

Inhaltsverzeichnis

- 3 *Klaus Hoffmann*
Editorial
- 8 *Lena C. Carl, Maike M. Breuer & Johann Endres*
Leidensdruck und Behandlungsmotivation bei Gewaltstraftätern
- 35 *Thomas Ross, Susanne Reder, Jan Querengässer, Filip Mess & Olav Schmid*
Sporttherapie in der forensischen Psychiatrie – eine Standortbestimmung
- 64 *Zdzisław Majchrzyk & Karolina Grzywińska-Aleksandrowicz*
Personality traits and social competence of preferential and situational sexual offenders against children
- 81 *João Guerreiro, Dianne Casoni & Jorge Costa Santos*
The Use of Psychological Reports in the Portuguese Justice System: Judges' and Prosecutors' Viewpoints
- 99 *Marta Wiszniowska-Majchrzyk*
"GAMES CHILDREN PLAY": Kinderspiele – Eine literarische und psychologische Analyse
- 119 *Maximilian Thumm*
Die Sonderbehandlung der Trinker in den Heil- und Pflegestätten
(Sonderdruck aus „Zeitschrift für Psychische Hygiene“, Oktober 1929)
-

Herausgeber:

Prof. Dr. Klaus Hoffmann, Reichenau
(geschäftsführender Herausgeber)
Dr. Bernd Dimmek, Herne
Prof. Dr. Heinfried Duncker, Kassel
Prof. Dr. Reinhard Eher, Wien
Dipl.-Psych. Markus G. Feil, München
Prof. Dr. Michael Günter, Tübingen
Dr. Dirk Hesse, Moringen
Dr. Lutz-Peter Hiersemenzel, Solothurn
Dipl.-Psych. Tilman Kluttig, Reichenau
Prof. Dr. Thomas Ross, Reichenau

Wissenschaftlicher Beirat:

Dr. G. Adshead
NHS-Krankenhaus Broadmoor
Crowthorne (Berkshire), Großbritannien

Prof. Dr. V. Dittmann
Forensisch-psychiatrische Abteilung
Universitätsklinik Basel, Schweiz

Drs. Uta M. Kröger
Van der Hoeven Kliniek
Utrecht, Niederlande

Prof. Dr. Z. Majchrzyk
Institute of Psychiatry and Neurology
Forensic Psychiatric Hospital
Pruszkow, Polen

Prof. Dr. F. Pfäfflin
Universität Ulm
Forensische Psychotherapie
Ulm, Deutschland

Prof. Dr. D. Szabo
Centre International
de Criminologie Comparative
Université de Montréal, Kanada

Prof. Dr. H. J. C. van Marle
Erasmus University Medical Centre
Department of Psychiatry
Rotterdam, Niederlande

Prof. Loick M. Villerbu
Institut de Criminologie et Sciences
Humaines, Laboratoire de Psychologie,
Psychopathologie et Criminologie
Université de Rennes 2
Rennes, Frankreich

Anschrift der Redaktion:

Redaktion Forensische Psychiatrie und
Psychotherapie – Werkstattsschriften
c/o Prof. Dr. Klaus Hoffmann
Zentrum für Psychiatrie Reichenau
Klinik für Forensische Psychiatrie und
Psychotherapie
Feursteinstr. 55
D-78479 Reichenau
E-Mail: k.hoffmann@zfp-reichenau.de

**PABST SCIENCE PUBLISHERS**

Eichengrund 28
D-49525 Lengerich
Tel. +49 (0) 5484 / 308
Fax +49 (0) 5484 / 550
E-Mail: pabst.publishers@t-online.de
Internet: www.pabst-publishers.de
www.psychologie-aktuell.com

Bankverbindung:
IBAN: DE47 2658 0070 0709 7724 05
BIC: DRESDEFF265

Übersetzungen:
(Englisch) Erika Wiedenmann

Formatierung:
Armin Vahrenhorst

Erscheint 3 x jährlich

Bezugspreis im Abonnement:
– pro Jahrgang € 30,-
– für Studenten und Assistenten an
wissenschaftlichen Instituten € 15,-

Bei Einzelbezug pro Ausgabe € 12,50.

Alle Beträge incl. Versand und
gesetzlicher Mehrwertsteuer.

Abo-Verwaltung:
Silke Haarlammert

Titelbild: Joseb Smoktun

Druck:
KM-Druck, D-64823 Groß-Umstadt

Editorial

Klaus Hoffmann

Forensische Psychiatrie und Psychotherapie findet in forensischen Kliniken, in Justizvollzugsanstalten und ambulant statt. Sie geschieht multiprofessionell und mit unterschiedlichen methodischen Zugängen. Den Herausgebern dieser Zeitschrift ist es seit vielen Jahren ein Anliegen, die Vielfalt relevanter Ansätze darzustellen und einen kritischen Diskurs im Dienst der Sache zu fördern.

Im Heft 01/2016 finden sich Beiträge aus mehreren Ländern (Deutschland, Polen, Portugal) sowie unterschiedlichen Settings (Gefängnisse, Maßregelvollzugskliniken, Kinder- und Jugendberater) und professionellen Zugängen (Grundlagenforschung, Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Sportpädagogik).

Einige verwendete Begriffe wurden zwischen den Herausgebern intensiv diskutiert. Zum einen betrifft dies den in einem der vorliegenden Aufsätze verwandten Begriff der **Kriminaltherapie**, der immerhin auch im Titel des Bandes 4 des Handbuchs der Forensischen Psychiatrie von Kröber et al. (2006) erscheint, dort im entsprechenden Kapitel aber deutlich relativiert wird: „Der Terminus (psychiatrische und psychologische) *Kriminaltherapie* ist im deutschsprachigen Schrifttum noch nicht lange gebräuchlich... Auch in den Lehrbüchern der forensischen Psychiatrie von Rasch und Konrad (2004) und Nedopil (2000) wird es weder in den Inhalts- noch in den Sachverzeichnissen aufgeführt. Programmatisch vorgetragen werden der Terminus und das damit gemeinte Konzept vor allem von der Arbeitsgruppe um Müller-Isberner aus dem hessischen Maßregelvollzug in Haina und Gießen... Zu den kriminaltherapeutischen Methoden zählt Müller-Isberner (2004) neben medikamentöser Therapie und psychotherapeutischen Verfahren auch Ergotherapie, Bildungsmaßnahmen und Soziotherapie.“ (350-351).

Nach dieser Definition wären alle medizinischen, psychotherapeutischen und multiprofessionellen Ansätze, die mit Strafgefangenen und Maßregelvollzugspatienten angewendet werden, unter dem Begriff Kriminaltherapie zusammenzufassen (siehe aktuell Müller-Isberner et al 2016), was unseres Erachtens die Überflüssigkeit des Begriffs deutlich macht. Früher fassten Müller-Isberner und Koautoren (z.B. Müller-

Isberner und Gretenkord 2002) manualisierte Behandlungsprogramme mit Straftätern unter Kriminaltherapie zusammen – auch hier sind die konkreten Benennungen präziser und aussagekräftiger als der unklare Begriff der Kriminaltherapie.

Kriminalität ist ein sehr viele Facetten umfassendes Phänomen einer Verletzung von Rechtsgütern, Therapie eine auf Heilung einer Erkrankung zielende Maßnahme, in der Regel ausgehend von einer medizinischen oder psychologischen Diagnose. In dieser logischen Konsequenz sprach der britische Psychoanalytiker Edvard Glover, einer der Gründer des Institute for the Study and Treatment of Delinquency und der „Psychopathic Clinic“ (heute Portman Clinic) durchweg von Behandlung, der eine sorgfältige und multiprofessionell durchgeführte Diagnostik vorauszugehen habe. Diesen Terminus finden wir im anglo-amerikanischen Raum auch generell heute im Bereich der nicht-klinischen Straftäterprogramme wie im Sex Offender Treatment Programme in England. Glover unterschied zwischen Tätern, bei denen primär eine Sanktionierung im Vordergrund stehe, und der Gruppe, bei der das Ziel eine Veränderung psychologischer Voraussetzungen der kriminellen Handlungen sein könnte: „...whose object is so to influence or alter the mental function of the individual that he will no longer be under the necessity to commit a crime“ (1959: 97). Glover entwickelte aus der Praxis der Portman Clinic einen komplexen und interdisziplinären Behandlungsansatz, welcher der Komplexität und Variabilität kriminellen Handelns angepasst sein sollte – heute würde man Parallelen zu RNR-Modell sehen. Behandlung umfasste für ihn Psychotherapie, Beobachtung und Überwachung, Unterbringung in differenzierten Institutionen, Sozialarbeit, Bewährungshilfe, medikamentöse Behandlung, Ausbildung und berufliche Förderung, und Beeinflussung/Veränderung der psychosozialen Situation des Täters. Man stellt sich die Frage, ob nicht eigentlich Rückfallprävention und Selbstkontrolle als Kernelemente dessen, was unter der deutschen Begrifflichkeit Kriminaltherapie verstanden wird, angemessener als Teile eines solchen differenzierteren Behandlungsbegriffs verstanden werden sollten.

Der Begriff der forensischen Psychotherapie ist im englischen Sprachraum ursprünglich explizit im Zusammenhang mit der Anwendung psychodynamischer Prinzipien in der Täterbehandlung in Verbindung mit weiteren wissenschaftlichen Fächern geprägt worden: „Forensic psychotherapy consists of the adaptation and application of the psychodynamic corpus of knowledge in conjunction with related sister disciplines – such as the other psychotherapies, criminology, sociology, psychiatry and ethnology“ (Cox & Cordess, 1996:4) – auch das erste „Lehrbuch“ forensischer Psychotherapie „Forensic Psychotherapy. Crime, Psychodynamics and the Offender Patient“ (1996) entstammt dieser Tradition, in der auch der gesellschaftliche Kontext kritisch gewürdigt wird.

Eine der wichtigen forensischen Zeitschriften der Weimarer Zeit in Deutschland hieß Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform und wurde von einem der damals bedeutendsten forensischen Psychiater, Gustav Aschaffenburg (1866-1944) herausgegeben. In diesem Titel wird der Anspruch formuliert, Aussagen zu psychologischen Vorgängen mit politischen und juristischen Anregungen und Forde-

rungen zu publizieren. Aktuell sprechen die „Offender Behaviour Programmes (OBPs)“ des britischen Strafvollzugs (www.justice.gov.uk) von sehr differenzierten Ansätzen, ohne den Begriff Kriminaltherapie zu verwenden.

Es scheint Teil des Zeitgeistes zu sein, Verantwortung anderen zuzuschreiben, an die Wissenschaft, an die Therapeuten. Kriminalität wird in solchen Diskursen als Diagnose eingeengt, für die es eine Therapie gibt. Die implizite Gleichsetzung von bad und mad erinnert an Teufelsaustreibungen früherer Jahrhunderte. Schnupfen oder Grippe werden mit Kriminalität gleichgesetzt, gegen die es eine Behandlung zu geben hat – dabei wird die Komplexität von Ursachen, Verläufen und Gegengewichten übersehen, die eine wissenschaftliche Disziplin und damit auch die Medizin bei jeder Erkrankung zu sehen hat, geschweige denn bei komplexen Phänomenen wie Kriminalität, die auch von Menschen ausgeübt wird, die in keiner Weise krank oder mit einer medizinischen oder psychologischen Diagnose belegt werden können. Die Frage ist nun, heißt es zurecht Therapie, was der psychisch gesunde Straftäter benötigt, um nicht rückfällig zu werden.

Dies zeigten 2015 auch Endres und Schwanengel in ihrer Gegenüberstellung von Kriminaltherapie und forensischer Psychotherapie. Vor allem in den Erläuterungen ihres Diagramms (S. 296) machten sie deutlich, dass längst nicht alles, was Kriminalität darstellt, etwas mit Behandlung zu tun hat. Dennoch scheuten sie die Konsequenz, den Begriff Kriminaltherapie als solchen zu problematisieren.

In unseren internen Diskussionen wurde zunächst auch vertreten, dass Kriminaltherapie vielleicht etwas aussagen kann über den Ort, in diesem Fall das Gefängnis, das ausschließlich Insassen hat, die Straftaten verübt haben, analog zum gut etablierten und definierten Begriff der Krankenhausbehandlung, die eben im Krankenhaus stattfindet. Dann müsste man allerdings von Gefängnis- oder Maßregelvollzugstherapie sprechen – hier hat sich zu Recht der Überbegriff der forensischen Therapie etabliert. Demgegenüber setzt der Begriff „forensisch“ einen anderen Schwerpunkt: Von seiner Etymologie her weist er auf die im Kern gesamtgesellschaftliche Dimension des Umgangs mit strafrechtlich in Erscheinung Getretenen hin. Behandlung sollte zwar von Spezialisten in dafür vorgesehenen und geeigneten Settings durchgeführt werden, der Umgang mit strafrechtlich in Erscheinung Getretenen sollte aber letztlich eine im Zentrum des öffentlichen Interesses stehende Angelegenheit („auf dem Marktplatz“) sein.

Die Herausgeber kommen einmütig zu dem Schluss, dass der Begriff Kriminaltherapie fragwürdig, da irreführend ist, dass wir aber auf der anderen Seite den Autorinnen und Autoren unserer Zeitschrift diesen Begriff nicht aus ihren Beiträgen streichen, sie vielleicht in künftigen Reviews fragen werden, was sie mit diesem Begriff meinen.

Sie als Leserinnen und Leser wollen wir in diesen Diskurs einbeziehen. Vielleicht finden Sie Argumente, die wir nicht dargestellt haben, vielleicht sind Sie aber auch erleichtert, dass sich eine der führenden deutschsprachigen forensischen Zeitschriften gegen diesen unklaren und missverständlichen Begriff ausspricht.

Der andere diskutierte Begriff war die **therapeutische Behandlung**. Gibt es untherapeutische Behandlungen? Einige Herausgeber vertraten, die Begriffe Behandlung und Therapie seien austauschbar und somit identisch. Folgt man Wikipedia, so ist *therapeia* „Dienst, Pflege, Heilung“, fasst somit konkrete Behandlungsmaßnahmen zusammen. Behandlung wäre der Überbegriff, Therapie die für die Behandlung durchgeführte Maßnahme – nach dieser Lesart gäbe es auch untherapeutische Behandlungen, und „therapeutische Behandlung“ zu schreiben, könnte eine sinnvolle Abgrenzung darstellen. Dennoch bleiben wir skeptisch gegenüber Wortschöpfungen und Wortverbindungen und regen Sie als Leserinnen und Leser an, dies gemeinsam mit uns weiterhin zu überprüfen.

Der erste Beitrag (Lena C. Carl, Maike M. Breuer & Johann Endres) stellt anhand von 49 inhaftierten männlichen Gewaltstraftätern zwei Fragebögen zur Behandlungsmotivation vor und regt zur weiteren Anwendung dieser Skalen an.

Der folgende Beitrag (Thomas Ross et al.) schildert die erste bundesweite Erhebung über sporttherapeutische Angebote und ihre Bedeutung in forensischen Kliniken. Keineswegs geht es nur um körperliche Fitness, sondern mindestens genauso um Sozialkompetenz, um Verhalten in Gruppen, gegenseitige Rücksichtnahme etc. Unseres Erachtens öffnet sich hier ein weites Forschungsfeld auch im Justizvollzug.

Zdzisław Majchrzyk und Karolina Grzywińska-Aleksandrowicz von der Universität Warschau vergleichen psychologische Charakteristika wie Selbstwert und Sozialkompetenz von verurteilten überwiegend (55 Männer) mit gelegentlich (50 Männer) delinqzierenden Sexualstraftätern gegenüber Kindern.

João Guerreiro, Dianne Casoni und Jorge Costa Santos befragten 17 Richtern und Staatsanwälte in Portugal, welche Verlaufsbeurteilungen für sie relevant sind. Sie zeigten, dass die Aussagen der Institutionen deutlich stärker gewichtet werden als psychologische oder psychiatrische Stellungnahmen, obgleich letztere klareren fachlichen Standards entsprechen.

Marta Wiszniowska-Majchrzyk aus Warschau setzt sich mit dem Einfluss neuer Computerspiele auf die Entwicklung der Kinder auseinander, insbesondere wenn Kinder und Jugendliche in den Spielen selbst Täter grausamer Gewalttaten sind.

Abschließend bringen wir einen historischen Aufsatz, der 1929 in der Zeitschrift für Psychische Hygiene erschien, dem offiziellen Organ des Deutschen Verbandes für psychische Hygiene und des Verbandes Deutscher Hilfsvereine für Geisteskranke. Damit greifen wir eine alte Tradition unserer Zeitschrift auf. Maximilian Thumm, der Autor dieses Beitrages, war von 1924 bis zu seiner Amtsenthebung durch die Nationalsozialisten 1933 Direktor der Anstalt bei Konstanz, des heutigen Zentrums für Psychiatrie Reichenau (Hoffmann 2013). Er war einer der führenden Reformpsychiatern seiner Zeit, betrieb ähnlich wie Heinrich Simon in Gütersloh eine „aktivere Therapie“ und legte großen Wert auf sinnvolle Arbeit und Freizeitgestaltung für die Patientinnen und Patienten. Über viele Jahre hatte die Klinik mehr ambulante als stationäre Patientinnen und Patienten, über 80% der stationär Behandelten nahmen an

der Arbeitstherapie teil, beides war damals einzigartig in Deutschland. 1927 richtete Thumm eine der ersten stationären Suchtentwöhnungseinheiten in Deutschland ein, in der meist gerichtlich eingewiesene Alkoholranke behandelt wurden. In dem hier abgedruckten Aufsatz beschrieb er die Grundlagen: Arbeit, Tagesstruktur, Einzelgespräche, klare Regelungen mit Angehörigen spielten eine zentrale Rolle. Die Mitarbeitenden müssten in der alkoholgegnerrischen Bewegung verwurzelt sein und „über die notwendige Gewandtheit und Sicherheit in der Menschenbehandlung verfügen“. „Merkt der Trinker von vornherein, dass er auf konsequenten Willen stößt, so fügt er sich in der Regel rasch und passt sich den Verhältnissen an. Selbstverständlich muss er aber bei allen Maßnahmen fühlen, dass sie aus Wohlwollen und aus dem Wunsch, ihm wirklich zu helfen, entspringen.“ (1929: 151) 87 Jahre später wirkt vieles auch sprachlich einerseits patriarchalisch und autoritär, aber der Fokus auf klare sinngebende Strukturen und Haltungen der Behandelnden scheint aus heutiger Sicht durchaus aktuell. Sowohl analytische als auch verhaltenstherapeutische Konzepte bauten später auf solchen Grundlagen auf, auch wenn dieser Aufsatz zumindest nach unserem Kenntnisstand nach 1945 nie mehr zitiert wurde und jetzt erstmals wieder der Fachöffentlichkeit direkt zur Verfügung steht.

Wir wünschen anregende Lektüre.

Literatur

- Cordess, Ch. & Cox, M. (Eds.) (1996). *Forensic Psychotherapy*. London: Jessica Kingsley.
- Endres, J., Schwanengel, M. F. (2015). Straftäterbehandlung. *Bewährungshilfe*, 62(4), 293-319.
- Glover, E. (1959). *The Roots of Crime*. London: Imago.
- Hoffmann, K. (2013). Eröffnung und Weimarer Zeit. In H. J. Seelos & K. Hoffmann (Hrsg.), *100 Jahre Zentrum für Psychiatrie Reichenau* (S. 41-77). Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Müller-Isberner, R. & Gretenkord (2002). *Psychiatrische Kriminaltherapie*. Lengerich: Pabst.
- Müller-Isberner, R., Eucker, S. & Wolf, T. (2016). Psychiatrische Kriminaltherapie im Maßregelvollzug. *NeuroTransmitter*, 27(1), 24-29.
- Pfäfflin, F. (2006). Spezielle Therapieformen. In H. L. Kröber, D. Dölling & N. Leygraf (Hrsg.), *Handbuch der forensischen Psychiatrie*. Band 3: Psychiatrische Kriminalprognose und Kriminaltherapie (S. 349-368).

Leidensdruck und Behandlungsmotivation bei Gewaltstraftätern

Lena C. Carl, Maike M. Breuer & Johann Endres

Zusammenfassung

Leidensdruck und Behandlungsmotivation gelten gemeinhin als wichtige Voraussetzungen für eine erfolgreiche Kriminaltherapie. Dennoch mangelt es an einer exakten Definition ebenso wie an messgenauen und validen Messinstrumenten. Aus diesem Grund sollen zwei Fragebogenverfahren vorgestellt und hinsichtlich ihrer Eignung zur Messung von Behandlungsmotivation und Leidensdruck bei Straftätern untersucht werden. $N = 49$ männlichen inhaftierten Gewaltstraftätern wurden sowohl der etablierte „Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation“ (FMP) als auch der zielgruppenspezifische „Fragebogen zu subjektiven Behandlungsvoraussetzungen“ (SBV-R) vorgelegt. Die Ergebnisse legen nahe, dass beide Fragebogenverfahren geeignet sind, Behandlungsmotivation und Leidensdruck bei inhaftierten Straftätern hinreichend genau zu erfassen. Der SBV-R erzielte dabei etwas bessere Werte als der FMP. Zudem zeigte sich, dass Leidensdruck im SBV-R negativ mit Prisonisierungseffekten korrelierte und einen Prädiktor für Behandlungsmotivation darstellte, was für die Validität des SBV-R spricht. Vor- und Nachteile der Anwendung beider Fragebogenverfahren sowie Implikationen für die Praxis werden diskutiert.

Schlüsselwörter: Leidensdruck, Behandlungsmotivation, Strafvollzug, Therapieindikation, Testgütekriterien

Psychological distress and therapy motivation in violent offender

Abstract

Psychological distress and therapy motivation are known as important requirements for successful offender rehabilitation. Research shows, however, a lack of clear definitions and reliable and valid instruments for measuring these variables. Therefore, in this study two questionnaires were compared in terms of their ability to measure sentenced offenders' therapy motivation and psychological distress. The widely implemented „Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation“ [Questionnaire for measuring psychotherapy motivation] (FMP) and the target group-specific „Fragebogen zu subjektiven Behandlungsvoraussetzungen“ [Questi-

onnaire of subjective therapy preconditions] were presented to $N = 49$ male violent offenders. Results show that both questionnaires are reliable instruments for measuring offenders' therapy motivation and psychological distress. Furthermore, psychological distress as measured by the SBV-R was negatively correlated with prisonization and predicted therapy motivation, indicating the validity of this scale. Advantages and disadvantages of both questionnaires and their implications for offender assessment are discussed.

Key Words: psychological distress, therapy motivation, prison, indication for therapy, psychometric properties

1 Theorie

Behandlungsmotivation von Straftägern

Einen Straftäter therapeutisch zu behandeln erscheint nicht möglich ohne dessen aktives Mitwirken. Dessen Engagement in der Behandlung lässt sich als Ausdruck seiner Behandlungsmotivation verstehen. Diese wiederum ist relevant für die Planung und Gestaltung therapeutischer Maßnahmen im Straf- oder Maßregelvollzug wie auch in ambulanten Settings. Neben *Behandlungsbedürftigkeit* und *Behandlungsfähigkeit* wird auch die *Behandlungsmotivation* herangezogen, um über die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit einer Behandlungsmaßnahme zu entscheiden (Bosold, 2008). So soll nach den Empfehlungen des Arbeitskreises Sozialtherapeutische Anstalten im Justizvollzug e.V. (2012) die Verlegung in eine sozialtherapeutische Anstalt insbesondere dann erfolgen, wenn der Gefangene bereit ist, aktiv an therapeutischen Maßnahmen teilzunehmen und sein eigenes Verhalten zu verändern. Es überrascht also nicht, dass mangelnde Behandlungsmotivation häufig als Grund für die Nichtteilnahme an einer therapeutischen Maßnahme im Strafvollzug angegeben wird (Breuer, Gerber & Endres, 2012; Dahle, 1995; Endres, 2014).

Eine Mitwirkungspflicht der Gefangenen besteht allerdings nicht, vielmehr liegt es in der Verantwortung der Anstalt, sie zu motivieren, also ihre Bereitschaft zur Mitwirkung „zu wecken und zu fördern“ (§ 4 StVollzG). Dennoch liegt nahe, dass fehlende Mitwirkungsbereitschaft negative Konsequenzen haben kann, schon deshalb, weil die Verweigerung von Behandlungsangeboten Zweifel an der Erreichung des Vollzugsziels (Resozialisierung) wecken kann. Eine Meta-Analyse von Olver, Stockdale und Wormith (2011) zeigte, dass die initiale Behandlungsmotivation von Straftägern positiv mit dem späteren Behandlungserfolg assoziiert ist. In anderen Untersuchungen nahmen motivierte Gefangene eher an Nachsorgemaßnahmen teil (Hiller, Knight, Leukefeld & Simpson, 2002; Messina, Burdon, Hagopian & Prendergast, 2006) und wurden als weniger rückfallgefährdet eingestuft als weniger motivierte Gefangene (Bosold, 2008; Suhling, Köhler & Bernardi, 2009). Ferner wird die Behandlungsmotivation auch in verschiedenen Prognoseinstrumenten zur Beurteilung des Rückfallrisikos herangezogen (z.B. als „fehlende Compliance“ im HCR-20, als „negative Einstellung gegenüber Therapie“ im SVR-20 oder als protektiver Faktor im SAPROF; für einen

Überblick siehe Rettenberger & Franqué, 2013). Die Einschätzung des Rückfallrisikos wiederum kann im Zusammenhang mit Lockerungsentscheidungen relevant sein.

Zusammenfassend ist zu vermuten, dass als „unmotiviert“ eingestufte Gefangene seltener Zugang zu Behandlungsmaßnahmen im Strafvollzug erhalten, Nachsorgemaßnahmen skeptischer gegenüberstehen, im Vergleich zu motivierten Gefangenen als stärker rückfallgefährdet gelten und seltener von Haftlockerungen profitieren,

Modell der Therapiemotivation von Dahle (1995)

Die Therapiemotivation von Gefangenen heranzuziehen, um vollzugliche Entscheidungen zu begründen, ist insofern problematisch, als sich bislang keine einheitliche und praxisnahe Definition des Begriffs für den vollzuglichen Kontext durchgesetzt hat. Zwar besteht Einigung darüber, dass die Therapiemotivation von Straftätern ein komplexes Konstrukt mit verschiedenen internalen und externalen Einflussgrößen darstellt (Dahle, 1995; Drieschner, Lammers & Staark, 2004), doch verbindliche Standards in Bezug auf die relevanten Faktoren fehlen bislang.

Ein zielgruppenspezifisches Strukturmodell der Therapiemotivation bietet Dahle (1995). Er beschreibt diese als ein Zusammenspiel aus internen Anreizen („Therapieerfolgsmotiv“, d.h. der Wunsch, durch Therapie eine Erleichterung persönlicher Probleme zu erreichen) und externen Anreizen („Hafterleichterungsmotiv“, d.h. der Wunsch nach Lockerungen oder frühzeitiger Entlassung aus der Haft). Ferner verweist Dahle (1995) auf die generelle Einstellung der Gefangenen zu Psychotherapie, die Verfügbarkeit therapeutischer Maßnahmen, haftbezogene Einschränkungen und individuelle Handlungskompetenzen (z.B. Coping-Strategien) als relevante Faktoren der Therapiemotivation. So kann nach dem Modell von Dahle (1995) ein Straftäter dann als therapiemotiviert gelten, wenn er psychische Probleme an sich wahrnimmt, denen er durch eine Therapie entgegenwirken möchte, wenn er durch die Therapie-Teilnahme auf Haftlockerungen hoffen kann, Psychotherapie als geeignetes Instrument zur Erreichung seiner Ziele einschätzt und wenn er dem Strafvollzug wenig Misstrauen entgegenbringt.

Leidensdruck als Komponente der Therapiemotivation

Trotz der heterogenen Auffassung des Begriffs „Therapiemotivation“ betrachten verschiedene Modelle Leidensdruck als eine zentrale Komponente (Drieschner et al., 2004; Steller, 1974; Ward, Day, Howells & Birgden, 2004). Auch im Modell von Dahle (1995) spielt Leidensdruck eine entscheidende Rolle. Ein Gefangener zeigt ein hohes Therapieerfolgsmotiv, wenn er Leidensdruck empfindet, d.h. persönliche Probleme an sich wahrnimmt („Problembelastung“, z.B. soziale Schwierigkeiten, Schuldgefühle) und diese auf die eigene Person und das eigene Verhalten zurückführt („Internale Problemverarbeitung“, z.B. mangelnde Impulskontrolle, aggressives Ver-

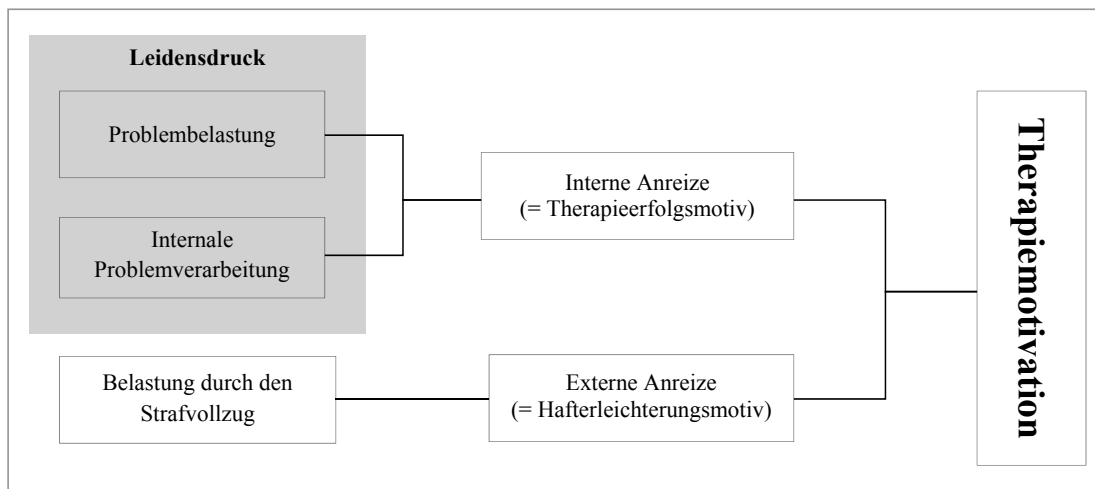


Abbildung 1: Modell zur Therapiemotivation von Dahle (1995) in Anlehnung an Döhla und Feulner (2012)

halten). Dahle (1994) definiert „Leidensdruck“ als „Kennzeichnung eines emotional aversiven Zustandes [...], bei dem der Betroffene die Konflikte als in ihm liegend erkennt“ (S. 228). Eine grafische Veranschaulichung dieser Zusammenhänge findet sich in Abbildung 1.

Die empirischen Befunde zum Zusammenhang zwischen Leidensdruck und Therapiemotivation bei Straftätern sind heterogen. Während einige Studien einen positiven Zusammenhang finden (Dahle, 1994; Drieschner & Boomsma, 2008; Hommers & Steller, 1977; Joe, Simpson & Broome, 1998; Köhler, Hinrichs & Baving, 2008), konnten andere Studien keinen Zusammenhang zwischen Leidensdruck und Therapiemotivation aufdecken (Döhla & Feulner, 2012; Hiller et al., 2002). Andere Autoren gehen davon aus, dass ein hoher Leidensdruck mitunter Ausdruck einer schwereren Psychopathologie sein und damit ein Therapiehindernis darstellen könne (Battjes, Gordon, O’Grady, Kinlock & Carswell, 2003; Mulder, Jochems & Kortrijk, 2014). Trotz der heterogenen Befundlage wird Leidensdruck als für die Behandlung im Strafvollzug bedeutsam erachtet. Zum einen gilt Leidensdruck als Indikator für eine Veränderungsabsicht und tragfähige Behandlungsmotivation, zum anderen kann er zu aktiven Bemühungen um eine Behandlung beitragen, z.B. in Form einer Bewerbung für die Sozialtherapie (Dahle, 1995; Steller, 1974; Suhling et al., 2012). Es wird vermutet, dass der Leidensdruck von Inhaftierten zu Beginn der Haft im Zuge eines „Inhaftierungsschocks“ (Greve, 2003, S. 238) mitunter am höchsten ausgeprägt ist und sich im Laufe der Haft abschwächt (Ortmann, 1993; Pecher, Heller & Endres, 2011; Pecher & Postpischil, 2000). Neben Gewöhnungs- und Vergessensprozessen könnten unerwünschte „Prisonisierungseffekte“ (z.B. Neutralisierungstendenzen, Feindseligkeit gegenüber Anstaltspersonal, negative Einstellung zur Justiz) den Leidensdruck reduzieren. Pecher und Postpischil (2000) nehmen an, dass die Bereitschaft eines Gefangenen, sich konstruktiv mit seinem Delikt auseinanderzusetzen, zu

Beginn der Haft stärker ausgeprägt ist als zu einem späteren Zeitpunkt. Sie vermuten, dass negative Gefühle und Gedanken zunehmend mehr auf die widrigen Umstände der Haft attribuiert werden und weniger auf das eigene deliktische Verhalten. Damit würde die Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme und der damit verbundene Leidensdruck von Resignationstendenzen verdrängt (Hommers & Steller, 1977). Harbordt (1972) nimmt ferner an, dass Schuld- und Leidensgefühle im Zuge einer Annäherung an die Insassensubkultur zunehmend unterdrückt werden, um gegenüber anderen Gefangenen keine Schwäche zu zeigen. Konkrete empirische Befunde zum Zusammenhang zwischen Leidensdruck, Haftdauer und Prisonisierung im Strafvollzug sind allerdings spärlich und heterogen.

Dies lässt sich vermutlich auf die uneinheitliche Definition von Leidensdruck und dessen unterschiedliche Erfassung zurückführen. Während einige Studien die Definition von Dahle (1995) und Steller (1974) oder eine ähnliche Operationalisierung verwendeten (Drieschner & Boomsma, 2008; Hommers & Steller, 1977; Köhler et al., 2008), definierten andere Autoren Leidensdruck über das Ausmaß der Problembelastung, ohne dabei die Art der Problemverarbeitung mit einzubeziehen (Battjes et al., 2003; Döhla & Feulner, 2012; Hiller et al., 2002). In diesen Fällen blieb also unbeachtet, ob die Gefangenen an ihrem eigenen Verhalten litten, z.B. an ihrer Straffälligkeit, Aggressivität oder ihrem Drogenkonsum, oder aber an den Restriktionen innerhalb des Vollzugs. Eine echte Änderungsabsicht scheint sich bei Straftätern vor allem bei einer internalen Attribution von Problembelastung einzustellen (Hommers & Steller, 1977; Suhling et al., 2012), so dass die Unterscheidung zwischen einem auf eigene Probleme bezogenen Leidensdruck und dem Leiden an äußeren Umständen auch praktisch relevant erscheint.

Alles in allem mangelt es an zielgruppenspezifischen Verfahren, die beide Komponenten des Leidensdrucks berücksichtigen und sowohl die Problembelastung als auch die Form der Problemverarbeitung erfassen. Ein entsprechendes Instrument könnte einen hilfreichen Beitrag zur Indikationsentscheidung für eine sozialtherapeutische Behandlung oder zur Behandlungsplanung leisten.

Erfassung von Leidensdruck und Therapiemotivation bei Straftätern

Derzeit existieren nur wenige deutschsprachige Verfahren, die Therapiemotivation und Leidensdruck bei Straftätern als Zusammenspiel von Problembelastung und internaler Problemverarbeitung erfassen. Döhla und Feulner (2012) kritisieren bestehende Fragebögen zur Behandlungsmotivation, weil sie „nur ungenügend die Lebensumwelt der Inhaftierten repräsentieren“ (S. 10), zu wenig empirisch erprobt oder aufgrund ihres Umfangs unpraktikabel seien. Um festzustellen, welche Instrumente sich zur Erfassung von Leidensdruck bei Straftätern eignen, wurden in der vorliegenden Studie zwei Selbstbeurteilungsfragebögen miteinander verglichen.

