beschrieben, welches sich machtmisbräuchlich äußert: „,[M]anche Beamten denken, dass es ihre Pflicht [ist], einen Patienten zu provozieren, indem sie ihn schikanieren, ob[wohl] er eh ruhig bleibt. [...] [Das] hat auch viele Untergebrachte Jahre (viele Jahre) gekostet.“ (VP07_21-26). Als Vorschlag, um dies zu verhindern, wird eine stärkere Kontrolle des Verhaltens der Angestellten, sowie das Überprüfen des Verhaltens auf Fairness (vgl. UK_F13 *Fairness, Objektivität und Professionalität*), sowie ggf. Sanktionen gegenüber dem Personal als Konsequenz für missbräuchliches oder unprofessionelles Verhalten angeregt (VP07_61-64).

Eine negative Beziehung zum Personal durch Misstrauen oder Machtmisbrauch stellt sich als problematisch für die Compliance dar, da Vertrauen eine Grundlage für die Therapie ist und da ein hostiles Umfeld, sei es nun durch andere Häftlinge, wie in UK_H1 *Hinderliche Mitinsassen*, oder eben durch Angestellte, ein wirkliches Einlassen auf die Behandlung erheblich erschwert, wenn nicht gar unmöglich macht. Allein, dass das Verhältnis unpersönlich oder distanziert ist, kann schon eine eingeschränkte therapeutische Compliance zur Folge haben, weil sich die Insass*innen so nicht gehört und verstanden fühlen können, da auf ihre individuellen Gegebenheiten nicht eingegangen wird (vgl. UK_F4 *Berücksichtigung individueller Bedürfnisse*).

5.2.4 UK_H4: Perspektivlosigkeit

Ein großer Kritikpunkt des Maßnahmenvollzuges, welcher auch bereits in dem dazugehörigen Kapitel genannt wurde, ist die Perspektivlosigkeit der Insass*innen (Arbeitsgruppe Maßnahmenvollzug, 2015). Diese sei unter anderem darauf zurückzuführen, dass die Dauer der Maßnahme fortwährend unklar bleibe. Das spiegelt sich auch in der Resonanz durch die Probanden wider, so schreibt bspw. einer: „Ohne Zeitbegrenzung im Gefängnis zu sein und nicht zu wissen, wann man wieder zu seiner

Familie kann, ist eines der schlimmsten Dinge. Genauso wie, dass die Familie nicht weiß, wenn man sich endlich mal wieder sieht. Weil die Familie ist das, was die meisten wieder stabilisiert.“ (VP13_11-16). Dieses Zitat fasst die Situation adäquat zusammen, da diese Perspektivlosigkeit nicht nur sichtliche Auswirkungen auf die Insass*innen selbst, sondern auch auf deren soziales Umfeld hat, welches als stabilisierender oder protektiver Faktor (in Bezug auf Rückfallprognostik) dienen kann. Aus dieser Perspektivlosigkeit können auch andere Gefühle resultieren, wie bspw. Angst (VP09_52) oder Verzweiflung. Letzteres beschreibt VP12. Er wisse nicht, wie es weiter gehe, was bei ihm Verzweiflung auslösen würde. Des Weiteren fühle er sich vollkommen kraftlos (VP12_6f).

Diese Perspektivlosigkeit, aus der auch kraftloses Empfinden entstehen kann, bezieht sich auch auf Beschwerden über bspw. menschenrechtlich bedenkliches Verhalten. „Ich könnte so viele [negative] Beispiele anführen, aber ich habe die Geduld nicht mehr. Ich hatte früher öfters die Volksanwaltschaft eingeschaltet, aber das bringt nichts“ (VP11_7-10). Wenn Beschwerden, ob sie nun berechtigt seien oder nicht, nicht ernstgenommen, bearbeitet oder weiterverfolgt werden, löst dies Gefühle der Resignation und Hilflosigkeit aus und eliminiert Perspektiven zur Verbesserung der Lage.

5.2.5 UK_H5: Art des Einsatzes von Medikation

Bei dieser UK handelt es sich primär um die Kritik an der Zwangsmedikation, bzw. wie diese von den Insassen wahrgenommen wird. Sie fühlen sich erpresst und um ihre Freiheit beraubt, die ihnen durch die Einnahme der Medikamente in Aussicht gestellt wurde. „[M]ir wurde damals gesagt, wenn ich mir nicht einmal im Monat eine Spritze geben lasse, komme ich nicht raus. Das ist 6 Jahre her. Obwohl ich immer sehr stabil war, wurde dieses Medikament nie abgesetzt oder reduziert. Ich wurde damals erpresst – Spritze gegen Freiheit.“ (VP06_3-8). „Ich wurde gezwungen, zu unterschreiben, dass sie mir starke Antipsychotika verabreichen dürfen/ können. Sie sagten ich komm sonst nicht raus“ (VP13_16ff). Aus dem ersten Beispiel geht auch ein weiterer Kritikpunkt hervor: Die Länge der medikamentösen Behandlung, über die im Vorfeld keine klare Aufklärung erfolgte. Ein anderer Proband findet Langzeitmedikation ohnehin „sinnlos“, da sollte lieber „etwas anderes unternommen werden“ (VP13_49f).

Des Weiteren geht es um die Überverwendung der Medikation. Diese werde aufgrund ihrer schnelleren Wirkung und ihrem geringen Aufwand einer Psychotherapie vorgezogen, worunter die Insass*innen dann aber leiden müssten. Dies spiele auch mit in die Wahrnehmung, dass nicht auf die individuellen Bedürfnisse der Insass*innen (vgl. UK_F4 *Berücksichtigung individueller Bedürfnisse*) Rücksicht genommen werde, sondern dass man jeden lediglich wegsperre und medikamentös behandle (VP06_33f). Einer schreibt als Antwort auf die Frage nach der Therapie: „Welche Therapie? Medikamentenüberdosis = Therapie“ (VP11_17f). Die Überverwendung bezieht sich in diesem Kontext nicht nur auf die Fälle und Häufigkeit der Insass*innen, bei denen die Medikation angewandt wird, sondern auch auf die Dosis. Diese sei häufig zu hoch. Das sieht auch ein anderer Proband so

(VP13_44f). Er schreibt, dass wenn man mehr als drei Depotspritzen, welche je sechs Wochen wirken würden, bräuchte, sollte ein anderer Ansatz versucht werden, alles andere sei sinnlos und „Menschenquälerei“ (VP13_48ff). Einen anderen therapeutischen Ansatz zu wählen, wird auch von anderen präferiert, einer beschreibt, dass er sich „von den Medikamenten niedergedrückt“ fühle (VP06_28f).

Auch hier können keine wirklichen praktischen Implikationen gezogen werden, da Medikation, insbesondere bei psychotischen Erkrankungen einen wichtigen Teil der Behandlung darstellt. Es sollte lediglich darauf geachtet werden, dass alle anderen therapeutischen Möglichkeiten ebenfalls in Betracht gezogen werden, sodass an verschiedenen Fronten gleichzeitig gearbeitet wird, dass die Dosis konstant überprüft wird und gegebenenfalls angepasst werden kann und dass die Insass*innen umfassend über die Medikation, ihren Nutzen und ihre Einnahmedauer aufgeklärt werden, da UK_F5 *Fördern von Interesse und Mitarbeit, u.a. durch Aufklärung* darauf hindeutet, dass eine umfassende Aufklärung, auch in Bezug auf die Einnahme von Psychopharmaka, zu einer höheren Therapie- und Behandlungsbereitschaft führen kann.

5.2.6 UK_H6: Gruppentherapeutische Aspekte

Diese UK umfasst Kritikpunkte an dem Konzept der Gruppentherapie. Die Kritik schließt die heterogene Natur dieser Form der Therapie mit ein (vgl. dazu auch UK_F9 *Homogene Gruppentherapie*), da durch den vielen Wechsel der Klientel und mangelndes Vertrauen von Einsteigern der Fortschritt in der Gruppe stagniert und dadurch das Absolvieren dieser in die Länge von acht Jahren gezogen werden kann (VP02_21-36). Jedoch gehen die Kritikpunkte an gruppentherapeutischen Interventionen weit über diesen Aspekt hinaus.

So ist ein großer Aspekt auch der Mangel an Vertrauen zu den anderen Gruppenteilnehmern. Dies kann teilweise auf die von Rauchfleisch (1990) beschriebenen gruppodynamischen Prozesse zurückzuführen sein, welche das Ansehen von Therapieteilnahme als persönliche Schwäche beinhalten. Dies könnte auch auf die in der Gruppe ausgetauschten Gedanken, Gefühle und Meinungen zutreffen. Ein Proband schreibt, dass er die Einzeltherapie gegenüber den vielen Gruppentherapien präferiere, da er sich nur seinem/r Therapeut*in gegenüber öffnen könne und dazu in der Gruppe nicht in der Lage sei (VP01_1-4). Dies beschreibt auch ein anderer Proband. Ihm sei es am Anfang ohnehin schwergefallen, Vertrauen zu fassen, was durch das Missachten der Vertraulichkeit bzw. Verschwiegenheit gegenüber Außenstehenden nur noch verschlimmert worden sei (VP04_37). „In einer Gruppentherapie wird zuallererst die Vereinbarung getroffen, dass alles, was in dem Raum, in der Therapie, gesprochen wird, auch in diesem Raum bleibt. Wie ich später festgestellt habe, beginnt jede Gruppentherapie mit dieser „Lüge“.“ (VP04_39-42). Weiters beschreibt er, dass jeder Insasse anders damit umgehe, sobald er herausfinde, dass Teile des Gesprächs innerhalb der Gruppentherapie auch anderen, außenstehenden Insassen bekannt sind. Dies führe dazu, dass viele

Häftlinge nicht mehr an der Gruppentherapie teilnehmen möchten und diese Verärgerung oder Verletzung durch verbale oder körperliche Impulsdurchbrüche oder Drogenkonsum zu kompensieren versuchen. All dies stelle eine große Belastung für die Gruppentherapie dar (VP04_42-46).

Praktische Implikationen, die sich hieraus ergeben, sind, wie in UK_F9 *Homogene Gruppentherapie* ebenfalls bereits angedeutet, eine Konstanz in Bezug auf die Gruppenteilnehmenden. Dadurch können die Gruppen schneller durchlaufen werden und es trägt auch zu einer besseren Vertrauensbasis bei, wenn man sich zur Gruppentherapie immer mit denselben Teilnehmenden einfindet, anstatt immer wieder neue Gesichter zu sehen. Dies mag zu kleineren Gruppen führen, was allerdings auch dem Vertrauen zuträglich sein könnte, da es sich einfacher gestaltet, sich einer Handvoll Menschen gegenüber zu öffnen als einer größeren Gruppe. Die kleineren Gruppen können, wie auch bereits in UK_F9 *Homogene Gruppentherapie* angedeutet, auch zu einem schnelleren Therapiestart führen, sodass Personen, die gewillt sind, sich mit Therapie auseinanderzusetzen, nicht erst warten müssen, bis sich eine größere Anzahl an Insassen gefunden hat, um eine Gruppentherapie abhalten zu können (VP02_8ff).

Ein weiterer Aspekt, der zu mehr Vertrauen innerhalb der Gruppentherapie führen und dafür sorgen könnte, dass mehr Insassen auch bereitwillig daran teilnehmen und von diesem Austausch profitieren können, wäre ein stärkeres Achten auf die tatsächliche Verschwiegenheit der Gruppenteilnehmer*innen, verbunden mit ggf. Sanktionen, sollte diese gebrochen werden, wie bspw. Ausschluss aus der Gruppe. Dieser kann natürlich zeitlich begrenzt sein. Einen sichereren Rahmen zu schaffen, ist wichtig, um auch die Vorteile von Gruppentherapie, wie gemeinsam vermitteltes Wissen, besseres Selbstverständnis und Gefühle von Verbundenheit durch Diskussionen über ähnliche Erfahrungen, für sich nutzen zu können.

5.2.7 UK_H7: Mangelnde Unterstützung

Die Probanden beschrieben, dass sie sich nicht ausreichend unterstützt fühlen. Dies kann damit zusammenhängen, dass sie die Wahrnehmung haben, dass ihnen nicht ausreichend zugehört wird oder dass sich niemand für ihre Pläne und Vorhaben interessiere. Ein Proband beschrieb, dass er den Plan gehabt habe, sein Leben nach seiner geplanten unbedingten Entlassung komplett umzukrempeln und einen Neustart zu wagen, doch die Menschen des Vollzugssystems hätten sich damit nicht einmal auseinandergesetzt und stattdessen habe er weiterhin in der JA bleiben müssen (VP13_31ff). Er wünsche sich daher, dass man den Insassen besser zuhören und sie bei ihren Zukunftsplänen unterstützen solle (VP13_5f). Außerdem beschreibt er, dass sich diese mangelnde Unterstützung nicht nur auf die Behandlung im Maßnahmenvollzug als geschlossene Einrichtung bezieht, sondern dass er die Unterstützung auch im Rahmen der forensischen Nachsorge, bzw. ambulanten Betreuungsangebote, vermisst habe: „Der soziale Dienst hat sich nicht um mich gekümmert, als ich ihn am meisten brauchte“ (VP13_23f).

Auch in Verbindung mit *unzureichenden therapeutischen Kontakten* (UK_H2) wird dieser Aspekt geäußert: Ein Proband fühlt sich zwischen den Einzelgesprächen mit seinem*r Therapeut*in nicht genügend im Alltag therapeutisch aufgefangen und betreut. Er beschreibt, dass es keine Möglichkeit gäbe, Hilfe zu bekommen, wenn man sich bspw. gerade in einer persönlichen Krise (möglicherweise ausgelöst durch in der Einzeltherapie besprochene Inhalte und daraus gewonnenen Erkenntnissen) befinde, sondern dass man dann bis zur nächsten Einzelsitzung warten müsse (VP02_18ff).

