Universitätsklinikum Ulm
Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Ärztlicher Direktor Prof. Dr. med. Harald Gündel

Psychotherapie pädophiler Patienten im Maßregelvollzug. Wirkfaktoren, Therapieakzeptanz und Therapiemotivation aus Patientensicht

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Humanbiologie
an der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

Michael Stiels-Glenn
Geboren in Oberhausen/Rheinland
2015

Amtierender Dekan: Professor Dr. Thomas Wirth

1. Berichterstatter: Professor Dr. Friedemann Pfäfflin
2. Berichterstatter: Professor Dr. Thomas Becker

Tag der Promotion: 23. Juli 2015

Inhaltsverzeichnis I
Abkürzungsverzeichnis III
Verzeichnis der Tabellen und Textbeispiele IV

1 Einleitung 1

1.1 Patientenbefragungen im Gesundheitswesen 1
1.2 Wirkfaktoren in der allgemeinen Psychotherapie 2
1.3 Pädophilie als Störungsbild 5
1.4 Forensische Psychotherapie 8
1.5 Wirkfaktoren in der forensischen Psychotherapie 10
1.6 Zur vorliegenden Studie 14
1.7 Hypothesen 17

2 Studiengruppe und Methoden 18

2.1 Ablauf der Untersuchung 18
2.2 Studiengruppe 19
2.3 Erkenntnistheoretische Vorbemerkungen 22
2.4 Quantitative und Qualitative Sozialforschung 23
2.4.1 Grounded Theory als gegenstandsnahe Theoriebildung 24
2.5 Probleme bei Befragungen von Patienten im Maßregelvollzug 25
2.6 Untersuchungsinstrumente 27
2.7 Auswertung der Interviews 29
2.8 Gütekriterien 29

3 Ergebnisse 32

3.1 Wirkfaktoren in der Behandlung pädophiler Patienten 33
3.2 Persönlichkeit der Therapeuten und therapeutische Beziehung 34
3.3 Behandlungsverfahren und -methoden 43
3.3.1 Einzeltherapien 43
3.3.2 Gruppentherapien 50
3.3.3 Medikamente 57
3.3.4 Andere Verfahren 59
3.3.5 Persönlichkeiten der Patienten 66
3.3.6.1 Klinik und Stationen als Kontextfaktoren 70
3.3.6.2 Kontextfaktoren außerhalb der Klinik 79
3.3.7 Projektive Fragen 80
3.3.8 Gesamtbewertung der bisherigen Behandlung 86
3.4. Vergleich subjektive Wirkfaktoren mit äußeren Erfolgskriterien 88
3.4.1 Angaben zu Diagnose, Delikten und sexuellen Präferenzen 89
3.4.2 Wissen über Risikofaktoren und Präventionspläne 96
3.5 Vergleich subjektive Zufriedenheit mit Fremdeinschätzung 97
3.6 Mitarbeit bei der Studie 98

4 Diskussion und Schlussfolgerungen 100

4.1 Therapeuten und die Patient-Therapeut-Beziehung 101
4.2 Einzeltherapien 103
4.3 Gruppentherapien 104
4.4 Faktoren in der Persönlichkeit von Patienten 107
4.5 Die forensische Klinik als Kontext 108
4.6 Identifikation mit den Therapeuten 111
4.7 Gesamtbewertung der bisherigen Behandlung 112
4.8 Prüfung der Hypothesen 113
4.9 Kritische Punkte in der eigenen Untersuchung 116
4.10 Einige Schlussfolgerungen 117

5 Zusammenfassung 121

Literaturverzeichnis 123

Anhang 136
Fragebogen 136
Interviewleitfaden 137
Dank 140
Lebenslauf 142

Abkürzungsverzeichnis

Anm.	Anmerkung
AAT	Anti-Aggressivitäts-Training
DBT	Dialektisch-Behaviorale Boderline-Therapie
DSM-IV-TR	Diagnostic and Statistic Manual, 4. Version, völlig überarbeitet
EBP	Evidence Based Practice
FN	Fußnote
HU	Hermeneutic Unit; Hermeneutische Einheit im Programm Atlas.ti
ICD-10	International Classification of Deseases, 10. Version der WHO
IBT	Integrative Leib- und Bewegungstherapie
LWL	Landschaftsverband Westfalen-Lippe
MRV	Maßregelvollzug
MSG	Michael Stiels-Glenn, Autorenkürzel für eingestreute Anmerkungen
NRW	Nordrhein-Westfalen
Reha-Klinik	Rehabilitationsklinik
RCT	Randomized Controlled Trial
StGB	Strafgesetzbuch
TN	Teilnehmer
WHO	World Health Organization Weltgesundheitsorganisation der UN

Verzeichnis der Tabellen

Nr.	Titel	Seite
1	Vergleich diagnostische Kriterien Pädophilie ICD-10 /DSM-IV	5
2	Altersgruppen	19
3	Unterbringungsdauer im MRV	19
4	Unterbringungsdauer der 20 – 29jährigen TN im MRV	20
5	Bildungsabschlüsse	20
6	Berufsbildung/Berufstätigkeit vor der Unterbringung	21
7	Delikte/Vorstrafen vor der Unterbringung	21
8	Zusatzdiagnosen	21
9	Anzahl Therapeutenwechsel	34
10	Weitere Behandlungsformen	62
11	Unzufriedene TN – soziodemographische Daten	97
12	Mittel zufriedene TN – soziodemographische Daten	98

Verzeichnis der Textbeispiele

Nr.	Titel	Seite
1	Verfügbarkeit von Therapeuten	35
2	Passungen	37
3	Persönlichkeit und Interventionen von Therapeuten	40
4	sexuelle Enactments von Therapeuten	42
5	Regelmäßigkeit Einzeltherapie	44
6	Inhalte von Einzeltherapien	45
7	Positive Wirkfaktoren in Einzeltherapien	46
8	Negative Wirkfaktoren in Einzeltherapien	49
9	Angebot Gruppentherapie	50
10	Themen in Gruppentherapien	51
11	Positive Wirkfaktoren Gruppentherapien	52
12	Negative Wirkfaktoren in Gruppentherapien	55
13	Gesamtbewertung der Gruppentherapien	57
14	Medikamente als Behandlungsform	58
15	Spezifische Methoden und Techniken	59
16	Erfahrungen mit weiteren Behandlungsformen	63
17	kritische Faktoren in der Persönlichkeit der TN	66
18	positive Faktoren in der Persönlichkeit der TN	68
19	Pflegekräfte	70
20	Machtspiele und Ohnmachtgefühle	73
21	Lockerungen	75
22	Rolle von Mitpatienten	77
23	Zeitablauf als Faktor	78
24	Außenkontakte	79
25	Ergebnisse projektive Fragen	81
26	Identifikation mit Klinik und Therapeuten	85
27	Einschätzung der TN zum derzeitigen Behandlungsstand	87
28	Haltungen zur Diagnose	89
29	Deliktschilderungen	90
30	Haltungen zu den Delikten	91
31	Sexuelle Präferenzen	93
32	sexuelle Erfahrungen und erlittene Übergriffe	94
33	Risikofaktoren und Präventionspläne	96

1 Einleitung

Die Forschung zu Wirkfaktoren in der Psychotherapie befasste sich in den letzten Jahrzehnten – mitbedingt durch die Konkurrenz verschiedener Therapieschulen – primär mit `Outcome-Studien´. Die Vernachlässigung von Prozessforschungen [34] sorgt für eine Einengung des Blickfeldes. Gerade negative Effekte im Verlauf von Psychotherapien wurden bisher wenig untersucht [21; 85]. Versuche, die Wirksamkeit von Psychotherapie analog zu Studien über Medikamentenwirkungen durch randomisierte Kontrollgruppen-Studien (RCT) als `Gold-Standard´ darzustellen, übersehen, dass Psychotherapien höchst individuell verlaufen [119; 153]. Das bei RCT-Studien verwendete Design führt u. a. zu ethisch problematischen Wartezeiten für Kontrollgruppenpatienten. RCT-Studien seien ein „Kuckucksei in den Psychotherapiewissenschaften“ [28, 282]. Leichsenring et al. [80, 36] wiesen darauf hin, dass man Wirkungsstudien sehr wohl als naturalistische Studie unter realen Praxisbedingungen durchführen könne.

1.1 Patientenbefragungen im Gesundheitswesen

Wie in allen Bereichen des Gesundheitswesens werden auch in der Psychiatrie und Psychotherapie seit etwa 2000 unter dem Druck der Ökonomisierung zunehmend `Anbieter´ miteinander verglichen und Patienten als `Kunden´ zu ihrer Zufriedenheit mit der Behandlung befragt (für Krankenhäuser [177]; für stationäre Psychiatrie [146]; für psychiatrische Tageskliniken [95] und Institutsambulanzen [162]; für Ambulanzen und Praxen [171]; für psychosomatische Reha-Kliniken [122]). Die dabei benutzten Messinstrumente sind bislang aber nur bedingt vergleichbar.

Durch solche Vergleiche entsteht ein öffentliches Ranking von Praxen und Kliniken, z. B. [65], das sich direkt oder indirekt auf die Zahl der anfragenden Patienten und damit auf die ökonomische Lage auswirkt. Die Ergebnisse dieser Patientenbefragungen setzen Standards, verändern und vereinheitlichen die Prozesssteuerung. Dabei spiegeln die Befragungen die subjektive Sicht von Patienten wider. Daneben existieren – wie bei anderen Berufen lange üblich – im Internet Plattformen, in denen Jedermann unüberprüft durch Andere Kliniken, Ärzte und Psychotherapeuten bewerten kann [41; 57].

1.2 Allgemeine Wirkfaktoren in der Psychotherapie

Wirkfaktoren hängen mit den angestrebten Zielen von Psychotherapie zusammen – eine Übersicht bei Pfammatter et al. [118]. Therapieziele wie `Gesundheit´ und `Wohlbefinden´ sind vorrangig normativ, wobei Therapeuten wissen, dass normative Anpassungen an gesellschaftliche Verhältnisse keineswegs zu Wohlbefinden führen müssen [vgl. 64].

Bei erfolgreichen Psychotherapien entstehen innerhalb eines sicheren Rahmens vertrauensvolle Beziehungen zwischen Klienten und Therapeuten. Therapeuten sollten Klienten aufrichtig und wertschätzend behandeln und deren Bezugsrahmen empathisch spiegeln [123]. Schulenübergreifend gilt eine akzeptierende Beziehungsgestaltung durch Therapeuten als Voraussetzung für neue (korrigierende) Erfahrungen. Weitere Voraussetzungen für Therapienerfolge sind Klärung der Motivation und Problemaktualisierung in der Therapie, Aktivierung von Ressourcen und Hilfen bei der Problembewältigung, damit Klienten sich als selbstwirksam erleben können [47; 48]. Therapeuten sollen Klienten Erklärungen für ihre Probleme anbieten, Anregungen geben und Lernvorgänge anstoßen. Dabei sollten sie auf Veränderungen fokussieren, ihre Aufmerksamkeit auf persönliche Ressourcen von Klienten lenken und den Transfer von Erkenntnissen aus der Therapie in den Alltag fördern. Aktuelle Probleme sollen gezielt besprochen und bei Bedarf konkrete praktische Hilfen angeboten werden [121]. Therapien sind dann erfolgreich, wenn beide Seiten an einen Erfolg glauben und aktiv zur Veränderung beitragen. Klienten sollten lernen, die Wirklichkeit immer wieder zu prüfen statt an ihren Sichtweisen festzuhalten. Hier liegt ein begrenzender Faktor auf Klientenseite [99].

Wampold [165] nimmt an, dass schulenspezifische Interventionen in der Psychotherapie nicht unabhängig von gemeinsamen Wirkfaktoren (Common Factors) existieren. Vier allgemeine Wirkfaktoren gelten derzeit als empirisch gesichert:

- Die Therapeut-Patient-Beziehung und die Persönlichkeit des Therapeuten
- Verfahren und Interventionen
- Die Persönlichkeit der Klienten
- Kontextfaktoren im Umfeld der Klienten.

Dabei wird die Wirkung von Einflüssen aus der Lebenswelt, z. B. ein unterstützendes soziales Umfeld [72] sowie von zufälligen Ereignissen außerhalb der Therapie auf das Behandlungsergebnis immer noch unterschätzt. Diese Kontextfaktoren machen aber etwa 40% der Varianz bei den Ergebnissen aus [vgl. 74].
Diese allgemeinen Wirkfaktoren gelten als `evidence based practice (EBP)´ [vgl. 30, 177]. Dabei ist eine tragfähige Beziehung zwischen Psychotherapeut und Klient unabdingbar für die Anwendung von spezifischen Verfahren und Methoden. Sie ist aus Sicht von Klienten zentral, ihr Zusammenhang mit dem Therapieergebnis gilt als der am besten gesicherte Befund der Wirkfaktorenforschung [vgl. 101; 161].

Eine gute therapeutische Beziehung gilt auch als wichtiger Prädiktor für einen Therapieerfolg und lässt sich oft bereits früh überprüfen [21]. Mit nur drei Fragen an Klienten und Therapeuten zum Thema der Sitzung, zur Zufriedenheit mit dem Verlauf und mit der Therapeut-Patient-Beziehung am Ende jeder Stunde lassen sich früh Vorhersagen über den Therapieverlauf machen [108]. Bei nicht erfolgreichen Therapien wurden Verlauf und Beziehung signifikant häufiger thematisiert, während in erfolgreichen wesentlich häufiger die Themen der Sitzung benannt wurden. Schiepek [132, 1141] regte an, Patienten in einem Real-Time-Monitoring per Internet täglich zu ihrer Einschätzung des Therapieprozess zu befragen.

Methoden und Techniken spielen eine Rolle erst über die Bedeutung, die ihnen innerhalb der therapeutischen Beziehung von Therapeut und Patient gemeinsam zugeschrieben wird. Vergleichende Studien belegen, dass die Wirkungen spezifischer Methoden und Techniken wenig Einfluss auf das Therapieergebnis haben (sog. `Dodo-Bird-Verdikt´ [84]). Hinweise auf die Überlegenheit eines Verfahrens erwiesen sich als nicht zutreffend, wenn man den Einfluss der theoretischen Orientierung der publizierenden Forscher auf das Ergebnis untersuche; wer an sein Verfahren glaube, erhalte durch seine Überzeugung bei Studien die Ergebnisse, die in das eigene Konzept passen (Allegiance-Effekt) [25, 279; 80].

Dass kognitiv-behaviorale Verfahren in Metaanalysen als überlegen gegenüber anderen psychotherapeutischen Verfahren beschrieben werden, mag auch daran liegen, dass sich bei diesen (relativ strukturierten) Verfahren Fortschritte und Erfolge

anscheinend am besten `messen´ lassen. In Studien werden aber oft besonders ausgelesene Probanden einbezogen [113, 152], um die Wirksamkeit dieser Verfahren bestätigen zu können. Die Behandlungswirklichkeit zeigt außerdem, dass erfahrene Psychotherapeuten von Manualen abweichen, weil ein zu starres Festhalten an den vorgegebenen Schritten mehr Probleme aufwirft als löst.

Es sind „letztlich die Patienten, die über Erfolg oder Misserfolg von Psychotherapie entscheiden“ [12, 4]. Bei Studien wird jedoch oft nur die Bewertung der Therapeuten erfasst, obwohl die subjektive Einschätzung des Therapieverlaufs durch Klienten eine bessere Prognose zum Therapieerfolg erlaube [21, 8] als `objektive´ Merkmale oder die Einschätzung durch die Therapeuten selbst. Qualitative Studien über Erfahrungen von Klienten in der Psychotherapie sind insgesamt bislang selten [21, 39], obwohl hierzu eine breite `Betroffenenliteratur´ existiert.

Bestimmte Persönlichkeitseigenschaften von Klienten beeinflussen, ob und wie weit jemand von einer Psychotherapie grundsätzlich profitieren kann. Ein Faktor dabei ist die Sorge, durch therapeutische Veränderungen sich selbst fremd zu werden oder seine Position im sozialen Umfeld (bei Straftätern auch deren Subkultur) zu verlieren.

Kontextfaktoren haben mit ca. 40 % [92; 126] die größten Auswirkungen auf Verlauf und Ergebnis von Psychotherapien. Das Eingehen von Liebesbeziehungen, Partnerschaftskrisen und Trennungen, Aufnahme einer Arbeit oder Kündigung, Umzüge greifen tief in das Leben von Klienten ein und unterstützen oder stören die gemeinsamen Bemühungen in der Therapie.

Strupp et al. [158; 159] regten an, an der Evaluation von Therapieergebnissen Gesellschaft, Klienten und die psychosozialen Fachleute zu beteiligen. Die Gesellschaft habe ein Interesse an der Aufrechterhaltung der sozialen Ordnung und Institutionen (*adaptive behavior*), Klienten hätten den Wunsch nach subjektivem Wohlbefinden (*sense of well-being*). Die Fachleute schätzen den Zustand und die Veränderungen von Klienten stärker anhand ihrer theoretischen Vorstellungen von einer `gesunden´ Persönlichkeitsstruktur (*personality structure*). Diese drei Bereiche

individuellen Funktionierens sollten bei Evaluationen gleich gewichtet werden, um einen Therapieerfolg umfassend einzuschätzen [21, 17].

1.3 Pädophilie als Störungsbild

Sexuelle Kontakte zwischen Erwachsenen und Kindern wurden im Verlauf der Geschichte unterschiedlich bewertet; sie sind nicht notwendig gleichbedeutend mit einer Pädophilie. Die Diagnosekataloge ICD-10 [26] und DSM-IV-TR [128] definieren Pädophilie derzeit über folgende Symptome:

Tabelle 1 Vergleich diagnostische Kriterien für Pädophilie ICD-10 [26] und DSM-IV-TR [128]

Kriterium	ICD-10 F65.4	DSM-IV-TR Nr. 302.2
A.	Allgemeine Kriterien für eine Störung der Sexualpräferenz (F65) müssen vorliegen: G1: *Wiederholt* auftretende *intensive* sexuelle Impulse und Phantasien, die sich auf ungewöhnliche Gegenständen oder Aktivitäten beziehen; G2: *Handelt entsprechend* den Impulsen oder fühlt sich durch sie deutlich beeinträchtigt; G3: Diese Präferenz besteht seit *mindestens sechs Monaten*.	Über einen Zeitraum von *mindestens* sechs Monaten *wiederkehrende intensive* sexuell erregende Phantasien, sexuell *dranghafte* Bedürfnisse oder Verhaltensweisen, die sexuelle Handlungen mit einem *präpubertären* Kind oder Kindern (in der Regel 13 Jahre oder jünger) beinhalten.
B.	*Anhaltende* oder dominierende Präferenz für sexuelle Handlungen mit einem oder mehreren Kindern *vor deren Pubertät*.	Die Person hat das sexuell *dranghafte* Bedürfnis ausgelebt, oder die sexuell dranghaften Bedürfnisse oder Phantasien verursachen deutliches Leiden oder zwischenmenschliche Schwierigkeiten.
C.	Die Betroffenen sind *mindestens* sechzehn Jahre alt *und* mindestens fünf Jahre älter als das Kind oder die Kinder.	Die Person ist *mindestens* sechzehn Jahre alt *und* mindestens fünf Jahre älter als das Kind oder die Kinder nach Kriterium A.
Anm.	Ein *einzelner Vorfall* erfüllt die für die Diagnosestellung geforderte anhaltende oder vorherrschende Veranlagung *nicht*, insbesondere wenn der Handelnde selbst noch ein Jugendlicher ist.	Spätadoleszente, die sich in einer fortdauernden sexuellen Beziehung mit einem 12 – 13jährigem Partner befinden, sind *nicht* einzubeziehen (Hervorhebungen MSG).

Beide Klassifikationssysteme ordnen sexuellen Missbrauch und Inzest der Pädophilie zu und beschreiben Pädophilie rein phänomenologisch. Krafft-Ebing [70] formulierte bereits 1892 bei der Einführung des Begriffs (bei historisch bedingten Beschränkungen) genauer als ICD-10 und DSM-IV-TR, das sexuelle Interesse von Pädophilen gelte Kindern vor der Pubertät, sei ausschließlich oder überwiegend auf Kinder ausgerichtet und sei zeitlich überdauernd. Die Vermischung von andauernder psychischer Präferenz mit konkretem missbrauchenden Verhalten könne dazu führen, „... dass bei einer großen Zahl von Tätern die Diagnose einer Pädophilie gestellt wird, ohne dass eine überdauernde Neigung überhaupt vorliegt.“ [31, 483; vgl. 11].

Die Entstehung der Pädophilie ist umstritten, gewisse genetische Komponenten werden diskutiert. Bildgebende Verfahren zeigten morphologische und funktionelle Abweichungen [46, 107f]. Die Studiengruppen für neurobiologische Forschungen sind aber zu klein und es bleibt auch hier unklar, was Ursache und was Folge ist.

Pädophile begehren Jungen oder Mädchen (selten beide Geschlechter) unterschiedlichen Alters. Sexuelle Kontakte zwischen Männern und Jungen sind deutlich häufiger als Kontakte zu Mädchen. Viele Pädophile belassen es bei Phantasien; Handlungen umfassen „gegenseitige Liebesbeziehungen, erotisierte pädagogische Beziehungen, gewaltlose Verführung von Kindern durch Erwachsene und von Erwachsenen durch Kinder, gewaltsame vergewaltigungsähnliche Attacken, Gelegenheitshandlungen von sozial unintegrierten Außenseitern, aber auch andere sexuelle Abweichungen, die mehr oder weniger zufällig an Kindern realisiert werden." [117, 343]. Im Unterschied zur Hetero- und Homosexualität geht es bei der Pädophilie um kindliche Partner, die nach der herrschenden Meinung in ihrer Reife und in ihrer Fähigkeit zur Selbstbestimmung generell ungleich sind [23]. Während aber ein homosexuelles Begehren bei aller Idealisierung des jugendlich-makellosen Körpers immer die ganze Person meint, bezieht sich das Begehren strukturiert pädophiler Männer eher auf einen Entwicklungszustand, auf ein Alter. Es muss erlöschen, wenn das Objekt älter und reifer wird [134]. Dieses Ungleichgewicht in der Fähigkeit zur Selbstbestimmung gefährde die sexuelle Selbstbestimmung von Kindern [134, 133; vgl. 163, 221f]. Die Folgen für die betroffenen Kinder sind sehr verschieden [138, 166].

Beier et al. [10] schätzen die Prävalenz für Pädophilie auf etwa ein Prozent der männlichen Gesamtbevölkerung; das wären in Deutschland etwa 300.000 Jugendliche und Erwachsene. Fiedler [36] schätzt den Anteil Pädophiler an Tätern, die Sexualdelikte an Kindern begehen, auf 12 – 20%. Er fordert, die Unterscheidung zwischen Pädophilie und sexuellem Missbrauch aufzugeben. Eine enge Pädophilie-Diagnose schließe viele Missbraucher von therapeutischen Hilfen aus. Es gebe ein „gewachsenes gesellschaftliches Interesse, gegen jede Art sexuellen Missbrauchs an Kindern streng vorzugehen." [36, 293; Hervorhebung MSG]. Andere Autoren erklären, die Pädophilie habe eine Sonderstellung unter den Paraphilien, weil sie sich

durch die abweichende Partnerwahl, nicht aber durch Ziele und Praktiken von der normalen Sexualität unterscheide [163, 229; vgl. 8, 238].

Knight et al. [67 vgl. 137; 8] unterscheiden verschiedene Typen intergenerationaler Sexualkontakte.

- Bei dissozialen Tätern sind Sexualdelikte an Kindern ein Teil allgemeiner Delinquenz.
- Retardierte bzw. randständige Adoleszente fühlen sich von Kindern bei sexuellen Handlungen ernst genommen bzw. überlegen.
- Alterspädophilie tritt etwa ab dem 5. Lebensjahrzehnt auf.
- Innerfamiliäre Täter greifen eher auf verfügbare Sexualpartner zurück, wenn die Partnerin nicht anwesend ist, bzw. Konflikte mit ihr bestehen.
- Kernpädophile bzw. strukturierte Pädophile bevorzugen im Begehren vorpubertäre bzw. pubertierende Kinder/Jugendliche.

Es ist sinnvoll, zwischen Schweregraden zu unterscheiden [46, 107]; eine leichte Präferenzstörung liegt vor, wenn Täter Schäden bei Sexualpartnern und bei sich selbst vermeiden, eine schwere Störung dann, wenn die Partner verletzt werden.

Das Problem bei strukturierten Pädophilen ist, dass sie als therapeutisch schlecht erreichbar gelten. Strukturierte Pädophile

- idealisieren Kinder (Körper, projiziertes Erleben und Identifikation mit Kindern, Alter, Aussehen, Eigenarten);
- sind inappetent bis impotent gegenüber erwachsenen Sexualpartnern;
- empfinden ihre sexuelle Präferenz oft als ich-nah und leiden eher an gesellschaftlichen Verboten bzw. Vorurteilen als an der Präferenz;
- sind nicht ausschließlich an sexuellen Handlungen interessiert; sie genießen den Kontakt zu Kindern an sich und geben an, sie wollten Kinder unterstützen, bzw.
- ihnen helfen [23; 79]. Dies *ausschließlich* als Strategie zu verstehen, um die Verfügbarkeit über ein begehrtes `Sexualobjekt´ zu sichern, ist aus meiner Sicht verkürzt.

Pädophile Handlungen werden strafrechtlich verfolgt. Nach herrschender Meinung ist Pädophilie auch wegen der Ich-Nähe therapeutisch schwer zu beeinflussen. Das

herrschende Behandlungsparadigma setzt nicht auf Heilung, sondern auf Kontrolle und Hemmung von Handlungen – `No cure but control´ (kritisch hierzu [113, 144; 151]). Die in der Tätertherapie eingesetzten kognitiv-behavioralen Programme liegen teilweise als Manuale vor, damit auch Pflegepersonal Gruppentherapien durchführen kann.

1.3.1 Komorbidität

Komorbiditäten bei Pädophilie sind bisher wenig untersucht [z. B. 1; 133]. Pädophile weisen auch Alkoholmissbrauch, Depressionen, Angststörungen, zwanghafte, narzisstische, antisoziale und vermeidende Persönlichkeitsstörungen auf. Studien fanden interpersonelle Defizite und Störungen des Selbstkonzepts, außerdem eine auffällige passive Aggression; bei wenigen Pädophile finden sich hirnorganische Veränderungen oder eine Demenz [164, 25]. Mit bildgebenden Verfahren fand sich ein neurobiologisches Substrat, das auch bei Zwangsspektrumsstörungen zu finden sei: ein inadäquates Verlangen nach etwas Bestimmten bei gleichzeitig herabgesetzter Verhaltenshemmung [133, 6, 168; vgl. 47, 171ff]. Offen bleibt dabei, ob Pädophilie eine Zwangsstörung befördert oder umgekehrt oder ob nicht beides die Folge eines dritten Faktors sein kann. Dass die meisten Befunde an verurteilten Pädophilen erhoben wurden, erlaubt den Einwand, Untersuchungen lediglich von verurteilten Pädophilen [vgl. 169; 46] könnten zu Verzerrungen führen.

1.4 Forensische Psychotherapie

Straftäter, die wegen einer psychischen Störung teilweise oder vollständig schuldunfähig sind, werden nach § 63 StGB in der Forensik, einer psychiatrischen Klinik des Maßregelvollzugs (im Folgenden: MRV) untergebracht, sofern das erkennende Gericht ihre Legalprognose als ungünstig einschätzt. Ihre Unterbringung erfolgt generell unbefristet und wird nur dann beendet, „wenn zu erwarten ist, dass der Untergebrachte außerhalb des Maßregelvollzugs keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird.“ (§ 67d StGB). Diese Frage wird von Gerichten regelmäßig mit Hilfe von Sachverständigen geprüft. Die Unterbringungsdauer im MRV ist generell

höher als die verhängten Freiheitsstrafen für die gleichen Delikte bei schuldfähigen Tätern.
Sowohl Unterbringungszahlen als auch -dauer forensischer Patienten nehmen seit 1980 zu, was auch erhebliche finanzielle Konsequenzen hat [59; 60]. Sexualstraftäter, besonders Pädophile, weisen trotz sinkender Zahlen bei Neueinweisungen (weil Strafgerichte sie seltener für vermindert steuerungsfähig halten) erheblich längere Unterbringungszeiten auf als andere Deliktgruppen [129, 13f; 133], ihre Lockerungsprognose gilt als ungünstig. Falls es gelänge, Therapien effizienter zu gestalten, ließen sich Unterbringungskosten einsparen, der Freiheitsentzug könnte sinnvoller genutzt werden und sich dadurch verkürzen.

Für den MRV liegen bisher mehr Studien zum Erfolg von Psychotherapien als zu deren Verlauf vor. Die Wirksamkeit einer Therapie wird derzeit durch Katamnesen [z. B. 141; 160], durch Checklisten und Prognoseinstrumente [147] sowie durch klinische Einschätzungen der behandelnden Therapeuten bzw. von externen Gutachtern eingeschätzt. Hoffnungen auf Fortschritte in der Prognostik durch bildgebende Verfahren [87; 127; 133] haben sich bislang nicht erfüllt.

Ausbleibende Rückfälle nach einer Entlassung gelten oft als einziges Kriterium für den Erfolg einer Therapie. Patienten selbst wurden bisher selten zu Wirkfaktoren und Erfolg befragt [z. B. 104; 170; 51]. Oft wird die Sorge geäußert, forensische Patienten würden eher im Sinne sozialer Erwünschtheit antworten und negative Aspekte bagatellisieren oder verleugnen.

Zur Wirksamkeit der allgemeinen Wirkfaktoren für die forensische Psychotherapie liegen wenige Veröffentlichungen vor [114]. Kognitiv-behaviorale Verfahren gelten, wie in Abschnitt 1.1. erwähnt, als anderen psychotherapeutischen Verfahren in Metaanalysen überlegen [kritisch: 113, 152].

Schuldgeminderte bzw. schuldunfähige Straftäter im MRV haben keinen Einfluss auf die Wahl von Behandler, Therapieverfahren und –modalitäten. Bisher wurde ihre Bewertung der Behandlung nur wenig untersucht; Es scheint, als erübrige der forensische Zwangskontext Fragen danach, wie diese Patienten ihre Therapie beurteilen. Letztlich entscheidet die Bewertung von therapeutischen Maßnahmen durch Patienten über deren Bereitschaft zur Mitarbeit (Compliance). Deshalb kann es

nicht gleichgültig sein, wie Behandlungsmaßnahmen und Rahmenbedingungen bei Straftätern im MRV `ankommen´. Man kann davon ausgehen, dass durch eine bessere Steuerung der Therapie eine bessere Compliance der Patienten erreicht werden kann.

„Nichts prägt die Arbeit eines Psychotherapeuten ... tiefgreifender als die Werte der Kultur, aus der heraus er heilt und in die hinein er heilt.“ [124, 13] Psychotherapeuten erwähnen diesen prägenden Faktor selten – weil er so selbst-verständlich ist und damit unbewusst bleibt? „Wir sind niemals nur Kinder unserer Eltern, wir sind Kinder unserer Zeit.“ [105, 10]. Der Umgang mit Sexualstraftätern ist von kulturell vermittelten Werten und aktuellen medialen Diskursen geprägt [110; 166]. Therapeuten stehen bei Rückfällen unter erheblichem öffentlichen und medialen Druck.

1.5 Wirkfaktoren in der forensischen Psychotherapie

Die `commom factors´ aus der allgemeinen Psychotherapieforschung (vgl. Seite 4f) lassen sich auch bei Psychotherapien im MRV anwenden.

1.5.1 Persönlichkeiten von Therapeuten und die therapeutische Beziehung

Psychotherapie wird in der Regel von zwei Personen gestaltet [149], die klinisches Material in höchstem Maße ko-konstruktiv und ko-kreativ produzieren. Bei den Prinzipien, die als `state of the art´ der Tätertherapie gelten, werde die Qualität der therapeutischen Beziehung weder beim Risiko- noch beim Bedürfnisprinzip erwähnt [5]; eine Recherche in internationalen Fachdatenbanken belegt, dass Bedingungen und Auswirkungen einer gelingenden therapeutischen Beziehung bei Zwangsbehandlungen nahezu unerforscht sind [139].

Viele Pädophile erleben ihre sexuelle Präferenz als zu ihrer Identität gehörend und haben (wie Patienten mit anderen ich-syntonen Störungen) Sorgen, sich selbst fremd zu werden. Sie lassen sich deshalb ungern behandeln und wünschen, dass ihr Begehren strafrechtlich legalisiert wird. Vorbehalte gegenüber einer Therapie gelten rasch als Teil ihrer Pathologie und führen in der Gegenübertragung häufig zu

Verärgerung. Diese Vorbehalte teilen sich Patienten vor allem über das nonverbale Verhalten von Therapeuten [154] szenisch mit. Bekehrungsversuche oder aggressive Deutungen lösen bei Pädophilen oft Therapiekrisen und -abbrüche aus. Therapeuten lasten die Verantwortung hierfür oft allein den Patienten an [114; 115]. Gelingt es Therapeuten, die eigene Person als gestaltenden Teil im Prozess zu erkennen, die eigenen Gefühle wahrzunehmen, zu verarbeiten und dem Klienten `vorverdaut´ zurückzugeben [15; 39], werden andere Zugänge zu Patienten möglich. Dazu bedarf es einer Auseinandersetzung von Therapeuten mit eigenen Haltungen gegenüber Pädophilen und der Reflexion der dahinter stehenden gesellschaftlichen Verhältnisse. „Wer sich mit Sexualdelikten an Kindern befasst, kommt nicht umhin, sich mit gesellschaftlichen Diskursen auseinanderzusetzen“ [152, 9]. Pfäfflin [111, 23] erklärte vor dem Rechtsausschuss des Bundestages, Sexualtherapeuten arbeiteten „an der Entwicklung eindrucksvoller Programme zur Kontrolle sexueller Impulse, (hätten) aber zuweilen den Kontakt zur grundlegenden psychiatrischen und anthropologischen Theoriebildung verloren.“

Die `Parteilichkeit mit Opfern´ spielt im forensischen Kontext eine wichtige Rolle: Aussagen wie „Inzest ist Seelenmord“ [173] oder `Überlebende´ von sexuellen Traumata schaffen ein gesellschaftliches Klima, das alle Beteiligten zur Stellungnahme zwingt. Versuche, Pädophile zu verstehen, misslingen angesichts des diskursiven Drucks [40, 29] auch deshalb, weil sie vorschnell mit der Billigung pädosexueller Handlungen gleichgesetzt werden.

Eine Distanz zu pädophilen Straftätern stützt die kollektive Abwehr. Parin [102] wies auf Anpassungsmechanismen hin, die wie Abwehrmechanismen teilweise unbewusst ablaufen. Durch sie bewältigen Menschen Einflüsse der sozialen Umwelt fertig. „Der Vorgang der Identifikation mit der Rolle sichert Befriedigungen, die in der Gesellschaft bereitstehen. Dafür wird ein Stück Unabhängigkeit aufgegeben. Die Abwehrorganisation des Ich wird jedoch entlastet und das Ich dadurch stabilisiert, gestärkt, Verlassenheits- und Trennungsängste werden beruhigt: *man gehört dazu.* (...) Der Preis für diese Vorteile ist nicht nur die erhöhte Abhängigkeit von der Umwelt, sondern teilweise auch Erstarrung. Triebansprüche, die der Rollen-repräsentanz nicht entsprechen, müssen abgewehrt werden. ... Man funktioniert in der jeweiligen Institution reibungsloser, hat aber nicht nur ein Stück `geistiger´

Selbständigkeit, sondern auch Gefühls- und oft Gewissensfreiheit eingebüßt“. [102, 78, 82 Hervorhebung durch MSG; vgl. 13].

Marshall et al. [86; 87] bevorzugen Therapeutenhaltungen, die Veränderungen bei Straftätern unterstützen. Andrews & Bonta [5] und Yates et al. [176] fordern, dass in der Therapie von Straftätern neben Risiken auch Bedürfnisse, Wünsche und Ressourcen berücksichtigt werden müssen, um Therapieforschritte zu erzielen.

1.5.2 Kontext- (Umwelt-)faktoren

Gesellschaftliche Diskurse sorgen durch widersprechende Aufträge und Rollenerwartungen für Probleme bei der therapeutischen Beziehungsgestaltung (z. B. Misstrauen, eigene moralische Einstellungen, Strafbedürfnisse, Ekel, Abneigung, Ängste, etwas zu übersehen, Fehler zu machen. Massenmedien ikonisieren die Geschädigten als `Opfer´ und dämonisieren die Täter [143; 77; 172; 150; 63; 16].

Bei langfristiger Freiheitsentziehung sorgt die Erfahrung mit (anscheinend) ausbleibenden Behandlungserfolgen für Probleme in der Beziehung zwischen Therapeuten und Patienten. Konflikte bei der interdisziplinären Zusammenarbeit in einer totalen Institution [45] führen zu übermäßiger Kontrolle. Dabei verfolgt das Behandlungsteam oft unreflektiert therapeutische Ziele, die kriminalprognostisch irrelevant sind und mit dem Behandlungsziel wenig zu tun haben, z. B. Befolgen von Stationsregeln oder Gehorsam gegenüber Anweisungen. Konflikte werden rasch der Persönlichkeitspathologie und der unzureichenden Kooperation der Patienten zugerechnet, was bei Straffälligen besonders leicht fällt [vgl. 114; 115].

Auch Straftäter werden in ihrem Selbstbild durch das gesellschaftliche Klima beeinflusst. Die gesellschaftliche Verurteilung wirkt wie ein sozialer Ausschluss und hat neurobiologische Effekte, die Krankheiten verursachen können [156, 298; 7, 31, 105f; 55, 69].

1.5.3 Persönlichkeit von Patienten

Bestimmte Persönlichkeitszüge (nicht nur: Persönlichkeitsstörungen) formen sich auf der Grundlage angeborener Eigenschaften (Prädisposition, Temperament) durch alle

Interaktionen zwischen Säugling/Kind und seiner Umwelt. Die Ergebnisse dieser Interaktionen werden als Objekt- und Selbstrepräsentanzen gespeichert und gestalten alle weiteren Kommunikationsakte mit Anderen. Emotionale Labilität, Misstrauen und impulsives Handeln können Therapie-fortschritte behindern. Weitere begrenzende Faktoren in forensischen Psycho- therapien sind kognitive Beeinträchtigungen, psychiatrische Störungen oder Substanzmissbrauch.

Persönlichkeitsmodelle versuchen, menschliche Charakterzüge bzw. Verhalten systematisch zu erfassen. Moderne Persönlichkeitstheorien basieren vorwiegend auf den Arbeiten von Eysenck, z. B. das Big Five Modell [22] und dessen Varianten, das fünf Faktoren Neurotizismus, Extraversion, Offenheit, Gewissenhaftigkeit und Verträglichkeit als Dimensionen der Persönlichkeit systematisch auflistet.

In Studien wurde der Einfluss dieser Persönlichkeitsfaktoren auf das Therapie-ergebnis untersucht [beispielhaft: 49], nicht aber eine damit evtl. verbundene Einschränkung der Therapiefähigkeit im Prozess.

Bei Pädophilen führt der erzwungene Verzicht auf die Verwirklichung der sexuellen Präferenz zu Verzweiflung, Zorn und Depressivität (vgl. 1.3.1. Komorbidität). Die Identitätsängste werden verstärkt durch das Gefühl, von anderen kritisiert, zurückgewiesen, beobachtet oder verfolgt zu werden, was sich in geschlossenen Institutionen verstärken und Misstrauen, Angst und Vorsicht erhöhen kann. Beharren auf der eigenen Meinung, Selbstbezogenheit und Überheblichkeit von Patienten können – wenn Psychotherapeuten damit nicht angemessen umgehen – empfindlich stören. Diese Probleme führen in Freiheit zum Abbruch von Therapien, dies ist im MRV nicht möglich; hier werden auch normale Widerstandsphänomene als Anzeichen für Dissozialität ausgelegt. Auch unangemessene Unterordnung/ Anpassung ist ein begrenzender Faktor für eine Therapie. Bei Sexualdelikten an Kindern sind Scham- und Schuldgefühle hinderlich, wenn sie zu stark sind und nicht aufgelöst werden können.

Gelegentlich wird bezweifelt, ob Angaben von MRV-Patienten über ihre Therapien zuverlässig sind. Im Rahmen einer prospektiven Studie wurden MRV-Patienten ein Jahr nach ihrer Entlassung zu Deliktrückfällen befragt und ihre Angaben fremdanamnestisch und durch Strafregister-Auszüge überprüft. Neben einer insgesamt geringen Zahl von Rückfällen zeigte sich, dass die Patienten mehr Delikte

angaben als die offiziellen Quellen. Überprüfungen zeigten, dass die Fehlerquelle bei den offiziellen Quellen lag. Kein Proband habe ein Delikt verschwiegen, vielmehr seien zusätzliche Angaben gemacht worden. „Die Befürchtung, dass durch eine Patientenbefragung die Unehrlichkeit der Probanden bzw. eine stark sozial erwünschte Tendenz zutage tritt, ist kaum berechtigt.“ [51, 247].

1.5.4 Verfahren, Methoden und Techniken

In den letzten 20 Jahren werden zunehmend modularisierte Gruppenprogramme in der Behandlung von Sexualstraftätern angewendet. An Bedeutung gewonnen hat die Dialektisch-Behaviorale Therapie [91], die Meditationstechniken neben kognitiv-behavioralen Methoden beinhaltet, und neuere verhaltenstherapeutische Verfahren [37, 228], die stärker das emotionale Erleben und unbewusste Prozesse sowie die Psychodynamik der therapeutischen Beziehung berücksichtigen. Die Wirkung von Verfahren, Methoden und Techniken auf Verlauf und Ergebnis forensischer Psychotherapien spielt in der Literatur eine größere Rolle als ihr nach Ergebnissen der Wirkungsforschung zusteht [2; 3; kritisch: 28, 279f].

1.6 Zur vorliegenden Studie

Diese explorative Pilotstudie untersucht anhand von 30 Interviews die Behandlung von Patienten, die wegen Sexualstraftaten an Kindern mit der Diagnose einer Pädophilie gemäß § 63 StGB im MRV untergebracht sind. *Über* pädophile Straftäter gibt es viele Studien, *mit* ihnen allerdings wenige. Sexualdelikte an Kindern werden derzeit als schwere Delikte bewertet: Neue Straftatbestände wurden im StGB aufgenommen, um `Schutzlücken´ zu schließen, Strafen haben sich drastisch erhöht, die Verjährungsfrist für eine Strafverfolgung wurde auf 30 Jahre, beginnend mit dem 21. Lebensjahr von Geschädigten, heraufgesetzt. Dem gesellschaftlichen Diskurs, der sexuellen Missbrauch als nicht hinnehmbares soziales Problem brandmarkt, können sich Juristen und Therapeuten kaum entziehen [143]. Angaben von Tätern werden skeptisch bis ablehnend betrachtet.

Der Diskurs strukturiert das Feld der forensischen Psychotherapie und die Wahrnehmung von Therapeuten. „Im falsch verstandenem hermeneutischen Zirkel

werden dann einzelne Texte `zurechtgelesen´, bis sie mit den erwarteten Epochen-, Genre- oder Theoriemerkmalen übereinstimmen.“ [64, 246; vgl. 102; 143]. Die subkulturellen Wirklichkeitskonstruktionen in der Forensik sind meist implizit; es braucht die Erforschung des Normalen, um verdeckte Regelsysteme sichtbar und damit hinterfragbar zu machen. Interviews ermöglichen einen Zugang zu Patienten in der Forensik, die anderen Forschungsmethoden misstrauen. Sie erfordern aber eine Unterstützung der Interviewten durch Forschende, um Reflexionen und Erinnerungen in Gang zu setzen, ansonsten bleiben Angaben an der Oberfläche. Dieser Studie kommt es darauf an, die Relevanzsysteme der Befragten herauszuarbeiten [76, 336].

Bei allen qualitativen Studien muss die Wirkung der Forscher auf das zu Beobachtende beachtet werden: Persönliche Bezugstheorien, Einstellungen, Vorerfahrungen und Forschungsinteressen beeinflussen Forscher in der Untersuchungssituation und in der Art ihrer Kommunikation; der eigene Stand-Punkt beeinflusst den Blick-Winkel (Perspektive) auf das, was überhaupt wahrgenommen wird [35] und was in die Untersuchung und die Auswertung einfließt.

Diese Studie sucht Antworten auf folgende Fragen:

a) Können Behandlungsmaßnahmen und Rahmenbedingungen im MRV von Patienten als Adressaten angemessen wahrgenommen und bewertet werden?

Pfäfflin [113, 146, 152; vgl. 136] wies kritisch darauf hin, dass Zufriedenheit bei forensischen Patienten allein selten ein geeignetes Kriterium für die Messung des Therapieerfolgs sein kann. Deshalb wurden für die vorliegende Studie typische Ziele des MRV für eine erfolgreiche therapeutische Behandlung als Kriterium hinzugezogen. Patientenangaben wären demnach geeignet zur Beurteilung der Wirkung von Behandlungsmaßnahmen, wenn deren Informationen über Angaben zum subjektiven Wohlbefinden hinausgehen.

Patientenbezogen sollte eine Auseinandersetzung mit eigenen sexuellen Identität und mit sexuellen Präferenzen erkennbar sein. Eine Idealisierung von Kindern sollte kritisch reflektiert werden. `Erwachsene´ Persönlichkeitszüge, ein gewachsenes Selbstbewusstsein und eine Auseinandersetzung mit kritischen Aspekten der eigenen Person sind günstig wie auch gewachsene Fähigkeiten zur Introspektion,

zur Antizipation, zur Mentalisierung und zu sozialen Beziehungen. Ideal wäre, wenn diese Fähigkeiten sich in der Interviewsituation beobachten lassen.

b) Sind Patientenbefragungen neben Prognose-Checklisten, Tests und klinische Beurteilungen durch Therapeuten und/oder externe Sachverständige geeignet, um abzubilden, ob und wie eine Behandlung im MRV voranschreitet?

Patientenbefragungen wären demnach geeignet zur Beurteilung von Therapieverlauf und -stand, wenn Pädophile über Delikte, deren Hintergründe, über ihre sexuelle Identität und Präferenzen, über Inhalte, Formen und Rahmenbedingungen der Therapie differenziert berichten können.

Deliktbezogen sollte bei der Kommunikation über Anlasstaten und über die dahinter liegende Dynamik das eigene Verhalten reflektiert und die Verantwortung für das Geschehen nicht auf Dritte (z. B. die betroffenen Kinder) verlegt werden; generelle Schuldeingeständnisse oder vordergründige `Einsichten´ in fehlerhaftes eigenes Handeln reichen nicht aus, um Behandlungsfortschritte feststellen zu können. Angaben zu nicht aufgedeckten Delikten unter der Therapie sind ebenso günstig wie Hinweise auf Empathie mit den Geschädigten. Individuelle Risiko-faktoren und Präventionsmaßnahmen sollten bekannt und trainiert sein.

c) Lassen sich aus dem Blickwinkel pädophiler Patienten Erkenntnisse für die Planung einer forensischen Psychotherapie bzw. für die Ausbildung/Unterweisung von Psychotherapeuten gewinnen?

Patientenangaben sind demnach bei der Planung von Therapien bzw. bei der Ausbildung forensischer Therapeuten geeignet, wenn die Schilderungen ihre Behandlung szenisch abbilden und beschreiben, wie Persönlichkeitszüge und Intervention der Behandelnden auf sie wirken und ihre Compliance beeinflussen.

Therapeutenbezogen sollte die Persönlichkeit von Therapeuten und anderen Mitarbeitern plastisch dargestellt werden können. Dabei sollten sich Beziehungen zwischen den TN und den Therapeuten abbilden. Die TN sollten berichten können, wie Therapeuten Veränderungen bei ihnen erzielt haben, wobei bei Konflikten und bei Kritik an Therapeuten eine Empathie nicht grundsätzlich verloren geht.

Therapiebezogen sollten konkrete Szenen und Erfahrungen (z. B. mit bestimmten Techniken) aus Therapien geschildert und Veränderungsprozesse dargestellt werden

können. Dabei sollte Therapie auch kritisch reflektiert (nicht idealisiert) werden können und auf die eigene Persönlichkeit, ihre Geschichte und ihre Zukunftsvorstellungen bezogen sein.

1.7 Hypothesen

Aus den Fragestellungen lassen sich folgende Hypothesen für die Studie ableiten:

Hypothese 1: Halbstrukturierte Patientenbefragungen liefern Informationen zum Therapieverlauf, die über Wünsche und Angaben zum subjektiven Wohlbefinden hinausgehen. Diese Hypothese gilt als widerlegt, wenn Patientenangaben nur eigene Wünsche abbilden und sich auf subjektives Wohlbefinden beschränken.

Hypothese 2: Halbstrukturierte Patientenbefragungen sind ein geeignetes Instrument zur Überprüfung des Therapiestandes, wenn pädophile TN über Delikte, deren Hintergründe, ihre sexuelle Identität und Präferenzen, über Inhalte, Formen und therapeutische Beziehungen und die Rahmenbedingungen differenziert reflektieren und bewerten können. Diese Hypothese wäre widerlegt, wenn Patienten nicht in der Lage sind, einem Interviewer differenzierte Angaben zu diesen Themen zu machen.

Hypothese 3: Halbstrukturierte Patientenbefragungen im MRV sind zur Messung des Therapiefortschritts ergänzend geeignet, weil sie neue Erkenntnisse über den Verlauf und den Stand der forensischen Psychotherapie liefern, die über die bisher eingesetzten Verfahren hinausgehen. Diese Hypothese wäre widerlegt, wenn die Angaben der TN keine differenzierten Informationen über die Beziehung zu Therapeuten und deren Interventionen enthalten, mit denen Therapeuten die Wirkungen der eigenen Interventionen einschätzen können.