Das erste Verfahren, der etablierte „Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation“ (FMP) von Schneider, Basler und Beisenherz (1989), wurde in erster Linie

für die Anwendung bei Patienten psychosomatischer Kliniken entwickelt. Obwohl der Begriff „Leidensdruck“ bei den Skalenbezeichnungen nicht verwendet wird, beziehen sich die Autoren in ihren theoretischen Ausführungen immer wieder auf diesen Begriff. Sie argumentieren, dass ein hohes Ausmaß an Krankheitserleben einen guten Indikator für das Vorliegen von Leidensdruck darstellt und damit die affektive Komponente der Behandlungsmotivation repräsentiert (Schneider et al., 1989). Zudem operationalisieren sie die Art der Problemverarbeitung über die Skala „Laienätiologie“, die sich auf die individuelle Erklärung eines Probanden für seine persönlichen Probleme bezieht. Anhand der Ergebnisse einer Studie von Schneider und Klauer (2001) lässt sich schlussfolgern, dass ein hohes Ausmaß an „Krankheitserleben“ im FMP eine hohe Problembelastung indiziert (affektive Komponente des Leidensdrucks), während eine hohe Ausprägung von „Laienätiologie“ für eine konstruktive Auseinandersetzung mit den eigenen Problemen spricht (kognitive Komponente des Leidensdrucks). Gemäß den Überlegungen von Dahle (1995) wäre der Leidensdruck hoch, wenn beide Skalen einen hohen Wert erreichen. Der FMP wurde wiederholt wissenschaftlich untersucht (Schneider & Klauer, 2001; Wietersheim, Schneider, Kriebel, Freyberger & Tetzlaff, 2000), bisher jedoch überwiegend an psychosomatischen Patienten erprobt. In einer Pilotstudie von Döhla und Feulner (2012) wurde der FMP auch Straftägern zur Evaluation einer motivierenden Behandlung im Rahmen der Sozialtherapie vorgelegt. Zwar zeigten sich einige erwartungskonforme Zusammenhänge, z.B. verbesserten sich die Teilnehmer signifikant auf der Skala „Behandlungserwartungen“ im FMP. Doch aufgrund der geringen Stichprobenzahl ($n = 12$) können keine allgemeingültigen Aussagen über die Anwendbarkeit des FMP im vollzuglichen Kontext getroffen werden. Daher soll der FMP in der vorliegenden Studie an einer größeren Stichprobe von inhaftierten Gewaltstraftägern angewendet und hinsichtlich seiner Gütekriterien untersucht werden.

Beim zweiten Verfahren handelt es sich um den „Fragebogen zu subjektiven Behandlungsvoraussetzungen“ (SBV-R; Endres & Oranu, 2010), welcher vom Kriminologischen Dienst des bayerischen Justizvollzugs für die Anwendung bei Gefangenen entwickelt wurde. Der SBV-R erfasst eine große Bandbreite motivationaler, kognitiver, affektiver und sozialer Behandlungsvoraussetzungen, wobei auch die Therapiemotivation und der Leidensdruck der Gefangenen abgebildet werden. Der SBV-R wurde bisher nur in einzelnen unveröffentlichten Studien angewendet (Carl, 2014a, 2014b). Im Gegensatz zum FMP handelt es sich um ein zielgruppenspezifisches Verfahren, das speziell für die Anwendung bei Gefangenen konzipiert wurde und den besonderen Bedingungen der Therapie im Justizvollzug Rechnung tragen soll (z.B. juristische Zwänge, mangelnde Krankheitseinsicht, fehlende medizinisch-psychiatrische Diagnose etc.).

Ziele der Studie

Die nachfolgende Studie soll Aufschluss darüber geben, inwieweit die beiden vorgestellten Fragebogenverfahren, der SBV-R und der FMP, geeignet erscheinen, Lei-

densdruck und Therapiemotivation bei Gefangenen zu messen. Ferner wird angenommen, dass Leidensdruck bei Straftätern positiv mit deren Therapiemotivation assoziiert ist und im Haftverlauf abnimmt, d.h. es wird eine negative Korrelation zwischen Leidensdruck und Haftdauer postuliert. Zudem wird ein negativer Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an Leidensdruck und Prisonisierungseffekten erwartet.

2 Methode

Stichprobe

Als Zielgruppe besonders bedeutsam sind Gewaltstraftäter, die gemäß § 9 Abs. 2 in eine sozialtherapeutische Einrichtung verlegt werden sollen, wenn deren Behandlungsmethoden angemessen sind. Aus diesem Grund bearbeiteten insgesamt $N = 49$ männliche inhaftierte Gewaltstraftäter aus den bayerischen Justizvollzugsanstalten München-Stadelheim ($n = 21$), Regensburg ($n = 1$), Landsberg am Lech ($n = 5$), Kaisheim ($n = 8$), Straubing ($n = 9$) und Bayreuth ($n = 5$) die Fragebögen. Die Gefangenen befanden sich wegen eines schweren nicht-sexuellen Gewaltdelikts zu 44,9 % in Untersuchungshaft und zu 55,1 % im Strafvollzug.

Sie hatten wegen versuchter oder vollendeter Tötungsdelikte (53,7 %), Raub- oder Erpressungsdelikten (27,8 %), Brandstiftung (3,7 %) oder Körperverletzungsdelikten (11,2 %) entweder voraussichtlich eine Haftstrafe von mindestens fünf Jahren zu erwarten oder waren bereits verurteilt.

Das Strafmaß belief sich bei etwa der Hälfte der Gefangenen (55,1 %) auf 5 bis 10 Jahre, vier Gefangene (8,2 %) gaben ein Strafmaß von maximal 15 Jahren an und rund ein Drittel (32,7 %) verbüßte oder erwartete im Verurteilungsfall eine lebenslange Haftstrafe.

Die Gefangenen waren zwischen 18 und 68 Jahren alt ($M = 36,6$, $SD = 14,0$) und bereits zwischen 3 und 235 Monaten in Haft, wobei die Hälfte jeweils kürzer bzw. länger als 22 Monate inhaftiert war. Für 73,5 % der Gefangenen handelte es sich um die erste Inhaftierung.

Während der bestehenden Inhaftierung hatten 67,3 % der Gefangenen bereits an Behandlungsmaßnahmen (d.h. mindestens vier Sitzungen) im Vollzug teilgenommen. Es wurden keine Gefangenen befragt, die zum Untersuchungszeitpunkt in sozialtherapeutischer Behandlung waren. Etwa die Hälfte der Gefangenen mit Therapieerfahrung (42,4 %) hatten eine Maßnahme bis zu sechs Monate besucht, während jeweils 27,3 % bis zu einem Jahr bzw. länger als ein Jahr teilgenommen hatten. Eine Übersicht über die von den Gefangenen genannten Maßnahmen findet sich in Abbildung 2. Es wurden sowohl allgemeine einzel- und gruppentherapeutische Maßnahmen genannt, als auch religiöse Gesprächsgruppen oder suchtspezifische bzw. deliktspezifische Programme.

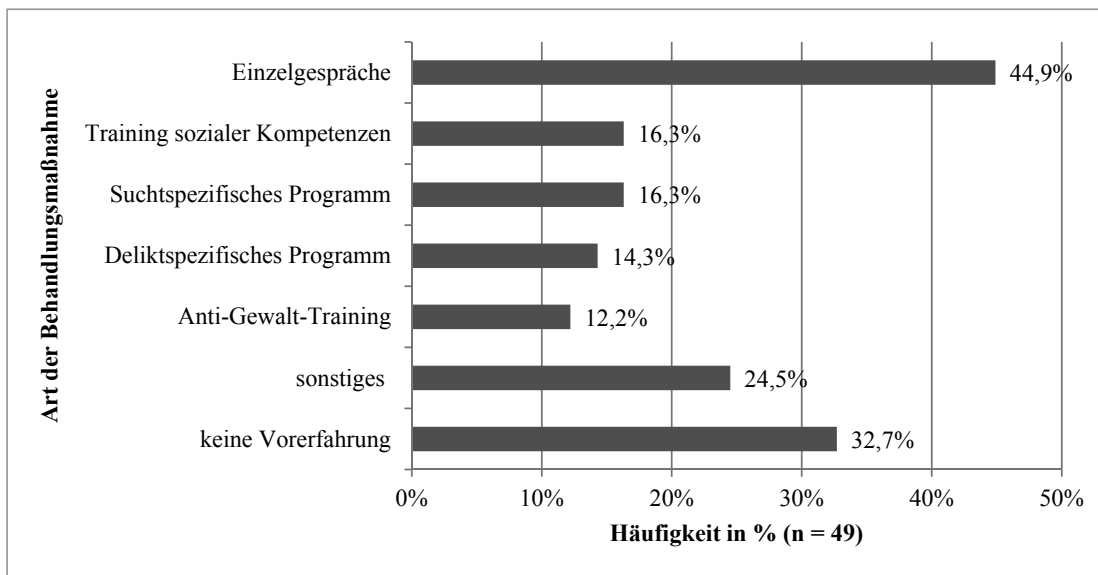


Abbildung 2: Prozentuale Häufigkeit der von den Gefangenen in Anspruch genommenen therapeutischen Maßnahmen während der aktuellen Inhaftierung
(Anm.: Mehrfachnennungen waren möglich, darum addieren sich die Prozentangaben nicht zu hundert. N = 49)

Informationen über diagnostizierte psychische Störungen lagen für die Stichprobe nicht vor. Es ist davon auszugehen, dass (entsprechend der Erkenntnisse über Inhaftierte) insbesondere dissoziale bzw. antisoziale Persönlichkeitsstörungen oder -akzentuierungen vorlagen sowie Probleme mit Alkohol- und Drogenmissbrauch.

Datenerhebung

Die Gefangenen nahmen freiwillig an der Datenerhebung von Juni bis August 2014 teil und wurden von den Fachdienstmitarbeitern der Justizvollzugsanstalten gezielt nach vorgegebenen Kriterien ausgewählt (männlich, mindestens 18 Jahre alt, schweres nicht-sexuelles Gewaltdelikt, ausreichende Deutschkenntnisse, derzeit nicht in sozialtherapeutischer Behandlung). Die Fragebögen wurden anschließend anonym an den Kriminologischen Dienst des bayerischen Justizvollzugs geschickt und dort ausgewertet.

Erhebungsinstrumente

Zur Erfassung von *Therapiemotivation und Leidensdruck* wurden der „Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation“ (FMP; Schneider et al., 1989) und der „Fragebogen zu subjektiven Behandlungsvoraussetzungen“ (SBV-R; Endres & Oranu, 2010) eingesetzt. Zudem wurden die Gefangenen befragt, wie gut sie sich eine

sozialtherapeutische Behandlung während der Haft vorstellen könnten (5-stufige Skala von „Ja, auf jeden Fall“ bis „Nein, auf keinen Fall“). Eine Übersicht über die Fragebögen und die von ihnen erfassten Konstrukte findet sich in Tabelle 1.

Der FMP besteht aus 47 Items und erfasst über einen Gesamtwert die Therapiemotivation, wobei ein hoher Wert für eine ausgeprägte Motivation spricht. Die Problembelastung der Gefangenen bildet die Skala „Krankheitserleben“ mit 11 Items ab. Ein hoher Skalenwert spricht folglich für eine hohe Belastung durch persönliche Beschwerden. Die Art der Problemverarbeitung wurde über die Skala „Laienätiologie“ erfasst, die 8 Items beinhaltet. Eine hohe Ausprägung auf der Skala „Laienätiologie“ spricht dafür, dass persönliche Probleme auf psychosoziale, veränderliche Aspekte der Person und der Umwelt attribuiert werden, z.B. auf familiären Stress. Bei einer niedrigen Ausprägung werden diese vor allem auf medizinische, nicht-beeinflussbare Merkmale attribuiert, z.B. auf eine körperliche Krankheit.

Der FMP gilt als zuverlässiges und valides Messinstrument, das bereits in verschiedenen Studien zur Erfassung von Psychotherapiemotivation eingesetzt wurde (Döhla & Feulner, 2012; Schneider et al., 1989; Schneider & Klauer, 2001; Wietersheim et al., 2000). Ferner finden sich im Manual geschlechtsspezifische Normen, welche die Durchschnittswerte einer Stichprobe psychosomatischer Patienten abbilden. Um den FMP auch an inhaftierten Straftätern anwenden zu können, wurden einige Formulierungen verändert. So wurde der eher medizinisch geprägte Begriff „Beschwerden“ durch die allgemeinere Bezeichnung „persönliche Probleme“ ersetzt. Diese wurden definiert als alle Schwierigkeiten, die das Wohlbefinden der Person beeinträchtigen oder das Zusammenleben mit anderen innerhalb und außerhalb der Haft erschweren können, z.B. Depressionen, Aggressivität, Drogen- bzw. Alkoholmissbrauch oder Schuldgefühle. Zudem wurden einige Berufsbezeichnungen so angepasst, dass sie den im Strafvollzug verwendeten besser entsprechen (z. B. „Fachdienst“ statt „Arzt/Ärzte“). Einige Items wurden so gedoppelt, dass sie sich in einer Formulierung auf die Umwelt in der Haft und in einer anderen auf Aspekte außerhalb der Haft beziehen (z.B. „Meine Umwelt hier in Haft verhält sich gegenüber meinen Problemen

Tabelle 1: Übersicht über die Fragebögen und erfassten Konstrukte

		Therapie- motivation	Leidensdruck	
			Problem- belastung	Problem- verarbeitung
Fragebögen	FMP	FMP Gesamtwert	Skalensumme Krankheitserleben	Skalensumme Laienätiologie
	SBV-R	Bereichssumme Therapiemotivation	Skalensumme Leidensdruck	

Anm. FMP = Fragebogen zur Psychotherapiemotivation, SBV-R = Fragebogen zu subjektiven Behandlungsvoraussetzungen.

verständnisvoll“ und „Meine Umwelt draußen verhält sich gegenüber meinen Problemen verständnisvoll“). Für den FMP-Gesamtscore wurde aus beiden Items ein Durchschnittswert gebildet.

Der „Fragebogen zu subjektiven Behandlungsvoraussetzungen“ (SBV-R, Endres & Oranu, 2010) beinhaltet 14 Skalen mit insgesamt 102 Items. Er gliedert sich in die drei Bereiche „Haftumgebung“, „Therapiemotivation“ und „Psychische Stabilität“. Ein hoher Gesamtwert spricht dabei für eine günstige Ausprägung der sozialen, kognitiven und affektiven Behandlungsbereitschaft. Für die nachfolgende Studie wird der Bereich „Therapiemotivation“ betrachtet, der die Skalen „Leidensdruck“, „Lebenszufriedenheit“, „therapiebezogener Änderungswunsch“, „Veränderungsmotivation“, „Ergebniserwartung“ und „soziale Unterstützung“ umfasst. Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auf der Skala „Leidensdruck“. Diese wird definiert als Wahrnehmung persönlicher Probleme, deren Ursache in der eigenen Person gesehen wird.

Tabelle 2 stellt die einzelnen Skalen, die in den beiden Fragebogenverfahren Aspekte des Leidensdrucks erfassen sollen, gegenüber. Die Skalen „Krankheitserleben“ und „Laienätiologie“ im FMP bilden jeweils Problembelastung bzw. Problemverarbeitung ab. Die Skala „Leidensdruck“ im SBV-R differenziert hingegen nicht zwischen diesen beiden Komponenten, sondern erfasst „Leidensdruck“ als Ganzes. In den drei Spalten werden die Skalen zur besseren Übersicht noch einmal definiert und mit Beispielitems aus den beiden Fragebögen illustriert.

Prisonisierungseffekte wurden mithilfe des „Fragebogens zu Prisonisierung“ (FP) von Ortmann (1987) ermittelt. Aus Gründen der Testökonomie wurden nur die Skalen „Einstellung zum Gesetz“, „Einstellung zum Delikt“, „Begrenzung der Autonomie“, „Angst vor Mithäftlingen“ und „Intensität feindlicher Distanz zu Stab und Anstalt“ verwendet. Der FP erlaubt eine Berechnung von Skalenwerten, wobei hohe Werte für starke Prisonisierungseffekte sprechen. Auch ein Gesamtwert kann berechnet werden. Eine Studie von Ortmann (1987) spricht für die Messgenauigkeit und Validität des Fragebogens, einzelne Skalen des Fragebogens wurden auch in anderen Studien eingesetzt (Bosold & Lauterbach, 2010; Greve, 2003; Hosser & Greve, 1999). Einige Formulierungen im FP wurden für die vorliegende Studie aktualisiert und durch zeitgemäße Begriffe ersetzt, z.B. „Mitarbeiter der JVA“ statt „Stab“ oder „Euro“ statt „D-Mark“.

Demographische Angaben (z.B. Alter), *Angaben zur aktuellen Inhaftierung* (z.B. Art und Dauer der Inhaftierung, Strafmaß, Anlassdelikt) und *therapiebezogene Angaben* (z.B. therapeutische Vorerfahrungen) wurden zu Kontrollzwecken ebenfalls erfasst.¹

¹ In der ursprünglichen Studie im Rahmen einer Masterarbeit Carl (2014a) wurden zusätzlich folgende Angaben erfasst: Therapeutische Vorerfahrung im Vollzug (Teilnahme an mindestens vier Sitzungen), Art und Dauer der Behandlung, frühere Inhaftierung (ja/nein), Gesamtstrafmaß und vermuteter Strafrest (kategorial), gewährte Lockerungen (ja/nein), Arbeit im Vollzug (ja/nein). Gefangene, die einer sozialtherapeutischen Behandlung ambivalent oder ablehnend gegenüberstanden, wurden nach den Gründen befragt. Diese konnten in „mangelnde Therapiemotivation“ und „mangelnde Veränderungsmotivation“ sowie „allgemeine Gründe“ differenziert werden.

Tabelle 2: Übersicht über die Skalen des FMP und SBV-R, die Aspekte des Leidensdrucks erfassen

	Krankheitserleben (FMP)	Laienätiologie (FMP)	Leidensdruck (SBV-R)
durch die Skala erfass- tes Konstrukt	Problembelastung	Problemverarbeitung	Leidensdruck
Definition	Ausmaß, in dem ein Gefangener unter seinen persönlichen Problemen leidet	Annahmen des Gefangenen über die Faktoren, die seine persönlichen Probleme bedingen	Wahrnehmung von persönlichen Problemen in Verbindung mit einer internalen Ursachenattribution
Hohe Ausprägung	Starke Belastung durch persönliche Probleme	Probleme werden primär auf veränderliche Aspekte der Umwelt attribuiert	Starke Wahrnehmung von persönlichen Problemen, deren Ursache in der eigenen Person gesehen wird
Niedrige Ausprägung	Hoher sekundärer Krankheitsgewinn, d.h. eher Vorteile durch persönliche Probleme ¹	Probleme werden primär auf somatische Ursachen zurückgeführt (z.B. auf körperliche Erkrankung)	Keine Wahrnehmung von persönlichen Problemen, deren Ursache in der eigenen Person gesehen wird
Beispielitems für die jeweilige Skala	<p>„Meine Umwelt draußen verhält sich gegenüber meinen Problemen eher verständnisvoll.“ (<i>negativ gepolt</i>)</p> <p>„Trotz meiner Beschwerden bin ich ganz zufrieden.“ (<i>negativ gepolt</i>)</p> <p>„Meine Beschwerden behindern mich im Alltag stark.“</p>	<p>„Der ganze familiäre und berufliche Stress hat erheblich an der Herausbildung meiner Beschwerden mitgewirkt.“</p> <p>„Letztlich haben meine Beschwerden doch eine körperliche Ursache.“ (<i>negativ gepolt</i>)</p> <p>„Seelische Probleme können auch ernsthaft körperliche Beschwerden auslösen.“</p>	<p>„Manchmal kann ich mich selber nicht leiden.“</p> <p>„Manchmal hasse ich mich und mein Verhalten.“</p> <p>„Ich bin nicht schuld an meiner jetzigen Situation.“ (<i>negativ gepolt</i>)</p>

Ann.: FMP = Fragebogen zu Psychotherapiemotivation, SBV-R = Fragebogen zu subjektiven Behandlungsvoraussetzungen

¹ Zum Beispiel durch Aufmerksamkeit, Befreiung von der Arbeit etc.

3 Ergebnisse

Reliabilität

Die Reliabilität der Fragebögen wurde anhand von *Cronbach's Alpha* abgeschätzt. Der Koeffizient berechnet sich durch die durchschnittliche Korrelation der Items und stellt ein Maß für die interne Konsistenz dar, d.h. es wird geprüft, ob die Items Ähnliches messen. Üblicherweise wird bei Fragebogenverfahren ein Alpha-Wert von mindestens .80 gefordert (Bortz & Döring, 2006).

Der SBV-R wies in der vorliegenden Studie eine interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) von $\alpha = .90$, was einem exzellenten Wert entspricht. Dies spricht dafür, dass der gesamte Fragebogen ein zusammenhängendes latentes Konstrukt erfasst. Auch der Bereich „Therapiemotivation“ erreichte einen exzellenten Wert von $\alpha = .94$. Die Skala „Leidensdruck“ des SBV-R wies einen akzeptablen Wert von $\alpha = .75$ auf.

Der FMP wies eine gute interne Konsistenz von $\alpha = .87$ auf und lag damit nur geringfügig unter dem im Manual angegebenen Wert von $\alpha = .91$ (Schneider et al., 1989). Die Skala „Krankheitserleben“ erreichte einen annähernd akzeptablen Wert von $\alpha = .67$ und lag damit etwas höher als in einer Studie von Schneider und Klauer (2001). Die interne Konsistenz der Skala „Laienätiologie“ war in der vorliegenden Studie mit $\alpha = .39$ unzureichend, obwohl sie in der Studie von Schneider und Klauer (2001) einen Wert von $\alpha = .54$ erreichte.

Beide Instrumente scheinen also Therapiemotivation bei inhaftierten Gewaltsträtern reliabel zu erfassen; dafür spricht die hohe interne Konsistenz der Gesamtfragebögen und des Bereichs „Therapiemotivation“ im SBV-R. Für Leidensdruck hingegen zeigt sich ein eindeutiger Vorteil des SBV-R, da die Skalen „Krankheitserleben“ und „Laienätiologie“ im FMP eine sehr niedrige interne Konsistenz aufwiesen und die einzelnen Items die zu erfassenden Konstrukte nicht einheitlich abbilden.

Kontrollvariablen

Vor Beginn der Analysen wurde ferner geprüft, ob die erfassten Kontrollvariablen Zusammenhänge mit Leidensdruck oder Prisonisierung aufwiesen.

Weder für Alter, noch für das Ausmaß bisheriger Behandlungsmaßnahmen konnten signifikante Zusammenhänge mit „Leidensdruck“, „Krankheitserleben“ oder „Laienätiologie“ gefunden werden. Der Leidensdruck scheint also unabhängig von Alter und Behandlungsvorerfahrungen. Das Strafmaß korrelierte signifikant negativ mit „Krankheitserleben“ im FMP ($r = -.34, p < .05$), d.h. Gefangene mit höherem Strafmaß erlebten sich als weniger belastet. Gefangene in der Untersuchungshaft unterschieden sich ferner in „Krankheitserleben“ (FMP) signifikant von Gefangenen des Strafvollzugs ($F(1,47) = 9,3, p < .01$) dahingehend, dass Untersuchungsgefangene über mehr Problembelastung berichteten als Strafgefangene. Dieser Zusammenhang

erscheint plausibel, da erwartet wurde, dass sich Untersuchungsgefangene aufgrund ihrer kürzeren bisherigen Haftzeiten als belasteter einschätzten.

Der Gesamtwert „Prisonisierung“ zeigte keine signifikanten Zusammenhänge mit dem Alter, dem Ausmaß bisheriger Behandlungsmaßnahmen, der Vollzugsart oder dem Strafmaß.

Da sich Leidensdruck und Prisonisierung als weitgehend unabhängig von den Kontrollvariablen erwiesen und somit konfundierende Effekte nicht zu erwarten waren, wurden diese nicht in die nachfolgenden Analysen eingeschlossen.

Ausmaß an Leidensdruck

Das arithmetische Mittel des Leidensdrucks in der vorliegenden Stichprobe wurde mit anderen Studien verglichen. Mittelwerte und Standardabweichungen finden sich in Tabelle 3.

Die von den Gefangenen im FMP erzielten Mittelwerte in „Krankheitserleben“ und „Laienätiologie“ wiesen in der Normstichprobe von Schneider et al. (1989) jeweils 42 % der männlichen psychosomatischen Patienten auf, während genau die Hälfte (50%) der Patienten den gleichen Gesamtwert im FMP erreicht hatten wie die Gefangenen der vorliegenden Studie. Die Gefangenen unterschieden sich also im Mittel nicht von männlichen Patienten einer psychosomatischen Klinik hinsichtlich ihrer Problembelastung, ihrer Problemverarbeitung und ihrer Psychotherapiemotivation.

Das arithmetische Mittel der Skala „Leidensdruck“ und des Gesamtwerts „Therapiemotivation“ (SBV-R) lag etwas niedriger als in einer freiwilligen Behandlungsgruppe schwerer Gewaltstraftäter zu Haftbeginn (Carl, 2014b).

Tabelle 3: Vergleich der Mittelwerte (M) und zugehöriger Standardabweichung (SD) von Leidensdruck und Therapiemotivation in verschiedenen Populationen

Kurzreferenz der Studie	Leidensdruck			Therapiemotivation	
	LÄ	KE	LD	FMP	ThMot
Schneider et al, 1989 (n = 464)	28,4 (5,8)	33,5 (7,0)	-	162,4 (23,5)	-
Carl, 2014b (n = 18)	-	-	30,0 (4,1)	-	216,7 (21,9)
Vorliegende Studie	26,6 (4,3)	32,1 (6,5)	27,6 (6,2)	159,3 (21,2)	203,6 (32,2)

Anm.: LÄ = Laienätiologie (FMP), KE = Krankheitserleben (FMP), LD = Leidensdruck (SBV-R), FMP = FMP-Gesamtwert, ThMot = Gesamtwert Therapiemotivation im SBV-R.

Interkorrelationen der Skalen

Ferner wurde geprüft, inwieweit die vorgegebenen Fragebögen dieselben Konstrukte (Leidensdruck und Therapiemotivation) messen, was für deren konvergente Validität spricht. Zu diesem Zweck wurden die Korrelationen für die verschiedenen Maße von Therapiemotivation und Leidensdruck berechnet. Die Produkt-Moment-Korrelationen der einzelnen Maße für Leidensdruck und Therapiemotivation sind in Tabelle 4 dargestellt.

Bei der Prüfung der ermittelten Zusammenhänge auf statistische Signifikanz wurde die Bonferroni-Korrektur angewendet. Im Zuge dessen wurde die Signifikanzgrenze von 0.05 auf $p = 0.0042$ bzw. von 0.01 auf $p = 0.0008$ gesenkt.

Leidensdruck im SBV-R korrelierte positiv mit psychosozialer Problemattribuion („Laienätiologie“, FMP) hingegen nicht signifikant mit dem Ausmaß an Problembelastung („Krankheitserleben“, FMP). Ferner ergab sich eine positive Korrelation von Leidensdruck mit beiden Fragebogenmaßen der Therapiemotivation. Die schwach-positive Korrelation mit dem ordinal erfassten Interesse an einer sozialtherapeutischen Behandlung wurde unter Anwendung der Bonferroni-Korrektur nicht signifikant. Erwartungskonform war Leidensdruck demnach positiv mit zwei von drei Maßen der Therapiemotivation von Straftägern assoziiert.

Die Skala „Krankheitserleben“ des FMP korrelierte signifikant positiv mit dessen Gesamtwert, während sich zu den anderen Maßen der Therapiemotivation oder des Leidensdrucks keine signifikanten Korrelationen zeigten. Enge Zusammenhänge zwischen Problembelastung und Therapiemotivation von Straftägern konnten demnach nur für den FMP gefunden werden.

Die Skala „Laienätiologie“ im FMP korrelierte positiv mit dessen Gesamtwert und mit Leidensdruck im SBV-R. Die positive Korrelation mit der Therapiemotivation im SBV-R verfehlte statistische Signifikanz. Eine Attribution psychischer Belastung auf

Tabelle 4: Korrelationen (r) zwischen Maßen des Leidensdrucks und der Therapiemotivation

	Leidensdruck			Therapiemotivation		
	LD _{SBV-R}	KE _{FMP}	LÄ _{FMP}	ThMot	FMP	SoTha
LD _{SBV-R}	1	.25	.46*	.80**	.61**	.36
KE _{FMP}	.25	1	.32	.15	.55**	.00
LÄ _{FMP}	.46*	.32	1	.40	.68**	.15

Anm.: LD = Skala „Leidensdruck“ (SBV-R), KE = Skala „Krankheitserleben“ (FMP), LÄ = Skala „Laienätiologie“ (FMP), ThMot = Bereich „Therapiemotivation“ (SBV-R), FMP = Gesamtwert FMP, SoTha = Interesse an einer sozialtherapeutischen Behandlung. * $p < 0.004$, ** $p < 0.0008$

$n = 49$.

veränderliche Umweltaspekte war demnach positiv mit der Therapiemotivation von Straftätern assoziiert.

Aufklärung der Therapiemotivation

Über die einzelnen Korrelationen hinaus wurde in einem multiplen Regressionsmodell geprüft, welchen unabhängigen Beitrag die Variablen „Krankheitserleben“ und „Laienätiologie“ (FMP) sowie „Leidensdruck“ (SBV-R) zur Vorhersage der Therapiemotivation leisten können. Weil angenommen wurde, dass hoher Leidensdruck und hohe Therapiemotivation mit einer geringen Ausprägung von Prisonisierungseffekten einhergehen, wurde darüber hinaus auch der Gesamtwert des Prisonisierungsfragebogens als Prädiktor berücksichtigt. Es wurden zwei multiple Regressionen mit den Prädiktoren „Krankheitserleben“, „Laienätiologie“, „Leidensdruck“ und „Prisonisierung“ berechnet. Diese wurden mittels der Einschlussmethode simultan ins Modell eingefügt. Im ersten Modell wurde Therapiemotivation durch den Gesamtwert des FMP, im zweiten Modell durch den Gesamtwert „Therapiemotivation“ im SBV-R operationalisiert.

Beide Modelle leisteten eine ähnlich hohe Varianzaufklärung von 66,3 % (Modell 1) und 63,8 % (Modell 2), wobei Leidensdruck in beiden Fällen Therapiemotivation voraussagen konnte, unabhängig davon, ob diese mittels FMP oder SBV-R erfasst wurde. Problembelastung und Problemverarbeitung stellten nur dann signifikante Prädiktoren für die Therapiemotivation dar, wenn diese mittels des FMP erfasst wurde. Prisonisierung stellte keinen signifikanten Prädiktor für Therapiemotivation dar.

Leidensdruck und Prisonisierungseffekte

Als weiteren Hinweis auf die Validität der Fragebögen wurde angenommen, dass ein negativer Zusammenhang zwischen den drei Maßen von Leidensdruck einerseits und Prisonisierungseffekten andererseits besteht. Auf die Bonferroni-Korrektur wurde dabei verzichtet, da die Zusammenhänge getrennt für die drei Variablen untersucht werden sollten.

Der Gesamtwert „Prisonisierung“ korrelierte signifikant negativ mit der Skala „Leidensdruck“ ($r = -.31, p < .05$). Mit den Skalen des FMP ergaben sich keine signifikanten Korrelationen.

Hinsichtlich der Therapiemotivation korrelierte der Gesamtwert „Prisonisierung“ signifikant negativ mit dem Gesamtwert „Therapiemotivation“ im SBV-R ($r = -.38, p < .01$), nicht aber mit dem des FMP.

Prisonisierungseffekte wiesen folglich einen negativen Zusammenhang mit Leidensdruck und Therapiemotivation auf, allerdings nur dann, wenn der SBV-R verwendet wurde, der für Strafgefangene entwickelt wurde.

Leidensdruck und Haftdauer

Des Weiteren wurde vermutet, dass Leidensdruck in einem negativen Zusammenhang mit der bisher verstrichenen Haftdauer steht.

Eine signifikant negative Korrelation mit der bisherigen Haftdauer in Monaten fand sich lediglich für die Skala „Krankheitserleben“ ($r = -.42, p < .01$). Steigende Haftdauer ging folglich mit einer geringeren Problembelastung einher. Für andere Maße des Leidensdrucks fanden sich keine signifikanten Zusammenhänge mit der Haftdauer.

Im Anschluss wurde geprüft, ob sich Gefangene mit langer und kurzer bisheriger Haftdauer hinsichtlich der drei Variablen „Leidensdruck“, „Krankheitserleben“ und „Laienätiologie“ unterschieden. Die Gefangenen wurden zu diesem Zweck anhand ihrer bisherigen Haftdauer per Mediansplit in zwei gleich große Gruppen eingeteilt. Die eine Gruppe war bisher höchstens 22 Monate inhaftiert („kurze Haftdauer“), die zweite mindestens 22 Monate („lange Haftdauer“). Es wurden einfaktorielle ANOVAs mit den abhängigen Variablen „Leidensdruck“, „Krankheitserleben“ und „Laienätiologie“ sowie der unabhängigen Variablen „Haftdauer“ durchgeführt. Ein signifikanter Gruppenunterschied fand sich lediglich für die Variable „Krankheitserleben“ ($F(1,46) = 9,88, p < .01$). Gefangene mit kurzer bisheriger Haftdauer wiesen höhere Werte in „Krankheitserleben“, d.h. eine ausgeprägtere Problembelastung, auf, als Gefangene mit langer Haftdauer.

4 Diskussion

Anwendbarkeit des SBV-R und FMP im Vollzug

Grundsätzlich erscheinen sowohl der SBV-R als auch der FMP dazu geeignet, Leidensdruck und Therapiemotivation im Strafvollzug zu erfassen. Es zeigten sich jedoch Vorteile des SBV-R bei der Erfassung von Leidensdruck und Therapiemotivation bei inhaftierten Gewaltstraftägern gegenüber dem FMP. In den relevanten Variablen erwies sich der SBV-R als messgenauer und wies zudem engere Bezüge zu haftbezogenen Variablen auf (z.B. Prisonisierungseffekte, Interesse an einer sozialtherapeutischen Behandlung) als der FMP, auch wenn diese Zusammenhänge nicht immer signifikant waren. Die hohe Korrelation der Maße für Therapiemotivation untereinander stützt die These, dass beide Fragebögen (FMP und SBV-R) ein ähnliches, wenn auch nicht identisches Konstrukt erfassen (konvergente Validität). Die gefundenen positiven Zusammenhänge zwischen Leidensdruck und Therapiemotivation sind ferner konsistent mit früheren Untersuchungen zu diesem Thema (Battjes et al., 2003; Dahle, 1994; Köhler et al., 2008).