Zu dieser Klassifikation der mangelnden Unterstützung zählt auch der Eindruck, nicht ernst genommen zu werden. Dies beschreibt bspw. VP09, wenn es um Bedürfnisse und auch die Behandlung geht, insbesondere die psychopharmakologische (3ff). Dieser Aspekt wurde statt in UK_F13 *Fairness, Objektivität und Professionalität* oder UK_F4 *Berücksichtigung individueller Bedürfnisse* hier mit inkludiert, da das Nichternstnehmen neben einem *negativen Verhältnis zum Personal* (vgl. UK_H3) zu der Wahrnehmung von mangelnder Unterstützung und dem Alleingelassen werden führen kann, wodurch Insassen sich noch mehr von dem Behandler*innenteam distanzieren, dieses als antagonistisch wahrnehmen und dadurch die Behandlung möglicherweise boykottieren, da sich ihnen die Vorteile derer nicht erschließen können. Das Schaffen einer Vertrauensbasis wird dadurch erheblich erschwert, die Behandlung in die Länge gezogen und die allgemeine Unzufriedenheit auf beiden Seiten verstärkt.

Diesen Empfindungen könnte durch besseres Eingehen auf die individuellen Bedürfnisse (vgl. UK_F4 *Berücksichtigung individueller Bedürfnisse*) entgegengewirkt werden. Dabei muss nicht einmal alles, was von den Häftlingen gewünscht, bzw. verlangt wird, umgesetzt werden. Wenn sie zumindest den Eindruck haben, dass ihnen aufrichtig zugehört wird und ihre Anliegen ernst genommen werden, könnte das die therapeutische Compliance zumindest bedingt fördern. Außerdem sollte sich bei den Gefangenen ein Bewusstsein für die Bandbreite an unterstützenden Institutionen entwickeln, sodass sie sich nie im Stich gelassen fühlen müssen (wie VP13_23f oder VP02_18ff), wo dann auch wieder die Implikationen und Vorschläge zur UK_F5 *Fördern von Interesse und Mitarbeit, u.a. durch Aufklärung* greifen.

5.2.8 UK_H8: Zwang zu Therapie ohne Nutzen

In dieser UK wird sich nicht auf den Zwang zur Therapie im Allgemeinen bezogen, obwohl diese Wahrnehmung auch genannt wurde (VP04_70-73; VP07_48; VP11_2f), sondern darauf, dass man gezwungen wird, an Therapien teilzunehmen, von denen sich der persönliche Mehrwert nicht erschließt. Insbesondere wird hier die Ergotherapie genannt. Diese habe „eher was mit Zeitvertreib [...], aber nichts mit einer Therapie zu tun [welche] mich im Leben weiterbringt“, schreibt ein Proband (VP11_5ff). Ein anderer bringt vor: „Ergotherapie ist [...] nicht für Menschen, die sich stabilisieren wollen.“ (VP13_37ff). Wenn manche Therapien für den persönlichen Fortschritt als sinnlos angesehen

werden, die Teilnahme zu diesen aber dennoch erzwungen wird, kann diese Wahrnehmung auch auf andere Therapieformen übergehen und so kann ein pauschalisiertes Bild von Therapie als Zwang entstehen. Das wird durch folgendes Beispiel klar: „Die meisten Therapien empfand ich lange Zeit als Zwang. Weil ich auch oft welche absolvieren musste, die ich meiner Meinung nach nicht benötige. Ich brauche keine Ergotherapie, um mich zu beschäftigen.“ (VP07_48-51). Zudem suggeriert dieses Zitat, dass, wenn das Angebot zur selbstständigen Beschäftigung genügend ausgeprägt ist (vgl. UK_F3 *Gutes Therapie- und Beschäftigungsangebot*), die Teilnahme an den Therapien auch durchaus auf freiwilliger Basis erfolgen kann und wird, da die Insass*innen sich dennoch eine Form der Beschäftigung wünschen, welche sie jedoch frei entscheiden wollen (Stichwort UK_F6 *Selbstbestimmung*).

5.2.9 UK_H9: Keine hinreichende Aufklärung

Diese UK steht zum einen im Kontrast zu der UK_F5 *Fördern von Interesse und Mitarbeit, u.a. durch Aufklärung*, zum anderen beziehen sich die von den Probanden genannten Beispiele aber eher auf einen Mangel an Aufklärung in der Einzeltherapie. Dass Aufklärung an sich, d.h. über Therapie und das System des Maßnahmenvollzuges im Allgemeinen compliance-fördernd wirken können, wurde daher im zur UK_F5 *Fördern von Interesse und Mitarbeit, u.a. durch Aufklärung* zugehörigen Subkapitel (5.1.5) bereits zu Genüge erläutert. Bei den ungeklärten Aspekten im Rahmen der Einzelgespräche geht es zum einen um die Aufklärung um den Stand oder Fortschritt in der Therapie („Für mich ist auch mein individueller Fortschritt nicht objektiv nachvollziehbar oder wird mir im Gespräch erläutert“ (VP01_5ff)). Dies weist auch eine Schnittstelle zur Definition von Compliance durch Stangl (o. D.a) im Abschnitt 2.2.1 auf, da in dieser postuliert wird, dass Therapiebereitschaft dadurch gefördert werden könne, dass der bereits erreichte Therapieerfolg den Klient*innen, in diesem Fall den Insass*innen, verdeutlicht wird. Oder aber es geht darum, dass die Sitzungen trotz noch bestehender offener Fragen, welche Klärungsbedarf für den Insassen aufweisen, beendet werden („Auch fällt es manchmal sehr schwer sich gerade am Tag der Sitzung zu öffnen und man so oft auch mit vielen offenen Fragen wieder in die Zelle gehen muss“ (VP02_14-17)). Letzteres ist auch der Grund dafür, weshalb sich die Probanden *ausführliche therapeutische Kontakte* (UK_F10) und eine *Berücksichtigung individueller Bedürfnisse* (UK_F4) wünschen. Wenn sich Probleme zeigen, sich anzuvertrauen, sei es nun abhängig von der Tagesform oder vom besprochenen Thema, die Therapie dann aber stetig in Gang kommt, würden die Insassen deshalb gerne längere Sitzungen haben, damit sie die Einzeltherapiezeit dennoch vollkommen produktiv für sich selbst und ihren Fortschritt nutzen können.

5.2.10 UK_H10: Vorurteile des Personals

Diese UK tritt häufig gemeinsam mit der UK_H3 *Negatives Verhältnis zum Personal* auf, geht aber über diese hinaus. Zudem bildet sie den Gegenpol zur UK_F13 *Fairness, Objektivität und Professionalität*. Auch in der Literatur ist diese UK zu finden. Sowohl Gallagher und Kolleg*innen (2017), als auch Weber (2022) beschrieben, dass Stigmatisierung und wertende Haltungen die therapeutische Compliance erheblich behindern. Das Problem, was hier von den Probanden geschildert wurde, ist, dass persönliche Befindlichkeiten des Personals in den Umgang mit den Häftlingen einfließen. So schreibt ein Insasse: „Das [...] Problem ist, dass, überall wo es Menschen gibt es auch „menschelt“, also dass das Personal [neben] persönliche[n] Befindlichkeiten und Empfindungen auch Vorurteile mit einbring[t]. [...] [I]n den meisten Fällen ist es [...] schlecht für einen. Sobald es eine Meinung von dir gibt, ist sie auch schon festgefahren und dann sitzt man.“ (VP07_1-6). Ferner beschreibt er, dass jedes Mitglied des Personals ein Stimmrecht bei Entscheidungen über Lockerungen oder ähnliches hätte und dass alle Meinungen in diese Entscheidungen miteinbezogen werden. Wenn man dann von einer*m Angestellten nicht gemocht werde, habe man Pech gehabt und komme nicht weiter (VP07_28f). Somit wirken Vorurteile und persönliche Meinungen auf die Entwicklung des Haftaufenthaltes ein, vor allem in Bezug auf dessen Länge oder etwaige gebilligte Privilegien. Diese Vorurteile beeinflussen auch die Überzeugungen über die eigene Person in negativer Weise, so erwähnt ein Proband bspw, dass es niemanden interessieren würde, dass auch die Psycholog*innen sich eine Meinung bilden und diese dann so stark vertreten würden, bis man selbst als Insasse einlenke und dazu gezwungen werde, das zu glauben, was das Personal über einen sage (VP13_1-4).

Dass das freiwillige therapeutische Arbeiten in diesem ohnehin schon schwierigen Umfeld verhindert wird, wenn die Begegnungen von subjektiven, negativ konnotierten Empfindungen und Meinungen geprägt sind, ist verständlich. Die daraus hervorgehenden Anregungen zur Verbesserung der Therapiebereitschaft gleichen denen der in UK_F13 *Fairness, Objektivität und Professionalität* beschriebenen. Es wird sich gewünscht, dass der alltägliche Kontakt, sowie die therapeutischen Interventionen von dem Einfluss aller persönlichen Ansichten und etwaiger Vorbehalte, bspw. aufgrund des begangenen Delikts oder Persönlichkeitsfaktoren des*r Insass*in, verschont blieben.

5.2.11 UK_H11: Keine Reduktion des Leidensdrucks

Von Carl et al. (2016) wird zwar beschrieben, dass ein höherer Leidensdruck auch die Aussicht auf Therapieerfolg durch eine gesteigerte Therapiebereitschaft erhöht, allerdings ist es durchaus möglich, dass dies ins Gegenteil umschlägt, sobald sich keine Linderung einstellt. Dies kann auch mit einem Gefühl *mangelnder Unterstützung* (UK_H7) einhergehen, da die geschilderten Leiden nicht ernstgenommen werden und die Insass*innen sich dadurch allein gelassen fühlen könnten. Diese UK bezieht sich auf eine unzureichende Behandlung leiderzeugender Symptome. Dabei kann es sich

natürlich auch um in der Psychotherapie besprochene Inhalte, wie Persönlichkeitsfaktoren, maladaptive Copingstrategien, zwischenmenschliche Konflikte oder nicht aufgearbeitete (Kindheits-) Traumata, handeln. Die von den Probanden genannten Beispiele beziehen sich allerdings mehr auf die medikamentöse Behandlung. So beschreibt einer, dass seine Schmerztherapie nicht richtig anschlage und er sich wünschen würde, ein Schmerzmittel zu erhalten, welches tatsächlich Wirkung zeige und ihm helfe (VP14_1, 3), während ein anderer über akustische Halluzinationen klagt, unter welchen er bereits seit drei Jahren leide, die Ärzt*innen diese jedoch nicht „heilen“ könnten, weshalb es ihm sehr schlecht gehe (VP10_1-4, 7).

Wenn die (psycho-) pharmakologische Behandlung nicht den gewünschten Effekt produziert, kann sich für die Insassen die Frage stellen, warum sie überhaupt compliant sein sollten, sowohl auf die Einnahme der Medikation als auch auf die psychotherapeutische Behandlung bezogen. Daher ist das Achten auf die individuellen Gegebenheiten und Bedürfnisse (vgl. UK_F4 *Berücksichtigung individueller Bedürfnisse*), eben auch die der pharmakologischen Art, von Relevanz. Ebenso ist, wie bereits in Subkapitel 5.2.5 aufgeführt, die fortwährende Überprüfung und eventuelle Anpassung der Dosis erforderlich, denn dies gilt nicht nur für die Überdosierung, wie in UK_H5 *Art des Einsatzes von Medikation* beschrieben, sondern auch für die „Unterdosierung“, wie es bei diesen Beispielen den Anschein hat. Da aber ein exzessiver Gebrauch von bspw. Schmerzmedikation zu Abhängigkeitserscheinungen führen kann, wäre es bei diesem konkreten Beispiel eventuell optimaler, den Insassen hinsichtlich anderer therapeutischer Ansätze, wie Physiotherapie oder Entspannungsverfahren, aufzuklären und dahingehend zu unterstützen (vgl. UK_F5 *Fördern von Interesse und Mitarbeit, u.a. durch Aufklärung*).

5.2.12 UK_H12: Menschenrechtsverletzungen

Diese UK kann zwar auch als reine Systemkritik, ein Ausschlusskriterium für die Seriosität der Angaben, interpretiert werden, jedoch ist aus Kapitel 2.1.3 hervorgegangen, dass diese Kritik nicht nur von den Insassen selbst geäußert wird (VP13_28; VP11_10f), sondern es ebenfalls Bedenken von nicht unmittelbar betroffenen Personen innerhalb der Gesellschaft gibt (Klenk, 2014). Kritisiert wird dabei die unrechtmäßige lebenslange Verwahrung geistig abnormer Rechtsbrecher*innen als rein präventive Maßnahme, um den Schutz der Gesellschaft zu wahren, wodurch die Selbstbestimmung des inhaftierten Individuums außen vor gelassen wird (Kammeier & Pollähne, 2018). Dies deckt sich auch mit dem von einem Probanden angeführten Beispiel. Er schreibt, dass sich die Menschenrechtsverletzungen im Maßnahmenvollzug durch bspw. lange Anhaltungen in der Maßnahme oder psychopharmakologische Zwangsbehandlungen mit Depotspritzen äußern würden. Daher wünsche er sich, dass die Gesetzgebenden eine Änderung, welche sich positiv für die Unterbrachten auswirken würde, auf den Weg brächten (VP11_11-14). „Es kann nicht sein, dass das Sicherheitsbedürfnis der Gesellschaft vor Menschenrechte geh[t]“ (VP11_15f).

Praktische Implikationen, die hieraus gebildet werden können, beziehen sich viel mehr auf den größeren Rahmen der Politik und Gesellschaft als auf das Umfeld einer JA an sich. Daher sollte grundlegend die Verwahrung in der Maßnahme nie aus den falschen Gründen angeordnet und auch nie länger als nötig vollzogen werden. Des Weiteren sollte fortlaufend eine Überprüfung der ethischen und menschenrechtlichen Richtlinien erfolgen, um diese Maßnahme der Inhaftierung dennoch so selbstbestimmt und menschenrechtskonform wie möglich gestalten zu können.