2 Studiengruppe und Methoden

Das Design der vorliegenden Studie lag der Ethik-Kommission der Universität Ulm vor, die keine Einwände gegen die Anlage der Studie erhoben hat (Aktenzeichen 84/10, Beschluss vom 03.05.2010).

Die explorative Studie untersucht die Wirksamkeit von Behandlung aus der subjektiven Sicht pädophiler Patienten, die in halboffenen Interviews befragt wurden, was ihrer Meinung nach hilfreich und was dysfunktional in ihrer Therapie war bzw. ist.

2.1 Ablauf der Untersuchung

Angeschrieben wurden im Jahr 2010 zunächst 12 MRV-Kliniken in NRW. Weil sich dort nicht die genügende Mindestzahl von 25 TN mit der Diagnose einer Pädophilie für die Studie fand, um eine sinnvoll qualitative Auswertung zu gestalten, wurden zusätzlich 8 MRV-Kliniken in vier weiteren Bundesländern angeschrieben. Vier Kliniken teilten mit, sie hätten keine Patienten mit der Diagnose Pädophilie, zwei Kliniken bekundeten Interesse, benannten aber letztlich keine TN, fünf Kliniken antworteten auch auf mehrfache Anfragen nicht. Nur eine Klinik erklärte explizit, sie wolle sich nicht an der Studie beteiligen.

Die kooperierenden Kliniken meldeten die Zahl der dort untergebrachten pädophilen Patienten und erhielten entsprechend viele verschlossene Briefumschläge mit Informationen über die Studie, einem Rückmeldebogen mit frankierten Rückumschlag, sodass interessierte TN sich direkt mit mir in Verbindung setzen konnten. Über die Rückantwort erfuhr ich die Namen der Patienten und konnte einen Termin vereinbaren.

Die Teilnahme an der Studie war freiwillig, es erfolgte keine Vergütung oder anderweitige Gratifikationen. Die Interviews wurden zwischen November 2010 und März 2012 in den MRV-Kliniken durchgeführt, in denen die TN derzeit untergebracht sind. Vor dem Interview fand ein Vorgespräch statt, in dem die TN die Möglichkeit erhielten, alle offenen Fragen zu klären. Jeder TN gab schriftlich sein Einverständnis zur wissenschaftlichen Nutzung aller erhobenen Daten. Biographische Angaben und

zwei Fragen zur subjektiven Bewertung des aktuellen Befindens im Vergleich zum Zeitpunkt der Aufnahme in den MRV (nach Spießl et al. [146]) und zur subjektiven Bewertung der persönlichen Entwicklung (nach Westendarp et al. [170]) wurden vor dem Interview schriftlich erhoben (s. Anhang). Nach der Klärung aller Fragen der TN wurden die Interviews aufgezeichnet. Nach dem Interview erhielten alle Befragten einen weiteren Bogen mit frankiertem Rückumschlag mit der Bitte, eine Woche nach dem Interview Fragen und Anmerkungen zu der Studie zu machen. Hiervon machten 15 TN Gebrauch.

2.2 Studiengruppe

Alter: Die 30 männlichen Studienteilnehmer (TN) mit der Diagnose einer Pädophilie, die im MRV untergebracht waren, waren zwischen 20 und 67 Jahren alt (Mittel 42,5 Jahre/Median 43 Jahre. SD 13,069). Die jüngere Hälfte der TN war zwischen 20 und 43 Jahre alt, vier TN waren 60 Jahre und älter.

Tabelle 2 Alter (gruppiert) der Studiengruppe (Pädophile aus 8 Maßregelvollzugskliniken in 4 Bundesländern)

Altersgruppierung in Jahren	Anzahl	Alter bei Aufnahme in den Maßregelvollzug
20 bis 29	8	16 – 25
30 bis 39	4	22 – 36
40 bis 49	9	25 – 45
50 bis 59	5	31 – 51
60 bis 69	4	39 – 64
Insgesamt	30	

Dauer der Unterbringung: Die TN waren bisher zwischen knapp einem und 27 Jahren im MRV untergebracht. (Mittel 8,4 Jahre/Median 6 Jahre; SD 6,757).

Tabelle 3 Unterbringungsdauer (Pädophile aus 8 Maßregelvollzugskliniken in 4 Bundesländern)

Altersgruppe	n	Spannweite der Unterbringung in Jahren	Mittlere Dauer der Unterbringung in Jahren
20 bis 29	8	3 – 12	7,1
30 bis 39	4	1 – 14	8,75
40 bis 49	9	2 – 18	8,33
50 bis 59	5	6 – 27	13,8
60 bis 69	4	3 – 16	6,75
insgesamt	30		

Eine Unterteilung in Altersgruppen zeigt, dass die Unterbringungsspanne zwischen jungen und älteren TN nicht sonderlich differiert. Rechnet man den am längsten

untergebrachten TN mit 27 Jahren Unterbringung heraus, ergibt sich bei den verbleibenden 4 TN zwischen 50 und 59 Jahren eine durchschnittliche Unterbringungsdauer von durchschnittlich 10,25 Jahren. Der einzige TN mit einer Unterbringungsdauer von einem Jahr gehört zu den 30-39jährigen.

Tabelle 4 Unterbringungsdauer der 20- 29-jährigen (Pädophile aus 8 Maßregelvollzugskliniken in 4 Bundesländern)

n	Alter bei Aufnahme in Jahren	Alter beim Interview in Jahren	Dauer der Unterbringung
2	17; 25	20; 28	3 Jahre
2	20; 24	24; 28	4 Jahre
1	23	28	5 Jahre
1	16	24	8 Jahre
1	19	28	9 Jahre
1	16	28	12 Jahre
8			

Das Alter bei Aufnahme in den MRV war bei der älteren Gruppe wesentlich höher als bei der jüngsten Gruppe; bei 04; 11; 19; 27; 54; 65 gibt es frühere Inhaftierungen bzw. Unterbringungen. Die TN aus dem jüngsten Lebensjahrzehnt (20 – 29 Jahre) sind verglichen mit ihrem Lebensalter lange Zeit untergebracht. Ihre Aufnahme in den MRV erfolgte bei 3 TN noch im Jugendalter.

Schulische Bildungsabschlüsse: Mehr als 75% der Studiengruppe haben den Hauptschulabschluss (einer davon während der Unterbringung im MRV) oder höhere Bildungsabschlüsse erreicht (die 3 TN mit Abitur hatten zugleich einen Fachhochschulabschluss), bei 23% der TN lag das Bildungsniveau unterhalb des Hauptschulabschlusses.

Tabelle 5 höchster erreichter Bildungsabschluss der Studiengruppe (Pädophile aus 8 Maßregelvoll-zugskliniken in 4 Bundesländern)

Altersgruppe	n	Kein Abschluss	Sonderschule	Hauptschule	Realschule	Abitur	Studienabschluss
20 bis 29	8	1	1	4	2	0	0
30 bis 39	4	0	0	4	0	0	0
40 bis 49	9	0	3	5	0	1	1
50 bis 59	5	1	0	3	1	0	0
60 bis 69	4	1	0	0	1	2	2
insgesamt	30	3	4	16	4	3	3

Berufliche Bildung: Es scheint, als ob die ältere Hälfte der Studiengruppe (44 – 67 Jahre) eine bessere berufliche Qualifikation hat; nur 4 TN hatten keine, 7 TN eine

abgeschlossene Ausbildung, 3 waren als Akademiker freiberuflich tätig. Von den 20 – 43jährigen TN hatten 11 keine Berufsausbildung abgeschlossen. Dies hängt u. U. mit dem Alter bei Beginn der Unterbringung zusammen, wie die Angaben der 20 – 29jährigen in den Interviews zeigen: diese TN hatten gerade mit ihrer Schule abgeschlossen, als sie untergebracht wurden.

Tabelle 6 Berufsbildung/Berufstätigkeit vor der Unterbringung (Pädophile aus 8 Maßregelvollzugskliniken in 4 Bundesländern)

Altersgruppe	n	Ohne Abschluss	Abgeschlossene Ausbildung	Student	Meister	Freiberufler/Akademiker
20 bis 29	8	5	2	1	0	0
30 bis 39	4	4	0	0	0	0
40 bis 49	9	4	4	0	0	1
50 bis 59	5	1	4	0	0	0
60 bis 69	4	1	0	0	1	2
insgesamt	30	15	10	1	1	3

Sechs TN waren bereits früher untergebracht, die anderen waren erstmals im MRV. Zusätzlich wurden Haftzeiten und Aufenthalte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. der Allgemeinpsychiatrie angegeben.

Tabelle 7 Delikte/Vorstrafen vor der Unterbringung (Pädophile aus 8 Maßregelvollzugskliniken in 4 Bundesländern)

Keine Vorstrafen	Sex. Missb. an Kindern	Andere Sexualdelikte	Andere Delikte	Ohne Angaben	insgesamt
7	10	1	6*	6	30

* Diebstahl, Raub, Betrug, Urkundenfälschung, Sachbeschädigung, Körperverletzung, Straßenverkehrsdelikte.

Einweisungsdelikte/Diagnosen: In 29 Fällen erfolgte die Unterbringung wegen sexuellem Missbrauch an Kindern, bei einem TN ausschließlich wegen Besitz von kinderpornographischem Material. Als zusätzliche Einweisungsdelikte wurden von je einem TN genannt: Störung der Totenruhe, Exhibitionismus und Körperverletzung.

Die Kliniken vergaben außer Pädophilie (ICD-10; F65.4) bei je einem TN die Diagnose Exhibitionismus (F65.2) und Voyeurismus (F65.3). Nur 8 TN erhielten keine Zusatzdiagnose; 18 TN erhielten folgende Zusatzdiagnosen:

Tabelle 8 vergebene Zusatzdiagnosen nach ICD-10 durch die Klinik (Pädophile aus 8 Maßregelvollzugskliniken in 4 Bundesländern)

F1x Substanzabusus	F2x Schizophrenie	F3x Affektive Störg.	F60.x Persönlichkeitsstörungen	F7x Intelligenzminderung
3	2	1	12	4
10%	6,6%	3,3%	40%	13%

2.3 Erkenntnistheoretische Vorbemerkung

Über den Einfluss von Forschern auf das zu Beobachtende gibt es eine umfangreiche erkenntnistheoretische Literatur [stellvertretend: 6; 24, 54; 75; 88; Übersicht bei 82]. Dieser Einfluss wird auch für Naturwissenschaften beschrieben, etwa in der Quantenphysik. Aber in der qualitativen Forschung ist dieses Phänomen stärker als in der quantitativen Forschung [35]. Den eigenen Voreinstellungen widersprechende Phänomene werden gern ausgeblendet, `übersehen´ oder als irrelevant erklärt, wenn sie nicht zu übersehen sind. Dieser subjektive Faktor wirkt sowohl bei der Datenerhebung als auch bei der Auswertung. Man kann und muss Vorkehrungen treffen, um diese Einflüsse bzw. den Bias so gering wie möglich zu halten. Aber vermeidbar ist dieser Einfluss prinzipiell nicht. Man kann ihn nur bewusst machen. Interviews sind kein Blick durch ein Mikroskop, sondern sind soziale Situationen mit allen Konsequenzen; Sowohl Forscher als auch Interviewpartner können ihre Haltungen, Hoffnungen und Befürchtungen nicht einfrieren, nur weil sie an einem Interview teilnehmen.

Trotz des Bestrebens von qualitativer Sozialforschung, Daten nicht quantitativ auszuzählen, sondern Forschungssubjekte anhand ihrer Aussagen, Einstellungen und ihrem Verhalten zu untersuchen, entsteht in vielen qualitativen Studien die Notwendigkeit (oder die Versuchung), qualitative Daten zu quantifizieren [174, 262]. Dieses Vorgehen vernachlässigt die `Erste-Person-Perspektive´, bei der Individuen Aussagen über sich, über andere und Sachverhalte treffen, zugunsten einer `Dritte-Person-Perspektive´ [175; 96]. Das Empfinden und das Denken einer Person, ihre inneren Bilder und Repräsentanzen lassen sich nicht objektivieren.

In der vorliegenden Arbeit habe ich versucht, diese `Erste-Person-Perspektive´ der TN möglichst konsequent und umfassend wiederzugeben. Statt zu beschreiben, dass 21 TN z. B. die Gruppentherapie als positiv erlebten, werden die entsprechenden Aussagen von 21 TN nacheinander aufgelistet – bei Items, die für die Fragestellung wichtig erschienen, für viele TN; bei weniger wichtigen Items zwei bis drei Beispiele, um die Inhalte (`Qualia´) aufzuzeigen. Gemeinsamkeiten (bzw. feine Unterschiede) der Angaben der TN werden so deutlicher und der Leser kann sich so ein besseres Bild machen. Diese Vorgehensweise kann zu Verzerrungen bei

der Auswahl von Textpassagen führen und vergrößert den Umfang von Kapitel 3, wobei zwischen der Gefahr einer Auswahlverzerrung und der Notwendigkeit der Begrenzung des Umfangs dieser Arbeit abgewogen werden musste.

2.4 Quantitative und Qualitative Sozialforschung

Qualitative Sozialforschung will – anders als quantitative Forschung – keine objektiven Gesetze, Häufigkeiten oder Verteilung von Daten untersuchen bzw. Theorien und Hypothesen statistisch prüfen; ihre Daten erreichen selten den Abstraktionsgrad von Zahlen. Qualitative Studien fragen nach dem `wie´ sozialer Phänomene, wollen sie `von innen´ begreifen [58; vgl. 64] und gehen deshalb kommunikativ und sinnverstehend vor. Ein solches Verständnis bringt nicht nur Unsicherheit für Forschende mit, etwas „bisher noch nicht auf kognitive Weise in Zusammenhang gebrachte Inhalte zu etwas Neuem zu verknüpfen“ [140, 26], sondern ignoriert wichtige Kriterien empirischer Forschung wie Standardisierung, Messbarkeit und Wiederholbarkeit unter gleichen Bedingungen zur Überprüfung der Ergebnisse. Soziales Handeln ist weder durchgängig rational noch abschließend kausal erklärbar (so wie soziale Wirklichkeit nicht objektiv, sondern durch Bedeutungszuschreibungen gesellschaftlich konstruiert wird), Einstellungen, Bewertungen und Handlungen können nicht ohne Berücksichtigung des Kontexts verstanden werden.

Der Begriff „qualitative Sozialforschung“ umfasst drei Bedeutungen: 1. die quantitative Analyse qualitativer Daten; 2. explorierende Voruntersuchungen zur Entwicklung von Hypothesen (von denen weniger die üblichen Gütekriterien wie Objektivität, Zuverlässigkeit und Gültigkeit gefordert werden, dafür aber die Erwartung der Entdeckung von Neuem, das anschließend quantitativ `exakt´ untersucht werden kann); 3. ein sinnverstehendes Vorgehen von individuellen Bedeutungszuschreibungen, sozialen Kontexten und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen [64]. Die vorliegende Arbeit gehört zur dritten Kategorie.

Kleining [62] verweist auf unterschiedliche Forschungsstrategien:

Die lineare Strategie der quantitativen Sozialforschung entwirft zu Beginn des Forschungsprojekts einen Plan (Hypothesen, Auswahl von Methoden, Auswahl der

Studiengruppe, Datenerhebung, Datenauswertung, Testen der Hypothesen), der in einer festgelegten Reihenfolge abgearbeitet werde. Abweichungen von der Planung würden die Wiederholbarkeit und die Vergleichbarkeit der Daten gefährden – dann könne nicht mehr verlässlich rechnerisch bearbeitet werden.

Qualitative Forschung geht dagegen zirkulär vor: Die Forschungsschritte (Auswahl der Methoden, Auswahl der Studiengruppe, Datenerhebung, Datenauswertung, Theorieentwicklung) werden – ausgehend von einem Vorverständnis – mehrfach durchlaufen, wobei der nächste Schritt von den Ergebnissen des vorhergehenden abhängt. Dabei kann das weitere Vorgehen oder die ursprüngliche Fragestellung verändert werden [174, 260].

Hoffmann-Riem kritisiert, die Betonung der Einheitlichkeit von Theorie, Methodologie und Forschungspraxis bei quantitativen Studien müsse eher als Rationalisierung betrachtet werden, weil Forscher nach Reputation streben und „sich vom `Verdacht der Spekulation´ .. befreien“ wollen [53, 256]. Diesem Verdacht kann in qualitativen Studien nur durch ein transparentes Vorgehen begegnet werden.

2.4.1 Grounded Theory als gegenstandsnahe Theoriebildung

Theorien sollen nicht nur Befunde liefern, sondern neue Inhalte und Zusammenhänge vermitteln. Glaser & Strauss [44] entwickelten die Grounded Theory, die auf Annahmen der mikrosoziologischen Theorie des symbolischen Interaktionismus [94; 45] beruht: Menschen handeln auf Grundlage von Bedeutungen, die Dinge für sie und ihre soziale Umwelt haben; um ihre Handlungen nachzuvollziehen, muss man die zugrunde liegenden Bedeutungen kennen. Bedeutung entsteht aber immer durch Handeln, beides bedingt sich gegenseitig und verändert sich durch soziales Handeln. Die Akteure wissen um die symbolischen Bedeutungen ihrer Handlungen für die gemeinsam geteilte Realität, wobei sie im Idealfall wechselseitig ihre Perspektiven einnehmen können (was eine Basis für Empathie ist). Entsprechend dieser Theorie von Veränderungen zielt die Grounded Theory auf die Bildung neuer Theorien auf Basis qualitativer Daten; die Art der Datenerhebung wird dabei bewusst offen gehalten.

Daten – hier aus Interviews mit Patienten im MRV – werden auf relevante Ereignisse und Erfahrungen (also auf Zuschreibung von Bedeutung) untersucht, die dann vom Eingangsmaterial ausgehend in mehreren Schritten verallgemeinert werden zu Konzepten. Dabei gilt die Aufmerksamkeit des Forschers weiteren Ereignissen, die das sich herausbildende Konzept stützen oder aber neue Konzepte erfordern. Dieses gezielte Suchen führt zu einer Nicht-Zufälligkeit von Themen.

Die grundsätzlichen Annahmen stammen dabei aus dem vorhandenen Bezugswissen des Forschers, von dem aber eine Offenheit für neue Zuordnungen und Annahmen erwartet wird. Der Prozess wird durch Notizen, Tagebücher usw. protokolliert, um den Forschungsverlauf zu belegen.

Das Material wird Wort für Wort auf Bedeutungen untersucht (offenes Codieren), um dann bedeutsame Kategorien herauszuarbeiten (axiales Codieren), die dann weiter verdichtet werden (theoretisches Codieren) zu Konzepten. Dabei müssen relevante und nicht relevante Aspekte im Datenmaterial unterschieden werden. Dies erfordert bei aller Stringenz eine gewisse Kreativität; nicht vermeidbare subjektive Bedeutungszuweisungen des Forschers [148, 15; 13], werden durch Protokolle und Memos offen gelegt – und dadurch intersubjektiv kontrollierbar.

2.5 Probleme bei Befragungen von Patienten im Maßregelvollzug

Angaben von Patienten über ihre Behandlungen müssen kritisch betrachtet werden, weil sie subjektiv sind. Bei retrospektiven Beurteilungen entstehen zusätzliche Probleme durch Verzerrungen der Erinnerung und durch nachträgliche Verfälschungen.

a) Ein grundsätzliches Problem ist, dass `objektiv´ gute Versorgungsleistungen subjektiv als schlecht wahrgenommen bzw. bewertet und umgekehrt ein unveränderter Zustand als besser bewertet werden kann (Unzufriedenheitsparadox [vgl. 68; 433; 73]);

b) Patienten passen ihr Erzählungen an (phantasierte oder geäußerte) Erwartungen und Vorannahmen des Forschers an (und möglicherweise denen der MRV-Klinik trotz der Zusicherung, dass die Ergebnisse strikt anonym bleiben);

c) Ärger über Unterbringungsbedingungen kann Antworten auch in die andere Richtung beeinflussen; die Situation von TN muss konkret bekannt sein, um Bewertungen richtig einordnen zu können.

d) Unklar bleibt oft, nach welchen Maßstäben und in welcher konkreten (konflikthaften oder harmonischen) Situation Bewertungen abgegeben werden.

e) Erinnerungen werden aktiv (wenn auch selten bewusst) in der Gegenwart des Interviews konstruiert und auf die Erfordernisse der Interviewsituation zugepasst; sie folgen u. a. der Tendenz zur Bildung guter Gestalten.

f) Beim aktuellen Hervorrufen von Erinnerungen und Erzählungen kommt es zu unbewussten Verfälschungen, weil es eine Tendenz gibt, die Erinnerungen so zu kreieren, dass sie mit der aktuellen Identität des Erzählers nicht in Widerspruch stehen;

g) Je länger die Unterbringungsdauer, desto ungenauer ist die Beurteilung von Behandlungsmaßnahmen und von Therapeuten durch die TN. Meist sind Szenen aus der jüngeren Vergangenheit Anknüpfungspunkte für älteres `Material´;

h) Der Anpassungsdruck im MRV ist allgegenwärtig, kein TN befindet sich in Freiheit. Ihre Angaben zu Therapiefortschritten und zur Rückfallprävention sind deshalb rein hypothetisch.

Diskutiert wird, ob Angaben von untergebrachten Sexualstraftätern zuverlässig sind. Buchholz et al. [18; vgl. 78] wiesen darauf hin, dass Sexualstraftäter in ihren Erzählungen auch aus Abwehrzwecken unterschiedliche `narrative Räume´ schaffen: neben dem öffentlichen Raum (in dem die `Fakten´ berichtet werden, dem privaten Raum (in dem das emotionale Erleben des Erzählers, sein Begehren und die subjektive Sinnkonstruktion erscheint), dem `Chambre Séparée´ (in dem Zuhörer mit sexuell erregendem Material versorgt werden), muss der eigentliche therapeutisch wirksame `dritte Raum´ geschaffen werden, der zur Einleitung von Veränderungen aufgesucht werden muss [18, 45, 76; vgl. 78, 174f]. Diese Erkenntnisse müssen bei Interviews mit Pädophilen im MRV stets mit bedacht werden. Pädophile spüren oft kompetent, was ihr Gegenüber hören will [18, 112f; kritisch hierzu 51]. Außer dem

Versuch einer Sexualisierung der Kommunikation oder Antworten im Sinn sozialer Erwünschtheit kann dies aber auch einem Bedürfnis nach Intersubjektivität und sozialer Zugehörigkeit entspringen, das auch in Machtverhältnissen wirkt [149, 109f].

2.6 Untersuchungsinstrumente

Interviews in der qualitativen Sozialforschung sind „ein planmäßiges Vorgehen mit wissenschaftlicher Zielsetzung, bei dem die Versuchsperson durch eine Reihe gezielter Fragen oder mitgeteilter Stimuli zu verbalen Informationen veranlasst werden soll.“ [131, 70]. Wenn Bezugsrahmen, Meinungen und Einstellungen erhoben werden sollen, sind offene Fragen sinnvoll. Weil wenig Material über die Sicht von MRV-Patienten auf ihre Therapie und deren Rahmenbedingungen vorliegt, bot sich ein möglichst offenes Vorgehen an, auch um die Asymmetrie eines Forschungsinterviews bei der Sammlung und Gewichtung von Material zu mildern. Aus den gewonnenen Daten sollten Kategorien entwickelt werden, mit denen sich Wirkfaktoren aus Patientensicht systematisieren lassen. Im Mittelpunkt dieser Studie stehen das subjektive Erleben und die Bewertung von therapeutischen Maßnahmen durch Patienten, die Objekte dieser Behandlung sind. Sie sind hier die Experten; der Forscher ordnet und systematisiert vorwiegend die Äußerungen der TN. Starre Formulierungen und eine festgelegte Reihenfolge der Fragen sind kontraproduktiv, weil dabei kaum ein Gespräch entstehen und die Relevanzsysteme der Befragten nicht zum Zug kommen können [76, 336]. Gerade auf diese Relevanzsysteme kommt es dieser Studie an.

Forscher müssen sich dabei auf eine intensive Kommunikation mit TN einlassen, deren Regel- und Kommunikationssystemen folgen und auf gewohnte eigene Deutungsmuster verzichten. Dabei handeln Interviewer aktiv und erzeugen dadurch Reaktionen. Die Antworten der TN sind Reaktionen auf diese kommunikativen Akte [54, 183] und müssen als solche bewertet werden. Wechselseitige Perspektivität (Intersubjektivität) kann als Ursprung menschlicher Sozialität [82; 94] verstanden werden.

Auf ein völlig offenes Interview wurde aus forschungsökonomischen Gründen verzichtet; es folgt den Erzählungen von TN ohne Eingreifen des Interviewers, was

die Dauer verlängert und das Risiko eingeht, dass wichtige Bereiche nicht angesprochen werden. Vor den Interviews wurden soziodemographische Eckdaten erfragt und die subjektive Einschätzung der TN zu ihrem derzeitigen Behandlungsstand auf einer Likert-Skala festgehalten. Der Interviewleitfaden für diese Studie (Anhang) wurde auf Basis des *Change Interview* [32] entwickelt. Die Fragen wurden in den Interviews nicht streng abgearbeitet, um der Erzählstruktur der TN Raum zu geben. Auch der Interviewer hatte die Freiheit, Fragen und Anmerkungen einzuschieben, die sich für ihn im Gesprächsverlauf ergaben.

Der Leitfaden erfragt im ersten Teil Angaben zu den begangenen Straftaten, zur sexuellen Orientierung und über die eigene Haltung zur Diagnose. Es folgen Fragen über die Einzel- und Gruppentherapie, andere therapeutische Angebote und zur Lebenswelt im MRV. Abschließend wurden die TN gebeten, aus der Therapeutenperspektive zu schildern, was sie bei der Behandlung und ihren Bedingungen ändern würden: Dahinter steht die Annahme des Verfassers, dass Patienten in einem zeitlich prinzipiell unbegrenzten Freiheitsentzug Angaben eher im Sinne der sozialen Erwünschtheit machen, auch wenn sie mit ihrer Behandlung nicht zufrieden sind. Über die Perspektivübernahme als Therapeut sollte leichter geäußert werden können, was in der eigenen Behandlung fehlt bzw. nicht gut ist.

Während die TN befragt wurden, wie sie über ihre Therapie urteilen und wie sie einzelne Maßnahmen erleben, waren sie zugleich aufgefordert, über ihre Delikte und deren Hintergründe, die sexuellen Präferenzen zu sprechen. Der Interviewer machte durch Fragen und Statements deutlich, wie er die Äußerungen der TN versteht; dies sollte der kommunikativen Validierung [90, 147] dienen und die TN als Subjekte beteiligen. Dabei verliefen nicht alle Interviews konfliktfrei; es kam zu Störungen sowohl durch nonverbale Handlungen des Interviewers (z. B. auf die Uhr schauen in Interview 07), durch Hoffnungslosigkeit und Feindseligkeit im Interview (53), durch Kreisen um Unrechtserfahrungen und Empörung (11; 73); Missverständnisse durch rasches Reden beider Beteiligter und deren `Reparatur´ (19). Solche Störungen wurden im Interview thematisiert [174, 268; vgl. 148].

2.7 Auswertung der Interviews

Die 30 Interviews wurden mit einem digitalen Aufnahmegerät (*Olympus Linear PCM Recorder LS-10)* aufgezeichnet. Bei drei Interviews musste die Aufnahme wegen eines Batteriewechsels unterbrochen werden.

Die Transkripte wurden in die Software für Qualitative Sozialforschung *Atlas.ti* (Version 6.2.) eingelesen und ausgewertet. Diese Software erlaubt die parallele Bearbeitung großer Textmengen; man kann Aussagen als Zitate (quotations) markieren, gemeinsame Bereiche mit Codes (codes) versehen und im Analyseprozess fortlaufende Forschungsnotizen (Memos) zum Text, aber auch zu Gedanken und Hypothesen anlegen und frei bestimmten Textstellen zuweisen. Das wichtigste Arbeitsinstrument der Software ist die `Hermeneutische Einheit´ (HU), Hier wird der gesamte Text bearbeitet. In weiteren Analyseschritten werden dann Kodes auf einer höheren Abstraktionsebene zu Familien zusammengefasst, um inhaltliche Gemeinsamkeiten in Interviews zu ordnen und von den Phänomenen zu den Strukturen zu gelangen.

In einem ersten Durchgang wurden wichtig erscheinende Zitate in den Erzählungen markiert und das Material inhaltlichen Themenbereiche zugewiesen. Das so geordnete Material wurde anschließend auf thematisch relevante Passagen zunächst auf der Ebene der Einzelinterviews, in einem weiteren Schritt über alle Interviews hinweg durchsucht und codiert. Dabei blieb die erste Codierung textnah und versuchte die Angaben der TN begrifflich zu fassen und auf ihre Eigenschaften zu untersuchen (Offenes Kodieren). Im zweiten Schritt wurden die deskriptiv-narrativen Einheiten durch Rückkopplung mit dem Rohtext auf dahinter liegende Zusammenhänge und Gemeinsamkeiten zwischen den TN untersucht (Axiales Kodieren).

2.8 Gütekriterien

Grundsätzlich stellen sich bei allen qualitativen Studien Fragen nach deren wissenschaftlichen Gütekriterien, weil Ergebnisse von Interviews sich z. B. schlecht wiederholen lassen. Die Validität lässt sich nicht durch Vergleiche mit einem Außenkriterium wie bei quantitativen Studien erreichen, ebenso wenig wie die

Reliabilität durch eine Konsistenzprüfung oder durch Re-Test [90, 141], weil sich die Subjekte von qualitativen Untersuchungen ja durch Aktionen der Forscher und durch die Instrumente (hier: Interviews) verändern. Ein Interview ist auch keine Zeugenvernehmung oder ein therapeutisches Gespräch, bei seiner Auswertung geht es nicht um die `Wahrheitsfrage´ [52].

Die Qualität der Studie wurde durch folgende Schritte gesichert:

- Das Vorgehen wurde von der Vorbereitung über die Erstgespräche, die Aufnahme der Interviews, deren Transkription und die Auswertungsschritte detailliert dokumentiert.
- Das Interviewmaterial wurde in sinnvolle Schritte unterteilt und in definierten Schritten analysiert, wobei nach den Regeln bestimmte Analyseschritte mehrfach durchlaufen werden konnten [174, 260].

- Für die Kodierung des Textes wurden folgende Regeln von Mörtl [95] modifiziert übernommen:

1. Jedes Zitat muss für sich inhaltlich einen Sinn ergeben, den auch nicht informierte Leser verstehen. Wenn ein erklärender Text später auftaucht, wird das Zitat dorthin verlinkt (Anchor).
2. Eine spezifische Situation wird nur einmal codiert, auch wenn sie mehrfach im Text auftaucht. Bei Folgestellen wird dorthin verlinkt.
3. Positive und kritische Aussagen werden als solche voneinander unterschieden.
4. Positive und kritische Aussagen für die Vergangenheit werden von aktuellen Aussagen unterschieden und gekennzeichnet.
5. Ja/Nein-Antworten ohne weitere inhaltliche Erläuterungen werden nur dann codiert, wenn Erläuterungen folgen oder vorangegangen sind. Dies wird durch Kommentar oder Memo begründet.
6. Bei unklaren Codes wird generell ein Memo angelegt.

- Die vergebenen Codes wurden von drei psychiatrisch-psychologischen erfahrenen Personen an eigenständig ausgewählten Ausschnitten von Interviews gegengeprüft; die Ergebnisse wiesen ein ausreichendes Maß an Übereinstimmung mit dem Verfasser auf. Die Angaben der TN wurden abschließend mit juristischen bzw. institutionellen Anforderungen an eine forensische Psychotherapie verglichen (vgl. S.

16 und 17 der vorliegenden Studie) und auf Inkonsistenzen überprüft. Wo Widersprüche auftauchen, wurde dies mit bewertet.

- Auch in einer qualitativen Studie sind Verzerrungen durch die Auswahl von Textpassagen unvermeidlich. Interpretation der Angaben der TN wurde in Protokollen (Memos) begründet und das Vorverständnis des Forschers hierzu offen gelegt. Wenn Interpretationen nicht in sich schlüssig erschienen, wurden die Widersprüche erläutert.

3 Ergebnisse

Insgesamt beteiligten sich 30 Patienten aus acht MRV-Kliniken in den vier Bundesländern Baden-Württemberg (zwei TN in zwei Kliniken), Bremen (vier TN in einer Klinik), Bayern (sieben TN in zwei Kliniken); NRW (17 TN in drei Kliniken). Über ein Computerprogramm wurden diesen 30 TN nach dem Zufallsprinzip den TN Codenummern zwischen 01 und 100 zur Anonymisierung der Daten zugewiesen.

Die Interviews dauerten zwischen 26 und 112 Minuten; (durchschnittlich 72 Minuten/Median 75 Minuten). Der Rohtext von insgesamt 774 DIN-A-4 Seiten (je Interview zwischen 11 und 45 Seiten) wurde mit *Atlas.ti* ausgewertet. Aus den 30 Interviews wurden 2.167 Zitate (Quotations) zu 10 Themenbereichen ausgewählt:

BIO: Angaben zur eigenen Biographie (Herkunftsfamilie; Bindungsstile; Traumata; Schulische und berufliche Erfahrungen; Pubertät und Adoleszenz; Leben in der vor der Unterbringung; Probleme bei Beziehungsanbahnung und –gestaltung (

SEO: Angaben zur sexuellen Orientierung und Erfahrungen (Masturbation und begleitende Phantasien; sexuelle Erfahrungen mit Partnern: Geschlecht, Alter, Häufigkeit, Zufriedenheit; Reaktionen des Umfelds auf sexuelle Aktivitäten; sexuelle Präferenzen und ggf. Veränderungen)

DEL: Angaben zu (sexuellen und nichtsexuellen) Art und Zahl der begangenen Delikte im Lebensverlauf; Rückfälle nach Verurteilungen und Erklärungen dafür; Tatmuster; Erklärungen und Einstellungen zu den eigenen Taten; Tatfolgen)

SGU: Angaben zu Erfahrungen mit früheren stationären bzw. geschlossenen Unterbringungen (Kinderheime; Kinder- und Jugendpsychiatrie; Allgemeinpsychiatrie; Strafvollzug) Vergleiche der Unterbringungsarten

MKO: Erfahrungen im MRV als Rahmen und soziales Umfeld (Unterbringungsdauer; Wechsel von Kliniken und Stationen; Hierarchien in der Klinik; Fluktuation, Arbeitsweise, Belastung des Pflegeteams; Stationsalltag; Außenkontakte)

MPT: Angaben zum MRV als therapeutisches Setting: Nähe bzw. Distanz, Haltung zu Patienten bzw. Delikt beim Pflegeteam; Klinik- und Stationsregeln; Umgang mit Lockerungen; Mitpatienten; Zahl der Therapeuten und Dauer der Behandlungsabschnitte; Einbindung der Therapeuten in Klinikhierarchie und gesellschaftliche Strömungen)

EPT: Angaben zu Einzeltherapien (Frequenz, Dauer, Inhalte, Interventionen)

GPT: Angaben zu Gruppentherapien (Frequenz, Dauer, Inhalte, Interventionen

PTP: Angaben zur erlebten Persönlichkeit der Therapeuten und zur Qualität der Patient-Therapeut-Beziehung;

TEC: Spezifische Therapieformen und –techniken

PEP: Angaben zur Persönlichkeit der Patienten (Gefühle, Gedanken, Handlungsimpulse, Handlungen und deren Konsequenzen für den Verlauf der Behandlung; Reaktionen auf Interventionen des Behandlungsteams)

WZU: Angaben zur subjektiven Einschätzung der Behandlung und ihrer Wirkung auf die eigene Person und Zukunftsentwürfe der Patienten

IRW: Imaginierter Wechsel in die Rolle der Behandelnden (Leichtigkeit, innere Flexibilität des Rollenwechsels; Reichtum der Ideen; Maß der Übereinstimmung bzw. Kritik; eigene Ergänzungen)

Im Folgenden werden die Schilderungen der TN exemplarisch als Textbeispiele tabellarisch vorgestellt, wobei den Zitaten die Codenummer des Interviews und die Zeilennummer in *Atlas.ti* vorangestellt wurden, um eine spätere Zuordnung zu ermöglichen. Bei Schlüsselstellen werden Beispiele aus vielen Interviews zitiert, um übergreifende Phänomene aus verschiedenen Kliniken/Bundesländern deutlich zu machen, Kliniken und Bundesländer werden dabei nicht genannt, weil dies für die Zielsetzung der Studie nicht relevant ist.

3.1 Wirkfaktoren in der Behandlung pädophiler Patienten

Die aus der Wirkungsforschung bekannten vier allgemeinen Wirkfaktoren (Persönlichkeit der Therapeuten und therapeutische Beziehung; spezifische Verfahren und Methoden; Persönlichkeit der Patienten; Kontextfaktoren) wurden bei der Auswertung der Interviews identifiziert und konkretisiert; sie können sich entweder

- hilfreich,
- neutral oder
- nicht hilfreich

auf die Therapie und auf die Behandlungsmotivation auswirken.

Die Angaben in den Interviews wurden auf diese Wirkungen untersucht und anschließend mit juristischen bzw. institutionellen Anforderungen an eine Behandlung von Straftätern verglichen (vgl. S. 18f dieser Arbeit), um zu prüfen, in wie weit sich die Schilderungen der TN mit institutionellen Zielen decken.

3.2 Persönlichkeit der Therapeuten und die therapeutische Beziehung

Dieser Faktor entscheidet, ob das (auch evidenzbasierte) technische Können von Therapeuten überhaupt bei Patienten ankommt. Therapieverfahren wirken nur zusammen mit der Persönlichkeit von Therapeuten.

TN berichten zuerst über Wechsel von Therapeuten. Diese Wechsel hängen im MRV meistens nicht mit Themen oder Therapiephasen zusammen, sondern mit Stationswechseln von Patienten und Personalwechseln auf Therapeutenseite. Dadurch entstehen Brüche in der Beziehung, die eine Behandlung erschweren und die TN in den Interviews konkret schildern können. 1 TN machte hierzu keine Angaben, 29 TN berichteten in insgesamt 278 Zitaten über die einzel- und gruppentherapeutische Behandlung durch insgesamt 73 Therapeuten während der laufenden Unterbringung.

Tabelle 9 Anzahl Therapeutenwechsel in allen Therapien (Pädophile aus 8 Maßregelvollzugskliniken in 4 Bundesländern)

Anzahl der Wechsel	n
Keinen	5
ein bis zwei	13
drei bis 6	8
7 und mehr	4
Insgesamt	30

5 TN wurden bisher von einem Therapeuten behandelt, bei 13 TN kam es während der Unterbringung bisher zu maximal zwei Wechseln, bei 12 TN zu 3 bis 14 Wechseln. Bei den 8 TN, die bereits früher im MRV untergebracht waren bzw. in andere Kliniken verlegt wurden, ist die Zahl der behandelnden Therapeuten höher. 14 TN zählen zusätzlich weitere 56 Psychotherapeuten auf, von denen sie vor der Unterbringung im MRV ambulant oder stationär in der Allgemeinpsychiatrie behandelt wurden; davon wurden 41 Vortherapeuten positiv, 15 negativ beurteilt.

Neben dem Wechsel von Therapeuten ist die Regelmäßigkeit der Therapien ein wichtiges Thema. 10 TN, immerhin ein Drittel der Studiengruppe, gaben an, Therapien fielen häufig bzw. sehr häufig aus; ergänzend berichten 6 TN, dass Therapeuten in den Ruhestand gingen, versetzt wurden bzw. andere Arbeitsstellen antraten, bzw. durch Erziehungszeiten und Erkrankungen längere Zeit abwesend waren, ohne dass dies vorbereitet bzw. erläutert wurde.

Nicht nur Ausfälle prägen das Bild von Einzel und Gruppentherapien. Die Persönlichkeit von Therapeuten wirkt nicht nur im direkten Kontakt mit den TN, sondern auch in Reflektionen, Wünschen und Phantasien der TN über die Therapeuten. Wichtig scheint TN eine innere Präsenz von Therapeuten während ihrer Tätigkeit zu sein (3; 44). Belastungen durch Verwaltungsaufgaben vermindern in der Wahrnehmung der TN die Verfügbarkeit von Therapeuten. 4 TN wünschen sich, dass ihre Therapeuten auch außerhalb der Sitzungen mehr Zeit mit ihnen verbringen, z. B. sich in Stationsräumen aufhalten, Freizeitangebote mit gestalten oder Patienten bei Ausgängen begleiten, was für ein Übertragungsgeschehen spricht.

Textbeispiele 1 Verfügbarkeit von Therapeuten

Erläuterungen	Interview Nr.; Zeilen-Nr. in atlas.ti
Therapien reduzieren sich auf Namen und Orte	(11; Z 078) 8 Psychologen in 10 Jahren ... Der (Name) hat z. B. nach 6 Monaten gesagt, das System hier kann ich nicht mit meinem Gewissen vereinbaren. Der ist gegangen. Der war ein knallharter Psychologe übrigens, aber der war gut. ... (Name) ist auch gegangen, aber den hatte ich ja nur ganz kurz, ich weiß gar nicht, wo der hingegangen ist. Das war auch eigentlich ein Arzt, aber der hat so nebenbei so ein bisschen Gespräche gemacht.
	(08; Z 081) Und dann habe ich dort auch zwei Jahre Therapie gemacht mit Frau – wie hieß die denn noch? Frau (Name), ja. Und dann parallel mit (Name) und (Name) lief ja die Gruppe. Dann kam der nächste Wechsel und wir mussten alle rüber auf (Station) verteilt werden. Da hab ich logischerweise wieder einen neuen Therapeuten gekriegt. So nach anderthalb Jahren glaube ich, ging´s hierher. Diesmal habe ich Herrn (Name) gekriegt als Therapeuten. Bloß da habe ich angefangen, mit Frau (Name) zu arbeiten, die hatte ich ja in (Ort) nicht. Dafür sind Herr (Name) und (Name) hier weggefallen, war ja auch fertig die Gruppe. Herrn (Name) habe ich als neuen Therapeuten bekommen, den habe ich auch in (Ort) nicht gehabt, da hatte ich Herrn ... (Name).
	(19; Z 100) Früher war das so, da hat alle 1, 2 Jahre der Therapeut gewechselt, also der Psychologe. Grad in den 80ern da hatte ich 5 oder 6 Psychologen gehabt. Und bin mit denen nie warm geworden, weil die immer nur so kurz da waren.
Unregelmäßige Gespräche	(25; Z 130) Ein halbes Jahr lang keinen Therapeuten und dann den jetzigen Therapeuten. Und was mich absolut runtergebremst hat, das war das halbe Jahr. Das war eine unnötige Zeit. ... Die haben einen einfach rausgeschmissen, aus irgendwelchen Gründen und haben sich 6 Monate Zeit gelassen, um einen einzustellen.
	(08; Z123) Da war er mal da, dann fanden halt mal drei Wochen keine Gespräche statt. Vielleicht gar nicht mal böser Wille, aber damals habe ich das halt auf mich bezogen.

Wechsel als Chance	(19; Z 104) Wenn du in der Schublade drin bist, dann bist du in der Schublade drin und da kommst du auch nimmer raus. Wenn jetzt ein neuer Psychologe kommt z. B., der hat vielleicht einen ganz anderen Blickwinkel. ….. Und der überdenkt das ganze noch mal.
Therapeuten sind anwesend, aber innerlich nicht präsent	(03; Z 039) Es war immer weniger Personal da, das Personal hatte immer weniger Zeit, weil immer mehr Berichte ausgefüllt werden mussten und alles Mögliche. Das Personal ist mehr im Büro eingebunden als es noch den Kontakt zu Patienten hatte. (44; Z 078) Herr (Name) muss zu Gruppen schreiben ohne Ende. … ich hab mal gesehen, was die teilweise da für ein Schreibzeug und was nicht alles erledigen müssen. Und das ist schon Wahnsinn! … Sie müssen sich vorstellen, die eine Hälfte Therapie von der Arbeitszeit, und die andere Hälfte ist dann nur Schreibkram. ... Er hat ganz selten Zeit, dass er runterkommt und mit den Mitarbeitern spricht.
Wunsch nach Kontakten im Stationsleben	(08; Z 091) Also der war nicht immer in seinem Büro, der kam auch mal raus, ist auf der Station rumgelaufen, hat sich so mit uns unterhalten und beschäftigt. (Z 123) Immer wenn wir uns sehen, grüßen wir uns, flaxen auch mal ein bisschen rum, spielen auch mal Billard. (72; Z 143) Unser Therapeut hier, der ist viel in der Gemeinschaft. Man unterhält sich. Man ist intensiver mit den Patienten auch im Alltagsleben zusammen.

Besonders in den Schilderungen von (08) und (11) führen Therapeutenwechsel zur Wahrnehmung einer Aneinanderreihung von Namen und Zeiten; manche TN waren nicht mehr in der Lage, die Namen ihrer Therapeuten aufzuzählen.

3.2.1 Passungen zwischen Patienten und Therapeuten

15 TN berichten in 59 Zitaten über die Therapeut-Patient-Beziehung. Besonders häufig wurde über die Passung zwischen Patienten und Therapeuten in der Einzeltherapie gesprochen: Wo TN und Therapeut zueinander passen, entwickeln sich Patienten im MRV. Wo Probleme in der Passung bestehen, stockt der Fortschritt in der Therapie, bzw. gibt es keine Entwicklungen. Das ist weder Patienten noch Therapeuten anzulasten. Problematisch ist die Beziehung zwischen beiden.

Textbeispiele 2 Passungen

Erläuterungen	Interview Nr.; Zeilen-Nr. in atlas.ti
gelingende Passung	
Geschlecht des Therapeuten	(17; Z 065) Frau (Name) ist nicht dominant, ... und die ist auch nicht hochnäsig. Sie ist sehr ruhig, sie ist gelassen, sie ist offen und ehrlich. (32; Z 105) Ich kann mit Frauen besser sprechen als mit männlichen Therapeuten. Da bin ich offener; ich hatte mein ganzes Leben immer nur mit Frauen zu tun. (39; Z 068) Mit dem Mann konnte ich irgendwie besser reden. Herr (Name) ist verständnisvoll. Der ist zwar ein bisschen härter, und haben auch viele andere gesagt, den mochten sie nicht so. Aber ich habe am meisten von dem profitiert. (50; Z 080) Mit dem kann ich über vieles reden, wo ich mit Frau (Name) gar nicht reden kann. Mit männlichen kann ich einfacher reden als mit weiblichen. (68; Z 053) Ich kann besser mit Frauen als Therapeuten. Gerade bei den Einzelgesprächen diese Ruhe. ... manche schreiben dann nebenbei und hier wühlen sie, da wühlen sie. Und sie sitzt wirklich da, hört zu, schreibt zwischendurch, wenn man fertig ist, mal was auf; überhaupt ich fühl mich bei ihr wohler als beim anderen Therapeuten.
Fachkompetenz Therapeuten	(08; Z 103) Frau (Name) z.B. oder jetzt Herr (Name), die haben Ahnung davon und kennen mich, im Moment sogar besser als ich mich, übertrieben gesagt. Die wissen schon, wo da anzusetzen ist. (42; Z 066) Hat mir auf jeden Fall erst mal geholfen, dass die Therapeuten meiner Ansicht nach hier alle sehr spezialisiert sind auf dieses Thema. ... Die wissen, wovon sie reden.
Sachlichkeit/ Konfrontativ	(11; Z 104) Bei ihm habe ich den Eindruck, dass es ihm wirklich um die Sache geht, und um nichts anderes. ... So gesehen ist ein Therapeut nicht schlecht, wenn er sagt: Egal, ob derjenige jetzt verletzt ist oder nicht, wir müssen drüber reden, wir gehen da jetzt ran.
Gute Distanz	(14; Z 118) Von allen Therapeuten, die ich bisher kennen gelernt habe, ist das der Beste für mich. (Name) schafft es irgendwie, den Abstand zu wahren, obwohl ich Nähe suche, grundsätzlich bei jedem Menschen. Er ist eine Autorität, die ich aber anerkennen kann, ohne dass ich ein Problem habe damit. Und das schafft eigentlich so gut wie keiner.
Idealisierung	(04; Z 069) Der hat irgendwie was Magisches, der Typ. Ich möchte manchmal so sein wie er. Dieses Innere, diese Geduld. (07; Z 169) Ich hab jetzt in meinem Leben viele Psychologen kennenlernen dürfen und Herr (Name) ist gottseidank einer der besten für mich jetzt, den ich für mich hab finden können. (Z 173) Es ist wärmer, weicher, schöner.
Alter	(04; Z 057) Weil der in meinem Alter ist. Und der hat Ahnung, der hat Menschenkenntnis. (08; Z 085) So ein Älterer ..., der hat mich da sehr ordentlich und vernünftig in die Therapie eingeführt. Das war also sehr, sehr vertrauliches Gespräch. Nicht vom Inhalt her, sondern wie er mit einem umgegangen ist. (50; Z 080) Mit Herrn (Name) komm ich wunderbar mit klar. Weil der in meiner Altersklasse ist. Ich glaube, der ist zwei Jahre jünger als ich.
Klarheit	(03; Z 037) Seine ganze Art die war sehr direkt, was mir sehr gut gefiel eigentlich. Ich kann´s nicht, wenn jemand drum herum redet oder so, ich möchte schon, dass die Leute sagen, was sie denken.

problematische Passung	
Geschlecht des Therapeuten	(03; Z 037) Die Arbeit mit ihr war zwar irgendwie ganz gut, aber ich habe einfach gemerkt, was aber nicht an ihr liegt, das lag eher an mir – aber ich habe ganz starke Probleme mit einer Frau als Therapeutin. (07; Z 173) Sehr unangenehm mit der Frau (ambulant) zusammenzuarbeiten, aber ich bin trotzdem hingegangen. Das Empfinden mit Herrn (Name) ist ein ganz anderes. (08; Z 095) Und dann über Sexualität berichten, das war mir so ein bisschen erst unangenehm, weil´s ne Frau ist! (17; Z 057) Der war so komisch, so hochnäsig, so eingebildet, so dominant. (18; Z 094) Ne Frau als Therapeutin ist für mich schwierig, weil ich mit Frauen nicht so wirklich über meine Taten sprechen kann. ... Also ich schäme mich vor Frauen, denen das zu sagen, weil ich mir denke: „ja, der hat sich an Kindern vergriffen. Warum?“ (39; Z 030) Am Anfang, da habe ich ja mit Frau (Name) für 2 Jahre, da ging es so. Aber das hat mir noch nicht so weitergeholfen irgendwie. Ich habe das nicht so verstanden: 2 Jahre Therapie gemacht, aber die Gedanken an die Kinder sind immer geblieben. (50; Z 103) Dass ich mit Frauen nicht so konkret über Sachen reden kann als mit 'nem Mann. Also, ich bin da sehr zurückhaltend. Oder auf Deutsch gesagt: Schüchtern, verschlossen, verklemmt. (72; Z 075) Da kam ich überhaupt nicht mit klar, mit Frauen sowieso nicht, ich weiß auch nicht. (Z 097) … Frauen haben irgendwie so bei Sexualstraftätern, hab ich die Meinung, ganz andere Ansichten.
Dominanz	(04; Z 083) Das ist manchmal so die Art, die sie so hat, so bestimmend. „Jetzt kommen Sie gleich mit oder gar nicht!“ (11; Z 171) Sie war sehr, sehr bestimmend in ihrer Art, die Dinge durchzuziehen mir klarzumachen: da gucken wir jetzt genauer hin. ... Anfangs war mal so ein Punkt, wo sie sagte: wenn Sie nicht mehr tun, breche ich die Geschichte ab, weil ich ja Angst hatte, an dieses Thema ranzugehen, wollte das einfach nicht wahrhaben für mich. (17; Z 008) Wenn ich mit dominanten Personen zu tun habe, dann werde ich unsicher, und dann ziehe ich mich meistens zurück … weil ich mich da unterdrückt fühle (Ist es ein Unterschied, ob das ein Mann oder eine Frau ist?) Nein! Das ist egal. (Z 057) Er wurde dann lauter und ich wurde lauter. ... Also mir hat´s nichts gebracht, ihm auch nicht, glaub ich mal. (Z 073) Da waren wir beide also nicht gerade unstur.
Vorurteile	(11; Z 120) Als Pädophiler steht man so oder so schon unten in der Gesellschaft, ne, auch hier drin. ... Hier wird man genauso in die unterste Schublade geschoben. Das spürt man beim Psychologen, das spürt man beim Personal.
Desinteresse von Therapeuten	(11; Z 158) Ich weiß heute, wer der Täter war damals, als ich mit 13 Jahren vergewaltigt wurde. Da kann ich nichts mehr machen, das ist verjährt. ... Aber da interessiert sich auch kein Schwein für. (32; Z 097) Der (Name) war auch schon ein bisschen hier geschädigt, weil der so lange hier war. Der saß immer so und hat immer so in die Luft geguckt, und hat so kein Interesse gezeigt, fand ich. Für mich bedeutet das: Oh, er sitzt hier nur, um sein Geld zu verdienen, und interessiert sich gar nicht oder möchte mir nicht helfen. Und das hat mich auch schon zwischendurch auf 180 gebracht. (73; Z 032) Ich hab dem was erzählt und dann hatte ich auf ne Gegenreaktion gewartet und da kam nichts. Dann hab ich gefragt: „Was sagen Sie denn dazu?“ „Wie? Ich hab jetzt nicht ganz zugehört. Können Sie das noch einmal wiederholen?“ Da krieg ich Hass! Wenn ich mich mit jemanden unterhalte und der dann auch noch dafür bezahlt wird und mir dann nicht zuhört.