Der Vorteil des SBV-R gegenüber dem FMP ist wenig überraschend, da der FMP in einem anderen Kontext entwickelt wurde, nämlich zur Erhebung der Motivation für eine Psychotherapie bei psychischen oder psychosomatischen Störungen. Für die

Übertragbarkeit auf den Bereich der Straftäterbehandlung spricht jedoch, dass die Skalenmittelwerte der untersuchten Gefangenen beinahe identisch sind mit denen der Normstichprobe (Schneider et al., 1989) und dass auch die Interkorrelationen der Skalen weitgehend denen bei Psychotherapiepatienten entsprachen. Die Übertragbarkeit der Ergebnisse ist möglicherweise daher gegeben, dass auch Strafgefangenen, vor allem in der Untersuchungshaft, häufig an psychischen und psychosomatischen Beschwerden leiden. Drenkhahn und Dudeck (2007) stellen in einer Übersicht dar, dass bei männlichen Gefangenen europaweit hohe Prävalenzraten für affektive Störungen und Angststörungen gefunden wurden. Gegen eine Übertragbarkeit spricht wiederum, dass psychische oder psychosomatische Störungen wie Depression, Angststörungen oder Psychosen im Kontext der Straftäterbehandlung keine Zusammenhänge mit Rückfälligkeit aufweisen und daher nicht im Zentrum der Behandlung stehen (Bonta, Blais & Wilson, 2014). Ziel der Kriminaltherapie ist eine Reduktion von Risikofaktoren, die kriminelles Verhalten begünstigen, während Psychotherapie der Linderung psychischer Symptome gilt (Endres & Schwanengel, in Druck).

Die Skalen des FMP und des SBV-R erwiesen sich überwiegend als ausreichend internal konsistent. Eine Ausnahme betrifft allerdings die Skala Laienätiologie. Möglicherweise ist dieses Konstrukt, welches sich auf die subjektive Erklärung eines Psychotherapiepatienten für seine Störung bezieht, nicht ohne weiteres auf den Kontext der Kriminaltherapie, also der Behandlung von Risikofaktoren für zukünftige Straftaten, übertragbar. Straftäter leiden nicht zwangsläufig an psychischen Störungen, und wenn doch, handelt es sich häufig um Störungen (dissoziale Persönlichkeitsstörung, auch Paraphilien), die zwar große Anpassungsschwierigkeiten und Leid bei anderen Personen verursachen können, aber nicht per se mit psychischen Belastungen einhergehen müssen. Auch Konstrukte wie „Krankheitserleben“ und „Leidensdruck“ haben deshalb bei inhaftierten Straftätern tendenziell eine andere Bedeutung als bei Personen, die sich aufgrund psychischer Störungen oder Belastungen freiwillig in eine Behandlung begeben. Körperliche Faktoren (z.B. körperliche Symptome einer Substanzabhängigkeit, neurologische oder hirnrorganische Erkrankungen) werden bei inhaftierten Gewaltstraftätern in der Regel nicht als primäre Risikofaktoren für Delinquenz betrachtet, d.h. eine rein somatische Laienätiologie („Ich habe ein Straftat begangen, weil ich körperlich krank bin“) dürfte in dieser Gruppe selten auftreten. Eine psychosoziale Laienätiologie hingegen, d.h. die Neigung, die Ursache eigener Symptome in der veränderlichen Umwelt zu suchen, mag zwar bei Psychotherapiepatienten eine günstige Voraussetzung für die Behandlung darstellen, kann aber bei Straftätern auch ein Hinweis auf Externalisierungstendenzen sein. Beispielsweise kann die Erkenntnis, dass arbeitsbezogener Stress die Ursache für Belastungen darstellt, bei depressiven Patienten künftige Interventionen erleichtern, bei Straftätern könnte dasselbe Attributionsmuster hingegen als Versuch interpretiert werden, die Verantwortung auf äußere Umstände abzuschieben. Maruna und Mann (2006) merken ferner an, dass nicht die aktuelle Ursachenzuschreibung (z.B. „Ich habe die Tat nur begangen, weil ich zu viel getrunken habe“) entscheidend für Behandlungsmotivation und -erfolg seien, sondern vielmehr die zukunftsgerichtete Veränderungsab-

sicht („Aber es liegt an mir, künftig alkoholabstinent zu leben“). Weitere Forschung könnte zeigen, inwieweit diese Form der Veränderungsattribution wichtiger für Therapiemotivation und Behandlungserfolg ist als die aktuelle Problemattribuion.

Zusammenhänge zwischen therapierelevanten Konstrukten

Zudem wies die reine Problembelastung im Gegensatz zum Leidensdruck keine signifikanten Zusammenhänge mit Therapiemotivation auf. Dies ist insofern plausibel, als Belastungserleben bei inhaftierten Straftätern nicht nur aus der konstruktiven Auseinandersetzung mit dem Delikt resultieren kann, sondern auch aus den Einschränkungen der Haft selbst (Day, Casey, Ward, Howells & Vess, 2010). Dahle (1995) vermutet zwar, dass eine höhere Problembelastung dazu beitragen könne, dass Gefangene trotz äußerer Widerstände therapiebereiter sind, doch verschiedene Studien kommen zu dem Schluss, dass Unzufriedenheit mit der Haftsituation und eine daraus resultierende extrinsische Motivation keinen Zusammenhang mit Veränderungsbereitschaft aufweist (Hommers & Steller, 1977; Suhling & Cottonaro, 2005; Suhling et al., 2009). Die ungewöhnlich hohe Ausprägung von Problembelastung zu Haftbeginn wurde in der relevanten Literatur wiederholt beschrieben (Bukstel & Kilman, 1980; Greve, 2003; Zamble, 1992) und verweist darauf, dass die ersten Monate der Inhaftierung eine besonders belastende Phase für Gefangene darstellen. Die Abnahme über den Haftverlauf spricht hingegen dafür, dass den Gefangenen im Laufe der ersten zwei Haftjahre eine Anpassung oder Gewöhnung an die widrigen Umstände der Haft gelingt (Zamble, 1992).

Prisonisierungseffekte korrelierten negativ mit Therapiemotivation und Leidensdruck, wenn dieser über den SBV-R erfasst wurde. Dies spricht für die Annahme von Ortmann (1993), dass insbesondere bei langen Haftstrafen der Erfolg von Resozialisierungsmaßnahmen erschwert ist, da Anwendungsvoraussetzungen therapeutischer Maßnahmen (z.B. Therapiemotivation) nicht mehr gegeben sind. Ebenso stützen die Ergebnisse die Vermutung von Pecher und Postpischil (2000), dass zunehmende Prisonisierungseffekte mit geringerem Leidensdruck assoziiert sind. Der gefundene Zusammenhang ist allerdings lediglich korrelativ und erlaubt keine kausalen Schlussfolgerungen. So könnten Gefangene mit höherem Leidensdruck einerseits weniger anfällig für Prisonisierungseffekte sein, andererseits könnten letztere auch dazu beitragen, dass Leidensdruck in Folge einer zunehmenden Schuldexternalisierung abnimmt (Harbordt, 1972; Pecher & Postpischil, 2000). Außerdem könnte eine dritte Größe Veränderungen in beiden Variablen bedingen.

Grenzen der Aussagekraft der vorliegenden Befunde

Die Studie unterliegt einigen Einschränkungen. Zunächst handelt es sich um eine recht spezifische Stichprobe von Gewaltstraftätern mit hohem Strafmaß, deren

Ergebnisse zwar beispielsweise für Aussagen zur Indikation für eine sozialtherapeutische Behandlung relevant sind, aber nicht ohne weiteres auf andere Straftätergruppen generalisiert werden können. Zudem ergab sich hinsichtlich der verstrichenen Haftdauer eine starke Konzentration auf kurze Haftzeiten von weniger als zwei Jahren. Eine gleichmäßigere Verteilung über längere Zeiträume wäre hilfreich gewesen, um Zusammenhänge zwischen Leidensdruck bzw. Prisonisierung und Haftzeit deutlicher zum Vorschein treten zu lassen. Aufgrund der Schwierigkeiten bei der Datenerhebung im Strafvollzug und der geringen Beteiligung der Gefangenen ließ sich dies leider nicht realisieren.

Des Weiteren könnten Selektionseffekte die Ergebnisse beeinflusst haben. Die Teilnahme der Gefangenen erfolgte auf freiwilliger Basis und die Fachdienstmitarbeiter vor Ort rekrutierten ihnen über Gespräche oder die Teilnahme an vollzuglichen Maßnahmen bekannte Gefangene. Es ist also anzunehmen, dass die Teilnehmer vor allem motivierte Gefangene waren, die der Therapie im Strafvollzug prinzipiell positiv gegenüber standen. Der hohe Anteil an Gefangenen, die großes Interesse an einer sozialtherapeutischen Behandlung äußerte, spricht für diese These. Zudem können Aspekte der sozialen Erwünschtheit nicht ausgeschlossen werden, d.h. die Gefangenen könnten sich durch ihre Antworten in ein besseres Licht rücken wollen, um mögliche Nachteile zu vermeiden. Andererseits gab es Bemühungen dem entgegenzuwirken; so waren die Autoren der Studie nicht unmittelbar an der Datenerhebung vor Ort beteiligt und den Teilnehmern wurde Anonymität garantiert. Obwohl zweifellos von Interesse, konnten einige interessante Variablen in der Studie nicht erfasst werden. So bleibt beispielsweise unklar, inwieweit die teilnehmenden Gefangenen an psychischen oder psychiatrischen Störungen litten oder welchen psychosozialen Belastungsfaktoren sie zum Zeitpunkt der Erhebung ausgesetzt waren.

Schlussfolgerungen für die vollzugliche Praxis

Für die Prüfung, ob die Verlegung in eine sozialtherapeutische Einrichtung angezeigt ist (§ 9 StVollzG bzw. Art. 11 BayStVollzG), kommt es primär darauf an, ob ein Gefangener behandlungsbedürftig (also ob Dispositionen vorliegen, die eine zukünftige Gefährlichkeit begründen) und behandlungsfähig ist (also über die sprachlichen und intellektuellen Voraussetzungen verfügt). Die Behandlungsmotivation wird üblicherweise nicht als Aspekt der Behandlungsfähigkeit gesehen und stellt auch keine rechtliche Voraussetzung für die Verlegung in eine Therapieabteilung dar. Fehlende oder unzureichende Motivation ist aber tatsächlich die wichtigste Ursache dafür, dass eine Behandlung nicht zustande kommt oder abgebrochen wird (Endres, 2014). Dies gilt vor allem auch deshalb, weil viele standardisierte Behandlungsprogramme eine „Deliktbearbeitung“ als zentrales Element vorsehen, für das Schuldanerkennung erforderlich ist. Das Abstreiten der Tatvorwürfe gilt vielfach als Behandlungshindernis; es gibt aber auch Ansätze, die auch für leugnende Täter geeignet sind (vgl. Endres & Breuer, 2014).

Der Strafvollzug verlässt sich vielfach auf den Leidensdruck, den die Inhaftierung mit sich bringt, um die Gefangenen zur Teilnahme an einer als angezeigt bestimmten Therapie zu bewegen. Diese Art von Leidensdruck kann noch gesteigert werden, wenn beispielsweise im Vollzugsplan formuliert wird, dass Vollzugslockerungen erst im Laufe einer Therapie gewährt werden können. Jedoch lässt sich durch diesen Druck nur eine extrinsische Motivation hervorrufen, die zwar häufig zu einer Anpassung an Vorgaben führt, nicht jedoch bereits zu einer Bereitschaft zur Veränderung (Reker, 2012; vgl. Gerber & Endres, 2014, S.35 ff.). Deshalb erscheint es wenig zielführend, allein auf diesen äußeren Druck zu setzen.

Veränderungsbereitschaft als intrinsische Motivation setzt voraus, dass die Person nicht nur einen bisherigen Zustand als unangenehm empfindet („Leidensdruck“), sondern auch, dass sie für sich positive Ziele möglichst konkret definieren und ausmalen kann (Aspekte eines straffreien Lebens). Zumindest eine Ambivalenz ist als Ausgangsbasis für Veränderungsprozesse erforderlich. Üblicherweise sind Gefangene mit ihrem kriminellen Leben insofern unzufrieden, als es sie immer wieder in Schwierigkeiten gebracht hat; andererseits tendieren sie dazu, diese Schwierigkeiten als Folge von äußeren Umständen oder „Pech“ vor sich zu beschönigen und in ihrem bisherigen Verhaltensstil zu beharren. Veränderungsbereitschaft ist jedoch kein dauerhaftes und unveränderliches Merkmal einer Person. Vielmehr kann das Bewusstmachen der Ambivalenz und das Herausarbeiten von positiven Zielen dazu führen, die Änderungsmotivation zu stärken; dazu bietet die Methode der motivierenden Gesprächsführung besondere Gesprächstechniken und standardisierte Interventionen an (vgl. Breuer, Gerber, Buchen-Adam & Endres, 2014).

Der Befund, dass der Leidensdruck mit zunehmender Inhaftierungsdauer abnimmt, konnte in der vorliegenden Studie nicht bestätigt werden. Jedoch fand Carl (2014a) an derselben Stichprobe einen Hinweis auf eine Abnahme von Leidensdruck mit zunehmender Haftdauer abhängig von der Behandlungsvorerfahrung. Die Gefangenen, die bereits länger als 22 Monate inhaftiert waren, und keine frühere Therapieerfahrung besaßen, wiesen einen deutlich niedrigeren Leidensdruck auf als jene, die weniger als 22 Monate inhaftiert waren. Für Gefangene mit Therapieerfahrungen fand sich dieser Zusammenhang allerdings nicht. Eine längsschnittliche Untersuchung mit verschiedenen Messzeitpunkten wäre notwendig, um die genauen Veränderungen von Leidensdruck in Abhängigkeit von der Haftdauer zu eruieren. Ein hoher Leidensdruck zu Haftbeginn könnte ein Argument für das frühzeitige Angebot von strukturierten Behandlungsmaßnahmen darstellen. Das Konzept der integrativen Sozialtherapie mit integrierten Vollzugslockerungen wird aber häufig so interpretiert, dass bei Inhaftierten mit langen Freiheitsstrafen die Behandlung eher in einem späteren Stadium der Haft erfolgen sollte, damit sie nahtlos in die Entlassungsvorbereitung und die Nachsorge übergehen kann. Behandlungsangebote, die diese Zielgruppe schon in einem früheren Stadium ansprechen, sind bisher selten. Dafür spräche jedoch zusätzlich zu dem häufig erhöhten Leidensdruck, dass zu Beginn subkulturelle Einflüsse noch weniger Zeit hatten, sich geltend zu machen, und dass die Erinnerung an das Tatgeschehen noch frischer und umfangreicher ist, als sie nach einigen Jahren sein wird.

Zusammenfassend eröffnet die zuverlässige und valide Erfassung von Behandlungsmotivation eine Vielzahl weiterführender Forschungsfragen, die auch für die vollzugliche Praxis relevant erscheinen. Eine Replikation der vorgestellten Ergebnisse an einer größeren Stichprobe von Inhaftierten mit einer höheren Varianz hinsichtlich Haftdauer und Motivation wäre wünschenswert, um weitere Hinweise auf die Anwendbarkeit des SBV-R im Vollzug zu erhalten. Diese Studien könnten zeigen, inwieweit der SBV-R auch bei anderen Gruppen von Inhaftierten (Jugendstraftäter, Sexualstraftäter, Gefangene mit Drogendelikt, Klienten der Sozialtherapie) reliable und valide Ergebnisse zur Behandlungsmotivation liefert und inwieweit er sich auch in der Praxis bei vollzuglichen Entscheidungen als hilfreich erweist.

Literatur

- Arbeitskreis Sozialtherapeutische Anstalten im Justizvollzug e.V. (2012). Sozialtherapeutische Anstalten und Abteilungen im Justizvollzug. Mindestanforderungen an Organisation und Ausstattung sowie Indikation zur Verlegung. In B. Wischka, W. Pecher & H. van den Boogart (Hrsg.), *Behandlung von Straftätern. Sozialtherapie, Maßregelvollzug, Sicherungsverwahrung* (S. 20-26). Freiburg im Breisgau: Centaurus.
- Battjes, R. J., Gordon, M. S., O'Grady, K. E., Kinlock, T. W. & Carswell, M. A. (2003). Factors that predict adolescent motivation for substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24, 221-232. doi: 10.1016/S0740-5472(03)00022-9
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer.
- Bonta, J., Blais, J. & Wilson, H. A. (2014). A theoretically informed meta-analysis of the risk for general and violent recidivism for mentally disordered offenders. *Aggression and Violent Behavior*, 19, 278-287. doi: 10.1016/j.avb.2014.04.014
- Bosold, C. (2008). Therapieindikation bei der Straftäterbehandlung. In M. Steller & R. Volbert (Hrsg.), *Handbuch der Rechtspsychologie* (S. 144-151). Göttingen: Hogrefe.
- Bosold, C. & Lauterbach, O. (2010). Leben ohne Gewalt organisieren. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 4, 269-277. doi: 10.1007/s11757-010-0073-4
- Breuer, M., Gerber, K., Buchen-Adam, N. & Endres, J. (Hrsg.) (2014). *Kurzintervention zur Motivationsförderung. Ein Manual für die Arbeit mit straffällig gewordenen Klientinnen und Klienten*. Lengerich: Pabst.
- Breuer, M., Gerber, K. & Endres, J. (2012). Kurzintervention zur Motivationsförderung im Strafvollzug. *Bewährungshilfe*, 59, 359-369.
- Bukstel, L. H. & Kilman, P. R. (1980). Psychological effects of imprisonment on confined individuals. *Psychological Bulletin*, 88, 469-493. doi: 10.1037/0033-2909.88.2.469
- Carl, L. (2014a). Zusammenhang zwischen Leidensdruck und Haftdauer bei Gewaltstraftätern. Implikationen für die Sozialtherapie. Unveröffentlichte Masterarbeit, Friedrich-Alexander-Universität. Erlangen.

- Carl, L. (2014b). Zwischenbericht zum Projekt „Therapie mit Langstrafigen zu Haftbeginn“. Unveröffentlichtes Arbeitspapier. Kriminologischer Dienst des Bayerischen Justizvollzugs. Erlangen.
- Dahle, K.-P. (1994). Therapiemotivation inhaftierter Straftäter. In M. Steller, K.-P. Dahle & M. Basqué (Hrsg.), *Straftäterbehandlung. Argumente für eine Revitalisierung in Forschung und Praxis* (Bd. 2, S. 227-246). Pfaffenweiler: Centaurus-Verl.-Ges.
- Dahle, K.-P. (1995). *Therapiemotivation hinter Gittern. Zielgruppenorientierte Entwicklung und Erprobung eines Motivationskonstrukts für die therapeutische Arbeit im Strafvollzug*. Regensburg: Roderer.
- Day, A., Casey, S., Ward, T., Howells, K. & Vess, J. (2010). What are readiness factors? In A. Day, S. Casey, T. Ward, K. Howells & J. Vess (Eds.), *Transitions to better lives. Offender readiness and rehabilitation* (pp. 27-46). Cullompton, Devon: Willan.
- Döhla, C. M. & Feulner, F. (2012). Motivationsbehandlung in der rückfallpräventiven Behandlung von Sexualstraf Tätern. Vorstellung eines Gruppenmoduls in der Sozialtherapeutischen Abteilung der JVA St. Georgen-Bayreuth zur Steigerung der Behandlungsmotivation. In B. Wischka, W. Pecher & H. van den Boogart (Hrsg.), *Behandlung von Straftätern. Sozialtherapie, Maßregelvollzug, Sicherungsverwahrung* (S. 294-311). Freiburg im Breisgau: Centaurus.
- Drenkhahn, K. & Dudeck, M. (2007). Lebensbedingungen im europäischen Langstrafenvollzug. *Neue Kriminalpolitik*, 4, 134-138.
- Drieschner, K. H. & Boomsma, A. (2008). The Treatment Motivation Scale of Forensic Outpatient Treatment (TMS-F). Construction and evaluation. *Assessment*, 15, 224-241. doi: 10.1177/1073191107311650
- Drieschner, K. H., Lammers, S. M. & Staark, van der C. P. F. (2004). Treatment motivation: An attempt for clarification of an ambiguous concept. *Clinical Psychology Review*, 23, 1115-1137. doi: 10.1016/j.cpr.2003.09.003
- Endres, J. (2014). Determinanten der Behandlungsteilnahme und des Behandlungsabbruchs. *Forum Strafvollzug*, 63, 237-243.
- Endres, J. & Breuer, M. M. (2014). Leugnen bei inhaftierten Sexualstraf Tätern. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 8, 263-278. doi: 10.1007/s11757-014-0271-6
- Endres, J. & Oranu, N. (2010). Fragebogen zu subjektiven Behandlungsvoraussetzungen (SBV-R). Unveröffentlicht.
- Endres, J. & Schwanengel, F. (im Druck). Straftäterbehandlung. *Bewährungshilfe*.
- Gerber, K. & Endres, J. (2014). Grundlagen der motivierenden Gesprächsführung. In M. M. Breuer, K. Gerber, N. Buchen-Adam & J. Endres (Hrsg.), *Kurzintervention zur Motivationsförderung* (S. 29-86). Lengerich: Pabst.
- Greve, W. (2003). Jugend im Gefängnis. In U. Lehmkuhl (Hrsg.), *Aggressives Verhalten bei Kindern und Jugendlichen* (S. 230-243). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Harbordt, S. (1972). *Die Subkultur des Gefängnisses. Eine soziologische Studie zur Resozialisierung*. Stuttgart: Enke.

- Hiller, M. L., Knight, K., Leukefeld, C. & Simpson, D. D. (2002). Motivation as a predictor of therapeutic engagement in mandated residential substance abuse treatment. *Criminal Justice and Behavior*, 29, 56-75. doi: 10.1177/0093854802029001004
- Hommers, W. & Steller, M. (1977). Zur Behandlungsmotivation von Delinquenten: Empirische Befunde zu Leidensdruck und anderen motivationalen Variablen als sozialtherapeutische Eignungskriterien. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 60, 279-285. Verfügbar unter <http://opus.bibliothek.uni-wuerzburg.de/frontdoor/index/index/docId/4075>
- Hosser, D. & Greve, W. (1999). *Gefängnis und die Folgen. Identitätsentwicklung und kriminelles Handeln während und nach Verbüßung einer Jugendstrafe; das Erhebungsinstrument der standardisierten Befragung*. Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen.
- Joe, G., Simpson, D. D. & Broome, K. M. (1998). Effects of readiness for drug abuse treatment on client retention and assessment of process. *Addiction*, 93, 1170-1190. doi: 10.1046/j.1360-0443.1998.93811776.x
- Köhler, D., Hinrichs, G. & Baving, L. (2008). Therapiemotivation, Psychische Belastung und Persönlichkeit bei Inhaftierten des Jugendvollzuges. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 37, 24-32. doi: 10.1026/1616-3443.37.1.24
- Maruna, S. & Mann, R. E. (2006). A fundamental attribution error? Rethinking cognitive distortions. *Legal and Criminological Psychology*, 11, 155-177. doi: 10.1348/135532506X114608
- Messina, N., Burdon, W., Hagopian, G. & Prendergast, M. (2006). Predictors of prison-based treatment outcomes: A comparison of men and women participants. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 32, 7-28. doi: 10.1080/00952990500328463
- Mulder, C. L., Jochems, E. & Kortrijk, H. E. (2014). The motivation paradox: Higher psychosocial problem levels in severely mentally ill patients are associated with less motivation for treatment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49, 541-548. doi: 10.1007/s00127-013-0779-7
- Olver, M. E., Stockdale, K. C. & Wormith, J. S. (2011). A meta-analysis of predictors of offender treatment attrition and its relationship to recidivism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 6-21. doi: 10.1037/a0022200
- Ortmann, R. (1993). Haft als negativer Sozialisationsprozeß. In G. Kaiser & H. Kury (Hrsg.), *Kriminologische Forschung in den 90er Jahren* (Kriminologische Forschungsberichte aus dem Max-Planck-Institut für Ausländisches und Internationales Strafrecht, Bd. 66,1, S. 259-308). Freiburg i. Br: Max-Planck-Institut für Ausländisches und Internationales Strafrecht.
- Pecher, W., Heller, N. & Endres, J. (2011). Projekt „Therapie mit langstrafigen Gefangenen zu Beginn der Haft in der JVA München-Stadelheim“. Unveröffentlichtes Arbeitspapier.
- Pecher, W. & Postpischil, S. (2000). Tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie in der Untersuchungshaft. *Recht und Psychiatrie*, 18, 177-182.
- Reker, M. (2012). Fremdmotivation suchtkranker Klienten: Behandlung suchtkranker Straftäter unter Druck und Zwang aus der Perspektive des Community Reinforcement Approaches. *Bewährungshilfe*, 53, 380-392.
- Rettenberger, M. & Franqué, F. von (Hrsg.) (2013). *Handbuch kriminalprognostischer Verfahren*. Göttingen: Hogrefe.

- Schneider, W., Basler, H.-D. & Beisenherz, B. (1989). *Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation*. Weinheim: Beltz Test.
- Schneider, W. & Klauer, T. (2001). Symptom level, treatment motivation and the effects on inpatient psychotherapy. *psychotherapy research*, 11, 153-167. doi: 10.1080/713663888
- Steller, M. (1974). „Leidensdruck“ als Indikation für Sozialtherapie? Unveröffentlichte Dissertation, Christian-Albrechts-Universität. Kiel
- Suhling, S. & Cottonaro, S. (2005). Motivation ist alles? Formen und Bedingungen von Veränderungs- und Behandlungsbereitschaft bei Inhaftierten. *Zeitschrift für Jugendkriminalrecht und Jugendhilfe*, 16, 385-396.
- Suhling, S., Köhler, A. & Bernardi, C. (2009). Soziales Klima, Behandlungsmotivation und Behandlungserfolg in Sozialtherapeutischen Einrichtungen des Justizvollzugs und im Maßregelvollzug. In N. Saimeh (Hrsg.), *Motivation und Widerstand - Herausforderungen im Maßregelvollzug* (S. 211-228). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Suhling, S., Pucks, M. & Bielenberg, G. (2012). Ansätze zum Umgang mit Gefangenen mit geringer Veränderungs- und Behandlungsmotivation. In B. Wischka, W. Pecher & H. van den Boogart (Hrsg.), *Behandlung von Straftätern. Sozialtherapie, Maßregelvollzug, Sicherungsverwahrung* (S. 233-296). Freiburg im Breisgau: Centaurus.
- Ward, T., Day, A., Howells, K. & Birgden, A. (2004). The multifactor offender readiness model. *Aggression and Violent Behavior*, 9, 645-673. doi: 10.1016/j.avb.2003.08.001
- Wietersheim, J. von, Schneider, W., Kriebel, R., Freyberger, H. & Tetzlaff, M. (2000). Entwicklung und erste Evaluierungen der Achse Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29, 109-116. doi:10.1026//0084-5345.29.2.109
- Zamble, E. (1992). Behavior and adaptation in long-term prison inmates: Descriptive longitudinal results. *Criminal Justice and Behavior*, 19, 409-425. doi: 10.1016/j.ijlp.2009.06.008

Anhang:

Itemliste des SBV-R (5-stufige Likert-Skala von stimme gar nicht zu bis stimme völlig zu)

Teil A: Haftumgebung

- Die Gefangenen kümmern sich umeinander.
- Es gibt hier bedrohliche Situationen.
- Als Gefangener kann man auf dieser Abteilung über alle Probleme mit Mitarbeitern sprechen.
- Auch der schwächste Gefangene findet Rückhalt bei seinen Mitgefangenen.
- Es gibt sehr aggressive Gefangene auf dieser Abteilung.
- Den Mitarbeitern ist es persönlich wichtig, wie es mit den Gefangenen weitergeht.
- Die meisten Gefangenen interessieren sich für die Probleme ihrer Mitgefangenen.

- Manche Gefangene haben Angst vor anderen Gefangenen.
- Die Mitarbeiter nehmen sich sehr viel Zeit für die Gefangenen.
- Wenn ein Gefangener ein wichtiges Anliegen hat, wird er von den Mitgefangenen unterstützt.
- Es gibt Situationen, in denen Mitarbeiter vor bestimmten Gefangenen Angst haben.
- Oft scheint es den Mitarbeitern egal zu sein, ob Gefangene im Vollzug scheitern oder weiterkommen.
- Unter den Gefangenen gibt es einen guten Zusammenhalt.
- Einige Gefangene sind so reizbar, dass man besonders vorsichtig mit ihnen umgeht.

Teil B: Therapiemotivation

- Auch ohne Hilfe von anderen habe ich mein Leben gut im Griff.
- Ich würde mich an einer Therapie aktiv beteiligen und versuchen mein Bestes zu geben.
- Niemand versteht mich.
- Freunde und Verwandte unterstützen mich, wenn ich Probleme habe.
- Eine Therapie ist mir viel zu zeitaufwändig.
- Eine Therapie kann mein Leben nicht verbessern.
- Um glücklich zu werden, muss ich mein Verhalten umgehend ändern.
- In meinem Umfeld würde es keiner verstehen, wenn ich eine Therapie mache.
- Für mich wäre bzw. ist es demütigend, an einer Therapie teilzunehmen.
- Den Sozialpädagogen/ Psychologen der Anstalt sind meine persönlichen Probleme egal.
- Mein Verhalten ist schlimmer als das von anderen.
- Ich fühle mich absolut wohl mit mir und meinem Verhalten.
- Ich kann mich niemandem im Gefängnis anvertrauen.
- Eine Therapie wäre vielleicht eine weitere Enttäuschung.
- Nach der Haftstrafe werde ich mir einen anderen Freundeskreis suchen, der keine Konflikte mit dem Gesetz hat.
- Die Menschen in meiner Umgebung werden es nicht verstehen, wenn ich eine Therapie mache.
- Ich freue mich über Hilfsangebote, da ich viel in meinem Leben ändern muss.
- Ich komme im Gefängnis einfach nicht klar.
- Um mich verändern zu können, muss ich eine Therapie machen.
- Auch in meiner Freizeit würde ich mich mit Inhalten der Therapie auseinandersetzen.

- Etwas anderes als eine psychologische Therapie, z.B. eine Umschulung oder ein Führerscheinkurs, wäre für mich wahrscheinlich besser.
- Die Menschen in meinem Leben erwarten, dass ich meine Situation zum Positiven verändere.
- Ich bin wahrscheinlich zu ungeduldig für eine Therapie.
- Ich schaffe es auch ohne Therapie, mein Leben zum Besseren zu wenden.
- Menschen die mir wichtig sind erwarten von mir, dass ich eine Therapie mache.
- Trotz allem habe ich ein gutes Leben.
- Der Erfahrungsaustausch in einer Gruppentherapie kann mir helfen.
- Eine Therapie kommt für mich nicht in Frage, so was bringt nichts.
- Manchmal hasse ich mich und mein Verhalten.
- Ich ziehe eine Therapie durch, egal was diese mir abverlangt.
- Ich versuche mich zu bessern, um mit meiner Familie/ Verwandten ein gutes Verhältnis aufbauen zu können.
- Ich fühle mich durch die Justiz gezwungen, eine Therapie zu machen.
- Ich muss lernen, mit unangenehmen Situationen besser umzugehen.
- Ich bin noch nicht bereit für eine Therapie.
- Ich kann mich über nichts mehr richtig freuen.
- Die Menschen in meiner Umgebung fördern meine schlechtesten Angewohnheiten.
- Ich wäre bzw. bin bereit, in einer Therapie über Gefühle und Ängste zu sprechen.
- Durch eine Therapie hoffe ich, mir über meine Gedanken und Probleme klar werden zu können.
- Ohne Therapie werde ich es nicht schaffen, mich zu ändern.
- Eine anstrengende Therapie halte ich vielleicht auf Dauer nicht aus.
- Es gibt Menschen in meiner Umgebung, die mich und meine Bemühungen respektieren.
- Ich habe immer nur Pech.
- Wenn ich mal keine Lust auf eine Therapiesitzung hätte, müsste man das akzeptieren.
- Wenn ich nach ein paar Wochen keinen Erfolg merke, würde ich eine Therapie abbrechen.
- Ich bin nicht schuld an meiner jetzigen Situation.
- Die Aussicht auf Vollzugslockerungen ist für mich der wichtigste Grund dafür, eine Therapie zu machen.
- Ich muss mich verändern, um dauerhaft glücklich zu sein.
- Durch eine Therapie kann sich mein Leben schlagartig verbessern.
- Ich denke oft über meine Probleme nach und muss dringend etwas ändern.
- Ich habe Freunde, die nicht mit dem Gesetz in Konflikt gekommen sind.

- Ich bin mir sicher, Erlerntes auch nach einer Therapie anwenden zu können.
- Ich verdiene es nicht, eingesperrt zu sein.

Teil C: Psychische Stabilität

- Ich schlafe schlecht.
- Ich habe Gründe, stolz auf mich zu sein.
- Ich wäge ab, welche Konsequenzen mein Handeln für andere haben kann.
- Ich mache Pläne für die Zukunft.
- Ich komme mir vor wie ein Versager.
- Ich habe Probleme, mich auf Dinge zu konzentrieren.
- Ich habe Angst vor bestimmten Dingen, wie Spinnen, kleinen Räumen oder großen Menschenansammlungen.
- Manchmal fühle ich mich ängstlich und nervös.
- Ich wünschte, ich könnte mich selbst mehr respektieren.
- Ich verspüre oft den Wunsch, mich zu betrinken.
- Ich fühle mich häufig traurig oder niedergeschlagen.
- Ich mache mir Gedanken über die möglichen Ergebnisse meiner Handlungen.
- Ich fühle mich oft extrem müde und ausgelaugt.
- Ich habe Probleme, längere Zeit still zu sitzen.
- Wenn ich könnte, würde ich in der nächsten Zeit Alkohol oder Drogen zu mir nehmen.
- Ich fühle mich, als sei ich nichts wert.
- Ich mache mir oft Sorgen und grübele vor mich hin.
- Ich habe Probleme, Entscheidungen zu treffen.
- Ich habe keine Hoffnung für die Zukunft.
- Ich treffe gute Entscheidungen.
- Nach der Entlassung würde ich wahrscheinlich wieder straffällig werden.
- Im Großen und Ganzen bin ich zufrieden mit mir selbst.
- Ich treffe manchmal Entscheidungen, ohne mir über die Konsequenzen Gedanken zu machen.
- Ich fühle mich oft angespannt und überdreht.
- Andere interessieren sich nicht für mich.
- Ich bin oft verspannt, und meine Muskeln sind angespannt.
- Wahrscheinlich werde ich es schaffen, nicht wieder straffällig zu werden.
- Ich bin einsam.
- Ich analysiere Probleme, indem ich über die einzelnen Entscheidungsmöglichkeiten nachdenke.

Sporttherapie in der forensischen Psychiatrie – eine Standortbestimmung

*Thomas Ross, Susanne Reder, Jan Querengässer,
Filip Mess & Olav Schmid*

Zusammenfassung

Die Sporttherapie gehört ebenso wie die Kunst- oder Arbeitstherapie zu den begleitenden therapeutischen Maßnahmen im Rahmen der Behandlung forensisch-psychiatrischer Patienten. Sie gilt als etabliert, wurde in der Vergangenheit aber kaum Gegenstand forensisch wissenschaftlicher Untersuchungen. Die vorliegende Studie enthält eine Standortbestimmung der Sporttherapie in der forensischen Psychiatrie in Deutschland. Untersucht wurden die Rahmenbedingungen der Sporttherapie sowie allgemeine Wirkmechanismen, soweit sie den behandelnden Therapeuten zugänglich sind. Im Rahmen einer qualitativen Voruntersuchung wurden Experten befragt. Auf Basis der Befragungsergebnisse wurde ein Onlinefragebogen konzipiert und an das Netzwerk aller in der Bundesrepublik Deutschland erfassten Sporttherapeuten gesendet. Die Auswertung von 55 Datensätzen aus 12 Bundesländern zeigte erhebliche standortbezogene Unterschiede in den Rahmenbedingungen der Behandlung. Im Allgemeinen sind Patienten, die nach § 64 StGB in sporttherapeutischer Behandlung sind, körperlich leistungsfähiger als solche, die nach § 63 StGB behandelt werden, stellen sich im therapeutischen Umgang aber häufig schwieriger dar. Befragt nach den zentralen Wirkmechanismen der Sporttherapie stellten die Therapeuten physische zugunsten sozialtherapeutischer Aspekte in den Hintergrund. Zu den praktischen Implikationen der Studie gehört die Forderung nach einer Intensivierung des Informationsaustauschs innerhalb der behandelnden Teams. Zukünftige Forschungsfragen werden sich auf die Untersuchung spezifischer Wirkmechanismen der Sporttherapie für forensisch-psychiatrische Patienten richten.