5.3 Beantwortung der Forschungsfrage F3

Die dritte Forschungsfrage, welche sich damit befasst, ob eine Befragung der Häftlinge des Maßnahmenvollzuges überhaupt sinnvolle und angebrachte Forschungsergebnisse in Bezug auf ihre Therapiebereitschaft generieren kann, wird nicht mithilfe eines Kategoriensystems bearbeitet wie die beiden vorangegangenen. Es geht vielmehr um eine fundierte Reflexion hinsichtlich der Resonanz und der Qualität der Antworten. Diese Forschungsfrage zeigt einen besonderen Wert für weitere potenzielle Forschungsvorhaben, da diese Perspektive in der Studienlage noch unterrepräsentiert ist und es daher mit dieser Gruppe weiteren Forschungsbedarf gibt. Wenn sich diese Gruppe aber als ungeeignet für verwertbare Forschung darstellt, ist es auch nicht ertragreich, weiter in diese Richtung zu forschen, zumal sich das gesellschaftliche Interesse bezüglich Insass*innen als Forschungsgegenstand in Grenzen hält. Daher sollte diese Studie als eine Art Pilottestung der Bereitschaft zur Befragung von Insass*innen im österreichischen Maßnahmenvollzug dienen. Im Folgenden werden sowohl Argumente zugunsten einer weiteren Inkludierung der Häftlingsperspektive in die Forschung des forensisch- psychologischen Bereichs beleuchtet als auch solche, die sich gegen ein solches Forschungsvorhaben aussprechen.

Ein Indiz, woran man im Vorfeld potenziell die Reliabilität der Ergebnisse hätte ausmachen können, ist die Länge der Antworten im Zusammenhang mit der hauptsächlich vorkommenden Konnotation des Inhaltes (negativ oder positiv). Diese Vermutung wurde damit begründet, dass entweder die Bereitschaft zur detaillierten Bearbeitung und Äußerung nicht gegeben sein könnte, was zum einen auch für eine mangelnde Bereitschaft an anderen therapeutischen Interventionen sprechen könnte und zum anderen keinen weiteren Bedarf für Insass*innen als Forschungsobjekte demonstriert. Lange Texte, welche viel Kritik beinhalten, könnten zwar für eine Bereitschaft zur Partizipation an maßnahmenvollzugsbezogener Forschung zeigen, sind jedoch hinsichtlich ihrer Nutzbarkeit infrage zu stellen, da sie nicht für Reflexionsfähigkeit sprechen, sondern eher pure Kritik am System und den Boykott der therapeutischen Behandlung zur Schau stellen. Dies war nicht der Fall. Die Länge der Texte unterschied sich nicht hinsichtlich reiner Kritik oder reflektierter Vorschläge und positiver Anmerkungen– es gab für beide Vertreter sowohl kürzere als auch längere Texte.

5.3.1 Argumente, die gegen die weitere Befragung von Häftlingen des Maßnahmenvollzuges sprechen

Initial kann dies an der Partizipation festgemacht werden: Wie bereits im Kapitel 4.1 zur Stichprobenrekrutierung und -beschreibung dargelegt, entschlossen sich vier der angedachten 20 Versuchspersonen, das Material zu vernichten oder zu entwerten, wobei letzteres zerreißen, beschmieren oder andere Arten des Unbrauchbarmachens einschließt (Held, 2023a, 2023b). Ein Proband gab das Material zwar wieder ab, füllte allerdings nichts aus, weder die Arbeitsanweisungen noch die soziodemografischen Angaben. Dieses Verhalten spricht für eine mangelnde Bereitschaft, sich mit sich selbst als Forschungsobjekt auseinanderzusetzen und dadurch an neuen Erkenntnissen mitzuwirken, die auch eine positive Auswirkung auf das eigene Dasein haben könnten. Daher könnte es auch in Zukunft problematisch werden, Proband*innen zu finden, die sich tatsächlich an solchen Studien beteiligen wollen.

Außerdem wurde zwar erläutert, dass keine Probanden aufgrund ihrer unkonstruktiven Resonanzen ausgeschlossen werden mussten. Dennoch konnte ein Unterschied hinsichtlich der Reflektiertheit der Aussagen anhand der Gewichtung an genannten F- oder H-UK festgestellt werden. Manche Probanden nannten überwiegend, wenn nicht sogar fast ausschließlich, Aspekte, die einer oder mehreren UK_H zugeordnet werden konnten, was darauf hindeutet, dass diese Insassen noch nicht hinreichend begriffen haben, dass Therapie keine Schikane, sondern ein Hilfsmittel sein soll und dass es aktive Teilnahme und Änderungsbereitschaft benötigt, um durch Fortschritte in der Behandlung Lockerungen und andere Privilegien zu erlangen und letztendlich aus der Maßnahme entlassen zu werden. Einer dieser Probanden war bspw. VP13. Er schrieb zum Abschluss „Vielen Dank. Hoffentlich ändert sich was.“ (VP13_65f). Während dies auch positiv gedeutet werden kann, worauf in Kapitel 5.3.2 noch einmal erneut eingegangen wird, kann es auch den Eindruck vermitteln, dass man mit der Gesamtsituation unzufrieden ist und diese Aufgabenstellung lediglich dazu genutzt hat, seinen Unmut kundzutun und sich über Rahmenbedingungen der Zwangsbehandlung zu beschweren, ohne dabei konkrete Vorschläge oder Ansätze zur Verbesserung der eigenen Situation zu äußern.

Ein weiteres direktes Zitat, welches auf Noncompliance und generelle Unzufriedenheit hindeutet, jedoch auch keinen Bedarf, diesen Zustand zu verändern, erscheinen lässt, ist von einem der Probanden, als er zur Bearbeitung der zweiten Arbeitsanweisung kam, in welcher alle Eindrücke unter anderem über die Behandlung aufgeführt werden sollten. Seine Antwort darauf war: „Welche Therapie? Medikamentenüberdosis = Therapie“ (VP11_17f). Da er sonst nichts über sein Umfeld, seine Mitinsassen, das Behandlungsteam und die therapeutischen Angebote zum Ausdruck brachte, könnte auf ein gewisses Maß an Verbitterung geschlossen werden, welches sich gegen jede Art der Therapie verschließt oder diese schikaniert, sondern lieber allumfassende Kritik am System des

Maßnahmenvollzuges und der in diesem Rahmen angedachten therapeutischen Behandlung unter Zwang ausdrückt. Bei Insass*innen mit dieser Einstellung bedarf es eventuell eines detaillierteren Austausches über das Thema, wenn dieser denn gewünscht ist und ermöglicht werden kann, und selbst dann besteht die Möglichkeit, keine Vorschläge bezüglich einer Förderung der therapeutischen Compliance zu erhalten, da die Häftlinge bei ihrer Einstellung, alles an ihrer Lebenssituation sei unveränderlich schlecht, ungerecht und unzumutbar, stark rigide Denkmuster aufweisen könnten.

5.3.2 Argumente, die für die weitere Befragung von Häftlingen des Maßnahmenvollzuges sprechen

Zu Beginn lässt sich sagen, dass sich die Resonanz, sowohl in Länge der verfassten Texte als auch in Bezug auf den Inhalt, deutlich ausführlicher gestaltete als angenommen, bzw. befürchtet. Also scheint zumindest zu einem gewissen Anteil hinreichend Bereitschaft zum Teilnehmen an solchen Studien, welche sich mit der therapeutischen Compliance dieser Proband*innengruppe befassen, vorhanden zu sein, was dann wiederum auch für die Bereitschaft zum Mitwirken an anderen forensisch-psychologisch geprägten Studien gelten könnte. Das Material wies reflektiert und verständlich ausgeführte Sichtweisen auf, mit dem die Erstellung der Kategoriensysteme für die Beantwortung der Forschungsfragen F1 und F2 möglich war. Auch hier fiel die Anzahl der gebildeten UK sowohl für die Förderung als auch die Hemmung der therapeutischen Compliance deutlich höher aus als zunächst pessimistisch prognostiziert. Dies spricht für ein inhaltlich vielfältiges und daher sachdienlich auswertbares Material.

Des Weiteren weist die Überschneidung zwischen in der Theorie bereits vorgestellten Faktoren, welche die Compliance in die eine oder andere Richtung beeinflussen können, darauf hin, dass die von den Insassen thematisierten Punkte durchaus fundiert sind und daher als seriös und für die Praxis relevant angesehen werden können. Bei dieser Überschneidung wurde sich auf die Studien von Bressington et al. (2011), Gallagher et al. (2017), Gudjonsson et al. (2008), MacInnes et al. (2014), Stiels-Glenn (2017) und Weber (2022) bezogen. Die deckungsgleichen Inhalte wurden unmittelbar in Bezug auf die jeweiligen UK-Aspekte beschrieben. Die meisten dieser Studien postulieren die Relevanz der therapeutischen Beziehung, da dies der am besten erforschte therapeutische Wirkfaktor ist, auch auf allgemeinere psychotherapeutische Settings bezogen. Es konnten aber auch andere Nennungen aus der Theorie in den UK gefunden werden, wie bspw. für UK_H10 *Vorurteile des Personals* (Gallagher et al, 2017; Weber, 2022). Des Weiteren konnten auch viele der in Kapitel 2.1.3 genannten Kritikpunkte hier mit praktischen Beispielen hinterlegt werden, was ebenfalls für die Reliabilität der Insass*innen als Befragungsgruppe spricht und auch ihre Kritikpunkte am System des Maßnahmenvollzuges in deren Berechtigung bestärkt. Beispiele für diese Kritikpunkte sind die Perspektivlosigkeit aufgrund der ungewissen und teilweise auch unverhältnismäßigen Länge des Haftaufenthaltes (Arbeitsgruppe Maßnahmenvollzug, 2015; Maier et al., 2000; VP13_6ff, 11-16, 36f;

VP03_1f, 4, 22; VP09_37ff), die Vernachlässigung der Insass*innen (Kammeier & Pollähne, 2018; UK_H7 *Mangelnde Unterstützung*), sowie dass der Schutz der Gesellschaft über die Freiheit und Selbstbestimmung des Einzelnen gestellt werde (Kammeier & Pollähne, 2018; VP11_15f).

Die Aussage von VP13 „Vielen Dank. Hoffentlich ändert sich was“ (65f) konnte zwar auch negativ interpretiert werden, weshalb sie bereits im vorangegangenen Subkapitel erwähnt wurde, sie kann aber auch als Indikator dafür fungieren, dass Insass*innen des Maßnahmenvollzuges durchaus dazu bereit sind, Änderungsvorschläge zu machen und sich aktiv daran zu beteiligen, die Situation der Behandlung unter Zwang für alle Betroffenen zu verbessern.

5.3.3 Fazit zu Forschungsfrage 3 und weiterer forensisch-psychologischer Forschung

Die Stichprobe dieser Arbeit ist selbstverständlich zu klein, um eine generalisierte Aussage treffen zu können. Darauf wird allerdings in den Limitationen (vgl. Kapitel 6.2) noch einmal detaillierter eingegangen. Dennoch sind sowohl die Pro- als auch die Contra-Argumente relevant und daher unbedingt im Rahmen zukünftiger Forschung zu berücksichtigen. Die Argumente, welche sich gegen eine weitere Inklusion von Insass*innen in der Forschung aussprechen, überwiegen zwar minimal, dennoch ist die Relevanz der Beleuchtung dieser Perspektive unabdingbar. Es bedarf dann nur gezielterer Vorbereitungen, um so viele beschriebene Hindernisse wie möglich bereits in der Planungsphase berücksichtigen und ausmerzen zu können. Für eine bessere Chance für eine hohe Teilnehmer*innenanzahl könnte bspw. zwar eine Belohnung für die Partizipation an der Studie in Aussicht gestellt werden, allerdings würde man sich dann wieder in einem Bereich mit Risiko des Wahrhaftigkeitsdilemmas von Vogd und Feißt (2022) bewegen.

Um u.a. die Parameter der Aufgabenstellung klarer für den/die Gegenüber definieren zu können (d.h. dass bspw. reine Systemkritik nicht gerade einen Fortschritt bringen würde, sondern dass es eher darum gehe, konstruktive Vorschläge zur Erhöhung der eigenen therapeutischen Compliance zu erarbeiten), könnte bspw. auf die Methode eines Interviews mit halbstrukturiertem Interviewleitfaden zurückgegriffen werden. Wie bereits beschrieben, fiel die Resonanz ohnehin positiver aus als bisher angenommen, was dafürspricht, den Insass*innen des Maßnahmenvollzuges diese Gelegenheit, ihnen eine Stimme zu geben, auch weiterhin zu ermöglichen. Des Weiteren decken sich die Argumente, sowohl die zur Förderung der Therapiebereitschaft als auch die Kritikpunkte, welche zu einem Boykott der Therapie führen können, mit den Argumenten aus der bereits bestehenden Forschung, was dafürspricht, dass man die zusammengetragenen genannten Punkte der Probanden als zumindest bedingt wissenschaftlich fundiert ansehen kann. Diese Argumente beziehen bspw. die Relevanz der therapeutischen Beziehung (vgl. UK_F1 *Gute*r Therapeut*in*), ein fairer möglichst objektiver Umgang durch das Personal (vgl. UK_F2 *Gutes Personal*, UK_F13 *Fairness, Objektivität und Professionalität* und UK_H10 *Vorurteile des Personals*) oder auch die

Menschenrechtsverletzungen im Rahmen des Maßnahmenvollzuges (vgl. UK_H12 *Menschenrechtsverletzungen*) mit ein. Die dazugehörigen Referenzen wurden bereits in Abschnitt 5.3.2 genannt, als es um die Pro-Argumente für eine weitere Berücksichtigung der Insass*innenperspektive ging.

Gerade in Bezug auf die Therapiebereitschaft ist eine Inklusion aller Perspektiven relevant, vor allem die derjenigen Gruppe, welche die Probleme mit der therapeutischen Compliance aufweist. Denn wenn ebendiese Gruppe nicht berücksichtigt wird, ist auch die Verwendung der Ergebnisse hinsichtlich ihrer Effektivität fragwürdig, da die Betroffenen selbst am besten wissen müssten, welche Faktoren sie zum Boykott oder zur Kooperation in der Therapie bewegen. In dieser Arbeit konnte zumindest eine Deckungsgleichheit, bzw. Überschneidung zwischen bereits zusammengetragenen Forschungsergebnissen, welche andere Personengruppen befragten, festgestellt werden. Weitere Forschungsthemen, für die die Insass*innenperspektive relevant zu beleuchten wäre, und wie es teilweise auch bereits betrieben wird, sind, die in Kapitel 2.4 vorgestellten Behandlungsprogramme hinsichtlich ihrer Effektivität und Effizienz zu überprüfen und mithilfe der Insass*innen gegebenenfalls auch neue Programme zu entwickeln.