Veränderungen in der Passung	(04; Z 069) Anfangs hab ich immer gedacht: das ist ein Weichei, ein Schlappschwanz, das ganze Leben vorgeplant, kein Abenteuer, nichts! Aber jetzt merk ich: der hat ja ne eigene Freiheit, ne innere Freiheit, die nicht nach außen kommt. (11; Z 167) Die war diejenige, die irgendwie das Thema Macht zum ersten Mal bei mir sagte; das habe ich damals erst mal nicht wahrhaben wollen. Bei mir kam dann sofort ein Gegenpol, wo ich sagte: Das kann nur eine Emanze sagen, so ungefähr. ... Aber die Art und Weise, wie sie das mit mir besprochen hat, hat bei mir was ausgelöst, ne? Ich habe mich gigantisch geärgert über sie, also sie hat mich ja regelrecht rein gezwungen, darüber nachzudenken und zum Resultat zu kommen – egal welches, ne. (18; Z 094) Bei der Frau (Name) habe ich es gelernt, offen zu sein. (54; Z 043) Als wir mit der Therapie angefangen haben letztes Jahr, gedacht: ... Da kommst Du nie mit klar. Das funktioniert in hundert Jahren nicht. Und dann hatten wir drei, nee ganz genau vier Sitzungen hintereinander und in den vier Sitzungen haben wir immer wieder das gleiche Thema bearbeitet. Immer wieder das gleiche. Ich hab gedacht, der spinnt! ... Und dann hab ich irgendwann am Wochenende in meinem Zimmer gesessen abends und hab mir das mal alles durch den Kopf gehen lassen und dann hat es auf einmal Klick gemacht.

16 TN, mehr als die Hälfte, berichten über Passungen: Faktoren sind Geschlecht, Alter, Dominanz, Nähe/Distanz, Engagement/Desinteresse, Vorurteile/Sachlichkeit und Fachkompetenz. 3 TN idealisieren ihre Therapeuten. 11 TN äußern sich zum Geschlecht von Therapeuten, das bei Passungen eine wichtige Rolle zu spielen scheint. 3 TN äußern z. B. bei Therapeutinnen Hemmungen bzw. Scham bei der Besprechung von Delikten, auch wegen Phantasien, die Therapeutin könnte Kinder haben und deshalb solche Delikte besonders ablehnen. Das (gleiche oder zu unterschiedliche) Alter des Therapeuten, Vorurteile oder erlebtes Desinteresse beim Therapeuten scheinen für die Passung weniger Relevanz zu haben – der Faktor wurde von 3 TN benannt. Therapeuten, die als dominant empfunden werden, verursachen bei 3 TN Widerstand.

Die Schilderungen zeigen, dass es nicht um subjektive Fähigkeiten oder Probleme einzelner Therapeuten oder problematische Persönlichkeitszüge von Patienten geht, sondern um die gemeinsame Passung. So werden dieselben Therapeuten (männlich wie weiblich) durch verschiedene TN unterschiedlich beurteilt: z. B. schätzt (39) bei seinem Therapeuten dessen Klarheit, Härte und männliche Solidarität; er beschreibt ihn als aktivierend und ermutigend, Therapieinhalte selbst zu bestimmen; (17) klagt über denselben Therapeuten, der erwarte eigene Aktivität von ihm und sei zu dominant.

Insgesamt wird ein klarer, direkter Interventionsstil aber durchaus akzeptiert oder sogar als hilfreich erlebt, wie (08) zeigt. Passungsprobleme können sich im Verlauf der Behandlung zuspitzen als auch auflösen, wie 4 TN schildern.

3.2.2 Persönlichkeit und Interventionen von Therapeuten

26 von 30 TN berichten in 163 Äußerungen über Persönlichkeit und Interventionen ihrer Therapeuten in der Einzel- und der Gruppenpsychotherapie. Dabei hinterlassen weniger die Verfahren, Methoden und Techniken als vielmehr die persönlichen Eigenschaften von Therapeuten bei den TN einen nachhaltigen Eindruck.

Textbeispiele 3 Persönlichkeit und Interventionen von Therapeuten

Erläuterungen	Interview Nr.; Zeilen-Nr. in atlas.ti
positive Wirkungen	
Therapeut bezieht Umfeld ein	(17; Z 075) Bei Frau (Name) ist das anders, die sagt: „Wenn Ihre Mutter Fragen hat, soll sie mich anrufen, können wir uns gern drüber unterhalten.“
Therapeut als „Dolmetscher“ für andere	(25; Z 136) Ich habe irgendwie ... eine Ausdrucksschwäche. Und er versteht das, was ich sage. Er kann das auch in der Visite gut übersetzen.
Neugier	(37; Z 067) Wenn die nicht neugierig wären, wenn die sich nicht mit uns beschäftigen würden, dann würden die gar nicht irgendwelche Einschätzungen vornehmen können.
Therapeut ermutigt	(39; Z 084) Die haben auch mal Bilder gefunden von sehr jungen Frauen, aber keine, die unter 18 sind. Und der Pfleger hat die eingezogen und die dann zu Herrn (Name) gebracht. Und der <lacht wieder> hat zu mir gesagt: Was soll ich damit? Sind doch hübsche Frauen, sind doch alle über 18. Da spricht doch nichts gegen.
Therapeut ist hartnäckig	(47; Z 085) Die Hartnäckigkeit von der Psychologin, auf bestimmte Punkte zu bestehen. Z. B. ... die hat darauf bestanden, dass ich doch mal überlegen sollte, wie das wirklich abgelaufen ist und sie sich nicht auch damit zufrieden gegeben hat, dass ich sage: ich kann mich nicht daran erinnern.
Therapeut baut Brücken	(73; Z 050) Der hat dann auch gebohrt. Er hat mir regelmäßig die Buchstaben aus der Nase gezogen. (54; Z 057) Der (Name) baut Brücken. ... Man kann das oft überhaupt nicht beschreiben. Der hat ne unglaubliche Art, Leute dazu zu kriegen, genau da hinzugehen, wo er sie haben will. Ohne dass man das Gefühl hat, er macht das. Man hat hinterher das Gefühl, man hat die Tür selber aufgemacht. Im Grunde hat er sie aufgemacht und hatte den Schlüssel schon. Hat einem das nur nicht erzählt.
Arbeit an Delikten ohne Vorwürfe	(72; Z 063) Dass ich so brutal sein kann, ... dass ich fähig bin, ein Menschenleben zu vernichten. (Hat er Ihnen Vorhaltungen gemacht?) (Z 065) Nein! „Was haben Sie bei sich gedacht? Wie ist das passiert?“

Schwierig, aber hilfreich	
Therapeut setzt Grenzen	(14; Z 102) Ich habe jetzt nicht irgendwie jemanden beschimpft; aber ich habe deutlich gesagt, dass ich jetzt keine Lust mehr habe ... Da haben sie gemeint: Was können wir denn für Ihre schlechte Laune? Und da hab ich gemeint: Sie wissen doch, dass ich aufgehört habe mit dem Rauchen! Können Sie mich nicht einfach gehen lassen? Und irgendwann hat mein Therapeut gesagt: So bin ich nicht bereit, mit ihnen zu reden. Und dann bin ich da raus und war nervlich irgendwie total am Boden, obwohl es jetzt gar nicht so dramatisch war. Aber mit dem Nikotin-Entzug ging es mir total dreckig. Und dann war ich in meinem Bett und hab geheult und hab dann an die SOTP und an die R&R-Gruppe denken müssen und ... es gab irgendwie drei Lösungsformen, eine emotionale, eine Vermeidungslösung, was eben eigentlich keine Lösungen sind und dann eben eine selbstbewusste, wo man auf das Problem zugeht. Und darüber habe ich nachgedacht, während ich geheult habe, das war ganz komisch. Und dann bin ich aufgestanden und wieder zur Visite gegangen. Da waren die grad fertig und ich habe mich entschuldigt und die haben gemeint, ja ist schon ok.
Therapeut entschuldigt sich	(33; Z 094) Ich habe mich auch mal getraut, drei Monate später bei der nächsten Chefarztvisite, Herrn (Name) das ins Auge zu sagen, dass ich das nicht gut fand. Und er sich bei mir entschuldigt. Er hat gesagt, das wollte er nicht, dass ich gekränkt oder sauer bin. In dem Moment hat es mich weitergebracht. (54; Z 071) Frau (Name) ist auch öfter auf mich zugekommen, wenn sie z. B. einen Termin versiebt hat und sagte: „Mensch, tut mir leid.“ ... ein gutes Gefühl von Ehrlichkeit und Offenheit. (Z 067) Ab und zu haut Herr (Name) auch mal selbst ne Tür zu. Das ist richtig. Aber das merkt er dann auch. Und oft genug gucken wir uns dann an und grinsen nur.
Therapeut ist bereit zur Auseinandersetzung	(08; Z 121) Herr (Name) ging ja am Anfang mit mir loyal um. Dann hat das sich ein bisschen verändert, was mir gar nicht geschmeckt hat. Sehr fordernd, immer mehr machen sollte ich, also hausaufgabentechnisch. (Z 123) Und dann haben wir uns wieder zusammengerauft, da haben wir uns mal zusammengesetzt. Da hab ich ihm auch mal ein paar Sachen gesagt, ... Ab da kam er mir einen Schritt entgegen und erklärt viel mehr. (25; Z 138) Da fühle ich mich verstanden. Ich will nicht sagen: Gut aufgehoben. Es gibt auch Momente, wo ich sage: am liebsten ich möchte ihn würgen. (72; Z 107) Er konnte mich nicht leiden, ich konnte ihn nicht leiden. Das haben wir uns auch gegenseitig immer wieder zu spüren gegeben, so im ganz normalen Alltagsleben. Eines Tages war das zu viel. ... Dann haben wir ein 4-Augen-Gespräch geführt. Hat der sich ausgekotzt, was der von mir hält, ... und ich hab mich ausgekotzt. Und dann ging das Verhältnis nachher ganz gut.
Therapeut stabilisiert nach Konfrontationen	(14; Z 116) Wenn er mich dann bis aufs Blut provoziert hat, dass ich kurz vor dem Heulen bin oder auch innerlich schon heule, dann fängt er mich am Schluss auch wieder. Das finde ich ganz wichtig. Weil, wenn er mich nicht fangen würde am Schluss, dann wüsste ich nicht, was ich mache.

negative Wirkungen	
Zuschreibungen	(17; Z 057) Ich kam mit (Name) überhaupt nicht klar. ... (Z 075) Sehr viel kritisiert (z. B.?) „Ja, was wollen Sie mir da erzählen? Sie sind doch homosexuell. Das kann doch gar nicht sein, dass Sie nicht homosexuell sind. Was erzählen Sie mir denn da?“
Therapeut wertet soziales Umfeld des TN ab	(33; Z 060) Habe ich mir Gedanken gemacht, dass ich gerne bei meiner Oma leben möchte, weil ich da ein sicheres Umfeld habe. ... Da hat Herr (Name) gesagt: „Nein, ich schick Dich nicht ins Altersheim.“ Was mich sehr gekränkt und auch sehr enttäuscht hat. Weil in erster Linie war er für mich ein Ziehvater, der mich gefördert hat und auch unterstützt hat.

7 TN schildern kleinere und größere Missverständnisse bzw. Konflikte mit ihren Therapeuten. Diese Konflikte sind nicht an sich problematisch; entscheidend für die Bewertung der TN war vielmehr, ob und wie diese Konflikte gelöst werden konnten: Wo Therapeuten bereit waren, nachzufragen, in einen Konflikt zu gehen, ohne die TN anzuwerten, auch eigene Fehlleistungen einräumen, TN nach Konfrontationen wieder stabilisieren, werden Grenzsetzungen und Konflikte meist gut toleriert.

3.2.3 Sexuelle Handlungen von Psychotherapeuten

Sexuelle Handlungen von Psychotherapeuten an und mit Patienten sind strafbar und verstoßen gegen die Berufsethik; dass dies besonders in der Behandlung von Sexualstraftätern problematisch ist, leuchtet ein, weil sexuelle Grenzverletzungen der TN ein wichtiges Thema in der Therapie sind. Sexuelle Handlungen `Enactments´ [155] werden von 4 TN aus zwei Kliniken berichtet.

Textbeispiele 4 sexuelle Enactments von Therapeuten

Erläuterungen	Interview Nr.; Zeilen-Nr. in atlas.ti
Therapeut lässt sich Genitalien zeigen	(11; Z 148) Irgendwann kam ich rein bei ihm in die Therapiestunde und da fragte er, ob ich wohl mal die Hose herunterlassen würde. Sag ich: „Die Hose runterlassen? Das meinen Sie doch jetzt nicht ernst, ne?“ Ja doch, er würde da nichts anfassen wollen oder so, er würde nur gerne mal mein Geschlechtsteil sehen, ne. Da dachte ich innerlich: der will sehen, ob du verklemmt bist. Und ich dachte: Was soll das? Ich gehe in die Sauna. Hab ich kein Problem mit. Und hab die Hose runtergelassen. Und ich merkte, dass danach das Interesse von ihm eigentlich nicht mehr da war, ne. Termine fielen aus, alles mögliche.
Therapeutin hat Beziehung zu Mitpatient	(33; Z 136) Frau (Name) uns immer gesagt hat: Kein Beziehung zum Patienten oder zum Personal. Und sie macht es selber. Das hat mich auch ganz schön enttäuscht, weil sie war für mich auch ne wichtige Person.
	(47; Z 069) Meine Therapeutin damals hat mir unheimlich viele Steine in den Weg gelegt, weil ich hier eine Beziehung zu einer Mitpatientin eingegangen bin. Später hat sich rausgestellt, dass sie sich nicht an das, was sie mir beibringen wollte,

	selbst dran gehalten hat. Sie ist eine Beziehung mit einem Mitpatienten eingegangen und ist hier klammheimlich verschwunden und hat mich fallen gelassen wie eine heiße Kartoffel, also mitten in unseren Bemühungen, hier eine Therapie aufzubauen.
Therapeutin hat Beziehung zu Patient	(63; Z 016) Das hängt auch mit meinem momentanen Kontakt mit dieser Frau, zu meiner Therapeutin, zusammen. Da gab es erotische Beimischungen, sexuelle nicht, nein. Gut, ich habe die Frau umarmt, ich habe ihren Körper an meinem gespürt. Und das war schon ein erregendes Gefühl. Es war schön und ich habe mir auch nichts dabei gedacht, weil das der normale Weg war.

Ein TN berichtet über eine erotisch aufgeladene Beziehung zu einer Kunsttherapeutin, die er gegenüber dem Team offenlegt, von der er aber im Interview immer noch schwärmend berichtet. Zwei andere TN berichten über eine Therapeutin, die eine sexuelle Beziehung zu einem Mitpatienten aufgenommen hat, ein dritter erlebte ein sexuell unklares Verhalten eines Therapeuten. Diese 3 TN wirken irritiert, weil sie ihre Therapeuten zuvor anders erlebten. Sie hatten im Anschluss an ihre Erlebnisse mit erheblichem Misstrauen gegenüber allen Behandelnden zu kämpfen.

3.3 Behandlungsverfahren und -methoden

3.3.1 Einzeltherapien

29 TN berichten in 213 Zitaten über ihre Erfahrungen in der aktuellen Einzeltherapie; 4 TN, die derzeit keine Einzeltherapie haben, berichten über frühere Erfahrungen in der Einzeltherapie. Diese 4 TN können bei Bedarf Gespräche einfordern, wobei (19) und (53) sich auf einer Long-Stay-Station befinden. 25 TN befanden sich zum Zeitpunkt der Interviews in laufender Einzelpsychotherapie; (11) berichtet, er habe sich lange um die Wiederaufnahme der Einzeltherapie bemühen müssen. (19) und (73) meinen, Einzelgespräche müssten viel länger dauern als die üblichen 50 Minuten.

Von den verbleibenden 25 TN in aktueller Behandlung fällt bei 16 TN die Einzeltherapie nie bzw. sehr selten aus, 10 TN gaben an, Therapien fielen häufig bzw. sehr häufig aus; 6 TN berichten von Unterbringungszeiten ohne Therapieangebote. Ergänzend berichten 6 TN, dass Therapeuten in den Ruhestand

gingen, versetzt wurden, andere Arbeitsstellen antraten, bzw. durch Erziehungszeiten und Erkrankungen längere Zeit abwesend waren, ohne dass dies vorbereitet bzw. erläutert wurde.

Frequenz, Verlauf und Regelmäßigkeit der Einzelpsychotherapien hängen zum großen Teil von Faktoren ab, die TN nicht beeinflussen können: Stationswechsel von Patienten oder Therapeuten führen z. B. zu Therapeutenwechseln, die oft nicht zum Therapieprozess passen.5

Textbeispiele 5 Regelmäßigkeit Einzeltherapie

Erläuterungen	Interview Nr.; Zeilen-Nr. in atlas.ti
Textbeispiele	(11; Z 160) Mit Herrn (Name) bin ich jetzt erst seit 3, 4 Sitzungen zusammen. Ich hatte die ganze Zeit keine Therapie. Ich habe immer wieder Bescheid gesagt, ich will Therapie haben, ich brauche Therapie, weil mir was klar geworden ist, will ich noch mal einen neuen Ansatz haben. (19; Z 246) Dass ich am therapeutischen Programm nicht mehr teilnehme ... die einzige Verpflichtung ist, einen lockeren Kontakt halten, fertig. (44; Z 068) Es soll normalerweise Einzelgespräche geben, die aber nicht stattfinden. (Z 078) Herr (Name) ist überlastet, er kann nicht. Der hat die doppelte Anzahl von Patienten momentan, um die er sich kümmern muss, als eigentlich leistbar wäre.

Im Vordergrund der Einzeltherapie stehen aus Sicht von 9 TN ihre Delikte, sie werden als das wichtigste, mehrfach als das einzige Thema in der Einzeltherapie beschrieben. Gedanken, Gefühle und Impulse vor, bei und nach Delikten werden erfragt, Tatmuster herausgearbeitet. Kognitive Verzerrungen und emotionale Störungen werden in Bezug zu den Delikten gebracht. 28 TN können mehr oder weniger detailliert ihre persönlichen Risikofaktoren beschreiben und sind im Besitz von persönlichen Rückfall-Präventionsplänen. 7 TN äußern ausdrücklich, dass ihnen der Fokus auf die Delikte zu eng ist. Ihnen fehlt die intensivere Bearbeitung der eigenen Biographie, eigener Probleme und Traumata. Bei 12 TN werden diese Themen aber in der Einzeltherapie bearbeitet.

Textbeispiele 6 Inhalte von Einzeltherapien

Erläuterungen	Interview Nr.; Zeilen-Nr. in atlas.ti
Delikte	(11; Z 075) Es ging immer nur um Pädophilie. (32; Z 099) Fast alle Therapeuten haben die gleichen Themen: Delikt hauptsächlich. (72; Z 059) Egal welchen Therapeut ich hatte, immer wieder die Straftaten, die ich begangen hatte, ... wie so 'ne Litanei, immer das Gleiche. Wir sind nicht weiter gekommen in dem Sinne.
Biographie	(03; Z 041) Hatte ich nebenbei mit Herrn (Name) auch meine ganze Kindheit aufgearbeitet und muss jetzt mit Frau (Name) da weiter machen ... (Z 044) Ich soll meine Familie ... fragen, ob sie mir ihre Erinnerungen mal schreiben können ... und ich habe 75 Verwandte angeschrieben und stehe mit 74 in Kontakt. (68; Z 061) (Was ich) auch jetzt bei der Lebensgeschichte sehe: Da hab ich ja auch geguckt, in welchem Moment ich mit den Taten begonnen habe. Und da hab ich ganz klar gemerkt, das war Ende der Schulzeit, die Struktur bricht zusammen. (73; Z 040) Dann haben wir uns ganz normal unterhalten, die Lebensgeschichte so ein bisschen erzählen ... und das kam alles hoch.
Zukunftsplanung Interessen des Patienten	(56; Z 111) (Das Delikt) ist eigentlich im Grunde schon durch. Jetzt momentan konzentriert sich alles darauf, meine zukünftige Lebensplanung zu machen. (54; Z 061) Auch über andere Sachen. Private Sachen, was einen bewegt. Er hat halt eben versucht, auf diese Art mich auch näher kennenzulernen.
Eigene Traumata Thema	(11; Z 108) Indem er mir ... dieses Muster hingelegt hat, das Bestimmen über einen anderen Menschen. ... ich bin ja viel unterdrückt worden, ich bin abgeschoben worden. ... Und dann eben halt die sexuelle Ausbeutung, obwohl ich damals gesagt habe, ich mach das ja freiwillig. Ich habe es aber gegen meinen eigenen Willen getan, ... weil ich nicht mehr ins Heim wollte. (14; Z 106) Das war so Nähe und Geborgenheit, was mir da gefehlt hatte. Das ist auch das, was meine Opfer halt eigentlich brauchen und nicht irgendeinen Menschen, der sie missbraucht. Also diese Vergleiche zwischen meinem Delikt und dem, da knabbere ich meistens ziemlich lange dran. (65; Z 096) Die Therapeutin fragt immer, was ich als Kind in diesem Alter gebraucht hätte.
Eigene Traumata kein Thema	(07; Z 025) Ich hab eine Phimose und jeder sexuelle Kontakt war für mich sehr schmerzhaft. Ich wollte es hier angehen, aber hier sieht man die Notwendigkeit nicht. Man hat mir gesagt, ich wäre nicht hier, (Z 033) um mich körperlich in Ordnung zu bringen, sondern ich muss an meinem Kopf innendrin arbeiten. (32; Z 145) Ob ich selber Opfer gewesen bin, das interessiert die gar nicht so.

20 von 25 TN in einer laufenden Einzeltherapie berichten insgesamt positiv über ihre Erfahrungen mit Einzeltherapeuten; 29 TN schildern aus aktuellen und früheren Einzeltherapien sowohl über negative als auch positive Erfahrungen. Nur (53) stellt sämtliche Therapeuten negativ dar.

Textbeispiele 7 Positive Wirkfaktoren in Einzeltherapien

Erläuterungen	Interview Nr.; Zeilen-Nr. in atlas.ti
Positive Faktoren	
Reden statt Abfragen	(07; Z 171) Es sind tatsächlich Gespräche. Das ist kein Frage-Antwort-Spiel, wie ich sie bei anderen erlebt habe. (Z 185) Der geht mit mir ein stückweit auf Entdeckungsreise, was in meinem Kopf alles so los ist. Und das ist sehr spannend.
Interesse zeigen	(19; Z 179) Wissen Sie, ich bin manchmal zum (Name) rein, … ich hab nicht gewusst `ne Minute vorher, was ich red. Sondern ich bin rein, hab angefangen zu quatschen und fertig. Und der hat mir ab und zu ne Frage dazu gestellt und basta.
Zuhören	(17; Z 073) Es ist (bei Frau Name) ein Gefühl, als wenn sich zwei normale Menschen unterhalten.
Therapeut als `Dolmetscher´	(25; Z 136) Er versteht das, was ich sage. Er kann das auch in der Visite gut übersetzen.
	(33; Z 096) Viele verstehen nicht, wenn ich mal sauer bin und das Personal anschreie, dass ich keine Strafen bekomme wie der Eine oder Andere. Und dann wurde mal erklärt: viele, die herkommen, sollen das runterschrauben. Und ich soll das aber eher hochschrauben.
Ermutigung, eigene Themen einbringen	(39; Z 068) Bei den Frauen war das eher so, dass sie die Themen gemacht haben. Herr (Name) hat gesagt: Sie machen hier die Therapie, Sie bestimmen die Therapiesitzung, bringen Sie Ihre Themen mit.
Autonomie fördern	(73; Z 042) In Gesprächen war die Situation immer wieder: „Wollen Sie darüber sprechen oder wollen Sie nicht darüber sprechen?“
Aussprache nach Konflikten	(08; Z 123) Dann haben wir uns wieder zusammengerauft. ... da hab ich ihm auch mal ein paar Sachen gesagt und auch andere Mitarbeiter, mit denen ich so zwischendurch mal gesprochen hab. ... Ab da kam Herr (Name) er mir einen Schritt entgegen und erklärt viel mehr.
Grenzsetzung auf Augenhöhe	(14; Z 102) Irgendwann hat mein Therapeut gesagt: so bin ich nicht bereit mit ihnen zu reden. Und dann bin ich da und ... dann bin ich ... wieder zur Visite gegangen ... und habe mich entschuldigt und die haben gemeint, ja ist schon ok.
	(33; Z 092) Und ich gemerkt habe irgendwann: „Ich will hier raus!“ ... er hatte gefragt, wie ich mich im Moment fühle. Ich hab aber kein Wort rausgebracht. Ich hab einfach ein Gefühl gehabt, ob ich einen Knoten im Hals habe. Und er denn irgendwann gesagt hat: „Sie können nicht mehr, ne?“ Ich: „Nein, ich kann nicht mehr.“ Und er: „Aber was wollen Sie denn?“ Ich: „Ich will hier nur noch raus!“ Da hat der gesagt: „Okay, Sie können gehen.“ ... Ich soll ja zwischendurch auch meine Meinung sagen.
Geteilter Humor über Fehler	(54; Z 067) Ab und zu haut er auch mal selbst ne Tür zu. Das ist richtig. Aber das merkt er dann auch. Und oft genug gucken wir uns dann an und grinsen nur.
Wiederholte Konfrontation	(72; Z 065) Umso mehr wir uns auseinandersetzten umso mehr hab ich mich auch mit mir auseinandergesetzt und mehr versucht: Wie ist das eigentlich passiert?
Reizexposition unter Beobachtung	(27; Z 069) Herr (Name) ist dann auch schon mit mir rausgegangen, ... nicht direkt auf den Kinderspielplatz, sondern ein Stückchen weiter weg. Und er hat mich dann einfach nur beobachtet oder gefragt ... „Was ging dir denn jetzt durch den Kopf?“ Und wenn man dann großartig am Stottern war, hat er einen Moment gewartet und so <klopft mehrfach auf den Tisch> „So, jetzt Butter bei die Fische! Was ist Sache?“
`Hausaufgaben´	(03; Z 043) (Name) hat mir gesagt, ich soll meine Familie anschreiben und fragen, ob sie mir ihre Erinnerungen mal schreiben können.
	(08; Z 099) Ich hab dann ja auch Hausaufgaben gemacht in schriftlicher

	Form. Die hat sie dann gelesen, ... hat sie mal nachgefragt (Z 101) wenn ich was in der Gruppe erarbeitet habe, dann habe ich das mit Frau (Name) nachgearbeitet, spezieller auf mich zugeschnitten. ... (Z 127) mache ich noch eine Hausaufgabe von (Name), wie ich mit Phantasien, falls sie auftreten, umgehe. (14; Z 114) Dass ich mal zählen soll, wie oft ich das (Masturbation) so mache und dann aufschreiben soll, ob das in Richtung Kinder geht. (18; Z 104) Das Arbeitsbuch hilft schon. Wir sprechen immer, wenn ich Einzelgespräch hab, mit Herrn (Name) drüber. (Z 122) Er gibt mir auch Verbesserungsvorschläge, sag ich mal, wie ich das z. B. schreibe. (73; Z 054) Wir haben ja auch Hausaufgaben aufgekriegt, da wurde eine Geschichte erzählt, von nem Pädophilen. Da sollten wir raussuchen: Was waren die ersten Anzeichen, wo der Pädophile Interesse an dem Kind gekriegt hat?
Therapeut unterstützt sexuelle Erfahrungen	(39; Z 084) Herr (Name) hat meine sexuellen Erfahrungen unterstützt. … die haben ja auch mal Zeitschriften mit Bildern gefunden von sehr jungen Frauen, ... Und der <lacht wieder> hat zu mir gesagt: Was soll ich damit. Sind doch hübsche Frauen, sind doch alle über 18. Da spricht doch nichts gegen.
Deliktmuster mit Biographie verbinden	(11; Z 108) Indem er mir dieses Muster hingelegt hat, das Bestimmen über einen anderen Menschen ...: „Was war bisher? Was war Deine Rolle im Leben, ne? Warst du jemand, der immer dominiert hat? Oder warst du jemand, der unterlegen ist? Oder warst du jemand, der so zwischendrin lag?“ Diese Facetten. Man weiß es eigentlich, aber man verdrängt es aber bewusst. Aber unbewusst lebt das ja in einem. (14; Z 106) Was mein Therapeut immer wieder macht, ist, einen Bezug herzustellen zu meinem eigenen Missbrauch und mich dann fragt, wie sich das angefühlt hat und ... was ich z. B. gebraucht hätte in dem Alter, wo mir das passiert ist. ... Also diese Vergleiche zwischen meinem Delikt und dem, da knabbere ich meistens ziemlich, ziemlich lange dran.

TN nehmen wahr, wenn Therapeuten Interesse an ihnen zeigen, wenn sie Zeit haben, um zuzuhören, wenn sie fragen statt abfragen. Einige TN verbinden Abfragen mit Verhören, Fragekatalogen und fehlendem Interesse. Positiv wirkt, wenn Therapeuten die TN ermutigten, unterstützten und ihre Autonomie förderten, wenn sie die TN neugierig auf sich selbst machen. TN erwähnen mehrfach wiederholte Konfrontationen mit den begangenen Taten in der Einzeltherapie, wobei sie dann beeindruckt waren, wenn Therapeuten eine Verbindung zwischen Delikten und biographischen Konflikten herstellten.

Positiv finden TN, in der Einzeltherapie (Haus-)Aufgaben zu bekommen, die sie zwischen den Sitzungen bearbeiten müssen. Bei den Schilderungen benutzten die TN Metaphern aus Schule, Unterricht und Sport („durchgenommen, bearbeitet, gelernt“). Therapeuten werden in den Erzählungen zu Lehrern oder Trainern. Die Art und Weise, wie Therapeuten auf ihre Patienten reagieren und wie sie intervenieren,

können die TN im Interview gut abrufen. Über konkrete Inhalte aus Therapiesitzungen wird eher beiläufig erzählt. Von Ermutigungen berichten 5 TN; dass Therapeuten Fehler machen und diese einräumen, wird von 3 TN positiv gewertet. Schilderungen von 5 TN über Konfrontationen durch ihre Therapeuten zeigen, dass die Art und Weise der Konfrontation entscheidet, ob und wie die TN diese annehmen können. Besonders wichtig für die Compliance ist die Fähigkeit von Therapeuten, mit Missverständnissen und Konflikten umzugehen.

(54; Z 067) berichtet, sein Therapeut mache manchmal einen Fehler, aber er bemerke das: „Und oft genug gucken wir uns dann an und grinsen nur." Das offene Umgehen der Therapeutin mit verpatzten Terminen führt bei ihm (54; Z 071) zu „einem guten Gefühl von Ehrlichkeit und Offenheit". (27; Z 069) beschreibt zur Beobachtung seines früheren Therapeuten nahe dem Spielplatz: „Und wenn man dann großartig am Stottern war, hat er einen Moment gewartet und so <klopft mehrfach auf den Tisch> „So, jetzt Butter bei die Fische! Was ist Sache?" (14; Z 102) vertieft durch einen Konflikt um sein Verhalten die positive Bindung an den Therapeuten, weil er zunächst konfrontiert und die Reaktion dem TN nicht übel nimmt.

In den Interviews von 4 TN mit der Zusatzdiagnose einer Intelligenzminderung und bei weiteren 3 TN finden sich keine Schilderungen über Missverständnisse und Konflikte. Alle anderen TN berichten über Konflikte, 13 TN schildern konkrete Szenen, wie Therapeuten aktiv Konflikte führten und dabei nicht `von oben herab´ handelten. Alle 13 TN bewerten dies als positiv.

Über negative Wirkfaktoren in der Einzeltherapie berichten 12 TN in 42 Zitaten; das ist (sieht man von Passungsproblemen ab, vgl. Abschnitt 3.1.2.) relativ wenig.

Textbeispiele 8 Negative Wirkfaktoren in Einzeltherapien

Erläuterungen	Interview Nr.; Zeilen-Nr. in atlas.ti
Wiederholungen	(03; Z 045) Was am meisten genervt hat, war, dass ich ja mit (Name) am Anfang die Diagnostik gemacht habe, mit Frau (Namen) ein halbes Jahr noch mal die Diagnostik gemacht und mit Herrn (Name) noch mal die ganze Diagnostik.
	(72; Z 085) Ich hab keine Lust, bei jedem Therapeutenwechsel immer wieder neu Lebenslauf zu machen. Dabei steht das alles inne Akten. Was soll ich da noch großartig?
Abfragen, fehlende Dialoge	(11; Z 110) Ich habe Psychologen gehabt, die mir ... gar nichts sagen konnten, sondern im Prinzip so getan haben: Ja Sie müssen da selber hinter kommen. Natürlich habe ich mir gesagt: ist ja auch eigentlich logisch. Weil, du musst dieses Aha-Erlebnis haben, damit´s auch fruchtet, ne. Auf der anderen Seite bin ich der Meinung, dass das viel verschenkte Zeit ist. (Z 124) Ich muss doch mit Jemandem dran arbeiten an dem Thema. Erzählt habe ich das so vielen Leuten, das nützt nichts. Ich kann mir das tausendmal von der Seele sprechen, damit ist die Wurzel aber nicht gezogen.
	(25; Z 144) Wenn ich .. frage: Können Sie mir mal ein paar Beispiele geben? Dann krieg ich keine Antwort! „Können Sie mir helfen? Wie würden Sie das machen?“ Da kriege ich keine Antwort.
	(17; Z 057) Bei Frau (Name) haben wir uns ein Thema ausgesucht und haben darüber gesprochen. Herr (Name) sagte: „Ja, erzählen Sie mal. Was haben Sie denn heute?“ (Z 061) So wusste ich nicht, was auf mich zukam.
Abwertungen in der Therapie	(53; Z 047) Wenn wir darüber sprechen, sagt er nur noch: „Sittenstrolche!“ ... Sittenstrolch, Kinderficker und solche Sachen. Das kam alles schon vor, diese Sprüche.
	(72; Z 075) Die hat sowieso 'n schlechten Ruf. Wie die schon die Patienten anspricht: „Ihr seid alle kleine Äffchen.“ oder „bei mir kriegt Ihr kein Bein auf den Boden, Ausgang gibt es bei mir nicht.“

TN bewerten negativ, wenn sich Inhalte und Themen in der Therapie wiederholen, wie es gerade bei der Diagnostik oft vorkommt; wenn sich Therapeuten bei Wechseln nicht gut miteinander abstimmen, oder wenn statt eines Dialogs Patienten abgefragt werden und keine Antworten auf ihre Fragen und Anliegen bekommen. (11; Z 124) drückt das präzise aus: „Ich muss doch mit Jemandem dran arbeiten an dem Thema. Erzählt habe ich das so vielen Leuten, das nützt nichts. Ich kann mir das tausendmal von der Seele sprechen, damit ist die Wurzel aber nicht gezogen.“ Von direkten Abwertungen durch Therapeuten berichten lediglich (53) und (72). Insgesamt werden die Einzeltherapien von 23 TN positiv bewertet.

Die TN beschreiben Wirkfaktoren nicht aus einer theoretischen Perspektive, sondern in Szenen und Anekdoten. Die subjektiv wichtigen Faktoren sind vielfältig; wo es gelungen scheint, miteinander ins Gespräch zu kommen, bei Patienten Neugier auf

sich selbst, die eigenen Mechanismen und Motive zu erzeugen, wo Patienten positiv gefordert wurden, wo emotionale Reaktionen und Grenzsetzungen des Therapeuten `auf Augenhöhe´ und humorvoll erfolgten, wird die Einzeltherapie insgesamt positiv bewertet.

3.3.2 Gruppentherapien

21 von 30 TN befinden sich derzeit in Gruppentherapien. Sie fällt bei 17 TN selten oder nie aus, 4 TN berichten über häufige Ausfälle. 9 TN erklären, es gebe entweder derzeit keine Gruppe für ihre Station bzw. sie nähmen an einer solchen Gruppe (noch) nicht teil. Damit finden gruppentherapeutische Angebote – trotz des größeren organisatorischen Aufwands (2 Therapeuten, 1 Co-Therapeut aus Reihen der Pflegekräfte) – regelmäßiger statt als Einzeltherapien. Mehrere TN berichten über längere Wartezeiten für die Aufnahme in eine Gruppe, durchweg mit dem Unterton des Bedauerns; TN, die noch nicht in einer Gruppentherapie sind, warten mit Ungeduld, wann sie in die Gruppen aufgenommen werden.

Textbeispiele 9 Angebot Gruppentherapie

Erläuterungen	Interview Nr.; Zeilen-Nr. in atlas.ti
Textbeispiele	(33; Z 098) So viele Gruppen habe ich in den anderen Einrichtungen nie gehabt. (65; Z 155) Manchmal habe ich schon den Eindruck, dass Sie nicht so gerne mit arbeiten wollen, weil es so oft ausfällt, aus Gründen, die dann nicht oder nur mangelhaft erklärt worden sind (18; Z 068) Hier gab es eine Gruppe, die gibt´s irgendwie leider nicht mehr. Es soll zwar irgendwie wieder eine geben. Das ist im Moment nur ein Gerücht. (44; Z 072) Momentan ist noch nicht mal klar, wann und ob überhaupt mal wieder eine Gruppe gemacht werden kann, da wir eben nur einen Therapeuten haben. (68; Z 045) Ab nächstes Jahr werde ich mit dem BPS-Programm anfangen. Das ist hier das Gute, dass eine Gruppe wirklich erst zu Ende sein muss, um neu wieder anzufangen.

3.2.2.1 Themen in der Gruppentherapie

Gruppen zur Förderung sozialer Kompetenzen, in denen die Patienten Fähigkeiten zur Selbst- und Fremdwahrnehmung, zum Umgang mit Gefühlen und sozialen

Konflikten, Empathiefähigkeit, usw. entwickeln sollen, dienen der Vorbereitung auf Deliktgruppen. Die meisten verfahrensspezifischen Gruppentherapien wurden nicht für die Arbeit mit Straftätern entwickelt – obwohl es mittlerweile forensische Varianten bei der DBT [91] und der Schematherapie [56] gibt. Sie vermitteln eine verbesserte Körperwahrnehmung und verbesserte Fähigkeiten zur Selbststeuerung besonders der Emotionen. Deliktspezifische Gruppen dienen der Auseinandersetzung mit den begangenen Taten (Deliktzyklus, Tatmuster, individuelle Risikofaktoren und Präventionsmaßnahmen).

Textbeispiele 10 Themen in Gruppentherapien (vgl. auch Tabelle 25)

Erläuterungen	Interview Nr.; Zeilen-Nr. in atlas.ti
Deliktbearbeitung	(14; Z 092) Da (SOTP-Gruppe) gab es jetzt als letztes eine sehr intensive Hausaufgabe, wo man einen Vortrag über sich selbst halten musste, einen Lebensbericht, wo es aber auch wo es um Straftaten ging, also das fand ich schon recht produktiv. Das hat mir auch in Bezug auf die Einzeltherapie geholfen. (42; Z 074) Die SOTP-Gruppe läuft ja noch nicht allzu lange ... Wir sind jetzt eigentlich gerade dabei, die einzelnen Lebensgeschichten von den Mitgliedern vorzustellen. (54; Z 031) BPS 1 ist ja noch nicht so schlimm. Ans Eingemachte geht es erst in BPS 2. (Z 045) Straftat. Immer wieder das Gleiche, immer wieder und wieder. (56; Z 117) Also das ist eine deliktspezifische Gruppe und da werden auch Delikte bearbeitet und von verschiedenen Perspektiven angeschaut.
Training Sozialer Kompetenzen	(17; Z 095) (Weitergeholfen hat mir) die (DBT-)Gruppe, weil ich dann anders auf die Therapeuten und die anderen Ansprechpersonen eingehen konnte. ... Diese Ängste „Was hast du denn jetzt schon wieder gemacht?“ Die verschwinden langsam. (14; Z 092) Diese Interaktionsgruppe, da ist es oft so, dass sie mir gar nichts bringt. Aber ich geh trotzdem gern hin, weil immer wieder mal wegen der freien Themenwahl doch etwas dabei ist. (37; Z 065) Soziales Kompetenztraining brauchte ich im Endeffekt gar nicht ... das lernt man wahrscheinlich schon zu Hause. (42; Z 095) Das (Kompetenztraining) würde ich für mich nicht brauchen. Man kann das so ein Stück mit einer Waschmaschine vergleichen. Der eine braucht halt einen langen Hauptwaschgang, aber wie er Wäsche reintut, das weiß er, ... also mir selber wäre ein individualisiertes Programm lieber. (56; Z 125) R&R-Gruppe bezieht sich eher auf soziale Kompetenzen. ... Ich finde, dass die für mich jetzt persönlich überflüssig ist. ... Aber die wollten, dass ich das mache; also mache ich das halt eben mit. (44; Z 072) Eine kognitive Gruppe, das ist aber mehr oder minder Plenum, zusammensitzen und über Stationsprobleme sprechen – nichts halbes und nichts ganzes.

(Fortsetzung) Stationsgruppen	(53; Z 043) Da wird gar nicht über Probleme gesprochen, nur über diese Sachen: Geschirr, Pötte, Unsauberkeit, ... sonst gar nichts. (60; Z 143) Gehen wir hin und setzen uns mit sechs Leute. Sitzen wir da, wird darüber gesprochen, was da alles los ist und alles. Aber das ist für mich auch ein bisschen zu langweilig.

17 TN machen ausführliche Angaben zur Deliktbearbeitung in Gruppen, 21 TN äußerten sich zu Gruppenprogrammen zum Training emotionaler und sozialer Kompetenzen, 7 TN äußern sich zu Stationsgruppen. Noch deutlicher als die Einzeltherapien schildern die TN Gruppentherapien als hilfreich; Gruppen sind Ort des Lernens, des Vergleichs mit anderen Tätern, der Auseinandersetzung mit den eigenen Delikten und der Konfrontation untereinander. 4 TN erklären bereits hier, sie beherrschten die Kompetenzen, die in den Gruppen zum Training emotionaler und sozialer Kompetenzen vermittelt werden; auch hier wird eher `nebenher´ deutlich, dass TN trotzdem teilnehmen, weil sie sich den Erwartungen des Teams anpassen.

3.3.2.2 Wirkfaktoren in der Gruppentherapie

Alle 21 TN, die aktuell an Gruppen teilnehmen, erleben diese als produktiv; nur (04), (23) und (53) haben mit Hemmungen vor der und mit Ablehnung von Mitpatienten in der Gruppe zu kämpfen.

Textbeispiele 11 Positive Wirkfaktoren Gruppentherapien

Erläuterungen	Interview Nr.; Zeilen-Nr. in atlas.ti
Vergleiche mit Mitpatienten	(07; Z 135) Die haben ausnahmslos durchlebt, wo ich in 10, 15 Jahren gelandet wäre ... die sind meinen Phantasien phasenweise sehr ähnlich. Und man versucht, sich selber zu spiegeln, während die reden: War´s bei mir auch so? (08; Z 107) Andere Gruppenteilnehmer berichten ja auch über sich und da kann man auch bei sich mal abgleichen. „Mensch, darüber hab ich noch gar nicht nachgedacht, was der da jetzt erzählt. Stimmt! Ich bin gar nicht so einfach ziellos durch die Gegend gefahren. Ich habe eigentlich ein Opfer gesucht.“ (Z 111) In der Gruppe da sind 6, 8, 10 und noch 2 Psychologen. Und da kriegen Sie viel mehr Input. Den müssen Sie erst mal verdauen, wenn Sie da anderthalb, zwei Stunden sitzen und gerade dran sind, da kommen Sie ins Nachdenken. (18; Z 144) Ich vermisse die Gruppentherapie, die vermisse ich auf jeden Fall sehr, weil ich bin ja nicht der einzige Sexualstraftäter, der Kinder sexuell missbraucht hat. Da kann man halt drüber reden, weshalb, was ich getan habe. Vielleicht war es ja bei dem anderen genauso. (32; Z 085) Dann hatte ich Gruppentherapie und die (Mitpatienten) haben

(Fortsetzung) Vergleiche mit Mitpatienten	das mir auf ihre Weise erklärt, nicht so therapeutischer Kram, sondern aus ihrer Sicht, was Pädophilie ist eigentlich. Und das war z. B. ein Punkt, wo ich meine Krankheit akzeptiert habe. (37; Z 069) Wir kommen jetzt also zu sexuellen Fantasien, kognitiven Verzerrungen, Deliktszenario natürlich auch. Wo dann wirklich das komplette Delikt auseinander gepflückt wird, von 10 Experten im Endeffekt, wenn man das so sagen kann. Weil jeder von uns ... hat diese sexuellen Fantasien vorher gehabt, hat Kinder missbraucht. (42; Z 074) Diese Suche: Was hat der genau so gemacht wie ich, das ist eigentlich manchmal ganz interessant und da habe ich schon einige Punkte auch mitgenommen. (44; Z 076) Und da hatten wir natürlich viele Punkte, wo ich dann auch wirklich sagen konnte: so ähnlich war es bei mir auch. Natürlich unterhalte ich mich seitdem noch vermehrt mit dem (Mitpatienten) hier, was hätte man anders machen können. Wo hat es begonnen? Wo ist genau der Punkt, wo man selber hätte sagen müssen: Stopp! Das ist, denke ich, auch wichtig.
Sich nicht allein mit den Delikten fühlen	(19; Z 137) Du bist nicht der Einzige; Es ist Verständnis da, es ist Verstehen da. (Z 198) Es gibt Leute, die dir Mut machen. (17; Z 095) (Hilfreich ist) die Gruppe, weil ich da anders auf die Therapeuten und die anderen Ansprechpersonen zugehen kann. (25; Z 120) Da habe ich das erste Mal im Leben gemerkt, du bist nicht allein. Andere Leute haben das Problem genauso. Wo ich das erkannt habe, kam ein ganz großer Wandel bei mir, und ich konnte plötzlich öffentlich über meine Gefühle reden. (47; Z 079) Da war es am hilfreichsten, über meine Taten zu sprechen in der Gruppe und zu hören, dass alle anderen, die da mit saßen, die gleichen Probleme haben. (Warum war das hilfreich?) Weil ich mein Leben lang meine Taten immer verschwiegen habe. (56; Z 119) Das ist hier auf der Station nicht so schlimm, weil hier alle im gleichen Boot sitzen. Also jeder hat eine Sexualstraftat begangen. (63; Z 036) Man lernt die Delikte der anderen Patienten kennen, vergleicht sie mit sich selber. Und die Leute, die da rein gehen, das gibt da einen gewissen Zusammenhalt. (72; Z 065) Da kann man den Einem am Anderen verstehen, dass doch immer wieder Zusammenhänge bestehen. Jeder Einzelne hat fast das gleiche Schicksal.
Kritisches Zuhören und Nachfragen (Expertenfunktion)	(08; Z 107) Da sitzt man ja mit Leuten zusammen, die alle das gleiche Delikt begangen haben, also Sexualdelikte. Und die wissen, wie man fühlt und die sind viel, viel ehrlicher zu dir. Und die sagen: „Komm mal raus mit der Wahrheit und sag mal, warum du der Frau da hinterhergelaufen bist.“ Das würde ein Psychologe im Einzelgespräch nicht sagen; darf er auch gar nicht. (33; Z 104) Ich kann natürlich dem Personal immer viel erzählen. Aber die ganzen Sexualstraftäter, die kennen, … wie die Abläufe waren. Die wissen auch, wo sie nachbohren müssen. ... Von denen kann ich noch viel mehr lernen, als wenn ich das nur in Einzeltherapie durchkaue. Und weil viele auch merken, wenn man sie dann verarschen tut. (37; Z 071) Das waren alles Sexualstraftäter und die wissen genau, wie so ein Gedankenvorgang abgelaufen ist. ... Wenn ich jetzt erzählen würde zum Beispiel: „Ja, ich hatte vor meinen Delikten nie Fantasien, und hab da gar keinen Plan gemacht“, oder so, dann nehmen die mich auseinander ... Die hatten das alle selber durchgemacht. Das ist eigentlich für mich im Moment die sinnvollste Therapie, glaube ich. ...