Schlüsselwörter:vom Autor zu ergänzen

Status-quo of sports therapy in forensic psychiatric hospitals

Abstract

Sports therapy is a concomitant therapeutic measure for the treatment of forensic psychiatric patients. It is generally accepted that sports therapy positively affects health and well-being, but scientific knowledge is scarce when it comes to describing specific exercise-related health effects for forensic psychiatric patients. This study describes the status-quo of sports therapy in Germany, as applied within forensic psychiatric hospitals. We investigated the general framework under which sports therapy is conducted, and asked for possible therapeutic agents as conceived by German sports therapists. On the basis of expert interviews, an online questionnaire was developed and sent out to all sports therapists listed in Germany. The results are based on 55 data sets from twelve German states and show clear differences in the working conditions of sports therapists. Substance addicted patients under treatment according to § 64 of the German Penal Code are, as far as their physical condition is concerned, generally better off than forensic psychiatric patients according to § 63. On the other hand, they tend to be more difficult to handle as a result of frequent rule-breaking and other anti-social behaviours. As for therapeutic agents, German sports therapists consider social therapeutic and psychological effects of their work to be more important than physical or physiological ones. Practical implications refer to the need for better exchange of information between forensic teams. Further research should focus on the investigation of therapeutically relevant mechanisms specific to sports therapy with forensic psychiatric patients.

Key words:

Körperliche Aktivität wirkt sich im Allgemeinen positiv auf die Gesundheit und das Wohlbefinden aus. Sie ist positiv mit der Lebenserwartung assoziiert. Die wissenschaftlichen Belege für die Richtigkeit dieser Aussagen werden, legt man ganz allgemeine Zusammenhänge zugrunde, kaum noch in Zweifel gezogen (zusammenfassend Lee et al., 2012). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hebt vor allem die gesundheitspräventiven Aspekte körperlicher Aktivität hervor. Die günstige Wirkung von maßvoller Bewegung gilt für viele medizinischen Krankheitsbilder als nachgewiesen, darunter koronare Herzkrankheiten, Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Brustkrebs, arterielle Hypertonie sowie chronische Atemwegserkrankungen (Reimers, Reimers, & Knapp, 2013; DVGS, 2014). Psychiatrische Erkrankungen wie affektive Psychosen oder Angsterkrankungen nehmen bei regelmäßiger körperlicher Aktivität der Patienten häufig bessere Verläufe (WHO, 2010). Da mit psychischen Erkrankungen ein überdurchschnittlich hohes Risiko einer schlechten somatischen Verfassung einhergeht (Pearsall, Smith, Pelosi, & Geddes, 2014), wird körperliche Aktivität zur Prävention und Behandlung körperlicher und psychischer bzw. neurologischer Krankheiten empfohlen (Lawlor & Hopker, 2001; Hölter, 2011b; Reimers et al., 2013). Für psychisch Kranke gilt es, neben den physischen und psychischen auch soziale und gesellschaftliche Probleme bzw. Defizite im Auge zu behalten, die infolge der Krankheit entstehen (z.B. Deimel, 2012). Zur Beschreibung der Krankheitsfolgen

im Umfeld des Patienten nutzt die WHO die „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF), in der auf einem bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnis fußend Dimensionen erfasst werden, in denen Unterstützungsbedarf für den erkrankten Menschen besteht (WHO, 2007).

Sporttherapie

Die Sporttherapie ist eine von mehreren bewegungstherapeutischen Maßnahmen, die Bewegung und Leiblichkeit als therapeutisches Medium einsetzen (Hölter, 2011a; Huber, Broocks, & Meyer, 2008). Sport- und bewegungstherapeutische Therapieformen kommen in praktisch allen psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken als adjunktive therapeutische Maßnahme zur begleitenden Behandlung somatischer und psychischer Erkrankungen zur Anwendung (Broocks, 2008). Die verschiedenen körperzentrierten Ansätze, die grob in Physiotherapie, Sport- und Bewegungstherapie sowie Körperpsychotherapie unterteilt werden können (Hölter, 2011a), verfolgen als holistische Methode mit unterschiedlichen Schwerpunkten die Behandlung und Prävention von körperlichen, psychischen und psychosozialen Beeinträchtigungen (DVGS, 2014). Damit orientiert sich das sporttherapeutische Gesundheitskonzept an der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2007), die Gesundheit als einen Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen begreift. Dieser ganzheitliche Therapieansatz soll durch medizinische, trainingswissenschaftliche, pädagogisch-psychologische und sozialtherapeutische Elemente die Lebensqualität erhöhen, indem Handlungs- und Sozialkompetenzen verbessert und gesundheitsförderliche Verhaltensänderungen erzielt werden (DVGS, 2014).

Im Bereich der forensischen Psychiatrie gehört die Sporttherapie zu den komplementären Behandlungsansätzen. Die gesetzliche Grundlage hierfür bilden die Psychisch-Kranken-Hilfe Gesetze der Bundesländer. Während außer Frage steht, ob Sport- bzw. Bewegungstherapie für psychisch kranke Rechtsbrecher angeboten werden soll (nach Kenntnis der Autoren kommt sie in allen deutschen Maßregelvollzugseinrichtungen zum Einsatz), gibt es kaum wissenschaftliche Belege für ihre Wirksamkeit im Gesamtgefüge der forensisch-psychiatrischen Behandlungsangebote, d.h. der medikamentösen, psycho-, sozial- und milieutheraeutischen sowie anderer komplementärer Angebote wie z.B. die Kunst- oder Arbeitstherapie.

Es gilt als erwiesen, dass Sport- und Bewegungstherapie auf psychologischer Ebene zur Reduktion von Stress, Anspannung und Angst führt, sich positiv auf soziale Interaktion (Broocks, 2008) auswirkt und zum Erleben von Selbstwirksamkeit beiträgt (Deimel & Hölter, 2011; Alexandridis, 2012). Gruppendynamischen und sozialtherapeutischen Prozessen (z.B. der Ausbau sozialer Kompetenzen und Ressourcenaktivierung) werden indirekte, nicht unmittelbar mit körperlicher Betätigung verbundene Wirkungen zugeschrieben (DVGS, 2014). In der klinischen Psychiatrie wird die

Sporttherapie deshalb flächendeckend eingesetzt (vgl. Brooks, 2012; Reimers et al., 2013).

Im Vergleich mit medikamentösen oder psychotherapeutischen Behandlungsansätzen, die seit Jahrzehnten im Fokus des Forschungsinteresses stehen, steht die Verwissenschaftlichung dieses Behandlungsfeldes im Rahmen der Forensischen Psychiatrie und Psychotherapie jedoch weit zurück. Über den allgemeinpräventiven Effekt hinaus, der infolge der Beziehung zwischen Bewegung und Gesundheit auch in psychiatrischen Settings erwartet wird, gibt es keine klaren, wissenschaftlich belegte Vorstellungen darüber, unter welchen Voraussetzungen Sporttherapie bei wem am besten wirkt, und welche Wirkungen der Sporttherapie spezifisch auf die Wirkungen des Sports bzw. auf körperliche Aktivierung zurück zu führen sind (vgl. Lausberg, 2012). Postuliert werden kumulative Wirkungen auf mehreren Ebenen im Rahmen eines bio-psycho-sozialen Bedingungsgefüges (DVGS, 2014), aber die Datenlage ist fragwürdig, wenn es um die Bestimmung spezifischer Effekte für ausgewählte Patientengruppen mit einem klar umschriebenen Störungsprofil geht. Immerhin tun sich hiermit mehrere Ansatzpunkte für die wissenschaftliche Untersuchung der Sporttherapie mit forensisch-psychiatrischen Patienten auf.

Für die vorliegende Untersuchung war die Idee einer Standortbestimmung handlungsleitend. Es ging zunächst darum, den Tätigkeitsbereich unter den Rahmenbedingungen forensisch-psychiatrischer Behandlung zu definieren, und mögliche Ziele für die behandelnden Einrichtungen und Patienten zu bestimmen, um damit eine Grundlage für die weitere Untersuchung möglicher Wirkmechanismen der Sporttherapie zu schaffen.

Basierend auf einer aufwändigen qualitativen Voruntersuchung, in der Experten der Sporttherapie zu ihrem Tätigkeitsbereich befragt wurden, konzentrierte sich die vorliegende Studie auf die Exploration kritischer Rahmenbedingungen der forensischen Sporttherapie.

Voruntersuchung

Die Standortbestimmung eines Tätigkeitsfeldes setzt eine detaillierte Voruntersuchung der wichtigsten Themengebiete, die dieses Feld charakterisieren, voraus. Die Analyse der Sporttherapie in der forensischen Psychiatrie erforderte eine Fokussierung auf qualitative Aussagen von Experten, auf die sich eine weiterführende quantitative Analyse stützen konnte. Im Mai 2014 fand die 33. Bundesfachtagung für Sport- und Bewegungstherapeuten statt, die von der Zweitautorin genutzt wurde, um im Rahmen von Expertenworkshops erste Schwerpunktbereiche festzulegen. Fünfunddreißig in der forensischen Psychiatrie tätige Sport- und Bewegungstherapeuten erklärten sich bereit, an einem halbtägigen Expertenworkshop teilzunehmen, der aus einer Kooperation der Fachbereiche Sportwissenschaft und Psychologie der Universität Konstanz entstand. Es resultierten folgende, aus Sicht der Experten für die sporttherapeutische Tätigkeit relevante Themenfelder:

- 1) *Rahmenbedingungen der Sporttherapie in der forensischen Psychiatrie* (darunter: Einrichtungsmerkmale; Räumlichkeiten, organisatorische und personelle Voraussetzungen).
- 2) *Patientenmerkmale* (darunter: psychische und physische Merkmale, die sich auf die Sporttherapie auswirken; typische Defizite bestimmter Patientengruppen, persönliche Ressourcen)
- 3) *Therapieziele*
- 4) *Wirkweisen*
- 5) *Kernkompetenzen und spezielle Anforderungen an die Sporttherapeuten*

Basierend auf den o.g. Themenschwerpunkten wurden Hypothesen generiert. Der Fokus lag dabei auf den Bereichen *Patientencharakteristika, Zielperspektiven und allgemeine Wirkmechanismen*.

In Anlehnung an das bio-psycho-soziale Bedingungsmodell wurde postuliert, dass Sporttherapie auf drei Ebenen Wirkung zeigen kann: auf einer physischen (körperliche Ebene), psychischen (psychologische Ebene) und sozialen (sozialtherapeutische) Ebene. Da das Störungsprofil verschiedener Patientengruppen unterschiedlich ist, lag die Annahme auf der Hand, dass die genannten Ebenen sich auf individuell verschiedene Weise manifestieren. Patienten, die nach § 63 StGB untergebracht sind, sind häufig im engeren Sinne psychiatrisch krank, wohingegen Patienten in der Unterbringung nach § 64 StGB nach ihrer Entgiftung - zumindest, was ihre körperlichen Voraussetzungen, Sport zu treiben oder körperlich aktiv zu sein, angeht - häufig besser dastehen. Folgerichtig müssten sich charakteristische Unterschiede zeigen, die sich auf das sporttherapeutische Handeln mit beiden Personengruppen auswirken. Hierzu wurden die folgenden Hypothesen formuliert:

Hypothese 1: Für Patienten, die nach § 63 beziehungsweise § 64 StGB untergebracht sind, gibt es sinnvoll unterscheidbare Behandlungsschwerpunkte.

Hypothese 2: Patienten, die nach § 64 StGB untergebracht sind, bilden hinsichtlich der Patientenmerkmale, die für die Sporttherapie als relevant betrachtet werden, eine homogenere Gruppe als Patienten nach § 63 StGB.

Hypothese 3: Die Sporttherapie für Patienten, die nach § 63 bzw. § 64 StGB untergebracht sind, verfolgt verschiedene, mit dem jeweils typischen Störungsprofil verbundenen, Ziele.

Hypothese 4: Die Sporttherapeuten schätzen die sozialtherapeutischen Wirkmechanismen für ihre Patienten wichtiger ein als die physischen und psychischen.

Die von den Therapeuten antizipierten Wirkmechanismen der Sporttherapie wurden anhand offen formulierter Fragen exploriert. Es wurde zwischen physischen, psychischen, und sozialtherapeutischen Effekten unterschieden.

Methode

Studiendesign: Durchführung und Auswertung

Basierend auf den Themenfeldern, die sich aus der Expertenbefragung und der Hypothesengenerierung ergaben, wurde ein Online-Fragebogen entwickelt. Er enthält

- 1) *Biographische Daten* der Teilnehmer und *Eckdaten des Tätigkeitsfeldes* (Alter, Geschlecht, Patientenzahl pro Einrichtung, Rechtsgrundlage der Unterbringung, Gruppengröße, Häufigkeit bzw. Intensität der Sporttherapie),
- 2) *Kritische Rahmenbedingungen* (räumliche und materielle Möglichkeiten; Sicherheitsaspekte)
- 3) *Patientencharakteristika* (Rechtsgrundlagen der Unterbringung; physische, psychische, sozialpsychologische Merkmale)
- 4) *Zielbereiche der Therapie* (auf körperlicher, psychologischer, sozialpsychologischer Ebene)
- 5) *Kompetenzen* (Fähigkeiten und Wissen, das für Sporttherapeuten bei der Ausübung ihrer Tätigkeit eine besondere Rolle spielt; pädagogische, soziale, spezifisch sportwissenschaftliche Kompetenzen)
- 6) *Wirkmechanismen* (Erfassung des persönlichen Meinungsbildes bzw. von Grundüberzeugungen über die Wirkungsweise von Sporttherapie auf körperlicher, psychischer, und sozialpsychologischer Ebene)

Die Antworten erfolgten weitgehend im Likert-Format. Für einige Fragen bot sich die Erfassung mit visuellen Analogskalen an (weitere Details des Fragebogens finden sich im Anhang).

Der Fragebogen konnte zwischen dem 6. August und dem 28. September 2014 von den über einen Email-Verteiler angeschriebenen Teilnehmern eingesehen und bearbeitet werden. Die Befragung erfolgte unter Berücksichtigung aller für universitäre Studien vorgeschriebenen Datenschutzbestimmungen und erfolgte auf freiwilliger Basis.

Stichprobe

Einladungen zur Teilnahme wurden über den Emailverteiler des Netzwerkes deutscher Sporttherapeuten in der Forensik verschickt, der zum Zeitpunkt der Erhebung 95 Adressen umfasste. Neun Emailadressen des Netzwerkes stellten sich als ungültig heraus. Um eine möglichst vollständigen Rekrutierung aller Therapeuten des Fachgebiets in Deutschland zu gewährleisten, wurde nach dem Schneeball-Prinzip um eine Weiterleitung der Email mit dem Weblink des Fragebogens an nicht erfasste Kollegen gebeten.

Fünfundfünfzig Fragebogen konnten ausgewertet werden, 49 davon waren vollständig bearbeitet. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 64% der im Email-Verteiler aufgeführten Sporttherapeuten.

Die Teilnehmer waren durchschnittlich 40,92 Jahre alt ($SD=10,85$; $Min=23$; $Max=62$; $N=48$) und arbeiteten in $N=55$ Einrichtungen aus zwölf Bundesländern. Von den auswertbaren Fragebogen wurden 20% von Frauen ausgefüllt. 10,9% machten keine Angaben zum Geschlecht. Die Studienteilnehmer ($N=49$) waren zu Beginn der Befragung bereits 8,42 Jahre im sporttherapeutischen Arbeitsbereich der forensischen Psychiatrie tätig ($SD=6,85$; $Min=0,5$; $Max=28,0$) und gaben eine durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 32,95 Stunden ($SD=11,39$; $Min=3,0$; $Max=40,0$) an. Fast drei Viertel der Teilnehmer wiesen Universitäts- bzw. Fachhochschulabschlüsse in Sportwissenschaft auf mindestens Bachelor-Niveau auf ($n=46$ von $N=63$; 73%). Das restliche Viertel hatte eine physiotherapeutisch oder pflegewissenschaftlich fundierte Grundbildung und betreibt Sporttherapie im Quereinstieg.

Ergebnisse

Einrichtungsmerkmale

Zu den Einrichtungsmerkmalen zählen strukturelle Eigenschaften der Kliniken, die den Hauptbezugsrahmen für die Sporttherapie darstellen. Tabelle 1 enthält die Einzelheiten.

Rahmenbedingungen

Die **räumliche und materielle Ausstattung** ist nach Einschätzung der Befragten in rund einem Drittel der Einrichtungen mittelmäßig bis schlecht. Befragt nach Verbesserungsvorschlägen, wünschten sich die Befragten vor allem eine bessere Ausstattung mit Sportgeräten und den Ausbau von Räumlichkeiten, die innerhalb von Gebäuden zur Sporttherapie zur Verfügung stehen.

Im Bereich der **Arbeitsbedingungen bzw. Arbeitsatmosphäre** wurde die Qualität der Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal in 41,8% der Fälle als eher gut oder sehr gut befunden; bei der Zusammenarbeit mit dem ärztlichen und therapeutischen Dienst waren es 56,4%.

Befragt nach Verbesserungsvorschlägen im Bereich **Zusammenarbeit und Organisation** hoben die Teilnehmer die zeitliche Koordination hervor. Offenbar gibt es im Rahmen sporttherapeutischer Angebote immer wieder terminliche Engpässe bzw. Konflikte mit anderen therapeutischen Angeboten. Insgesamt wünschte man sich mehr Austausch mit dem Pflege- und sonstigem Klinikpersonal. Die Qualität der Kooperation mit dem ärztlich-therapeutischen Dienst wurde insgesamt als besser bewertet.

Tabelle 1: Einrichtungsmerkmale

Einrichtungsmerkmale	Häufigkeit	Prozent
Sporttherapie wird angeboten seit		
• Weniger als 1 Jahr	1	1,8
• 1-5 Jahre	8	14,5
• 5-10 Jahre	7	12,7
• 10-15 Jahre	11	20,0
• 15-20 Jahre	9	16,4
• Mehr als 20 Jahren	16	29,1
• Keine Angabe	3	5,5
N Patienten an Einrichtung		
• 1-25	2	3,6
• 25-50	2	3,6
• 50-75	5	9,1
• 75-100	12	21,8
• 100-200	17	30,9
• 200 und mehr	15	27,3
• Keine Angabe	2	3,6
Anteil teilnehmender Patienten am Gesamt N/Patienten		
• bis 25%	4	7,3
• 25-50%	14	25,5
• 50-75%	20	36,4
• 75-100 %	16	29,1
• Keine Angabe	1	1,8
Therapieeinheiten/Monat		
• 1-2	3	5,5
• 3-4	4	7,3
• 5-6	14	25,5
• 7-8	18	32,7
• 8 und mehr	15	27,3
• Keine Angabe	1	1,8
Gruppengröße je Therapieeinheit		
• 1-5	6	10,9
• 5-10	44	80,0
• 10 -15	5	9,1
• 15 – 20	0	0,0
Anzahl der Therapeuten an Einrichtung		
• 1	9	16,4
• 2	16	29,1
• 3	10	18,2
• 4	14	25,5
• 5 und mehr	5	9,1
• Keine Angabe	1	1,8

Anmerkungen. N=55

Die Angaben zu **weiteren organisatorischen Rahmenbedingungen** zeigen, dass die Teilnahme an der Sporttherapie nicht einheitlich festgelegt ist. In rund 30% der Einrichtungen ist die Teilnahme, falls die körperlichen Voraussetzungen vorliegen, obligatorisch, in 36,4% der Einrichtungen ist sie freiwillig, das restliche Drittel regelt die Teilnahme auf Stationsebene bzw. macht sie ganz von der Befindlichkeit der Patienten abhängig. Sporttherapeuten arbeiten meist mit unterschiedlich großen Patientengruppen. In zwei Drittel der Fälle variiert die Gruppengröße zum Teil erheblich. 15,6% der Befragten werteten die große Fluktuation als dezidiert ungünstig. In einem Viertel der Fälle (25,4%) werden die Sicherheitsvorkehrungen, unter denen Sporttherapie stattfindet, als eher aufwändig bzw. sehr aufwändig bewertet.

67,3% der Sporttherapeuten legen die Inhalte und die Ausführung der Sporttherapie selbstständig und unabhängig fest. 30,9% gaben an, zusätzlich fachexterne Ratschläge anderer Berufsgruppen zu integrieren, wobei offen bleibt, ob diese Ratschläge einen für die Umsetzung obligatorischen Charakter haben oder nicht.

Kompetenzbereiche der Sporttherapeuten

Befragt nach den wichtigsten Kompetenzen, die Sporttherapeuten in der Forensik für ihre Arbeit benötigen, ergab sich folgendes Bild (Abb. 1).

Der wichtigste Befund in diesem Zusammenhang: Soziale bzw. sozialtherapeutische Kompetenzen, Flexibilität, Kooperationsfähigkeit und pädagogische Fähigkeiten werden als wichtiger erachtet als spezifisch sportwissenschaftliche. Persönliche Eignung für die Arbeit mit einer schwierigen Patientenklientel (stabile, ausgeglichene Persönlichkeit mit spezifischen Eigenschaften wie Geduld, Authentizität, Zuverlässigkeit, Kritikfähigkeit, Durchsetzungsfähigkeit, Frustrationstoleranz und Selbstbewusstsein)

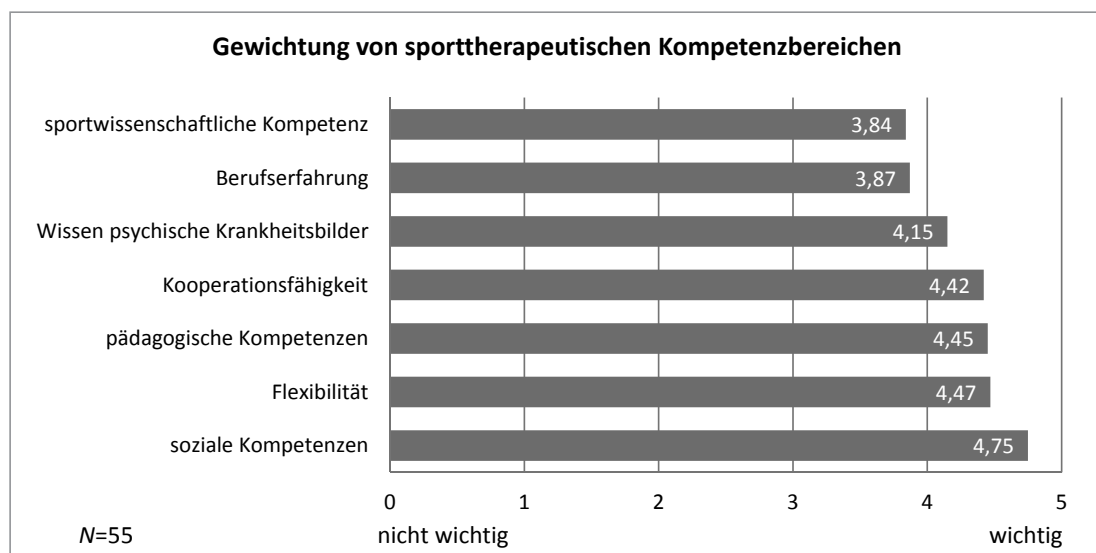


Abbildung 1: Mittelwerte der Gewichtung von Kompetenzbereichen der Sporttherapeuten

wurde mit 28 Nennungen (45,2%) der beruflichen Qualifikation weit vorangestellt (10 Nennungen; 16,1%). Rund ein Viertel der Nennungen betraf spezifische zwischenmenschliche soziale Kompetenzen, wie beispielsweise Teamfähigkeit, Empathie, Menschenkenntnis oder der angemessene Umgang mit Nähe und Distanz.

Hypothesenprüfung

Zur statistischen Analyse der ersten drei Hypothesen wurden zu jedem Hypothesenbereich Zweistichproben-t-Tests für unabhängige Stichproben berechnet. Die Prüfung auf Normalverteilung der Variablen erfolgte durch den Kolmogoroff-Smirnov-Test, Varianzgleichheit wurde mit dem Levene-Test geprüft. Wo nötig, kamen nonparametrische Verfahren zum Einsatz. Das Signifikanzniveau wurde auf $\alpha = .05$ festgelegt.

Zu Hypothese 1: Für Patienten, die nach § 63 beziehungsweise § 64 StGB untergebracht sind, gibt es sinnvoll unterscheidbare Behandlungsschwerpunkte.

Ausgewertet wurden personenbezogene physische und psychische Variablen, die Sporttherapeuten für Ihre Arbeit relevant halten. Die Auswahl der Möglichkeiten erfolgte nach Maßgabe der Ergebnisse der Vorstudie. Tabelle 2 enthält einen Überblick.

Die körperlichen Voraussetzungen zur Teilnahme an der Sporttherapie wurden für Patienten, die nach § 64 StGB untergebracht sind, erheblich günstiger eingeschätzt als für die Vergleichsgruppe. Spezifisch kriminogene Merkmale wie antisoziales, manipulatives Verhalten während der Sporttherapie machen sich bei Patienten nach § 64 StGB deutlich häufiger bemerkbar als bei Patienten, die nach § 63 StGB untergebracht sind.

Zu Hypothese 2: Patienten, die nach § 64 StGB untergebracht sind, bilden hinsichtlich der Patientenmerkmale, die für die Sporttherapie als relevant betrachtet werden, eine homogenere Gruppe als Patienten nach § 63 StGB.

Insgesamt erreichen die Patienten nach § 64 StGB auf der Homogenitäts-Skala in neun von zwölf Merkmalen höhere Werte als Patienten nach § 63 StGB. Die Verteilung kriminogener Merkmale ist bei Patienten, die nach § 64 StGB untergebracht sind, statistisch signifikant homogener (vgl. Tabelle 3).

Zu Hypothese 3: Die Sporttherapie für Patienten, die nach § 63 bzw. nach § 64 StGB untergebracht sind, verfolgt verschiedene, mit dem jeweils typischen Störungsprofil verbundenen, Ziele.

Als die wichtigsten vier therapeutischen Ziele für Patienten nach § 63 StGB wurden in der hier dargestellten Reihenfolge genannt:

- Stabilisierung der Persönlichkeit
- Förderung bzw. Aufbau von sozialen Kompetenzen
- Erlernen eines angemessenen Umgangs mit Konflikten bzw. Frustrationen
- Die körperliche und psychische Aktivierung des Patienten

Tabelle 2: Patienteneigenschaften mit Auswirkung auf die Sporttherapie; Patienten nach § 63 und § 64 StGB im Vergleich

	Mittelwerte der Gruppen		Mittlere Differenz	SD der Differenz	T-Wert	df	Signifikanz (2-seitig)
	§ 63 (N=39)	§ 64 (N=40)					
Zweistichproben-T-Test							
Geringe körperliche Fitness***	7,26	5,15	2,106	,439	4,802	77	≤.001
Motorische Einschränkungen***	6,31	3,95	2,358	,386	6,113	77	≤.001
Unterdurchschn. Intelligenz***	5,85	3,55	2,296	,414	5,542	77	≤.001
Antriebslosigkeit***	5,95	4,08	1,874	,491	3,816	77	≤.001
Akzeptanz Sporttherapie	7,36	8,05	-,691	,512	-1,349	77	.181
Abneigung Sport allgemein	3,92	3,20	,723	,468	1,545	77	.127
Launenhaftigkeit	6,08	6,68	-,598	,445	-1,343	77	.183
regelmäßige Teilnahme**	7,00	8,28	-1,275	,466	-2,737	77	.008
Eingeschränktes soz. VR	6,44	6,90	-,464	,451	-1,029	77	.307
Welch-Test							
Übergewicht***	6,62	3,60	3,015	,383	7,881	69,297	≤.001
Antisoziale/ aggressive VW***	4,23	6,23	-1,994	,432	-4,618	70,640	≤.001
Manipulative/sabotierende VW***	4,08	6,18	-2,098	,500	-4,195	65,876	≤.001

Anmerkungen. SD=Standardabweichung; df=Freiheitsgrade; VR=Verhaltensrepertoire; VW=Verhaltensweisen; ** $p < .01$; *** $p \leq .001$, Likert-Skala: 1-11.

Die herausragenden therapeutischen Ziele für Patienten nach § 64 StGB sind:

- Erlernen eines angemessenen Umgangs mit Konflikten bzw. Frustrationen
- Förderung bzw. Aufbau von sozialen Kompetenzen
- Korrektur des Selbstbildes
- Veränderung im Körpererleben

Tabelle 3: Zweistichproben T-Tests und Welch-Test der Patientengruppen bezüglich einiger Homogenitätsvariablen

	Mittelwerte der Gruppen		Mittlere Differenz	SD der Differenz	T-Wert	df	Signifikanz (2-seitig)
	§ 63 (N=39)	§ 64 (N=40)					
Zweistichproben-T-Test							
Geringe körperliche Fitness	2,77	2,90	,131	,249	-,524	77	.601
Übergewicht	2,41	2,88	-,465	,256	-1,814	77	.074
Motorische Einschränkungen	2,72	2,88	-,157	,221	-,711	77	.479
Unterdurchschn. Intelligenz	2,90	2,68	,222	,236	,944	77	.348
Akzeptanz Sporttherapie	3,33	3,55	-,217	,257	-,842	77	.402
Abneigung Sport allgemein	2,87	2,85	,022	,301	,072	77	.942
Launenhaftigkeit	2,74	2,98	-,231	,233	-,994	77	.323
regelmäßige Teilnahme	3,13	3,28	-,147	,257	-,571	77	.569
Eingeschränktes soz. VR	2,85	3,20	-,354	,217	-1,632	77	.107
Antisoziale/ aggressive VW**	2,10	2,93	-,822	,236	-3,492	77	≤.001
Manipulative/sabotierende VW***	2,03	3,00	-,974	,247	3,940	77	≤.001
Welch-Test							
Antriebslosigkeit	2,87	2,85	,022	,261	,084	72,103	.934

Anmerkungen. VR=Verhaltensrepertoire, VH=Verhaltensweisen; SD=Standardabweichung; df=Freiheitsgrade; VW=Verhaltensweisen; **p < .01; ***p ≤ .001

Der Aufbau sozialer Kompetenzen und der Erwerb von Konfliktlösungsstrategien und Frustrationstoleranz gelten für beide Patientengruppen als wesentliche Ziele der Sporttherapie. Gruppenspezifische Unterschiede betreffen Passivität und Antriebschwäche sowie die Stabilisierung der Persönlichkeit durch den Aufbau von Selbstwert bei Patienten nach § 63 StGB und den Aufbau eines realistischen Selbstbildes sowie Änderungen im Körpererleben vorwiegend bei Patienten nach § 64 StGB.

In Tabelle 4 ist dargestellt, in welchen Zielbereichen sich beide Patientengruppen statistisch voneinander unterscheiden.

Statistisch signifikante Gruppenunterschiede ergaben sich in Bezug auf die (ko-therapeutische) Behandlung von medikamentösen Nebenwirkungen, die Korrektur eines

Tabelle 4: Zielbereiche der Sporttherapie; Patienten nach § 63 und 64 StGB im Vergleich

	Mittelwerte der Gruppen		Mittlere Differenz	SD der Differenz	T-Wert	df	Signifikanz (2-seitig) (fssd)
	§ 63 (N=39)	§ 64 (N=40)					
Zweistichproben-T-Test							
Verbesserung Physis	64,18	65,60	-1,421	5,594	-,254	77	.800
Veränderung Körpererleben	73,95	78,20	-4,251	5,243	-,811	77	.420
Stabilisierung Persönlichkeit*	83,72	72,75	10,968	5,459	2,009	77	.048
Tages-. Wochenstruktur	73,72	68,33	5,393	6,451	,836	77	.406
Initiation gruppendyn. Prozesse	74,23	71,88	2,356	5,125	,460	77	.647
Förderung/Aufbau sozialer Komp. Kompetenzen	83,41	85,43	-2,015	4,636	-,435	77	.665
Umgang: Konflikte/Frustrationen	82,87	88,10	-5,228	4,260	-1,227	77	.223
Welch-Test							
Behandlung v. Nebenwirkungen***	74,13	43,28	30,853	5,407	5,706	71,294	≤.001
Korrektur überzogenes Selbstbild**	70,00	84,18	-14,175	4,966	-2,855	66,393	.006
Aktivierung Patient***	79,23	55,95	23,281	5,562	4,185	69,783	≤.001

Anmerkungen. Komp.=Kompetenzen; SD=Standardabweichung; df=Freiheitsgrade; *p < .05; ; ***p ≤ .001.

unrealistischen Selbstbildes, und die allgemeine körperliche und psychische Aktivierung der Patienten.

Zu Hypothese 4: Die Sporttherapeuten schätzen die sozialtherapeutischen Wirkmechanismen für ihre Patienten wichtiger ein als die physischen und psychischen.

Wenn Sporttherapie positive Effekte entfaltet, dann tut sie dies vornehmlich auf einer sozialtherapeutischen Ebene. 61% der Befragten (n=51) verorteten die Wirkung von Sporttherapie auf der sozialtherapeutischen Ebene. 23% hielten den psychischen bzw. psychologischen Wirkungsbereich für vorrangig (n=12), und 16% den physischen (n=8). Diese Unterschiede sind statistisch signifikant; $\chi^2 = 17.765$, $p \leq .001$.

Als vornehmlich **sozialtherapeutische Interventionen** wurden gruppenspezifisch wirksame Interventionen, das Erlernen bzw. Einüben sozialer Kompetenzen sowie Konflikttraining genannt. Das Erlernen von fundamentalen Verhaltensregeln bzw. das Training lebenspraktischer Fertigkeiten stand dem gegenüber im Hintergrund. Befragt nach möglichen positiven Wirkungen der genannten Interventionen bzw. Vorgänge, wurde eine Reihe von Elementen genannt, die in Abbildung 2 dargestellt sind.

Den Interventionen, die sich auf der **psychologischen Ebene** auswirken, wurden folgende Elemente zugeordnet: Das Ermöglichen von Selbsterfahrung und Selbstwahrnehmung (21 Nennungen; 33,3%); Stärken und Ressourcen entdecken (10 Nennungen; 15,9%), Motivationsentwicklung (9 Nennungen; 14,3%). Weitere Bereiche betrafen die Förderung der Persönlichkeitsentwicklung, Selbstfürsorge, und das Erleben von Selbstachtung.

Zur möglichen Wirkung der genannten Interventionen bzw. Vorgänge wurden Elemente genannt, die in Abbildung 3 dargestellt sind.