6. Diskussion, Limitationen und Ausblick

In diesem Kapitel soll sich nun mit der Diskussion der Ergebnisse, den Limitationen der Studie und dem Ausblick für zukünftige Forschungsprojekte befassen werden.

6.1 Diskussion der Ergebnisse aus den Forschungsfragen F1, F2 und F3

Ziel dieser Studie war es, Faktoren herauszuarbeiten, die zur therapeutischen Compliance beitragen oder diese behindern und welche von den Insass*innen selbst genannt werden. Darüber hinaus diente diese Studie zur Überprüfung der Reliabilität der Aussagen einer solch vulnerablen, heiklen Proband*innengruppe. Die fördernden und hemmenden Faktoren konnten mithilfe jeweils eines Kategoriensystems aus dem Material gefiltert werden, welches der, wenn auch kläglichen, Forschungslage zu dem Thema nicht grundlegend widerspricht. Hinsichtlich der Reliabilität der Aussagen konnten sowohl Pro- als auch Contra-Argumente erarbeitet werden, welche es abzuwägen gilt. Generell wird sich aber für eine weitere Inklusion der Insass*innen in die forensisch-psychologische Forschung ausgesprochen.

Die Interpretation der Ergebnisse hat an mehreren Stellen in dieser Arbeit bereits Platz gefunden, weshalb dieser Abschnitt hier entsprechend kürzer ausfällt, um unnötige Wiederholungen zu vermeiden. Es konnten Kategorien zu vielen verschiedenen Aspekten des Gefängnisalltags, wie zum

Behandlungsteam, den Räumlichkeiten, dem zwischenmenschlichen Umgang, den Mitinsass*innen und den strukturellen Rahmengerichtungen des Maßnahmenvollzugssystems, genannt werden, welche in unterschiedlichem Ausmaß reflektiert und konstruktiv fundiert vorgebracht wurden. Generell schienen die Probanden das Forschungsvorhaben überwiegend ernst zu nehmen und zeigten Bereitschaft, an der Beantwortung der Forschungsfrage mitzuwirken und dadurch die Aussicht auf eine Verbesserung der eigenen Lage zu erwirken, weshalb, trotz nicht außer Acht zu lassender Hindernisse, die fortwährende Berücksichtigung von Insass*innen des Maßnahmenvollzuges als Studienproband*innen äußerst empfohlen wird. Viele der in Kapitel 2.1.3 genannten Kritikpunkte am Maßnahmenvollzug konnten hier durch die Antworten der Insassen mit praktischen Beispielen unterlegt werden, was für eine Berechtigung dieser Studie spricht, da mehr Aufmerksamkeit auf die Tatsache gelenkt werden muss, dass die Situation, trotz der Gesetzesanpassung letztes, bzw. dieses Jahr, sich scheinbar noch nicht merklich verbessert hat (VP13_7ff).

Der Grund, weshalb die bereits in Haft verbrachten Jahre mit angegeben werden sollten, war, um festzustellen, ob diese einen Unterschied hinsichtlich der therapeutischen Compliance und der Meinung zu selbiger machen oder nicht. Ein solcher Unterschied konnte nicht festgestellt werden, die Antworten waren durchweg heterogen. Ursächlich dafür könnte zum einen die kleine Stichprobe sein, zum anderen, die Hypothese, dass es eine Verbindung zur Persönlichkeitsstruktur der einzelnen Insass*innen geben könnte, wie Stiels-Glenn (2017) bereits andeutete. Ein anderer Faktor, der ursächlich für einen Unterschied des Umfangs der Antworten sein könnte und nicht mit der Länge der Verwahrung in der Maßnahme zusammenhängt, könnte die Art der zugrundeliegenden psychiatrischen Erkrankung und auch das Ausmaß der Beeinträchtigung durch diese sein.

6.2 Limitationen

Dieses soeben genannte Ausmaß der Beeinträchtigungen führt direkt zu der größten Limitation dieser Studiendurchführung: Es wurde u.a. auch vom psychologischen Dienst der JA Wien-Favoriten angemerkt, dass, im Hinblick auf die Stichprobe, die für diese Studie gewählt wurde, die gewählten Formulierungen innerhalb des Materials mitunter zu kompliziert seien. Vor allem die Einverständniserklärung musste mit jedem Probanden aufwendig durchgesprochen und teilweise stark vereinfacht erneut erklärt werden, wobei sich die Formulierungen dieser an den Vorgaben durch den Ethikrat der Universität orientiert haben. Des Weiteren würden auch die Aufgabenstellungen ein hohes Maß an Fähigkeit zu abstraktem Denken und kognitiver Leistungsfähigkeit erfordern, weshalb auch da engmaschige Begleitung und Erklärungshilfe gefragt war. Dies bemängelten auch die im KABEG Klinikum Klagenfurt auf den geschützten psychiatrischen Frauen- und Männer-Stationen angestellten klinischen Psycholog*innen, bei denen aufgrund ihrer Verwahrung einer gewissen Anzahl forensischer Patient*innen ebenfalls bezüglich einer Teilnahme an dieser Abschlussarbeit angefragt wurde.

Insbesondere für Menschen mit psychotischen Erkrankungen seien diese Aufgabenstellungen zu schwierig formuliert, da die Abstraktionsfähigkeit und Auffassungsgabe zu stark eingeschränkt seien.

Diesem hätte man eventuell mit der Wahl einer anderen Methode, wie bspw. einem Interview, entgegenwirken können. Außerdem könnten dadurch auch mehr kooperatives Verhalten und daher qualitativ hochwertigere und brauchbare Ergebnisse erzielt werden, als wenn den Insass*innen die Bearbeitung der Arbeitsanweisungen vollkommen selbstständig überlassen wird, was offensichtlich nicht so einfach durchzusetzen war, wie angenommen, wenn jedem Probanden die Aufgabenstellung nochmals kleinschrittig erläutert werden musste. Sich gegen die Form eines Interviews zu entscheiden, war im Rahmen dieser Arbeit ein bewusster Entschluss, welcher dazu führte, dass tatsächlich auch Kritik geäußert wurde (bspw. über der Compliance unzutragliches Verhalten des Personals, wie in UK_H3 *negatives Verhältnis zum Personal* und UK_H10 *Vorurteile des Personals* spezieller beschrieben), die sich der sozialen Erwünschtheit und Angst vor den Konsequenzen durch den Kontakt mit dem Personal oder Forschungsteam entzogen. Somit wurde dem von Vogd und Feißt (2022) beschriebenen Wahrhaftigkeitsdilemma vorgebeugt, welches besagt, dass es sich bei den Beschreibungen nicht um wahre Emotionen und Gedanken handele, sondern bestimmte Aussagen nur strategisch getätigt würden, um dadurch mehr Freiheiten und Privilegien zu erreichen.

Mit einem Interview wäre auch eine bessere Durchführungsobjektivität gegeben. In dieser Arbeit wurde diese zu einem gewissen Maß eingebüßt. Die Kontaktpersonen bekamen zusammen mit dem Material zwar konkrete Arbeitsanweisungen vom Forschungsteam zugeschickt, wie jedoch die konkrete Vorstellung des Materials bei den Insassen und die Überwachung der Bearbeitung aussah, entzieht sich dem Wissen des Forschungsteams. So kann auch die Beeinflussung durch soziale Erwünschtheit der Angaben nicht vollends ausgeschlossen werden, allerdings lassen die inhaltlichen Aspekte der verfassten Texte darauf schließen, dass die Probanden tatsächlich unbeeinflusst ihre Eindrücke niederschreiben konnten. Bei dem Bearbeitungsbogen einer Versuchsperson (VP12) lag ein Post-it dabei, dass diese Person gerne an der Studie teilnehmen wolle, die Blätter aber aufgrund eines Tremors nicht selbst ausfüllen könne. Daher habe er seine Angaben diktieren und eine Mitarbeiterin der JA hat diese dann niedergeschrieben. In diesem Fall kann nun auch die Echtheit der Angaben hinsichtlich ihrer sozialen Erwünschtheit infrage gestellt werden. Des Weiteren bleibt offen, ob die Mitarbeiterin die Bedeutung der Worte des Probanden auch so verstanden und niedergeschrieben hat, wie sie von dem Probanden gemeint waren.

Letzteres birgt noch eine weitere Limitation: Es wurde zwar so nah wie möglich am Textmaterial gearbeitet, als die Inhalte hinsichtlich ihrer Kategorisierung ausgewertet wurden. Dennoch bestand zumindest ein gewisser Interpretationsspielraum, da die Probanden in den Arbeitsanweisungen nicht direkt nach ihrer therapeutischen Compliance und fördernden, bzw. hemmenden Faktoren gefragt wurden. Ursächlich dafür war, dass dies als zu komplex und zu direkt angesehen wurde, wodurch weniger qualitativ brauchbare Resonanz hätte generiert werden können.

Generell zeigten sich hier teilweise in den Resonanzen compliantere Abbilde als zunächst angenommen, was aber auch damit zusammenhängen kann, dass vollends nicht-compliance Insass*innen die Teilnahme an dieser Studie boykottiert oder ihr nicht zugestimmt hätten, bzw. haben. D.h., es besteht ein gewisser Bias innerhalb der Probandengruppe, dass zumindest eine basale Bereitschaft zur Partizipation an Maßnahmen, die die eigene Lebenslage verbessern könnten, vorliegt, was dann wiederum auch auf die Therapie unter Zwang zutreffen könnte. Generell konnte die Probandengruppe aber als heterogen in Bezug auf ihre Reflektiertheit und Therapiebereitschaft angesehen werden.

Als Limitation hinsichtlich ihrer Aussagekraft kann in dieser Studie ihre Stichprobengröße gesehen werden. Wie bereits im Fazit der Forschungsfrage F3 (Abschnitt 5.3.3) angemerkt, kann aufgrund der geringen Teilnehmeranzahl keine generalisierte Aussage getroffen werden. Wäre die Studie für diese Arbeit im Jahre 2024 durchgeführt worden, hätte die Probandenzahl deutlich höher gelegen. Geplant waren zunächst N=125, mit je 25 Probanden aus fünf verschiedenen Maßnahmenvollzugsanstalten aus ganz Österreich: JA Stein, JA Garsten (beide mit Insass*innen gemäß §21.2), JA Asten (welche sowohl Insass*innen verurteilt nach §21.1 als auch §21.2 beherbergt), JA Göllersdorf (mit Verurteilungen nach §21.1) und auch die JA Graz-Karlau (§21.2), welche bereits Gegenstand dieser Arbeit war, allerdings mit begrenzter Teilnehmerzahl. Mit dieser höheren Anzahl an Versuchspersonen wäre zumindest eine bedingte Generalisierbarkeit über Methoden zur Erhöhung der therapeutischen Compliance im österreichischen Maßnahmenvollzug möglich. Dabei könnte auch untersucht werden, welche Punkte pauschal über alle Anstalten hinweg genannt werden und welche nur spezifisch für eine Einrichtung gelten. Denn auch hier in dieser Arbeit sind die Forschungsergebnisse und ihre Implikationen nur aussagekräftig für die jeweilige Anstalt, da sich die genannten Punkte, wie das (therapeutische) Personal, die Mitinsass*innen, das therapeutische und Beschäftigungsangebot, sowie die Räumlichkeiten, von JA zu JA unterscheiden können. So hat bspw. auch ein Proband den Vergleich zu einer JA gezogen, in welcher er vorher war und welche er deutlich schlimmer gefunden habe (VP15_1-16, 28ff).

6.3 Praktische Implikationen der Forschungsergebnisse und Ausblick auf zukünftige Forschung

Die in den zu den jeweiligen UK zugehörigen bereits genannten Aspekte zur praktischen Implikation sind nicht alles unbedingt Änderungsvorschläge und Kritikpunkte, die sofort in die Tat umgesetzt werden müssen und können. Die Arbeit, die geleistet wird, wird auch in vielerlei Hinsicht positiv anerkannt (vgl. besonders UK_F1 *gute*r Therapeut*in* und UK_F2 *Gutes Personal*). Es ging lediglich darum, auch einmal einen Einblick in die Perspektive der Insass*innen zu erhalten, und dieser Gruppe Gehör zu verschaffen, nicht zuletzt, um zu überprüfen, ob diese Gruppe Input liefern kann, der

tatsächlich auch verwendet werden kann. Dies konnte hier bestätigt werden. Es ist der Verfasserin durchaus bewusst, dass eine Unterbringung im Maßnahmenvollzug oder einer sonstigen JA nicht angenehm oder vergnüglich sein sollte, sondern immer noch eine Haftstrafe ist und auch als solche angesehen werden muss, allerdings ist der Sinn des Strafvollzugssystems, doch mehr in Richtung Resozialisation zu arbeiten als lediglich der Bestrafung zu dienen. Das heißt, der Aufenthalt in der Haftanstalt sollte keinem Urlaub gleichen und die Räume sollten auch nicht vollkommen einladend und gemütlich wie in einem Hotel wirken, sowie das Essen nicht aus einem Gourmet-Restaurant stammen sollte, allerdings sollten im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten Verbesserungen dieser Aspekte angestrebt werden. Denn wenn diese kleinen Änderungen bereits zu einer höheren Therapiebereitschaft beitragen würden, sollte man diese Alternative doch gewissenhaft ausschöpfen.