(Fortsetzung) Kritisches Zuhören und Nachfragen (Expertenfunktion)	Wie soll 'ne Therapeutin zum Beispiel wissen, wie sexuelle Fantasien mit Kindern aussehen? Die hatte wahrscheinlich nie welche. Da können die Gruppenmitglieder, die alle so was erlebt oder selber schon durchgemacht haben, mir viel bessere Hinweise geben. (39; Z 097) In der BPS da wird man ja richtig befragt nach den Straftaten, dass, und wie man sich jetzt fühlt Und da würde ich dann sagen, wenn man merkt, der macht einem was vor. (72; Z 065) Da waren die Gruppensitzungen, dass jeder offen und ehrlich über seine Straftaten, über sein Leben sich richtig auseinandersetzt mit der Gruppe. Und auch die Gruppe helfen kann.
Probleme lösen lernen	(03; Z 039) Ich kann durch die R&R-Gruppe und die anderen Gruppen, die ich mittlerweile gemacht habe, das ganze ein wenig besser verstehen und das ganze ein bisschen besser lösen, wenn ich mal Probleme hab. (25; Z 124) Zurzeit mache ich die R&R-Gruppe und von der kann ich auch sehr gut profitieren, ... (Z 126) wie ich mit widersprüchlichen Aussagen umgehe, wie ich mit Stresssituationen umgehe, wie ich ein Gespräch anfange etc. Da kam einiges zum Denken und das hat mir auch geholfen. (39; Z 056) Ich kann mich in andere hineinversetzen: Wie fühlt er sich, wenn ich ihn beleidige? Ich kann handeln danach! Anstatt die Türe zu knallen oder rumzuschreien, dann gehe ich aus der Situation raus. (Z 058) Ich brauche da nicht sofort hochzugehen. Das tut zwar weh, aber ich denk mir ...: Die wollen mir nichts. Damals habe ich immer gedacht, die wollen mir was.

Gruppentherapien werden als hilfreich beurteilt, weil die TN erleben, dass sie mit der Problematik nicht allein sind; weil sie sich, ihr Handeln und ihre Motive mit Mitpatienten mit ähnlichen Delikten vergleichen können. Rückmeldungen durch Mitpatienten seien oft härter, aber zutreffender als die der Therapeuten. Dadurch erhalte man mehr Feedback zu eigenen Delikten.

In Therapiegruppen findet viel `Lernen´ statt, wobei die Modulstruktur hilfreich zu sein scheint, weil sie den TN Faktenwissen über Sexualität und über Deliktdynamik vermittelt, das Training von Kompetenzen erleichtert und Quereinstiege (und Ausstiege) ermöglicht. Die TN waren in der Interviewsituation gut in der Lage, ihr kognitives Wissen über Delikte, die Folgen für die Geschädigten, die innere und äußere Dynamik vor den Taten abzurufen. Die (in Modulen vorgesehene) Vorstellung der eigenen Biographie in der Gruppe als Aufgabe fordert die TN, sich aktiv mit ihrem bisherigen Leben auseinanderzusetzen.

Hausaufgaben, Referate und Rollenspiele sind in Deliktgruppen üblicher als in den Einzeltherapien; sie helfen dabei, sich zwischen den Sitzungen mit Fragen und Problemen auseinanderzusetzen; auch die intelligenzgeminderten TN konnten im Interview wenigstens teilweise über Inhalte der Gruppen und über Aufgaben

berichten. Durch Hausaufgaben entsteht bei den TN zusätzliches Wissen über individuelle Risikofaktoren, Deliktzyklen, Sexualität, Umgang mit Emotionen und über kognitive Verzerrungen.

19 TN äußern sich positiv zu Gruppentherapien, dabei empfinden 7 TN Gruppen zur Förderung (psycho)-sozialer Kompetenzen für sich als überflüssig; Andere TN formulieren dagegen ausdrücklich, sie hätten in diesen Gruppen gelernt, Konflikte anzusprechen statt sie zu vermeiden und könnten Konflikte inzwischen mit angemesseneren Mitteln austragen. Mehrere TN verglichen Gruppentherapien im MRV mit früheren Therapiegruppen, z. B. in Kinder- und Jugendpsychiatrie- Kliniken bzw. der stationären Jugendhilfe. Gruppentherapien im MRV wurden positiver bewertet, weil man im MRV mehr Zeit für Aufgaben habe und die lange Zeit der Kooperation in der Gruppe ein Vertrauen wachsen lässt.

Textbeispiele 12 Negative Wirkfaktoren in Gruppentherapien

Erläuterungen	Interview Nr.; Zeilen-Nr. in atlas.ti
Gemischte Gruppen	(23; Z 105) Gruppentherapie ist halt so eine relative Sache. Weil ich da nicht über meine Taten reden werde. (Würden Sie mit anderen Sexualstraftätern über Ihr Delikt sprechen?) Sicher. Weil da kann keiner sagen: Ja, du bist ja schlechter als ich. (32; Z 087) Das ging manchmal richtig zur Sache, weil: die Vergewaltiger haben nicht akzeptiert, was wir mit den Kindern gemacht haben und umgekehrt das Gleiche. (72; Z 065) Was ich sehr gut an (Name) fand, dass wirklich nur Pädophile da waren und kein Brandstifter oder Mörder oder sonst was. Wirklich nur Pädophile. Und das ist sehr wichtig gewesen. Ich hab Gruppen gemacht, wo gemischt war – nie auf den grünen Zweig gekommen.
Bagatellisierung durch Mitpatienten	(08; Z 109) Wir sind da im Therapiezimmer und wollen was loswerden. Und da kommt einer und erzählt, wie schön das mit Blagen im Bett ist. Ich mein, das weiß ich selber, ich hab das selber auch praktiziert. Aber ich will davon weg und nicht wieder dahin. (44; Z 082) Hatten wir auch schon hier gehabt, die sich dann etwas anders austauschen, die sich gegenseitig aufgeilen mit ihrem Delikt oder so. Das mache ich nicht. (73; Z 044) Selbst ich hab gelernt einzusehen, dass nicht das Kind schuld ist, sondern ich. ... Wir hatten einen Patienten in der Gruppe, der immer noch gesagt hat: „Ich bin unschuldig, ich bin Justizirrtum.“ Und der hat uns wirklich bis zur Weißglut gebracht.

(Fortsetzung) Detaillierte Deliktschilderungen	(07; Z 157) Wenn die ins Detail gehen mit ihren Delikten, die nehme ich mit in die Träume, und das war nicht schön. Das will ich mir nicht mehr anhören müssen, also kein 2. Mal. (Z 159) Er (Therapeut) meint, dass das aus therapeutischer Sicht sinnvoll ist. Also gehe ich hin. (32; Z 088) Ein Nachteil ist natürlich, dass man sich jeden Scheiß anhören muss in der Gruppentherapie, die anderen Delikte ... für mich ist das nichts, wenn jemand mir erzählt, was er mit den Kindern getan hat. So was Grausames! Ich komme da so nicht mit zurecht, wenn mir jemand erzählt, er hat ein Kind zerstückelt oder erst missbraucht und dann getötet. (50; Z 159) Und muss mir dann anhören, was der andere dann gemacht hat. Oder wenn er, auf Deutsch gesagt, die Kinder vergewaltigt hat oder Sex mit denen hatte. Da würde ich auch schlucken müssen.
Andere Probleme	(19; Z 137) Egal ob die Einzelgespräche oder die Gruppengespräche. Du hast halt das Gefühl gehabt, du hast jetzt halt alles von innen nach außen kehrt. (73; Z 064) In der BPS-Gruppe, da wurden viele Grenzen bei mir ausgetestet von Behandlern.

Gemischte Therapiegruppen mit anderen Tätergruppen, auch gemischte Gruppen von Vergewaltigern und Missbrauchstätern, werden als problematisch beurteilt, weil es zu Konflikten kommt, wer die schlimmeren Delikte begangen hat. Als weitere Störfaktoren werden Mitpatienten geschildert, die in Gruppentherapien bagatellisierend oder sexualisierend über ihre Delikte sprechen. 5 TN (meist bei einer traumatischen Vorgeschichte) fühlen sich durch detaillierte Gewaltdarstellungen von Mitpatienten bei der Deliktbearbeitung belastet, die aber so in den Therapiemanualen vorgesehen sind.

Über Passungsprobleme zwischen Therapeuten und TN in Gruppentherapien berichtet kein einziger TN. Etwaige Probleme in der Beziehung zwischen TN und Therapeuten werden anscheinend durch die Anwesenheit weiterer Therapeuten und pflegerischem Personal in der Gruppe moduliert, zum anderen durch die Anwesenheit von Mitpatienten.

(03) und (33) äußern sich kritisch zu Gruppentherapien; sie sehen diese als Ursache für eine Verlängerung der Unterbringungszeit. Vereinzelte Kritik gab es daran, dass Inhalte in den Gruppen sich wiederholen.

Textbeispiele 13 Gesamtbewertung der Gruppentherapien

Erläuterungen	Interview Nr.; Zeilen-Nr. in atlas.ti
Positiv	(08; Z 111) Also die Gruppe ist aus dem Grund viel besser, weil da sitzt man ja mit Leuten zusammen, die alle das gleiche Delikt begangen haben ... die wissen, wie man fühlt und die sind viel, viel ehrlicher zu dir. (11; Z 062) Was so das Feld Pädophilie angeht, da war eigentlich diese Tätergruppe die einzigste wirklich gute. ... BPS. (72; Z 141) Selbst die letzten Therapeuten sagen alle, Gruppentherapie würde mehr bringen als Einzeltherapie. Weil die Voreingenommenheit in Einzeltherapien ist gefährlicher. Stimmt schon.
Kritisch	(03; Z 043) Bis dann alle fertig sind, sind die anderthalb Stunden schon rum. (Z 049) … Der einzige Unterschied, den ich da drin sehe, ist: dass ich im Einzel anderthalb Jahre dafür brauch und in der Gruppe vier Jahre. (33; Z 098) Sie bringt mir nicht viel. Es wiederholt sich sehr viel. Es kommen immer neue wieder hinzu, dann gehen wieder welche und dann wiederholt sich das. Ich merke einfach in der letzten Zeit, dass es mich nicht viel weiterbringt.

3.3.3 Medikamente

In einer Zeit hoher Erwartungen an medizinisch-pharmakologische Interventionen wurden die TN nach einer medikamentösen (Mit-)Behandlung der Pädophilie befragt. 6 TN machten Anmerkungen zu aktuellen und 2 TN zu früheren Erfahrungen mit triebdämpfenden Medikamenten: Fünf TN sind mit ihr zufrieden und berichten von Entlastungseffekten; ein intelligenzgeminderter TN ergänzt, jede Lockerung sei an diese Depotmedikation gebunden. Ein TN hat sich mit seiner Langzeitmedikation abgefunden. Zwei jüngeren TN wurde die Medikation angeboten, sie berichten über Ängste vor Nebenwirkungen. Das Team habe aber – entgegen ihren Befürchtungen – eine Entscheidung gegen die Medikation akzeptiert. Fünf TN berichten, dass sie auch unter der Medikation weiterhin sexuelle Phantasien haben bzw. Erregung spürten oder die Medikamentenwirkung unterlaufen konnten. Wo ein Antidepressivum (56) verabreicht wurde, das die sexuelle Erregung abmildert, ohne tiefer in den hormonellen Haushalt einzugreifen, war die Compliance besser.

Textbeispiele 14 Medikamente als Behandlungsform

Erläuterungen	Interview Nr.; Zeilen-Nr. in atlas.ti
Ablehnung der Medikation	(14; Z 072) Seitdem wir diese Testung gemacht haben, wo rauskam, dass ich ein triebdämpfendes Medikament kriegen könnte, haben wir nicht mehr drüber geredet. Was ich grad gar nicht so schlecht finde, weil ich auch nicht so scharf darauf bin. (33; Z 074) Das Medikament hat einfach zu starke Nebenwirkungen und ich bin 27 gewesen zu diesem Zeitpunkt und hab es auch abgelehnt. … Wo ich denn gemerkt habe, dass ich keine Nachteile habe, ist denn auch die Angst natürlich so langsam weggegangen.
Unterlaufen der Wirkung	(04; Z 047) Ich hätte auch mit *Androcur* eine Straftat begehen können, wissen Sie? Man kann anfassen, kann küssen, kann anfassen, kann blasen, kann mich ficken lassen. (19; Z 125) Dass man wieder ... Lust kriegt, auch mit Spritzen. Das Biologische setzt es ja auch still. Aber das da oben (zeigt sich auf den Kopf) nicht. (47; Z 051) (frühere Erfahrung; MSG) Psychotherapie war (in Haft) ambulant nur möglich, wenn ich ein (anti) androgenes Mittel nehme als Alibifunktion für das Gericht, so dass ich zur Therapie fahren konnte. Allerdings wo ich schwer drogensüchtig war und eigentlich auch sehr stark dagegen gesteuert habe. Also diese Erfahrungen habe ich gemacht, aber nicht die Erfahrung, dass so ein Mittelchen auch helfen könnte. (56; Z 071) *Cipramil* vermindert auch die sexuellen Phantasien ein bisschen - nicht ganz, aber ein bisschen. (72; Z 033) In der *Androcur*-Zeit, praktisch stand der immer. Ist auch zum Samenerguss gekommen. Also die Lustgefühle waren zwar nicht mehr so verstärkt, aber trotz alledem, wenn ein Vorspiel da war, war immer bereit.
Zufrieden mit Medikation	(28; Z 076) Ich nehme seit 1999 die *Enantone*-Spritze, das ist ein triebhemmendes Mittel. Dadurch kann ich keinen Geschlechtsverkehr ausüben. (Fühlen Sie sich dadurch eingeschränkt?) Nee, ich kann mir ein Leben ohne dieses Medikament einfach gar nicht vorstellen. (Z 080) Man hat mir gesagt, würde ich die *Enantone*-Spritze nicht nehmen, würde ich gar nicht vor die Türe kommen. Und ich vertrage es und komme also auch gut klar. (47; Z 053) (Aktuelle Erfahrung mit der Medikation; MSG) Ich bin erst seit 3 Tagen drin, aber ich habe das Gefühl, ... ich habe überhaupt keine Sexualphantasien, überhaupt keine Dringlichkeit, mich selbst zu befriedigen oder Unruhe, ich habe keine Konzentrationsschwierigkeiten usw. Dieses Zwanghafte ist einfach weg. (60; Z 069) Sehr zufrieden. Wenn ich morgens früh aufgestanden bin, hat ich immer so 'nen Steifen gehabt. Seit ich Drei-Monats-Spritze krieg, ist das vorbei. Ich schwitz davon.
Antidepressiva	(56; Z 071) Ich bekomme *Cipramil* seit April. Weil man erstens der Meinung war, dass ich eine gewisse Konzentrationsschwäche habe. Und man will mich nicht chemisch kastrieren, sondern einfach nur ein Medikament geben, was mich ein bisschen unterstützt dabei. Also es vermindert auch die sexuellen Phantasien ein bisschen – nicht ganz, aber ein bisschen.
Neuroleptika (Psychose spielte beim Delikt keine Rolle)	(14; Z 076) (Mit der Medikation einverstanden?) Ja. Ich hab definitiv keinen Bock auf eine weitere Psychose.

3.3.4 Andere Verfahren, Methoden und Techniken

In der Forschung gilt die Wirkung spezifischer Verfahren, Methoden und Techniken mit 15% als kleinster allgemeiner Wirkfaktor für den Erfolg einer Psychotherapie. 19 TN berichten explizit über Verfahren, Methoden und Techniken aus Einzel- und Gruppentherapien, vorwiegend bei der Bearbeitung der begangenen Delikte; z. B. der Deliktzyklus [86] mit einer Analyse der Situation im Vorfeld von Straftaten, der Tatvorbereitung, der Durchführung und die psychische Verfassung der Täter und der Geschädigten nach den Delikten. Die eingesetzten Techniken sollen helfen, die Dynamik der Delikte mit Tätern zu klären und kognitive Verzerrungen aufzudecken. Die TN schilderten konkret die Erarbeitung individueller Risikofaktoren, die Suche nach entsprechenden Ressourcen zur Minderung der Rückfallgefahr und nach Techniken, um deviante Sexualphantasien zu kontrollieren.

Neben der Deliktbearbeitung geht es auch um die Behandlung persönlicher Probleme sowie das Finden und Einüben von Fertigkeiten und Ressourcen. In Interviews schildern TN den Einsatz von erlebnisaktivierenden Techniken, Rollenspiele und Rollentausch, Opferbriefe, Anti-Aggressivität-Trainings, aber auch schriftliche Hausaufgaben, Referate, usw. zwischen den Sitzungen.

Textbeispiele 15 Spezifische Methoden und Techniken

Erläuterungen	Interview Nr.; Zeilen-Nr. in atlas.ti
Deliktspezifische Techniken	(33; Z 098) (Im BPS) geht es spezifisch herauszufinden, wie es zu der Straftat gekommen ist und was man als Gegenmaßnahmen machen kann, dass es nicht wieder passiert. (54; Z 077) Da geht es erst mal darum, ... was es heißt, eine Straftat zu begehen, wie sich die Geschädigten damit fühlen. (39; Z 062) BPS, da habe ich auch viel gelernt, Opferempathie, Rückfall-prävention, was ich beachten muss für mich selber, wo ich vorsichtig sein muss. (73; Z 064) Im BPS in der Einzeltherapie bin ich im Deliktszenario schon drin.
Kognitive Verzerrungen	(37; Z 069) Wir sind jetzt im deliktspezifischen Teil, kommen jetzt also zu sexuellen Fantasien, kognitiven Verzerrungen, Deliktszenario natürlich auch. Wo dann wirklich das komplette Delikt auseinander gepflückt wird, von 10 Experten im Endeffekt. (08; Z 103) (Ich habe dort) gelernt über kognitive Verzerrungen, dass viele Dinge einfach ich mir im Kopf zurechtlege, mir so schönrede. Z. B.: „Die kommen ja wieder, die wollen das doch. Sonst würden sie ja nicht kommen.“ Natürlich sind die nicht aus dem Grund gekommen. Aber es hat sich für mich schön angehört. (Z 127) Ich mache gerade eine Hausaufgabe von (Name), wie ich mit Phantasien – falls sie auftreten – umgehe.

(Fortsetzung) Rollenspiele	(39; Z 064) Ich bin dann in die Rolle geschlüpft, das 10jährige Mädchen, das ich vergewaltigt habe mit dem Messer. Das war schon sehr unangenehm, ne. Also, ich habe mich richtig in das Mädchen hinein gefühlt. Ganz kann man´s nicht, sagen die Therapeuten. (Z 078) Kommt schon mal vor, dass ich mir auch einen runterhole.
Sexuelle Erregung stoppen oder umlenken	(39; Z 078) Aber ich schaff es auch schon, dann umzulenken, dann an Frauen zu denken, obwohl ich gesagt habe, Frauen hatte ich noch nie.
	(08; Z 133) Vernünftiges Handwerkszeug, wenn sich die Phantasien, wenn ich mir abends einen runterhole, .. vermischen, dass ich dann auch einen STOP finde, der wirklich funktioniert. (Z 127) Bisher habe ich drei (Phantasien zum Gegensteuern; MSG) gefunden, die relativ gut funktionieren.
	(32; Z 089) Wenn ich jetzt so z. B. im Bett liege und ... Kindergedanken kommen, dass ich dann aufstehe und mich ablenke, so dass ... ich nicht darauf masturbiere.
	(37; Z 051) Z. B. Gedankenstopptechnik, ... dass man zu verschiedenen Fantasien masturbiert ... Das hat auch dazu beigetragen, dass ich diese sexuellen Fantasien mittlerweile unter Kontrolle habe.
	(68; Z 027) ich versuche jetzt gerade durch (Porno-) Hefte mit Erwachsenen auch mehr auf Erwachsene umzuschalten.
Hausaufgaben	(08; Z 099) Ich hab dann ja auch Hausaufgaben gemacht in schriftlicher Form. Die hat sie dann durchgelesen und ich hab auf Mimik und Gestiken geachtet, ob sie da irgendwie ... (abschätzig guckt?) Ja, richtig. Hat sie aber nie gemacht.
	(73; Z 054) Wir haben ja auch Hausaufgaben aufgekriegt, da wurde eine Geschichte erzählt, von nem Pädophilen. Da sollten wir raussuchen: Was waren die ersten Anzeichen, wo der Pädophile Interesse an dem Kind gekriegt hat?
	(14; Z 092) Da gab es jetzt als letztes eine sehr intensive Hausaufgabe, wo man auch einen Vortrag über sich selbst halten musste.
Aufschreiben	(50; Z 123) Das konnte ich durch das Aufschreiben ganz anders formulieren als ich mir ihr (Therapeutin) darüber reden konnte.
Aufmalen (TN ist Analphabet)	(60; Z 093) Über Sex, da sollte ich immer alles aufschreiben – nicht aufschreiben, so aufmalen. ... Und die hat sich das immer angeguckt.
Buch gelesen	(44; Z 046) Ich hatte hier vor kurzem mal ein Buch gelesen, wie so ein Opfer damit umgeht und wie es sich fühlt und so. Und ich weiß von mir ja auch so ein bisschen, man richtet schon Schaden an
Arbeitsbuch	(18; Z 104) Zurzeit arbeite ich auch am Arbeitsbuch für Sexualstraftäter. das gehört ja auch mit zu meinem Delikt dazu, sag ich mal. Da stehen auch Fragen drin. „Ja, warum haben Sie das gemacht?“ Also da gibt’s ja auch ne Vorgeschichte, weshalb man das gemacht hat.
Stabilisierung mit trauma-therapeutischen Techniken	(03; Z 055) Wir haben eine Stunde meist sehr intensiv gearbeitet und haben uns eine halbe Stunde Zeit genommen, um mich wieder zu stabilisieren, kann man fast sagen. Also er hat mir sehr intensiv Techniken wie diese Tresorübung beigebracht, diese Beschützer- und Beraterfunktion, die hatte ich vorher schon.
ABC-Modell	(68; Z 045) Was ich damals (Vorbehandlung; MSG) mitnehmen konnte, waren ABC-Modelle und das Modell „Ziel-Entscheidung-Verhalten“.
Opferempathie	(04; Z 116) Ich sollte ja Opferbriefe, da habe ich erst mal gemerkt, wie schwer mir das fällt, mich in das Opfer rein zu versetzen. Weil ich ja immer nur den glücklichen Jungen sehe.

(Fortsetzung) DBT	(04; Z 059) Ich bin da mit dabei wegen Toleranztherapie, der Achtsamkeit, deshalb hab ich da mitgemacht, dem Respekt und so. (18; Z 082) Da (DBT) lernen wir ja, Gefühle zu zeigen. Weil ich zeig meine Gefühle nicht wirklich, sag ich mal. Ich zeig immer nur mein freundliches Gesicht. (Z 084) Wir kriegen viele Arbeitsblätter, ... wo wir dann auf der Station üben können. (39; Z 056) DBT mache ich ja jetzt noch mit, und da finde ich gut, dass ich selber merke: wie fühle ich mich. Ich kann mich auch in andere hineinversetzen. Ich kann auch vorher handeln. (47; Z 089) Was mich sehr beeindruckt hat: ist, ... dass sie (Name) das selbst gelebt hat, ... was sie in ihren Skill-Gruppen den Leuten beibringt: Radikale Akzeptanz. (54; Z 077) In DBT geht es um das Verständnis. Sich untereinander verstehen, aufeinander einzugehen, rauszukriegen: wie tickt der andere? ... Mittlerweile haben wir es über die Jahre hingekriegt, in den DBT-Gruppen sogar Diskussionen untereinander in Ruhe zu führen.
Anti-Aggressionstraining	(08; Z 139) Ich habe ... ein Aggressionstraining gemacht ... hier an dem Boxsack. (Z 143) Der (Name) hat die Information von mir als Hausaufgabe, um welche Situation es geht und steht dahinter, ich sehe ihn gar nicht und er erzählt leise über die Situation. (73; Z 029) Ich habe hier durch das Gutachten von (Name) ein AAT mit meinem Therapeuten gemacht, bevor wir am Delikt weiterarbeiten ... Jetzt bin ich ruhiger geworden, nicht so ruhig wie die Behandler das gerne hier hätten. Das werden die wahrscheinlich auch nicht so hinkriegen, wie die das gern hätten. (Z 064) Das ist besser geworden durch das AAT.
Kommunikations-training Interaktions- und Kompetenztraining Signalerkennungs-plan	(03; Z 039) Dann ist das erste Mal nach langer Zeit mal nicht irgendwelche Delikte zur Sprache gekommen, sondern wir haben uns so´n bisschen um Kommunikationstraining und so was gekümmert, habe dann mit Herrn (Name) ja auch das ganze „Reasoning and Rehabilitation-Programm“ durchgemacht, was mich schon sehr weiter gebracht hat. (25; Z 118) Die Interaktionsgruppe, die hat mir nicht wirklich geholfen. (37; Z 065) Soziales Kompetenztraining brauchte ich im Endeffekt gar nicht ... das lernt man wahrscheinlich schon zu Hause. (03; Z 039) Dieses Signal-Erkennungsplan-Gespräch, die liefen nur noch so, dass man eben zum Büro ging und sagte, ich bin jetzt grade eins und fertig, anstatt auch mal kurz darüber zu sprechen und mal genauer zu gucken.
`Regeltherapie´   <

Die Schilderungen der TN spiegeln zunächst das methodische Repertoire ihrer Therapeuten wider; die Erzählungen zeigen auch, wie weit die TN der Therapie kognitiv folgen können.

In den MRV-Kliniken, in denen die Dialektisch-Behaviorale Therapie [91] eingesetzt wird, umfasst die Ausbildung in diesem Verfahren für Therapeuten und für Pflegepersonal eine gründliche Reflektion des eigenen Verhaltens und führt so zu verändertem Verhalten gegenüber Patienten; einige TN schildern dies an Beispielen.

Mehrere TN benutzen bei ihren Schilderungen das Wort `wir´, was auf eine Identifikation mit den Inhalten der Therapie schließen lässt. Einige TN erzählen, dass sie bei Ausführungen früher mit dem Personal in Risikosituationen gegangen sind, wobei sie von ihren Begleitern beobachtet und ihr Verhalten reflektiert wurde. Dies scheint heute – bis auf eine einzige Station – nicht mehr üblich zu sein, was die TN bedauern.

7 TN empfinden die Trainingsgruppen für kommunikative und soziale Fertigkeiten für sich als überflüssig und langweilig, weil sie über diese Ressourcen bereits verfügten.

Fast wie Karikaturen einer Therapie wirken die Schilderungen von (04) über `Regeltherapie´ und von (27) über `verhaltenstherapeutische Ausrichtung´, die beide TN als ausschließlich auf eine soziale Anpassung zielend erlebt haben, wodurch ihre Compliance mit der Behandlung sich massiv verringerte.

3.3.4.1 Weitere therapeutische Behandlungsformen

Nicht in allen Kliniken scheinen extraverbaltherapeutische Behandlungsformen aktuell angeboten zu werden. In einigen MRV-Kliniken existieren zwar solche Angebote, aber die TN können an ihnen nicht teilnehmen, weil hierzu eine bestimmte Lockerungsstufe erforderlich ist.

Tabelle 10 Weitere berichtete Behandlungsformen (Pädophile aus 8 Maßregelvollzugskliniken in 4 Bundesländern)

Behandlungsformen	Angeboten	Teilnahme	Teilnahme in %	Keine Teilnahme
Bezugspflege Reflektion	25	24	96	1
Ergotherapie	28	26	92,8	2
Sozialdienst	25	17	68	8
Sport	30	17	56,66	13
Kreativtherapie(Musik/Kunst)	22	12	54,5	10
Körpertherapien	22	7	31,8	14

Das meistgenannte Angebot neben Psychotherapien sind Reflektionsgespräche mit Bezugspflegekräften, gefolgt von Ergotherapie, die selten ausfällt. Die Teilnahme an der Ergotherapie dient neben einer sinnvollen Tagesstruktur der Aufbesserung der finanziellen Einkünfte der TN. Diese Maßnahmen werden durchweg positiv beurteilt. Angebote des Sozialdienstes und Sportangebote werden häufiger genannt als Kreativ- und Körpertherapien.

Einige Therapeuten nutzen kreative Medien, um intelligenzgeminderten Patienten Ausdrucksmöglichkeiten zu vermitteln. (14) und (25) nutzten extraverbale Angebote zur inhaltlichen Auseinandersetzung mit ihren Straftaten. Insgesamt sehen aber nur wenige TN die Ergo-, Kunst-, Musik- und Körpertherapie in Verbindung mit ihren Straftaten (oder es wird ihnen von den Therapeuten kein explizites Angebot dazu gemacht); die TN erleben sich in diesen Therapieangeboten aber als leistungsfähig und kompetent, was ihre Zufriedenheit erhöht.

Textbeispiele 16 Erfahrungen mit weiteren Behandlungsformen

Erläuterungen	Interview Nr.; Zeilen-Nr. in atlas.ti
Musiktherapie	(14; Z 078) Den Musiktherapeuten mag ich sehr gern, der hat mal erklärt, dass es in der Musiktherapie weniger um Musik geht, sondern mehr um Kommunikation. Was mich jetzt aber daran interessieren würde, wäre Musik. (63; Z 032) Es wird gern gesehen, dass man es macht. (Z 034) (Zum Musiktherapeuten) Seine ganze Ausstrahlung, wie er redet, so wie er hat viel Verständnis dafür, dass meistens da unten die Musik gespielt wird ..., die halt nicht mein Fall ist. Meine Sache ist halt die klassische Musik.
Kunsttherapie	(07; Z 112) (Wie hilft Ihnen Kunsttherapie?) Wenn ich es schaff, mich darin zu verlieren, ist es was Schönes. Aber es gelingt mir nicht immer. (Ist es Ihr Ziel, sich zu verlieren?) Ja. Ich male dann von alleine, aber meine Gedanken gehen auf Wanderschaft. Zeichnen tu ich ja sehr viel, bestimmt in der Woche 10, 15 Stunden, wo ich mit Bildern beschäftigt bin. (14; Z 084) Ich habe so einen Kasten gebaut, den ich mit lauter Zeitungsausschnitten in pädophiler Richtung beklebt habe und anschließend habe ich diesen Kasten aufgegessen. Und das wurde fotografiert von der Kunsttherapeutin. (19; Z 096) Maltherapie gemacht, sehr lange, auf freiwilliger Basis. (25; Z 100) (Ich) habe ich mich mit der Kunsttherapeutin unterhalten, dass ich das im Zimmer machen kann. Hat sie auch unterstützt, erst mal mit Skepsis, aber sie hat gesehen, dass ich am Ball bleib, hat auch unterstützt. (Z 102). Ich habe ... meinen Lebenslauf von der Kindheit bis heute durchgemalt. Es wurde mir einiges bewusst, was passiert ist und im Nachhinein sage ich, es ist gar nicht verkehrt, dass ich das noch einmal durchlebe. (Z 104) Es gibt auch intime Bilder, die ich nicht mit ihr bespreche, nur mit meinem Einzeltherapeuten. (44; Z 108) Ich habe ja schon ein Kontaktproblem und so, dass ich nicht so auf Leute zugehen kann. Dafür ist das Kulturzentrum wichtig. Für Kontakte überhaupt, um Kontakte aufbauen zu können.

(Fortsetzung) Kunsttherapie	(44; Z 108) Ich habe ja schon ein Kontaktproblem und so, dass ich nicht so auf Leute zugehen kann. Dafür ist das Kulturzentrum wichtig. Für Kontakte überhaupt, um Kontakte aufbauen zu können. (68; Z 100) Wir haben hier nen Theaterworkshop, das geht normalerweise nicht wegen der Schule. Aber das wurde von der Therapeutin unterstützt, zweimal die Woche. (Z 102) Nein oder Stopp sagen lernt man da ... das ist ja wichtiger als alles Andere, weil gerade diese kleinen Faktoren haben zu dieser großen Straftat geführt.
Ergotherapie	(07; Z 121) Vogelhäuser bauen. Also das ist eine furchtbare Arbeit. (Zum Geld verdienen?) 1 € in der Stunde. Nee, das ist ein wichtiger Bestandteil der Therapie, deswegen mache ich das. Ich bin auch draußen auch immer gleich von der Arbeit weggelaufen, wenn´s mir nicht gefallen hat. Hier bleibe ich jetzt dabei.
Sorgt für Tagesstruktur	(42; Z 58) Ich gehe dahin, um Tagesstruktur zu haben und um Einkommen zu haben. (65; Z 063) Jeden Freitag gehe ich in eine Stunde, wo man handwerklich sich beschäftigen kann. Also ich hab bis jetzt meistens gemalt, ein Buch für meine Enkel erstellt, also mit Bildern und selbstverfassten Texten.
Selbstbewusstsein	(19; Z 208) (Ist Ihr Selbstbewusstsein gestärkt worden?) Ja! Arbeitstherapie war das z. B.
Eigenständigkeit	(25; Z 096) Dass ich (in der AT) einiges allein machen konnte, ... das hat man hier teilweise unterstützt.
Ausgeglichenheit	(11; Z 064) Ich hier habe ich Ton kennen gelernt oder Speckstein, was ich früher nicht kannte. Ich ... habe gerade mit Intarsiensachen angefangen. (Z 068) Also ich habe das nie mit meiner Tat verbunden, diese kreativen Geschichten. ... Aber ich spürte irgendwann diese Ausgeglichenheit, wenn ich was geschaffen habe, die hat mir sehr geholfen.
Unterstützung bei Konflikten	(08; Z 083) Frau (Name) da habe ich immer Gehirn- und Leistungstraining. Sie ist auch meine Kompetenztrainerin. (Z 152) die hat sich auf meinen Wunsch hin eingeschaltet (bei Konflikt mit Einzeltherapeuten; MSG).
Kritik an fehlender Kompetenz	(18; Z 074) Nee, (Ergotherapie; MSG) ist nichts für mich. Ich hab auch nicht so ein ruhiges Händchen dafür. … Ich mach die Gartenarbeit. (44; Z 120) Ich habe einen dort, der leitet, aber keine Ahnung von Steinbearbeitung hat. Wer sich an seine Anweisungen beim Feilen hält, hat zum Schluss nur ein paar Krümel. Wenn man sich nicht an seine Anweisungen hält, wird was draus.
Körper- und Bewegungs-therapie	(14; Z 088) Diese meditativen Atemtechnik-Zeugs und so, das hat mich noch unruhiger gemacht. (33; Z 090) Das ist auch in der Körpertherapie so, ich muss mich auf mein Gefühl konzentrieren. Das hat mich in den anderthalb Jahren hier sehr weiter gebracht. ... Ich merk das, wenn ich sauer bin. (Z 094) Ich geh in Diskussionen und Auseinandersetzungen, auch mit dem Personal. (Z 122) Hätte man damals in (andere Klinik) Körpertherapie angeboten, wäre das anders gelaufen.
Pesso-Gruppe	(08; Z 137) Dass ich nie diese Familie habe, aber mir eine gewünscht habe, das habe ich mit der Pesso-Gruppe für mich relativ gut bewältigt. (Z 139) Ich bin jetzt nicht mehr auf der Suche. Ich bin im hier und jetzt. (Z 146) ich möchte jetzt noch mal mit Pesso (Gruppe) arbeiten. (50; Z 073) Dramatherapie, wir haben Situationen nachgespielt und zum Schluss hab ich dann Einzelgespräche, also Einzeltherapie gemacht.
Sport	(08; Z 083) Sport sechsmal die Woche. Also wir (TN und Sporttherapeut; MSG) haben schon ein sehr enges Verhältnis, glaube ich.

Musik- und Kunsttherapeuten arbeiten mit extraverbalen Methoden und mit Medien; auch Körperpsychotherapeuten setzen extraverbale Techniken ein, die auf eine bessere Wahrnehmung der eigenen Körpersignale zielen, z. B. die Integrative Leib- und Bewegungstherapie (IBT nach Petzold [107] und Pesso-Gruppen (PBSP) [103; 120].

Eine gezielte Indikationsstellung für alle diese Angebote bei der Therapieplanung wird in den Interviews selten sichtbar. Die Motive zur Teilnahme an extraverbalen Therapieangeboten sind unterschiedlich; Manche TN nehmen diese Angebote nur aus Anpassungsgründen wahr („Es wird gern gesehen...“); andere nehmen nicht wegen des spezifischen Verfahrens teil, sondern wegen des durchführenden Therapeuten; ein drittes Motiv liegt im Interesse der TN an Musik, Kunst, Sport, usw. (03) und (65) berichten von positiven Erfahrungen mit Theaterprojekten, (44) von der Mitarbeit im Kulturzentrum der Klinik. Ihre Äußerungen zeigen, dass es sich dabei zwar nicht um direkte therapeutische Angebote mit klarer Indikation handelt, dass aber die Wahrnehmung solcher Angebote den Selbstwert stabilisieren kann.

3.3.5 Persönlichkeit der Patienten

Persönlichkeitszüge von Patienten wirken als eigenständige Faktoren auf die Passung mit Therapeuten und deren affektive und kognitive Gestimmtheit gegenüber Patienten. Angeborene Prädispositionen (Temperament) und erworbene Persönlichkeitszüge (Charakter) sollten – soweit dies möglich ist – von Verhalten unterschieden werden, das durch die Unterbringung im MRV geprägt oder begünstigt wurde, wirkt sich doch der Zwangskontext oft ungünstig auf die Persönlichkeit aus. Persönlichkeitszüge können die therapeutische Erreichbarkeit zwar begrenzen, sind aber keineswegs unveränderbar. Ihre Bearbeitung muss zu den Behandlungszielen im MRV zählen. Therapeuten sollten prüfen, welche Passungen (vgl. Abschnitt 3.2.1.1.) den individuellen Persönlichkeitszügen ihrer Patienten am besten entsprechen. Neuere Überlegungen stellen schwierigen Persönlichkeitszügen in der Therapie ausgleichende Ressourcen gegenüber.

Die vorliegende Studie will keine eigenständigen Persönlichkeitsfaktoren entwickeln; sie beschreibt Persönlichkeitszüge, die TN schilderten oder die durch ihr Verhalten

bei den Interviews deutlich wurden. Die TN machten in den Interviews an 208 Stellen Anmerkungen, die auf negative bzw. positive Persönlichkeitsfaktoren schließen lassen. 4 TN berichteten über frühere Suchtprobleme (in Diagnosen der Kliniken 3), zwei über Psychosen; 5 Patienten zeigen eine deutliche Lernbehinderung (in Diagnosen der Klinik 4).

Textbeispiele 17 kritische Faktoren in der Persönlichkeit der TN

Erläuterungen	Interview Nr.; Zeilen-Nr. in atlas.ti
Sadismus	(03; Z 019) In der Haft hab ich sadistische Phantasien entwickelt, auch gegen Kinder. die hatte ich vorher gar nicht. (Z 039) Ich hatte mit einem Patienten von damals eine Brieffreundschaft und teilweise auch eine sexuelle Beziehung ... und dann bezog sie sich auf erst leicht sadistische Phantasien bis hinterher extrem sadistische Phantasien.
	(73; Z 029) Es gibt Praktiken, die Kinder nicht machen würden, (z. B.?) Branding oder Strangulation. Das Kind hätte zu viel Angst und da macht es keinen Spaß.
Gewalt	(53; Z 021) Bei mir haben sie sich erst gar nicht gewagt. Die wussten auch, dass ich sofort aushole. Ich hätte sofort zugeschlagen.
	(68; Z 019) Die haben mich in der Schule immer fertig gemacht und da war es so, dass ich einen sogar mal versucht habe, mit einem Springseil zu erwürgen. Das war in der zweiten Klasse, ... ich hab das um seinen Hals, hab zugezogen, so stark ich halt konnte. Und dann kamen auch Andere an und haben es mir aus der Hand gerissen.
	(73; Z 034) Er (Pfleger) hat mich zurückgedrängt ins Zimmer und dann hab ich mich umgedreht und hab dem eine gelatscht.
Impulsivität	(11; Z 086) Nimmt sich die Frechheit heraus, das einfach abzubrechen! Ja, was glaubst du eigentlich, wer du bist? (empörter Tonfall; MSG) Da spielen irgendwo auch verletzte Emotionen eine Rolle, ne? Und das konnte ich nicht mehr so bremsen, das fand ich einfach unerhört!
	(25; Z 096) im Nachhinein OK, dass man mein Verhalten gespiegelt hat, was zu dem Zeitpunkt total scheiße war. (Z 098) In der Situation habe ich das so nicht gesehen, ich hätte den Therapeuten am liebsten erwürgt.
	(32; Z 119) Wenn ich sauer bin, steuere ich mich nicht. Dann beschimpfe ich das Personal. ... Wenn ich dann aus dem Gespräch draußen bin, weiß ich: Oh Scheiße, was habe ich denn jetzt gemacht? ... Dann entschuldige ich mich.
Gleichgültigkeit	(19; Z 145) Wie kann ich erreichen, dass es so weit gar nicht kommt, also dass ich meinen Hass, meine Wut, meine Ablehnung, meine Gleichgültigkeit, meine Interesselosigkeit – das ist mir doch eh alles scheißegal, mach ich grad so weiter. ... (nicht in Delikten ausagiere)? (Z 153) Grade meine Aggressivität oder meine Ablehnung war ewig lang ein Thema.
Manipulation	(73; Z 005) Ich konnte meine Umgebung draußen so gut manipulieren, dass das nicht aufgefallen ist. ... (Z 029) Da habe ich dann wieder die Anwältin eingeschaltet und Antrag auf einstweilige
Querulatorisches Verhalten	

(Fortsetzung) Querulatorisches Verhalten Autoaggression	Verfügung gestellt. Da sind die Behandler jetzt nicht ganz froh drüber, weil viel Schreibarbeit. ...Und sag ich: Ja! Dann tut ihr mal was für Euer Geld. (Z 009) Weil man mir immer sagt, ich betreibe Selbstmord auf Raten. Ich bin insulinpflichtiger Diabetiker und meine Zuckerwerte sind momentan wieder durcheinander. Da heißt es immer: „Sie essen nicht diätgerecht."
Misstrauen	(11; Z 086) Man macht hier einen Fehler oder man sagt mal was zu laut, oder man ist mal ein bisschen erregter oder was auch immer. Und da wird das einem sofort als negativ ausgelegt, da heißt es gleich: der ist dafür nicht fähig oder nicht absprachefähig. (Z 090) Angst, in irgendwelche falschen Töpfe gesteckt zu werden, Vorverurteilungen. Mit allem muss man ja hier rechnen.
	(18; Z 130) Ich kann mir gut vorstellen, dass die Vorurteile haben, weil die ja selber Kinder haben.
Kontakt/Beziehung vermeiden	(19; Z 100) Bis ich warm war, waren die weg. (19; 206) Ich hab keinen rangelassen! Ich hab halt das gemacht, was ich machen muss und nicht mehr. (Z 291) Die selber können gar nichts machen, das muss derjenige selbst machen. Und nur wenn man ihn dazu bringt, dass er es selber tut, dass er es selber einsieht, dann ist es in Ordnung. Was denen ihre Funktion ist, das ist halt ein Krückstock.
	(23; Z 128) Herr (Name) ist mir aufoktroyiert worden, ne. Da wurde gesagt, der ist Ihr Therapeut und fertig. Und damit habe ich ein Problem.
	(33; Z 148) Man hat ja auch immer so sein Bild über Therapeuten. Ein Therapeut ist streng. Geht nur zielgerichtet. Und will nur das Eine: Die Straftat herausfinden. Dadurch auch meine Angst, dass die was von mir wollen.
Ekel	(32; Z 019) Erwachsene haben ja immer so schrumpelige Haut – ich ja auch – und das mochte ich überhaupt nicht.
Gehemmtheit	(44; Z 016) Alle Beziehungen, die ich so bisher hatte mit Erwachsenen, liefen dann meistens so, dass ich angesprochen wurde.
	(18; Z 082) Ich zeig immer nur mein freundliches Gesicht. Und wenn es mir mal schlecht geht, dann zeig ich das nicht, oder ich sauer bin, zeig ich das nicht.
Arroganz	(04; Z 073) Diese große Klappe könnte ja doch noch mal irgendeinen jungen Menschen unter 18 dazu verführen, sich mit mir abzugeben. Weil es ihm eben gefällt, so´n Typ mit ner großen Klappe.
	(44; Z 108) Ich bin zwar auch gerade nicht der Schnellste, aber die sind noch mal ein paar Stufen unter mir und damit habe ich ein Problem. Das fördert bei mir Arroganz zutage, das ist also ganz schlecht, auch für Therapie ganz schlecht.
Pessimismus bez. Therapie	(73; Z 086) Ich bin eine Person, die geht nur halbe Schritte. Wenn ich als Therapeut jemanden hab, wo ich sehe, ... da kommt gar nichts, ... dann will der nicht. Und bevor ich mir als Therapeut den Mund fusselig reden muss, dann höre ich auf.
	(19; Z 167) Die Statistik sagt, dass Leute wie ich immer rückfallgefährdet ist und immer rückfallgefährdet bleibt, dass das Restrisiko, dass derjenige wieder was anstellt, so hoch ist, dass man mich nicht mehr springen lassen kann. .. Ich weiß nicht, wie ich es sagen soll; Es gibt nicht Schlimmeres halt, als so ein Täter zu sein wie ich.
Selbstmitleid	(17; Z 036) Glauben die mir nicht. ... Meine Eltern nicht und hier das Team nicht. Und da stand ich da wieder und fragte: „Was glaubt Ihr mir überhaupt?

Viele der hier beschriebenen Persönlichkeitszüge werden in der Literatur als Symptome verschiedener Persönlichkeitsstörungen definiert: dort wird ausgeführt: die dauerhaften inneren Verhaltenmuster weichen deutlich von kulturell erwarteten Normen ab, das Verhalten der Betroffenen ist in vielen persönlichen und sozialen Situationen unflexibel und unangepasst und führen zu persönlichem Leiden oder zu Auswirkungen auf das Umfeld [26]. Misstrauen und Hoffnungslosigkeit (vor allem bei langen Unterbringungen bzw. auf Long-Stay-Stationen) erschweren die Compliance, vor allem wenn Patienten hören, dass sie zu Tätern mit so hohem Risikofaktor gehören, dass an eine Entlassung nicht zu denken ist. Auch große Selbstunsicherheit und ein zu großes Maß an Scham erschwert eine Therapie, weil sie die Bereitschaft zur Unterordnung, Anpassung und Konfliktvermeidung fördern (27; 37).

In forensischen Psychotherapien wird häufig immer noch versäumt, nach positiven Persönlichkeitsfaktoren und nach Ressourcen zu suchen wie z. B. Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme für das eigene Handeln, Willensstärke, Selbstkritik, Antizipationsfähigkeit, Vertrauen in die Behandelnden und die Therapie, usw. Beispielhaft einige Äußerungen:

Textbeispiele 18 positive Faktoren in der Persönlichkeit der TN

Erläuterungen	Interview Nr.; Zeilen-Nr. in atlas.ti
Positive Faktoren	
Scham, Schuld, Schrecken über das eigene Handeln	(14; Z 057) Das Gesicht (des Mädchens), das ist nichts, was in meiner Phantasie so vorkommen würde und ist auch was, was mich jetzt nicht mehr loslässt. Aber das habe ich wohl verdient. (33; Z 160) Ich hab ne Zeit lang sogar das gehabt, dass ich auf den Boden geguckt habe, dass ich es nicht wert bin, Kindern überhaupt wieder ins Gesicht zu gucken. (73; Z 056) Teilweise kommen dann Bilder hoch aus der Zeit, wo ich Kinderpornographie hergestellt hab. Da sind Bilder bei, die ich nicht unbedingt abrufen möchte.
Selbstkritik, Nachdenklichkeit	(07; Z 264) Mir ein Verhaltensmuster zurechtlegen, das ich auf Knopfdruck abrufen kann, wenn ich in einer schwierigen Situation bin, ohne dass ich lange suchen muss, ... bis ich in meinem Chaos das gefunden hab, was mich dann davon abhält, das zu tun, das ist in dem Moment zu anstrengend und zu langwierig. Und da muss ich mich dazu bringen, dass da automatisch was startet. Wenn ich das schaffe, dann bin ich nicht mehr so gefährdet.