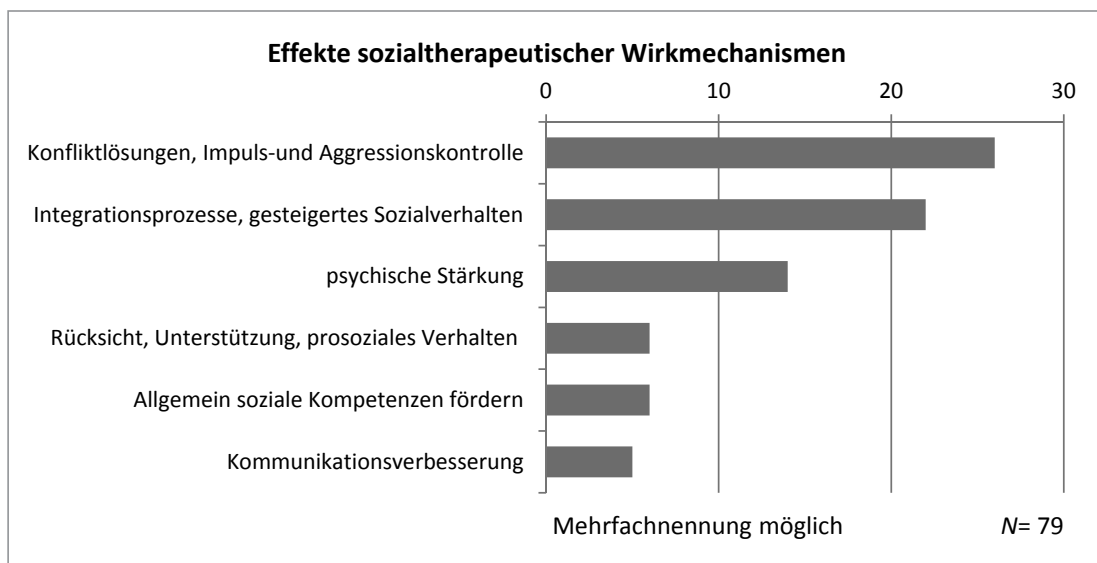


Abbildung 2: Effekte sozialtherapeutischer Wirkmechanismen

Dem Bereich *physischer Interventionen* wurden in erster Linie die allgemeine (26 Nennungen; 42,6%) und die spezifische (15 Nennungen; 24,6%) Verbesserung von Fitnessparametern zugeordnet.

Die von den Befragten antizipierte Wirkung der Verbesserung allgemeiner und spezifischer Fitnessparameter ist in Abbildung 4 dargestellt.

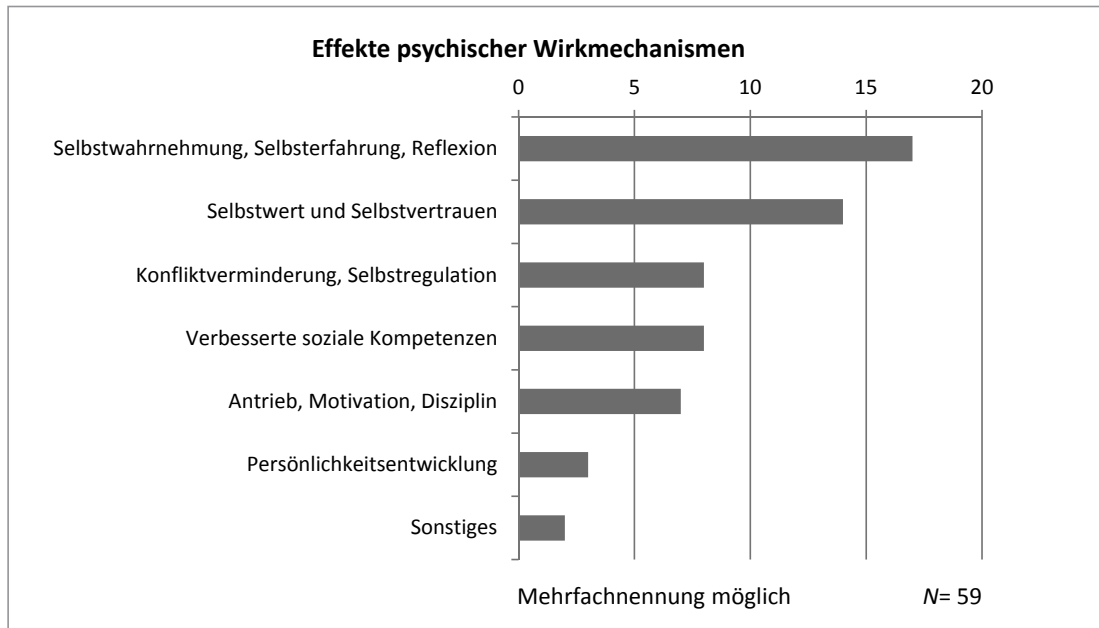


Abbildung 3: Effekte psychischer Wirkmechanismen

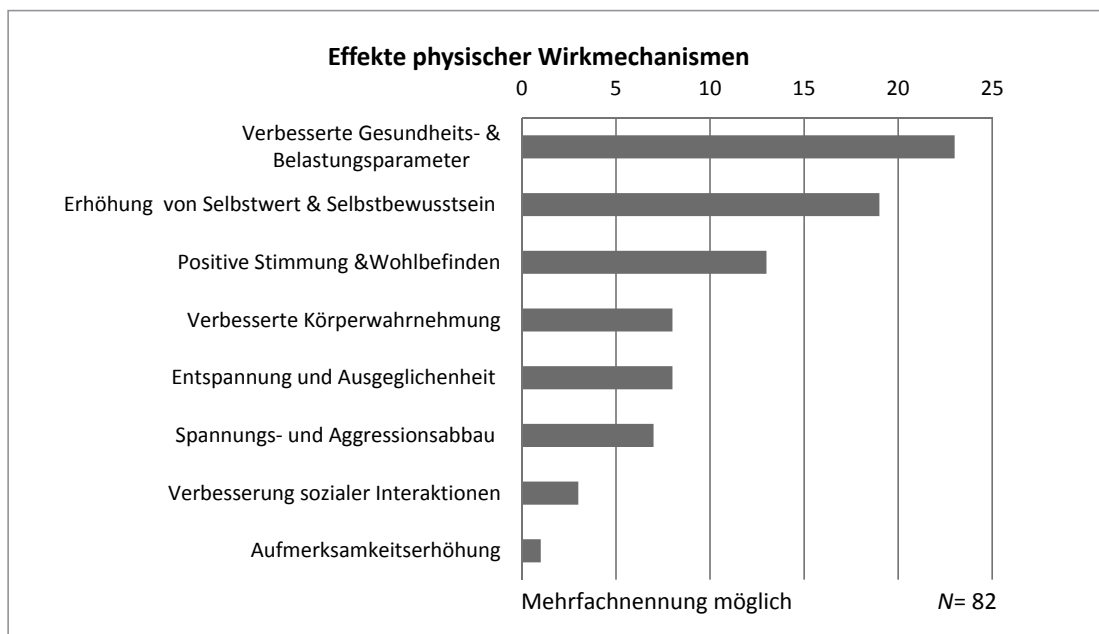


Abbildung 4: Effekte physischer Wirkmechanismen

Diskussion

Einrichtungsmerkmale. Die Sporttherapie wurde als komplementäres Angebot in einigen Einrichtungen erst in den vergangenen zehn Jahren eingeführt, darf aber nunmehr als integraler Bestandteil der Behandlung forensisch-psychiatrischer Patienten gelten. Welche Patienten Sporttherapie erhalten, wird von den Einrichtungen im Wesentlichen selbst bestimmt. Es gibt keine einheitlichen, verbindlichen Regelungen dazu. Die Sicherheitsvorkehrungen, die für die Durchführung der Sporttherapie getroffen werden, unterscheiden sich von Klinik zu Klinik erheblich, auch hierzu gibt es keine klinikübergreifend bindenden Regelungen. Die Gruppengröße unterliegt häufig einer erheblichen Fluktuation, was von den Therapeuten viel Flexibilität erfordert (fünf bis zehn Patienten pro Therapieeinheit in 80% der Fälle). In 90% der Einrichtungen findet fünf bis achtmal pro Monat Sporttherapie statt.

Die räumlichen und materiellen Rahmenbedingungen werden mehrheitlich als eher mittelmäßig bewertet. Gefordert wird der Ausbau und Anbau von Sporthallen und Fitnessräumen. Insbesondere im innerhäuslichen Bereich gibt nach Ansicht der befragten Sporttherapeuten Nachholbedarf. Auch hier wünscht man sich mehr geeignete Räume und das Material, mit dem Sporttherapie durchgeführt werden kann.

Was den Austausch bzw. die Kooperation mit anderen Berufsgruppen betrifft, wurde meist der unzureichende Kontakt mit den Pflegekräften bemängelt. Möglicherweise stehen Konflikte im Zeitmanagement im Hintergrund der Problematik, zumal einige Patienten zu ihren Terminen begleitet werden müssen, und dies in der Regel von Pflegekräften, die hierfür freigestellt werden müssen, bewerkstelligt wird. Der Austausch mit dem akademischen Personal wurde hingegen als günstiger bewertet. Eine Möglichkeit, gegenseitiges Verständnis zu fördern, wäre z. B. die Einführung bzw. regelmäßige Etablierung von Sportturnieren, die für alle Berufsgruppen offen sind, und von Sporttherapeuten angeleitet werden.

Ein überraschender Befund dieser Arbeit betrifft die Kompetenzen von Sporttherapeuten im forensischen Bereich. Soziale bzw. sozialtherapeutische Kompetenzen, Flexibilität, Kooperationsfähigkeit und pädagogische Fähigkeiten werden als wichtiger erachtet als spezifisch sportwissenschaftliche. Eine selbstbewusste, stabile Persönlichkeitsstruktur, Kritikfähigkeit, Frustrationstoleranz, Geduld und Zuverlässigkeit wurden ebenfalls als Kernkompetenzen genannt. Diese Fähigkeiten sind nicht Bestandteil der sportwissenschaftlichen Ausbildung, sie sind akademisch kaum vermittelbar. Sie müssen in der Praxis erlernt werden. Vor diesem Hintergrund scheint eine behutsame, von erfahrenen Kräften geleitete Einführung junger Fachkräfte in ihren Aufgabenbereich mit forensischen Patienten in ähnlicher Weise indiziert zu sein, wie dies bei den Pflegekräften der Fall ist, die während ihrer Ausbildung auch keine spezifisch forensischen Kenntnisse erwerben.

Patienten, die nach § 63 StGB untergebracht sind, kommen mit anderen körperlichen und psychischen Voraussetzungen in die Sporttherapie als Patienten nach § 64 StGB. Die Befunde sind eindrücklich. Übergewicht, motorische Einschränkungen und

geringe körperliche Fitness sind vorrangig Probleme von § 63 Patienten. Hier dürfte Aktivierung und Motivierung im Mittelpunkt sportwissenschaftlicher Bemühungen stehen. Spezifisch kriminogene Merkmale wie manipulatives, sabotierendes oder offen aggressives Verhalten sind eher mit Suchtpatienten nach § 64 StGB assoziiert. Dem entsprechend müssen in der Therapieplanung verschiedene Akzente gesetzt werden. Es ist im Einzelfall sorgfältig abzuwägen, wie Gruppen zusammengesetzt sein sollen, damit sie funktionsfähig sind. Die Funktionsfähigkeit von heterogenen Gruppen zu gewährleisten, stellt eine große Herausforderung für die Sporttherapie im forensischen Bereich dar. Funktioniert eine Gruppe, bestehen ausgezeichnete Möglichkeiten, um im geschützten Raum der Sporttherapie aggressions- und gewaltfreie Lösungen für entstehende Konflikte einzuüben.

Die Patienten, die nach § 64 StGB untergebracht sind, werden hinsichtlich der Merkmale, die Sporttherapeuten für ihre Arbeit relevant halten, als homogener eingeschätzt als Patienten nach § 63 StGB. Dies hängt wahrscheinlich mit der Tatsache zusammen, dass die Bandbreite psychiatrischer Diagnosen bei Patienten nach § 63 StGB weiter ist als bei Suchtpatienten, die meist primär alkohol- oder drogenabhängig sind. Dennoch ist der Effekt nicht groß. Die psychiatrische Grundstörung spielt bei dieser Frage möglicherweise eine geringere Rolle als die begleitenden Defizite im Bereich der Kommunikations- und sozialen Fertigkeiten, wovon in mehr oder weniger bedeutendem Ausmaß fast alle forensischen Patienten betroffen sind.

Den physischen und mentalen Ausgangsbedingungen entsprechend, mit denen Patienten in die Sporttherapie kommen, werden für Patienten nach § 63 StGB und § 64 StGB verschiedene therapeutische Ziele formuliert. Für Patienten des psychiatrischen Krankenhauses wurde die Notwendigkeit einer generellen Stabilisierung der Persönlichkeit hervorgehoben, die Förderung bzw. der Aufbau sozialer Kompetenzen und Frustrationstoleranz sowie eine generelle körperliche und psychische Aktivierung zur Überwindung von Passivität und Antriebsschwäche.

Letzteres spielt bei Patienten nach § 64 StGB keine Rolle. Im Vordergrund stehen psychologische und sozialtherapeutische Interventionen zum Aufbau prosozialer kommunikativer und sozialer Kompetenzen, Konfliktarbeit, und die Korrektur von dysfunktionalen, kriminogenen Selbstbildern.

Die wesentliche Gemeinsamkeit sporttherapeutischer Ziele für beide Patientengruppen ist der gruppentherapeutische, nicht primär an physische Indikatoren gebundene Zugang zu den Patienten, die in der Sporttherapie vor allen Dingen prosoziales Verhalten und einen aggressions- und gewaltfreien Umgang miteinander erlernen sollen. Insofern könnte man die Sporttherapie gemeinsam mit den anderen komplementären Angeboten des Maßregelvollzugs als integralen Bestandteil eines milieutherapeutischen Behandlungsansatzes bezeichnen.

Da die Ziele sporttherapeutischer Angebote in einem hohen Maße psychosozialer Natur sind, ist es folgerichtig, auch die antizipierten Wirkungen und Wirkmechanismen von Sporttherapie im psychosozialen bzw. sozialtherapeutischen Bereich zu verorten. Sozialtherapeutische Interventionen induzieren nach Ansicht der Befragten

therapeutische Vorgänge, die sich positiv für das soziale Miteinander der Patienten auswirken.

Das Erlernen bzw. Einüben sozialer Kompetenzen und fundamentaler Verhaltensregeln bzw. das Training lebenspraktischer Fertigkeiten beim Sport wurde mit einer verbesserten Aggressions- und Impulskontrolle und der Anwendung produktiver Konfliktlösungsstrategien in Verbindung gebracht. Auf einen Nenner gebracht könnte man sagen, dass das Einüben lebenspraktischer Fertigkeiten mit einer Reduktion dysfunktionalen sozialen Verhaltens einhergeht. Die Sporttherapeuten bringen hiermit einen wesentlichen Zusammenhang zum Ausdruck, der in der wissenschaftlichen Literatur untermauert worden ist (z.B. Ross et al., 2008; Ross et al., 2012). Empfehlenswert sind sportliche Aktivitäten in der Gruppe, d.h. Mannschaftsspiele, in denen Teamfähigkeit gefragt ist. Unter Wettkampfbedingungen lässt sich das tatsächlich erreichte psychosoziale Funktionsniveau der Teilnehmer vermutlich am besten abschätzen, weil dann etwas auf dem Spiel steht, und die Teilnehmer ihre Teamtauglichkeit unter Beweis stellen müssen.

Auf der psychologischen Ebene wurde die Schaffung von Freiräumen zum Erleben von Selbsterfahrung, Selbstwahrnehmung und Selbstachtung genannt. Die Möglichkeit, während der Sporttherapie persönliche Stärken zu entdecken und intrapsychische Ressourcen zu fördern sowie die Motivation zu entwickeln, in irgendeiner Form tätig zu werden, ermöglicht den Aufbau von Selbstwert und Selbstvertrauen und steht damit im Dienst der Selbstregulation. Auch diese Zusammenhänge sind aus der Literatur bekannt und sind explizit oder implizit Bestandteil jedes guten, evidenzbasierten Straftäterbehandlungsprogramms (Ross, Pfäfflin & Fontao, 2011).

Die Wirkung physischer Aktivierung wurde von den Befragten mit den bekannten, durch Sport beeinflussbaren Gesundheitsparametern in Verbindung gebracht: Verbesserung vitaler Gesundheitsindikatoren; Verbesserung von Stimmung und Wohlbefinden; Entspannung und Ausgeglichenheit sowie weitere, auf der kognitiven bzw. psychologischen Ebene zu verortende positive Begleiterscheinungen körperlicher Aktivität, wie z.B. die Verbesserung der Körperwahrnehmung.

Insgesamt stellt sich die Sporttherapie in den Augen der Befragten damit als ein Arbeitsbereich dar, der neben der somatischen Stabilisierung forensisch-psychiatrischer Patienten im Rahmen eines ganzheitlichen Gesundheits- und Persönlichkeitsmodells der Einübung und Bearbeitung psychischer und sozialer Defizite eines insgesamt heterogenen Patientenkontexts dient.

Limitationen

Die vorliegende Studie stellt eine Standortbestimmung der Sporttherapie innerhalb Deutschlands dar. Der Untersuchungsansatz ist explorativ, qualitativ und heuristisch. Er bildet das Meinungsspektrum einer einzigen Berufsgruppe ab. Befragte man alle Berufsgruppen, die in forensisch-psychiatrischen Einrichtungen tätig sind, wären die

Ergebnisse sehr wahrscheinlich andere. In wie fern mit den Fragen nach möglichen Wirkmechanismen der Sporttherapie tatsächlich Wirkmechanismen im engeren Sinne abgebildet wurden, bleibt offen, und muss in Folgestudien untersucht werden. Sicher ist, dass Sporttherapeuten die Wirkung der Therapie in den genannten Ebenen innerhalb eines bio-psycho-sozialen, ganzheitlich orientierten Bedingungsmodells ansiedeln, und dass eine Grundlage geschaffen wurde, auf der man wissenschaftlich aufbauen kann.

Der Rücklauf von 55 vollständigen Datensätzen aus elf Bundesländern ist bei 86 verschickten Einladungen als hoch zu bewerten. Allerdings wissen wir nicht, wie groß der Personenkreis, der für eine Befragung dieser Art infrage kommt, tatsächlich ist. Es könnte sein, dass es Personen gibt, die gelegentlich, ggf. unter fachlicher Anleitung, in sporttherapeutische Aktivitäten mit forensischen Patienten involviert sind, aber keine fachspezifische Ausbildung haben, und deshalb nicht als Sporttherapeuten gelten. Diese Personen wurden hier nicht erfasst.

Ausblick

Die Ergebnisse dieser Untersuchung bilden eine Grundlage, auf der Sporttherapie im forensisch-psychiatrischen Bereich wissenschaftlich untersucht werden kann. Es gibt eine Reihe von Ansätzen, die man weiterverfolgen könnte:

Befragung weiterer Berufsgruppen zur Festsetzung organisatorischer Rahmenbedingungen und Verbesserungsmöglichkeiten im Gesamtgefüge der Klinik und der forensisch-psychiatrischen Arbeit.

Mehrgruppendesigns, multizentrisch und unter Einbeziehung der Patientensicht. Bedarfsanalyse aus Patientensicht.

Erarbeitung und Untersuchung von Wirkungen bzw. Wirkmechanismen der Sporttherapie auf Grundlage der Methoden, die die Psychotherapieforschung bereithält (z.B. Kontroll- bzw. Wartegruppendesigns, Fall-Kontroll-Designs).

Etablierung von Standards. Wer soll wann und in welcher Intensität an sporttherapeutischen Angeboten teilnehmen?

Entwicklung spezifischer sporttherapeutischer Interventionen für verschiedene Patientengruppen. Gezielter, nach kriminogenen Merkmalen geordneter therapeutischer Einsatz von Elementen, die individuelle Verhaltensressourcen der Patienten ansprechen.

Literatur

Alexandridis, J. (2012). Bewegungstherapie bei Adipositas - die Integration verhaltenstherapeutischer Verfahren. In H. Deimel (Ed.), *Facetten der Bewegungs- und Sporttherapie in*

- Psychiatrie, Psychosomatik und Suchtbehandlung* (Vol. 33, S. 74-88). Köln: Academia Verlag Sankt Augustin.
- Broocks, A. (2008). Sport- und Bewegungstherapie. In H. P. Kapfhammer & G. Laux (Eds.), *Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 902-906): Springer-Verlag.
- Broocks, A. (2012). Sport- und Bewegungstherapie für Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen - Voraussetzungen für eine nachhaltige Verhaltensänderung. In D. S. Köln (Hrsg.), *Facetten der Bewegungs- und Sporttherapie in Psychiatrie, Psychosomatik und Suchtbehandlung* (Vol. 33, S. 89-99). Köln: Academia Verlag Sankt Augustin.
- Deimel, H. (Hrsg.) (2012). *Facetten der Bewegungs- und Sporttherapie in Psychiatrie, Psychosomatik und Suchtbehandlung*. Köln: Academia Verlag Sankt Augustin.
- Deimel, H. & Hölter, G. (2011). schizophrene Störungen. In G. Hölter (Hrsg.), *Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen. Grundlagen und Anwendungen* (S. 211-286). Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- DVGS (2014). Sport- und Bewegungstherapie. Abgerufen am 15. September von <http://www.dvgs.de/verband/sport-bewegungstherapie.html>
- Hölter, G. (2011a). *Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen: Grundlagen und Anwendung*. Deutscher Ärzteverlag.
- Hölter, G. (2011b). *Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen: Grundlagen und Anwendung; mit 118 Tabellen*. Deutscher Ärzteverlag.
- Huber, G., Broocks, A. & Meyer, T. (2008). Bewegung und seelische Gesundheit. *PiD - Psychotherapie im Dialog*, 9(4), 357-364. doi: DOI: 10.1055/s-0028-1090062
- Lausberg, H. (2012). Ein Plädoyer für den Einsatz fachspezifischer Forschungsinstrumente in der körper- und bewegungstherapeutischen Forschung. In H. Deimel (Hrsg.), *Facetten der Bewegungs- und Sporttherapie in Psychiatrie, Psychosomatik und Suchtbehandlung* (Vol. 33, S. 10-19). Köln: Academia Verlag Sankt Augustin.
- Lawlor, D. A. & Hopker, S. W. (2001). The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: systematic review and meta-regression analysis of randomised controlled trials. *Bmj*, 322(7289), 763.
- Lee, I.-M., Shiroma, E. J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S. N. & Katzmarzyk, P. T. (2012). Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *The Lancet*, 380(9838), 219-229.
- Pearsall, R., Smith, D. J., Pelosi, A. & Geddes, J. (2014). Exercise therapy in adults with serious mental illness: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 14.
- Reimers, C. D., Broocks, A., Knapp, G., Mewes, N., Reuter, I., Tettenborn, B. & Thürauf, N. (2013). *Prävention und Therapie neurologischer und psychischer Krankheiten durch Sport*. Elsevier, Urban & FischerVerlag.
- Reimers, C. D., Reimers, A. K. & Knapp, G. (2013). Prävention und Erhöhung der Lebenserwartung durch körperliche Aktivität. In C. D. Reimers, A. Broocks, G. Knapp, N. Mewes, I. Reuter, B. Tettenborn & N. Thürauf (Hrsg.), *Prävention und Therapie neurologischer und psychischer Krankheiten durch Sport* (S. 3-20): Elsevier, Urban & FischerVerlag.
- Ross, T., Woods, P., Sookoo, S., Dean, A., Kettles, A. M., Almvik, R., ter Horst, P., Brown, I., Collins, M., Walker, H. & Pfäfflin, F. (2008). Assessing living skills in forensic mental

health care with the Behavioural Status Index: A European network study. *Psychotherapy Research*, 18(3), 334-344.


Ross, T., Pfäfflin, F. & Fontao, M. I. (2011). Violence Prevention and Treatment Programmes for Young Offenders. In N. A. Ramsay & C. R. Morrison (Eds.), *Youth Violence and Juvenile Justice: Causes, Intervention and Treatment Programs* (pp. 163-182). Hauppauge, New York: Novascience Publishers.


Ross, T., Reed, V., Fontao, M. I. & Pfäfflin, F. (2012). Assessing reliability, validity, and clinical utility of the BEST-Index in measuring living skills among forensic inpatients. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 56(3), 385-400.

WHO (2007). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. WHO Press. World Health Organization.

WHO (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. WHO Press. World Health Organization.

Anhang: Fragebogen





0% ausgefüllt

Sehr geehrte Sporttherapeutin, sehr geehrter Sporttherapeut,


herzlich willkommen und vielen Dank für Ihr Interesse an unserer Untersuchung.

Wie in der Bundesfachtagung im Mai 2014 angekündigt, besteht ein großes Bestreben nach einer flächendeckenden Erfassung Ihres Arbeitsbereiches.

In diesem Fragebogen geht es um Ihre persönliche Einschätzung der Situation an Ihrer Einrichtung.


Die Bearbeitung des Fragebogens dauert etwa 20-30 Minuten. Die Daten werden anonym erfasst und für wissenschaftliche Forschungszwecke der Universität Konstanz im Zuge einer Masterarbeit ausgewertet.

Bei Fragen und Anmerkungen wenden Sie sich bitte an die Autorin,
Susanne Reder (cand.M.Sc.), Susanne.Reder@uni-konstanz.de



Reichenau
Akademisches Lehrkrankenhaus
der Universität Konstanz


**Universität
Konstanz**




Bei der Beantwortung der Fragen geht es um Ihre persönliche Einschätzung. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

Die männliche Form ist auf den Folgeseiten aufgrund einer einheitlichen Anrede gewählt. Alle Fragen gelten stellvertretend für männliche und weibliche Personen.

Weiter





10% ausgefüllt

Zu Beginn möchten wir Sie um einige Angaben zu ihrer Einrichtung bitten


1. In welchem Bundesland befindet sich die forensische Psychiatrie, in der Sie arbeiten?
[ER01]


[Bitte auswählen] ▾

2. Seit wie vielen Jahren gibt es an Ihrer Einrichtung Sporttherapie für „psychisch kranke Rechtsbrecher“? [ER03]

Im weiteren Verlauf des Fragebogens wird das Wort „Patienten“ verwendet.

[Bitte auswählen] ▾





15% ausgefüllt

1. Welches Geschlecht haben Ihre Patienten? [PA02]


[Bitte auswählen] ▼


2. Wie groß ist in etwa der Anteil der Patienten, der regelmäßig Sporttherapie erhält? [ER04]

[Bitte auswählen] ▼

3. Wie oft erhält ein betreuter Patient durchschnittlich im Monat Sporttherapie? [ER06]

[Bitte auswählen] ▼





20% ausgefüllt

1. Es folgen Fragen zu den Rahmenbedingungen an Ihrer Einrichtung. [RB02]
Bitte schätzen Sie die Situation an Ihrer Einrichtung ein.

	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	teils-teils	trifft eher zu	trifft zu
Die Sicherheitsvorkehrungen, die bei der Sporttherapie getroffen werden müssen, sind aufwendig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Frage [RB03]

	sehr schlecht	eher schlecht	mittelmäßig	eher gut	sehr gut
Die vorhandenen räumlichen Möglichkeiten für die Ausübung der Sporttherapie sind ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die materielle Ausstattung ist ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Frage [RB03]

	sehr schlecht	eher schlecht	mittelmäßig	eher gut	sehr gut
Die vorhandenen räumlichen Möglichkeiten für die Ausübung der Sporttherapie sind ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die materielle Ausstattung ist ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Was könnte konkret im Bereich der materiellen und räumlichen Möglichkeiten verbessert werden? [RB06]

3. Umgang und Zusammenarbeit: [RB05]

	sehr schlecht	eher schlecht	mittelmäßig	eher gut	sehr gut
Die Wertschätzung der Sporttherapie von Seiten der Patienten ist ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Zusammenarbeit mit den Ärzten und den Therapeuten ist ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal ist ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Was könnte konkret bei der Organisation der Therapie und bei der Zusammenarbeit mit dem Klinikpersonal verbessert werden? [RB07]



25% ausgefüllt

1. Wie ist die Teilnahme an der Sporttherapie geregelt? [RB08]

- Freiwillig
 Überwiegend verpflichtend
 Verpflichtend
 Sonstiges:

Frage [RB04]

	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	teils- teils	trifft eher zu	trifft zu
Die Gruppengröße ist stabil.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Inhalte und Ausführung der Sporttherapie... [RB09]

- ... legen die Sporttherapeuten meist selbstständig und unabhängig fest.
 ... legen die Sporttherapeuten meist selbstständig fest, integriert jedoch fachexterne Ratschläge.
 ... legen die Sporttherapeuten in gleichberechtigter Kooperation mit dem Klinikpersonal fest.
 ... sind von der Klinikleitung größtenteils vorgegeben.



30% ausgefüllt

Es folgen nun einige Fragen zu Ihren betreuten Patienten.

Weiter

1. Bitte beurteilen Sie, ob sich Ihre betreuten Patienten nach § 63 StGB in den genannten Eigenschaften eher ähnlich sind oder ob es innerhalb der Gruppe eher unterschiedliche Ausprägungen gibt. [PA04]

	Sehr unterschiedliche Ausprägungen		Patienten sind sich sehr ähnlich	
Geringe körperliche Fitness	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Übergewicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Motorische Einschränkungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unterdurchschnittliche Intelligenz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antriebslosigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Akzeptanz der Sporttherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abneigung gegenüber Sport im Allgemeinen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Launenhaftigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regelmäßige Teilnahme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eingeschränktes soziales Verhaltensrepertoire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antisoziale und aggressive Verhaltensweisen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manipulative und sabotierende Verhaltensweisen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Es folgen nun einige Fragen zu den Zielen Ihrer Sporttherapie.

Weiter

1. Im Folgenden werden verschiedene Zielsetzungen vorgeschlagen, die Sporttherapie für Patienten der forensischen Psychiatrie beinhalten kann. [ZI02]

Bitte bewerten Sie die Wichtigkeit der Ziele, die Sie bei Patienten sehen, die nach § 63 StGB untergebracht sind.

	weniger wichtig	sehr wichtig
Verbesserung der physischen Bedingungen: Ausdauer, Beweglichkeit, Koordination und Kräftigung	<input type="range"/>	<input type="range"/>
Behandlung möglicher Nebenwirkungen durch die Medikation, z.B. Gewichtszunahme, Antriebsmangel oder verändertes Körpergefühl	<input type="range"/>	<input type="range"/>
Veränderung des Körpererlebens: Fördern der ganzheitlichen Selbstwahrnehmung und Sensibilisierung für Körpersignale	<input type="range"/>	<input type="range"/>
Korrektur überzogener Selbstbilder: Erlangen einer realistischen Selbsteinschätzung durch Konfrontation mit dem realen Leistungsvermögen	<input type="range"/>	<input type="range"/>
Aktivierung der Patienten: Passivität und Antriebsschwäche entgegenwirken, Kreativität fördern.	<input type="range"/>	<input type="range"/>
Stabilisierung der Persönlichkeit: Aufbau von Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen	<input type="range"/>	<input type="range"/>
Tages- und Wochenstrukturierung: Förderung der Fähigkeit zur Zeiteinteilung und -gestaltung	<input type="range"/>	<input type="range"/>
Initiierung gruppendynamischer Prozesse: Animation zur Kontaktaufnahme und Interaktion unter den Patienten	<input type="range"/>	<input type="range"/>
Förderung und Aufbau sozialer Kompetenzen: Erlernen angemessener sozialer Umgangsregeln und Interaktionen	<input type="range"/>	<input type="range"/>
Angemessener Umgang mit Konflikten und Frustrationen: Trainieren von nichttätlichen Konfliktlösungen	<input type="range"/>	<input type="range"/>



84% ausgefüllt

1. Es folgen mögliche Fähigkeiten und Wissensbereiche, die für einen Sporttherapeuten in der forensischen Psychiatrie hilfreich sein können. [TH01]

Bitte bewerten Sie die Wichtigkeit dieser Bereiche für Ihre Tätigkeit.

	unwichtig	eher unwichtig	teils-teils	eher wichtig	wichtig
Berufserfahrung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pädagogische Kompetenzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Soziale Kompetenzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Flexibilität bei Planung und Durchführung der Sporttherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sportwissenschaftliche Kompetenzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wissen über psychische Krankheitsbilder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zusammenarbeit und Austausch mit Kollegen, Ärzten und Therapeuten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Welche weiteren Kompetenzen erachten Sie in Ihrem Tätigkeitsbereich außerdem als besonders hilfreich? [TH02]



89% ausgefüllt

Zum Abschluss sind wir an Ihrer persönlichen Expertenmeinung zu den Wirkmechanismen der Sporttherapie bei psychisch kranken Straftätern interessiert.

Die Wirkmechanismen können in drei Bereiche untergliedert werden: Die Therapie kann durch physische, psychische und sozialpsychologische Vorgänge verschiedene positive Effekte erreichen.

Bitte geben Sie zu jedem untenstehenden Bereich einen konkreten Wirkmechanismus (jeweiliger Vorgang und positiver Effekt) an, den Sie an Ihren Patienten beobachten und als bedeutsam erachten.

1. Physische Wirkmechanismen [WM06]

physischer Vorgang (Bsp: verbesserte Gesundheit, körperliche Verfassung, Entspannung, Gewichtsreduktion, etc.)

führt zu (positiver Effekt)

2. Psychische Wirkmechanismen [WM07]

psychischer Vorgang (Bsp: Persönlichkeitsentwicklung: Selbstwahrnehmung, Selbsterfahrung, Selbstfürsorge oder motivationale Prozesse, etc.)

führt zu (positiver Effekt)

3. Sozialpsychologische Wirkmechanismen [WM08]

sozialpsychologischer Vorgang (Bsp. Üben von sozialer Kompetenz / angemessenem Funktionieren des Individuums in der Gruppe / lebenspraktische Fähigkeiten, Konflikt-Training, etc.)

führt zu (positiver Effekt)

4. Welcher der genannten Wirkbereiche ist Ihrer Erfahrung nach der wichtigste? [WM05]

- Physischer Wirkbereich
- Psychischer Wirkbereich
- Sozialpsychologischer Wirkbereich

Weiter



95% ausgefüllt

Zuletzt möchten wir Sie um einige Angaben zu Ihrer Person bitten

1. Welche Ausbildungen haben Sie erhalten? [SD04]

Mehrfachnennungen sind möglich

- Psychiatrische Pflegekraft
- Physiotherapeut
- Sportwissenschaft BA
- Sportwissenschaft Diplom/Master
- Sportlehrer
- Körperpsychotherapeut
- Sonstiges

Frage [SD01]

Wie viele Jahre arbeiten Sie schon im Bereich der Sporttherapie in der forensischen Psychiatrie?

Frage [SD05]

Wie viele Wochenstunden leisten
Sie als Sporttherapeut in der
forensischen Psychiatrie?

Frage [SD02]

Geburtsjahr

2. Geschlecht [SD03]

[Bitte auswählen] ▾

Weiter



Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Wir möchten uns ganz herzlich für Ihre Mithilfe bedanken.

Bei Fragen und Anmerkungen wenden Sie sich bitte an die Autorin,
Susanne Reder (cand.M.Sc.), Susanne.Reder@uni-konstanz.de

Universität Konstanz

Zentrum für Psychiatrie, Reichenau



Reichenau

Akademisches Lehrkrankenhaus
der Universität Konstanz



Ihre Antworten wurden gespeichert, Sie können das Browser-Fenster nun schließen.

Personality traits and social competence of preferential and situational sexual offenders against children

Zdzisław Majchrzyk & Karolina Grzywińska-Aleksandrowicz

Abstract

Aim: The aim of the present study was to examine whether preferential child molesters differ from situational child molesters in terms of the level of the Big Five personality traits, self-esteem and social competence, as well as relations between them.

Materials and method: The group of preferential molesters consisted of 55 men convicted of sexual offences against children and diagnosed with pedophilia. The group of situational molesters consisted of 50 convicts without such a diagnosis. NEO-Five-Factor Inventory, Multidimensional Self-Esteem Inventory (MSEI) and Social Competence Questionnaire (KKS) were used in the study.

Results: Significant differences between the groups were found in the dimension of agreeableness, self-assessment in terms of likability and moral self-acceptance, the general level of social competence and the competence that determines effective behavior in intimate situations. The preferential offenders scored lower on all scales. Extraversion turned out to be the best predictor of social competence in both groups.

Conclusions: Except for several traits, preferential offenders do not differ significantly from one another. Such knowledge can be used in dealing with the perpetrators - both with regard to criminal offences, as well as therapeutic interactions.