Wie bereits in 6.2 genannt, sollte eine größere Untersuchung mit allen Maßnahmenvollzügen Österreichs für allgemeingültige und spezifische Verbesserungsvorschläge angestrebt werden, da die hier beleuchtete Probandengruppe zu klein für ein generalisierbares und dadurch definitiv aussagekräftiges Ergebnis ist. Generell, wie auch die karge Forschungslage zeigte, sollte mehr Forschung in Richtung Therapiebereitschaft im forensischen Bereich betrieben werden, vor allem solche, die die Insass*innen als aktive Forschungspartizipant*innen miteinbezieht. Außerdem, wie bereits in 5.3.3 angedeutet, ist die Therapiebereitschaft nicht der einzige Aspekt, in dem die Insass*innenperspektive relevant, oder zumindest interessant wäre. Ein anderes weit verbreitetes Problem ist auch die Gewalt der Insass*innen untereinander, wie von der Universität Innsbruck (2021) betont wurde. Auch zur Eindämmung dieser, könnte man an mehreren Fronten, unter anderem eben auch an der der Betroffenen, der Insass*innen, forschen. Dabei können die Effektivität von Primär-, Sekundär- (wie auch von VP12 in der UK_F5 *Fördern von Interesse und Mitarbeit, u.a. durch Aufklärung* beschrieben) und Tertiärprävention nach Eusterschulte und Kolleg*innen (2017) evaluiert werden. Letzteres bezieht im Speziellen dann eine Überprüfung der Effektivität der angewandten spezifischen Behandlungsprogramme, die in Kapitel 2.4 detailliert ausgeführt wurden, mit ein, da viele dieser Programme hinsichtlich ihres Erfolges (insbesondere in Bezug auf Rückfallprophylaxe) als noch nicht vollends zuverlässig angesehen, sondern noch kritisch betrachtet werden. Zudem könnte man auch Insass*innen zur Pilottestung bei der Entwicklung neuer Behandlungsprogramme integrieren und ihren Input zur Optimierung nutzen.

Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed., American Psychiatric Association.
- Anderson, C., & Bushman, B. (2002). Human aggression. *Annual Review of Psychology*, *53*, 27-51.
- Andrews, D. & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct* (5th ed.). Matthew Bender & Company.
- Andrews, D., Bonta, J. & Hoge, R. (1990). Classification for effective rehabilitation. Rediscovering psychology. *Criminal Justice and Behavior*, *17*(1), 19-52.
- Andrews, D., Bonta, J. & Wormith, J. (2011). The Risk-Need-Responsivity (RNR) Model. *Criminal Justice and Behavior*, *38*(7), 735–755. <https://doi.org/10.1177/0093854811406356>
- Antonowicz, D. & Parker, J. (2012). *Reducing recidivism—evidence from 26 years of international evaluations of reasoning & rehabilitation programs*. Wilfrid Laurier University.
- Arbeitsgruppe Maßnahmenvollzug (2015). Bericht an den Bundesminister für Justiz über die erzielten Ergebnisse. Bundesministerium für Justiz [PDF]. Abgerufen von https://vertretungsnetz.at/fileadmin/user_upload/5_Patientenanwalt/2015_bericht_ag_massnahmenvollzug.pdf
- Ardino V. (2012). Offending behaviour: the role of trauma and PTSD. *European journal of psychotraumatology*, *3*, 10.3402/ejpt.v3i0.18968. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v3i0.18968>
- Baggio, S., Weber, M., Rossegger, A., Endrass, J., Heller, P., Schneeberger, A., Graf, M. & Liebrecht, M. (2020). Reducing recidivism using the reasoning and rehabilitation program: a pilot multi-site-controlled trial among prisoners in Switzerland. *International Journal of Public Health*, *65*, 801–810. <https://doi.org/10.1007/s00038-020-01372-9>
- Bandura (1977). *Social Learning Theory*. Prentice Hall.
- Barnao, M., Robertson, P., & Ward, T. (2010). Good Lives Model Applied to a Forensic Population. *Psychiatry, Psychology and Law*, *17*(2), 202–217. doi:10.1080/13218710903421274
- Barnao, M., Ward, T. & Robertson, P. (2015). The Good Lives Model: A New Paradigm for Forensic Mental Health. *Psychiatry, Psychology and Law*, *23*(2), 288–301. <https://doi.org/10.1080/13218719.2015.1054923>
- Barnett, G., Manderville-Norden, R. & Rakestrow, J. (2014). The good lives model or relapse prevention: What works better in facilitating change? *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, *26*(1), 3-33. doi:10.1177/1079063212474473

- Barnett, W. (1992). Zur Psychologie und Psychopathologie der Brandstiftung 1955 bis 1991 – eine Übersicht. *Fortschritte Der Neurologie · Psychiatrie*, 60(07), 274–286. doi:10.1055/s-2007-999147
- Bebbington, P. (1995). The content and context of compliance. *International Clinical Psychopharmacology*, 9, 41-50.
- Beck, A. (1999). *Prisoners of Hate: The Cognitive Basis of Anger, Hostility, and Violence*. HarperCollins.
- Beckmann, D., Brähler, E. & Richter, H. (1990). *Der Gießen-Test (GT)*, (4. überarbeitete Aufl.). Hans Huber.
- Blackwell, B. (1992). Compliance. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 58, 161– 169. doi:10.1159/000288624
- Blakey, S., Love, H., Lindquist, L., Beckham, J. & Elbogen, E. (2018). Disentangling the link between posttraumatic stress disorder and violent behavior: Findings from a nationally representative sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(2), 169.
- Blomhoff, S., Seim, S., & Friis, S. (1990). Can prediction of violence among psychiatric inpatients be improved?. *Hospital & community psychiatry*, 41(7), 771–775. <https://doi.org/10.1176/ps.41.7.771>
- Blue, H. & Griffith, E. (1995). Sociocultural and therapeutic perspectives on violence. *The Psychiatric clinics of North America*, 18(3), 571–587.
- Bock, T. (2005). Aus dem Trialog lernen – Konsequenzen für den psychiatrischen Alltag. In C. Adberhalden & I. Needham (Hrsg.), *Psychiatrische Pflege – Verschiedene Settings, Partner, Populationen. Vorträge und Poster vom 2. Dreiländerkongress in Bern* (S. 154-166). Ibicura.
- Boden, J., Fergusson, D. & Horwood, L. (2013). Alcohol misuse and criminal offending: findings from a 30-year longitudinal study. *Drug and Alcohol Dependence*, 128(1-2), 30-36.
- Bolsinger, J., Jaeger, M., Hoff, P. & Theodoridou, A. (2020). Challenges and Opportunities in Building and Maintaining a Good Therapeutic Relationship in Acute Psychiatric Settings: A Narrative Review. *Frontiers in Psychiatry*, 10. doi:10.3389/fpsy.2019.00965
- Bonta, J. & Andrews, D. (2003). A commentary on Ward and Stewart’s model of human needs. *Psychology, Crime & Law*, 9(3), 215-218. doi:10.1080/10683/160310 00112115
- Boots, D. & Wareham, J. (2010). Does Controlling for Comorbidity Matter? DSM-Oriented Scales and Violent Offending in Chicago Youth. *Aggressive Behavior*, 35, 1-17. DOI: 10.1002/ab.20338
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, Vol. 1: Attachment*. Basic Books

- Bressington, D., Stewart, B., Beer, D. & MacInnes, D. (2011). Levels of service user satisfaction in secure settings – A survey of the association between perceived social climate, perceived therapeutic relationship and satisfaction with forensic services. *International Journal of Nursing Studies*, 48(11), 1349–1356. doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.05.011
- Brower, M. & Price, B. (2001). Neuropsychiatry of frontal lobe dysfunction in violent and criminal behaviour: a critical review. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 71, 720–726.
- Buckley, P., Noffsinger, S., Smith, D., Hrouda, D. & Knoll, J. (2003). Treatment of the psychotic patient who is violent. *The Psychiatric clinics of North America*, 26(1), 231–272.
[https://doi.org/10.1016/s0193-953x\(02\)00029-1](https://doi.org/10.1016/s0193-953x(02)00029-1)
- Bundeskriminalamt (2023). *Polizeiliche Kriminalstatistik 2022. Die Entwicklung der Kriminalität in Österreich*. Bundesministerium für Inneres, Bundeskriminalamt.
- Bundesministerium für Justiz (2020). *Strafvollzug in Österreich*. Bundesministerium für Justiz.
- Bundesministerium für Justiz (2022). *Sicherheitsbericht 2021: Bericht über die Tätigkeit der Strafstjustiz*. Bundesministerium für Justiz.
- Bundesministerium für Justiz (o. D.). *Täter:innenarbeit*.
<https://www.bmj.gv.at/themen/Fokusthemen/Gewalt-gegen-Frauen-und-H%C3%A4usliche-Gewalt/T%C3%A4ter-innenarbeit.html>.
- Cadoret, R., Leve, L. & Devor, E. (1997). Genetics of aggressive and violent behavior. *The Psychiatric clinics of North America*, 20(2), 301–322. [https://doi.org/10.1016/s0193-953x\(05\)70314-2](https://doi.org/10.1016/s0193-953x(05)70314-2)
- Carl, L., Breuer, M. & Endres, J. (2016). Leidensdruck und Behandlungsmotivation bei Gewaltstraftätern. *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie*, 23(1), 8-34.
- Cauffman, E., Fine, A., Thomas, A. & Monahan, K. (2017). Trajectories of violent behavior among females and males. *Child Development*, 88(1), 41–54.
- Cipriani, G., Borin, G., Vedovello, M., Di Fiorino, A. & Nuti, A. (2013). Sociopathic behavior and dementia. *Acta neurologica Belgica*, 113(2), 111–115. <https://doi.org/10.1007/s13760-012-0161-7>
- Cipriani, G., Lucetti, C., Danti, S., Carlesi, C. & Nuti, A. (2016). Violent and criminal manifestations in dementia patients. *Geriatrics & gerontology international*, 16(5), 541–549.
<https://doi.org/10.1111/ggi.12608>
- Cipriani, G., Lucetti, C., Danti, S., & Nuti, A. (2015). Sleep disturbances and dementia. *Psychogeriatrics: the official journal of the Japanese Psychogeriatric Society*, 15(1), 65–74. <https://doi.org/10.1111/psyg.12069>

- Citrome, L. & Volavka, J. (2014). The psychopharmacology of violence: Making sensible decisions. *CNS Spectrums*, 19(5), 411-418. doi:10.1017/S1092852914000054
- Citrome, L. & Volavka, J. (2015). Preventing Violence in Patients with Schizophrenia. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 2, 182–191. <https://doi.org/10.1007/s40501-015-0039-4>
- Coid, J., Ullrich, S., Kallis, C., Freestone, M., Gonzalez, R., Bui, L., Igoumenou, A., Constantinou, A., Fenton, N., Marsh, W., Yang, M., DeStavola, B., Hu, J., Shaw, J., Doyle, M., Archer-Power, L., Davoren, M., Osumili, B., McCrone, P. ... & Bebbington, P. (2016). Improving risk management for violence in mental health services: a multimethods approach. *Programme Grants for Applied Research*, 4(16). DOI: 10.3310/pgfar04160
- Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., Roberts, A. & Ullrich, S. (2006). Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *British Journal of psychiatry*, 188, 423-431.
- Craster, L., & Forrester, A. (2020). The early identification of people with personality disorder in the criminal justice system. *Medicine, Science and the Law*, 0(0), 1-7. doi:10.1177/0025802420917837
- de Ruiter, C., & Trestman, R. (2007). Prevalence and treatment of personality disorders in Dutch forensic mental health services. *The journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 35(1), 92–97.
- Deb, S., Thomas, M., & Bright, C. (2001). Mental disorder in adults with intellectual disability. 2: The rate of behaviour disorders among a community-based population aged between 16 and 64 years. *Journal of intellectual disability research: JIDR*, 45(Pt 6), 506–514. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.2001.00373.x>
- Deci, E. & Ryan, R. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. Plenum Press.
- Degen, M. (2014, 18. Juni). Schizophrenie-Kranke leben gefährlicher als andere. <https://www.deutschlandfunk.de/opfer-und-taeter-schizophrenie-krank-leben-gefaehrlicher-100.html>
- Demmerling, R. (2013). Behandlungsprogramm für inhaftierte Gewalttäter (BiG). In B. Wischka, W. Pecher & H. van den Boogaart (Hrsg.), *Behandlung von Straftätern. Studien und Materialien zum Straf- und Massregelvollzug* (S. 454-464). Vol 26. Centaurus Verlag & Media. https://doi.org/10.1007/978-3-86226-849-8_18
- Die österreichische Justiz (2023, 01. Mai). *Verteilung des Insassinnen- bzw. Insassenstandes*. Abgerufen von <https://www.justiz.gv.at/strafvollzug/statistik/verteilung-des-insassinnen-bzw-insassenstandes.2c94848542ec49810144457e2e6f3de9.de.html>

- Doralt, W. (Hrsg.) (2023). *Kodex des österreichischen Rechts: Strafrecht 2023*. (57. Aufl.). Lexis Nexis.
- Dorsch (o. D.). Compliance. In *Dorsch Lexikon der Psychologie*.
<https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/compliance#search=1a446d443304674d2e5eae3d2ea6a303&offset=0>
- Douglas, K. & Skeem, J. (2005). Violence risk assessment: Getting specific about being dynamic. *Psychology, Public Policy, and Law*, 11(3), 347-383.
- Eisenman, R. (1980). Effective manipulation by psychopaths. *Corrective & Social Psychiatry & Journal of Behavior Technology, Methods & Therapy*, 26(3), 116–118.
- Elbogen, E., Swanson, J., Swartz, M. & Van Dorn, R. (2005). Family representative payeeship and violence risk in severe mental illness. *Law and human behavior*, 29(5), 563–574.
<https://doi.org/10.1007/s10979-005-7120-2>
- Endres, J. & Breuer, M. (2018). Behandlungsmaßnahmen und -programme im Strafvollzug. In B. Maelicke & S. Suhling (Hrsg.), *Das Gefängnis auf dem Prüfstand* (S. 89-108). Springer.
- Eronen, M., Hakola, P., & Tiihonen, J. (1996). Mental disorders and homicidal behavior in Finland. *Archives of general psychiatry*, 53(6), 497–501.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1996.01830060039005>
- Esbec, E. & Echeburúa, E. (2010). Violence and personality disorders: clinical and forensic implications. *Actas espanolas de psiquiatria*, 38(5), 249-261.
- Esbensen, F., Peterson, D., Taylor, T. & Freng, A. (2009). Similarities and differences in risk factors for violent offending and gang membership. *Australian & New Zealand Journal of Criminology*, 42(3), 310-335.
- Eusterschulte, B., Fritz, M. & Eucker, S. (2017). Gewalttätiges und aggressives Verhalten im forensisch-psychiatrischen Kontext. In R. Müller-Isberner, P. Born, S. Eucker & B. Eusterschulte (Hrsg.), *Praxishandbuch Maßregelvollzug. Grundlagen, Konzepte und Praxis der Kriminaltherapie* (S. 327-334) (3. Aufl.). Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Farrell, C. & Zimmerman, G. (2018). Is Exposure to Violence a Persistent Risk Factor for Offending across the Life Course? Examining the Contemporaneous, Acute, Enduring, and Long-term Consequences of Exposure to Violence on Property Crime, Violent Offending, and Substance Use. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 55(6), 728–765.
<https://doi.org/10.1177/0022427818785207>