(Fortsetzung) Selbstkritik, Nachdenklichkeit	(44; Z 124) Z. B. wenn ich jetzt raus käme und es kommen gewisse Phantasien, dagegen eine Maßnahme zu machen, da ist eben noch nichts. ... Davon handelt diese Therapie. Dass sich eben nicht nur kopfmäßig was ändert, ... sondern dass man eben schaut: welche Maßnahmen ergreife ich, wenn ich rauskomme, dass eben nichts passiert. (72; Z 115) Wenn ich einmal anfange zu saufen, dann nützt das alles nichts, diese Vorsätze.
Antizipation	(03; Z 022) Wenn ich länger draußen gewesen wäre, hätte es sein können, dass das nächste Kind im Krankenhaus gelandet wäre. (14; Z 110) Der Haken an der Sache ist, dass das eben, was ich mir in der Phantasie vorstelle, eben nicht so ist, wenn ich es tun würde.
Empathie (Team/Opfer)	(19; Z 061) Es gibt schon Fälle, wo äußerst gewalttätig waren und äußerst aggressiv vorgegangen …. dass es für die (Kinder; MSG) schwierig war. (39; Z 041) Bei den fremden Kindern habe ich die Angst gesehen. (Z 043). Ich war ein fremder Mann, viel größer und mächtiger. (44; Z 046) Mal überlegen: von 7 einer, und selbst wenn man sagen würde, es ist legal, und nur einer hätte Spaß gehabt von 7, dann ist das ein ganz schlechtes Verhältnis, ja? (Z 078) Herr (Name) hat die doppelte Anzahl von Patienten, um die er sich kümmern muss, als eigentlich leistbar wäre. ... Ich warte ja wirklich nur drauf, dass er sagt: Jetzt brauch ich Urlaub, ich kann nicht mehr! Also Überstunden darf er ja jetzt von der Einrichtung her nicht mehr machen. Das ist wenigstens eine Erleichterung.
Willen, Vorsätze	(08; Z 135) Mit dem heutigen Wissen und Verstand: ich möchte keine Opfer mehr produzieren, da würde ich alles für einsetzen, auch wenn es weh tut. (18; Z 138) Da hätte ich schon abhauen können. Aber ich habe mir gesagt: Ich möchte, dass mir geholfen wird. Ich möchte mich ändern. Und da brauch ich nicht abhauen.
Bereitschaft zur Realitätsprüfung	(25; Z 126) Für die wäre es die Berechtigung, dass ich zurückgestuft bzw. zurückverlegt werde. Aber man mich individuell behandelt und gesagt, es war die Notlage da und wir müssen ein Auge zudrücken – es war eine Ausnahmesituation. ... Und da hab ich gesehen, man kann nicht alles gleich behandeln, man muss es individuell sehen.

8 TN zeigten Scham und Schuldgefühle, 17 TN waren nachdenklich/ selbstkritisch, 14 zeigten Einfühlung in die Geschädigten und/oder Mitarbeiter der Klinik. 12 TN zeigten im Interview deutliche Selbstsicherheit, 4 TN zeigten deutlich den Willen zur Veränderung.

3.3.6 Klinik und Stationen als Kontextfaktoren

Etwa 40% der Therapieergebnisse lassen sich auf Umweltfaktoren und deren Veränderung zurückführen. MRV-Kliniken sind als `totale Institutionen´ [45] die alles bestimmende Umwelt für ihre Insassen. Wichtiger Umweltfaktor ist das Personal (vgl. Tabelle 13; 14; 18 und 24). Auch beim Pflegeteam ist den TN eine ausreichende Personalstärke wichtig, weil sonst z. B. Ausgänge und Aktivitäten erschwert werden, und weil das Personal bei dünner Personaldecke weniger Zeit für Gespräche und Kontakte hat. Damit zusammen hängt eine übermäßige Belastung des Personals mit anderen Aufgaben, besonders mit Verwaltung und Berichten. (03), (08) (11) und (44) äußern explizit Verständnis für die Lage der Mitarbeiter.

3.3.6.1 Nicht-psychotherapeutische Berufsgruppen

Die therapeutische Wirkung von Pflegekräften und Ergotherapeuten sollte nicht unterschätzt werden, weil Patienten mit diesen Berufsgruppen täglich über längere Zeit in Kontakt sind und dabei zugleich Anforderungen an Patienten gestellt werden. 16 TN berichten über positive Erfahrungen mit Mitarbeitern, die nicht (ärztliche oder psychologische) Psychotherapeuten sind. 5 TN berichteten über Begrenzungen durch die Mitarbeiter, hatten aber Verständnis dafür; 15 TN berichten über negative Erfahrungen mit anderen Berufsgruppen.

Textbeispiele 19 Pflegekräfte

Erläuterungen	Interview Nr.; Zeilen-Nr. in atlas.ti
Positive Erfahrungen	(08; Z 152) Die haben sich auf meinen Wunsch hin (in einen Konflikt mit dem Einzeltherapeuten; MSG) eingeschaltet, bestimmte Pfleger, denen ich vertrauen kann. (53; Z 070) Ein Pfleger, da hab ich son Buch von. Und dann hat er vorgelesen daraus. (56; Z 143) Ein Spruch hängt mir nach, wo jemand gesagt hat: Wir können dich nicht mehr verurteilen. Du bist schon verurteilt für die Taten, die du begangen hast. Wir können uns höchstens ein Bild davon machen. (72; Z 103) Bestimmte Sachen, so wie ich gelebt hab, setzt man sich auch mit einem Pfleger auseinander: „Wie siehst du das? Wie sehe ich das.“ So Hilfestellungen, aber direkte Therapie kann kein Pfleger machen. (65; Z 072) Es sind ein paar, zu denen ich Vertrauen habe. Mein Bezugspfleger und ein paar andere, mit denen ich mich ab und zu unterhalte, aber nicht über sexuelle Themen.

(Fortsetzung) Individuelle Reaktion	(25; Z 126) Für die wäre es (Regelverstoß; MSG) die Berechtigung, dass ich zurückgestuft bzw. zurückverlegt werde. Aber man mich individuell behandelt und gesagt, es war die Notlage da und wir müssen ein Auge zudrücken. Wenn ich nach den Regeln gehandelt hätte, wäre der vielleicht tot gewesen. Und da hab ich gesehen, man kann nicht alles gleich behandeln, man muss es individuell sehen. (27; Z 095) Unser Stationsleiter hat absolut kein Problem, wenn man im persönlichen Gespräch mit ihm genau das gleiche macht, wenn einen was stört.
Rollenvorbilder	(47; Z 089) Mit der hatte ich einen sehr lauten Disput. ... Ich kann mich innerhalb einer Sekunde umdrehen und sagen: Ja, danke schön für das Gespräch. Aber ich wirke eben sehr bedrohlich. Und was ich sehr beeindruckend fand: dass sie sich nicht hat aus der Ruhe bringen lässt und auch nicht nachtragend ist. Und das ist etwas, was sie in ihren Skill-Gruppen, die sie immer geleitet hat, den Leuten beibringt: Radikale Akzeptanz. Und das fand ich sehr beeindruckend, dass sie genau das auch lebt. Das sieht man sehr selten bei einem Pfleger. (18; Z 142) Habe ich gesagt: nee, ich hab nicht zu Kindern geguckt. Aber dass die gesagt haben: Doch, Sie haben wieder geguckt. Und ich dann immer gesagt habe: Nee, das war aber nicht so. Aber es kann sein, dass ich das gemacht habe, sag ich mal. Weil ich da den Drang dazu habe zu gucken. (19; Z 133) Da kann´s mal sein, dass du, weil es einfach besser ist, dass du 2, 3, 4 Wochen nicht raus darfst, ... aber letztlich hilft mir das.
Schmerzhaft, aber hilfreich	(47; Z 097) Hier wird einem der Bezugspfleger vorgeschrieben und ob Ihnen das passt oder nicht: mit dem müssen sie arbeiten.
Negative Erfahrungen Sprachbarrieren	(44; Z 065) Und dann die schweren Begriffe wie Oralverk ... (stockt kurz; MSG) den Begriff habe ich noch nie benutzt ... Das ist eine verklemmte Sprache, die man sich hier angewöhnen soll. Aber die Alltagssprache soll man weglassen.
Schematismus	(44; Z 118) Wenn ich dann in die Freistunde gehen würde, dann könnte ich in einer Ecke sitzen, wo auch die Pfleger sitzen und würde ein bisschen Werkzeug in der Hand haben, um eben meiner Beschäftigung (Korbflechten; MSG) dort nachzugehen. Hier sagt man sich: Wir nehmen der einfachen Weg, das und das ist verboten, das gibt's hier nicht, fertig. (39; Z 082) Obwohl es wieder Ärger gab, weil er (Mitpatient; MSG) ja wesentlich jünger ist und die Klinik ihn als sehr jung einschätzt, also als jungen Pubertierenden. ... (Z 084) Bilder gefunden von Frauen, sehr jungen Frauen, aber keine, die unter 18 sind. Und der Pfleger hat die eingezogen und die dann zu Herrn (Therapeuten) gebracht.
Bevormundung	(68; Z 096) Auf einmal kommt eine Mahnung, die ging ans Büro. Und da bin ich hin ...: „Ich möchte die gerne sehen, bevor ich jetzt da anrufe und Theater mache, weil ich nicht entmündigt bin. ...“ Dann hat der Pfleger das die ganze Zeit festgehalten und sagt: „Nee, das ist an uns gerichtet. Normalerweise bräuchte ich Ihnen das gar nicht zeigen.“ Da bin ich lauter geworden. Und da wurde mir unterstellt, ich wäre gleich unberechtigt hochgegangen. (Z 098) Mein Bezugspfleger hat vor 3 Monaten angeordnet, dass ich größere Ausgaben ... mit ihm abzusprechen habe. Da hab ich mich auch geärgert. Ich hab keinen Betreuer von draußen, also brauche ich auch keine Kontrolle. Sagt er: „Das ist ja nur, weil ich nen Überblick kriegen will, weil wir den Verdacht haben, dass Sie in Schulden kommen.“ Dabei weiß ich doch selber, wie viel ich hab, ... find ich absolut übertrieben.
Kritik von Pflegekräften	(14; Z 124) Ein Gespräch mit meinem Bezugspfleger, mit dem mittlerweile alles wieder super läuft. Aber das war so ein Gespräch unten im Garten. Da hat er einen Vergleich gezogen, der ich irgendwie sehr krass fand und sehr heftig, und der hat mich auch getroffen:

(Fortsetzung) Konflikte	Er hat gemeint im Zusammenhang mit den Drogen bei meiner Straftat, da hätte ich ja genauso gut einen Mord begehen können. (25; Z 130) Wir hatten Gruppenausgang, mit dem Fahrrad zum Einkauf, da war mein Hinterrad platt. Da habe ich gesagt: jemand hat mir die Luft raus gelassen. Und da hat man mir gesagt: Sie müssen sich mal Gedanken machen, warum die Leute bei Ihnen am Rad Luft raus lassen. Da habe ich gesagt: Wieso muss ich mir da Gedanken machen? Geht's noch? Derjenige muss sich Gedanken machen, warum er den Frust da raus lässt. Und dann hab ich zum Pfleger gesagt: Wenn ich mit dir nicht zufrieden bin, dreh ich an deinem Motorrad die Luft raus – Ist das richtig? Nee, dann haben Sie ein Problem. Aha! Da wird das schon wieder umgedreht. Das kann es nicht sein. (56; Z 097) Der (Bezugspfleger) war der Meinung, er könnte die Vaterrolle übernehmen, weil ich so jung bin und er alt. Da bin ich schon auf die Palme gegangen... Ich habe auch immer wieder versucht, mit dem Team zu reden, ... auch mit meinem Therapeuten, um einen Bezugspflegerwechsel zu bekommen. Man hat dann immer gesagt, das wäre eine Herausforderung für mich und ich müsste mich dem stellen. (72; Z 057) Die machen ihre Arbeit, trotz alledem muss ich auch fähig sein, mich mit dem auseinanderzusetzen. Ist egal, was für Rang der hat. Und das ist ein schönes Lernfeld für mich gewesen. (Z 107) Da hat sie (Pflegekraft) versucht, mich am Frühstückstisch in der Gemeinschaft irgendwie zu maßregeln. Da hab ich die angeschrieen, natürlich im Rahmen, so dass sie sich dann auch entschuldigt hat. Seitdem haben wir uns gut verstanden.
Negative Rollenvorbilder	(25; Z 142) Man bekommt vom Therapeuten bzw. vom Team gesagt, man soll seine Stimmungen unter Kontrolle haben und das nicht auf andere projizieren, aber selber machen die das. Das finde ich nicht OK! (33; Z 138) Das Personal ist wenig Schuld, es sind immer wir schuld! Man verlangt von uns immer, pünktlich zu sein. Aber ist das Personal zu spät und wir sie darauf ansprechen, heißt es: Wir haben auch noch was zu tun! (68; Z 094) Z. B. zuerst sagen sie (Pfleger), ich soll so sein, wie ich bin. Und nachher, wo ich dann in solchen Situationen auch den Ärger zeige ..., da passt es ihnen auch nicht. Da heißt es gleich wieder, ... ich würde mich wegen jeder Kleinigkeit aufregen.

Interaktionen mit Pflegekräften prägen die Atmosphäre und das Behandlungsklima im MRV und haben Einfluss auf die Compliance von Patienten. Machtattitüden und erlebte Machtlosigkeit nehmen die TN dabei sehr genau wahr und können sie konkret beschreiben.

Textbeispiele 20 Machtspiele und Ohnmachtgefühle

Erläuterungen	Interview Nr.; Zeilen-Nr. in atlas.ti
Über den Kopf hinweg entscheiden	(03; Z 061) Was mich hier drin immer wieder verletzt, aber das hängt nicht so mit den Therapeuten zusammen, dass man sich hier oft nur wie irgend so ein Ding, das man hinschmeißen kann, wo man will, fühlt, weil immer dieses über den Kopf hinweg entscheiden ... Wenn man sich nicht darauf einlässt, gilt man direkt als Therapieverweigerer.
	(47; Z 073) Ich bin ein Mensch, der das sofort ausdiskutieren möchte, wenn ich ungerecht behandelt werde. Da gibt es hier viele vom Pflegepersonal, die sagen: Schluss, Feierabend. Verlassen Sie jetzt das Büro oder ich drücke den Roten Knopf. Das ist wirklich schwierig zu akzeptieren.
Regeln ohne Erklärungen durchsetzen	(04; Z 061) Da sagt er z.B. jetzt: es wird kein Kaffee getrunken, und ich frage: Warum? Dann sagen die, ja weil es eben verboten ist! Fragen Sie doch nicht warum! Wir brauchen Ihnen das doch nicht erklären, sondern es ist einfach die Vorschrift, die Regel! Anfangs habe ich mich immer dagegen aufgelehnt. Dann gab´s natürlich immer wieder Ärger, ... bin also nicht gelockert worden. Dann denkt man irgendwann: hab ich keinen Bock mehr und dann hab ich aufgegeben.
	(11; Z 084) Geht es fast immer nur um irgendwelches Regelverhalten, ne? „Ja, Herr (Name TN), das war jetzt aber grenzwertig." (Z 086) da heißt es gleich: der ist dafür nicht fähig oder nicht absprachefähig.
Vorurteile	(11; Z 114) Als pädophiler Täter wird man doch schon anders gesehen und behandelt von Pflegekräften … als einer, der wegen Mord hier ist. (Z 120) Als Pädophiler steht man so oder so schon unten in der Gesellschaft. ... Hier wird man genauso in die unterste Schublade geschoben. Und das spürt man. Das spürt man beim Psychologen, das spürt man beim Personal.
Definitionsmacht	(19; Z 104) Das ist halt schwierig, ne: Wenn du dann in der Schublade drin bist, dann bist du in der Schublade drin und da kommst du auch nimmer raus.
	(04; Z 099) Also wenn das Pädophilie ist, wenn ich mir so was angucke, Bilder von meinen Enkeln, Bilder von meinen Söhnen?
Jedes Verhalten auf Delikte bzw. Störung zurückführen	(32; Z 027) Die mögen das nicht, wenn hier 2 Pädophile zusammen sind, die dulden das, aber therapeutisch sehen die das nicht als sinnvoll. (Z 029) Weil die Angst haben, dass die sich gegenseitig auf Kindergedanken gegenseitig einen runterholen.
	(25; Z 172) Ich habe auch versucht, Beschwerden nach draußen zu tragen zur Beschwerdekommission. Da haben die auch gesagt: Pass mal auf, hier ist seine Akte. Der beschwert sich nur aus seinem Krankheitsbild heraus.
	(27; Z 105) Ich stell den Antrag mit noch jemandem, dass wir ins Schwimmbad wollten. Abgelehnt! Und noch nicht mal ne Begründung ... Ich spreche dann mit der Leiterin: „Wie kommen Sie überhaupt auf die Idee, so einen Antrag zu stellen? Wollen Sie sich an halbnackten Kindern aufgeilen?" hätte die beinahe über den Tisch gezogen.
	(68; Z 029) Theologie zu studieren, musste ich aus therapeutischen Gründen abbrechen. Und zwar stand in der Stellungnahme ans Gericht, dass ich nur Pastor werden will, um Kontakt zu Kindern zu bekommen.
	(56; Z 155) Der Bezugspfleger des öfteren gesagt hat, ... dass ich mein Leben nicht mehr in den Griff kriegen werde und eh wieder eine Straftat begehen werde, so die Einstellung, die die Gesellschaft im Grunde auch hat.
Willkür einzelner Pflegekräfte	(11; Z 082) Es gibt Leute, wenn die von Ihren Straftaten wissen, Sie nicht gut behandeln, so möchte ich es mal ausdrücken. ... Zwar offiziell so tun, als würde das nicht so sein, aber es ist so. Und dann gibt's auch welche,

(Fortsetzung)	die anders sind, die sagen: OK, ich nehme den genau so wie jeden anderen auch.
Willkür von Pflegekräften	(44; Z 116) Also Willkür findet statt. Das macht nicht jeder Mitarbeiter, aber es gibt ein paar. ... Wenn da mehrere sind, dann geht das wieder nicht. Aber wenn sie alleine im Dienstzimmer sind – es gibt Mitarbeiter, die würde ich da nicht ansprechen, ... Drei von 7 oder 8.
	(14; Z 128) Es gibt manchmal Situationen, wo ich mich frag: Warum arbeitet derjenige hier? Aber meistens ist es doch ok.
	(47; Z 073) Was hier eigentlich manchmal fehlt, ist das Entgegenkommen und das Ernstnehmen eines Patienten.
`Corpsgeist´	(14; Z 128) Wenn ein Pfleger was gemacht hat quasi, dann schützen den immer alle anderen, was ja gar nicht so verkehrt ist, wenn man hier arbeitet, weil es ja auch Patienten gibt, die irgendwie vielleicht andere fertigmachen wollen oder was. Aber in dem Fall waren halt öfter schon solche Sachen mit dem ...
Fehlendes Engagement	(44; Z 086) Manche Pfleger wollen sich gar nicht mit einem unterhalten, …. die meisten sehen das schon als Horror. Und manche haben ja auch selbst Kinder und da ist das schon für die schwierig.
	(72; Z 103) Es gibt auch Pfleger, die nur des Geldes wegen hier sind. Das merkt man, z. B. schneller mit Bestrafung, oder die sind da mehr egoistisch und gehen mehr auf Rangstellungen aus, Machtstellungen. „Hier hast du zu machen, was ich dir sage.“. ... das wurmt mich so, möchte ich am liebsten loslegen, aber ich kenn ja meine Grenzen.
Mangelnder Respekt	(33; Z 138) Dass man da (vom Pflegepersonal) oft sehr respektlos behandelt wird, z. B. wenn man etwas will: „Jetzt nicht! Wir haben keine Zeit! Wir machen Pause!“
	(32; Z 141) Wenn der Gutachter z. B. schreibt, der kann aus unserer Sicht den 1:1 bekommen, dann pflückt die Leitung dieses Gutachten auseinander. In den nächsten BPKs wird da immer bekannt gegeben: Das haben Sie gut gemacht, das war gut! Aber in der Situation sagen die das nicht.
Angst vor der Öffentlichkeit	(11; Z 118) Wenn etwas schief geht, hier Konsequenzen zu tragen oder Fehler gemacht zu haben und dazu stehen zu müssen, davor haben die Leute Angst. Der Zeitgeist, gerade was Pädophile angeht, da kocht ja das Wasser über. Und das ist klar, kann ich auch verstehen, dass die Leute Angst haben. Aber dann sollen sie mehr tun mit den Leuten.

14 TN schildern konkret rigide Regelsysteme auf ihren Stationen. Sie haben den Eindruck, dass Regeln teilweise widersprüchlich sind, wenig mit Therapiezielen zu tun haben und ausschließlich für Patienten gelten, nicht für Beschäftigte. Mehr Transparenz und mehr Erklärungen könnten zu höherer Compliance führen. Stattdessen werden Regelverstöße vorschnell als Therapieverweigerung ausgelegt bzw. auf psychische Störungen/Defizite oder auf begangene Delikte zurückgeführt.

Beklagt wird eine innere Distanz besonders bei Pflegekräften. Dass dies nicht so sein muss, zeigen Aussagen von TN aus den Stationen, in denen DBT praktiziert

wird. Dieses Verfahren sieht vor, alle Fachkräfte weiterzubilden, wobei gerade der eigene Anteil an der Interaktion mit Patienten vermittelt wird. Dies führt oft zu einer umfassenden und dauerhaften Änderung des Verhaltens gegenüber Patienten, die darauf wiederum mit verändertem Verhalten reagieren. (14), (25) und (33) berichten, dass sie bei Konflikten durch unerwartete Interventionen des Personals überrascht wurden, was ihre Bereitschaft zur Mitarbeit förderte.

3.3.6.2 Lockerungen

15 TN sprechen den Umgang mit Lockerungen an; die TN zeigen dabei Verständnis für den Druck der Medien und der Öffentlichkeit auf das Personal. Trotzdem wird der Umgang mit Lockerungen oft als undifferenziert und als Misstrauen gegenüber der eigenen Person erlebt.

Textbeispiele 21 Lockerungen

Erläuterungen	Interview Nr.; Zeilen-Nr. in atlas.ti
Keine Lockerungen möglich	(08; Z 119) Man konnte weniger raus wegen keine Mitarbeiter – Pech gehabt!
	(11; Z 156) Was mir fehlt, dass ich Gleichberechtigung habe. Ich kann machen, was ich will, ich kann an Therapiegruppen teilnehmen, ich krieg keine Lockerungen.
	(19; Z 127) Nie `nen Gedanken verschwenden an Entlassung oder sonst was oder (denken; MSG): Jetzt tu ich alles, was die wollen, nur damit ich entlassen werde.
	(27; Z 091) Früher war es so, dass in Lockerungsanträgen die Frage beantwortet werden musste: Wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit, dass der Patient entweichen könnte im begleiteten Ausgang. Und die ist bei mir Null, ... so wie ich somatisch zurecht bin, also ich käme zwei Meter weit, dann hätte man mich am Schlafittchen. Die neue Klinikleitung geht davon aus: Ich hab damit zu rechnen, dass jeder Patient abhaut. Also wird in Lockerungsanträgen jetzt die Frage gestellt: Was passiert, wenn der Patient entweicht? Und weil ich Langzeit bin, steht da natürlich drin: Wenn der alleine draußen rumläuft, passieren neue pädophile Straftaten. Und somit lehnen die mir einen Ausgangsantrag nach dem anderen ab.
	(53; Z 051) Aber müssen immer ausreichend Mitarbeiter da sein. Wenn kein Mitarbeiter da ist, fällt es aus. Warum denn können wir nicht alleine fahren?
	(68; Z 061) Ich hab jetzt noch keinen 1:1-Ausgang, ich hab 1:4 nur. Deswegen krieg ich diese Aufgaben für den Ausgang noch nicht.
Lockerungen möglich	(32; Z 131) Ich bin hier gut durchgekommen, muss ich sagen. Ich bin 1998 hierhin gekommen, 2000 hatte ich meinen 1:1, 2003 hatte ich meinen Gruppen-, 2006 hatte ich meinen Einzelausgang. Für mich fehlt hier nichts. (Z 141) Wenn der Gutachter aber z. B. schreibt, der kann aus unserer Sicht den 1:1 bekommen, dann pflückt die Leitung diese Gutachten auseinander.

(Fortsetzung) Lockerungen möglich	(33; Z 126) Hat Frau (Name) gesagt: Solange Sie nicht zu Ihren Rückfallstraftaten stehen können, gibt es keine Lockerung. (Z 076) Ich hab letzte Woche die (Lockerungsstufe) 5 bekommen; das heißt, ich kann das Gelände alleine verlassen. (39; Z 095) Bei mir war ja so, dass die Opfer von der Straße sind, da hat es ein bisschen länger gedauert mit dem Ausgang, weil die ja auch erst mal gucken mussten, dass es sicher ist, dass ich, wenn ich abhaue, auch nichts wieder mache. (Z 091) Das Problem ist, dass Sexualstraftäter in dieser Klinik schwer rauskommen.

Lockerungen sind bei Sexualstraftätern schwer zu bekommen. Um welche Zeiträume es sich handelt, zeigt die Schilderung von (32), der von sich denkt, er sei „glatt durchgekommen“ – immerhin waren das acht Jahre von der Einweisung bis zum (unbegleiteten) Einzelausgang. Die Schilderung von (27; Z 091) macht deutlich, wie Veränderungen der Lockerungspolitik bei der Prüfung von Lockerungen gravierenden Einfluss nicht nur auf die Praxis haben, sondern auch auf das Erleben der Untergebrachten; Entsprechend erlebt dieser TN die MRV-Klinik als ihm feindlich gesonnen.

3.3.6.3 Mitpatienten als Wirkfaktor

Auch Mitpatienten sind wirkende Umweltfaktoren. Auf der Station leben die TN lange Zeit auf engem Raum zusammen, müssen sich auseinandersetzen und Beziehungen gestalten. Dabei kommt es zu Konflikten, weshalb einige TN sich ein Einzelzimmer und mehr Rückzugsraum wünschen. Aber die TN berichten auch über neue Erfahrungen mit sozialer Gemeinschaft und mit sexuellen Beziehungen. Für viele TN sind Mitpatienten auch außerhalb der Therapien eine wichtige Ergänzung zu therapeutischen Gesprächen; für (44; 72) ersetzen Mitpatienten den TN die abwesenden Therapeuten für längere Zeit.

Textbeispiele 22 Rolle von Mitpatienten

Erläuterungen	Interview Nr.; Zeilen-Nr. in atlas.ti
Mitpatienten als Konfliktfaktoren	(03; Z 063) Zum Leidwesen meiner Mitpatienten habe ich eine sehr gute Anlage. (08; Z 148) Ich würde jetzt gern ein Einzelzimmer haben, ne. Abends ein bisschen mehr Ruhe und Zeit für mich zu haben. (17; Z 095) Jetzt möchte ich endlich einmal so für mich mal sein, mich einfach mal zurückzuziehen, ... auch mal so zur Ruhe kommen. Und jetzt halten sie mir vor, ich würde mich der Gemeinschaft entziehen. (63; Z 028) Machen mir das Licht aus, die Vorhänge zu, drehen auf volle Lautstärke und ich hab gesagt: „'Tschuldige mal, könnt Ihr mich vielleicht mal fragen, ob's mich stört oder nicht?“ Weil ich hab keine andere Möglichkeit zu malen als in dem Raum. Und die Antwort war, dass einer dieser debilen Idioten seinen Finger in eine meiner Farben getaucht hat, das war rote Farbe, und ist mir quer damit übers Bild gegangen. (73; Z 074) Dann wurde mir gesagt: die Gruppe möchte, dass Sie auf Seite B wechseln. Da hab ich gesagt: Na gut, gefällt mir zwar nicht, aber ich wechsle.
Mitpatienten als Unterlegene	(04; Z 075) Ich guck nicht irgendwelche Abenteuerfilme, so wie die meisten hier, sondern ich guck viel Kritisches, Gesellschaftskritisches. (44; Z 108) Ich bin zwar auch gerade nicht der Schnellste, aber die sind noch mal ein paar Stufen unter mir und damit habe ich ein Problem. Das fördert bei mir Arroganz zutage, das ist ganz schlecht, auch für Therapie.
Mitpatienten als soziale Bezugsgruppe	(03; Z 063) Viel Kontakte mit Mitpatienten, Gesellschaftsspiele, einfach, um sich abzulenken ... sehr positiv, dass ich halt viele Beziehungen hier drin habe. (Z 070) Draußen war ich ja immer der Einzelgänger irgendwo. (08; Z 117) Leute, die gerne mehr oder weniger zusammen sind. Und kaum hat sich das ein Stück weit integriert, wird man wieder da rausgerissen. (19; Z 137) Was angenehm war: zu sehen, es gibt noch andere, denen ist es genauso dreckig gegangen und beschissen gegangen wie dir. Du bist nicht der Einzige. Es ist Verständnis da ... von den Mitpatienten. (56; Z 077) Hier bedeutet Essen einfach Gesellschaft, man setzt sich zusammen. Das ist auch eine gewisse Ablenkung vom Stationsalltag. Das ist der Grund, warum wir eigentlich alle hier ein bisschen dicker werden.
Mitpatienten als „Therapeuten“	(44; Z 090) Mitpatienten, die dann oftmals auch die Therapie schon durchhatten und jetzt eben schauen: wie geht es anderen damit? Oder: wie fühlen die sich gerade? Das gehört mit zur Therapie! ... Und gerade wenn man einen Mitpatienten hat, mit dem man gut klar kommt, von dem nimmt man natürlich auch eher was an. (73; Z 054) Der hat bei uns in der BPS-Gruppe den Mentor gemacht. Der wurde uns praktisch dabeigesetzt, dass wir, wenn wir irgendwelche Sachen haben, ihn fragen können. ... Der (Name), der bei uns den Mentor gemacht hat, war auch sehr direkt. Da haben wir ein Gespräch geführt und da sagt er zu mir: Ich habe erwachsene Frauen vergewaltigt, weil ich Spaß dran hatte, die zu quälen. Und wie war das bei dir? Was hat dir das gebracht, bei einem 5jährigen an der Pfeife zu nuckeln? Da musste ich erst mal schlucken.

3.3.6.4 Der Zeitablauf im MRV als Wirkfaktor

Die ablaufende Zeit in einer freiheitsentziehenden Maßnahme hat eine eigene Wirkung auf Patienten. 13 TN machen Anmerkungen zu ihrem Zeiterleben in der Unterbringung.

Textbeispiele 23 Zeitablauf als Faktor

Erläuterungen	Interview Nr.; Zeilen-Nr. in atlas.ti
Zeitablauf	(04; Z 075) Ich glaube, den größten Teil habe ich jetzt geschafft durch die Alterung alleine. (14; Z 134) Besser als im Knast, aber der Zeitfaktor mit dem 63er ist doch sehr lang, vor allem mit so einem Delikt. (23; Z 114) Ich finde, dass es ein bisschen langsam geht. (27; Z 115) Das man dann gemeinsam guckt, was dem Betreffenden helfen könnte oder helfen kann, um schnellstmöglich wieder draußen straffrei zu leben. Und nicht: Sie haben erst mal Zeit, Sie haben erst mal Zeit, Sie haben erstmal Zeit, ne. (32; Z 097) Herr (Name) hat nicht so viel gemacht. Immer warten, warten, warten. (47; Z 108) Als ich damals hierher kam, hieß es: Kommen Sie erst mal hier an. Nach anderthalb Jahren hieß es immer noch: Kommen Sie erst mal an! Und nach 2 Jahren hieß es immer noch: Kommen Sie erst mal an. Und ich habe absolut nicht verstanden, was das heißt. (50; Z 147) Frau (Name) hat zu mir gesagt, das was ich hier auf jeden Fall habe, ist Zeit. Und diese Zeit ... nehme ich mir. (54; Z 031) Erst einmal elfeinhalb Monate auf der (Aufnahmestation) zugebracht, weil oben kein Zimmer frei war. ... Und in dem einen Jahr hat eigentlich überhaupt keine Therapie stattgefunden. (56; Z 149) Damals war der Eindruck größer, dass man mich auf die lange Bank geschoben hat. ... Aber momentan geht es voran. (65; Z 160) (Frage an den Interviewer) Glauben Sie, dass ... je länger so eine Therapie angeschlossen wird, dass die umso wirksamer ist? (Nein.) Und warum wird das so gemacht? (Z 162) Um die Häuser voll zu behalten oder was?
Zeitmangel beim Personal	(03; Z 039) Es war immer weniger Personal da, das Personal hatte immer weniger Zeit, weil immer mehr Berichte ausgefüllt werden mussten und alles Mögliche. Das Personal ist mehr im Büro eingebunden als es noch den Kontakt zu Patienten hatte.
Wiederholungen	(03; Z 045) Was am meisten genervt hat, war, dass ich ja mit (Name) am Anfang die Diagnostik gemacht habe; ich habe mit Frau (Name) ein halbes Jahr noch mal die ganze Diagnostik gemacht und hab mit Herrn (Name) noch mal die ganze Diagnostik gemacht. (03; Z 043) Bis dann alle fertig sind, sind die anderthalb Stunden schon rum. (Z 049) Der einzige Unterschied, den ich da drin sehe, ist: dass ich im Einzel anderthalb Jahre dafür brauch und in der Gruppe vier Jahre.

(Fortsetzung) Wiederholungen	(33; Z 098) Es wiederholt sich sehr viel. Es kommen immer neue wieder hinzu, dann gehen wieder welche und dann wiederholt sich das. Ich merke einfach in der letzten Zeit, dass es mich nicht viel weiterbringt. (72; Z 085) Ich hab keine Lust, bei jedem Therapeutenwechsel immer wieder neu Lebenslauf zu machen. Dabei steht das alles in den Akten. Was soll ich da noch großartig? Ist nichts hinzuzufügen. (73; Z 064) Und da sind Fragen gekommen, wo ich sag: „Ne, da hab ich jetzt keinen Bock, drüber zu sprechen." Weil … ich möchte das nicht wieder und wieder. Das haben wir doch schon alles durchgekaut.

Pädophile Patienten haben besonders lange Unterbringungszeiten (vgl. Abschnitt 2.1.1. Tabelle 2). Weil die Unterbringung im MRV prinzipiell unbefristet ist, wirkt sich der Zeitablauf auf das Erleben der TN aus. Als belastend werden das Warten und unklare Zeitperspektiven bei den Lockerungen erlebt. Dabei erleben einige TN es als entlastend, sich auch Zeit nehmen zu können. Andere TN fühlen sich durch Vertröstungen des Personals durch das wiederholte Argument: „Kommen Sie erst mal hier an!" nicht ernst genommen. Das Personal reagiert auf die (nachvollziehbare) Ungeduld von Patienten angesichts völlig unklarer Zeitperspektiven mit wenig Verständnis statt diese Gefühle ernstzunehmen. 6 TN klagen, dass die Beschäftigten oft keine Zeit für sie haben. Auch Wiederholungen von Anamnesen, Diagnostik und anderen Therapieinhalten erleben 12 TN als ärgerlich.

3.3.6.5 Kontextfaktoren außerhalb der Klinik

Zu den Problemen jeder geschlossenen Unterbringung gehört die Gefährdung der Kontakte zum früheren sozialen Umfeld. Diese systembedingten Einschränkungen wachsen mit der Dauer der Unterbringung.

Textbeispiele 24 Außenkontakte

Erläuterungen	Interview Nr.; Zeilen-Nr. in atlas.ti
Kontakte zur Herkunftsfamilie	(03; Z 022) Habe ich aber nicht gemacht (den Vater öffentlich mit seinen Lügen zu konfrontieren; MSG) aus Liebe zu meiner Mutter, weil wir wohnen in einem kleinen Dorf. (Z 043) Ich habe 75 Verwandte von mir angeschrieben und stehe mit 74 in Kontakt. (04; Z 071) Das ist für mich ganz wichtig, der Kontakt nach draußen, zu meinen Leuten, ich hab jede Menge Freunde, auch von meiner Familie ... Söhne, Kindern, Enkel und Verwandte. (56; Z 133) Also ich habe eigentlich so gut wie gar keinen Kontakt nach draußen; zu meinen Eltern schon.

(Fortsetzung) Kontakte zur Herkunftsfamilie	(65; Z 063) Also ich hab ... ein Buch für meine Enkel erstellt, mit Bildern und selbstverfassten Texten. (Z 122) Meine Schwiegertochter will nicht, dass Kontakt besteht. Vielleicht hat sie Angst, dass da was passieren kann. (68; Z 071) Also meine Mutter ist von allen die, die am einfachsten damit umgeht. Die sagt: „Du hast so viel Mist gemacht in Deinem Leben, bei Dir kann mich nichts mehr schocken. Weil die (Großeltern) so kirchlich sind, kam es letztens dazu, dass ich den Besuch abgebrochen habe (es geht um die Homosexualität des TN; MSG). (72; Z 113) Ich versuche, hier irgendwie nen Weg zu finden, dass ich Außenkontakte wieder knüpfen kann, die letzten Jährchen, die ich noch hab. So zu meinem Sohn, das ist mir wichtig. (08; Z 137) Diese ganzen Umziehereien, da ist ja viel kaputt gegangen und dass nie wirklich eine Mutter für mich da war.
Partnerschaften	(17; Z 099) Wo ich auch sehr sauer drüber bin, ... dass mir sexuelle Beziehung zu meinem Verlobten untersagt wird. Auf der einen Seite sagen sie mir: „Sie müssen Kontakte nach außen aufbauen ...“ Und wenn ich dann hier mal den Wunsch hab, uns näherzukommen, wird gesagt: „Das gibt’s nicht.“ (68; Z 063) Ich hab nen Kollegen (draußen; MSG), den kenn ich schon jetzt zehn Jahre, und mit dem bin ich jetzt zusammen.
Bekannte, Freunde, ehemalige Mitpatienten	(08; Z 115) Gestört hat, das waren diese ständigen Wechsel. ... das kenne ich auch aus meinem Leben. Das wurde nämlich auch immer wieder zerrissen. (Z 117) Auch in der Patientengruppe bilden sich ja Leute, die gerne mehr oder weniger zusammen sind. Und kaum hat sich das ein Stück weit integriert, wird man wieder da rausgerissen. (19; Z 228) Zu ehemaligen Mitpatienten, wo ich noch Kontakt hab, wo schon 3, 4 Jahre weg sind.

Alle Angaben zeigen, dass die TN nur wenige Außenkontakte haben; die jüngeren TN haben Verbindungen zu ihrer Herkunftsfamilie, sonst konzentrieren sich die Hoffnungen darauf, Kontakte bei Lockerungen oder nach einer Entlassung wieder neu knüpfen zu können. Nur wenige TN haben z. B. Kontakt zu eigenen Kindern. Selten halten Partnerschaften, die im MRV eingegangen wurden, auch nach der Entlassung des Partners noch weiter. Bei einigen TN reduzieren sich Kontakte nach draußen auf ehrenamtliche Betreuer, Bewährungshelfer oder ehemalige Therapeuten. Alle TN sprechen darüber eher lakonisch als bedrückt.

3.3.7 Projektive Fragen

Bei Studien in freiheitsentziehenden Maßnahmen muss mit einer Tendenz zu Antworten im Sinne der sozialen Erwünschtheit gerechnet werden; bei Patienten mit

einer Pädophilie noch eher, da bei ihnen soziale Unsicherheit und Anpassung häufig beobachtete Persönlichkeitszüge sind.

Um diese Tendenz soweit wie möglich abzufangen, wurden allen TN projektive Fragen gestellt, wie sie handeln würden, wenn sie selbst Therapeut wären, der pädophile Patienten behandelt. In der Identifikation mit Therapeuten – so die Annahme – werden Kritik und Veränderungswünsche geäußert, die ansonsten nicht formuliert werden.

29 TN machten in der Rollenübernahme als Therapeut 109 Angaben. Die Auskünfte und Ideen zu dieser Frage erfolgten – nach kurzer Überraschung über die Fragestellung – spontan und waren recht detailliert, selbst bei den TN mit einer Intelligenzminderung. Lediglich (53) verweigerte sich jeder Rollenübernahme, wobei er die Gründe hierfür nicht zu benennen wusste. Im Folgenden exemplarisch einige Antworten.

Textbeispiele 25 Ergebnisse projektive Fragen

Erläuterungen	Interview Nr.; Zeilen-Nr. in atlas.ti
Womit beginnen?	
Kennenlernen, Vertrauen schaffen	(11; Z 188) Ein ganz normales Gespräch, erst mal über die Verurteilung, wie er damit klargekommen ist, wie er sich hier eingelebt hat. So, das wären erst mal so die ersten Fragen, um überhaupt ne Basis aufzubauen. (33; Z 146) Wenn ich merke, dass der Mann Angst hat, würde ich so hantieren, dass ich ihm erst mal die Angst nehme. (Z 148) Mein Therapeut hat mit mir z. B. Spiele gespielt. (47; Z 108) Wenn ich der Therapeut wäre, von meiner Seite müsste zuerst kommen, dass die zu mir Vertrauen haben können.
Diagnostik Information über Inhalt und Ablauf der Behandlung	(03; Z 073) Als erstes halt diese Diagnostik mit ihm machen, weil die finde ich wichtig, um überhaupt rauszufinden, was mit ihm los ist. Dann würde ich mich mit dem Patienten zusammensetzen und ihm die verschiedenen Thematiken, die ich wichtig finde, ihm wohl erklären, und würde mit dem Patienten zusammen so´n bisschen gucken, was man wie denn jetzt bearbeitet. (11; Z 188) Klarmachen, was hier in der Therapie auf ihn zukommt, womit er rechnen muss. (39; Z 087) Ich möchte die Therapieangebote hier unterbreiten. (47; Z 112) Vielleicht wäre es möglich, wenn ich denen sage: Psychotherapie läuft so und so. Und wenn wir die und die Schritte gegangen sind, können Sie das und das und das Ziel erreichen. Also eine Aufklärung, wie der Werdegang hier zu verlaufen hat.

(Fortsetzung) Lebensgeschichte Delikte Motive für Delikte	(72; Z 133) Ich würde den Ursprung suchen. Würde Verständnis zeigen. (14; Z 144) (Beginnen?) Mit Konfrontation! Mit seinem Delikt! Ich würde dieses ganze Lebensaufarbeitungszeugs erst mal zur Seite schieben. (23; Z 209) Die Tat selber, .. auch mit Druck letztendlich, wenn´s nicht anders funktioniert. (39; Z 089) BPS mitmachen, sofort am Anfang! (32; Z 143) Der Täter ist ja nicht immer böse gewesen. Es muss ja Faktoren geben, warum man auf eine schiefe Bahn gegangen ist. (33; Z 152) Erst mal herausfinden, wieso er das gemacht hat. Das ist immer der Punkt 1.
Wichtigste Themen in der Therapie?	(07; Z 236) Hauptaugenmerk Biographie, Vergangenheit. Delikte ein Tick untergeordnete Rolle. (42; Z 091) Wenn ich mir jetzt vorstelle, wie es dem Kind jetzt geht, das hängt natürlich ja auch mit Empathie ein Stück zusammen. Und ich glaube, dass die zu dem Zeitpunkt (bei 42; MSG) nicht sonderlich entwickelt war, denn sonst wäre es ja zu den Taten nicht gekommen. (65; Z 148) Na, ich würde die hauptsächlich auf die Folgen für die Kinder hinweisen.
Was in der Therapie anders machen? Keine Anpassung von Patienten Mehr Zeit für Patienten Informelle Kontakte; Patienten beobachten Patienten einbeziehen Nicht immer kritisieren Reizexposition	(11; Z 184) Also bei mir würde kein pädophiler Straftäter einfach nur so hier seine Zeit abmachen, der würde garantiert ne Einzeltherapie kriegen und der würde auch an Gruppentherapien teilnehmen müssen. (27; Z 122) Also ich würde mit Sicherheit nicht verhaltentherapeutisch arbeiten, solange er nicht fremdaggressiv ist. (19; Z 279) Ich hab Einzelgespräche gehabt, ich habe meine Bezugspersonen gehabt, mit denen ich genauso hab arbeiten können, alles. Aber alles zu wenig! (Z 285) Die Gespräche, wo wir gehabt haben, nach einer dreiviertel Stunde hat man mich rausgeschmissen, obwohl ich hätte noch 3, 4, 5, 6 Stunden weiter reden können. (73; Z 078) Anders machen nur eins. Dass die Therapeutengespräche mehr werden, also die Einzelgespräche erweitern. Einen Termin von 45 Minuten in der Woche finde ich sehr wenig. (17; Z 114) Ich würde ein Ohr für ihn haben, auch wenn es in der Freizeit wäre. Das wäre mir egal. Wenn ich merke, … , es geht ihm nicht gut, dann wäre ich auch sofort bereit, mit ihm zu sprechen. (44; Z 127) Ich gehe in die Gemeinschaftsräume und setz mich einfach mal hin. Es kann sein, dass dann die Stunde vielleicht auch mal vertan ist, dass ich nichts Neues kennengelernt habe von dem einen oder dem anderen, aber es kann auch sein, dass ich wieder interessantes erfahre. (03; Z 077) Was ich auf alle Fälle anders machen würde, dass ich nicht nur mit meinem Team rede, ... sondern den Patienten dazuhole. (32; Z 135) Ich würde auch nicht immer draufhauen: Tack, tack, tack! … Das ist doof und das ist doof, das haben Sie aber Scheiße gemacht – sondern ich würde, glaube ich, ein lockerer Therapeut sein. (33; Z 154) Oft machen ja nur die Pfleger die Ausgänge. Ich würde (als Therapeut; MSG) auch Gespräche draußen machen. Einfach um zu gucken, wie reagieren die Menschen, wenn sie wieder Kinder sehen nach vielen Jahren. (37; Z 122) Ich würde von meiner Seite aus wahrscheinlich irgendwie gucken, dass ich so Fahrten wie auf der anderen Station mache. Die haben so Wochenfahrten. Um die Leute unter realen Bedingungen zu testen. (Z 126) Und ich würde nicht so viele Filme ablehnen.

(Fortsetzung)	(47; Z 112) Öfter rausgehen mit den Patienten, auch in Risikosituationen.
Was in der Therapie anders machen?	(03; Z 079) Ich glaube, ich würde als Therapeut zumindest mit dem Patienten des Öfteren mal in den Ausgang gehen und einfach mal beobachten, wie er sich da verhält. Ihn vielleicht auch mal an der langen Leine lassen so ein bisschen.
Reizexposition	
Medikation weglassen	(56; Z 173) Generell Medikamente, die Leute chemisch kastrieren, verbieten. ... Das ist ja im Kopf und jetzt nicht irgendwie an dem Geschlechtsteil, dass er ein Delikt begeht.
Arbeit am Begehren	(04; Z 108) Wenn du so das schaffst, dass du das gesetzliche Alter einhältst, ... dann passiert ja nichts mehr.
Kontakt zu Geschädigten	(04; Z 118) Ich würde von Anfang an versuchen, wenn das Opfer denn so will, sofort Täter-Opfer-Kontakt.
Weniger vorkauen	(42; Z 091) Den Patienten selbst arbeiten zu lassen. Das ist immer das Entscheidende, also das nicht vorzukauen.
Themen strikter bearbeiten	(65; Z 152) Ich würde die ganze Sache irgendwie strikter durchziehen. Hier wird alles so breit ausgewalzt.
Was in der Therapie weglassen?	(08; Z 167) Das hat noch gar nicht stattgefunden, was ich weglassen würde. Also in meinem Fall noch nicht.
	(25; Z 194) Alles was zur Therapie hilft, ist sinnvoll. Nur den Patienten zu schonen, weil er ziemlich sensibel ist, das ist verkehrt.
	(32; Z 145) Ich glaube, da muss man alles durchnehmen, so. Ich finde das schon richtig so, wie die das machen.
	(50; Z 217) Also ich würd nix weg lassen.
	(68; Z 113) Weglassen gar nichts. Aber auch nicht mehr. Also ich find das ist genau passend für mich.
Tests	(11; Z 190) Ein paar Testbögen durchlaufen lassen. Aber ich würde das wirklich nur einmal tun. ... Man versteckt sich ja gerne hinter solchen Testbögen ... mit solchen Tests macht man ein Leben kaputt, also würde ich auch nicht machen, schon alleine, um dieses Misstrauen gar nicht erst zu säen.
Therapie individuell gestalten	(11; Z 192) Auch ein Pädophiler hat eine Persönlichkeit; wenn man das natürlich nicht würdigt, braucht man keine Therapie zu machen.
	(25; Z 126) dass man Leute individuell behandelt, dass dieser Punkt sehr wichtig ist. Bis dahin hatte ich immer die Meinung, man sollte immer gleich behandelt werden.
	(44; Z 129) Also was ich für hier eben nicht gut halte, ist, dass man meinetwegen: dann arbeiten wir mal das gesamte Konzept alles durch ..., hier die vorgefertigten Fragen alle einmal stellen und das war´s dann.
	(68; Z 113) Es ist ja auch bei jedem Patient anders. Jeder braucht sein individuelles Programm. Für mich ist das hier genau passend.
	(42; Z 095) Sozialkompetenzen üben könnte ich mir persönlich sparen.
	(03; Z 079) Im BPS gibt es ja irgendwo dieses Rückfall-Präventions-Ding und das sollte man gerade bei pädophilen Straftätern auch aufs Internet beziehen.
	(56; Z 179) Patienten unter Aufsicht ins Internet gehen lassen.
	(25; Z 194) Was ich hier absolut vermisse, und das würde ich sofort einführen. Es ist brutal, es ist hart, aber es ist hilfreich: den heißen Stuhl, ... den (Täter) so bombardieren, dass er wirklich am Boden zerstört ist.