Key words: child sexual abuse, pedophilia, personality, self-esteem, social competence

Sexualstraftaten gegen Kinder: Persönlichkeitszüge und soziale Kompetenz beim präferenziellen und beim situationalen Typus

Zusammenfassung

Studienziel: Die vorliegende Studie setzte sich zum Ziel, herauszufinden, ob sich präferenzielle Kinderschänder von situationalen Kinderschändern in der Ausprägung der Big-Five-Persönlichkeitszüge, in der Selbstachtung und in der sozialen Kompetenz unterscheiden, und welche Zusammenhänge es zwischen ihnen gibt.

Korrespondenzadresse: Prof. Zdzisław Majchrzyk, Head of Forensic and Penitentiary Psychology Dept., Cardinal Stefan Wyszyński University, Warsaw, Poland; z.majchrzyk@neostrada.pl

Methoden: Die Gruppe der präferenziellen Kinderschänder bestand aus 55 Männer, die wegen sexueller Übergriffe an Kindern verurteilt und als pädophil diagnostiziert waren. In der Gruppe der situationsbezogenen Kinderschänder befanden sich 50 Verurteilte ohne eine solche Diagnose. In der Studie wurden folgende Instrumente verwendet: NEO-Five-Factor Inventory, Multidimensional Self-Esteem Inventory (MSEI) und Social Competence Questionnaire (KKS).

Ergebnisse: Es zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen auf den Dimensionen Verträglichkeit, Selbsteinschätzung in Bezug auf Liebenswürdigkeit und moralische Selbstakzeptanz, dem allgemeinen Grad an Sozialkompetenz und in der Kompetenz, die das tatsächliche Verhalten in intimen Situationen bestimmt. Die präferenziellen Straftäter hatten in allen Skalen niedrigere Werte. Die Extraversion erwies sich als der beste Prädiktor der sozialen Kompetenz in beiden Gruppen.

Schlussfolgerungen: Mit Ausnahme von verschiedenen Merkmalen unterschieden sich präferenzielle Straftäter nicht signifikant voneinander. Diese Befunde können im Umgang mit den Straftätern von Nutzen sein – sowohl in Bezug auf die Straftaten als auch auf die therapeutischen Interaktionen.

Schlüsselwörter: Missbrauch an Kindern, Pädophilie, Persönlichkeit, Selbstachtung, soziale Kompetenz

Introduction

Sexuality is an important aspect of human functioning, at the same time surrounded by numerous orders and prohibitions. One of them prohibits sexual contact with children. Despite awareness of the negative consequences of such behavior, in every society there is a certain percentage of people fulfilling their sexual needs with those who, due to their age, cannot give a valid consent to sexual intercourse. Since the predominant perpetrators are men, it is men who are the main target of research on sexual violence against children. Although from the point of view of evolution behaviors, such as sex with a child are non-adaptive, statistics kept for many years show their growth rather than decline (Seto, 2008, 165). Many researchers aim at identifying the causes of choosing a child as one's sexual partner, and further findings on this subject can contribute to the development of more effective treatment programs for perpetrators.

As shown by previous studies, sexual abusers of children are not a homogeneous group. It is more appropriate to talk about certain categories of offenders. Hence, in recent years, a number of classification models of child molesters have been proposed. One of them is based on the criterion of motivation, and divides perpetrators into preferential, also known as true or fixated pedophiles, and situational, called opportunistic or regressed (Cohen & Galynker, 2009, 26). Deviant behaviors of the former result from their genuine sexual preference for children. On the contrary, children are not the most desirable partners for situational offenders, but sex with a child is a substitute for sexual fulfillment, for instance, in the absence of an adult partner.

The use of the term 'pedophilia' is justified only with regard to preferential perpetrators, since they meet the diagnostic criteria of such disorder (Lanning, 2010, 32).

For these reasons, attempts at creating a profile of the perpetrator, in order to prevent potential, abuse have ended in failure. In addition to the fact that it is an internally diversified group, some researchers point out that many perpetrators cannot be distinguished from the population by any particular features, both in terms of demographic characteristics and possible psychopathology. Chaffin, Letourneau and Silovsky state that the personality profile of most child molesters shows no signs of mental disorders (Chaffin et al., 2002, 55).

Reviewing existing research indicates that there are some features (factors) more often associated with sexual pathology than others, although no single feature (factor) leads directly to its developing. Among the personality traits mentioned in the study of the etiology of pedophilia, the most important ones are those which play a crucial role in establishing and maintaining interpersonal relationships, namely extraversion and neuroticism (e.g. Ames & Houston, 1990, for Murray, 2000; Dennison et al., 2001), as well as self-esteem (e.g. Marshall & Mazucco, 1995; Marshall, 1997). Much attention is also paid to the influence of deficits in social competence on the development of sexual violence against children (e.g. Howells, 1981). The main assumptions of the aforementioned research have been outlined below.

The Five Factor Model of personality in the research on offenders

The use of tools basing on the Five Factor Model in the research on the personality of offenders was initiated after the criticism with which MMPI tests had. Since it was a tool used in clinical diagnosis to evaluate mental disorders, which had usually not been reported in offenders, it seemed more appropriate to use in this field tools designed to assess the characteristics of a healthy personality. It was expected that even if attempts at creating a profile of a typical perpetrator fail, certain characteristics of a „normal“ personality should have a link to the crime of a sexual nature (Dennison et al., 2001, 245).

The Five Factor Model of personality, developed by Costa and McCrae, and also called the Big Five, is now one of the most popular concepts in personality psychology. Previous studies indicate that among the five dimensions identified by the authors as many as four (neuroticism, extroversion, agreeableness and conscientiousness) are significantly linked to mental and sexual disorders (Malouff et al., 2005, 107). The authors of the Big Five emphasize that neuroticism is the dimension most linked to adaptation, and people with high level of neuroticism may manifest various forms of maladjustment, such as marital problems or ineffective strategies for coping with difficult situations (McCrae & Costa, 2005, 258). Costa (1991, 397) suggests that the FFM may also be useful in planning treatment.

In the study of Fagan et al. (1991, for Dennison et al., 2001, 248), men with paraphilia scored significantly higher on the Neuroticism than men in the control group, while lower on the Agreeableness and Conscientiousness. The men with paraphilia scored highest on such subscales of Neuroticism as depressiveness, aggressive hostility, and impulsivity. Furthermore, compared to the control group, significantly lower scores were noticed in the warmth factor, which makes up the Extraversion dimension, as well as the imagination factor, which makes up the Openness to experience dimension.

Dennison, Stough and Birgden (2001) conducted research on sexual offenders against children using the NEO PI-R. Comparison of perpetrators to law-abiding citizens showed that the former are characterized by a higher level of Neuroticism and a lower level of Extraversion and Conscientiousness. The researchers also identified several categories of perpetrators due to their relationship with the victim, but found out that their personality profiles are not significantly different from one another. The results indicate that perpetrators show a greater tendency to experience depression, loneliness and despondency. The researchers conclude that the difficulties faced by perpetrators in establishing and maintaining close relationships are primarily the result of emotional instability, a tendency to avoid public meetings and inability to exercise self-control and plan actions. Entering in relationships with the children allows them to - at least partially - fulfill the need for domination and control.

Self-esteem and sexual abuse of children

So far much attention has been paid to the importance of self-esteem for functioning of an individual in various areas of social life (e.g. Coopersmith, 1967; Epstein, 1980; Baumeister & Tice, 1990). Self-esteem plays an important role in establishing and maintaining interpersonal relationships. While individuals convinced of their own competence, attractiveness or other merits do not fear rejection from their social environment and gladly engage in social activities, individuals with low self-esteem may fear such situations and avoid contact with other people because of the anticipation of failure. If a man is unable to establish a mature relationship with an adult partner and satisfy his sexual needs, with an appropriate correlation of other factors, he may turn aggressive toward women or take interest in children with whom the realization of his need is easier, which at the same time allows him to prove his manliness. These desires may take the form of fantasizing while masturbating or materialize in actual behavior (Marshall & Barbaree, 1990, 262).

Numerous studies confirm that offenders who sexually abuse children have a lower self-esteem in comparison to other sexual offenders, non-sexual offenders (Pervan & Hunter, 2007), and non-offenders (Marshall & Mazzucco, 1995; Marshall et al., 1997); although there are also reports claiming an absence of differences between perpetrators and men of similar socio-economic status (Marshall et al., 1995), as well as indicating that incest offenders are narcissistic and inhibited individuals, generally

these traits not associated with low self-esteem (Hanson et al., 1994, for Pervan & Hunter, 2007, 79).

Some studies point out that the concept of self-assessment is too general and one should rather talk about self-assessment in particular areas of individual functioning (Pervin & John, 2002, 192). It seems that such an approach may be better applicable in explaining the causes of sexual violence, all the more so, because it could provide a more satisfactory explanation of acts committed by the so-called respected citizens, individuals functioning perfectly in other areas, and yet committing sexual offences against children.

The role of social competence in the etiology of sexual abuse of children

The level of social competence, which can be understood as „complex abilities conditioning the efficiency to cope with a particular type of social situations, gained by an individual in the course of social training“ (Maczak, 2001, 7), is an important indicator of the quality of interpersonal relationships. Deficits in this area are one of the most frequent factors mentioned in explaining the causes sexual violence against children (e.g., McFall, 1990; Fisher & Howells, 1993; Marshall et al., 1995).

According to this hypothesis, some men start to engage in sexual activities with children, because they lack the competence to establish satisfying relationships with adult partners, in which they would be able to satisfy their sexual needs. They feel much more comfortable in relations with children, perceiving them submissive and easy to control, while adult partners seem to them threatening, dominant and demanding (Marshall, 2008, 42). Numerous studies corroborate the low level of social competence in offenders. For example, Panton (1978, for Araj & Finkelhor, 1985, 22) proved that, compared to rapists, sexual abusers of children exhibit a higher level of anxiety of heterosexual relationships, feel uncomfortable in social situations, fearing failure and rejection by the opposite sex. The results of Beisert's (2012) study also corroborate the low level of social competence of perpetrators - both general competence and the competence in terms of assertiveness, intimacy and that, which determines success in situations of social exposure.

Deficits in social competence may be related to low self-esteem, as demonstrated by the findings of Marshall, Barbaree and Fernandez (1995), who found out that perpetrators are characterized by the highest level of social anxiety, and at the same time the lowest level of self-esteem and the ability to cope in situations that involve interactions with other people, among all researched groups. Generally, it is assumed that the level of social competence depends on the impact of social environment on the individual and his or her temperamental and personal traits, hence also on the level of the five-factor model dimensions (Martowska, 2012, 19).

The aim of the study and hypotheses

Overview of research on the etiology of sexual violence against children one realizes that the criterion of motivation of perpetrators is rarely taken into account. Usually, sexual abusers of children are compared to other groups of offenders or to a control group, regardless of their being diagnosed with pedophilia or whether their activities were considered as substituting sexual needs fulfillment. The aim of the present study was to verify whether preferential offenders differ from situational offenders in terms of the level of personality traits and social competence. In addition, relations between these variables were examined in both groups, also to find out which personality variables make the best predictors of social competence of preferential and situational offenders. In this way we tried to determine whether similar factors are involved in the origin of sexual abuse of children by the perpetrators with sexual preferences for children and those for adults. On the basis of the existing literature, it was assumed that varied motivations behind committed offences may be associated with differences in terms of intensity of the level of the variables tested and their relations. Therefore, the following hypotheses were proposed:

1. There are significant differences between the group of preferential offenders and the group of situational offenders in the levels of the Big Five personality dimensions.
2. There are significant differences in the level of self-esteem between the group of preferential offenders and the group of situational offenders.
3. The preferential offenders and situational offenders differ significantly in terms of the level of general social competence and competences determining the effectiveness of behavior in particular areas of social functioning.
4. In the studied groups of offenders there are correlations between personality traits and social competence.
5. Predictors of social competence are different for the group of preferential offenders and situational offenders.

Because there are not so many studies on the effects of the aforementioned factors on the development of different types of pedophilia and because the results are inconclusive, it is difficult to assume that the intensity of these traits in one group of offenders is higher or lower than that in the other. More precise statements can be made only after comparing the results, which is why non-directional hypotheses in the study has been employed.

Materials and methods

The study was conducted in nine Polish penal institutions on the male convicted of offenses involving sexual intercourse or other sexual activities undertaken with a minor under 15 years of age. On the basis of legal opinions of sexologists in the perpetrators' files, they were divided into those diagnosed with pedophilia, and those without such a diagnosis, which corresponds to the division into preferential and situational offenders, respectively. Results of 105 individuals - 55 offenders with a diagnosis of pedophilia and 50 situational offenders, were subjected to final analysis. The condition for participation in the study was consent of a given individual and lack of any deficits preventing proper understanding of the questions.

The following tools were used in the study:

- NEO-Five-Factor Inventory, developed by Costa and McCrae, in its Polish adaptation by Zawadzki, Strelau, Szczepaniak & Śliwińska (1998), to measure the level of the basic five-factor personality dimensions: neuroticism, extraversion, openness to experience, agreeableness and conscientiousness,
- Multidimensional Self-Esteem Inventory (MSEI) by O'Brien Epstein, in its Polish adaptation by Fecenec (2008), to measure the level of general self-esteem and detailed self-esteem, consisting of 11 scales: Global self-esteem, Competence, Lovability, Likability, Personal power, Self-control, Moral self-approval, Body appearance, Body functioning, Identity integration and Defensive self-enhancement,
- Social Competence Questionnaire (KKS) by Matczak (2007), which measures the general level of social competence and the competence conditioning efficiency of behavior in intimate situations, in situations of social exposure and situations requiring assertiveness.

The data regarding demographic characteristics of perpetrators collected by means of a personal questionnaire was designed for the research. The subjects' age ranged from 20 to 65 years, most of them were in the age group 30-39 and 50-59. The average age was 43.21 in the group of preferential offenders, and 41 years in the group of situational offenders. The majority of offenders had no permanent adult partner at the time of the study. Only 36% of the preferential offenders and 34% of the situational offenders had a spouse or a cohabiting partner. The subjects were rather poorly educated. Nearly three-quarters of them had primary or vocational education, in which respect there were significant differences between the two ($p \leq 0.001$). Preferential offenders were more likely to have secondary education (30.9% compared to 8% of the situational offenders). People with higher education, constituted less than 8% in both groups. There was a significant difference between the groups with regard to sexual orientation. One in ten of situational offenders and one in four of preferential offenders described themselves as bisexual. The others declared their heterosexual orientation.

Results

Tables 1-3 below present the mean scores (expressed in sten units) obtained from the studied groups in individual psychological tests. The Mann-Whitney U test was used to verify the hypotheses about intergroup differences in the level of personality traits and social competence. The mean values of the analyzed variables in the group of preferential and situational offenders were compared. Values $p \leq 0.05$ were presented in bold.

As indicated by the data in Table 1, the preferential offenders scored lower than the situational offenders on all NEO-FFI scales except for neuroticism (for which the mean score of preferential offenders was higher). However, a significant difference between the groups was observed only in the dimension of agreeableness ($p \leq 0.01$).

Table 1: Mean scores on NEO-FFI domains for group of preferential and situational offenders

	Preferential offenders n = 55		Situational offenders n = 50		U	p
	M	SD	M	SD		
Neuroticism	6.20	1.98	5.78	1.97	1215.50	.300
Extraversion	5.56	1.87	5.88	2.20	1245.00	.399
Openness to Experience	5.05	2.06	5.24	1.78	1277.50	.526
Agreeableness	5.15	2.00	6.16	2.17	980.50	.010
Conscientiousness	6.36	1.97	6.54	1.94	1288.50	.573

Table 2: Mean scores on MSEI scales for group of preferential and situational offenders

	Preferential offenders n = 55		Situational offenders n = 50		U	p
	M	SD	M	SD		
Global self-esteem	4.76	1.88	5.38	2.10	1112.50	.084
Competence	5.80	1.85	5.78	1.88	1344.00	.839
Lovability	4.76	1.64	5.44	2.00	1104.00	.076
Likability	4.51	1.90	5.38	2.04	1033.00	.026
Personal power	5.11	1.79	5.46	2.19	1242.00	.388
Self-control	5.27	1.87	5.78	2.12	1160.50	.164
Moral self-approval	4.16	2.51	5.48	2.52	991.00	.013
Body appearance	5.02	2.11	5.30	1.94	1276.00	.520
Body functioning	5.09	1.98	5.10	2.05	1333.50	.787
Identity integration	5.62	2.03	5.92	2.06	1301.00	.631
Defensive self-enhancement	4.95	1.67	5.20	1.80	310.50	.674

The offenders in both groups did not differ significantly from one another in terms of the level of intensity of the other personality dimensions.

In the case of self-esteem, measured by the MSEI, statistically significant differences between the groups were observed in its two components - moral self-acceptance and likability ($p < 0.05$), as shown in Table 2. The mean scores of the preferential offenders were lower on both scales compared to the scores of situational offenders. The scores on the moral self-acceptance scale may be regarded as reduced. The mean scores of the preferential offenders on almost all MSEI scales were lower than those of the situational offenders. One exception is self-esteem in terms of competence, but the difference between groups is minimal here. On all other scales, except for the scale of moral self-acceptance, the subjects from both groups scored within the average range of scores.

As Table 3 shows, on all scales of the KKS, the preferential offenders on average score lower than situational offenders, which means, that they exhibit poorer social competence. Statistically significant differences are found with regard to total KKS score ($p \leq 0.05$) and competence determining the effectiveness of behavior in intimate situations ($p \leq 0.01$).

In order to verify the relationship between the level of social competence and the level of intensity of personality traits the correlation coefficient r -Pearson was used (Table 4 and 5). As the data in Table 4 implied, in both study groups mostly moderate relationships were observed between all the scales of the KKS and extraversion and conscientiousness (positive) and neuroticism (negative). The greater the intensity of extraversion and conscientiousness and the lower the intensity of neuroticism, the higher the level of social competence of the offender. Furthermore, in the group of preferential offenders a weak positive correlation was found between agreeableness and the general level of competence, as well as the competence that determines the effectiveness of behavior in intimate situations and situations requiring assertiveness.

Table 3: Mean scores on KKS scales for group of preferential and situational offenders

	Preferential offenders n = 55		Situational offenders n = 50		U	p
	M	SD	M	SD		
Tot.	4.98	1.93	5.84	2.47	1075.00	.050
I	5.29	2.13	6.56	2.38	905.50	.002
ES	4.87	2.14	5.58	2.44	1130.50	.113
A	5.05	1.97	5.32	2.20	1274.00	.512

Notes: Tot. - total KKS score; I – competence determining the effectiveness of behavior in intimate situations, ES – competence determining the effectiveness of behavior in situations of social exposure; A – competence determining the effectiveness of behavior in situations requiring assertiveness

Table 4: Correlations of the KKS with NEO-FFI dimensions in the groups of preferential and situational offenders

NEO-FFI	KKS		Total		I		ES		A	
	Gr. I	Gr. II	Gr. I	Gr. II	Gr. I	Gr. II	Gr. I	Gr. II	Gr. I	Gr. II
Neuroticism	-.363**	-.498**	-.313*	-.377**	-.291*	-.388**	-.403**	-.412**		
Extraversion	.556**	.601**	.607**	.398**	.387**	.560**	.469**	.628**		
Openness to Experience	.056	.515**	-.004	.410**	.102	.493**	.031	.465**		
Agreeableness	.279*	.153	.289*	.235	.211	.121	.271*	.023		
Conscientiousness	.478**	.474**	.344*	.450**	.409**	.432**	.471**	.356*		

Notes: Gr. I – preferential offenders (N=55); Gr. II – situational offenders (N=50); * p<0.05; ** p<0.01; Tot. – total KKS score; I – competence determining the effectiveness of behavior in intimate situations, ES – competence determining the effectiveness of behavior in situations of social exposure; A – competence determining the effectiveness of behavior in situations requiring assertiveness

Table 5: Correlations of the KKS with measures of self esteem in the groups of preferential and situational offenders

MSEI	KKS		Total		I		ES		A	
	Gr. I	Gr. II	Gr. I	Gr. II	Gr. I	Gr. II	Gr. I	Gr. II	Gr. I	Gr. II
Global self-esteem	.360**	.441**	.331*	.308*	.327*	.402**	.353**	.380**		
Competence	.404**	.547**	.269*	.421**	.409**	.425**	.319*	.537**		
Lovability	.267*	.390**	.210	.337*	.254	.327*	.164	.273		
Likability	.325*	.450**	.410**	.325*	.161	.430**	.358**	.368**		
Personal power	.488**	.551**	.297*	.443**	.442**	.564**	.503**	.503**		
Self-control	.217	.410**	.133	.328*	.129	.388**	.318*	.313*		
Moral self-approval	.306*	.371**	.271*	.267	.176	.362**	.331*	.278		
Body appearance	.482**	.304*	.591**	.232	.291*	.281*	.472**	.288*		
Body functioning	.286*	.309*	.305*	.172	.133	.269	.378**	.377**		
Identity integration	.055	.254	.056	.130	.014	.216	.056	.191		
Defensive self-enhancement	-.144	.228	-.157	.207	-.136	.196	-.027	.123		

Notes: Gr. I – preferential offenders (N=55); Gr. II – situational offenders (N=50); * p<0.05; ** p<0.01; Tot. – total KKS score; I – competence determining the effectiveness of behavior in intimate situations, ES – competence determining the effectiveness of behavior in situations of social exposure; A – competence determining the effectiveness of behavior in situations requiring assertiveness

In turn, in the group of situational offenders moderate positive correlation was found between openness to experience and all the KKS scales. The relationship between openness to the experience and social competence was not observed in the group of preferential offenders.

A number of weak or moderate positive correlations were observed between individual types of social competence and MSEI scales. What was not observed in either group, was the relationship between competence and the scales of identity integration and defensive self-enhancement, although it is worth pointing out that, despite the lack of statistical significance, in the group of preferential offenders the direction of the aforementioned correlation was negative, and in the group of situational offenders - positive. Thus, the higher the offender's self-esteem the greater their social competence. In both groups of offenders, all the KKS scales showed the strongest correlation with self-esteem in terms of competence and personal power.

The analysis also revealed some interesting differences between the groups, especially concerning the competence that determines the effectiveness of behavior in intimate situations. In the case of lovability and self-control scales, the correlation coefficient reached statistical significance only in the group of situational offenders, while for the moral self-acceptance and body appearance scales, it was statistically significant only in the group preferential offenders. It is worth noting that in the case of the latter scale the highest value of coefficient was observed ($r=0.591$).

In order to determine which personality variables analyzed here are the best predictors of social competence, regression analysis was carried out for both, where the dependent variable was the general level of social competence, while the explanatory variables were personality dimensions measured by the NEO-FFI and self-esteem measured by the MSEI test.

Table 6 presents the coefficients of the regression analysis for the group of preferential perpetrators. The analysis showed that almost 31% of the variation in the total

Table 6: Regression analysis for the group of preferential offenders

Variable	R	R ²	Beta	T	p
Step 1	.556	.309			
Extraversion			.556	4.873	.000
Step 2	.629	.396			
Extraversion			.432	3.689	.001
Personal power			.320	2.735	.009
Step 3	.665	.442			
Extraversion			.354	2.960	.005
Personal Power			.266	2.282	.027
Conscientiousness			.240	2.039	.047

Table 7: Regression analysis for the group of situational offenders

Variable	R	R ²	Beta	T	p
Step 1	.601	.361			
Extraversion			.601	5.211	.000
Step 2	.672	.451			
Extraversion			.484	4.174	.000
Neuroticism			-.322	-2.773	.008

KKS score among the preferential offenders can be explained by extraversion. Self-esteem in terms of personal power raises the level of the explained dependent variable to 39.6%, while conscientiousness raises it further by 4.6%. In total, the variables introduced explain 44.2% of the variance of the dependent variable.

The results of the regression analysis carried out for situational offenders (Table 7) show that extraversion is responsible for 36.1% of the variability of the results obtained in KKS, while neuroticism explains 9% of the variance (this dimension has a negative impact on the level of competence). In this group of subjects, the variables introduced explain in total 45.1% of the variance of the dependent variable, which makes a general level of social competence.

Discussion

The aim of the present study was to answer the question whether sexual abusers of children, for whom they are the most desired sexual partners, differ from sexual abusers with no sexual preference for children, but who molest for other reasons, in terms of personality profile and the level of social competence, as well as its personality conditioning.

The study only partially confirmed the first hypothesis. The preferential offenders differed significantly from the situational offenders only in terms of the level of agreeableness. Those who prefer children were less agreeable, and therefore less sensitive to the problems of others, less trusting and more competitive. If the Big Five dimensions are taken as a biological basis for the development of sexual preferences, it seems that lower intensity of agreeableness may initially be associated with greater difficulties in establishing interpersonal relationships - first friendly relationships, and then sexual, too. Besides, the lower level of agreeableness may be considered characteristic of the early stage of development, remembering that its level increases with age in the population (McCrae, Costa, 2005, 139). The results confirm earlier reports about a lower intensity level of the basic dimensions of personality (except neuroticism) among people with paraphilia (Fagan et al., 1991); even though statistical significance was found only for one dimension. On the other hand, if the results are compared to the standards for the entire population, it turns out that the personal-

ity profile of offenders - both situational and preferential, cannot be distinguished by anything in particular.

The second hypothesis was confirmed only with regard to the two components of self-esteem, namely popularity and moral self-acceptance. The offenders did not differ significantly from one another in terms of its general level. Individuals with sexual preferences for children have lesser sense of being liked by others, which is probably due to the absence of successes in social interaction. If this result was influenced by the current situation of offenders (conviction on a socially condemnable offense and serving a prison sentence), it should not be different for the two groups. Thus, it is not surprising that preferential offenders scored lower in self-esteem in terms of consistency between one's core values and one's own behavior. Aware of social attitudes towards sexual abusers of children, the perpetrators for whom contacts with children make a substitute for sexual fulfillment can evaluate their own behavior higher than those for whom children are the most desired partners. Unexpectedly, the scores are within the range of average ones. This result fails to confirm several existing reports on the causes of sexual violence against children, which put them down to lower self-esteem (e.g. Marshall & Mazzucco, 1995; Marshall et al., 1997). The average score on the scale of defensive self-enhancement, which measures the need for social approval, allows for the results to be regarded as credible. It only proves that the level of self-esteem is not a factor distinguishing sexual abusers of children from the rest of the population.

Likewise, subsequent results gave no answer to the question about the etiology of sexual violence against children. What they did, however, was to confirm the predictions concerning the differences between the two groups of offenders. Preferential offenders are the individuals with lower level of general social competence and lower level of the competence conditioning efficacious behavior in intimate situations. The latter result seems particularly notable. Greater difficulties in relationships with adult partners the offenders with paraphilia show can be both a reason for their focusing on children as less threatening partners, and a consequence of the fact that right from the start the contacts with children have been the most preferred form of relationships. In any case, this result is consistent with the findings in the NEO-FFI that is the core of a satisfying intimate relationship is, among other things, trust and the ability to expose oneself, which preferential offenders found more difficult. The analysis of relationships between the variables studied herewith provides more information on the subject.

Verification of the fourth hypothesis aimed at identifying those personality variables that correlated significantly with social competence, which could prove useful in therapeutic treatment of the offenders who have shown deficits in this respect. Factors relating to the competence that determines the effectiveness of behavior in intimate situations seem to be of particular importance since they are largely responsible for possible reoffending.

In both groups, this type of competence proved to have a positive relationship with extraversion and conscientiousness and negative with neuroticism. These results are consistent with relationships between personality traits and social competence obtained in previous studies (Matczak, 2007; Martowska, 2012). Higher demand for stimulation, which is typical of extroverts, makes them open to various social stimuli, and their social training becomes more intense, resulting in a higher level of interpersonal competence. Conscientiousness is the dimension describing the degree of involvement in actions undertaken and perseverance in their implementation. It can also indicate some active style of functioning, correlated with the demand for stimulation and the ability to control impulses in accordance with the social rules, thereby influencing the effectiveness of the process of social training. On the contrary, neuroticism is a dimension defining the degree of emotional adaptation. Its high level manifests itself in a tendency to experience anxiety, unsuccessful coping in stressful situations, tendency to self-regulation by avoiding interpersonal challenges (McCrae & Costa, 2005). For sure, these tendencies are not conducive to gaining social competence.

The analysis also revealed some differences between the groups of offenders. The dimension significantly correlated with intimacy of preferential offenders turned out to be agreeableness. These results may explain poorer competence of those with sexual preferences for children. If the effectiveness of social training depends on the level of agreeableness, people with lower intensity of this trait will not develop as high a competence as individuals with a positive interpersonal orientation, probably due to their attitude to other people. In turn, the competence of situational offenders in terms of intimacy correlates positively with the dimension of openness to experience. Despite the lack of more detailed studies to compare present results, the results obtained are not surprising, since this dimension is related to, among others, with a tendency to seek new life experiences that undoubtedly increases the intensity of social training during which an individual acquires social competences. Interestingly enough, the correlation coefficient equaled nearly zero in the groups of preferential offenders.

As expected, the present research showed a statistically significant positive correlations of social competence with the offenders' self-esteem, which confirms earlier reports that low levels of social competence result from negative self-esteem, making it difficult to establish mature heterosexual relationships and increasing fear of such situations. In result, an individual begins to avoid such situations where he would contact a potential partner that, in turn, prevents him from gaining competences necessary to establish successful intimate relationships. In both groups, the strongest relationship was observed for self-esteem in terms of personal power. The higher the offender evaluates his ability to control other people and influence their behavior, the higher his social competence is. This result may indicate that offenders perceive that competence in a specific manner, rather as manipulative skill than effective cooperation with others.

Similarly, slightly different correlates of high competence determining the effectiveness of behavior in intimate situations were observed in both groups. In the group of offenders with sexual preferences for children, they relate primarily to how they evaluate their physical appearance and how popular they feel in their environment. The higher the self-esteem in these areas the higher the competence. In the case of situational offenders, higher competence associates with a higher assessment of one's personal power and the ability to cope in social situations. Therefore, one may conclude that for preferential offenders it is more important how they are judged by others, and for situational offenders, what impact they themselves have on their environment.

The regression analysis confirmed the final hypothesis, which assumed that the predictors of social competence differed in both groups. It turned out that for preferential offenders what affects the level of social competence is mostly extraversion, self-esteem in terms of personal power and conscientiousness. In turn, the best predictors of competence for situational offenders are extraversion and neuroticism, wherein the latter dimension is a factor which hinders its development, that is an inhibitor. These factors explain 44.2% of the variation in competence in the first group and 45.1% in the second, which means that the level of competence also depends on other variables, which were not analyzed herein.

Conclusions

The study showed that sexual abusers of children for whom children are preferred sexual partners, do not differ significantly from those with sexual preferences for adults, in terms of the analyzed personality variables and social competence. Small but statistically significant differences were found only in the dimension of agreeableness, self-esteem in terms of moral self-acceptance and likability, the general level of social competence and the competence determining behavioral effectiveness in intimate situations, as well as in some predictors of social competence.

Most of the results fall within the average scores, which means that, in this respect, the tested group of offenders cannot be distinguished from the general population.

In order to draw conclusions on the etiology of crime for the men from both groups wider research should be conducted that would include some other factors.

Knowing the differences between the two groups of offenders (or the absence of such) could be applied in practice to develop therapeutic programs, so as to prevent reoffending having served prison term. First of all, it should answer the question whether it is justified differentiate between preferential and situational offenders in criminal court. Present findings suggest that it may not be justified considering the variables examined.

References

- Araji S. & Finkelhor, D. (1985). Explanations of pedophilia: review of empirical research. *The Bulletin of American Academy of Psychiatry and Law*, 13, 17-37.
- Baumeister, R. F. & Tice, D. M. (1990). Point-counterpoints: anxiety and social exclusive. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 9, 165-195.
- Beisert, M. (2012). *Pedofilia. Geneza i mechanizm zaburzenia*. Sopot: GWP.
- Chaffin, M., Letourneau, E. & Silovsky, J. F. (2002). Dorośli sprawcy wykorzystywania seksualnego dzieci – przegląd zagadnień. *Dziecko krzywdzone. Teoria. Badania. Praktyka*, 1, 53-68.
- Cohen, L. J. & Galynker, I. (2009). Psychopathology and personality traits of pedophiles: issues for diagnosis and treatment. *Psychiatric Times*, 26, 25-30.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: W. H. Freeman.
- Costa, P. T. (1991). Clinical use of the Five-Factor Model: an introduction. *Journal of Personality Assessment*, 57, 393-398.
- Dennison, S. M., Stough, C. & Birgden, A. (2001). The Big 5 dimensional personality approach to understanding sex offenders. *Psychology, Crime & Law*, 7, 243-261.
- Epstein, S. (1980). The self-concept: A review and the proposal of an integrated theory of personality. In E. Staub (Ed.), *Personality: Basic aspects and current research* (pp. 92-132). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Fecenec, D. (2008). *Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny MSEI. Polska adaptacja*. Warszawa: PTP.
- Fisher, D. & Howells, K. (1993). Social relationship in sexual offenders. *Sexual and Marital Therapy*, 8, 123-136.
- Howells, K. (1981). Adult sexual interest in children: Considerations relevant to theories of etiology. In M. Cook & K. Howells (Eds.), *Adult sexual interest in children* (pp. 55-94). London: Academic Press.
- Lanning, K. V. (2010). *Child Molesters: A Behavioral Analysis*. National Center for Missing & Exploited Children, http://www.missingkids.com/en_US/publications/NC70.pdf.
- Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B. & Schutte, N. S. (2005). The relationship between the Five-Factor Model of personality and symptoms of clinical disorders: a meta-analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27, 101-114.
- Marshall, W. L. (1997). The relationship between self-esteem and deviant sexual arousal in nonfamilial child molesters. *Behavior Modification*, 21, 86-96.
- Marshall, W. L. (2008). Are pedophiles treatable? Evidence from North American studies. *Seksuologia Polska*, 6, 39-44.
- Marshall, W. L. & Barbaree, H. E. (1990). An integrated theory of the etiology of sexual offending. In W. L. Marshall, D. R. Laws & H. E. Barbaree (Eds.), *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender* (pp. 257-278). New York: Plenum Press.

- Marshall, W. L. & Mazzucco, A. (1995). Self-esteem and parental attachments in child molesters. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 7, 279-285.
- Marshall, W. L., Barbaree, H. E. & Fernandez, Y. M. (1995). Some aspects of social competence in sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 7, 113-127.
- Marshall, W. L., Champagne, F., Brown, C. & Miller, S. (1997). Empathy, intimacy, loneliness, and self-esteem in nonfamilial child molesters: a brief report. *Journal of Child Sexual Abuse*, 6, 87-98.
- Martowska, K. (2012). *Psychologiczne uwarunkowania kompetencji społecznych*. Warszawa: Liberi Libri.
- Matczak, A. (2007). *Kwestionariusz Kompetencji Społecznych KKS. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- McCrae, R. R. & Costa, P. T. (2005). *Osobowość dorosłego człowieka*. Kraków: WAM.
- McFall, R. M. (1990). The enhancement of social skills. In W. L. Marshall, D. R. Laws & H. E. Barbaree (Eds.), *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender* (pp. 311-330). New York: Plenum Press.
- Pervan, S. & Hunter, M. (2007). Cognitive distortions and social self-esteem in sexual offenders. *Applied Psychology in Criminal Justice*, 3, 75-91.
- Pervin, L. A. & John, O. P. (2002). *Osobowość – teoria i badania*. Kraków: UJ.
- Seto, M. C. (2008). Pedophilia: Psychopathology and Theory. In D. R. Laws & W. T. O'Donohue (Eds.), *Sexual Deviance: Theory, Assessment, and Treatment* (pp. 164-182). New York: The Guilford Press.
- Zawadzki, B., Strelau, J., Szczepaniak, P. & Śliwińska, M. (1998). *Inwentarz Osobowości NEO-FFI Costy i McCrae. Adaptacja polska. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.