- Fava, M., Rosenbaum, J., Pava, J., McCarthy, M., Steingard, R. & Bouffides, E. (1993). Anger attacks in unipolar depression, Part 1: Clinical correlates and response to fluoxetine treatment. *The American journal of psychiatry*, *150*(8), 1158–1163. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.8.1158>
- Feelgood, S. (2008). *Behandlungsprogramm für Gewaltstraftäter*. BPG. Sozialtherapeutische Anstalt, Brandenburg an der Havel.
- Felson, R. & Staff, J. (2010). The effects of alcohol intoxication on violent versus other offending. *Criminal Justice and Behavior*, *37*(12), 1343-1360.
- Felthous, A., McCoy, B., Nassif, J., Duggirala, R., Kim, E., Carabellese, F., & Stanford, M. (2021). Pharmacotherapy of Primary Impulsive Aggression in Violent Criminal Offenders. *Frontiers in psychology*, *12*, 744061. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.744061>
- Fergusson, D. & Horwood, L. (2000). Alcohol abuse and crime: a fixed-effects regression analysis. *Addiction*, *95* (10), 1525-1536.
- Fortune, C., Ward, T. & Willis, G. (2012). The rehabilitation of offenders: Reducing risk and promoting better lives. *Psychiatry, Psychology and Law*, *19*(5), 646-661. doi:10.1080/13218719.2011.615809
- Foy, D., Ritchie, I. & Conway, A. (2012). Trauma exposure, posttraumatic stress, and comorbidities in female adolescent offenders: findings and implications from recent studies. *European journal of psychotraumatology*, *3*, 10.3402/ejpt.v3i0.17247. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v3i0.17247>
- Frogley, C., Taylor, D., Dickens, G., & Picchioni, M. (2012). A systematic review of the evidence of clozapine's anti-aggressive effects. *The international journal of neuropsychopharmacology*, *15*(9), 1351–1371. <https://doi.org/10.1017/S146114571100201X>
- Frottier, P. (2010). Freiheit, die sich nicht erobern lässt: Die österreichische Maßnahme nach § 21/2. *Journal für Neurologie Neurochirurgie und Psychiatrie*, *11*(2), 10-19.
- Gallagher, J. R., Nordberg, A., & Lefebvre, E. (2016). Improving graduation rates in drug court: A qualitative study of participants' lived experiences. *Criminology & Criminal Justice*, *17*(4), 468– 484. doi:10.1177/1748895816682578
- Gebler, F. & Maercker, A. (2007). Expressives Schreiben und Existentialität bei der Bewältigung traumatischer Erlebnisse. Eine erste Interventionsstudie. *Trauma und Gewalt*, *1*(4), 264-272.
- Gildner, D., Kirwan, M., Pickett, S. & Parkhill, M. (2021). Impulse control difficulties and hostility toward women as predictors of relationship violence perpetration in an undergraduate male sample. *Journal of Interpersonal Violence*, *36*(9–10), NP4653–NP4678.

- Göbbels, S. & Zimmermann, L. (2013). Rehabilitation von Straftätern. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 7(1), 12–21. doi:10.1007/s11757-012-0199-7
- Goldstein, A., Glick, B., & Gibbs, J. (1998). *Aggression replacement training: A comprehensive intervention for aggressive youth*. Research Press.
- Gräßer, M., Martinschledde, D. & Hovermann, E. (2020). *Therapeutisches Schreiben*. BELTZ.
- Gretenkord, L. (2002). Das Reasoning and Rehabilitation Programm (R&R). In R. Müller-Isberner R & L. Gretenkord (Hrsg.), *Psychiatrische Kriminaltherapie, Bd. 1*. (S. 29-40). Pabst.
- Gretenkord, L. (2017). R&R – Das Reasoning and Rehabilitation Programm. In R. Müller-Isberner, P. Born, S. Eucker & B. Eusterschulte (Hrsg.), *Praxishandbuch Maßregelvollzug. Grundlagen, Konzepte und Praxis der Kriminaltherapie* (S. 433-442) (3. Aufl.). Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Gudjonsson, G. & Main, N. (2008). How are personality disorders related to compliance? *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 19(2), 180–190. doi:10.1080/14789940701770898
- Gudjonsson, G., Sigurdsson, J., Einarsson, E., & Einarsson, J. (2008). Personal versus impersonal relationship compliance and their relationship with personality. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 19(4), 502–516. doi:10.1080/14789940801962114
- Günter, M. (2011). *Gewalt entsteht im Kopf*. Klett-Cotta.
- Hachtel, H., Harries, C., Luebbers, S. & Ogloff, J. (2018). Violent offending in schizophrenia spectrum disorders preceding and following diagnosis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 52(8), 782-792. doi:10.1177/0004867418763103
- Haindl, M. (2023). ad PSYBEG 2020. Persönliche E-Mail vom 19.10.2023
- Hanson, R., Bourgon, G., Helmus, L. & Hodgson, S. (2009). The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders. A meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 36(9), 865-891. doi:10.1177/0093854809338545
- Hare, R. (2003). *Manual for the Hare Psychopathy Checklist–Revised* (2nd ed.). Toronto, ON: Multi-Health Systems.
- Harkins, L., Flak, V., Beech, A. & Woodhams, J. (2012). Evaluation of a communitybased sex offender treatment program using a good lives model approach. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 24(6), 519-543. doi:10.1177/10790632 11429469
- Hawkins, J., Herrenkohl, T., Farrington, D., Brewer, D., Catalano, R., Harachi, T. & Cothorn, L. (2000). *Predictors of youth violence*. Washington, DC: Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.

- Hayes, H., Kemp, R., Large, M. & Nielssen, O. (2013). A 21-year retrospective outcome study of New South Wales forensic patients granted conditional and unconditional release. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(3), 259–282. doi:10.1177/0004867413507610
- Heilemann, M. & Fischwasser-von Proeck, G. (2001). *Gewalt wandeln: Das Anti-Aggressivitäts-Training AAT*. Pabst Science Publishers.
- Heimes, S. (2015). *Kreatives und therapeutisches Schreiben: Ein Arbeitsbuch*. (5., erweiterte Auflage). Vandenhoeck & Ruprecht.
- Heinemann, K. (2023, 11. Juni). Überfüllt und überlastet. <https://www.wienerzeitung.at/h/uberfullt-und-uberlastet>
- Held, T. (2023a). JA Graz-Karlau/ Studie. Persönliche E-Mail vom 07.08.2023
- Held, T. (2023b). Antwort: AW: JA Graz-Karlau/ Studie. Persönliche E-Mail vom 08.08.2023
- Herrmann, S. (2018). Behandlungsmaßnahmen von geistig abnormen zurechnungsunfähigen Rechtsbrechern am Beispiel des Forensischen Zentrums Asten (Masterarbeit, Johannes Kepler Universität Linz). JKU ePub.
<https://epub.jku.at/obvulihs/download/pdf/2762475?originalFilename=true>
- Hodgins, S. (2006). Gewalt und Kriminalität bei psychisch Kranken. Neue Erkenntnisse erfordern neue Lösungen. *Neuropsychiatrie*, 20(1), 7-14.
- Horowitz, L., Strauß, B. & Kordy, H. (2000). *Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D) -deutsche Version*. (I. überarb. Aufl.). Beltz Test.
- Hosser, D. & Weber, S. (2021). Das „Reasoning-and-Rehabilitation“-Programm im deutschen Strafvollzug – Einstellungs- und Verhaltensveränderungen im Behandlungsverlauf. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 15, 319–326.
<https://doi.org/10.1007/s11757-021-00686-5>
- Howard, R., Karatzias, T., Power, K. & Mahoney, A. (2017). Posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms mediate the relationship between substance misuse and violent offending among female prisoners. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 52(1), 21–25.
<https://doi.org/10.1007/s00127-016-1293-5>
- Howell, J. (2003). *Preventing and reducing juvenile delinquency: A comprehensive framework*. Sage Publications.
- Huang, Y., Kotov, R., de Girolamo, G., Preti, A., Angermeyer, M., Benjet, C., Demyttenaere, K., de Graaf, R., Gureje, O., Karam, A., Lee, S., Lépine, J., Matschinger, H., Posada-Villa, J., Suliman, S., Vilagut, G. & Kessler, R. (2009). DSM-IV personality disorders in the WHO

- World Mental Health Surveys. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 195(1), 46–53. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.058552>
- Jaeger, S., Weißhaupt, S., Flammer, E. & Steinert, T. (2014). Control Beliefs, Therapeutic Relationship, and Adherence in Schizophrenia Outpatients: A Cross-sectional Study. *American Journal of Health Behavior*, 38(6), 914–923. doi:10.5993/ajhb.38.6.13
- Jolliffe, D. & Farrington, D. (2007). A systematic review of the national and international evidence on the effectiveness of interventions with violent offenders. *Ministry of Justice Research Series*, 16.
- Kanfer, F., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2012). *Selbstmanagementtherapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis* (5. korrigierte und durchgesehene Auflage). Springer.
- Keene, J., Hope, T., Fairburn, C., Jacoby, R., Gedling, K. & Ware, C. (1999). Natural history of aggressive behaviour in dementia. *International journal of geriatric psychiatry*, 14(7), 541–548. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1099-1166\(199907\)14:7<541::aid-gps961>3.0.co;2-p](https://doi.org/10.1002/(sici)1099-1166(199907)14:7<541::aid-gps961>3.0.co;2-p)
- Kienapfel, D., Höpfel, F. & Kert, R. (2020). *Grundriss des Strafrechts. Allgemeiner Teil*. (16. Aufl.). MANZ'sche Verlags- und Universitätsbuchhandlung GmbH.
- Kienapfel, D. & Schroll, H. (2016). *Strafrecht Besonderer Teil I. Delikte gegen Personenwerte*. (4. Aufl.). MANZ'sche Verlags- und Universitätsbuchhandlung.
- Kim, J., Cardwell, S. & Lee, Y. (2023). Early Onset Delinquency and Violent Delinquency in Adolescence: The Role of Abusive Parents and Delinquent Peer Associations. *Crime & Delinquency*, 69(6–7), 1183–1208. <https://doi.org/10.1177/00111287211057861>
- Kim, J., Chu, K., Jung, K., Lee, S. T., Choi, S. & Lee, S. K. (2011). Criminal manifestations of dementia patients: report from the national forensic hospital. *Dementia and geriatric cognitive disorders extra*, 1(1), 433–438. <https://doi.org/10.1159/000330929>
- Klauer, T. & Schneider, W. (2016). Behandlungsmotivation und Indikation von Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 61(4), 318–326. doi:10.1007/s00278-016-0113-4
- Klenk, F. (2014, 20. Mai). Die Schande von Stein. <https://www.falter.at/zeitung/20140520/die-schande-von-stein>
- Kolla, N., Meyer, J., Bagby, R. & Brijmohan, A. (2017). Trait Anger, Physical Aggression, and Violent Offending in Antisocial and Borderline Personality Disorders. *Journal of forensic sciences*, 62(1), 137–141. <https://doi.org/10.1111/1556-4029.13234>
- Kristof, Z., Kresznerits, S., Olah, M., Gyollai, A., Lukacs-Miszler, K., Halmai, T., Fountoulakis, K., Tenyi, T., Dome, P. & Gonda, X. (2018). Mentalization and empathy as predictors of violence

- in schizophrenic patients: Comparison with nonviolent schizophrenic patients, violent controls and nonviolent controls. *Psychiatry Research*, 268, 198-205.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.07.021>
- Kröber, H. (2019). Selbstbestimmung und Zwang in der Behandlung. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 13(1), 1–3. doi: 10.1007/s11757-018-00516-1
- Kubiak, S. (2004). The effects of PTSD on treatment adherence, drug relapse, and criminal recidivism in a sample of incarcerated men and women. *Research on Social Work Practice*, 14(6), 424–33. doi:10.1177/1049731504265837
- Lachmann, F. (2004). *Aggression verstehen und verändern*. Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 357–361. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.357>
- Lamott, F. & Pfäfflin, F. (2009). Psychotherapie für Straftäter. *Psychotherapeut*, 54(4), 245–250. doi: 10.1007/s00278-009-0675-5
- Lefcourt, H. (1991). Locus of Control. *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes*, 413–499. doi:10.1016/b978-0-12-590241-0.50013-7
- Leygraf, N. (2013). Maßregelvollzug. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 7(2), 71–72. <https://doi.org/10.1007/s11757-013-0217-4>
- Lipsey, M. & Cullen, F. (2007). The effectiveness of correctional rehabilitation: A review of systematic reviews. *Annual Review of Law and Social Science*, 3, 297-320.
doi:10.1146/annurev.lawsocsci.annualreviews.org.
- Lipsey, M., Landenberger, N. & Wilson, S. (2007). Effects of cognitive-behavioral programs for criminal offenders. *Campbell Systematic Reviews*, 6. 1-27. doi:10.4073/csr.2007.6
- Looman, J. & Abracen, J. (2013). The risk need responsivity model of offender rehabilitation: Is there really a need for a paradigm shift? *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 8(3-4), 30-36.
- MacInnes, D., Courtney, H., Flanagan, T., Bressington, D. & Beer, D. (2014). A cross sectional survey examining the association between therapeutic relationships and service user satisfaction in forensic mental health settings. *BMC Research Notes*, 7, 657. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-7-657>
- Maier, U., Mache, W. & Klein, H. (2000). Woran krankt der Maßregelvollzug., 83 (2), 71–90. doi: 10.1515/mks-2000-00013