(Fortsetzung) Was fehlt in der Therapie?	(32; Z 145) Die Vergangenheit fehlt hier öfter. (60; Z 176) Ich sitz ja meistens nur im Zimmer rum. Krieg keine Gespräche, gar nix
Umgang mit Lockerungen	(11; Z 192) Ich würde auf jeden Fall jedem eine Chance geben in Sachen Lockerungen. (17; Z 108) Wenn ich das Gefühl habe, es könnte Einzelausgang wahrgenommen werden von ihm, dann würde ich es stufenweise machen. Dass er dann rausgehen kann in Einzelausgang, dass er ne Stunde oder so erst mal alleine bleiben kann, um zu gucken, wie das ist, wenn das hier in der Nähe ist, nur eben mehr Spielraum lässt. (25; Z 196) Ich will hier nicht raus unter den Umständen, die ich jetzt habe. Ich will entlassen werden und straffrei leben, das ist mein oberstes Ziel und das mache ich nicht abhängig vom Zeitfaktor. (68; Z 119) Das kann man wirklich nachher erst beurteilen, bei einer Ausfahrt, beziehungsweise Beurlaubung, da ist auch die Therapeutin dabei. Und da kann man wirklich sehen: Was hat der gelernt? (08; Z 167) Also ich würde dieses ständige Abschieben in die nächste Einrichtung weglassen.
Nach der Entlassung	(03; Z 079) In der ersten Zeit der Beurlaubung öfter (sehen), also nicht: wir sehen uns dann nächsten Monat wieder! Sondern: wir sehen uns nächsten Montag wieder. Wenn der Patient nicht zu weit entfernt ist, dann soll der hierhin kommen. Wenn der weiter entfernt ist, muss man gucken, ob man das ganze per Videokonferenz macht ... halt die technischen Möglichkeiten nutzt. (17; Z 110) Dann würde ich persönlich jedem Patienten empfehlen: „Geh bitte ins Betreutes Wohnen, dass du wieder Fuß fassen kannst.“

Die Vorschläge der TN zu Veränderungen gehen über subjektive Erleichterungen der Unterbringung hinaus und umfassen sowohl die Behandlungsphase als auch Lockerungen und Dauerbeurlaubungen. Dabei sind die Meinungen – z. B. beim Umgang mit den Patienten, bei der Reihenfolge der Themen, bei den Schwerpunkten in einer Therapie – sehr unterschiedlich.

So würden 10 TN eine Therapie mit einer Kennenlernphase beginnen, in der Vertrauen hergestellt wird, indem allgemein über Stationsalltag und Belastungen durch die Verurteilung gesprochen wird. 12 TN würden mit einer Bearbeitung der Lebensgeschichte beginnen, bevor die Delikte bearbeitet werden. 4 TN würden die therapeutische Arbeit mit der Bearbeitung der Delikte beginnen, 5 TN zuerst nach den Motiven für die Tat fragen. TN gaben in einem Begleitbogen an, dass die MRV-Kliniken über rechtliche, formale und finanzielle Fragen informieren. Ihre Angaben in den Interviews ergänzen aber, dass kaum Informationen über Behandlungsziele, Inhalte und Verlauf von Therapien gegeben werden (Informed Consent). Es scheint klinikübergreifend mehr oder weniger dem Zufall überlassen, ob und wann ein

Patient informiert wird, welche Angebote mit welchen Inhalten er nutzen kann bzw. wie und weshalb Indikationen zur Teilnahme an therapeutischen Maßnahmen erfolgen. Mehr Information und Transparenz könnte hier zu einer besseren Compliance führen. (03), (11), (39) und (47) führen explizit an, sie würden als Therapeuten früh und umfassend über therapeutische Angebote, Ziele, Inhalte, Verlauf informieren.

7 TN schlagen vor, sie würden als Therapeuten mit Patienten in Risikosituationen – in die Nähe von Kindern – gehen und sie dort beobachten.

Bei der Frage, was sie in der Therapeutenrolle weglassen würden, antworten 5 TN, man könne nichts weglassen, das Behandlungsprogramm sei durchweg sinnvoll. 5 TN würden die Module zu sozialen Kompetenzen weglassen. Zwei Hinweise (11 zur Frage des Einsatzes von Tests und 44 zum schematischen Durcharbeiten des gesamten Programms) zeigen, dass pädophile TN ihre Behandlung differenziert beobachten. Bei der Frage, was in Therapien fehle, weisen TN auf Lockerungen und auf differenzierte Angebote zum Umgang mit dem Internet hin.

Trotz vieler Änderungsvorschläge und eigener Ideen sind die TN insgesamt zufrieden mit ihrer Behandlung und ihren Therapeuten. Die Antworten auf die projektiven Fragen zeigen eine hohe Identifikation mit Therapeuten. 19 TN äußern explizit, sie würden sich genau so oder ähnlich verhalten wie ihre Behandler.

Textbeispiele 26 Identifikation mit Klinik und Therapeuten

Erläuterungen	Interview Nr.; Zeilen-Nr. in atlas.ti
Zustimmung	(03; Z 077) Ich würde es mit den Patienten in der Regel das immer so machen, wie der (Name) das bei mir gemacht hat, dass ich wirklich diese Stunde intensives Gespräch mache und die halbe Stunde da noch anhänge, um das ganze zu regulieren. (07; Z 232) Ich glaube, ich würde nicht sehr viel verändern, was (Name) jetzt auch tut. (18; Z 172) Also wüsste ich jetzt nicht, was ich anders machen sollte. (19; Z 277) Ich denk nicht, dass ich irgendwas anders machen würde wie die hier gemacht haben. Weil ich glaube, dass die hier eine gute Arbeit leisten. (28; Z 184) (Gibt es etwas, dass sie anders machen würden als Ihre Therapeuten?) … nee, eigentlich überhaupt nichts.

(Fortsetzung) Zustimmung	(32; Z 145) Ich glaube, da muss man alles durchnehmen. Ich finde das schon richtig so, wie die das machen. Nur – die Vergangenheit fehlt hier öfter.
	(37; Z 128) Ich bin jetzt einer, der zufrieden ist mit dem, was die machen.
	(39; Z 091) Also an meiner Stelle würde ich nicht viel anders machen.
	(44; Z 129) (Name) macht das, wenn er Zeit hat, und stellt dann Beispiele und so was auf. Das würde ich auch versuchen.
	(56; Z 165) Ich würde eigentlich das gleiche machen, was mein Therapeut auch mit mir gemacht hat.
	(63; Z 068) Ich würde genauso arbeiten wie der Herr (Name).
	(68; Z 113) Weglassen gar nichts. Aber auch nicht mehr. Also ich find das ist genau passend so. Also für mich jetzt.
	(72; Z 133) Als Therapeut, ... ich persönlich würde genauso umgehen, wie ein Therapeut mit mir umgegangen ist.
	(08; Z 157) Erst mal würde ich dafür sorgen, dass ... – also mein Therapeut macht das ja, viele andere machen das ja nicht – immer Hausaufgaben in schriftlicher Form mitbringen müssen. (Z 167) Das hat noch gar nicht stattgefunden, was ich weglassen würde.
Idealisierung	(04; Z 069) Ich möchte manchmal so sein wie er. Dieses Innere, diese Geduld.
Einfühlung in Therapeuten	(11; Z 196) Ich denk mal, das ist ein ganz hartes Brot. Und wenn ich mir vorstelle, als Psychologe muss ich die ganzen Einzelheiten mir anhören ... Ich würde mich nicht wundern, wenn ein Psychotherapeut also alle 2 Jahre selber eine Therapie bräuchte, also ne Aufarbeitung dieser Geschichten, um nicht ein Problem zu haben.
	(14; Z 152) Dass ich selbst psychisch stabil bin, dass ich damit umgehen kann, was mir die Leute erzählen. Ich glaube, ehrlich gesagt, dass ich den Job gar nicht machen könnte.
	(17; Z 106) Der Druck von außen ist sehr intensiv, also was das Personal betrifft, auch auf die Therapeuten, die Verantwortung bezogen. (Z 108) Bei der Arbeit wär auch ein Chef, ... der zu bestimmen hat. Ich werde auch benutzt in dem Moment; ist ja auch richtig.
	(54; Z 099) Ich möchte hier nicht unbedingt Therapeut sein. Ich bewundere die Leute oft für diese Ausdauer. (Z 103) Ich spreche jetzt nur von meinem Einzeltherapeuten und ich bin mir ganz sicher: so wie er es macht, dass er das richtig macht und dass er das gut macht, dass das Sinn macht.

Insgesamt wurde durch die Fragen zum Rollenwechsel mit Therapeuten eine Fülle von Angaben ausgelöst, die die TN bis zu diesem Punkt des Interviews nicht gemacht hatten. Auch intelligenzgeminderte TN, die sich vorher mehrfach zufrieden äußerten, machten an dieser Stelle Änderungsvorschläge.

3.3.8 Gesamtbewertung der bisherigen Behandlung

Bei der Bewertung ihrer Behandlung sind die TN realistisch. Die Mehrheit der TN sieht den derzeitigen Stand ihrer Behandlung nicht zu optimistisch, 9 TN eher

kritisch. Ihre Vorstellungen über den weiteren Behandlungsweg und Hoffnungen auf Lockerungsperspektiven sind relativ bescheiden.

Textbeispiele 27 Einschätzung der TN zum derzeitigen Behandlungsstand

Erläuterungen	Interview Nr.; Zeilen-Nr. in atlas.ti
Kritisch/Selbstkritisch	(47; Z 118) Mein letzter Rückfall hat mir gezeigt: Ich habe gar nichts im Griff! Ich habe mir da einfach was vorgemacht. ... solange ich dieses Hauptproblem, die Pädophilie habe und nicht dahin gucke, dann brauche ich nichts anderes zu planen. (07; Z 248) Es arbeitet in mir. Ich will sie (kinderpornographische Fotos) immer noch sehen, aber es keimt ein kleines Pflänzchen in mir, was mich beschäftigt, und wo ich drüber nachdenke. (14; Z 132) Ich glaube, ich bin immer noch ganz weit am Anfang. (Z 136) Ich will eben, wenn ich hier rauskomme, nicht hier wieder reinkommen. (Z 164) Ob ich mich hundertprozentig richtig verhalte, weiß ich nicht genau. Und da bin ich mir nicht sicher. Also ich glaube, ich bin rückfallgefährdet. (18; Z 174) Ich selber würde für mich sagen: ich könnte jetzt noch nicht allein rausgehen. Nur mit dem Pflegepersonal. (19; Z 111) Die Statistik sagt, dass solche Täter wie ich immer wieder was anstellen werden und das Restrisiko so hoch ist, dass man mich nicht mehr springen lassen kann. (25; Z 200) Ich kann die Garantien nicht geben, aber ich kann eines versprechen: Jeden Tag mir Mühe geben, dass es nicht so ist. Auf meine Faktoren achten und sobald es irgendwelche Faktoren gibt, ... einen Gesprächspartner suchen. (Z 202) Meine Rückfallfaktoren habe ich hier Stück für Stück kennen gelernt, vor allem in der Gruppe. Und weil mir diese Gefühlsschwankungen bewusst wurden, habe ich meine Zweifel, dass ich es schaffe. Obwohl ich mir sicher bin, dass ich es schaffe. (54; Z 107) Ich bin davon überzeugt, dass ich es unter Kontrolle habe. Aber dann habe ich noch immer 2%, die ich nicht unter Kontrolle habe. Und genau die 2% können mir den Hals brechen. Also ich hab immer die Angst, wenn ich rausgehe: Klappt das mit der Therapie oder nicht? (33; Z 160) Diese Neigungen zu Kindern als pädophiler Straftäter, sind nicht weg. Ich hab nur gelernt, damit umzugehen. Aber man sollte sich nicht in Risikosituationen bringen, wenn es nicht notwendig ist. (11; Z 175) Ich weiß, dass ich ein pädophiler Täter bin. Und bei einem pädophilen Täter besteht immer eine Gefahr … zumindest ist das die gängige Meinung. (Z 177) Ich habe die Drogen damals auch genommen, um diese Taten zu begehen, um mir das Ganze leichter zu machen, ne. Aber das sind Sachen, die ich heute nicht mehr tun würde. ... Dazu kommen auf jeden Fall meine religiösen Gedanken, die natürlich auch ne Menge dazu beitragen, dass ich mit Sicherheit keine Taten mehr begehen werde. (Z 192) Auch ein Pädophiler hat eine Persönlichkeit, ne. Wenn man das natürlich nicht würdigt, dann braucht man keine Therapie machen. (72; Z 113) Hier hab ich die Chance jetzt auf die Reha-Station und von da aus ins Wohnheim oder Altersheim, je nachdem, wie die Gesundheit mitspielt. Es kann noch zwei, drei Jahre dauern. Und jetzt bin ich auch gewillt. (Z 115) Aber wenn ich einmal anfange zu saufen, dann nützt das alles nichts, diese Vorsätze.

(Fortsetzung) Kritisch/Selbstkritisch	(17; Z 110) Ich möchte nicht sofort raus, ich möchte nur betreutes Wohnen, um da ein bisschen mehr gelockert, um mehr Möglichkeit zu haben. (08; Z 171) Wenn es hier drin nicht schon klappt, draußen hat er noch viel mehr Stress. (03; Z 053) So langsam sollte mal irgendwo so ein kleines Licht am Horizont scheinen und nicht: Ok, wir machen mal noch so 10 Jährchen und dann gucken wir. (73; Z 080) Da würde ich sagen: Hopfen und Malz verloren. ... Wenn der Patient genauso störrisch ist wie ich, schlimmer als 3 Esel, würde ich sagen: Nee. Dafür hänge ich zu viel Herzblut dran.
Optimistisch	(03; Z 069) Wenn Sie mich interviewt hätten bei meiner Aufnahme, wären wir in 5 Minuten fertig gewesen, weil ich Ihnen kein Wort gesagt hätte. Ich konnte keine Diskussionen führen. Mittlerweile (haben) manche schon keinen Bock mehr zu diskutieren, weil sie einfach meiner Logik nicht entgegenzusetzen haben. Gefühle kannte ich schon, ... Wut, Hass, Ärger und was alles. Nur ... was das jetzt sein könnte, das hab ich erst hier mitgekriegt, (Z 070) Mittlerweile sehr positiv, dass ich halt viele Beziehungen hier drin habe. Draußen war ich ja immer der Einzelgänger irgendwo. (39; Z 093) Also ich habe alles hier auch mitgemacht. Und ich habe diese 14 Jahre für sinnvoll erfahren. (56; Z 189) Das hier ist meine Chance. Ich werde nicht für den Rest meines Lebens eingesperrt. (28; Z 169) Mir hilft die Spritze, mir hilft, wenn ich Probleme habe, kann ich zum Pflegepersonal gehen und darüber reden. (19; Z 240) Ich hab mich hier in (Name Klinik) eigentlich zum ersten Mal gut aufgehoben gefühlt. Am Anfang, bei der ersten Wiederholungstat, nicht.

23 TN äußerten im Begleitbogen, dass sie ihren Zustand – verglichen mit dem Zeitpunkt der Aufnahme in den MRV – als wesentlich besser einschätzen; dies gilt nicht nur für die Behandlung der Pädophilie, sondern auch für ihr subjektives Wohlbefinden.

3.4 Vergleich von subjektiven Wirkfaktoren mit äußeren Erfolgskriterien

Eine Behandlung ist nicht schon deshalb erfolgreich, weil Patienten zufrieden mit ihr sind. Subjektive Unzufriedenheit kann mit messbaren Therapieerfolgen gepaart sein, umgekehrt hohe Zufriedenheit bei fehlenden sichtbaren Veränderungen auftreten [136].

Ein Indikator für den Erfolg einer forensischen Psychotherapie ist, dass Patienten sich mit ihren Straftaten, der dahinter liegenden Dynamik und (bei Pädophilen) mit

ihren sexuellen Präferenzen auseinandergesetzt haben. Die Angaben in den 30 Interviews belegen, dass genau das geschehen ist.

3.4.1 Angaben zur Diagnose, Delikten und sexuellen Präferenzen

67 Angaben zur Diagnose und 120 Angaben zu Delikten zeigen, dass 29 TN sich mit ihren Delikten, mit ihrer Diagnose und ihrer sexuellen Orientierung in der Behandlung auseinandergesetzt haben. Alle 30 TN konnten beschreiben, was die Diagnose `Pädophilie´ bedeutet, 28 stimmen dieser Diagnose zu, nur (04) und (53) bestreiten die Diagnose explizit. 10 TN betonen einschränkend, sie seien nicht `kernpädophil´, sondern hätten (inzwischen) erwachsene Sexualpartner.

Textbeispiele 28 Haltungen zur Diagnose

Erläuterungen	Interview Nr.; Zeilen-Nr. in atlas.ti
Zustimmung	(07; Z 009) Die Diagnose stimmt und war für mich nichts Neues. (14; Z 011) Ich hätte sie (die Diagnose; MSG) lieber nicht, sagen wir mal so. Aber ich hab sie halt. (33; Z 020) Ich muss sagen, es trifft zu. Weil ich ja selber merke, dass es mich immer noch auf kleine Jungs hinzieht. (47; Z 012) Weil ich eigentlich mein ganzes Leben lang schon auf Kindern stehe.
Ablehnung	(04; Z 034) Da ich ja den größten Teil (Sex) mit Männern und Frauen hatte, also sagen wir mal 80, 90 %, ... dann kann ich doch nicht pädophil sein. (53; Z 013) Nee! Bin ich nicht! Ich könnte auch kein Kind was tun. Das ist grundsätzlich bei mir nicht. Ich bin mit Kindern groß geworden in Heimen. Und hab seitdem nie mit Kindern zu tun.
Teilweise Zustimmung	(11; Z 007) Ich hab ja pädophile Handlungen gemacht, aber ich bin nicht ausschließlich pädophil. Und so gesehen trifft es nicht richtig zu. (25; Z 009) Was ich darunter verstehe: wenn man sich ausschließlich nur um Sexualität mit Kindern kümmert. ... Da hatte ich immer so einen Stress mit meinem Therapeuten. Weil er ist einer anderen Meinung als ich.
Diagnose stimmte nur zeitweise	(32; Z 011) Von 96 bis 98 hat die zugetroffen. Aber seit ich hier bin, hatte ich auch sexuellen Kontakt zu erwachsenen Männern, die älter sind als ich. Und immer wenn ich sage, ich bin nicht mehr pädophil, dann gibt es eine große Alarmglocke bei den Therapeuten ... darum schweige ich immer bei dieser Frage, ... weil es sonst wieder heißt: Sie sehen das nicht ein, was Sie gemacht haben und so. Darum lass ich die auch einfach so reden. Wenn die meinen, ich bin pädophil – ich sehe das ein bisschen anders.

Dort wo die Einschätzungen der TN zu ihrer Diagnose von der des Personals abweichen, entstehen im MRV latente Konflikte um die Deutung jedes Verhaltens. Die TN ziehen sich innerlich zurück, passen sich an oder wehren sich.

Die TN berichteten offen und detailliert über ihre Delikte: 29 TN haben Kinder in irgendeiner Form genital stimuliert. 11 TN haben sich von Kindern stimulieren lassen, 8 TN berichten von vaginalen bzw. analen Penetrationsversuchen, 8 TN begingen ihre Taten auch unter Androhung bzw. Einsatz von Gewalt und Waffen. 5 TN berichten von exhibitionistischen/voyeuristischen Handlungen.

Textbeispiele 29 Deliktschilderungen

Erläuterungen	Interview Nr.; Zeilen-Nr. in atlas.ti
Voyeurismus, Exhibitionismus	(25; Z 027) Ich habe auch Exhibi... (verhaspelt sich; MSG) gemacht, nur vor Mädchen. Aber ich habe sie nicht angefasst, berührt oder sonst was! ... Es ist nicht in Ordnung, aber ich fühle mich da wirklich befriedigt. Weil, weil, weil, ich werde da gesehen! (37; Z 027) Meine drei Cousinen hab ich dann im Schlaf beobachtet. (65; Z 021) Was heißt sexuelle Kontakte? Ich hab mich im Freibad unter der Dusche vor denen entblößt. Und hab etwas manipuliert, mein Geschlechtsteil.
(Fortsetzung) Genitale Stimulation an Kindern	(14; Z 055) Hab ich zu dem Mädchen gemeint, dass es sich vor mich hinstellen soll, bin in die Knie gegangen und habe ihr die Hose heruntergezogen und ihre Vagina geleckt. (28; Z 038) Die haben denn auf mein Verlangen alle 3 und ich natürlich auch die Hosen runtergezogen und haben uns bis zum Samenerguss am Glied gespielt. (44; Z 057) Entweder Oralverkehr bei ihnen oder eben eine Massage, das ist das, was ich getan habe. Massage am Rücken. (50; Z 049) Ich hab mich hinterher selbst befriedigt, nie im Beisein der Kinder.
Genitale Stimulation von Kindern verlangt	(03; Z 021) Ich habe den ins Gebüsch gelockt, ihn teilweise entkleidet, seinen Penis angefasst, den überredet, an meinen Penis zu lutschen. (32; Z 051) Habe ich die dann sexuell angepackt. Ja und der Junge hat das bei mir auch gemacht und dafür hat er von mir Geld bekommen oder Geschenk. (37; Z 019) Ich hatte, glaube ich, damals mal meine Hose runtergezogen und hatte gesagt, er soll das doch mal anfassen. Dann kam aber meine Tante hoch. (03; Z 021) Ich habe dem gesagt, das da gleich was rauskommen würde. Da hat er sich dann verweigert. Ich habe dann weiter masturbiert und in sein Gesicht ejakuliert. (60; Z 051) Die (Geschädigte; MSG) hat mir den Schwanz in den Mund genommen und ich hab unten dran gehalten und das war alles.
(versuchter) Vaginal-/ Analverkehr	(32; Z 051) Bei einem habe ich auch versucht, anal einzuführen. Aber der hat dann angefangen zu schreien, also ganz laut, und da habe ich das sein gelassen. Ich wollte das mal ausprobieren. (39; Z 053) Die hat nichts gesagt. Einen Schmerzenslaut habe ich gehört. (53; Z 027) Aber eindringen tu ich nicht. Konnte ich nicht! Nee! Das war zu klein für mich.

(Fortsetzung) Gewalt, Waffen, Drohungen	(11; Z 160) Ich wollte nicht gewalttätig sein. Aber ... in dem Moment, wo ich ein Kind gegen seinen Willen in meinem Auto mitnehme, da habe ich dann schon große Gewalt ausgeübt. (14; Z 057) Dann habe ich meine Hose aufgemacht und wollte ihm meinen Penis in den Mund schieben. Das wollte der aber auch nicht. Und da habe ich ihn an mich herangezogen und ihn dazu gezwungen. Und da hat er angefangen zu weinen. (19; Z 061) Es gibt schon Fälle, wo … äußerst gewalttätig waren und äußerst aggressiv vorgegangen …. Dass es für die schwierig war. Ich hab mich halt gehen lassen. (39; Z 041) Bei den fremden Kindern habe ich die Angst gesehen. Aber ich fühlte mich schon dann stärker damit. ... Bei den anderen beiden Mädchen, die zusammen waren, habe ich ja auch ein Messer benutzt. (72; Z 045) Also ich hab irgendwie mit der Faust geschlagen, so dass sie ohnmächtig wurde, Kiefernbruch und so.

20 TN schilderten ihre Delikte ohne größere Beschönigungen und Bagatellisierungen. Sie nennen die Zahl der geschädigten Kinder und schildern die individuellen Motive und die Dynamik. Ihre Angaben gehen über vordergründige `Einsichten´ in das Fehlerhafte ihres Verhaltens hinaus; die Verantwortung für das Geschehen wird z. B. nicht auf die betroffenen Kinder verlegt. Bei 5 TN waren bei Deliktschilderungen nur teilweise kritisch, bei weiteren 5 TN fehlte Selbstkritik völlig.

Textbeispiele 30 Haltungen zu den Delikten

Erläuterungen	Interview Nr.; Zeilen-Nr. in atlas.ti
Selbstkritik bei Auseinandersetzung mit den Taten erkennbar	(03; Z 022) Wenn ich länger draußen gewesen wäre, hätte es sein können, dass das nächste Kind im Krankenhaus gelandet wäre. (08; Z 041) Die sind ja nicht gekommen, dass sie einen geblasen kriegen. Danach kam ja immer noch was Positives, um sie auch bei Laune zu halten. (18; Z 033) Bei meiner Schwester war das, dass ich auf die drauf lag, und mich an ihr gerieben habe, bis ich zum Samenerguss kam. (wie fand die Schwester das?) Die fand das gar nicht gut, sag ich mal. Die ist dann zu meinen Eltern gegangen und hat dann denen das erzählt. (44; Z 046) Jungens! Das ist das Problem. Nicht nur weil es verboten ist, sondern ich hatte hier vor kurzem mal ein Buch gelesen, wie so ein Opfer damit umgeht und wie es sich fühlt und so. Und ich weiß von mir ja auch so ein bisschen, … man richtet schon Schaden an.

(Fortsetzung) Teilweise/fehlende Auseinandersetzung	(27; Z 016) Wo ich eines der Opfer ..., die war damals 7, kennengelernt habe, das war – wie soll ich das beschreiben – also Liebe auf den 1. Blick, ne. (53; Z 017) Ich hab die Kinder immer bisschen rumgefummelt an sie. Och, ich hab sie gefragt. Die sagten: Machen wir, ne! (60; Z 051) Die wollten mir eine reinwürgen. ... ging ich auf die Toilette. Hab die Tür zu gemacht und abgeschlossen. Dass die mir nicht hinterher geht. Anschließend ging ich noch in' Keller. Und im Keller ist es passiert.
Nicht aufgeklärte Delikte aufgedeckt	(03; Z 010) Ich bin vor Gericht gewesen wegen 6. Insgesamt sind das, glaube ich 30 – 35 gewesen. Die meisten habe ich noch nachträglich zur Selbstanzeige gebracht. Die sind aber eingestellt worden. (03; Z 013) Ich hab mal irgendwann mal ein Buch gelesen, da hat ein Straftäter von sich selbst berichtet und hat einfach gesagt, dass er sein ganzes vergangenes Leben so aufgeräumt hat und hat eben diese Selbstanzeige gemacht. Und da hab ich damit auch angefangen, mein Leben irgendwo selbst aufzuräumen. (32; Z 039) Einer ist nicht zur Anzeige gekommen. Den habe ich aber hier offen gemacht. (37; Z 031) Ich habe damals schon beim Gerichtsverfahren angegeben, dass ich meine, dass es mehr waren. Also es ging ja über Jahre.
Delikte `erfunden´	(03; Z 059) Frau (Name) hat Fragen gestellt oder hat Behauptungen aufgestellt: das kann doch nicht alles gewesen sein, und mich dadurch irgendwo in eine Situation getrieben, in der ich nur noch gedacht habe, jetzt erzähl ihr nur noch einfach, was sie hören will ... und gut ist.

6 TN räumten in der Therapie nicht aufgedeckte Delikte ein. 14 TN ließen Empathie mit den geschädigten Kindern erkennen. (03) schilderte, dass er Delikte erfand, weil er sich durch die Fragen der Therapeutin in die Enge getrieben fühlte; Eine Nachprüfung durch die Klinik habe ergeben, dass sich weder Strafanzeigen noch Anhaltspunkte für die Delikte finden ließen. Dies wurde im späteren Verlauf bei einem männlichen Therapeuten aufgearbeitet.

27 TN wissen, welches Geschlecht und welches Alter sie bei Kindern bevorzugen; 10 TN hatten eine Präferenz für Jungen, 7 TN für Mädchen, 7 TN hatten Kinder beiderlei Geschlechts sexuell missbraucht. 3 TN berichteten explizit, ihre Präferenz habe sich geändert; nur 3 konnten gar keine Präferenz nennen (Dabei bestehen zwischen der angegebenen Präferenz und dem Alter der tatsächlich geschädigten Kinder oft Unterschiede). 11 TN erklären explizit, ihre Pädophilie bleibe als Störung lebenslang bestehen und es gebe keine Heilung hierfür. Man müsse deshalb lernen, Kontrolle über die Störung zu bekommen und neue einschlägige Delikte zu verhindern. Eine

Idealisierung von Kindern – wo sie für die Vergangenheit berichtet wurde – hat bei 3 TN nachgelassen oder wird kritisch reflektiert, bei 6 TN nur teilweise oder gar nicht.

Textbeispiele 31 Sexuelle Präferenzen

Erläuterungen	Interview Nr.; Zeilen-Nr. in atlas.ti
Präferenzen verändert	(11; Z 027) Wollte es danach nicht mehr mit einem Mädchen machen, um dieses Risiko nicht mehr einzugehen, jemanden zu verletzen. .. ab da habe ich nur noch Jungen genommen. (27; Z 012) Bei der 1. Unterbringung waren es ja ausschließlich Jungen und jetzt bei der aktuellen Unterbringung waren es ja Mädchen. Mittlerweile bezieht sich das auf Jungen und auf Mädchen. (47; Z 026) Eigentlich nur Mädchen, weil mit Jungen habe ich im Heim aufgehört, als ich entlassen worden bin. Und da war ich erst 13.
Auffassung, Pädophilie ist nicht heilbar	(03; Z 065) Meine Pädophilie kann nicht behandelt werden. Ich kann nur lernen, die Mechanismen dafür zu kriegen, mich zu kontrollieren, meine Phantasien nicht mehr in die Realität umzusetzen. Das klingt zwar jetzt nach Fachbuch schon fast, aber so ist es bei mir. (07; Z 250) Ich hab lange Zeit einen Denkfehler gehabt. Ich war im Glauben, ich geh zur Therapie und lerne, damit ich die Fotos nicht mehr sehen mag. Aber das werde ich nie lernen. Und das Problem sind auch nicht die Fotos. Das Problem ist mein Kopf. Das lerne ich gerade hier. (08; Z 169) Ein Pädophiler ist ja nun mal ein Pädophiler! ... dass Pädophilie weggeht, geht ja nicht, ne? (11; Z 175) Ich weiß, dass ich ein pädophiler Täter bin, gar keine Frage und bei einem pädophilen Täter besteht immer eine Gefahr, zumindest ist das die gängige Meinung. Ich weiß von mir aus für mich: Ich will nie wieder, weder denen noch mir so etwas antun. Weil ich habe da ja auch fürchterlich drunter gelitten. (18; Z 126) Wenn ich später eine Dauerbeurlaubung kriege, dass ich mich dann wirklich kontrollieren kann, also nicht mehr rückfällig werde. (19; Z 111) Die Statistik sagt, dass solche Täter wie ich immer wieder was anstellen werden. (27; Z 115) Pädophilie ist praktisch auch eine Suchterkrankung, die nicht heilbar ist. (32; Z 075) Die sagen immer: Pädophilie steckt in einem drin, das geht nicht raus, das ist nicht heilbar. Ich sehe das ein bisschen anders. (33; Z 160) Diese Fantasien oder auch die Gefühle werden nie ganz weg gehen. ... diese Neigung zu Kindern als pädophiler Straftäter, sind nicht weg. Ich hab nur gelernt, damit umzugehen. (60; Z 151) Ich behalte doch was weiter bei. Mit die Spritze will ich nie aufhören.

Die TN machten insgesamt 73 Angaben zu ihrer sexuellen Identität und Orientierung. Bei 12 TN war eine inhaltliche Auseinandersetzung mit der eigenen sexuellen Orientierung erkennbar, drei sehen sich mittlerweile als homosexuell; (32) und (68) berichten, dass sie erst im MRV Erfahrung mit ihrer Homosexualität gemacht haben, (17) und (63) bestreiten hingegen vehement homosexuelle Anteile in ihrer Identität; bei 3 TN wurde homosexuelles Verhalten in der Herkunftsfamilie verurteilt. 6 TN berichten von biographisch sehr frühen sexuellen Erfahrungen in Kinderheimen, Internaten oder in kinderreichen Familien, 12 TN über einen späten Beginn sexueller Erfahrungen oder von Ängsten und Hemmungen gegenüber dem anderen Geschlecht; diese sozialen Ängste bzw. Hemmungen waren bei 10 TN auch im Interview feststellbar.

Die Frage nach erlebten sexuellen Übergriffen in Kindheit und Jugend wurde vom Interviewer bewusst nicht gestellt; trotzdem berichteten 8 TN über sexuelle Übergriffe in Kindheit und Jugend, einige davon durch Pädagogen. Die Schilderungen über eigene Missbräuche wurden in den Interviews nicht als Erklärung oder Rechtfertigung für ihre Delikte benutzt. Hörbar war bei einigen TN Verbitterung, dass Übergriffe früher und auch im MRV nicht behandelt wurden, obwohl bei einigen Schilderungen Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung sichtbar waren.

Textbeispiele 32 sexuelle Erfahrungen und erlittene Übergriffe

Erläuterungen	Interview Nr.; Zeilen-Nr. in atlas.ti
frühe sexuelle Erfahrungen	(47; Z 020) Ich bin im Heim aufgewachsen und habe immer Sex gehabt mit Kindern, allerdings immer nur auf freiwilliger Basis und ich habe das gar nicht anders gekannt. (65; Z 032) Das war nicht nur in dem Internat so, unter Jungen hat es dann schon kleine Spielereien gegeben.
Späte sexuelle Erfahrungen bzw. Ängste Hemmungen Angst vor Überforderung	(17; Z 032) Beziehungen hatte ich mehrere, aber sexuelle Bezüge waren eigentlich nicht da. Das war mehr eher so kumpelhaft, also nicht sexuell bezogen und ich traute mich auch nicht so richtig, ne? Mit die Mädchen. (25; Z 019) Angst vor Frauen, Angst, mit Frauen intim zu werden. Und durch diese Angst habe ich mich auf die Kinder fixiert. (72; Z 023) Ich kann mit Frauen umgehen, Spaß machen, offen reden. Nur wenn es um Sex geht, habe ich Hemmungen, auf ne Frau zuzugehen, was mir bei nem Mann leichter fällt. (73; Z 007) Ich hatte nur einen einzigen Kontakt als 15jähriger mit einem Mädchen und das war Katastrophe schlechthin. Da ging gar nichts. (50; Z 019) Wo ich das erste Mal mit einer Frau geschlafen habe, war ich sehr

(Fortsetzung) Sexuelle Mythen	unerfahren, also nicht richtig aufgeklärt. Und die Frau, mit der ich zusammen war, wollte halt mehr, als ich ihr überhaupt bieten konnte. (18; Z 009) Also ich hatte in meinem ganzen Leben noch keinen Sex gehabt mit einer Frau, ... (Z 116) im Fernsehen da wurde immer gefragt: „Wie war es das erste Mal? Hat es wehgetan?“ Und da sagen die meisten Mädels: „Ja, es hat am Anfang wehgetan, sag ich mal.“ Und da hab ich schon so Angst vor (32; Z 037) Es gab früher Leute, die mir erzählt haben, der Penis bleibt in der Vagina stecken und kommt nicht raus. Und seitdem, ja, ist das so eine Blockade bei mir, so, so eine Blockade, und darum finde ich Männer attraktiver.
Eigener sexueller Missbrauch in Kindheit / Adoleszenz	(11; Z 029) (Ich hatte) mit 13 ... nen Typen kennen gelernt und es war klar, dass ich ... bei ihm schlafen kann und auch mein Geld bekomme. Und dann kam denn der zweite Typ dazu. Und da habe ich gesagt: „Nee, das mache ich nicht. Das war so nicht abgemacht.“ Und ich wollte raus aus der Wohnung, da haben Sie mich nicht mehr raus gelassen. Und haben mir irgendetwas unter die Nase gehalten. (14; Z 106) Der (Täter; MSG) war so eine Art Ersatzvater für mich, ein Sozialpädagoge vom Jugendamt. (32; Z 135) Ich bin auch missbraucht worden, aber das wurde hier nie so besprochen. (37; Z 037) Ich wurde als Kind zweimal missbraucht ... der war irgendwie 26, wo ich dann Ende 9, 10 war. (44; Z 042) Wenn ich so was im Fernsehen sehe oder so, dann habe ich kein angenehmes Gefühl. Das ist also nicht erinnerungsmäßig, aber gefühlsmäßig ist dann nicht besonders. (47; Z 024) Ich bin also von Kindesbeinen an eigentlich von Erziehern und von größeren Jungen missbraucht worden. ... also zu der Zeit habe ich gedacht, das ist normal.

3.4.2 Wissen über Risikofaktoren und Präventionspläne

Bei der Therapie von Straftätern ist die Analyse von individuellen Risikofaktoren für einen Rückfall und von entsprechenden individuellen Präventionsplänen wichtiger Bestandteil der Therapie. Die TN schildern, dass sie sich dabei als Individuen wahrgenommen fühlen. 15 TN konnten im Interview konkret ihre Risikofaktoren für einen Rückfall benennen, 9 TN üben Maßnahmen zum Umgang mit individuellen Risiken. 5 TN schildern konkrete alternative Verhaltensweisen.

Textbeispiele 33 Risikofaktoren und Präventionspläne

Erläuterungen	Interview Nr.; Zeilen-Nr. in atlas.ti
Individuelle Rückfallfaktoren	(07; Z 271) Beziehungen zu Frauen sind ja nicht immer gleich befriedigend. Es gibt Krisen, Langeweile, Routine. Und das wäre ein Gefährdungspunkt, wo es immer wieder zu Versuchen kommen kann, ins Internet zu gehen. (11; Z 175) Ich hab diese Hürde einmal übersprungen, ... aber ich will´s nicht wieder tun. Dazu gehört für mich: erst mal keine Drogen mehr. (19; Z 145) Mein Hass, meine Wut, meine Ablehnung, meine Gleichgültigkeit, meine Interesselosigkeit – das ist mir doch eh alles scheißegal, mach ich grad so weiter: Wie kann ich es erreichen, dass gar nicht so weit kommt? (37; Z 115) Ich bin wirklich Beziehungstäter, der ne lange Zeit braucht, um eine Beziehung zu dem jeweiligen Kind aufzubauen, um dann so weit zu gehen, dass ich das irgendwann sexuell missbrauche. (56; Z 145) Bei mir hat der sexuelle Missbrauch immer erst angefangen, wenn ich die Kinder näher kennen gelernt habe. (72; Z 021) Wenn die meinetwegen kurze Röcke hatten, oder wo man den Schlüpfer sehen konnte, oder so. Die aufreizend angezogen waren. Das hat mich eigentlich angezogen. Nicht das Aussehen der Mädchen – je mehr Fleisch man sah, umso ... geiler wurde ich.
Haben individuelle Präventionspläne	(19; Z 145) Schon im Vorfeld, indem ich z. B. auf bestimmte Dinge gucke, indem ich z.B. mitteile: heute geht's mir Scheiße. … Da staut sich halt nicht auf oder viel weniger wie vorher. Klar bist du manchmal wütend oder bist du manchmal sauer oder sonst was, aber es staut sich nicht so wie früher. (32; Z 089) Dann habe ich den Rückfall-Präventionsplan gemacht. ... wenn ich jetzt z. B. im Bett liege und ich höre irgendeine Musik und dann kommen plötzlich Kindergedanken, dass ich dann aufstehe z. B. und mich irgendwie ablenke, so dass die Kindergedanken nicht in mir greifen und dass meine Hand nicht nach unten geht und dass ich darauf masturbiere. (56; Z 145) Wenn jetzt Kinder auf der Straße mir über den Weg laufen und nach der Uhrzeit fragen, dann kriegen sie die Uhrzeit und das interessiert mich nicht mehr, das war´s dann auch. (32; 069) Früher war das mit den Jungen besser, und jetzt muss ich sagen, weil ich das ja hier erfahren habe – weil das waren meine ersten sexuellen Kontakte mit Erwachsenen hier in der Einrichtung – finde ich das eigentlich, muss ich ehrlich sagen, besser.

Nur die 4 TN mit der Diagnose einer Intelligenzminderung können weniger konkrete Bewältigungsstrategien für Risikosituationen schildern: Sie erklärten, sie würden in Zukunft solche Kontakte ganz vermeiden, rasch abbrechen und sich entfernen. Gleichzeitig erklären diese TN aber, sie würden in diesem Fall Gespräche mit Helfern suchen. Nicht kognitiv eingeschränkte TN schildern konkret Techniken zur Beendigung abweichender Masturbationsphantasien oder Management von Ärger und Frustration im Vorfeld möglicher Delikte.

3.5 Vergleich der subjektiven Zufriedenheit mit Fremdeinschätzung

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die forensische Psychotherapie bei den Befragten mit einer Auseinandersetzung um die Straftaten, die dahinter liegende Dynamik und mit der sexuellen Präferenz nach dem vorherrschenden Erfolgskriterium (Verringerung des Rückfallrisikos) einhergegangen ist, wie die Angaben in den 30 Interviews zeigen. Die Behandlung hat hier also Erfolge zu verzeichnen.

Im Begleitfragebogen wurden die TN zusätzlich gebeten, einzuschätzen, wie sie ihr aktuelles subjektives Befinden im Vergleich zu ihrer Aufnahme in den MRV einschätzen. 23 TN fühlten sich zum Zeitpunkt des Interviews besser bis sehr viel besser als zum Zeitpunkt ihrer Aufnahme in den MRV (zufriedene Gruppe); drei TN fühlten sich befriedigend bis ausreichend besser (mittel zufriedene Gruppe: 03, 14, 32), drei TN fühlten sich deutlich schlechter (unzufriedene Gruppe: 04, 27, 53). Es entsteht die Frage, ob und worin sich ggf. TN, die ihre Behandlung insgesamt kritisch beurteilen, sich von TN, die ihre Therapie positiv bewerten, unterscheiden.

Überprüft werden kann, ob die subjektive Zufriedenheit der TN mit Alter, Dauer der Unterbringung, Zusatzdiagnosen, usw. zusammenhängt bzw. welcher Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit und den Angaben zu Diagnose und Delikten besteht.

Tabelle 11 Unzufriedene Teilnehmer (Pädophile aus 8 Maßregelvollzugskliniken in 4 Bundesländern) soziodemographische Daten

Code	Alter	Unterbringung in Jahren	Zusatzdiagnose	Bildungsgrad
04	60	16	Persönlichkeitsstörung	Realschulabschluss
27	50	6 (+ 1 Vorunterbringung)	Keine	Realschulabschluss
53	58	27	Keine	Ohne

Die unzufriedenen TN haben ein höheres Lebensalter (50 Jahre und älter) und sind sehr lange untergebracht (so ist TN 27 zwar `nur´ seit 6 Jahren in der aktuellen Unterbringung, war davor aber von 1987 bis 2004 im MRV mit einer zweijährigen Unterbrechung, also insgesamt 23 Jahre). Der klinische Eindruck des Interviewers über den Behandlungsstand aus dem Interview ist bei (27) und (53) kritisch: Beide bagatellisieren ihre Taten, können kaum etwas zu ihren sexuellen Präferenzen sagen und werten alle bisherigen Therapeuten und Behandlungsmaßnahmen ohne

Begründung ab; (04) beschreibt im Interview deutliche Veränderungen bei sich, die mit seiner Unzufriedenheit nicht übereinstimmen.

Tabelle 12 Mittel zufriedene Teilnehmer (Pädophile aus 8 Maßregelvollzugskliniken in 4 Bundesländern) – soziodemographische Daten

Code	Alter	Unterbringung in Jahren	Zusatzdiagnose	Bildungsgrad
03	28	9	Keine	Realschulabschluss
14	28	3	Schizophrenie	Hauptschulabschluss
32	31	14	keine	Hauptschulabschluss

Die mittel zufriedenen TN sind deutlich jünger, ihre bisherige Unterbringungsdauer kürzer, ihr Zeiterleben aber vielleicht gerade deshalb intensiver. Der klinische Eindruck des Behandlungsstandes in den Interviews ist bei diesen TN positiver als es die subjektive mittlere Zufriedenheit vermuten lässt. Sowohl unzufriedene als auch mittel zufriedene TN machten zum Zeitablauf und zu Lockerungen kritische Anmerkungen, die ihre Unzufriedenheit mit erklären.

Die 23 zufriedenen TN fühlen sich subjektiv viel besser bzw. besser als bei der Aufnahme in den MRV. Der klinische Eindruck ihres Behandlungsstandes durch den Interviewer ist bei (17), (23), (50) und (63) kritischer als deren geäußerte Zufriedenheit: Bei ihnen zeigen sich im Interview Bagatellisierungen und eine fehlende Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit den Hintergründen der Delikte und ihren sexuellen Präferenzen. Bei 19 TN stimmten die Beschreibungen über ihre Veränderungsprozesse mit den Eindrücken in den Interviews überein.

Damit zeigt sich, dass allein die globale Erfassung der Einschätzung von Patienten zu ihrem subjektiven Wohlbefinden und zu ihrer Entwicklung im MRV (z. B. über eine Likert-Skala) zu kurz greift. Die subjektive Einschätzung bedarf aus meiner Sicht der Rückkopplung mit inhaltlichen Angaben über die Behandlung.

3.6 Mitarbeit bei der Studie

Die Bereitschaft der TN zur Mitarbeit bei der Studie war höher als erwartet: Es fiel insgesamt ein großes Mitteilungsbedürfnis der pädophilen Patienten auf. 7 TN betonten, sie seien lange untergebracht, es habe aber selten jemand die Zeit, ihnen zuzuhören; 4 TN bedankten sich für die Gelegenheit, ohne Zeitdruck über ihre Eindrücke reden zu dürfen. Bei 13 eingegangenen Rückmeldebögen nach den

Interviews äußerten 3 TN, sie hätten teilgenommen, weil sie hofften, dass die Ergebnisse pädophilen Patienten helfen, die nach ihnen in den MRV kommen. 3 TN erklärten, sie seien froh, dass sie viel Zeit für ihre Behandlung hätten. Lockerungen bzw. Entlassung seien für sie nicht so wichtig wie ein Gefühl der Sicherheit, nach einer Entlassung nicht mehr wieder rückfällig zu werden. In Übereinstimmung mit einigen Forschungsbefunden zeigen die TN an vielen Stellen Empathie – mit den Geschädigten und mit den Aufgaben und Nöten von Personal und Therapeuten. Der Verwaltungswust, der Druck von Vorgesetzten, Medien und Gesellschaft, die Schwierigkeiten der prognostischen Arbeit findet Verständnis bei den TN, die selber häufig wenig Verständnis von Anderen erfahren haben.

4 Diskussion und Schlussfolgerungen

Letztlich entscheidet die Bewertung von therapeutischen Maßnahmen durch Patienten über deren Bereitschaft zur Mitarbeit. Deshalb kann es nicht gleichgültig sein, wie Behandlungsmaßnahmen bei Patienten im MRV `ankommen´. Die TN dieser Studie konnten über ihre subjektiven Erfahrungen in der Unterbringung, der Therapie offen Auskunft geben und ihr Verhalten darstellen. Die meisten TN sind mit ihrer Behandlung überraschend zufrieden. Zufriedenheit von Patienten mit ihrer Behandlung im MRV ist allein kein Indikator für einen Therapieerfolg. Manche Patienten seien mit ihrer Therapie lange `sehr zufrieden´, z. B. mit Phallometrie unter Alkoholgabe, während das Umfeld bei ihnen keinerlei Veränderungen feststelle [136]. Angaben und Wünsche von forensischen Patienten bezüglich ihrer Therapie lassen also für sich allein genommen Fragen offen.

Ein wichtiges Ziel forensischer Behandlung ist die Verringerung der Rückfallgefahr [97]. Therapieerfolge sollten also u. a. an einer Auseinandersetzung von Patienten mit ihren Delikten, der sexuellen Symptomatik und der sexuellen Präferenz erkennbar sein; dysfunktionale Denkmuster und kognitive Verzerrungen sollten zurückgegangen, Impulskontrolle, Empathie und Problemlösefertigkeiten gewachsen, Rückfallvermeidungspläne verinnerlicht sein [69]. Ein Vergleich von geständigen mit leugnenden Tätern zeigt allerdings, dass Leugnen der Delikte für sich allein kein maßgebliches Kriterium für eine erhöhte Rückfallwahrscheinlichkeit zu sein scheint [vgl. 32; 72; 136; 17].

Das Wissen bzw. die kognitiven Einsichten der TN über ihre Delikte und ihre sexuellen Präferenzen zeigen, dass ihre Behandlung in diesen Bereichen Wirkungen zeigt. 28 TN akzeptieren ihre Diagnose, wobei 10 betonen, sie hätten nur eine pädophile Nebenströmung. 20 TN schildern ihre Delikte ohne Beschönigungen, 14 TN zeigen Empathie mit geschädigten Kindern, 6 berichten, sie hätten in der Therapie nicht aufgeklärte Delikte offen gelegt. 15 TN kennen ihre persönlichen Risikofaktoren und besitzen individuelle Rückfall-Präventionspläne.