The Use of Psychological Reports in the Portuguese Justice System: Judges' and Prosecutors' Viewpoints

João Guerreiro, Dianne Casoni & Jorge Costa Santos

Abstract

Previous surveys conducted on legal decision-makers' expectations about forensic mental health assessments have contributed to a better understanding of the role played by these assessments in the justice system and a better definition of the experts' role in the legal decision-making. The goal of this paper is to examine the use of forensic psychological reports in the Portuguese criminal justice system from judges' and prosecutors' viewpoints. A group of 17 judges and prosecutors was surveyed using a semi-structured interview protocol. Results of the content analysis suggest that legal decision-makers expect reports to provide objective responses regarding legal issues, and dangerousness in particular. Highly specific information about the accused and his milieu appears also to be of importance on how forensic reports are used according to the specific needs of the judges and prosecutors interviewed. The setting where the assessments are produced, i.e., the state forensic institution, appears to be crucial on how results of forensic psychological reports are valued in the Portuguese criminal justice system. Results are discussed in the light of previous surveys and future research avenues are explored.

Keywords: forensic psychological reports, Forensic psychology, legal decision-makers, state forensic institution, Portuguese criminal law, qualitative study

Die Verwendung von psychologischen Gutachten im portugiesischen Strafsystem: aus der Sicht von Richtern und Staatsanwälten

Zusammenfassung

Frühere Studien und Erhebungen, die sich mit den Erwartungen von juristischen Entscheidungsträgern in Bezug auf forensisch-psychologische Begutachtungen beschäftigten, haben zu einem besseren Verständnis der Bedeutung dieser Gutachten im Rechtssystem und zu einer besseren Definition der Rolle von Experten in der juristischen Entscheidungsfindung geführt.

Mit dem vorliegenden Beitrag soll die Verwendung von forensischen Gutachten im portugiesischen Strafrecht aus der Sicht von Richtern und Staatsanwälten untersucht werden. Eine Gruppe von 17 Richtern und Staatsanwälten wurde nach einem semi-strukturierten Interview-Protokoll befragt. Die Ergebnisse der Inhaltsanalyse legen nahe, dass juristische Entscheidungsträger erwarten, dass die Expertenberichte objektive Antworten in Bezug auf rechtliche Fragestellungen und insbesondere bezüglich einer eventuellen Gefährlichkeit liefern. Sehr spezifische Informationen über den Angeklagten und sein Milieu scheinen ebenfalls ausschlaggebend dafür zu sein, wie die forensischen Gutachten von den Richtern und Staatsanwälten konkret verwendet werden. Das Setting, in dem diese Begutachtungen stattfinden, d.h. die staatliche forensische Einrichtung, scheint von wesentlicher Bedeutung dafür zu sein, welcher Wert den Ergebnissen von forensisch-psychologischen Gutachten im portugiesischen Strafrecht beigegeben wird. Die Ergebnisse werden vor dem Hintergrund früherer Befragungen/Studien und zukünftiger Forschungsvorhaben beleuchtet.

Schlüsselwörter: forensisch-psychologische Gutachten, forensische Psychologie, juristische Entscheidungsträger, staatliche forensische Einrichtungen, portugiesisches Strafrecht, qualitative Studie

Introduction

The perspectives of frontline legal professionals constitute an often neglected source of information on the role played by forensic psychological assessments in the justice system (Lafortune & Nicholson, 1995). Studies documenting legal decision-makers expectations about forensic mental health reports have allowed to identify the type of information considered to be the most relevant in the legal decision-making process. Redding, Floyd and Hawk (2001) have determined that judges and prosecutors consider information based on clinical data to be the most relevant for their needs. These research findings also shed light on the challenges faced by forensic psychologists in meeting legal decision-makers' expectations, for instance, psychologists experience difficulty in providing specific information about the assessees, or in elaborating on the bases for their expert opinions in their reports (Lafortune & Nicholson, 1995; Redding et al., 2001). Legal decision-makers in these studies are typically asked their opinions on forensic psychological reports as this is often the material that they come in contact with as far as their exchanges with forensic psychologists (Griffith, Stankovic, & Baranoski, 2010; Grisso, 2010; Lander & Heilbrun, 2009).

Nicholson & Norwood (2000) note that, when compared to reports pertaining to child custody evaluations, there have been few studies that have specifically focused on judges' and prosecutors' expectations about forensic psychological reports. Very little data is available on the use of forensic psychological reports in criminal justice systems whether they have been conducted in civil or in common-law jurisdictions. Moreover, as Wettstein (2005) notes, these findings mainly concern restricted geographical regions in North America.

The main goal of this paper is to explore judges' and prosecutors' views as to the use made of forensic psychological reports in the Portuguese criminal justice system. The present research also seeks to fill the need for more research data about civil-law jurisdictions, particularly for those wherein assessment reports are ordered by judges and prosecutors to one state forensic institution, as it is the case in Portugal.

In the following section, a brief review of the literature will be presented, followed by a description of the specificities of the Portuguese criminal justice system with regards to the participation of psychologists. The methods employed in this research will then be described, followed by a presentation of the results and their discussion. Concluding remarks follow.

Review of the Literature

Owens, Rosner and Harmon (1985, 1987) report that judges are generally satisfied with competency to stand trial assessment reports. The twenty judges interviewed for their study showed a clear understanding of what they expected of these assessments, further explaining that they used these results to examine issues such as dangerousness and indications for treatment (Owens et al., 1987). These findings suggest that legal decision-makers' expectations concerning "competency to stand trial" mandates go well beyond what is statutorily established. Lafortune and Nicholson (1995) surveyed 17 judges and 93 attorneys about the content of forensic mental health reports; the researchers found that the participants were concerned about the insufficiency of the arguments used by mental health experts to base their conclusions. They also noted that the participants were of the opinion that the reports lacked specific information about the assessees' personal characteristics (Lafortune & Nicholson, 1995).

In addition, participants were asked to rate the quality of reports submitted by forensic mental health professionals produced either in hospital-based or in outpatient settings. Although the latter reports were rated higher on a number of elements related to quality, notably timeliness or familiarity with legal criteria, it was noted that little attempt was made, in both settings, to individualize the assessment results that were presented in the reports produced. Accordingly, no assessee-specific descriptions of personal and psychiatric backgrounds were presented in the reports studied. According to the participants, this deficiency diminished the usefulness of forensic psychological and psychiatric reports (Lafortune & Nicholson, 1995).

Redding et al. (2001) examined the preferences of judges (n=59) and prosecutors (n=46) regarding eight types of evidence often found in forensic reports and in expert testimonies. After having been given a definition of each type of evidence and been shown a brief vignette in which an expert discusses either a clinical diagnosis or an assessee's psychological portrait, participants were invited to give their opinion about each type of expert evidence they had witnessed. Results show that both judges and prosecutors were predominantly interested in evidence that consisted of clinical

descriptions in which the expert discussed whether if an assessee met the relevant criteria to determine criminal responsibility, but were also interested to hear the expert's opinions on the issues at stake. It is noteworthy that participants found statistical data on diagnostic reliability, or other such statistical information less helpful. They also preferred reports and testimonies that were descriptive and explanatory rather than those based on statistical data (Redding et al., 2001). These findings are consistent with those of Lafortune and Nicholson (1995) who showed that legal decision-makers wanted mostly to hear psychological information that was specific to given assessees. In this sense, issues of validity and reliability do not appear to be of much concern to legal decision-makers despite the recommendations of professional organizations (APA, 2013) and regardless of the fact that these issues are paramount to many scholars (Slobogin, 1989; Stone, 2007; Tillbrook et al., 2003).

Recently, Pais (2004) completed an important study concerning the participation of forensic psychologists in the Portuguese criminal justice system. She conducted a discourse analysis of some 345 forensic psychological and psychiatric assessment reports as well as of all the Portuguese judicial decisions from 1967 to 2000 related to reports she analysed. She aimed to identify the characteristics of the discourse, on the one hand, of forensic psychologists and psychiatrists and of judges on the other. She was notably interested in their discourse regarding the personality assessment of alleged offenders as seen through written forensic reports and judicial decisions. Pais (2004) found that, despite the fact that psychologists and psychiatrists worked in a state institution similarly to their counterparts, the judges, little exchange occurred between them. Most often, the only exchange between them consisting of a written request for a forensic assessment on the part of the judges and the production of the said assessment report on the part of the forensic psychological and psychiatric expert.

Pais' (2004) concluded that there was a "communication void" between judges and experts owing to the fact that there were hardly ever any conclusions from forensic reports that found their way in the judicial decisions. When forensic psychological or psychiatric conclusions were present in judicial decisions, these were combined with information from other sources, such as statements by the accused or accounts by witnesses garnered during the proceedings. Expressions such as "all things considered" and "considering the facts at hand and the general characteristics of the personality" were often used as sole reference to the observations or conclusions emanating from forensic reports. Moreover, when forensic conclusions were present in judicial decisions, they were mainly used to lend support to other evidence. This led Pais (2004) to raise the hypothesis of a confirmatory bias in the way judges weighed the various information reported during trial. The alternate hypothesis she presented consisted of viewing the results of assessment reports as being in such synchronicity with other sources of information so as to render them redundant and thus absent in judicial decisions.

Another way of discussing Pais' (2004) conclusion is to remark that her sample contained reports produced before the law reform of 1987, that is a 20-year period during which forensic psychiatric and psychological expertise had not been clearly defined. This is especially true for psychological assessments since psychologists were introduced as independent forensic experts into Portuguese criminal justice system only through the criminal procedural law reform of 1987. Before then, their participation was limited to a section within the psychiatric assessment report that presented psychological testing results in an occasional fashion. Additionally, it is only with the reform of 1987 that the psychologist's role as an expert on personality issues was defined. Hence the importance of personality issues, as distinct from mental illness issues, and as relevant data for judges appears in the procedural code only in 1987. The information contained in the reports produced between 1967 and 1987 might not have been very precise as to personality issues, the very information Pais (2004) was looking for in the judicial decisions she examined in her research.

Nonetheless, although some 18,408 requests for psychiatric and psychological assessments were made to the main state institution between 2010 and 2012, no data exists on their use in written or spoken judicial decisions, nor have the perspectives of legal decision-makers about the role such assessments play in their decision making process been studied (Annual Report of the NILMFS, 2010, 2011, 2012). Pais's (2004) perplexing observation concerning the limited exchange between judges and state prosecutors, on the one side, and psychologists and psychiatrists, on the other, also warrants further study. The present paper consists of a first step in the attempt to understand the use made of forensic psychological reports from the viewpoint of judges and state prosecutors.

A description of the context in which psychologists participate in the criminal justice system in Portugal will be presented next as a background for the discussion of the results. This description will provide information on the institution where most forensic psychological assessments are produced, as well as on the procedural code that defines them.

The Portuguese Context

A distinctive characteristic of the Portuguese justice system is the existence of a state institution, the Portuguese National Institute of Legal Medicine and Forensic Sciences (NILMFS), whose mandate it is to provide the country's judges and state prosecutors with forensic assessment reports of all kinds, notably of psychological nature. The NILMFS is a semi-public institution, similar in nature to a state forensic laboratory; it is both financially and administratively autonomous, receiving independent funding from the state (article 1, Law 166/2012, July 31, 2012), nonetheless, the Ministry of Justice oversees its activities. The NILMFS' mission is to provide quality forensic reports in response to requests made by courts, the state prosecution as well as by the police. Requests for forensic psychological and psychiatric assessments are

most often sent to one of three branches of the NILMFS who, in turn assigns a staff psychologist and/or psychiatrist to conduct the assessment. These are conducted either in the institution's main branch, or in one of the 27 medical legal offices affiliated with the NILMFS, which are located in public health units (Vieira, 2012).

According to Portuguese Criminal Law, the objects of both forensic psychological and psychiatric assessments are defined by the PCPC, psychologists participating in both types of assessments (Carmo, 2005). Firstly, psychologists can act as co-authors of forensic psychiatric reports in view of determining criminal responsibility, according to article 159 of the PCPC. Carmo (2005) explains that Portuguese criminal law (article 20) foresees that questions concerning an assessee's criminal responsibility as related to "personality" issues, and/or to mental illness, are examined conjointly by a psychiatrist and a psychologist, as was further developed in article 159 of the procedural code (PCPC). Secondly, psychologists act independently of other professionals as sole authors of personality assessments, which are further defined by article 160 of the procedural code (PCPC).

Assessments produced under article 160 are said to evaluate the "non-pathological psychical features [and] degree of socialization" of alleged offenders in view of describing issues of "personality and dangerousness" (Antunes, 2011, 80). The opinions presented in these assessments have implications for the assessee in that they concern issues of preventive detention, guilt adjudication and severity of sentences (Antunes, 2011). According to Carmo (2005), prosecutors and judges are most often interested in understanding the psychological issues pertaining to the latter two, which concern culpability and sentence severity.

Under the PCPC, not only are the results of personality assessments considered as evidence, but furthermore the judge is bound to its results, when the assessment report has been duly validated by the bench (Lopes, 2011; Silva, 2002). Thus, as Silva (1993) states, personality assessments made under article 160 aim at: "providing some meaning to the act, to the genesis of the offending behaviour" (p. 30). In this sense, the psychologist is expected to provide an explicative hypothesis, rather than a medically informed diagnosis, specifically aimed at the enlightenment of the presiding judge. Pais (2004) argues that the notion of personality, as defined in article 160, was introduced in the last reform of the PCPC in view of translating the ideals of re-socialization that were valued at the time of its inception in 1987. This reform of the criminal justice system saw the introduction of psychologists as autonomous professionals whose role it is to inform the court of psychological aspects, notably explanations based on an individual's personality, socialization and dangerousness, that might render the sentencing process more personalized, thus more just (Dias, 1983, 2009).

Method

Sampling Procedures and Participants

The participants of this study consist of a convenience sample of 17 legal decision-makers, more precisely of seven judges and ten state prosecutors. The average age of the participants is 46 years old and they have, on average, 18 years of professional experience. The first inclusion criterion consisted of having worked as a judge or a state prosecutor in one of the three Portuguese major cities where the three main branches of the NILMFS are located, i.e., Lisbon, Oporto and Coimbra. The second inclusion criterion concerned the number of years of experience in the practice of criminal law, 10 years experience was determined to be necessary to be included in this study. There were no exclusion criteria.

All the interviews were conducted between January and February 2012; they were held in private rooms in the interviewees' work place. Each interview lasted between 45 and 60 minutes. Interviews were audiotaped and transcribed verbatim. Each interview transcript was stored securely and all nominal information was excluded from the interview transcripts. Any material that would allow the identification of interviewees or assesseees was excluded from the data analysis to ensure anonymity. Formal consent was sought; a consent form was presented to the participants, questions were answered and all those who felt comfortable with the guarantees of anonymity given, signed the consent form.

Interviews

To examine the use made of forensic psychological reports in Portuguese criminal justice system from judges' and prosecutors' viewpoints, semi-structured qualitative interviews were conducted. Qualitative interviewing has been described as a suitable method for collecting rich and complex data about the everyday experiences of interviewees (Brinkmann & Kvale, 2008; Patton, 2002). The reason for choosing a semi-structured interview protocol was twofold; firstly it permitted to give a general direction to the interviews so as to guide the participants and assure that all aspects were covered. Secondly, it helped researchers respect the time frame allotted, which was relatively short. However, since the theme of the interviews was not only well defined, but also well known to the participants who work daily within the confines of the legislation that defines forensic psychological assessments, it was deemed possible to respect the conditions set for the interviews.

The authorization to interview the judges and prosecutors was granted by the Supreme Judicial Council (Conselho Superior da Magistratura) and by the Attorney General's Office (Procuradoria-Geral da República), after the approval of the research protocol by the Research Ethics Review Board of the Université de Montréal.

After the presentation of the study and of the informed consent form, the first author asked a general question: “In your experience, how would you describe the use you make of forensic psychological assessments reports in your work?” Participants were encouraged to present examples from their practice to illustrate their responses and complementary questions were asked in order to encourage participants to elaborate further on their answers from the viewpoint of their experience.

Data Analysis

Coding scheme

The content analysis of the interview transcripts proceeded in four stages. First, transcribed interviews were read through a few times to gain a general picture of the interview material. Secondly, one interview transcript was coded in order to develop a coding scheme focusing on the issue raised in the interview protocol, namely, the interviewees’ views on the use of forensic psychological reports in their work as legal decision-makers. In order to assure its validity, in a third stage, this coding protocol was the object of discussion between authors, which led to its revision and the development of definitions for each theme of the coding protocol. Discrepancies in the coding were further discussed until a consensus was achieved. For instance, it was necessary to adapt the coding scheme to accommodate for dimensions that emerged during the data analysis that went beyond the research question. In the fourth stage, the resulting coding scheme was used to code the remaining interview transcripts. Following Stake’s (2001) recommendations, analytic memos were written all along this preparatory stage and were later used not only to refine the analytic categories which emanated from the analysis, but also to document insights made about specific interviews and the dataset as a whole.

Findings relative to each interview were entered into a cross-case data matrix (Miles & Huberman, 1994), which gave an overview of the data and enabled the identification of differences and similarities between judges on the one hand and state prosecutors on the other. Each of these two legal actors plays a different role in the Portuguese criminal justice system and it was therefore expected that they would make a different use of reports. This procedure thus facilitated the organization of the data. The cross-case data matrix also helped to determine relationships between different interview excerpts and identify overlap between codes and between different categories. Resulting categories were generated using a constant comparative method (Strauss & Corbin, 1990) that consists in trying out tentative categories for the data from different interviewees, adjusting categories several times until the interview material of each interviewee fit smoothly into one category. The type of categories this content analysis tried to establish regards key dimensions of the use made of forensic psychological reports according to legal decision-makers. However, it should be noted that, in using a qualitative content analysis, the potential emergence

of other issues from the reading of the data was left open (Baxter, 2009). For instance, beyond the views of legal decision-makers regarding the use made of forensic reports, during the coding process, a second issue emerged pertaining to the characteristics legal decision-makers' attribute to forensic psychological reports. In the next section, this question and its respective dimensions will be described and illustrated together with the main issue considered in this study, namely the use made of forensic reports from legal decision-makers' viewpoints.

To keep track of all emerging codes, excerpts, thoughts and ideas during the content analysis, the software Atlas.ti (Muhr, 2004) was used. The advantages of using this software have been reviewed in various studies (Lewis & Silver, 2007; Mühlmeier-Mentzel, 2011; Muhr, 2000; Zhang & Wildemuth, 2009). Of particular relevance for this study was its capacity to establish semantic relationships between codes in a workflow fashion while simultaneously keeping track of the original interview transcript.

Results

The analysis of the interview material permitted to establish that, although the participants mostly focussed on the research question, which pertains to the use made of forensic psychological reports in their work, many participants also gave their views on the characteristics attributed to forensic psychological reports in their work. Accordingly, this section will be divided in two parts, firstly the two dimensions that concern the participants' views on the characteristics attributed to reports will be presented and illustrated with interview excerpts. In the second part of this section, five other dimensions will be presented and accompanied with excerpts that illustrate how the participants view the use that is made of the reports.

1. The Characteristics Attributed to Assessment Reports

The first two dimensions that will be presented emanate from the analysis of the participants' interview material and have been designated as objectivity and impartiality. Both dimensions refer to what interviewees view as tokens of quality towards which all forensic psychological reports should aspire.

1.1. Objectivity

The analysis of the interview material shows that, for all participants, an essential dimension towards which all forensic psychological reports should tend is objectivity. Participants express this quite clearly, notably by stating that the definition given to personality assessment by article 160 of the PCPC should act as guideline that

favours an objective account of an assessee's personality, dangerousness and degree of socialization. In the following excerpt, Judge B's views illustrate the importance given to objectivity:

It is important that the expert analyzes the issues previewed in the code with objectivity and avoid... we in Law have a certain difficulty with clichés or undetermined concepts. Experts often resort to undetermined concepts that make our job more difficult. [...] Obviously if we had a more objective and concrete response like "this is it!" that would render our decision easier. Judge B

This participant is suggesting that some psychologists resort to psychological concepts that result in uncertainty, which this participant does not see as being compatible with the legal decision-making process. What also seems to transpire in this excerpt is that forensic psychologists are expected to meet the jurisprudential criteria defined in the PCPC for personality assessments, which implies providing information that helps the court seize the uniqueness and the individual characteristics of the assessee.

1.2. Impartiality

A second characteristic that most of the judges and prosecutors (6 judges; 7 prosecutors), view as a token of quality is the impartiality that they attribute to reports written under the auspices of the state forensic institution, the NILMFS. The impartiality of the reports produced by psychologists employed by the NILMFS was often put in contrast with those signed by what was termed "private experts" who were portrayed as lacking impartiality. This view is shared in such a manner that many participants were of the opinion that the fact of a report being associated to the NILMFS avoided procedural objections linked to the absence of neutrality and the presence of partiality. Judge D expressed this dimension in following manner:

According to my experience, the NILMFS' experts are very specialized in the conduction of these assessments and assure us, as well as the defendant and all the parts involved, a level of impartiality that is by all means convenient. Even more so, the appointment of a NILMFS' expert avoids other procedural objections related to expert refusals. Judge D

The question of impartiality attributed to psychologists affiliated to the NILMFS is an important one since it means that, on the onset, their reports are considered to be not only of a higher quality, but of being unfailingly just.

2. The Use of Assessment Reports

The following five dimensions concern the principal object of this study, that is the participants' views on the use of forensic psychological reports in their work. While

the previous dimensions concerned general characteristics attributed to reports, the following five concern how the participants put assessments reports to use. They have been designated with the following terms: dangerousness, responsibility, just sentence, intuition and meaning; they will be described and illustrated in the following paragraphs.

2.1. Dangerousness

All but one participant (7 judges; 9 prosecutors) viewed the role of forensic psychological assessment reports as having to shed light on the potential dangerousness of assessees. This point of view was expressed in a clear manner by Prosecutor G:

Is he dangerous or not? That is the only thing I care about. Sometimes they [psychologists] say that he is one of those persons that can easily explode. That can be important in determining whether I should ask for preventive custody... if they are talking about a more calm personality, an isolated episode... my decision will be different. Prosecutor G.

In this excerpt, the psychologists' opinions about issues of dangerousness appear to be the most relevant outcome to be drawn from forensic psychological assessment reports. To the point where such opinions are described as having direct implications for the legal decision-making process. This point of view is shared by many participants who see dangerousness as an individual attribute that is to be understood according to other features of an assessee's personality such as impulsivity, for example.

2.2. Responsibility

A majority of participants, including all the prosecutors (4 judges; 10 prosecutors) viewed psychological assessment reports as a tool to evaluate an individual's responsibility in the commission of a crime. The fact that all prosecutors identified this dimension is not unusual since this use of psychological reports is made mostly at the stage of the inquiry. The prosecutor in the following excerpt uses a colleague's vignette to illustrate how the results of a psychological assessment report were useful in the writing up of the indictment of a person accused of murder:

I would have written that after delivering her grandchild, the accused strangled the newborn in an unidentified way and fed it to the animals. Then I would describe her level of guilt and intentionality: "acting as described, the accused showed an absolute indifference for the life of a new born." She didn't do this out of post-partum stress! This was not her baby. If it had been, this might have led to infanticide charges. Prosecutor A

Forensic psychological reports are clearly viewed, in this excerpt, as an informational tool used for describing individual aspects in psychological terms, in this case, the intentionality of the accused. This use of psychological reports raised concern since the report is used, in a way, as a sort of psychological lie detector test. A certain involuntary collusion between the NILMFS affiliated psychologist assessing an accusee and a state prosecutor having to write up an accusation in a convincing manner might occur all the more easily, in certain circumstances, that both might have the impression of working for the “same side,” that is the justice administration.

2.3. Just sentence

Most participants (7 judges; 4 prosecutors) consider that an important use of forensic psychological assessment reports consists of rendering the sentence more just. Participants, most often judges, consider using forensic psychological assessment reports in situations where they need to substantiate a sentence reduction or decide on its suspension. For example, a participant reports the case of a first time offender that was “socially integrated” and explains that the understanding of the assessee’s personality was necessary for the court to modulate his sentence. The use made of the report hence appears to be very specific:

We sentenced him to five years and five months for four counts of aggravated robbery in a sentence that we, under normal circumstances, would go as high as 15 years. For me, it was absolutely fundamental to have a report with a description of the personality traits of that individual. Judge E.

In this excerpt, the use that is made of the report is clearly linked to the wish to render a just sentence that is justified by individual traits and an understanding of personality issues. This use of forensic psychological assessment reports corresponds to one of the basic principles of the Portuguese criminal law reform, which aims at rendering the sentencing process more just by personalizing it through a better understanding of the individuals brought before the courts (Dias, 1983, 2009).

2.4. Intuition

A majority of participants (4 judges; 7 prosecutors) seem to have an intuition of the underlying issues that seem to characterize certain individuals brought before them. In such cases, it is as if the results that are presented in the forensic psychological reports appear to be used to confirm, or infirm their intuitions. In the following excerpt, Judge C explains this view: “It [the report] was unacceptable! I heard the defendant that was before me, I listened to him, and I did an informal report; on what kind of person I had there.” Judge C

In this excerpt, a sense of knowing the psychical make-up of the person accused better than the psychologist who proceeded to his assessment clearly stands out.

Although such a point of view does not represent the point of view of other participants, it nonetheless illustrates, through its very exceptionality, how convincing such intuitions can become. It must be noted furthermore that prosecutors and judges not only have a different vantage point than do forensic psychologists when it comes to their interactions with the accused, they also have a different type of experience. Often on their best behaviour with the psychologist, persons accused of a crime might appear much more defensive to the legal decision-makers, to the point of appearing cunning sometimes. Thus, on occasion, giving different representations of themselves to different actors of the Portuguese criminal justice system.

2.5. Meaning

A majority of participants (3 judges; 6 prosecutors) view forensic psychological reports as being critical in enlightening them as to the meaning of an assessee's behaviour, and more precisely his deviant behaviour. Participants were interested in understanding motivations for criminal behaviour, especially when an assessee's social milieu does not provide evident answers to his deviant conduct. Amongst the examples given, participants expected assessment reports to shed light on homicides cases, wanting to know what might lead an individual to commit such a crime. In such cases, understanding the individual's particular characteristics did not seem sufficient if a meaning for his act was not provided by the report. Prosecutor B illustrates this in the following excerpt:

He was not a low-life, he had a family and a career and I asked myself "why did he do that?" The motivation for me was an enigma, and the Code instructs me to add to the accusation the motivation to the crime when the prosecutor knows it. Prosecutor B

It is striking to observe that the fact that the accused does not correspond to the expected type of individual accused of violent crimes seems to render understanding the meaning of his act more pressing. However, participants also expressed their expectation that by understanding the meaning of his offense, the court might be better able to predict future violent behaviour.

Discussion

This section is divided in four parts, first, the characteristics attributed by legal decision-makers to assessment reports will be discussed, namely their views about the impartiality of reports written by NILMFS' psychologists will be addressed. In the second part, the observed differences and similarities between judges and prosecutors as far as the use they make of forensic psychological reports will be addressed. The third part deals with some limitations of this present study and in the fourth part the use made of forensic psychological reports from legal decision-makers' viewpoints in the Portuguese criminal justice system will be summarized.

An important dimension that emerged in the content analysis related to the characteristics attributed to forensic reports is the impartiality ascribed to reports produced at the state forensic institution. Interviewees consider reports produced at the NILMFS to be more neutral and regard them as high quality reports in contrast to reports written by “private” experts. The assumed qualities attributed to reports written by “state-experts” warrant discussion as they appear to be important in the legal decision-makers’ decision to request a forensic psychological report and subsequently in weighing the value of reports in legal decision-making. As noted in the review of the literature, there is not enough knowledge about the rapport between legal decision-makers and forensic psychologists in legal systems where forensic mental health assessments are referred to a main state institution to serve here as baseline for discussion. However, the results of this present study can be compared to other civil-law countries, namely The Netherlands, where judges play an “active role” in appointing and interrogating experts (Krauss et al., 2009). This one-expert system has been subject to criticism, namely because the validity of the opinions transmitted by the expert appointed by the court is not questioned by other experts, leaving the court more exposed to the influence of possible unscrupulous data (see Krauss, Cassar, & Strother, 2009; Malsch & Freckelton, 2005). This same issue regarding the lack of scrutiny of the assessment quality can be raised in the Portuguese criminal justice system. Despite of the fact that defendants in Portugal are allowed to hire their experts to question the validity of reports written under the state forensic institution, this is rare practice as it was also noted by Krauss and colleagues (2009) in the Dutch justice system, leaving to legal decision-makers of both countries the role of exerting a quality control over the expertise and deciding upon the weight to give to this evidence¹. One finding of this study that illustrates how participants weigh the value of psychologists’ expert opinion in their decisions concerns legal decision-makers’ intuitions about the underlying issues that characterize assessees. Indeed, the reactions evoked by reports that did not validate legal decision-makers’ intuitions can be compared with Pais’ (2004) analyses of judicial sentences that pointed out for the possible presence of a confirmatory bias, which refers to a tendency to look for evidence that supports one’s hypothesis (what one is expecting or hoping to find) and to ignore, or fail to seek, information that is not consistent with that hypothesis (Borum, Otto, & Golding, 1993). Future research could further explore this observation on a bigger sample of judges and prosecutors. This subsequent research could draw on the findings of the legal decision-making literature that point out to the challenges faced by judges and prosecutors in weighing and integrating evidence for and against before a judgment is delivered (see Dhami, 2006; Dhami & Ayton, 2001).

Another set of results that stood out in the content analysis of the interview material regards the differences and the similarities observed in the use that judges on the one

¹ In the Portuguese case, this quality control task is statutorily attributed to NILMFS (article 3, Decree-Law166/2012, July 31.), yet, contrary to other forensic specialties managed by the NILMFS, reports written by forensic psychologists are not subject to regular quality control audits (personal communication, January 31., 2012).

hand and state prosecutors on the other seem to make of forensic psychological reports. Once the assessment report is validated as evidence, judges and prosecutors use this evidence as a “work-tool” according to their respective mandates. In the case of state prosecutors, this might consist of using the results to create a narrative of the events, a description of the accused in the indictment, his level of culpability and intentionality and in the case of judges, this “work-tool” appears particularly relevant in setting a personalized sentence. The different use judges and state prosecutors seem to make of forensic psychological assessments was observed in previous studies. Redding and colleagues (2001), for instance, report differences between judges and prosecutors as far as their expectations about the amount and type of information conveyed by the expert. While judges wanted more information “even somewhat speculative testimony such as theorizing about the causes of a defendant’s behaviour. Prosecutors, on the other hand, were the least interested in theoretical and speculative information, probably because it usually tends to have mitigating effects” (p. 592). This was interpreted by the same authors as reflecting differences in the needs of the legal actors as a function of their role in the criminal justice system – an interpretative hypothesis that can be extended to the results of this present study.

Despite the differences observed between judges and state prosecutors in the use made of forensic psychological reports, one similarity was noted across the participants of this study, namely the importance that both judges and state prosecutors attribute to information in the reports that is specific to the assessee. This need of specific information was noted, on the one hand, in the interest legal decision-makers manifested for individual motivation for offending behaviour and the expectation of a dangerousness assessment based on the assessee’s personality on the other – as previewed by article 160 of the PCPC. If forensic psychological reports fail to give assessee-specific information, the assessment becomes useless because it would fall short of providing legal decision-makers with information to personalize sentences or to create a narrative for the events leading to offending behaviour. These findings are consistent with previous surveys of judges and attorneys conducted by Lafortune and Nicholson (1995) and Redding and colleagues (2001). According to this latter study, for instance, legal decision-makers attribute more importance to clinically relevant data than to actuarial or statistical-based data.

The limited number of participants interviewed raises the question of the generalizability of the data collected in this study to other legal decision-makers in Portugal. Indeed, it was pointed out by some interviewees the considerable differences in the administration of criminal justice in major cities and small urban centres. State prosecutors in particular argued that in the latter case there is a closer contact to individuals, investigative police and experts, when available, during the inquiry and fact-finding stages. Therefore, despite the experienced insights into the workings of the criminal justice system provided by the participants of this study, the information presented here should be considered as a first step into the study of legal decision-makers’ use of forensic psychological reports in the Portuguese criminal justice system.

Concluding Remarks

This study explored legal decision-makers' views about the use made of forensic psychological reports in Portuguese criminal law. The results contribute to a better understanding of the use that reports play in the legal decision-making process. This consists in providing judges and prosecutors with objective responses regarding legal issues that legal decision-makers are trying to resolve such as dangerousness. Forensic reports appear also crucial in providing legal decision-makers with highly specific information about the accused and his milieu. The data analysis also showed that Portuguese legal decision-makers weigh the value of forensic reports differently, depending on whether the reports are authored by NILMFS' psychologists or by "private" experts appointed, for instance, by defence attorneys. Reports authored by "state" experts are expected to be of higher quality and neutral regardless of the observed lack of scrutiny exerted upon such reports. Forensic reports written by "state" experts have an assumed added value from the viewpoint of procedural efficiency as the credibility enjoyed by "state" experts typically does not lead to procedural objections on the basis of their possible partisanship.

Acknowledgement

We wish to express our thanks to Dr. Marion Vacheret, for her comments to the first draft of the manuscript.

References

- Antunes, M. J. (2011). *Código de Processo Penal: Anotado e legislação complementar* [Portuguese Criminal Penal Code: Annotated and supplementary legislation]. Coimbra: Coimbra Editora.
- American Psychological Association (2013). Specialty guidelines for forensic psychology. *American Psychologist*, 68, 7-19.
- Baxter, J. (2009). Content Analysis. In R. Kitchin & N. Thrift (Eds.), *International Encyclopedia of Human Geography* (pp. 275-280). Oxford: Elsevier.
- Brinkman, S. & Kvale, S. (2008). *Interview* (2nd ed.). London: Sage Publications.
- Borum, R., Otto, R. & Golding, S. (1993). Improving clinical judgment and decision making in forensic evaluation. *Journal of Psychiatry and Law*, 21, 35-76.
- Carmo, R. (2005). A prova pericial: Enquadramento legal [Forensic assessment: Legal framework]. In R. A. Gonçalves & C. Machado (Eds.), *Psicologia Forense* (pp. 33-54). Coimbra: Quarteto.
- Dhami, M. K. (2006). Legal decision making: Psychological reality meets legal idealism. In B. Brooks & M. Freeman (Eds.), *Law and psychology* (pp. 49-76). Oxford: Oxford University Press.