- Main, N., & Gudjonsson, G. H. (2006). An investigation into the factors that are associated with noncompliance in medium secure units. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, *17*(2), 181– 191. doi:10.1080/14789940500480848
- Männerberatung (o. D.). *Anti-Gewalt-Training (erwachsene Männer)*.
<https://www.maenner.at/gewaltpraevention/anti-gewalt-training-erwachsene-maenner/>
- Marlatt, G. & Gordon, J. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. Guilford Press.
- Marx, T (2016). Anti-Gewalt-Training Magdeburg. In H. Kerner, & E. Marks (Hrsg.), *Internetdokumentation des Deutschen Präventionstages*.
www.praeventionstag.de/dokumentation.cms/3383
- Mayring, P. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (13. Aufl., überarbeitete Auflage). Beltz.
- Medynska, B. (2023). Gewaltstraftäter. In J. Endres & S. Suhling (Hrsg.), *Behandlung im Strafvollzug. Edition Forschung und Entwicklung in der Strafrechtspflege* (S.293-308). Springer.
https://doi.org/10.1007/978-3-658-36046-7_15
- Mela, M., Audu, M., Tesfaye, M. & Gurmu, S. (2014). A developing world perspective on homicide and personality disorder. *Medicine, Science and the Law*, *54*(3), 132-138.
doi:10.1177/0025802413499911
- Mendez, M., Shapira, J. & Saul, R. (2011). The spectrum of sociopathy in dementia. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, *23*(2), 132–140.
<https://doi.org/10.1176/jnp.23.2.jnp132>
- Müller, P. (2006). Pro und Kontra: Zunahme von Zwangseinweisungen psychisch Kranker. *Psychiatrische Praxis*, *33*(4), 157-159. doi: 10.1055/s-2006-932578
- Müller, J., Saimeh, N., Briken, P., Eucker, S., Hoffmann, K., Koller, M., Wolf, T., Dudeck, M., Hartl, C. Jakovljevic, A., Klein V., Knecht, G., Müller-Isberner, R., Muysers, J., Schiltz, K., Seifert, D., Simon, A., Steinböck, H., Stuckmann, W., . . . , Zeidler, R. (2018). Standards für die Behandlung im Maßregelvollzug nach §§ 63 und 64 StGB. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, *12*(2), 93–125. doi: 10.1007/s11757-017-0445-0
- Müller-Isberner, R. & Eucker, S. (2009). *Therapie im Massregelvollzug*. Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Müller-Isberner, R., Jöckel, D. & Gonzalez Cabeza, S. (1998). Die Vorhersage von Gewalttaten mit dem HCR-20. Institut für Forensische Psychiatrie Haina.

- Mulder, C. L., Jochems, E. & Kortrijk, H. E. (2014). The motivation paradox: Higher psychosocial problem levels in severely mentally ill patients are associated with less motivation for treatment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(4), 541-548. doi: 10.1007/s00127-013-0779-7
- Neustart (o. D.). *Anti-Gewalt-Training*. <https://www.neustart.at/was-wir-tun/bewachrungshilfe/anti-gewalt-training/>
- Nolan, K., Czobor, P., Roy, B., Platt, M., Shope, C., Citrome, L. & Volavka, J. (2003). Characteristics of assaultive behavior among psychiatric patients. *Psychiatric Services*, 54(7), 1012–1016. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.54.7.1012>
- Novaco, R. (2020). Anger Treatment with Violent Offenders. In J. Wormith, L. Craig & T. Hogue (Hrsg.), *The Wiley Handbook of What Works in Violence Risk Management* (S. 388-398). John Wiley & Sons Ltd. doi:10.1002/9781119315933
- O’Driscoll, C., Larney, S., Indig, D. & Basson, J. (2012). The impact of personality disorders, substance use and other mental illness on re-offending. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 23, 382-391. doi:10.1080/14789949.2012.686623
- Oermann, A. (2013). Dialektisch-Behaviorale Therapie im forensischen Setting. *Psychotherapie*, 18(1), 115-131.
- Ogloff, J. & Davis, M. (2004). Advances in offender assessment and rehabilitation: Contributions of the risk-need-responsivity approach. *Psychology, Crime & Law*, 10(3), 229-242. doi:10.1080/10683160410001662735
- Ohlemacher, T., Sögding, D., Höynck, T., Ethé, N., & Welte, G. (2001). „Nicht besser, aber auch nicht schlechter“: Anti-Aggressivitäts-Training und Legalbewährung“. *DVJJ-Journal*, 12, 380-386.
- Olver, M., Stockdale, K. & Wormith, J. (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. doi:10.1037/a0022200
- Otte, S., Streb, J., Rasche, K., Franke, I., Nigel, S., Segmiller, F., Dudeck, M. (2019). Die therapeutische Beziehung im forensischen und allgemeinpsychiatrischen Setting. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 87(8), 421–428. doi:10.1055/a-0586-3253
- Österreichische Ärztezeitung (2022, 26. Oktober). Compliance & Adhärenz: Das Wie und das Wann. *Österreichische Ärztezeitung*. <https://aerztezeitung.at/2022/oaz-artikel/medizin/compliance-adhaerenz-das-wie-und-das-wann>

- Ouimette, P., Finney, J. & Moos, R. (1999). Two-year posttreatment functioning and coping of substance abuse patients with posttraumatic stress disorder. *Psychology of Addictive Behaviors*, 13(2), 105–114. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.13.2.105>
- Parin, P. (1961). Die Abwehrmechanismen der Psychopathen. *Psyche*, 15(5), 322-329.
- Parlament Österreich (1973, 06. November). 935 der Beilagen zu den stenographischen Protokollen des Nationalrates XIII. GP. Regierungsvorlage Strafvollzugsanpassungsgesetz [PDF]. Abgerufen von https://www.parlament.gv.at/dokument/XIII/I/935/imfname_319721.pdf
- Parlament Österreich (2022a, 09. November). *Maßnahmenvollzugsanpassungsgesetz 2022 (1789 d.B.)*. Abgerufen von <https://www.parlament.gv.at/gegenstand/XXVII/I/1789>
- Parlament Österreich (2022b). 1789 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XXVII. GP. Regierungsvorlage Maßnahmenvollzugsanpassungsgesetz 2022 [PDF]. Abgerufen von https://www.parlament.gv.at/dokument/XXVII/I/1789/fname_1480775.pdf
- Peltonen, K., Ellonen, N., Pitkänen, J., Aaltonen, M. & Martikainen, P. (2020). Trauma and violent offending among adolescents: a birth cohort study. *Journal of epidemiology and community health*, 74(10), 845–850. <https://doi.org/10.1136/jech-2020-2141881>
- Petit J. (2005). Management of the acutely violent patient. *The Psychiatric clinics of North America*, 28(3), 701–710. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2005.05.011>
- Pleyer, K. (1996). Schöne Dialoge in hässlichen Spielen? Überlegungen zum Zwang als Rahmen für Therapie. *Zeitschrift für systemische Therapie*, 14(3). 186-196.
- Polaschek, D. (2012). An appraisal of the risk-need-responsivity (RNR) model of offender rehabilitation and its application in correctional treatment. *Legal and Criminological Psychology*, 17(1), 1-17. doi:10.1111/j.2044-8333.2011.02038.x
- Priebe, S. & McCabe, R. (2008). Therapeutic relationships in psychiatry: The basis of therapy or therapy in itself? *International Review of Psychiatry*, 20(6), 521–526.
- Quanbeck, C., McDermott, B., Scott, C., Egelston, C., Lam, J., Eisenstark, H., & Sokolov, G. (2007). Categorization of assaultive acts committed by chronically aggressive state hospital patients. *Psychiatric Services*, 58, 521–528.
- Quinsey, V., Harris, G., Rice, M. & Cormier, C. (1998). *Violent Offenders. Appraising and Managing Risk*. American Psychological Association.
- Rauchfleisch, U. (1990). Probleme der Indikationsstellung für eine psychoanalytische Psychotherapie von Delinquenten. In W. Schneider (Hrsg.), *Indikationen zur Psychotherapie* (S. 81-99). Beltz.

- Rayel M. (2000). Clinical and demographic characteristics of elderly offenders at a maximum-security forensic hospital. *Journal of forensic sciences*, 45(6), 1193–1196.
- Reich, J. & Thompson, W. (1987). DSM-III Personality Disorder Clusters in Three Populations. *British Journal of Psychiatry*, 150, 471-475.
- Reisberg, B., Borenstein, J., Salob, S., Ferris, S., Franssen, E. & Georgotas, A. (1987). Behavioral symptoms in Alzheimer's disease: phenomenology and treatment. *The Journal of clinical psychiatry*, 48 Suppl, 9–15.
- Rogers C. (1961). *On Becoming A Person - A Psychotherapists View of Psychotherapy*. Constable.
- Rogers, C. (1973a). *Die klient-bezogene Gesprächstherapie*. Kindler.
- Rogers, C. (1973b). *Die Entwicklung der Persönlichkeit*. Klett.
- Ross, R., Fabiano, E. & Ewles, C. (1988). Reasoning and Rehabilitation. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 32, 29–35. <https://doi.org/10.1177/0306624X8803200104>
- Ross, R. R., Fabiano, E. & Ross, R. D. (1986). *Reasoning & Rehabilitation: A Handbook for Teaching Cognitive Skills*. Cognitive Centre of Canada.
- Ross, R., Hilborn, J. & Liddle, P. (2007). *Reasoning & rehabilitation 2: short version for adults*. Cognitive Centre of Canada.
- Rossow, I. & Bye, E. (2013). The problem of alcohol-related violence: An epidemiological and public health perspective. In M. McMurrin (Hrsg.), *Alcohol-related violence: Prevention and treatment* (S. 3-18). Wiley-Blackwell.
- Rudolph, M. & Hughes, D. (2001). Emergency assessments of domestic violence, sexual dangerousness, and elder and child abuse. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 52(3), 281–306. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.3.281>
- Rueve, M. & Welton, R. (2008). Violence and mental illness. *Psychiatry (Edgmont (Pa.: Township))*, 5(5), 34–48.
- Sachse, R., Langens, T. & Sachse, M. (2018). *Klienten motivieren. Therapeutische Strategien zur Stärkung der Änderungsbereitschaft*. (2. [aktualisierte] Aufl.). Psychiatrie Verlag.
- Salekin, R. T. (2002). Psychopathy and therapeutic pessimism. *Clinical Psychology Review*, 22(1), 79–112. doi:10.1016/s0272-7358(01)00083-6
- Scarpa, A. & Raine, A. (2000). Violence Associated with Anger and Impulsivity. In J. Borod (Hrsg.), *The Neuropsychology of Emotion* (S. 320-339). Oxford University Press.

- Schanzenbächer, S. (2003). *Anti-Aggressivitäts-Training auf dem Prüfstand. Gewalttäter-Behandlung lohnt sich*. Centaurus.
- Schloenhardt, A., Höpfel, F. & Eder, J. (Hrsg.) (2021). *Strafgesetzbuch. Austrian Criminal Code*. (2. Aufl.). Neuer Wissenschaftlicher Verlag.
- Schmidt, A. (2019). Ein kritischer Vergleich des Risk-Need-Responsivity Ansatzes und des Good Lives Modells zur Straftäterrehabilitation. *Bewährungshilfe*, 66(3), 211-223.
- Schmidt, N. B., & Woolaway-Bickel, K. (2000). The effects of treatment compliance on outcome in cognitive-behavioral therapy for panic disorder: quality versus quantity. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(1), 13–18. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.68.1.13>
- Schöny, W. (1997). Tetralog – Vision und Realität. *Gemeindenähe Psychiatrie*, 18, 79-82.
- Schöny, W., Koren, G., Unteregger, S., Gruber, D., Woisetschläger, N. & Weichbold, M. (2016). *NÖ Psychiatrieplan: Evaluation 2014. Evaluation der sozialpsychiatrischen/psychosozialen Versorgung in Niederösterreich*. NÖ Gesundheits- und Spezialfonds: St. Pölten.
- Schulz von Thun, F. (1981). *Miteinander Reden I. Störungen und Klärungen*. Rowohlt.
- Schwarze, C. & Schmidt, A. (2008). Zwangskontexte. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung - Band II: Spezieller Teil* (S. 1477–1507). DGVT Verlag.
- Schwenkmezger, P., Steffgen, G. & Dusi, D. (1999). *Umgang mit Ärger*. Hogrefe.
- Seager, J. (2005). Violent Men. The Importance of Impulsivity and Cognitive Schema. *Criminal Justice and Behavior*, 32(1), 26–49. doi:10.1177/0093854804270625
- Sebastian, A., Retz, W., Tüscher, O. & Turner, D. (2019). Violent offending in borderline personality disorder and attention deficit/hyperactivity disorder. *Neuropharmacology*, 156, 107565. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2019.03.008>
- Seitz, W. & Rautenberg, M. (2010). *PFI- Persönlichkeitsfragebogen für Inhaftierte*. Hogrefe.
- Selg, H., Mees, U. & Berg D. (1997). *Psychologie der Aggressivität*. Hogrefe.
- Serin, R. & Preston, D. (2001). Managing and treating violent offenders. In J. Ashford, B. Sales & W. Reid (Hrsg.), *Treating adult and juvenile offenders with special needs* (pp. 249-271). American Psychological Association.
- Shaffer, J. & Ruback, R. (2002). *Violent victimization as a risk factor for violent offending among juveniles*. Washington, DC: US Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.