Die in den Interviews genannten Altespräferenzen und das reale Alter der geschädigten Kinder weisen bei einigen TN Unterschiede auf; auch in der nicht-delinquenten Bevölkerung bestehen Differenzen zwischen erotisch-sexuellen

Präferenzen und der realen Partnerwahl. 11 TN haben die Auffassung ihrer Behandler übernommen, dass es bei Pädophilie keine Heilung gibt, dass man aber Kontrolle bekommen und so Rückfälle verhindern könne. Das deckt sich mit der herrschenden Meinung [36; kritisch hierzu 113, 144]. 27 TN kennen ihre sexuelle Präferenz, 12 TN schildern Ängste vor sexuellen Kontakten mit Gleichaltrigen. Einige Angaben zu befriedigenden homosexuellen Erfahrungen im MRV lassen aber vermuten, dass eine vorschnelle Diagnose einer Pädophilie den Verzicht auf eine Analyse bedeutet, welche Bedeutung sexuelle Präferenzen für Patienten haben – z. B. die sexuellen Kontakte zu Kindern/Jugendlichen der Vermeidung der Angst vor Kontakten zu erwachsenen Sexualpartner dienen. Bei manchem TN sind Zweifel angebracht, ob überhaupt eine Pädophilie vorliegt. Dass die Hälfte der TN eine Zusatzdiagnose hat, was für eine zusätzliche Symptombelastung spricht, stimmt mit Studien zur Komorbidität von Pädophilen [vgl. 164; 133] überein.

4.1 Therapeuten und Patient-Therapeut-Beziehung

In 29 von 30 Interviews nehmen die Persönlichkeit von Therapeuten und die Beziehungsgestaltung zwischen Patienten und Therapeuten einen breiten Raum ein. Die TN beobachten und bewerten Verhalten und Interventionen ihrer Therapeuten genau und differenziert, sei es in der Gruppe oder in der Einzeltherapie. Auch das Verhalten von Therapeuten außerhalb der Sitzungen wird aufmerksam beobachtet.

McLennan [93, 394f] führte therapeutische Misserfolge auf Passungsprobleme zurück: „The basic cause of therapeutic failure is a mismatch between the client's therapeutic needs and what is provided by the therapist". Das zunehmende Wissen über den Einfluss der Therapeutenpersönlichkeit auf das Therapieergebnis führt zu einer Zunahme individualisierter Ergebnisforschung [vgl. 75; 118; 153]. Die Interviews zeigen: In Einzeltherapien ist die Passung zwischen TN und Therapeuten [vgl. 71; 19] ein wichtiger Faktor: Wo sie gelingt, entsteht eine therapeutische Beziehung, die TN berichten dann facettenreich über die Therapie und ihre Fortschritte. Wo die Passung misslingt, wird der therapeutische Prozess als mühsam und stockend geschildert.

Für die Passung spielt das Geschlecht von Therapeuten offenbar eine wichtige Rolle. Therapeutinnen rufen bei der Besprechung von Delikten eher Hemmungen und Scham hervor; die TN schienen bei männlichen Therapeuten weniger Probleme zu haben, über ihre Delikte und über ihre Sexualität zu reden. Therapeuten, die als dominant, unaufmerksam oder desinteressiert erlebt werden, verursachen bei einigen TN Aversionen, das Alter von Therapeuten scheint nur geringen Einfluss auf Passung zu haben. Wo Passungen schwierig sind, wirkt sich das auf die generelle Bereitschaft von Patienten zur Mitarbeit aus.

Dabei ist Passung kein unveränderbares Schicksal: erforderlich ist eine Sensibilität bei forensischen Psychotherapeuten für dieses Phänomen, damit es nicht vorschnell als Widerstand gedeutet wird. Wo es nicht möglich ist, durch das Ansprechen in der Therapie und Veränderungen in Einstellung und Verhalten von Therapeuten Passungsprobleme anzugehen, sollte im Team beraten werden, ob ein (in diesem Fall sogar fachlich begründbarer) Therapeutenwechsel vorzunehmen ist.

Ungünstige Passungen führen in Freiheit zu Therapieabbrüchen und zur Suche nach anderen Therapeuten/Kliniken. Im MRV können sich Pädophile ihre Therapeuten nicht aussuchen, sind aber abhängig von deren Deutungen und Einschätzungen. Zudem werden im MRV Probleme bzw. Konflikte zwischen Personal und Patienten vorschnell auf die Delikte zurückgeführt bzw. als Ausdruck negativer Persönlichkeitsfaktoren gewertet, was direkten Einfluss auf den weiteren Verlauf der Unterbringung hat.

Als hilfreiche Faktoren im Verhalten von Therapeuten beschreiben TN,

- wenn geredet, Perspektiven ausgetauscht statt abgefragt oder verhört wird;
- wenn Patienten Antworten auf Fragen erhalten und nicht auf sich zurückgeworfen werden (11), (25);
- wenn Therapeuten interessiert an den Patienten sind, hartnäckig und ermutigend (39);
- wenn Therapeuten fähig zur Selbstkritik sind (08), (54) und ein Misslingen in der Kommunikation zwischen Patient und Therapeut (14) bemerken;
- wenn Therapeuten Humor haben.

4.2 Einzeltherapien

In der Einzelpsychotherapie steht `gefühlt´ die Bearbeitung der Delikte im Vordergrund. Einige TN berichten konkret auch über die Bearbeitung der Lebensgeschichte, von eigenen Traumata und aktuellen Konflikten. Beklagt werden inhaltliche Wiederholungen und fehlende Absprachen. Wenn bei Therapeutenwechseln eine gute Übergabe erfolgt (was selten vorzukommen scheint), wird das positiv bewertet. Wie TN über Inhalte und Interventionen in der Einzeltherapie reden, zeigt, dass auch Interventionen und Therapieinhalte durch die Persönlichkeit des Therapeuten und die Therapeut-Patient-Beziehung konturiert werden; die besten Interventionen verfehlen Patienten, wenn sie als technisch, unterkühlt oder distanziert erlebt werden. Bei Missverständnissen bei der Bearbeitung der begangenen Taten und bei anderen Konflikten in der Therapie drohen Stillstand und Rückzug von Patienten, wenn es nicht gelingt, die Missverständnisse zu bearbeiten und auszuräumen [166; 148; 149]. Konflikte mit Therapeuten wurden nicht negativ bewertet, solange die TN das Gefühl hatten, dass ihre Therapeuten den Konflikt erkennen und anerkennen, ihn auf Augenhöhe führen und sich ggf. für eigene Fehlleistungen entschuldigen. Die gemeinsame Konfliktklärung wirkte in allen Schilderungen als beziehungsstiftend.

Als hilfreiche Faktoren in Einzeltherapien beschreiben TN,

- wenn geredet, Perspektiven ausgetauscht statt abgefragt oder verhört wird;
- wenn man gemeinsam nach Mustern in Delikten und Biographie sucht, idealerweise Deliktmuster auf biographische Konflikte zurückführt wie bei (11), (14) und (65);
- wenn Patienten sich als Individuen gesehen fühlen und ihre Therapie nicht als schematisch erleben (33),
- wenn Therapeuten TN beim Umgang mit Schuld und Scham unterstützen;
- bei Problemen in der Kommunikation Brücken bauen (54) und
- wenn aktuelle Konflikte nicht vermieden, sondern offen besprochen und die begleitenden Gefühle und Kognitionen durchgearbeitet werden. Bei Konflikten mit anderen Beschäftigten kann der Therapeut Moderator, Dolmetscher und

Diplomat werden und auch einmal entdramatisieren (25; 39); bei Konflikten zwischen Therapeuten und Patienten die Verantwortung für die eigene Konfliktstrategien offen legen und sich ggf. entschuldigen (33); (54); (08).

Wichtig scheint, dass Konfrontationen auf Augenhöhe und nicht `von oben herab´ erfolgen. Wenn Patienten sich von Therapeuten missverstanden, kritisiert, gedemütigt, vernachlässigt und übersehen fühlen, entstehen Hindernisse in der Therapie, die zu Problemen führen, wenn sie nicht `repariert´ werden [148; 149]. Leider tendieren Therapeuten bei auftauchenden Problemen dazu, die Ursache hierfür bei Patienten zu suchen [115]. Schwierige Persönlichkeitszüge und dysfunktionale Muster von Patienten verleiten dazu, dass Therapeuten in ein Gegenagieren kommen wie die Schilderung von (17; Z 057) beispielhaft zeigt:

„Ich kam mit (Name) überhaupt nicht klar. Der war so komisch, so hochnäsig, so eingebildet, so dominant. Er wurde dann lauter und ich wurde lauter. ... (Z 073) Da waren wir beide also nicht gerade unstur. Also mir hat´s nichts gebracht, ihm auch nicht, glaub ich mal."

Bei solchen symmetrischen Aufschaukelungsprozessen sinkt das Engagement der Patienten für die Therapie. Pfäfflin & Mergenthaler [112, 27] fassen pointiert zusammen, Therapeuten sollten fähig sein, eine Beziehung zu einem in seiner Beziehungsfähigkeit eingeschränkten Klienten aufnehmen und halten zu können, dessen Beziehungsmuster zu erkennen, sie kunstvoll zu verstören und neues Verhalten einzuüben.

4.3 Gruppentherapien

TN beschreiben deliktgemischte Gruppen (selbst Gruppen mit Vergewaltigern und Missbrauchstätern) als problematisch, weil es dort zu Konflikten bzw. Abwertungen kommt, wer die schlimmeren Taten begangen hat. Kein TN beschrieb dagegen Probleme, sich auf delikthomogene Gruppen einzulassen. Diese werden von fast allen TN als positiv erlebt, weil sie sich mit ihren Taten nicht länger isoliert fühlen und sich mit der Biographie und Tatdynamik ähnlicher Täter vergleichen können. Das Schweigegebot bei sexuellen Übergriffen gilt ja nicht nur für Geschädigte: auch Täter

konnten vor dem MRV nur in Ausnahmefällen mit Dritten über ihre Taten und ihre Erfahrungen dabei reden. TN schilderten, Psychotherapeuten verfügten zwar über Fachwissen, seien aber selbst noch nie in einer ähnlichen Lage gewesen. Das ist ein indirekter Hinweis, dass Pädophile in Einzeltherapien das Gefühl ihrer Abnormität schlechter reduzieren können. Mitpatienten werden als `Experten´ erlebt, weil sie ähnliche Delikte begangen haben. Sie könne man nicht belügen, sie deckten kognitive Verzerrungen rasch auf; mehrere TN zitierten wörtlich, wie sie von Mitpatienten mit Beschönigungen konfrontiert wurden. Rückfragen und Meinungen von Mitpatienten werden hilfreich erlebt, ihre Konfrontationen seien zwar härter als die von Therapeuten, aber erfolgten auf Augenhöhe.

Die Modulstruktur von Gruppentherapien wird als hilfreich beurteilt. Die TN konnten ihr Wissen über die Auswirkungen von Delikten für Geschädigte, die innere und äußere Dynamik vor, während und nach Delikten gut schildern. Deutlich zeigten sich ein gewachsenes Wissen über Sexualität, eine wachsende Selbstsicherheit, ein besserer Umgang mit Emotionen und sozialen Konflikten.

Gruppentherapien werden als Lernorte z. B. für deliktrelevantes Wissen oder den Umgang mit abweichenden Sexualphantasien beschrieben. In den Interviews benutzten TN dafür Metaphern aus Schule, Unterricht und Training: (Unterrichts-) Stoff wird `durchgenommen´, Therapeuten werden als Lehrer erlebt, die zwischen den Sitzungen Aufgaben aufgeben, die man `vorzeigen muss´. Die TN erleben diese Aufgaben – und ihre erfolgreiche Lösung – positiv. Patienten helfen und unterstützen sich gegenseitig bei Hausaufgaben, erklären sie, kommentieren manchmal auch kritisch. Hinweise, Gruppentherapien verlängerten die Dauer der Unterbringung, bleiben Einzelmeinungen (2 TN). Diese Anmerkungen sind aber bedeutsam im Zusammenhang mit dem Zeitablauf im MRV (vgl. Tabelle 35).

Störend in Gruppentherapien sind für einige TN detaillierte Schilderungen von Gewalthandlungen an Kindern, die aber in den Manualen vorgesehen sind und von Therapeuten gefordert werden. Besonders detaillierte Schilderungen von Mitpatienten wirken im Einzelfall traumatisch. Störend erleben einige TN auch, wenn Mitpatienten bagatellisierend und sexualisiert über ihre Delikte sprechen. Dies widerspricht Ergebnissen von Buchholz et al [18] aus einer nachträglichen Analyse

einer Gruppentherapie mit Tätern anhand von Videomaterial; die Autoren berichten über die Versuche der dortigen Täter, die Atmosphäre in den Gruppensitzungen zu sexualisieren.

Gruppenprogramme zur Förderung emotionaler und sozialer Kompetenzen waren für 4 TN wenig interessant´, weil sie die vermittelten Haltungen und Techniken aus ihrem Elternhaus bereits kennen bzw. beherrschen. In diesem Zusammenhang wurde mehrfach angesprochen, dass die TN sich ein individualisiertes Herangehen wünschen. Hier liegt ein zentrales Problem im MRV, nämlich ein großer Schematismus, der die Frage verfehlt, welcher Patient welche Therapiebausteine braucht.

Passungsprobleme, wie sie aus Einzeltherapien immerhin elfmal geschildert wurden, wurden für Gruppentherapien nicht ein einziges Mal berichtet; Grund hierfür könnte die Leitung durch mindestens zwei Therapeuten (Psychotherapeut und Pflegefachkraft) und die Anwesenheit von Mitpatienten sein, was Passungsprobleme moduliert. Für einige TN sind Mitpatienten auch außerhalb der Gruppentherapien eine wichtige Ergänzung zu therapeutischen Gesprächen; in Einzelfällen `ersetzen´ Patienten sogar abwesende Therapeuten.

Wo die Passung mit dem Einzeltherapeuten gut ist, erleben die meisten TN eine parallele Führung von Einzelpsychotherapie und Gruppentherapie subjektiv als hilfreich, weil Inhalte aus den Gruppen vor- und nachbereitet und biographische Konstellationen bearbeitet werden können, die in der Gruppe noch nicht geäußert werden können, weil Scham von Patienten noch zu groß ist.

Andere therapeutische Verfahren (Musiktherapie, Kunsttherapie) werden in den Interviews seltener erwähnt. In einigen Fällen (14; 25) nutzen diese Therapeuten ihr Repertoire, um die TN an eine Auseinandersetzung mit ihren Delikten heranzuführen. Ansonsten bleiben diese Verfahren in den Schilderungen farblos, was im Widerspruch zu ihrem Potenzial steht. Auch forensische Sozialarbeit kommt in den Schilderungen der TN fast nicht vor.

Als hilfreiche Faktoren in Gruppentherapien beschreiben TN,

- dass der einzelne Patient sich nicht mehr isoliert mit seinen Delikten fühlt;
- dass Patienten ihre individuelle Problematik mit anderen Patienten vergleichen können;
- dass Feedback von Mitpatienten aus einer Deliktexpertise erfolgt.

4.4 Faktoren in der Persönlichkeit von Patienten

Persönlichkeitszüge von Patienten beeinflussen nach der Wirkungsforschung das Therapieergebnis zu 15%. Persönlichkeitszüge wie impulsives Verhalten, Misstrauen, Erregbarkeit sowie Intelligenzminderung und Substanzmissbrauch beeinflussen Aufbau und Gestaltung der Therapeut-Patient-Beziehung negativ und führen in der allgemeinen Psychotherapie zum Abbruch von Therapien. Im MRV können Patienten ihre Therapeuten nicht wählen; Sie können die Therapie verweigern, aber dies wird in der Klinik oft als Ausagieren oder fehlende Mitarbeit gewertet.

Die Untersuchung der persönlichen Faktoren von Patienten stand nicht im Zentrum dieser Studie. In den Erzählungen der TN zeichneten sich positive wie negative Faktoren ab. In den Interviews waren bei 5 TN (11; 17; 23; 27; 53) mit langen Unterbringungszeiten, die ihre Therapie durchweg kritisch schildern, erhöhtes Misstrauen, Impulsivität, Pessimismus bezüglich ihrer Therapie und eine Externalisierung der Verantwortung für Delikte als auch für die Therapie erkennbar. Ihre Deliktschilderungen waren von Bagatellisierungen und kognitiven Verzerrungen geprägt. Andere TN (04; 08; 19) ebenfalls mit langen Unterbringungszeiten und kritischer Prognose zeigten ein höheres Maß an Selbstkritik und übernahmen Verantwortungen für Delikte und Therapie. Ein enger Zusammenhang zwischen der Unterbringungsdauer und Persönlichkeitsfaktoren lässt sich aus den Ergebnissen dieser Studie nicht ableiten. Die Mehrheit der TN zeigte sich im Interview reflektiert, empathisch und aufmerksam (auch für die Interessen des Interviewers), 17 TN wirkten selbstkritisch, aber auch selbstbewusst. Kognitive Einschränkungen bei 5 TN wirkten sich auf die Differenziertheit ihrer Angaben über die Behandlung aus. Hier

wäre eher eine heilpädagogisch fundierte Behandlung angezeigt [vgl. 66; 142].

4.5 Die forensische Klinik als Kontext

Weil eine Tatschuld individuell zugerechnet werden muss, prüfen Strafrecht, Strafvollstreckungsrecht und die geltende Prognosepraxis im Einzelfall. Das führt oft dazu, die Rolle von Umgebungsfaktoren auszublenden oder zu unterschätzen. Diese spielen bei Delikten, aber auch bei der Behandlung von Straftätern mit 40% eine erhebliche Rolle (vgl. Sachsse 2011, 94). Das scheint bei der Einschätzung von Therapieverläufen wenig reflektiert zu werden.

Freiheitsentziehende Maßnahmen mit Bedingungen einer `totalen Institution´ konturieren alle psychotherapeutischen Bemühungen – oft genug konterkarieren sie diese. Der Entzug der Freiheit selbst, (ausbleibende) Lockerungen und eine nicht absehbare Zeit bis zur Entlassung, fehlende Freiheiten auch innerhalb des Geländes beeinflussen die Bereitschaft der Patienten zur Mitarbeit ebenso wie ein hoher Krankenstand, Personalmangel und Arbeitsbelastung des Teams durch Verwaltung, Sicherheit und Aufgaben wie Begleitung von Patienten zu Fachärzten und Gerichtsterminen. Aus Sicht der TN fehlen die begehrten Ausgänge und die Zeit und Aufmerksamkeit für die Patienten.

Ein umfassendes, teils rigides Regelsystem treibt viele Patienten in Opposition, besonders wenn es wenig erklärt wird. Repräsentiert werden Klinik und Stationsregeln vor allem durch Pflegende, die in den Interviews entsprechend viel Kritik bekommen. Beklagt wurde besonders der Schematismus im Alltag. Die TN fühlen sich durch eine undifferenzierte Gleichbehandlung in ihrer Individualität ignoriert. Hier spiegelt sich die Macht einer totalen Institution wider. Das Sozialverhalten der TN (bis zu ihren Tischmanieren) führt zu Konflikten. Mitarbeiter werten Kritik der TN an Regeln und an unbegründeten Entscheidungen als Beweis für die `Dissozialität´ von Patienten und stellen Bezüge zu den begangenen Taten her, wodurch sich Patienten falsch gesehen fühlen.

Die TN fühlen sich angesichts dieser Deutungsmacht und dem Zusammenhalt der Beschäftigten ausgeliefert und ohnmächtig, wie die Beispiele von (03) (04), (11), (17)

und (44) zeigen. Der Eindruck von fehlendem Respekt und fehlendem Engagement verringert das Vertrauen in die Behandelnden. Einige TN schildern Vorbehalte von Pflegekräften gegenüber Pädophilen; diese TN führen diese ablehnende Haltung darauf zurück, dass die Beschäftigten eigene Kinder hätten. Jüngere TN (56; 68) fühlten sich durch ältere Mitarbeiter bevormundet und tragen alterstypische Autonomiekonflikte aus, die vom Personal wiederum als Persönlichkeitspathologie gewertet und in Bezug zu den Straftaten gesetzt werden.

Die Mehrheit der TN urteilt differenziert: es seien einzelne Mitarbeiter, die sich abfällig äußern oder schematisch entscheiden. Andere Mitarbeiter verhielten sich korrekt bzw. problematisches Verhalten von einzelnen Mitarbeitern trete nur dann auf, wenn keine andere Pflegkraft anwesend sei. Wo TN das Gefühl haben, auf Augenhöhe behandelt zu werden, führten ausgetragene Konflikte oft zu einer engeren Beziehung.

In den Interviews wird eine gespürte größere soziale Nähe zu den Pflegekräften (im Vergleich mit Ärzten und Psychologen) bei einigen TN deutlich. Mehr als die Hälfte der TN berichtet über positive Erfahrungen mit Pflegenden. Das System der Bezugspflege sorgt (trotz einiger Passungsprobleme, die auch hier bestehen) für einen engeren Kontakt, in dem Konflikte auf der Station und Alltagsgespräche besprochen werden.

Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass TN auf Stationen, die nach dem DBT-Verfahren arbeiten, sich zufriedener über das Pflegepersonal äußerten. Es scheint, dass die intensive Schulung in diesem Verfahren, die eigenen Gefühle und die eigenen Anteile bei der Interaktion mit Patienten zu berücksichtigen, bei den Pflegenden kommunikative und interaktive Kompetenzen stärkt.

Ergotherapeuten und Arbeitsanleiter, mit denen die TN täglich mehrere Stunden unter Anforderungen an Disziplin, Anweisungen, Arbeitsqualität, usw. zu tun haben, werden (wie die forensischen Sozialpädagogen im MRV) nur in wenigen Interviews erwähnt. Ihre Persönlichkeit und ihr Verhalten werden kaum thematisiert. Es kann daran liegen, dass sich hier die Möglichkeit eines kleinen Verdienstes bietet, wie die Angaben von (42) zeigen. Allerdings beschreiben einige TN die ergotherapeutischen

Angebote als Möglichkeit einer sinnvollen Beschäftigung (11; 19; 25; 44), die zu Ausgeglichenheit führt und das Selbstbewusstsein stärkt.

In einer geschlossenen Unterbringung sind Lockerungen begehrt und machen zugleich deutlich, wie abhängig die TN vom Urteil des Personals sind. Besonders TN mit längerer Unterbringung fühlen sich durch Verweigerung von Lockerungen nicht angemessen beurteilt. Wie fein die TN Veränderungen der Lockerungspraxis registrieren, zeigt die Schilderung von (27), dass eine veränderte Fragestellung im MRV früher gewährte Lockerungen unmöglich macht. In diesem Zusammenhang sind auch Bemerkungen zum (prinzipiell unbegrenzten) Zeitablauf im MRV zu werten. Warten, die Wiederholungen und wenig sensible (aber übliche; MSG) Kommentare wie: „Kommen Sie erst einmal hier an“ (47; Z 108) verursachen Frustration und innere Distanz, die mit der Dauer der Unterbringung wachsen.

Die Äußerungen von (03) und (33) zeigen, dass selbst die ursprünglich positiv bewertete Gruppentherapie kritischer beurteilt wird, wenn Inhalte sich wiederholen und TN sich auf die Wartebank geschoben fühlen. Mehrere TN äußern, das gesellschaftliche Klima mache es für alle Beschäftigten schwierig, besonders wenn es bei einem Mitpatienten zu einem Rückfall kommt, was einige TN erlebt haben.

Auch Mitpatienten werden als Wirkfaktor beschrieben. Das enge Zusammenleben im MRV führt zu Konflikten im Stationsalltag, andererseits zu einem Gemeinschaftsgefühl, das über eine (mancherorts vermutete) gegenseitige Sexualisierung von Kindern hinausgeht: Die Gemeinschaft mit Patienten führt (z. B. bei 03; 08; 56) dazu, dass man die Geselligkeit mit Erwachsenen schätzen lernt. Einige TN berichten, im MRV erstmals befriedigend sexuelle Erfahrungen mit erwachsenen Partnern gemacht zu haben. Mitpatienten werden als Co-Therapeuten beschrieben (bei 44 und 73 auch außerhalb von Therapien).

Die TN schildern ihre Beziehungen zur sozialen Welt außerhalb des MRV als karg. Am häufigsten berichten jüngere TN über Kontakte zu ihrer Herkunftsfamilie, die mitunter konfliktreich sind. Bedenkt man, dass für eine rückfallfreie Entwicklung nach einer Entlassung ein `sozialer Empfangsraum´ erforderlich ist, muss das (mit der Dauer der Unterbringung zunehmende) Wegbrechen sozialer Beziehungen kritisch betrachtet werden. Trotz des Ausbaus forensischer Ambulanzen kann diese Aufgabe

nicht in die Zeit der Beurlaubung geschoben werden, sondern muss zukünftig Aufgabe einer ressourcenorientierten Behandlung sein – eine Kernaufgabe der forensischen Sozialarbeit. Treffend kritisiert (08; Z 167) in der Identifikation mit der Therapeutenrolle: „Ich würde dieses ständige Abschieben in die nächste betreute Einrichtung weglassen. Von hier aus sollen sie so weit fähig sein, dass sie in einer eigenen Wohnung leben können und natürlich von hier aus noch (sich die) Leute kümmern. Aber nicht einfach: wir sind jetzt hier fertig mit dem. Wenn Ihr die Verantwortung für die Entlassung übernehmen wollt, dann macht das! Aber wir nicht."

4.6 Die Identifikation mit den Therapeuten

Zur Frage: „Wenn Sie hier Therapeut wären, wie würden Sie Pädophile behandeln?" machten viele TN Anmerkungen und Kritik, die sie im Interview bisher nicht geäußert hatten. Auch TN, die mit ihrer Therapie zufrieden waren, machten im gedachten Rollentausch eine Reihe von Vorschlägen, die zugleich als Kritik an der erlebten Praxis verstanden werden können.

10 TN würden eine Therapie mit einer Phase des Kennenlernens und des Vertrauensaufbaus beginnen. 4 TN erklären, sie würden Patienten früh und umfassend über die therapeutischen Angebote der Klinik informieren. Hier scheint es wenig Informationen über Behandlungsziele, vorhandene Therapieangebote bzw. dessen Begrenzung, Inhalte, Formen und Verlauf von Therapien zu geben. Dies scheint derzeit dem Zufall überlassen. Die TN wünschen, informiert und an ihrer Behandlung beteiligt zu werden, was medizinethischen Forderungen nach einem `informed consent´ entspricht. Solche Informationen könnten die Bereitschaft zur Mitarbeit verbessern.

Viele TN machten konkrete Vorschläge zur Gestaltung der therapeutischen Arbeit mit Pädophilen: 7 TN würden als Therapeuten gemeinsam mit pädophilen Patienten in die Nähe von Kindern gehen und sie dort beobachten, weil sie das in früheren Unterbringungen selbst erfahren haben. Ihre Schilderungen zeigen, dass heute während der Unterbringung vermieden wird, mit Patienten *in vivo* Kinder und die von ihnen ausgehenden Reize zu untersuchen. Weitere konkrete Vorschläge betreffen

den Umgang mit dem Internet, was auf Probleme von TN mit dem Konsum von Kinderpornographie vor der Unterbringung hinweist. Parallele Anmerkungen zum schematisch untersagenden Umgang mit dem Internet im MRV machen auch hier Verbesserungsbedarf deutlich.

4.7 Gesamtbewertung der bisherigen Behandlung

Ob Psychotherapien als Misserfolg oder als Erfolg bewertet werden, hängt nicht so sehr von bestimmten Indikatoren ab, sondern vom Auge des Betrachters. Die Tendenz, dass Therapeuten Erfolge sich zuschreiben, Misserfolge hingegen den Patienten oder `den Umständen´, gilt auch für den MRV. Negative Therapieergebnisse wurden nur zu ca. 26 % auf eigene therapeutische Interventionen zurückgeführt, positive Ergebnisse hingegen zu 56 % [21, 16].

Trotz mancher Kritik schildern die meisten TN ihre Therapie und ihre Therapeuten in den Interviews differenziert und wertschätzend; ihre Angaben in den Interviews ermöglichten einen differenzierteren Blick auf ihre Behandlungsfortschritte als die globale Angabe der Veränderung im subjektiven Wohlbefinden bzw. der eigenen Entwicklung im Begleitfragebogen. Dieses Ergebnis gilt in beide Richtungen: die Zufriedenheit und der Behandlungsfortschritt zeigte sich auch im Verhalten und im klinischen Eindruck bei den Interviews als besser als die kritische Selbsteinschätzung im Fragebogen; aber auch positivere Angaben der TN relativierte sich in den Erzählungen und im Verhalten beim Interview.

Das Einverständnis der TN bis hin zu einer Identifikation mit ihren Therapeuten äußert sich z. B. in der Übernahme der Diagnose und der Einschätzung zur `Heilbarkeit´ oder durch den Gebrauch des Wortes `wir´. Wo sich Klienten aktiv an der Behandlung beteiligen (und beteiligen dürfen), passen sie sich in ihren verbalen Äußerungen dem Stil ihrer Therapeuten an. Die TN schätzen ihren Behandlungsstand nicht übertrieben optimistisch ein, manche bezweifeln, ob sie derzeit ohne größeres Rückfallrisiko entlassen werden könnten.

Die Compliance der TN mit ihrer Therapie war höher als erwartet. Manche sind froh, dass sie viel Zeit für ihre Therapie haben: rasche Lockerungen bzw. Entlassung

seien für sie nicht so wichtig wie die subjektive Sicherheit, nach einer Entlassung nicht mehr wieder rückfällig zu werden. Einige TN versuchen sich einzufühlen, wie es Therapeuten und Pflegepersonal bei dieser Arbeit geht, besonders wenn diese eigene Kinder haben.

Folgt man den Vorschlägen von Strupp et al. [158; 159, vgl. Seite 4 dieser Arbeit] zur Auswertung von Therapieergebnissen, zeigen die Angaben der TN in dieser Studie, dass die Behandlung von Pädophilen im MRV das Interesse der Gesellschaft an einer Aufrechterhaltung der sozialen Ordnung (*adaptive behavior*) erfüllt, weil sich die TN mit ihren Delikten und deren dynamischen Hintergründen auseinandersetzen; Wo die Passung zwischen Therapeuten und TN gelingt, wird auch das Bedürfnis von Patienten nach subjektivem Wohlbefinden (*sense of well-being*) erfüllt. Die Angaben der TN legen allerdings nahe, dass Therapeuten und Teams an ihren theoretischen Vorstellungen über eine `gesunde´ Persönlichkeits-struktur (*personality structure*) ihrer Patienten arbeiten müssen.

Der Autor saß bei allen Interviews mit den Augen und Ohren eines forensischen Psychotherapeuten. Erzählungen der TN dienen auch ihrer Selbstvergewisserung (Identität). Die Abweichung ihrer Motive und Erfahrungen von gesellschaftlichen Normen erfordert eine Interpretation des Geschehens durch die Straftäter selbst, um sich das eigene Handeln `selbst-verständlich´ zu machen [17; 22; 78]. Der Autor erhielt in den Interviews aber auch einen eigenen Eindruck von der Persönlichkeit der TN, die er den Erzählungen gegenüberstellte. Mit diesem `klinischen Eindruck´ stimmte die Einschätzung der TN häufig überein.

4.8 Prüfung der Eingangshypothesen

Hypothese 1: Halbstrukturierte Patientenbefragungen liefern Informationen zum Therapieverlauf, die über Wünsche und Angaben von Patienten zum subjektiven Wohlbefinden hinausgehen.

Diese Hypothese würde als widerlegt gelten, wenn Patientenangaben nur eigene Wünsche abbilden und sich auf subjektives Wohlbefinden beschränken.

Die Auswertung der Interviews zeigt, dass die erste Hypothese als gültig betrachtet werden kann. Die Angaben pädophiler Patienten gehen weit über individuelle Wünsche und Angaben über das subjektive Befinden hinaus. Die TN zeigten sich überwiegend an ihrer Therapie und an ihren Behandlern interessiert und konnten hierzu detaillierte Beschreibungen machen. Sie wünschen sich zwar Lockerungen und eine realistische Entlassungsperspektive, aber sie schätzten ihren individuellen Stand der Therapie zum Zeitpunkt des Interviews realistisch bis selbstkritisch ein. Die meisten TN waren in den Interviews auch zu plötzlichen Perspektivwechseln bereit, ohne dass dies wie eine Anpassungsleistung wirkte.

Hypothese 2: Halbstrukturierte Patientenbefragungen sind ein geeignetes Instrument zur Überprüfung des Therapiestandes, wenn pädophile TN über Delikte, deren Hintergründe, ihre sexuelle Identität und Präferenzen, über Inhalte, Formen und therapeutische Beziehungen und die Rahmenbedingungen differenziert reflektieren und bewerten können.

Diese Hypothese wäre widerlegt, wenn Patienten nicht in der Lage sind, einem Interviewer differenzierte Angaben zu diesen Themen zu machen.

29 von 30 TN konnten (gegenüber einem ihnen völlig fremden Interviewer) differenziert und konkret über ihre Straffälligkeit und deren dynamische Hintergründe berichten. Vor dem Hintergrund unterschiedlicher kognitiver Kompetenzen konnten nicht alle TN gleich detailliert und differenziert berichten. Aber selbst die TN mit der Diagnose einer Intelligenzminderung waren überraschend gut in der Lage, die sie behandelnden Therapeuten differenziert zu beschreiben, ohne in Idealisierung oder undifferenzierte Entwertungen zu fallen. Die TN konnten Formen, Inhalte und einzelne Interventionen ihrer Therapeuten und von Pflegekräften beschreiben.

Alle TN konnten die Behandlungsziele des Personals benennen und diese Ziele zu sich selbst in Bezug setzen. Zum Teil identifizieren sie sich mit Therapiezielen und -maßnahmen; dort, wo TN sich kritisch äußerten, blieb die Mehrheit differenziert und bezog eigene Persönlichkeitszüge, Vorlieben und Abneigungen in ihre Schilderungen ein.

An Hand der vorliegenden Angaben kann die zweite Hypothese als gültig betrachtet werden; die Kontrollhypothese, dass untergebrachte Pädophile ihre Delikte, ihre

Therapie und die Behandlungsbedingungen undifferenziert erleben und bewerten, kann als widerlegt betrachtet werden

Hypothese 3: Halbstrukturierte Patientenbefragungen im MRV sind zur Messung des Therapiefortschritts ergänzend geeignet, weil sie neue Erkenntnisse über den Verlauf und den Stand der forensischen Psychotherapie fördern, die über die bisher eingesetzten Verfahren hinausgehen.

Diese Hypothese wäre widerlegt, wenn die Angaben der TN keine differenzierten Informationen über die Beziehung zu Therapeuten und deren Interventionen enthalten, mittels denen Therapeuten die eigene Haltung und die Wirkungen der eigenen Interventionen einschätzen können.

Während standardisierte Beurteilungsinstrumente auf eine quantifizierbare und `objkektivierbare´ Messung des Therapiestandes und eine Einschätzung der aktuellen Veränderung der TN zum Messzeitpunkt zielen und damit eher die Frage beantworten, wo sich ein MRV-Patient im Vergleich zu einer Normierungs-stichprobe befindet, bietet eine offene Befragung Möglichkeiten, individuelle Einschätzungen von Patienten zum Therapieverlauf und –stand, zu Bedürfnissen, Wünschen und Kritik und Veränderungsvorschlägen zu erfragen.

Vor allem projektive Fragen eröffneten die Möglichkeit, auch von zufriedenen, angepassten und gehemmten TN Kritik und Veränderungswünsche zu erfahren. Patientenbefragungen könnten für die Identifizierung individueller Wirkfaktoren und Anpassung der Therapieplanung an die individuelle Situation von Patienten genutzt werden, was die Compliance erhöhen, den Therapieprozess effizienter gestalten und damit nicht zuletzt Unterbringungskosten senken könnte.

Generell können Patientenbefragungen im MRV eine wichtige Ergänzung zu Checklisten, Tests und Beurteilungen durch Therapeuten und externe Sachverständige (die ja nur in größeren Zeitabständen stattfinden) sein. Patientenbefragungen können abbilden, ob und wie eine Therapie voranschreitet bzw. wo Behandlungshindernisse entstehen/bestehen. Die Studie liefert Hinweise, dass die Effektivität forensischer Psychotherapie durch regelmäßige Patientenbefragungen geprüft werden kann, um Hinweise zur Planung von Behandlungsmaßnahmen zu erhalten und deren Verlauf zu optimieren.

Die Ergebnisse der Studie bieten an, auch die dritte Hypothese beizubehalten; die Kontrollhypothese, dass der Erkenntnisgewinn den Aufwand solcher Befragungen nicht rechtfertigt, kann abgelehnt werden.

In diesem Sinn sind die Ergebnisse dieser nichtrepräsentativen kleinen Studie aufschlussreich. Ihre Erkenntnisse bedürfen aber einer Überprüfung mit größeren Patientenzahlen.

4.9 Kritische Punkte in der eigenen Untersuchung

Diese qualitative Untersuchung hat als explorierende Pilotstudie keinen Anspruch auf Repräsentativität. 12 angeschriebene Kliniken reagierten nicht bzw. nahmen nicht an der Studie teil, der damit verbundene Filtereffekt lässt sich nicht einschätzen. Die Stichprobe von 30 TN war klein und ein Filtereffekt beim Zustandekommen der Stichprobe (z. B. Auswahl der TN in den Kliniken) war nicht einschätzbar; möglich wäre z. B., dass die Unterlagen nur an ausgewählte Patienten weitergeleitet oder bestimmte Patientengruppen ausgeschlossen wurden. Unklar blieb auch, welche Patienten aus welchen Gründen an der Studie teilnahmen.

Die Teilnahme war freiwillig, eine Gratifikation fand nicht statt, so dass eine Teilnahme keinerlei Effekte auf Fortschritte in der Behandlung hatte. Zu erwarten wäre, dass eher solche Patienten an der Studie teilnehmen, die mit ihrer Behandlung unzufrieden sind. 4 TN äußerten ausdrücklich, sie beteiligten sich, damit spätere Patienten mit gleichen Störungen effektiver behandelt werden können.

Bei den Angaben der TN handelt es sich um subjektive, teilweise retrospektive Einschätzungen; Bewertungen früherer Therapien wurden vor dem Hintergrund aktueller Erfahrungen getroffen. Sie sind deshalb allein keine verlässliche Auskunft über die Qualität bzw. über die Wirkung von Therapie. Einschätzungen von Therapeuten über Stand und Fortschritte der Behandlung, wie sie z. B. in regelmäßigen Stellungnahmen an die Gerichte erfolgen, sind allerdings ebenfalls subjektiv geprägt im Sinne eines Zuschreibungscharakters und sind ebenso mit Validitätsproblemen behaftet [vgl. 83, 172]. Auch standardisierte Messinstrument allein bilden den Verlauf von Therapien nicht angemessen ab; sie können

Symptomverbesserungen anzeigen, während Gutachter und Therapeuten das Ergebnis als Misserfolg bewerten.

4.10 Einige Schlussfolgerungen

Therapieziele im MRV hängen von der gesellschaftlichen Wertstruktur ab [143]. Die forensische Psychotherapie wäre gut beraten, sich nicht blind an diesen medial und politisch normierte Forderungen zu orientieren, sondern eigene Behandlungsziele im Fachdiskurs zu formulieren und eine fehlerfreundliche Struktur [14] zu entwickeln, in der forensische Patienten ihre Muster erkennen und ändern können.

Wo forensische Psychotherapeuten zu wissen glauben, was pädophile Patienten sagen wollen und deshalb nicht hinhören, behindert das die Kommunikation. Vermutungen über negative und feindliche Intentionen des Gegenüber entwerten alle anderen Informationen im Kontext unmittelbar – das gilt für Patienten und für Therapeuten [18, 112; 148; 149]. Unzufriedenheit und Enttäuschung von Patienten über ihre Therapie oder ihre Therapeuten sollten deshalb nicht leichtfertig übergangen, sondern ernst genommen werden – auch wenn Patienten zuweilen unrealistische Ansprüche oder Erwartungen an ihre Therapie haben. Eine Kultur des Vertrauens bekomme man nicht geschenkt, man müsse sie aufbauen und pflegen. Wer Vertrauen herstellen wolle, müsse vertrauenswürdig sein und das konsequent und mit Integrität vorleben. Werde eine solche Haltung für andere Menschen erfahrbar, dann vertrauten sie [109, 6]. Ein kritisches Bewusstsein für die Wirkung des eigenen Verhaltens und dessen potenziell schädigenden Einfluss (iatrogene Schädigungen) wäre für die forensische Psychotherapie eine notwendige Erweiterung der Perspektive.

Um pädophile Patienten dabei zu unterstützen, nach ihrer Entlassung in der Freiheit zurechtzukommen, bedarf es der Herstellung einer therapeutischen Beziehung. Diese findet immer *zwischen* Personen statt. Die Beurteilung dieser Beziehung erfolgt bisher meist einseitig durch die Therapeuten. Sie wird aber auch durch Patienten beurteilt. Wenn Therapeuten besser Kontakt herstellen, halten und ihn bei Störungen `reparieren´, kann das (aufwändige) Behandlungszeiten verkürzen, ohne

dass die Sicherheit für die Bevölkerung gefährdet ist. Letztlich entscheidet die Bewertung aller therapeutischer Maßnahmen durch die Patienten über deren Bereitschaft zur Mitarbeit. Deshalb kann nicht gleichgültig sein, wie Behandlungsmaßnahmen bei den Objekten bzw. den Subjekten der Behandlung ankommen. Der MRV sollte ein Interesse an der Verbesserung einer patientengerechteren Versorgung für pädophile Straftäter haben.

Alle TN der Studie waren froh, reden zu können und einen Zuhörer zu haben. Solche Rückmeldungen ermutigen nicht nur zu weiteren Interviews, sondern sollten auch Hinweise für die Gestaltung von Therapie geben. Die Studie zeigt meines Erachtens, dass es Sinn macht, forensische Patienten über ihre Bewertung der psychotherapeutischen Behandlung, der Wirkfaktoren und der Hindernisse in einer Therapie zu befragen.

Solche Befragungen liefern (ergänzend zur klinischen Einschätzung durch Behandler, forensisch-psychiatrische Sachverständige oder Prognose-Checklisten) Hinweise über den Stand der Behandlung und über die aktuelle Therapeut-Patient-Beziehung. Westendarp et al. [170] verwendeten Fragebögen, um die Meinung von MRV-Patienten zu Behandlungsbedingungen zu erfassen; Persy [104] ließ Patienten einer MRV-Station Fragebogen zu Unterbringungs-bedingungen entwickeln, führte die Befragung gemeinsam mit Patienten durch und wertete sie auch gemeinsam aus. In der Allgemeinpsychiatrie und der Psychotherapie gibt es längst verschiedene Instrumente für eine systematische Verlaufsbeobachtung [106; 132].

Sinnvoll ist aus meiner Sicht, im MRV in kürzeren Abständen Rückmeldungen von Patienten einzuholen. So kann einerseits vermieden werden, dass sich dysfunktionale Interaktionen einschleifen, andererseits können Themen und Interventionen im Sinne des RNR-Prinzips [(Risk-Need-Responsivity) vgl. 4; 89; 167; 168] individuell an Risiken, Bedürfnisse und Ansprechbarkeit von Patienten angepasst werden. Regelmäßige halbstrukturierte Rückmeldungen der Patienten können helfen, auftretende Probleme früher zu erkennen bzw. und bei der Planung der weiteren Therapie zu berücksichtigen.

Einzelpsychotherapien stehen und fallen mit der Passung zwischen Therapeuten und Patienten. Bei guter Passung profitieren Pädophile von der Einzeltherapie im MRV;

bei Problemen kann die Behandlung ins Stocken geraten. Im MRV werden Passungsprobleme in der Einzeltherapie oft nicht erkannt bzw. vorschnell den Patienten angelastet [114; 115]. Die Angaben der TN in dieser Studie könnten helfen, Therapeuten für dieses Phänomen sensibel zu machen.

Nützlich wären gemeinsame Einschätzungen von Stationsteams und Therapeuten über Passungen und Passungsprobleme. Auf Patientenbefragungen beruhende Fallsupervisionen und das Training des Umgangs mit schwierigen Therapiesituationen und `schwierigen´ Patienten helfen ebenfalls, Passungsprobleme und negative therapeutische Reaktionen rechtzeitig zu erkennen und zu `reparieren´ [148, 265f]. Nachzudenken wäre über die Einrichtung externer Mediatoren und Schiedsstellen für den MRV über die bestehenden Beschwerdekommissionen hinaus, um auf Kritik von Patienten an Therapiebedingungen zu reagieren; immerhin versteht der LWL seine Patientenbefragungen im MRV [170] als Beitrag zur Qualitätssicherung.

Die Rolle von Kunst-, Musik- und Körper/Bewegungstherapien im MRV sollte von den therapeutischen Leitungen gestärkt werden. Die Angaben der TN zeigen, dass in Verfahren ungenutzte Potenziale zur Bearbeitung von Delikten stecken.

Die Ergebnisse der Studie belegen die Wirksamkeit von manualisierten Gruppentherapien, wie viele TN detailliert beschreiben können; für Gruppen wird nicht über Passungsprobleme berichtet, weil mehrere Therapeuten und die Mitpatienten etwaig vorhandene Passungsprobleme befriedigend modulieren können. Bei delikthomogenen Gruppen sorgt die `Deliktexpertise´ der Mitpatienten für eine hohe Akzeptanz bei kritischen Fragen und Feedbacks und für eine höhere emotionale Beteiligung, was wiederum für die psychische Verankerung von Veränderungen vorteilhaft ist. Die meisten TN profitieren von deliktspezifischen Inhalten der Therapiegruppen, über die sie im Interview konkret berichten. Wenn aber fast ein Drittel der TN erklärt, es gebe keine Gruppen in ihrem Bereich bzw. sie hätten auf freie Plätze warten müssen, zeigt das einen Mangel, der die Unterbringungsdauer im MRV kostenträchtig verlängert. Häufige Wechsel von Therapeuten sind eine weitere (unbeabsichtigte) Vergeudung von Zeit und

Ressourcen und gefährden die Bereitschaft von Patienten zur Mitarbeit. Hier sollte über geeignete Maßnahmen nachgedacht werden.

Problematisch wirken im MRV einige Kontextfaktoren: Jeder Freiheitsentzug produziert Nebenwirkungen, die eine Therapie beeinträchtigen. Kommt dazu ein starres Regelsystem, das vom Personal rigide ausgelegt wird, entsteht Widerstand oder Anpassung – beides ist für Therapiefortschritte nicht hilfreich. Viele TN berichten über Grenzen von Kliniken und Bundesländern hinweg von problematischen Einstellungen einzelner Mitarbeiter gegenüber pädophilen Patienten. Die TN äußern Verständnis für die Arbeitsbelastung und für die Angst von Beschäftigten, etwas falsch zu machen, als ein Motiv für rigides Handeln. Positive Äußerungen von TN aus Stationen, in denen DBT als Methode eingeführt wurde, lassen den Schluss zu, dass die Träger der Kliniken durch geeignete Weiterbildungen auch bei Pflegekräften das Bewusstsein schärfen können, dass ihre Interaktionen mit Patienten einen gewichtigen Anteil am Verlauf einer Behandlung haben. Die persönlichen `Philosophien´ aller behandelnden Berufsgruppen im MRV bleiben nicht ohne Folgen auf die Therapien und wirken sich darauf aus, was als Erfolg bzw. Misserfolg interpretiert wird. Damit entstehen geschlossene Weltsichten, die (gewollt oder ungewollt) gegen die Realität verteidigt werden und therapeutische Lernprozesse verhindern.

Die Bereitwilligkeit, mit der 30 pädophile Patienten in halbstrukturierten Interviews zu Auskünften bereit waren, zeigt auch, dass die Therapie dieser Patientengruppe keineswegs erfolglos ist, wie es manche Quellen behaupten. Dort wo sich Pädophile ernst genommen fühlen und wo ihr Begehren nicht moralisch beurteilt wird, sondern gemeinsam von Therapeuten und Patienten in seiner Funktion verstanden wird, sind auch Patienten mit einer ich-nahen Störung bereit, an einer Therapie mitzuarbeiten.

Das Feedback von Straftätern ist subjektiv und unterliegt Verzerrungen durch die Zwangsbedingungen im MRV. Trotzdem wäre der MRV gut beraten, zu tun, was für alle anderen Patientengruppen längst gute Routine ist: die Objekte von Behandlungen zu befragen, wie diese die Behandlung beurteilen; ein Beitrag zur Subjektwerdung wäre das allemal.

5 Zusammenfassung

Der Erfolg (Outcome) von forensischen Psychotherapien wird bisher meist an der Rückfälligkeit nach einer Entlassung gemessen. Therapieverläufe im MRV sind wenig beforscht und werden bislang höchstens bei Lockerungsgutachten geprüft.

Die vorliegende Studie befragte zwischen November 2010 und März 2012 in vier Bundesländern 30 pädophile Patienten aus 8 MRV-Kliniken, was aus Patientensicht hilfreich und was nicht hilfreich für die Behandlung ihrer Störung war/ist. In offenen Interviews schilderten die TN ihre Delikte, ihre sexuelle Präferenz und ihre Erfahrungen mit forensischer Psychotherapie. 770 DIN-A-4-Seiten Interview-Text wurden mit der Software *atlas.ti* ausgewertet. Zwei weitere Rater codierten parallel Teile des Materials und entwickelten ausgehend vom Text Kategorien und Konzepte.

In den Schilderungen der TN werden gemeinsame Wirkfaktoren sichtbar, die aus der Psychotherapieforschung bekannt sind. Die Person der Therapeuten und die Patient-Therapeut-Beziehung werden als die wichtigsten Faktoren beschrieben. Die Stationen, ihre Regeln und Widrigkeiten, das nicht-therapeutische Personal werden teilweise negativ bewertet. Die TN konnten Methoden und Interventionen der Psychotherapie in konkreten Szenen und deren Wirkungen auf die eigene Person schildern; Sie machten `im Redefluss´ auch unbeabsichtigte Angaben über ihr Befinden und über ihre eigene Prognose. Das reale Verhalten der TN in den Interviews unterstrich Schilderungen über persönliche Veränderungen in der Therapie. Die Aufforderung zu einem Rollentausch in die Therapeutenrolle ergab in den Interviews Kritik und Anregungen, die sonst unterblieben wären.