- Shepherd, S., Campbell, R., & Ogloff, J. (2018). Psychopathy, Antisocial Personality Disorder, and Reconviction in an Australian Sample of Forensic Patients. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 62(3), 609–628.
<https://doi.org/10.1177/0306624X16653193>
- Smith, P., Gendreau, P. & Swartz, K. (2009). Validating the principles of effective intervention: A systematic review of the contributions of meta-analysis in the field of corrections. *Victims & Offenders*, 4(2), 148-169. doi:10.1080/15564880802612581
- Soares, L., Oliveira, F., Lemos, M., Lucas, C., Botella, L. & Corbella, S. (2012). Motivation for Therapy: An Important Ingredient to Change?. *Revista de Psicologia da IMED*, 4(1), p. 640-648. DOI: 10.18256/2175-5027/psico-imed.v4n1p640-648
- Spektrum (o. D.). Compliance. In *Lexikon der Psychologie*.
<https://www.spektrum.de/lexikon/psychologie/compliance/2937>
- Spektrum (2000). *Lexikon der Psychologie in fünf Bänden. Erster Band A bis E*. Spektrum Akademischer Verlag GmbH: Heidelberg.
- Spektrum (2001). *Lexikon der Psychologie in fünf Bänden. Vierter Band Reg bis Why*. Spektrum Akademischer Verlag GmbH: Heidelberg.
- Stangl, W. (o. D.a). Compliance. In *Online Lexikon für Psychologie und Pädagogik*.
<https://lexikon.stangl.eu/5970/compliance>
- Stangl, W. (o. D.b). Adhärenz. In *Online Lexikon für Psychologie und Pädagogik*.
<https://lexikon.stangl.eu/18769/adhaerenz>
- Steadman, H., Mulvey, E., Monahan, J., Robbins, P., Appelbaum, P., Grisso, T., Roth, L. & Silver, E. (1998). Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Archives of general psychiatry*, 55(5), 393–401.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.5.393>
- Steinberg, A., Brooks, J. & Remtulla, T. (2003). Youth hate crimes: identification, prevention, and intervention. *The American journal of psychiatry*, 160(5), 979–989.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.5.979>
- Stiels-Glenn, M. (2017). Wirkfaktoren bei Pädophilen im MRV aus Patientensicht. In N. Saimeh (Hrsg.), *Abwege und Extreme: Herausforderungen der Forensischen Psychiatrie* (S. 259-274). Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Stinson, J. D. & Clark, M. D. (2017). *Motivational interviewing with offenders*. The Guilford Press.

- Stolpmann, G. (2010). Psychiatrische Maßregelbehandlung. *Bundeszentrale für politische Bildung: Aus Politik und Zeitgeschichte*.
<https://www.bpb.de/shop/zeitschriften/apuz/32973/psychiatrische-massregelbehandlung/?p=all>
- Stompe, T. & Keckeis, K. (2017). Diagnosen, Delikte und Migrationshintergrund. *Österreichische Gesellschaft für Neuropsychopharmakologie und Biologische Psychiatrie*. Abgerufen von
<https://oegpb.at/2017/06/01/diagnosen-delikte-und-migrationshintergrund/>
- Stompe, T. & Schanda, H. (2010). Der österreichische Maßnahmenvollzug nach § 21 Abs. 1 StGB. *Journal für Neurologie Neurochirurgie und Psychiatrie*, 11(2), 30-36.
- Suhling, S. & Greve, W. (2010). *Kriminalpsychologie kompakt*. Beltz.
- Suhling, S., Pucks, M. & Bielenberg, G. (2013). Ansätze zum Umgang mit Gefangenen mit geringer Veränderungs- und Behandlungsmotivation. In B. Wischka, W. Pecher & H. van den Boogaart (Hrsg.), *Behandlung von Straftätern. Sozialtherapie, Maßregelvollzug, Sicherungsverwahrung* (2. Aufl., S. 233-293). Centaurus.
- Swanson, J., Holzer, C., Ganju, V. & Jono, R. (1990). Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hospital & community psychiatry*, 41(7), 761–770. <https://doi.org/10.1176/ps.41.7.761>
- Swanson, J., Swartz, M., Essock, S., Osher, F., Wagner, H., Goodman, L., Rosenberg, S. & Meador, K. (2002). The social-environmental context of violent behavior in persons treated for severe mental illness. *American journal of public health*, 92(9), 1523–1531.
<https://doi.org/10.2105/ajph.92.9.1523>
- Teplin L. (1990). The prevalence of severe mental disorder among male urban jail detainees: comparison with the Epidemiologic Catchment Area Program. *American journal of public health*, 80(6), 663–669. <https://doi.org/10.2105/ajph.80.6.663>
- The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists (2015). *Violence and Aggression: Short-term management in mental health, health and community settings*. National Collaborating Centre for Mental Health.
- Timmerman, I. & Emmelkamp, P. (2005). Parental rearing styles and personality disorders in prisoners and forensic patients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 12(3), 191–200. doi:10.1002/cpp.449
- Timmerman, I. & Emmelkamp, P. (2006). The relationship between attachment styles and Cluster B personality disorders in prisoners and forensic inpatients. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29(1), 48-56. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2005.04.005>

- Traub, H. & Weithmann, G. (2008). Maßregelvollzug nach §63 StGB. *Der Nervenarzt*, 79(5), 594–603. doi: 10.1007/s00115-008-2413-6
- Trauffer, N. & Widom, C. (2017). Child Abuse and Neglect, and Psychiatric Disorders in Nonviolent and Violent Female Offenders. *Violence and gender*, 4(4), 137–143.
<https://doi.org/10.1089/vio.2017.0019>
- Tröster-Stögerer, P., König, S., Kriebaum, E., Mayer-Kundt, G., Seichter, D. & Zawadzki, T. (2012). *PSYBEG – Psychologisches Behandlungsprogramm für GewalttäterInnen. Ein Anti-Gewalttraining für inhaftierte Straftäter und Straftäterinnen in österreichischen Justizanstalten*. Justizanstalt Stein.
- Universität Innsbruck (2021, 30. März). *Strafvollzug: 72 Prozent berichten von Gewalt in der Haft*.
 Abgerufen von <https://www.uibk.ac.at/de/newsroom/2021/strafvollzug-72-prozent-berichten-von-gewalt-in-der-haft/>
- Vogd, W. & Feißt, M. (2022). *Therapeutische Arrangements im Maßregelvollzug: Studien zur Leerstellengrammatik und den Bezugsproblemen in der forensischen Psychiatrie*. Springer VS.
 doi: 10.1007/978-3-658-37131-9
- Volavka, J., Czobor, P., Citrome, L., McQuade, R., Carson, W., Kostic, D., Hardy, S. & Marcus, R. (2005). Efficacy of aripiprazole against hostility in schizophrenia and schizoaffective disorder: data from 5 double-blind studies. *The Journal of clinical psychiatry*, 66(11), 1362–1366.
<https://doi.org/10.4088/jcp.v66n1103>
- Volksanwaltschaft (2021, 22. Mai). *Wie ist es um den Maßnahmenvollzug in Österreich bestellt?*.
 Abgerufen von https://volksanwaltschaft.gv.at/artikel/Wie-ist-es-um-den-Massnahmenvollzug-in-oesterreich-bestellt?topic_type=archiv
- Voß, T., Klemke, K., Schneider-Njepel, V. & Kröber, H. (2015). Forensische Rehabilitation zuvor Sicherungsverwahrter in der Forensisch-Therapeutischen Ambulanz Berlin. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 9(1), 38-46. doi:10.1007/s11757-014-0301-4
- Wallace, C., Mullen, P., Burgess, P., Palmer, S., Ruschena, D. & Browne, C. (1998). Serious criminal offending and mental disorder. Case linkage study. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 172, 477–484. <https://doi.org/10.1192/bjp.172.6.477>
- Walters, G. (2020). Hostility and reactive criminal thinking as mediators of the violent victimization–violent offending relationship: Affect before cognition? *Criminal Justice Studies*, 33(4), 316–336.

- Walters, G. (2022). Mediating the Low Verbal Intelligence–Early Adult Offending Relationship With Pro-Aggression Attitudes. *Criminal Justice and Behavior*, 49(4), 513–529.
<https://doi.org/10.1177/00938548211034220>
- Ward, T. & Brown, M. (2004). The good lives model and conceptual issues in offender rehabilitation. *Psychology, Crime & Law*, 10(3), 243-257. doi:10.1080/10683160410001662744
- Ward, T. & Fortune, C. (2013). The good lives model: Aligning risk reduction with promoting offender’s personal goals. *European Journal of Probation*, 5(2), 29-46.
- Ward, T. & Gannon, T. (2006). Rehabilitation, etiology, and self-regulation: The comprehensive good lives model of treatment for sexual offenders. *Aggression and Violent Behavior*, 11(1), 77-94.
doi:10.1016/j.avb.2005.06.001
- Ward, T. & Maruna, S. (2007). *Rehabilitation. Beyond the risk paradigm*. Routledge.
- Ward, T., Melsner, J. & Yates, P. (2007a). Reconstructing the risk-need-responsivity model: A theoretical elaboration and evaluation. *Aggression and Violent Behavior*, 12(2), 208-228.
doi:10.1016/j.avb.2006.07.001.
- Ward, T., Mann, R. & Gannon, T. (2007b). The good lives model of offender rehabilitation: Clinical implications. *Aggression and Violent Behavior*, 12(1), 87-107. doi:10.1016/j.avb.2006.03.004
- Ward, T. & Stewart, C. (2003). Criminogenic needs and human needs: A theoretical model. *Psychology, Crime & Law*, 9(2), 125-143. doi:10.1080/1068316031000116247.
- Ward, T., Vess, J., Collie, R. & Gannon, T. (2006). Risk management or goods promotion: The relationship between approach and avoidance goals in treatment for sex offenders. *Aggression and Violent Behavior*, 11(4), 378-393. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2006.01.001>
- Ward, T., Yates, P. & Willis, G. (2012). The Good Lives Model And The Risk Need Responsivity Model. A Critical Response to Andrews, Bonta, and Wormith (2011). *Criminal Justice and Behavior*, 39(1), 94-110. DOI: 10.1177/0093854811426085.
- Ware, J., Cieplucha, C. & Matsuo, D. (2011). The Violent Offenders Therapeutic Programme (VOTP)- Rationale and effectiveness. *Australasian Journal of Correctional Staff Development*. Zuletzt aufgerufen am 26.09.2023 von
<https://csa.intersearch.com.au/csajspui/bitstream/10627/442/1/The-Violent-Offenders-Therapeutic-Programme.pdf>
- Weber, M. (2022). *Therapiemotivation im Zwangskontext: Evaluation therapeutischer und psychosozialer Interventionen im Maßregelvollzug bei Sexualstraftäter:innen verurteilt nach § 63 Strafgesetzbuch (StGB)* (Masterarbeit, Universität Klagenfurt). Netlibrary.
<https://netlibrary.aau.at/obvuklhs/content/titleinfo/8411234>

- Webermann, A. & Brand, B. (2017). Mental illness and violent behavior: the role of dissociation. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 4, 2. <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0053-9>
- Weidner, J. (2001). *Anti-Aggressivitäts-Training für Gewalttäter* (5. Aufl.). Forum Verlag.
- Wettermann, A., Schläfke, D., Gerullis, L. & Fegert, J. (2015). Die Nachhaltigkeit der Veränderung kriminogener Faktoren durch das R&R-Training im Maßregelvollzug nach § 64 StGB. *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie*, 22(1), 31–51.
- Whitehead, P., Ward, T. & Collie, R. (2007). Time for a change: Applying the good lives model of rehabilitation to a high-risk violent offender. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 51(5), 578-598. doi:10.1177/030662 4X06296236
- Widom C. (1989). Child abuse, neglect, and adult behavior: research design and findings on criminality, violence, and child abuse. *The American journal of orthopsychiatry*, 59(3), 355–367. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1989.tb01671.x>
- Willis, G., Ward, T., & Levenson, J. (2014). The Good Lives Model (GLM): An Evaluation of GLM Operationalization in North American Treatment Programs. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 26(1), 58–81. doi:10.1177/1079063213478202
- Willner, P., Bailey, R., Parry, R., & Dymond, S. (2010). Performance in temporal discounting tasks by people with intellectual disabilities reveals difficulties in decision-making and impulse control. *American journal on intellectual and developmental disabilities*, 115(2), 157-171.
- Wilson, D., Bouffard, L. & Mackenzie, D. (2005). A quantitative review of structured, group-oriented, cognitive-behavioral programs for offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 32(2), 172-204. doi:10.1177/0093854804272889
- Wojciechowski, T. (2020a). The Salience of Antisocial Personality Disorder for Predicting Substance Use and Violent Behavior: The Moderating Role of Deviant Peers. *Journal of Drug Issues*, 50(1), 35–50. <https://doi.org/10.1177/0022042619877935>
- Wojciechowski, T. (2020b). PTSD as a risk factor for the development of violence among juvenile offenders: A group-based trajectory modeling approach. *Journal of Interpersonal Violence*, 35(13–14), 2511–2535.
- Wojciechowski, T. (2022). The Relevance of Hostility and Self-Control as Mediators of the Relationship Between Antisocial Personality Disorder and Offending. *Crime & Delinquency*, 68(2), 183–205. <https://doi.org/10.1177/0011128720968503>

- Wojciechowski, T. (2023). Examining Interactive Effects of PTSD and Deviant Peer Association for Predicting Violent Offending Risk. *Crime & Delinquency*, 69(8), 1511–1533.
<https://doi.org/10.1177/00111287221115650>
- Wong, S. (2000). Psychopathic Offenders. In S. Hodgins & R. Müller-Isberner (Hrsg.), *Violence, Crime and Mentally Disordered Offenders. Concepts and Methods for Effective Treatment and Prevention*. (S. 87-112). John Wiley & Sons Ltd.
- World Health Organization (o. D.). *The VPA Approach*. <https://www.who.int/groups/violence-prevention-alliance/approach>
- World Health Organization (2019a). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.). <https://icd.who.int/browse11/1-m/en>
- World Health Organization (2019b). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. ICD-10 Version: 2019*. <https://icd.who.int/browse10/2019/en>
- Wormith, J., Gendreau, P. & Bonta, J. (2012). Deferring to clarity, parsimony, and evidence in reply to Ward, Yates, and Willis. *Criminal Justice and Behavior*, 39(1), 111-120.
doi:10.1177/0093854811426087
- Wylie, L. & Griffin, H. (2013). G-map's application of the good lives model to adolescent males who sexually harm: A case study. *Journal of Sexual Aggression*, 19(3), 345-356.
doi:10.1080/13552600.2011.650715
- Yates, P. & Ward, T. (2008). Good lives, self-regulation, and risk management: An integrated model of sexual offender assessment and treatment. *Sexual Abuse in Australia and New Zealand*, 1(1), 3-20.
- Zeccola, J., Kelty, S. & Boer, D. (2021). Does the good lives model work? A systematic review of therecidivism evidence. *The Journal of Forensic Practice*, 23(3), 285-300. doi:10.1108/JFP-03-2021-0010