In der Einzeltherapie können Probleme bei der Passung von TN und Therapeuten auftreten, die weder TN noch Therapeuten anzulasten sind, auch wenn beide durch ihre Persönlichkeit die Interaktion gestalten. Wo die Passung `stimmte´, entwickelte sich eine therapeutische Beziehung, in der die TN ihr Denken, ihre Gefühle und Verhaltensmuster besser kennenlernten, zu verändern begannen und die auch Krisen überstanden hat. Kein TN berichtete über Passungsprobleme bei Gruppentherapien. Offenbar moduliert die Leitung durch mehrere Therapeuten Beziehungsprobleme positiv. Mitpatienten spielen in Gruppentherapien eine wichtige Rolle: durch Vergleiche von Biographien und Deliktdynamik begreifen Pädophile sich

selbst an den Geschichten der Anderen, fühlen sich nicht mehr isoliert. Mitpatienten konfrontierten härter als Therapeuten, was TN besser tolerieren, weil die Konfrontationen `auf Augenhöhe´ erfolgten. Auch im Stationsalltag waren therapieerfahrene Mitpatienten Ratgeber. Schwierig war für einige TN, wenn Mitpatienten grausame Details aus Delikten berichteten oder Taten verharmlosten.

Wo Therapeuten einen Dialog mit Pädophilen in Gang zu bringen konnten, in dem diese sich nicht entwertet fühlen und ihre Motive verstanden fühlen und in dem Konflikte auf Augenhöhe geführt werden, sind auch bei Pädophilen Veränderungen möglich. Deliktspezifische Therapieverfahren zeigten sich in Interviews wirksam: fast alle TN können ihre Taten und die dahinter liegende Dynamik schildern, kennen ihre sexuellen Präferenzen und ihre persönliche Risikofaktoren und wissen, wie sie sich in künftigen Risikosituationen verhalten wollen.

Negativ auf die Behandlungsmotivation wirken Deutungen und Interventionen, bei denen sich Patienten unterlegen, entwertet und inkompetent fühlen. Dabei spielen einige Pflegekräfte eine nicht zu unterschätzende Rolle: Wenn Konflikte im Stationsalltag als Ausdruck von Persönlichkeitsdefiziten definiert oder auf die begangenen Delikte bezogen werden, ziehen sich Patienten zurück oder es kommt zu chronischen Konflikten. Negativ wirken auch rigide Regelsysteme, Umgang mit Lockerungen und mangelnde Entlassmöglichkeiten auf die Compliance.

Insgesamt zeigt die Studie aber ein ermutigendes Bild. Die Behandlung pädophiler Patienten im MRV ist wirksamer als erwartet, die TN profitieren von der Therapie und ihr subjektives Wohlbefinden ist besser als bei der Aufnahme in den MRV. Patientenbefragungen können neben anderen Instrumenten im MRV abbilden, ob und wie eine psychotherapeutische Behandlung voranschreitet. Offene Fragebogen und Interviews scheinen geeignet, um die Effektivität forensisch-psychiatrischer Behandlungen zu überprüfen, deren Verlauf zu optimieren und die Bereitschaft der Patienten zur Mitarbeit zu erhöhen. Interviews erfordern einen höheren Zeitaufwand bei der Erhebung und der Auswertung als Fragebogen, sind aber qualitativ ergiebiger.

6. Literaturverzeichnis

A

1. Adiele T; Davidson C; Harlow M; del Busto E (2012) Komorbide psychische Störungen bei inhaftierten Pädophilen. In: Forensische Psychiatrie und Psychotherapie. 19. Jg., S 73 – 88

2. Albani C; Blaser G; Geyer M; Schmutzer G; Brähler E (2010) Wirksamkeit ambulanter Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten. Teil 1: Versorgungssituation. In: Psychotherapeut 55 Jg., S. 503 – 514

3. Albani C; Blaser G; Geyer M; Schmutzer G; Brähler E (2011) Wirksamkeit ambulanter Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten. Teil 2: Wirksamkeit. In: Psychotherapeut 56 Jg., S. 51 – 60

4. Andrews D; Bonta J (2007) The Risk-Need-Responsivity model of assessment and human service in prevention and corrections: Crime-prevention jurisprudence. In: Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice. 49. Jg., S 439 – 464

5. Andrews D; Bonta J (2010) The Psychology of Criminal Conduct. Newark/USA: Matthew Bender. 5. Aufl.

B

6. Bateson G (1982) Geist und Natur. Eine notwendige Einheit. Frankfurt/M: Suhrkamp

7. Bauer J (2006) Warum ich fühle, was du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneuronen. Hamburg: Hoffmann & Campe

8. Becker N (1996) Psychoanalytische Theorie sexueller Perversionen, in: Sigusch V (Hrsg.) Sexuelle Störungen und ihre Behandlung, Stuttgart: Thieme S 222 - 240

9. Beier K M (1995) Dissexualität im Lebenslängsschnitt. Theoretische und empirische Untersuchungen zu Phänomenologie und Prognose begutachteter Sexualstraftäter Berlin-Heidelberg: Springer

10. Beier K M; Hartmann U; Bosinski H (2000) Bedarfsanalyse zur sexualmedizinischen Versorgung in: Sexuologie 7. Jg., S 63 – 95

11. Beier K M; Amelung T; Kuhle I; Grundmann D; Scherne G; Neutze J (2013) Hebephilie als sexuelle Störung. In: Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 81. Jg., S 128 – 137

12. Bents H; Frank R; Rey E (Hrsg.) (1996) Erfolg und Misserfolg in der Psychotherapie. Regensburg: Roderer

13. Berger P; Luckmann T (1990) Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie. Frankfurt/M: Fischer

14. Bienenstein S; Rother M (2009) Fehler in der Psychotherapie. Theorie, Beispiele und Lösungsansätze für die Praxis. Wien New York: Springer

15. Bion W (2004) Lernen durch Erfahrung, Frankfurt/M: Suhrkamp. 4. Aufl.

16. Böllinger L (1997) Forensische Psychiatrie und postmoderne Kriminalpolitik. In: Forensische Psychiatrie und Psychotherapie. Werkstattschriften 4. Jg., S 79 – 96

17. Brettel H (2007) Tatverleugnung und Strafrestaussetzung – Ein Beitrag zur Praxis der Kriminalprognose. Berlin: Dunker & Humblot

18. Buchholz M B; Lamott F; Mörtl K (2008) Tat-Sachen. Narrative von Sexualstraftätern. Gießen: Psychosozial

C

19. Caspar F; Kächele H (2008) Fehlentwicklungen in der Psychotherapie. In: Herpertz S; Caspar F; Mund C (Hrsg.) Störungsorientierte Psychotherapie. München: Elsevier S 729 – 743

20. Caspar F; Jacobi F (2007) Psychotherapieforschung. In: Hiller W; Leibing E; Leichsenring F; Sulz S (Hrsg.) Lehrbuch der Psychotherapie. Band 1: Wissenschaftliche Grundlagen der Psychotherapie. München: CIP-Medien 4. Aufl. S 395 – 410

21. Conrad A (2009) Ein verhängnisvolles Zusammenspiel. Misslungene Psychotherapie aus Klientensicht. FU Berlin, Univ. Diss. Philosophie

22. Costa P; McCrae R (1992) Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) and NEO Five-Factor-Inventory (NEO-FFI) professional Manual. Psychological Assessment Resources. Oxford: Hogrefe

D

23. Dannecker M (1996) Sexueller Missbrauch und Pädosexualität. In: Sigusch V Sexuelle Störungen und ihre Behandlung. Stuttgart: Thieme. 1. Aufl. S 266 - 275

24. Devereux G (1988) Angst und Methode in den Verhaltenswissenschaften. Frankfurt/M: Suhrkamp 2. Aufl.

25. Dick M (1997) Ist Motorradfahren normal? In: Zeitschrift für Politische Psychologie 5. Jg., S 403 – 419

26. Dilling H; Freyberger H (2010) ICD-10 Taschenführer. Göttingen/Bern/ Toronto/Seattle: Huber

27. Dönisch-Seidel U (2014) Gemeindepsychiatrie – die Forensik der Zukunft? In: Recht & Psychiatrie 32. Jg. S 189 – 194

E

28. Eckert J (2013) Machtmissbrauch in den Psychotherapiewissenschaften. In: Persönlichkeitsstörungen 17. Jg., S 278 – 287

29. Egg R (Hrsg.) (1999) Sexueller Missbrauch von Kindern. Täter und Opfer. Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle (Eigenverlag)

30. Eiling A; Schlipfenbacher C; Hörz-Sagstetter S; Jacobi F (2014) Aktuelle Studien zur Versorgungsforschung. In: Psychotherapeutenjournal 13. Jg., S 175 – 183

31. Elsner K; Leygraf N (2010) Schuldfähigkeitsbegutachtung bei sexuellen Deviationen. In: Kröber H; Dölling D; Leygraf N; Sass H (Hrsg.) Handbuch der forensischen Psychiatrie. Bd. 2: Psychopathologische Grundlagen und Praxis der Forensischen Psychiatrie im Strafrecht. Berlin-Heidelberg-New York: Springer S 472 – 506

32. Elliott R; Slatick, E; Urman M (2001) Qualitative Change Process Research on Psychotherapy: Alternative Strategies. In: Frommer J; Rennie D (Hrsg.) Qualitative Psychotherapy Research. Methods and Methodology. Lengerich: Pabst S 69 – 111

33. Endres J; Breuer M (2014) Leugnen bei inhaftierten Sexualstraftätern: Ursachen, Korrelate und Konsequenzen. In: Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie 8. Jg., S 263 – 278

34. Evans C; Carlyle J; Dolan B (1996) Forensic Psychotherapy Research. In: Cox M; Cordess C (Hrsg.) Forensic Psychotherapy - Crime, Psychodynamics and the Offender Patient. Bd. 2: Mainly Practice. London: Jessica Kingsley. S 509 - 542

F

35. Festinger L (1957/2012) Theorie der kognitiven Dissonanz. Bern: Huber 2. Aufl

36. Fiedler P (2004) Sexuelle Orientierung und sexuelle Abweichung. Weinheim-Basel: Beltz-PVU

37. Fiedler P (2014) Neue Welle der Verhaltenstherapie. Bietet sie uns wirklich innovative Möglichkeiten in der Behandlung psychischer Störungen? In: Nervenheilkunde 33. Jg., S 227 – 232

38. Flöter A; Briken P (2013) Macht und Ohnmacht in der ambulanten Psychotherapie im Rahmen einer gerichtlichen Auflage. In: Persönlichkeitsstörungen 17. Jg., S 247 – 257

39. Fonagy P; Gergely G; Jurist E; Target M (2004) Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Stuttgart: Klett-Cotta

40. Foucault M (1983) Der Wille zum Wissen. Sexualität und Wahrheit. 1. Band. Frankfurt/M: Suhrkamp 14. Aufl.

41. Franzen K; Rasehorn B (2010) Bewertungsportale im Internet. In: Psychotherapeutenjournal 9. Jg., S 169 – 172

42. Frommer J; Rennie D (2006) Methodologie, Methodik und Qualität qualitativer Forschung. In: Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychotherapie 56. Jg., S 210 – 217

43. Fydrich T; Nagel A; Lutz W; Richter R (2003) Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Modellprojekt der Techniker Krankenkasse. In: Verhaltenstherapie 13. Jg. S 291 – 295

G

44. Glaser B; Strauss A (1998) Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung. Bern: Huber

45. Goffman E (1973) Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt/Main: Suhrkamp

46. Graf M (2015) Pädophilie. Diagnose und Behandlung. In: Saimeh N (Hrsg.) Mit Sicherheit behandeln. Diagnose, Therapie und Prognose. Berlin: Medizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft S 105 – 112

47. Grawe K (2004) Neuropsychotherapie. Göttingen-Bern-Toronto: Hogrefe

48. Grawe K; Donati R; Bernauer F (1994). Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe

H

49. Habermeyer E; Mokros A; Vohs K (2012) Sicherungsverwahrte und Patienten des psychiatrischen Maßregelvollzugs im Vergleich. In: Recht & Psychiatrie 30. Jg., S 72 – 80

50. Hahn G (2007) Rückfallfreie Sexualstraftäter. Salutogenetische Faktoren bei ehemaligen Maßregelvollzugspatienten. Bonn: Psychiatrie-Verlag

51. Hartl C (2010) Forensische Patienten lügen nicht! Wie glaubhaft sind die Aussagen entlassener Patienten? In: Saimeh N (Hrsg.) Kriminalität als biographisches Scheitern. Forensik als Lebenshilfe. 25. Eickelborner Fachtagung. Bonn: Psychiatrie-Verlag S 237 – 247

52. Helfferich C (2011) Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. Wiesbaden: VS-Verlag 4. Aufl.

53. Hoffmann-Riem C (1980) Die Sozialforschung in einer interpretativen Soziologie – der Datengewinn. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. 32. Jg. S 339 – 372

54. Huber O (2010) Das psychologische Experiment: Eine Einführung. Bern: Huber 5. Aufl.

55. Hüther G (2004) Biologie der Angst. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 6. Aufl.

I / J

56. Jakob G; Arntz A (2014) Schematherapie. In: Nervenheilkunde 33. Jg., S 271 – 276

57. Jameda (Internet-Portal zur Bewertung von Ärzten;) http://www.jameda.de/?jamsess=27125fd8517e306bb3585b036387c9dc. Abruf am 20.03.2014

K

58. Kardorff von E (1995) Qualitative Sozialforschung – Versuch einer Standortbestimmung. In: Flick U; Keupp H; von Rosenstiel L; Wollff S (Hrsg.) Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. Weinheim: Beltz S 3 – 8

59. Kammeier H (2002) Der Preis der Sicherheit – Aufwendungen der Bundesländer für den Maßregelvollzug. In: Recht & Psychiatrie 20. Jg. S 168

60. Kammeier H; Benkert W (2005) Wie teuer kommen Patienten des Maßregelvollzugs? – Zu den Kosten der Gefährlichkeit und der Steuerungsmöglichkeit der staatlichen Aufwendungen für krankheitsbedingt gefährliche Täter nach § 63 StGB. In: Saimeh N (Hrsg.) Was wirkt? Prävention – Behandlung – Rehabilitation. 20. Eickelborner Fachtagung. Bonn: Psychiatrie Verlag S 118 – 127

61. Kirchhoff S; Kuhnt S; Lipp P; Schlawin S (2010) Der Fragebogen. Datenbasis, Konstruktion, Auswertung. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften 5. Aufl.

62. Kleining G (1982) Umrisse zu einer Methodologie qualitativer Sozialforschung. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 34. Jg., S 224 – 253

63. Kliche T (1999) „Kinderschänder“, das Böse und die Sicherheit. Soziale Repräsentationen von Psychologie und Psychotherapie im Diskurs über Kindesmissbrauch in deutschen Printmedien 1997 – 1998. In: Rietz I; Kliche T; Wahl S (Hrsg.) Das Image der Psychologie. Lengerich: Pabst S 108 – 130

64. Kliche T; Witt H (1997) Die großen und die kleinen Normalitäten. Plädoyer für neuerliche Neugier. In: Zeitschrift für Politische Psychologie 5. Jg.. S. 239 – 249

65. Klinikführer Rhein-Ruhr (2010/2011) http://www.kliniken-rhein-ruhr.de. Abruf am 21.03.2014

66. Knapheide J (2010) Behandlung intelligenzgeminderter und entwicklungsverzögerter Patientinnen und Patienten. Ein langer Weg von der Aufnahme bis zur Nachsorge. In: Hahn G; Stiels-Glenn M (Hrsg.) Ambulante Täterarbeit. Interventionen, Risikokontrolle und Prävention. Bonn: Psychiatrie-Verlag S 202 – 224

67. Knight R; Prentky R (1990) Classifying Sexual Offenders; The Development and Corroboration of Taxonomic Models. In: Marshall W; Laws R; Barbaree H (Hrsg.) Handbook of sexual assault. Issues, theories, and treatment of the offender. New York: Springer Science S 23 – 22

68. Koch K; Schürmann C; Sawicki P (2010) Das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Die Perspektive der Patienten. In: Deutsches Ärzteblatt 107. Jg., S 427 – 437

69. Konrad N (2014) Zur Erstellung von Therapieberichten durch forensische Psychotherapeuten. In: Recht & Psychiatrie 32. Jg., S 118

70. Krafft-Ebing R v (1886) Psychopathia Sexualis. Stuttgart: Enke. In: Fuchs A (Hrsg.) Nachdruck 1984. München: Mathes & Seitz 14. Auflage

71. Kriz J (2005) Von den Grenzen zu den Passungen. In: Psychotherapeutenjournal 4. Jg., S 12 – 20

72. Kröber H L (2010) Leugnen der Tat und Tatbearbeitung in der prognostischen Begutachtung. In: Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie 4. Jg., S 32 – 38

73. Krug H (2012) Das Unzufriedenheitsparadox in der Therapie mit tiefer Hirnstimulation. In: Nervenheilkunde 31. Jg., S 215 – 219

L

74. Lambert M (Hrsg.) (2004) Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change. New York: Wiley 5. Aufl.

75. Lambert M J (2011) Psychotherapy and ist Achievements. In: Norcross J; Vandenbos G; Freedheim D (Hrsg.) History of psychotherapy: Continuity and Change. Washington: American Psychological Association. 2. Aufl. S 299 - 332

76. Lamnek S (2005) Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. Weinheim/Basel: Beltz 4. Aufl.

77. Lamott F; Pfäfflin F (2008) Sind Straftäter Tiere? In: Rode I; Kammeier H; Leipert M (Hrsg.) Paradigmenwechsel im Strafverfahren. Münster: LIT S 99 – 125

78. Lamott F (2015) Narrative Strategien der Abwehr im psychotherapeutischen Kontext. In: Saimeh N (Hrsg.) Mit Sicherheit behandeln. Diagnose, Therapie und Prognose. Berlin: Medizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft S 173 – 192

79. Lautmann R (1994) Die Lust am Kind. Portrait des Pädophilen. Hamburg: Klein-Verlag

80. Leichsenring F (2008) Wirksamkeitsnachweise für Langzeittherapien aus psychoanalytischer Sicht. In: Persönlichkeitsstörungen 12 Jg., S 31 – 37

81. Leichsenring F; Rabung S (2011) Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: update of a meta-analysis. In: British Journal of Psychiatry 199. Jg., S 15 – 22. Doi: 10.1192/ bjp.bp.110.082776

82. Lettau A; Breuer F (2007) Forscher/innen-Reflexivität und qualitative sozialwissenschaftliche Methodik in der Psychologie. In: Journal für Psychologie (Online), 15. Jg. Ohne Seitenangabe. http://journal-fuer-psychologie.de/index.php/jfp/article/view/126/119. Abruf am 16.03.2014

83. Lobitz R; Steitz T; Wirth W (2012) Evaluationen im Jugendstrafvollzug. Perspektiven einer empirischen Maßnahme- und Falldatenanalyse. In: Bewährungshilfe 59. Jg., 163 - 174

84. Luborsky L; Singer B (1975) Comparative studies of psychotherapies. Is it true that "everyone has won and all must have prizes?" Archives of General Psychiatry 32. Jg., S 995 – 1008

M

85. Märtens M; Petzold H (Hrsg.) (2002) Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Mainz: Grünewald

86. Marshall W; Fernandez Y; Hudson S; Ward T (Hrsg.) (1998) Sourcebook of Treatment Programs for Sexual Offenders. New York. Plenum Press

87. Marshall W; Laws R; Barbaree H (1990) Handbook of sexual assault. Issues, theories, and treatment of the offender. New York: Springer Science

88. Maturana H; Varela F (1990) Der Baum der Erkenntnis. Die biologischen Wurzeln menschlichen Erkennens. München: Goldmann. 12. Aufl.

89. Mayer K (2014) Risikoorientierung – der nächste Schritt. Herausforderungen und Bedingungen der Förderung von Interventionsresponsivität. In: Bewährungshilfe 61. Jg., S 171 – 188

90. Mayring P (2002) Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. Weinheim: Beltz

91. McCann R; Ball E; Ivanhoff A (2000). DBT With an Inpatient Forensic Population: The CMHIP Forensic Model. In: Cognitive and Behavioral Practice 7. Jg., S 447 – 456

92. McKeown K (2000) Supporting Families: A Guide to What Works in Family Support Services for Vulnerable Families. Dublin: Stationery Office

93. McLennan J (1996) Improving our understanding of therapeutic failure: a review. In: Counseling Psychology Quarterly 9. Jg. S 391 – 397. Elektronisch über: DOI: 10.1080/09515079608258717

94. Mead G H (1969) Die objektive Realität von Perspektiven. In: Mead G H Philosophie der Sozialität. Aufsätze zur Erkenntnisanthropologie. Frankfurt/M: Suhrkamp S 213 - 228

95. Mörtl K (2008) Hilfreiche Faktoren in der Psychosomatischen Tagesklinik aus Patientensicht. Eine qualitative Studie. Diss. Biol. hum. Universität Ulm

N

96. Nagel T (1974) What is it like to be a bat? In: The Philosophical Review 83. Jg. S 435 – 450. OpenURL: http: organization.utep.edu/portals/1475/nagel_bat.pdf. Abruf am 07.01.2011

97. Nedopil N (2012) Forensische Psychiatrie. Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht. Stuttgart New York: Thieme. 4. Aufl.

O

98. Obergrießer T; Dressing H (2002) Beiträge der Funktionellen Kernspintomographie zur Problematik pädophiler Sexualdelinquenz. In: Osterheider M (Hrsg.) Innovative Konzepte. 16. Eickelborner Fachtagung 2001. Dortmund: Psychogen S 142 – 148

99. Orlinsky D; Rønnestad M; Willutzki U. (2004). Fifty Years of Psychotherapy Process-Outcome Research: Continuity and Change. In: Lambert M J (Hrsg.) Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change. New York: Wiley 5. Aufl. S 307 – 389

100. Orlinsky D; Howard K (1988) Ein allgemeines Psychotherapiemodell. In: Integrative Therapie 14. Jg., S. 281 – 308

P

102. Parin P (1992) Der Widerspruch im Subjekt: ethnopsychoanalytische Studien. Hamburg: EVA

103. Perquin L; Pesso A (2004) Die Behandlung bei sexuellem Missbrauch mit der Pesso-Therapie. Psychotherapie 9. Jg., S. 268 – 281

104. Persy J (2009) Vom Rechtsbrecher zum Experten. Eine transdisziplinäre Patientenbefragung im Maßregelvollzug. Masterarbeit Sozialwissenschaften Hochschule München. http://www.portal-o.hm.edu/fk11-prof-cramer/lts_MMH/pdf/studarb/2005/MA_persy.pdf. Abruf am 06.10.2013

105. Petzold H G (1989) Zeitgeist als Sozialisationsklima. In: Kielmann B; Kollak B (Hrsg.) Lebensgestalt und Zeitgeschichte. Kongressdokumentation der Hamburger Gestalttage. FPI-Regionalinstitut Hamburg S 10 - 24

106. Petzold H G; Hass W; Märtens M; Steffan A (2000) Wirksamkeit Integrativer Therapie in der Praxis. In: Integrative Therapie 26. Jg., S. 277 - 355

107. Petzold H G (2004) Integrative Therapie (3 Bd.) Paderborn: Junfermann

108. Petzold H G (2005) Qualität in Therapie, Selbsterfahrung, Ausbildung. Ergebnisse einer Ausbildungsevaluation. In: Integrative Therapie 31. Jg., S 294 – 326

109. Petzold H G (2009) On Trust – Über Vertrauen. In: Polyloge 35/2009. http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/petzold_ontrust_polyloge-35-2009.pdf Abruf am 3.11.2012

110. Pfäfflin F (1978) Vorurteilsstruktur und Ideologie psychiatrischer Gutachten über Sexualstraftäter. Stuttgart: Enke

111. Pfäfflin F (1996) Stellungnahme zur Anhörung des Rechtsausschusses zu den Möglichkeiten und Strategien für einen verbesserten Schutz vor rückfälligen Sexualstraftätern. In: Sekretariat des Rechtsausschusses des Deutschen Bundestages. Kopie des Protokolls vom 08.10.1996

112. Pfäfflin F; Mergenthaler E (1998) Forschungsfragen der Forensischen Psychotherapie. In: Wagner E; Werdenich W (Hrsg.) Forensische Psychotherapie: therapeutische Arbeit im Zwangskontext von Justiz, Medizin und sozialer Kontrolle. Wien: Facultas S 21 – 36

113. Pfäfflin F (1999) Ambulante Behandlung von Sexualstraftätern. In: Egg R (Hrsg.) Sexueller Missbrauch von Kindern. Täter und Opfer. Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle (Eigenverlag) S 137 – 156

114. Pfäfflin F; Kächele H (2001) Positive und negative Wirkfaktoren von Psychotherapien. In: Forensische Psychiatrie und Psychotherapie. Werkstattschriften 8. Jg., S 69 – 91

115. Pfäfflin F; Kächele H (2005) Sollten nicht nur Patienten, sondern auch Psychotherapeuten diagnostiziert werden? In: Kernberg O F; Dulz, B; Eckert J WIR: Psychotherapeuten über sich und ihren „unmöglichen“ Beruf. Stuttgart: Schattauer S. 470 – 483

116. Pfäfflin F (2007) Sexualstraftäter und Moral Panic. In: Forensische Psychiatrie und Psychotherapie. Werkstattschriften 14. Jg., S 33 – 59

117. Pfäfflin F (2009) Sexualstraftaten. In: Venzlaff U; Foerster K; Dressing H Psychiatrische Begutachtung. Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen. München-Jena: Urban & Fischer, 5. Aufl. S 329 - 360

118. Pfammatter M; Junghan U; Tschacher W (2012) Allgemeine Wirkfaktoren der Psychotherapie: Konzepte, Widersprüche und eine Synthese. In: Psychotherapie 17. Jg. S 17 – 31

119. Puschner B; Bauer S; Kraft S; Kordy H (2005) Zufriedenheit von Patienten und Therapeuten mit ambulanter Psychotherapie. In: Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie 55. Jg., S 517 – 526

Q / R

120. Radandt A (2014) Pesso-Therapie in der Behandlung eines forensischen Patienten mit Persönlichkeitsstörung. In: Forensische Psychiatrie und Psychotherapie. Werkstattschriften 21 Jg., S 176 – 195

121. Rauchfleisch U (1999) Außenseiter der Gesellschaft. Psychodynamik und Möglichkeiten zur Psychotherapie Straffälliger. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

122. Richter M; Schmid-Ott G; Muthny F (2010) Patientenzufriedenheit in der psychosomatischen Rehabilitation. Ausprägung und Einfluss soziodemografischer und klinischer Patientenmerkmale. In: Nervenheilkunde 29 Jg., S 386 – 392

123. Rogers C (1957) The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. In: Journal of Consulting Psychology. 21. Jg., S 95 - 103

124. Rösing I (1997) Die Arbeitssituation der Psychotherapeuten. In: Jansen P; Cierpka M; Buchheim P (Hg.) Psychotherapie als Beruf. Göttingen: Vandenhoeck&Ruprecht S13 – 26

125. Roth K (2004) Wenn Sex süchtig macht. Einem Phänomen auf der Spur. Berlin: Links-Verlag

S

126. Sachsse U (2011) Machen wir uns nichts vor! Lug und Trug in der therapeutischen Beziehung. In: Persönlichkeitsstörungen 15. Jg., S 92 - 102

127. Sartorius A; Ruf M; Kief C; Demirakca T; Bailer J; Ende G; Henn F; Meyer-Lindenberg A; Dressing H (2008) Abnormal amygdala activation rofile in pedophilia. In: European Archives of Psychiatry Clinical Neuroscience 258 Jg., S 271 – 277

128. Saß H; Wittchen H U; Zaudig M; Houben I (2003) DSM-IV-TR. Diagnostische Kriterien. Göttingen/Bern/Toronto/Seattle: Huber

129. Schalast N (2003) Patienten des Maßregelvollzugs gemäß § 63 StGB mit geringen Entlassungsaussichten. Projektbericht LVR. https://www.uni-due.de/imperia/md/content/rke-forensik/projekte/patientendesma__regelvollzugsgemae__63stgbnichtentlassbar.pdf. Abruf am 15.3.2014

130. Schalast N (2014) Aggression, Gewalt und die Psychiatrie. In: Recht & Psychiatrie 32. Jg., S 179 – 188

131. Scheuch E K (1967) Das Interview in der Sozialforschung. In: König R (Hrsg.) Handbuch der empirischen Sozialforschung Bd. 12. Stuttgart: Enke S 136 – 196

132. Schiepek G (2008) Psychotherapie als evidenzbasiertes Prozessmanagement. Ein Beitrag zur Professionalisierung jenseits des Standardmodells. In: Nervenheilkunde 27. Jg., S 1138-1146

133. Schiffer B (2006) Neuronale Systeme in der Steuerung von normalem und deviantem Sexualverhalten. Herbolzheim: Centaurus

134. Schmidt G (1999) Über die Tragik pädophiler Männer. In: Zeitschrift für Sexualforschung 12. Jg., S 133-139

135. Schneider H (2010) Das Leugnen der Tat bei der Entscheidung über die Aussetzung der Reststrafe. In: Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie 4. Jg. S 23 - 31

136. Schorsch E; Pfäfflin F (1985) Zur Phallographie bei Sexualdelinquenten. In: Recht & Psychiatrie 2. Jg., S 55 – 61

137. Schorsch E (1971) Sexualstraftäter. Stuttgart: Enke

138. Schorsch E (1989) Kinderliebe. Veränderungen der gesellschaftlichen Bewertung pädosexueller Kontakte. In Schorsch E: Perversion, Liebe, Gewalt. Stuttgart: Enke S 166 – 172

139. Schwarze C; Schmidt A (2008) Zwangskontexte. In: Hermer M; Röhrle B (Hrsg.) Handbuch der therapeutischen Beziehung – Bd. II: Spezieller Teil. Tübingen: DGVT S 1477 – 1507

140. Schwendter R (2000) Einführung in die Soziale Therapie. Tübingen: DGVT

141. Seifert D (2010) Zur Gefährlichkeit ehemaliger Patienten des Maßregelvollzugs (§ 63 StGB) – Aktuelle Daten der Essener prospektiven Prognosestudie. Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie 4 Jg., S 60 – 69

142. Seifert D; Neuschmelting T (2015) Wie diagnostiziert man eigentlich einen intelligenzgeminderten Rechtsbrecher? In: Saimeh N (Hrsg.) Mit Sicherheit behandeln. Diagnose, Therapie und Prognose. Berlin: Medizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft S 255 - 264

143. Seifert S (2014) Der Umgang mit Sexualstraftätern. Bearbeitung eines sozialen Problems im Strafvollzug und Reflexion gesellschaftlicher Erwartungen. Wiesbaden: Springer VS

144. Sigusch V (Hrsg.) (1996) Sexuelle Störungen und ihre Behandlung. Stuttgart: Thieme 1. Aufl

145. Specht J; Egloff B; Schmukle S (2011) Stability and change of personality across the life course: The impact of age and major life events on mean-level and rank-order stability of the Big Five. Journal of Personality and Social Psychology 101. Jg., S 862 – 882

146. Spießl H; Leber C; Radlinger P; Schmid R; Kaatz S; Binder H; Hambrecht M (2009) Patientenzufriedenheit in psychiatrischen Kliniken. In: Nervenheilkunde 28 Jg., S 481 – 486

147. Stadland C; Hollweg M; Kleindienst N; Reich U; Nedopil N (2006) Rückfallprognosen bei Sexualstraftätern – Vergleich der prädiktiven Validität von Prognoseinstrumenten. In: Nervenarzt 77. Jg. S 587 – 595

148. Staemmler F M (2009) Das Geheimnis des Anderen. Empathie in der Psychotherapie. Wie Therapeuten und Klienten einander verstehen. Stuttgart: Klett-Cotta

149. Stern D N (2005) Der Gegenwartsmoment. Veränderungsprozesse in Psychoanalyse, Psychotherapie und Alltag. Frankfurt/M: Brandes & Apsel

150. Stiels-Glenn M (2003) Hauptsache, wir haben einen Schuldigen. in: Forensische Psychiatrie und Psychotherapie. Werkstattschriften 10. Jg., S 43 - 64

151. Stiels-Glenn M (2005) Herausforderung Pädophilie: Unbehandelbar - oder wie könnte eine Behandlung aussehen? in: Osterheider M (Hrsg.) 19. Eickelborner Fachtagung. Aufbruch oder Stillstand? Dortmund: Psychogen-Verlag S 29 – 39

152. Stiels-Glenn M (2009) „Er hat sich einer Behandlung seiner Pädophilie zu unterziehen." (Unveröffentlichte) Masterarbeit. FB Psychosoziale Medizin und Psychotherapie. Universität Krems/Austria

153. Strauß B (2010) Risiken, Nebenwirkungen und Fehlbehandlungen in der Psychotherapie. Vortrag auf dem 6. Landespsychotherapeutentag am 13.3.2010 in Berlin. Download: http://www.psychotherapeutenkammer-berlin.de/publikationen/dokumentationen/landespsychotherapeutentag_2010/index.html. prof_strauss.pdf. Abruf am 26.6.2014

154. Streeck U (2004) Auf den ersten Blick. Psychotherapeutische Beziehungen unter dem Mikroskop. Stuttgart: Klett-Cotta

155. Streeck U (Hrsg.) (2000) Erinnern Agieren und Inszenieren. Enactments und szenische Darstellungen im therapeutischen Prozess. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

157. Strodtholz P; Badura B (2006) Patientenorientierung im Gesundheitswesen durch Patientenbefragung. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 46. Jg. Sonderheft S 444 - 463

158. Strupp H H (1996) The Tripartite Model and the Consumer Reports Study. In: American Psychologist 51. Jg., S 1017-102

159. Strupp H H; Hadley S; Gomes-Schwartz B (1977) Psychotherapy for better or worse: an analysis of the problem of negative effects. New York: Aronson

160. Stübner S; Nedopil N (2010) Ambulante Sicherungsnachsorge in Bayern: Bericht über das erste Modellprojekt. In: Hahn G; Stiels-Glenn M (Hrsg.) Ambulante Täterarbeit. Intervention, Risikokontrolle, Prävention. Bonn: Psychiatrie-Verlag S 172 – 188

T

161. Tschuschke V; Czogalik D (Hrsg.) (1990) Psychotherapie – Welche Effekte verändern? Zur Frage der Wirkmechanismen therapeutischer Prozesse. Berlin: Springer

U / V

162. Valdes-Stauber J (2010) Patientenzufriedenheit in einer psychiatrischen Institutsambulanz. Ergebnisse einer 8-Jahres-Untersuchung. In: Nervenheilkunde 29 Jg. S 150 – 156

163. Vetter B (2007) Sexualität: Störungen, Abweichungen, Transsexualität. Stuttgart-New York: Schattauer

W

164. Walter M; Wiebking C; Northoff G (2005) Was ist Pädophilie? – Ein neuropsychologisches und neurobiologisches Modell. In: Forensische Psychiatrie und Psychotherapie. Werkstattschriften 12. Jg., S 23 – 32

165. Wampold B (2001) The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods, and Findings. London: Lawrence Erlbaum Associates

166. Wampold B; Bolt D M (2006) Therapist effects: Clever ways to make them (and everything else) disappear. In: Psychotherapy Research 16. Jg., S 184 - 187

167. Ward T (2010) The Good Lives Model of offender rehabilitation: basic assumptions, etiological commitments, and practice implications. In: McNeill F; Raynor P; Trotter C (Hrsg.) Offender supervision: New directions in theory, research and practice, S 41-64. Devon/GB: Willan Publishing

168. 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). In: Criminal Justice and Behavior 39. Jg. S 94-110. DOI: 10.1177/0093854811426085

169. Wendt F; Kröber H L (2005) Lebensverläufe und Delinquenz von älteren Pädophilen. In: Zeitschrift für Sexualforschung 18. Jg., S 115 – 134

170. Westendarp A M (2006) Patientenbefragung als Mittel der Qualitätssicherung im Maßregelvollzug. In: Forensische Psychiatrie und Psychotherapie. Werkstattschriften 13. Jg., S 73 – 93

171. Wild B; Köhnke M; Bischoff M; Galland M; Scheiblich H; Buchkremer G (2009) Erwartungen und Zufriedenheit von Patienten in der ambulanten nervenärztlichen Praxis. Eine Befragung im Rahmen des Qualitätsmanagements. In: Nervenheilkunde 28. Jg. S 138-144

172. Windzio M; Simonson J; Pfeiffer C (2007) Kriminalitätswahrnehmung und Punitivität in der Bevölkerung – Welche Rolle spielen die Massenmedien? Hannover: kfn-Forschungsbericht Nr. 103 www.kfn.de/versions/kfn/assets/fb103.pdf. Abrufdatum 6.10.2011

173. Wirtz U (2005) Seelenmord. Inzest und Therapie. Freiburg: Kreuz-Verlag

174. Witt H (1997) Welche Forschung ist normal oder wie normal ist qualitative Sozialforschung? In: Zeitschrift für Politische Psychologie 5. Jg., S 251 - 269

175. Wittgenstein L (2001) Philosophische Untersuchungen. Frankfurt/M: Wissenschaftliche Buchgesellschaft

X / Y

176. Yates P; Prescott D; Ward T (2010) Applying the Good Lives and Self Regulation Modell to Sex Offender Treatment. Brandon/USA: Safer Society Press www.safersociety.org/uploads/WP145-TOC-Introduction.pdf

Z

177. Ziesche A (2008) Patientenzufriedenheit im Krankenhaus. Maßnahmen zur Verbesserung. Hamburg: Salzwasser

Anhang

Fragen an die TN vor dem Interview

Soziale Basisdaten

2	Geschlecht (m/w)	
3	Alter	
	Bildungsabschluss	
	Beruf	
4	Wie lange sind Sie untergebracht? Seit	
5	Vorunterbringungen/andere Kliniken	
6	Diagnosen und Vorerkrankungen	
7	Einweisungsdelikte	
8	Vorstrafen	
15	Lockerungsstatus	

110	Wenn Sie über Ihre bisherige Zeit in dieser Klinik nachdenken, wie bewerten Sie Ihre persönliche Entwicklung?				
	Sehr gut	Gut	Befriedigend	Ausreichend	Mangelhaft
	O	O	O	O	O

111	Was hat Sie positiv beeinflusst?

112	Was hat Sie negativ beeinflusst?

43 Wie geht es Ihnen HEUTE im Vergleich zum Zeitpunkt der Aufnahme?					
Viel besser	besser	eher besser	eher schlechter	schlechter	viel schlechter
o	o	o	o	o	o

(Fragebogen: Auszug aus dem Fragebogen des LWL: Fragebogen für Patienten und Patientinnen in den Einrichtungen des Maßregelvollzugs m klinischen Bereich – September 2006; Genehmigung zur Verwendung liegt schriftlich vor)

Interviewleitfaden

Teil 1 – Delikte und sexuelle Identität

1. Wann wurde Ihnen zum ersten Mal gesagt, dass Sie die Diagnose einer Pädophilie erhalten?

2. Wissen Sie, was diese Diagnose bedeutet?

3. Sind Sie mit dieser Diagnose einverstanden? Warum – warum nicht?

4. An welchem Personenkreis sind Sie sexuell interessiert?

5. Haben Sie Vorlieben für ein Geschlecht bei Kindern?

6. Haben Sie Vorlieben für ein Alter bei Kindern?

7. Mit wie vielen Minderjährigen hatten Sie sexuelle Kontakte?

8. Waren diese Erfahrungen für Sie zufriedenstellend?

9. Hatten/ haben Sie sexuelle Kontakte zu Erwachsenen (oder Phantasien dazu)?

10. Waren diese Erfahrungen für Sie zufriedenstellend?

Teil 2 – Behandlungen

Welche Behandlungsformen haben Sie mitgemacht?

Medikamentöse Behandlungen/ Einzeltherapie/ Gruppentherapie/ Körpertherapie/ Entspannungs- und Achtsamkeitstherapie/ Musiktherapie/ Kunsttherapie/ Ergotherapie/ weitere?

Erfahrungen in der therapeutischen Behandlung

Von wie vielen Therapeuten wurden Sie bisher behandelt? (Zahl? Namen?)

Weshalb erfolgten die Therapien? Wegen der Pädophilie? Oder wegen anderer Störungen? Wegen welcher?

Wie lange dauerten diese Behandlungsabschnitte?

Sind Ihnen Gründe für Therapeutenwechsel erinnerlich?

Was haben Sie von den einzelnen Therapien in Erinnerung behalten? Beispiele?

(spontan? Bei längerem Nachdenken?)

Wie beurteilen Sie die Behandlung durch andere Berufsgruppen?

War die Kooperation mit anderen Patienten hilfreich?

Allgemeine Erfahrungen: Wie erlebten Sie diese Therapien?

Hilfreiche Aspekte: Was war in der Therapie (bei wem?) hilfreich? Warum?

Was fanden/finden Sie hilfreich bei den Therapieformen (bei wem?), was nicht?

Was fanden/finden Sie hilfreich in der Persönlichkeit Ihrer Therapeut(inn)en, was nicht? (Können Sie das an Beispielen erläutern?)

Faktoren der Veränderung: Was genau hat welche Veränderungen bei Ihnen bewirkt?

Welche Interventionsformen haben Sie zum Nachdenken gebracht?

(Können Sie das an Beispielen erläutern?)

Auf welche Themenbereiche bezogen sich die Interventionen? (Delikte? Allgemeine persönliche Probleme?)

Welche Interventionen haben Ihr Selbstbewusstsein verbessert/Zugang zu inneren und äußeren Ressourcen verschafft? (Können Sie das an Beispielen erläutern?)

Was hat Ihnen geholfen, Ihr persönliches Wohlbefinden/ Ihre Zufriedenheit/ Ihr Selbstbewusstsein zu verbessern? (Können Sie das an Beispielen erläutern?)

Hemmende Aspekte: Was erlebten Sie in Therapien als negativ? Warum?

(Können Sie das an Beispielen erläutern?)

Schwierige, aber erträgliche Aspekte: Was erlebten Sie als schmerzhaft aber erträglich? (Können Sie das an Beispielen erläutern?)

Was hat in den Therapien gefehlt? (Können Sie das an Beispielen erläutern?)

Gibt/Gab es Handlungen Ihrer Therapeuten, die Sie gekränkt haben? (Können Sie das an Beispielen erläutern?)

Glauben Sie, dass Ihre Pädophilie behandelt werden muss? Dass sie behandelt werden kann?

Veränderungen: Wie geht es Ihnen jetzt, was hat sich verändert?

Welche Interventionen haben Ihnen geholfen, Ihr Rückfallrisiko zu senken?

Wie sehen Sie Ihre persönliche Prognose heute?

Teil 3 – Projektive Fragen

Stellen Sie sich vor, Sie wären Therapeut:

- Was würden Sie bei Patienten mit ähnlicher Problematik tun?
- Was würde am Anfang der Behandlung stehen?
- Was wäre das Wichtigste?
- Was würden Sie anders machen?
- Was würden Sie weglassen?
- Wie würde es Ihnen emotional gehen, wenn Sie mit einem solchen Patienten arbeiten?
- Was wäre für Sie ein Kriterium für einen Erfolg der Behandlung?
- Wie könnten Sie das als Therapeut erreichen?

Wenn Sie den Einfluss hätten, Dinge in der Klinik zu verändern: Was würden Sie empfehlen?

2 Wochen nach dem Interview (Adressierter und frankierter Briefumschlag):

Erfahrung mit der Studie: Wie war es für Sie, an der Studie teilzunehmen?

Vorschläge zur Studie: Haben Sie irgendwelche Anmerkungen bezüglich der Studie?

Change Interview (nach Robert Elliot 1996) In: Frommer et al. (2006)

Dank

Ich bedanke mich bei Herrn Professor Dr. Friedemann Pfäfflin für seine klugen, kritischen und warmherzigen Anregungen, die mich seit 1996 bei meiner beruflichen und theoretischen Entwicklung und bei der Überprüfung meiner Hypothesen begleiteten. Sein Mut, scheinbare Selbstverständlichkeiten öffentlich zu hinterfragen, hat meinen Mut gefördert, ebenfalls Kritisches öffentlich zu sagen und zu fragen. Er schlug mir vor, meine lange geplante Befragung von MRV-Patienten über ihre Erfahrungen mit ihrer Behandlung als Dissertation vorzulegen. Bei der Arbeit an diesem Projekt habe ich mich teilweise wie ein Ethnologe gefühlt, der sich – bei aller theoretischen Kenntnis und bei aller praktischen Behandlungserfahrung – mit seinen Interviewpartnern wie in einer fremden Kultur fühlte, die ich zum Sprechen bringen wollte. Herr Professor Pfäfflin ermutigte mich mehrfach, als ich das Projekt aufgeben wollte.

Danken möchte ich Herrn Uwe Dönisch-Seidel, dem Landesbeauftragten für den Maßregelvollzug NRW, der durch seine Zustimmung zu diesem Projekt grundsätzlich dafür sorgte, dass sich mir die Türen von Kliniken öffneten. Herrn Dr. Dimmek stellte mir umfangreiches Datenmaterial zu den Patientenbefagungen des LWL, Herr Dr. Spießl seine Unterlagen für Patientenbefragungen in der allgemeinpsychiatrischen Versorgung zur Verfügung.

Danken möchte ich jenen Leitungen und Mitarbeitern der forensischen Kliniken, die mir einen Blick `hinter ihre Kulissen´ ermöglichten, obwohl dabei auch Kritisches zur Sprache kommen konnte. Diesen Mut, sich selbst und die eigene Arbeit einem kritischen Blick von außen zu öffnen, wünsche ich mir häufiger.

Danken möchte ich vor allem den 30 untergebrachten Patienten mit der Diagnose einer Pädophilie, die bereit waren, mir in großer Offenheit über ihre Delikte, über ihre Therapie, über ihre Wünsche und ihre Zukunftsvorstellungen zu berichten, obwohl sie von dieser Mühe keine Vorteile zu erwarten hatten. Die Hinweise und Aussagen dieser Patienten könnten letztlich für Verbesserungen in deren Behandlung sorgen.

Danken möchte ich Herrn Diplompsychologen Til Eckermann, der bei der zeitaufwändigen Transkription der 30 Interviews half und Frau Psychologin (B. A.)

Maren Stiels, die ein umfangreiches Daten mit dem Programm SPSS statistisch bearbeitete: Beide gaben mir wertvolle Hinweise zur Interpretation der Daten.

Dankbar bin ich meiner Ehefrau Dr. Penelope Glenn, die seit vielen Jahren nicht nur mit großer Geduld hinnimmt, dass ich mich in meiner freien Zeit der theoretischen und praktischen Weiterbildung in der Behandlung von Straftätern widme und die dabei ihre beruflichen Kenntnisse als Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie in stundenlangen Diskussionen und Hinweisen bei der Planung, der Durchführung und bei der Diskussion der Ergebnisse der hier vorgelegten Studie einbrachte. Sie ermutigte mich auch während und nach meiner Tumorerkrankung im Jahr 2012, die Studie nicht aufzugeben.

Recklinghausen, im April 2015

Michael Stiels-Glenn

Lebenslauf

Michael Theodor Stiels-Glenn, geb. Stiels, geb. am 14.09.1952 in Oberhausen, verheiratet in 2. Ehe, 2 Kinder

1959	Einschulung Volksschule Oberhausen
1963	städt.-naturwissenschaftliches Gymnasium Oberhausen
1971	Abitur
1971 - 1972	Vorpraktikum
1972 - 1975	Studium der Sozialarbeit, GHS Essen, Abschluss Diplom
2005 - 2007	Studium Kriminologie & Polizeiwissenschaften, Ruhr-Universität Bochum; Abschluss M. A.; Thema Masterarbeit: „Die Bedeutung der Neurowissenschaften für die Kriminologie“; Gesamtnote Sehr gut/A; Bochumer Studienpreis für das beste Gesamtergebnis im Studienjahrgang
2007 - 2009	Studium Integrative Therapie, Donau-Universität Krems/Austria Abschluss M. Sc.; Thema Masterarbeit: „Er hat sich der Behandlung seiner Pädophilie zu unterziehen. Zur ambulanten psycho-therapeutischen Versorgung von pädosexuellen Straftätern.“ Gesamtnote 2,0
2009 - 2015	Promotionsstudium Humanbiologie, Universität Ulm

Berufliche Laufbahn

1975 - 1976	Berufsanerkennungsjahr Sozialarbeiter Jugendamt
1976 - 1981	Beratungsstelle für arbeitslose Jugendliche
1981 - 1982	Jugendamt, Allgemeine Soziale Dienste
1982 - 1997	Bewährungshilfe
seit 1997	Freiberuflich als Psychotherapeut und Supervisor in eigener Praxis

Weiterbildungen

1991 - 1996	Fritz-Perls-Institut (FPI) Düsseldorf: Soziotherapie, Wechsel zu Psychotherapie; Abschluss mit Graduierung, Lehrtrainer, Mitglied der DGIK
1996	Erlaubnis zur Ausübung der heilkundlich-praktischen Psychotherapie
1999	Approbation als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
1998 - 2001	Fortbildungsinstitut für Supervision (F.I.S.) Münster: Abschluss mit Diplom; Mitglied der DGSv
2001 - 2004	EMDR-Institut Dr. Arne Hofmann Bergisch-Gladbach; Zertifikat als EMDR-Therapeut
2007	Klinischer Fachsozialarbeiter (ZKS)