- Dhami, M. K. & Ayton, P. (2001). Bailing and jailing the fast and frugal way. *Journal of Behavioral Decision Making*, 14, 141-168.
- Dias, J. F. (1983). *Liberdade, culpa, direito penal* (2nd Ed.) [Liberty, guilt and penal law]. Coimbra: Coimbra Editora.
- Dias, J. F. (2009). *Direito Penal Português - As consequências jurídicas do crime - 2.^a Reimpressão* [Portuguese Penal Law: Legal consequences of crime – 2nd reprint]. Coimbra: Coimbra Editora.
- Krauss, D. A., Cassar, D. & Strother, A. (2009). The admissibility of expert testimony in the United States, the Commonwealth, and elsewhere. In D. A. Krauss & J. D. Lieberman (Eds.), *Psychological expertise in court: Psychology in the courtroom*, Vol. 2 (pp. 1-24). Burlington, VT, US: Ashgate Publishing Co.
- Lopes, J. A. M. (2011). *A fundamentação da sentença no sistema penal português: legitimizar, diferenciar, simplificar* [Sentence substantiation in the Portuguese penal law system: Legitimize, differentiate, simplify]. Coimbra: Almedina.
- Malsch, M. & Freckelton, I. (2005). Expert bias and partisanship: a comparison between Australia and the Netherlands. *Psychology, Public Policy, and Law*, 11, 42-61.
- Miles, M. B. & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook* (2nd ed.). London: Sage.
- Muhlmeyer-Mentzel, A. (2011). Das Datenkonzept von ATLAS.ti und sein Gewinn für „Grounded-Theory“-Forschungsarbeiten [The logical structure of data in ATLAS.ti and its advantage for “grounded-theory” research]. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 12(1). Retrieved from <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs1101325>.
- Muhr, T. (2000). Increasing the reusability of qualitative data with XML. *Forum: Qualitative Social Research*, 1(3). Retrieved from <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0003202>
- National Institute of Legal Medicine (2010). *Annual Report*. Lisbon: Author.
- National Institute of Legal Medicine (2011). *Annual Report*. Lisbon: Author.
- National Institute of Legal Medicine (2012). *Annual Report*. Lisbon: Author.
- Pais, L. G. (2004). *Uma história das ligações entre a Psicologia e o Direito em Portugal: perícias psiquiátricas médico-legais e perícias sobre a personalidade como analisadores. Dissertação de doutoramento* [A history of connections between psychology and law in Portugal: Forensic psychiatric assessments and personality assessments as analyzers. Unpublished doctoral dissertation]. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods* (3rd Ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Silva, G. M. (2002). *Curso de processo penal II* [Course on penal procedural law, Vol. II] (3rd Ed.). Lisboa: Verbo.
- Silva, J. M. P. (1993). A propósito do exame psicológico no âmbito penal [About the forensic psychological examination in penal law]. *Análise Psicológica*, 1(11), 29-36.
- Slobogin, C. (1989). The “ultimate issue” issue. *Behavioral Sciences & the Law*, 7(2), 259-266.

- Stone A. A. (2007). *Ethics in forensic psychiatry: re-imagining the wasteland after 25 years*. Presented at the 38th Annual Meeting of the American Academy of Psychiatry and the Law, October 19.
- Tillbrook, C., Mumley, D. & Grisso, T. (2003). Avoiding expert opinions on the ultimate legal question: The case for integrity. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 3(3), 77-87.
- Vieira, D. N. (2012). O actual sistema médico-legal e forense português. In F. Almeida & M. Paulino (Eds.), *Profiling, vitimologia & ciências forenses: Perspectivas atuais* [Profiling, victimology & forensic sciences: Current perspectives] (pp. 1-15). Lisboa: Pactor.
- Zhang, Y. & Wildemuth, B. (2009). Qualitative analysis of content. In B. Wildemuth, *Applications of Social Research Methods to Questions in Information and Library Science* (pp. 308-319). Greenwood Press: Santa Barbara, CA.

“GAMES CHILDREN PLAY”¹: Kinderspiele – Eine literarische und psychologische Analyse

Marta Wiszniowska-Majchrzyk

The child is father of the man
William Wordsworth

Zusammenfassung

Kinder und ihre Spiele und Gefühle sind seit langem Thema in der Literatur. Moralische Erziehung war wichtig, aber auch die Idealisierung einer vermeintlich unschuldigen Kindheit. Im neunzehnten Jahrhundert wurde deutlich vor Freud Sexualität, auch Inzest, zunehmend thematisiert. Im zwanzigsten Jahrhundert wurden Kinder und Jugendliche mehr und mehr auch Täter in grausamen Handlungen (*A Clockwork Orange*). Dies zeigt sich besonders in neuen Internet-Spielen, in denen Gewalt verherrlicht wird.

Schlüsselwörter: Kinderpsychologie, Literatur, Kunst

GAMES CHILDREN PLAY: A Literary And Psychological Analysis

Abstract

Children and their everyday games and feelings have been a subject in literature for quite some centuries. Moral education was an important topic, but also idealizations of an innocent childhood. In the nineteenth century, sexuality, even incest, became a topic concerning children even before Freud. In the twentieth century, children and adolescents became more and more also actors in cruel actions (*A Clockwork Orange*), especially also in new internet plays celebrating violence.

Key Words: Child psychology, literature, arts

Korrespondenzadresse: Marta Wiszniowska-Majchrzyk, Department of Philosophy of Culture, Cardinal Stefan Wyszyński University, Warsaw, Poland; z.majchrzyk@neostrada.pl

¹ Der Titel ist eine bewusste Anspielung auf Eric Bernes Buch *Games People Play. The Psycho-Loggy of Human Relationships* (1964).

Einleitung

Der Begriff "Kinder" bezeichnet im vorliegenden Beitrag minderjährige Personen unter dem gesetzlichen Alter für Volljährigkeit (18 - 21 Jahre). Der Begriff "Netzwerk" wird verwendet, um nicht nur das Internet zu definieren, sondern auch andere kulturelle, soziale und familiäre Bedingungen, die in diesem Beitrag beschrieben oder erwähnt werden. Bevor sich das Internet ausgebreitet hatte, gab andere Möglichkeiten, wie Kinder in andere Welten entschwinden konnten – und die auch heute eine gewisse Anziehungskraft besitzen. Sie versprechen (einfache) Unterhaltung, sofortige Gratifikation, volle Kontrolle ohne jegliche negative Emotionen, Spannung und Aggression sowie ohne die starren Standards von Befehlen und Verboten. Wie Freud (1972) dargelegt hat, handelt es sich hier um Fantasien, mit denen nur Kinder und Schriftsteller ernsthaft umgehen. In der modernen Welt brauchen Kinder immer weniger Regeln zu befolgen und haben mehr Freiheit zu entscheiden, wie sie ihre Zeit verbringen (z. B. mit der neuen Sucht, der "Mall-aria": also seine Zeit in Shopping Malls zu verbringen) und welche Spiele sie spielen möchten. Sie neigen dazu, bereitwilliger zu experimentieren und Grenzen zu überschreiten, um an ihrer Persönlichkeit zu feilen- All dies macht sie oft weniger empfindsam.

In der aktuellen Debatte zum Einfluss von Kunst auf das Ausformen der Einstellungen der jungen Generation konzentriert man sich vorwiegend auf Fernsehen, Filme und Computerspiele und erwähnt nur selten den Einfluss der Literatur, obwohl dies früher das erste Medium war, durch das sich Persönlichkeiten, Einstellungen und kulturelle Werte formen ließen. Freud, Jung und andere lieferten hierzu ihren Beitrag, indem sie Literaturmodelle als existierende Archetypen verwendeten². Dies ist der Ursprung aller Spiele, in denen Krieger, Ritter, Prinzessinnen, Drachen und Wachleute mitspielen, ebenso wie der relativ einfache Übergang zu anderen Fantasiegebilden – Pokemons, Batman, Superman und andere Figuren aus Filmen oder Computerspielen.

Die Frage nach dem Einfluss der Literatur auf das Ausformen von Einstellungen ist auch in der post-modernen Realität gerechtfertigt, schließlich gibt es zahlreiche Adaptationen von klassischen literarischen Werken, die anstelle des Originals rezipiert werden, und Hörbücher – Bücher, die in mP3 oder anderen Formaten aufgenommen wurden. Die Vorstellung, Literatur anzuhören, kann man sowohl als alt als auch als neu ansehen. Sie ist alt, da Singen, Aufsagen und Erzählen die frühesten Formen von Literatur waren. Es wäre jedoch nicht richtig zu sagen, dass der Kreis sich jetzt geschlossen hätte – es gibt nämlich etwas, das die modernen Zeiten von der Vergangenheit unterscheidet, nämlich das fast vollständige Fehlen von Zensur.

² Die Diskussion würde wenig bringen, wenn da nicht einige Faktoren wären, welche die Literatur und die Psychologie einander näher bringen. Freud und Jung lieferten ihren Beitrag zu diesem Prozess, da sich jeder der Literatur auf seine eigene Weise bediente. Freud definierte den Ödipus-Komplex mit dem berühmten Literaturbeispiel Hamlet von Shakespeare, wohingegen sich Jung gegen die Vermutung stellte, dass sich die individuelle Persönlichkeit des Autors (Goethe und Wagner) in literarischen Werken widerspiegelte, und er sein Konzept des kollektiven Unbewussten formulierte. Die Literatur lieferte der Psychologie Begriffe wie z. B. "Machiavellian personality" oder "D. Jekyll and Mr. Hyde".

Zensur und Listen von verbotenen Büchern zeigen, wie über die Zeiten hinweg verschiedene Obrigkeiten versucht haben, den Zugang der Gesellschaft zu Inhalten, die sie als schädlich erachteten, einzuschränken. Der Zugang von Kindern zur Literatur und anderen Quellen wurde von den Eltern sowie von verschiedenen weltlichen und klerikalen Einrichtungen überwacht. Die Listen von verbotenen Büchern veränderten sich nicht nur je nach politischem System und Religion; sie spiegelten auch Veränderungen in Identität, Ideologie und Geschmack einer gegebenen Epoche wider. Bücher, die früher als verboten galten, wurden dann zu einem anderen Zeitpunkt der Geschichte wieder akzeptiert; einige Bücher, die ursprünglich für erwachsene Leser geschrieben worden waren, wurden zu Kinderbüchern, während einige Kinderbücher allmählich eine erwachsene Leserschaft in ihren Bann zogen. Die Grenzen zwischen dem Verbotenen und dem Erlaubten verschieben sich oder verschwinden gänzlich – ähnlich den Standards, was für Kinder eines gewissen Alters angemessen ist. Die Klassifizierung von Büchern als Kinder- oder Erwachsenenliteratur ist in gewissem Maße beliebig und willkürlich, was sich daran erkennen lässt, dass viele Schriften, die für erwachsene Leser gedacht waren, irgendwann in der Abteilung für Kinderliteratur gelandet sind. So war das auch bei *Gulliver's Reisen* von Jonathan Swift oder *Robinson Crusoe* von Daniel Defoe: Beide Werke waren einmal wichtige soziale und kulturelle Satiren. Lewis Carroll's *Alice im Wonderland* und *Winnie the Pooh* von A.A. Milne haben dagegen viele Generationen von Erwachsenen unterhalten – trotz der Tatsache, dass sie für Kinder geschrieben wurden.

Mit einer Vielzahl von Maßnahmen wollte man Kinder davor schützen, unerwünschtes Material zu lesen. Es gab spezielle "bereinigte" Ausgaben von literarischen Werken, in denen der Inhalt, der als für Kinder schädlich angesehen wurde, entfernt worden war. Solche Praktiken gab es noch in der jüngeren Vergangenheit, da Kinderliteratur als eine eigene Kategorie erst im 17. Jahrhundert entstanden ist (einige französische Schriften entstanden noch etwas früher) (Głowiński 1976).

Die Versorgung mit Literatur teilte sich also folgendermaßen auf: Es gab Bücher für Erwachsene mit jungen Protagonisten und Bücher für Kinder, in denen solche Charaktere neben reiferen Figuren dargestellt sind. Wirklich populär wurde Literatur erst während der industriellen Revolution. Wenn man dies bis in die modernen Zeiten hinein analysiert, zeigt sich, dass in der Erwachsenen-Literatur, in der Kinder oft wichtige Figuren darstellen, ein stereotypes Bild eines Kindes gezeichnet wird (Banerjee). Der Protagonist ist ein folgsames Kind, das für eine ungehorsame Tat bestraft wird und – nicht nur im Falle der Buben – weil es feminin oder sensibel war oder weil ihm körperliches oder psychologisches Durchhaltevermögen fehlte (z. B. weil es eine Arbeit nicht machen wollte). Die Motive Waisenkind, Hunger und Elend erscheinen in vielen Versionen. Kinder kommen auch in Sterbeszenen vor, was die Leser von Dickens und ähnlichen Autoren zu Tränen gerührt hatte. In der überwiegenden Mehrzahl von viktorianischen Romanen tauchen Kinder jedoch in einer ganz anderen Rolle auf: als Protagonisten, deren Sterben lang und breit beschrieben wird. Am Sterbebett des Kleinen begraben dann andere Figuren ihren Streit, Verbrecher erhalten Vergebung und es kehrt Frieden ein. Die Romane von Elizabeth Gaskell

(*Mary Barton*), Charles Dickens (*Little Dorrit*, *Great Expectations*), George Eliot (*Mill on the Floss*) sind voll mit Bildern von Sterben, Reue und Versöhnung. Das Kind ist in der Lage, die Streitparteien zu vereinen. Der ethische Beweggrund sollte nicht unterschätzt werden. Die protestantische Moral und die ästhetischen Konventionen der Epoche beeinflussten das Schreiben von Romanen, die der gesamten Familie vorgelesen werden konnten, auch den Kindern und der Dienerschaft. Die Protagonisten mussten viele Herausforderungen bestehen, um Harmonie und Perfektion zu erreichen und um letztendlich ihre Fehler und Irrtümer zu sehen und zu beheben.

Zu den am häufigsten eingesetzten Motiven gehörte das Kind, das in einer Fabrik arbeiten musste, das in einem Waisenhaus misshandelt wurde oder das sich um die Familie kümmern musste, weil der Vater wegen Schulden im Gefängnis saß. Oft zeigte man Kinder, die weit weg von daheim aufwachsen mussten oder die eine Familie suchten (und diese Familie haben sie dann auch gefunden, damit es im Roman ein Happy End geben konnte). Bilder von Kindern, die von fiesen Erwachsenen verdorben und z. B. zum Stehlen gezwungen wurden, wurden als Kontrast dargestellt.

Nun kann aber kein Happy End die pseudopädagogischen Methoden ausgleichen, mit denen auf die Kinder eingewirkt wurde. Sie sind Teil der Konflikte der Erwachsenen, ohne dass sie sich dazu äußern durften, da keiner sich anhört, was sie zu sagen haben, und nur wenige Menschen sind in der Lage, sie wirklich zu verstehen. Die Kinder leiden unter körperlichem und emotionalem Hunger. Natürlich ist die Literatur ein Verfechter von Heilmitteln, die sich von den psychologischen Mitteln unterscheiden. Ein unerwartet auftauchender Verwandter gibt dem Kind Liebe und Wohlstand; der Gegner verschwindet aus dem Handlungsablauf; das Kind wird zum Erbe eines Vermögens. In der Welt der Fiktion haben Erlebnisse aus der Vergangenheit keine negativen Folgen. Die idyllische Realität hängt von der Weltanschauung ab, die im Buch präsentiert wird. Im Handumdrehen ist der kindliche Protagonist kein Opfer mehr und der Schuldige kann bestraft werden.

Im 19. Jahrhundert kam es zu einer raschen Entwicklung der Literatur für Kinder³. Im Gegensatz zur Literatur für Erwachsene, in der die kindliche Existenz relativ düster (oder einfach realistisch) präsentiert wurde, präsentierten die Kinderbücher eine idyllische Welt. Zu den damals relativ bekannten Autoren zählten Edith Nesbit, Frances Burnett, Autor des bekannten *Secret Garden* (1911), Rudyard Kipling, der nicht nur das *Dschungelbuch*, sondern auch *The Light that Failed* verfasste (in dem er das englische Schulsystem kritisierte) und Thomas Hughes, der mit seinem Buch *Tom Brown's Schooldays* (1857) ein alternatives Erziehungsmodell anpries (die Schule in Rugby).

Auch die oben aufgeführten Romane hatten ein didaktisches Ziel. Ihr kindlicher Protagonist ist weder ein Bösewicht noch ein Opfer (auch wenn in einigen Büchern solche Motive vorkommen). Die Auswüchse, die aus deren begrenzten Denkprozessen

³ Auch wenn die Literatur für Kinder nicht der Hauptfokus in diesem Beitrag ist, soll darüber später in Verbindung mit der Entwicklung des Genres und der Analyse von Schneider gesprochen werden.

resultierten, und ihr Unvermögen, die Folgen ihres Handelns zu überblicken, werden gebührend bestraft, aber Kindern wird trotzdem Liebe und Verständnis entgegengebracht. Kluge Erwachsene bringen ihnen die Regeln guten Verhaltens bei und folgen den gleichen Prinzipien, sind aber zum Verzeihen fähig. Infolge der weisen Entwicklung der Handlungsabfolgen und durch das Befolgen des guten Beispiels der klugen Erwachsenen werden die Kinder (natürlich!) selbständig.

Die Romane des 19. Jahrhunderts bedeuteten für erwachsene Leser zusätzliche innovative Elemente für die Konstruktion eines kindlichen Protagonisten. Es kann gesagt werden, dass in der Literatur – lange vor Freud – die Sexualität eines Kindes als ein Magnet, der das Interesse von Erwachsenen anzog, empfunden (und beschrieben) wurde. Es existieren realistische Szenen von Kindern, die zu vermuten beginnen, dass die Fürsorge, die sie von einem Erwachsenen erhalten, nicht unschuldig ist, und sie werden gezwungen, sich zu verteidigen, zu fliehen oder einen Weg des Protests zu finden. Das Kind kann aber auch eine andere Rolle spielen – das eines Beobachters und eines Opfers.

Noch bevor man das Thema kindliche Sexualität beschrieb, lieferte die Literatur eine Variante, in der ein Kind etwas Verbotenem zusah: dem Liebesakt von zwei Geistern. Dieses Erlebnis verstört das Kind und es wird empfänglich für die dunklen Mächte (dies ist das Hauptthema in Henry James' *'The Turn of the Screw'*). Ein interessanter Punkt ist hier die Intervention der guten Erwachsenen, die das Böse in den unterstellten Erlebnissen des Kindes realisieren, Alarm schlagen, einschreiten und versuchen, die Taten der bösen Erwachsenen ungeschehen zu machen.

Zu den Mitteln, um ein Kind als das Objekt einer verbotenen Faszination zu präsentieren (das typischste Mittel war das Szenario mit einem Mann und seinem Schutzbefohlenen im Teenageralter oder mit einem Mädchen, über das er Kontrolle hatte), gehörten weniger direkte, aber immer noch sichtbare Anzeichen, dass das Kind ein Objekt eines Verlangens sei, das vor der Welt geheim gehalten werden müsse.

Sehr oft war der männliche Protagonist drogensüchtig und/oder ging zwielichtigen Geschäften nach (wie in Charles Dickens' unvollendetem Roman *Edwin Drood*). Zu seinen Zeiten wurde Dickens – ungerechtfertigterweise – als Kritiker des kapitalistischen Systems und als Kämpfer für die Rechte der Unterdrückten bezeichnet, auch der Kinder; aber sogar in seinen Romanen beginnen Erwachsene informelle Beziehungen, führen sie fort und brechen sie ab, während Mädchen auf Geheiß ihrer Eltern verheiratet werden. Viele minderjährige Heldinnen von viktorianischen Romanen machen sich zynischerweise ihre Attraktivität zunutze (insb. in *Vanity Fair* von William Makepeace Thackeray). Andere werden brutal von jungen, reichen und gutaussehenden Männern verführt (z. B. in Thomas Hardys *Tess of the d'Urbervilles*). Ein bekanntes, wenn auch skandalöses Buch, das zu Beginn des 20. Jahrhunderts geschrieben wurde, *The Blue Lagoon* von Henry de Vere Stacpoole, erzählt die Geschichte eines Inzests, auch wenn die Figuren sich ihrer Taten nicht ganz bewusst waren.

Es scheint, dass am Ende des 19. Jahrhunderts Sexualität in der Fiktion allgemeine Mode geworden ist. Sie zeigte sich als ein Thema in der angesehenen Literatur. Zuvor wurde die Sexualität eines Kindes oder eines Heranwachsenden in der pornographischen Literatur abgebildet, z. B. in John Clelands *Fanny Hill* (1748), der als der unzünftigste jemals in englischer Sprache verfasste Roman galt. Sie handelt von einer Prostituierten, die bereits im frühen Alter von fünfzehn Jahren damit beginnt.

Ein Meilenstein war Vladimir Nabokov's *Lolita*, veröffentlicht in den 1950er Jahren – ein Roman über verfrühte Sexualität und die fast inzestuöse Beziehung zwischen einem Stiefvater und seiner Stieftochter. *Lolita* kann als wichtiger Hinweis darauf angesehen werden, wie sich das Bild vom kindlichen Opfer weiterentwickelt. Die junge Protagonistin des Romans ist ein Partner für Erwachsene, und in vielen Fällen ist es auch sie, die die erwachsenen Handlungen initiiert – alles in allem manipuliert sie. Sie kombiniert die Rollen von Opfer und Täter, sie kontrolliert und wird kontrolliert; es ist eigentlich so, dass sie ihr "Benutztwerden" benutzt.

Nach der Veröffentlichung im Jahr 1952 provozierte *Lolita* einen moralischen Aufruhr. Es war ein einzigartiges Buch, nicht nur aufgrund seines künstlerischen Werts, sondern auch weil es ein Tabu gebrochen hatte. Aus Osteuropa kamen noch weit mehr verstörende Geschichten: Es wurde berichtet von Kindern, die in Konzentrationslagern geboren wurden, nach Sibirien oder Kasachstan deportiert wurden, von den Nazis aus der Gegend um Zamość vertrieben oder gezwungen wurden, im Warschauer Aufstand mitzukämpfen. Die Welt hatte kein besonderes Interesse am Schicksal von Buben und Mädchen, die unter solchen extremen Bedingungen lebten. Durch solche Lebensbedingungen wurden die Kinder rasch erwachsen und mussten Dinge tun, die weit über die Vorstellungskraft der Kindheit hinausgingen: Im Krieg wurden die Mädchen als Kuriere und die Buben als Soldaten eingesetzt. Folglich könnte man den Eindruck haben, dass nach dem Zweiten Weltkrieg Kinder als individuelle Opfer zu einem seltenen Thema geworden wären.

Die einzigartige Schicksal eines Kindes während des Krieges – eines Kindes, das gezwungen wird, unter extremen Bedingungen zu leben, zu denken und zu empfinden – wurde vom Holocaust-Opfer Anne Frank, der jungen Autorin des berühmten Tagebuchs, und von anderen Autoren beschrieben. Ein Kind als eine Person, die extremen Umständen ausgesetzt ist, wird in vielen Romanen in verschiedenen Kulturen und Ländern beschrieben. Jan Dobraczyński's *Hands on the Wall* (1960) und *Wartime Lies* (1991) von Louis Begley sind gute Beispiele für dieses Genre.

Das Auftauchen von Kindern als Soldaten und gedrillten Kämpfern in zeitgenössischen ethnischen Konflikten wurde von der Literatur vorweggenommen. Auf visionäre Weise sagte sie das nächste Stadium in der Entwicklung eines Kindes vorher: den Übergang vom Opfer und Beteiligten zum Täter und Initiator von Ereignissen.

Minderjährige Protagonisten vor dem Untergang der Zivilisation

Die Zerstörung von Hiroshima durch eine Atomexplosion führte dazu, dass viele Bücher zu diesem Thema geschrieben wurden und dass die Gesellschaft, oder zumindest Teile der Gesellschaft, sich um das Schicksal der Welt Gedanken machten. Der Roman *Lord of the Flies* (1954, deutscher Titel „*Herr der Fliegen*“) des Nobelpreisträgers William Golding liefert ein nachdenklich machendes Bild einer Gruppe von Kindern, die eine Nuklearkatastrophe überlebt hatten. Die Schlussfolgerung des Autors ist alles andere als optimistisch. Auf einer einsamen Insel gestrandet versuchen englische Buben, die jünger als dreizehn Jahre alt waren, sich annehmbare Lebensbedingungen zu schaffen, basierend auf einem System, das sich an der westlichen Demokratie anlehnte, ohne Hilfe von Erwachsenen. Die erlernten Verhaltensmuster und die demokratische Ordnung gehen jedoch verloren angesichts von Gewalt, Machtgelüsten und letztlich Aberglaube. Das Böse ist stärker als die Fassade von Zivilisation. Ihr Untergang wird symbolisiert durch die Zerstörung der Schuluniformen der Buben. Nach und nach tragen die Protagonisten kaum noch Kleidung, sie malen ihre Gesichter an und terrorisieren schließlich die anderen Buben, die immer noch an Vernunft, Ordnung und die Rechte des Individuums und der Mehrheit glauben. Die Miniatur-Gesellschaft zeigt allmählich Aggression, nicht nur beim Jagen von Tieren (als Nahrung), sondern auch durch gewalttätiges Verhalten gegenüber anderen Kindern, bis hin zur Menschenjagd.

Was folgt, ist eine Eskalation von Gewalt, die Konsolidierung der Gruppe, Gleichgültigkeit gegenüber dem Leiden von anderen Menschen, d.h. Desensibilisierung (siehe: Desensibilisierungskomplex nach Schneider, 129). Eines der Kinder wird getötet. Ein anderes stirbt bei einem Spiel, das als ein Ritual oder eine theatrale Re-Inszenierung einer Wildschweinjagd beginnt. Die Gruppe beschließt, dass die Rolle des Wildschweins von einer Person statt einem Wildschwein gespielt werden sollte. Eine einsame Insel, das idyllische Setting für viele Romane, wird zu Anti-Utopia und Anti-Arcadia. Paradoxerweise findet man den Tod sogar an so einem paradiesischen Ort, wie die Insel zu Beginn ausgesehen hat. Der idyllische Hintergrund liefert einen deutlichen Kontrast zur eskalierenden Aggression, zum imaginären Monster und den irrationalen (aber doch angesichts des Alters der Protagonisten gerechtfertigten) Ängsten. Das Bild von aggressiven Minderjährigen beeindruckte sowohl die Kritiker als auch die Leser sehr, und obwohl Golding erst im Jahr 1982 den Nobelpreis erhielt, wurde *The Lord of the Flies* als Pflichtlektüre an Schulen gelesen und erfolgreich verfilmt. Es ist auch ein Beispiel für ein Buch, das ursprünglich für Erwachsene geschrieben, aber später bei jüngeren Lesern populär wurde.

Ein anderes Thema, über das es sich zu diskutieren lohnt, ist der Übergang von einem Individuum zu einer Gruppe. Die Kinder von der Insel zeigen Merkmale der zeitgenössischen Subkulturen: Sie haben einen charismatischen Anführer, dem sie, ohne Fragen zu stellen, folgen, sowie einen Kodex von Zufriedenheit, Symbolen und Gewohnheiten. An verschiedenen Stellen wird die Tatsache erwähnt, dass sie ihre Gesichter anmalen, damit andere nicht sehen können, wenn sie vor Scham erröten

oder vor Angst blass werden. Bemalte Gesichter befreien die Buben von den früheren Befehlen und Verboten; ein bemaltes Gesicht stellt eine Art von Kostüm dar, das – neben anderen Accessoires – eine Mitgliedschaft in einer von verschiedenen Gruppen bedeutet, die in Bezug auf ihre Regeln und Loyalitäten unterschieden werden können. Mitglieder jeder einzelnen Gruppe unterliegen einer Indoktrination, sie sind beispielsweise überzeugt von der Existenz einer schrecklichen Bestie, die getötet werden muss. Die Loyalität zur Gruppe wird durch die Verteilung von Fleisch und durch eine kontrollierte Anarchie sichergestellt (der Anführer gibt die Erlaubnis für wilde Spiele), was dazu führt, dass die Buben die wichtige Aufgabe, das Feuer am Brennen zu halten, vernachlässigen – womit sie ihre Chance, gefunden zu werden, eigentlich vergrößert hätten.

Das Verhalten einiger Figuren veranschaulicht, wie Subkulturen potenzielle Mitglieder anziehen und sie schließlich zwingen, schreckliche Taten zu begehen, die ihnen als für die Gemeinschaft nützlich eingefloßt werden. Mit der Zeit führt der Druck der Gruppe zu einer anhaltenden Verhaltensänderung. Es ist nicht unwichtig, dass es unter den Kindern eine Gruppe mit Drei- bis Achtjährigen gibt. Psychologen halten dieses Alter für eine “entscheidende Phase in der Entwicklung” (Bińczycka, 76). Ältere Kinder zeigen eine Diskrepanz zwischen körperlicher und emotionaler Entwicklung; sie sind körperlich fit, neigen aber zu irrationalen Ängsten, sie haben z. B. Angst vor einer imaginären Bestie oder vor Dunkelheit.

Der Roman zielt darauf ab, die in westlichen Gesellschaften allgemein akzeptierten Werte zu untergraben, insbesondere in Bezug auf den Niedergang von Traditionen und Bräuchen, das Vorbereiten der Kinder für Demokratie und europäischen Humanismus. Bevor aus der Theorie allgemeines Wissen geworden ist, zeigte Goldings Buch, wie dünn die Fassade der Kultur ist und wie leicht es ist, alle Traditionen von zivilisierten Gesellschaften zu verneinen und zum Zustand von primitivem Überlebenskampf, zu Aberglauben und Faustrecht zurückzukehren. Nach der Lektüre des Romans fühlt man sich dazu gezwungen, das Thema des vorliegenden Beitrages, die Erziehung der jungen Generation, in Frage zu stellen und daraus die Schlussfolgerung zu ziehen, dass ein kindlicher Protagonist aggressiv geworden ist, machtgerig und sogar bereit zum Töten, um seine Ziele zu erreichen; Ziele, die wir als in keinem Verhältnis zu der realen Gewalt oder Bedrohung sehen (z. B. das Töten des dicken Kindes mit der Brille, weil es anders war und “nicht in die Gruppe passte”). Die Kinder auf der Insel symbolisieren die zeitgenössischen Gesellschaften: alle Fehler, Leidenschaften, Machtgelüste und Missachtung von Werten, die oberflächlich akzeptiert und unaufrichtig gepflegt werden.

Goldings Roman deckte nicht nur die Zerbrechlichkeit der westlichen Zivilisation auf, sondern auch die Fehler in der Erziehung und das “Killer-Spiel”. Tatsächlich ging es der Sachlage, der psychologischen Forschung und der Welle von Aggression und Gewalt voraus. Die kleine Gruppe, die in Bezug auf Alter homogen und vom Rest der Gesellschaft isoliert war, erweist sich als außerordentlich destruktiv. Das

Thema Verbrechen und Strafe wird immer weiter in den Hintergrund gedrängt, wodurch es im Roman fast schon nicht mehr zu erkennen ist.

In deutlichem Kontrast zu früheren Romanen, in denen das Eingestehen von Schuld und das Akzeptieren von Strafe immer präsent waren, auch wenn die Protagonisten gänzlich demoralisierte junge Gangster waren (z.B. in Graham Greenes Buch *Brighton Rock*, veröffentlicht 1938), wurde das Modell einer expliziten Erklärung des Verbrechens und der Bestrafung sowohl von Golding als auch von Burgess ausgeklammert. Es wird immer noch darüber diskutiert, wann und wo sich die pessimistische Einstellung in der Literatur (und in der Gesellschaft) entwickelte.

Die Beschreibung von brutaler Gewalt, Politik und Totalitarismus kann zu einem außergewöhnlichen kulturellen Werk führen. So wie beim Roman *A Clockwork Orange* von Anthony Burgess (1962, deutscher Titel „*Uhrwerk Orange*“) und der Film-Adaptation von Stanley Kubrick (1971). Die prophetische Qualität dieses Buches ist erstaunlich. Es enthält aufwühlende Beschreibungen nicht nur einer breiten Vielfalt von Gewalthandlungen, die von der Gruppe junger Leute verübt wurden, sondern auch Beschreibungen des Rehabilitationsprozesses im Gefängnis (wo der junge Protagonist – man will am liebsten sagen – endlich einsitzen muss). Der Aufenthalt der Figur im Gefängnis wird als ein erschreckendes Bild der Existenz präsentiert, zwischen Gewalt, Vergewaltigung und Mord, mit magerer Chance für moralische Wiedergutmachung (z.B. wenn er die Bibel liest, sich klassische Musik anhört).

Die fiktionale Verhaltenstherapie, der sich der Protagonist unterziehen muss, ist aus psychologischer Sicht interessant. Nachdem man ihm ein Medikament gespritzt hat, das bei ihm Übelkeit auslöst, wird die Figur gezwungen, außergewöhnlich gewalttätige Filme anzuschauen. Die zweiwöchige Therapie wird als erfolgreich bezeichnet, was die Gefängnisstrafe des Protagonisten um zwölf Jahre verkürzt. Er entwickelt eine Aversion gegenüber Gewalt und allein schon den Gedanken daran. Die Behandlung hat auch eine unbeabsichtigte Nebenwirkung: Der Protagonist ist nicht mehr in der Lage, seine geliebte klassische Musik anzuhören. Eine komplizierte Reihe von Ereignissen führt zu einer anderen Therapie, welche seine frühere, gewalttätige Persönlichkeit wiederherstellt. Die Gesellschaft hatte keinen Platz für die sanftmütige (rehabilitierte!) Person, zu der er geworden war – er wurde sowohl von früheren Freunden als auch von denen, die einen Groll gegen ihn hegten, benutzt und brutal behandelt. Das optimistische Ende bezieht sich auf die Fülle der Persönlichkeit eines Menschen und die Unvorhersehbarkeit des (Unter-)Bewussten. Im Alter von 21 Jahren gibt der Protagonist nach und nach seinen alten Lebensstil auf, der Gewalt müde geworden (vielleicht ausgebrannt). Er denkt darüber nach, sein Leben zu ändern, während er die Transformation eines alten Gang-Kollegen beobachtet, der mittlerweile ein resozialisiertes positives Vorbild ist.

Der viele Aspekte darstellende Roman enthält ein interessantes Motiv von ineffektiver und aggressiver Therapie, während sich der Film auf andere Elemente des Handlungsgerüsts fokussiert. Nach der Premiere berichteten die Medien über Verbrechen, die ähnlich wie im Filmskript verübt wurden. Zeitgenössische Internet-Quellen zei-

gen auf, dass der erschrockene Regisseur einige Szenen aus dem Film entfernte. In der amerikanischen Ausgabe des Buches schrieb Burgess, dass “es keinen Sinn macht, einen Roman zu schreiben, wenn man nicht die Möglichkeit einer moralischen Transformation zeigen kann oder einen Zuwachs an Weisheit bei der oder den Hauptfiguren” (Burgess 2005).

Die Vision von einer totalitären Gesellschaft – teilweise inspiriert von Burgess’ Reise nach Leningrad – ist verknüpft mit der Beschreibung einer primitiven und ineffektiven Verhaltenstherapie. Die Behandlung zeigt alle Merkmale von Puscherei und – Schande über den Therapeuten – muss rückgängig gemacht werden. Der Protagonist reift von alleine und überlegt, ein anderes Leben zu führen. Es sollte gesagt werden, dass die Gang von jungen Leuten dem Leser einen Vorgeschmack des realen Phänomens liefert, was in den Jahrzehnten nach Veröffentlichung des Buches aufgetaucht ist, und ebenso von Themen, die heute gängig sind, z.B. sozialer Ausschluss. Marginalisierung wird auch mittels Sprache erzielt. Die Figuren sprechen ihren eigenen Slang, eine Mischung aus Russisch und Cockney, und brechen mit ihrem Verhalten alle Regeln des sozialen Zusammenlebens.

Obwohl der Roman und der Film damals überaus populär waren, war das Repertoire des Verbrechens, das dort präsentiert wurde, eher monoton. Eine unspezifische und fiktionale Realität scheint keine große Auswirkung auf das kollektive Gedächtnis zu haben, das hauptsächlich ein Repertoire an gewalttätigen Handlungen zu sammeln scheint. In vielen Arbeiten kam das damals noch unbekannte Konzept des “Brainwashing” vor. Der Begriff wurde erstmals im Jahr 1950 verwendet; es scheint, als hätte die Literatur das Phänomen schon zu beschreiben begonnen, lange bevor es wissenschaftlich erforscht wurde.

Bald muss die imaginäre Realität von *A Clockwork Orange* den Weg freimachen für ein realistischeres und suggestiveres Bild einer wiedererkennbaren Welt und ihrer dunklen Zukunft. Der schöne, aber bedrohlich verfilmte Roman *The Memoirs of a Survivor* von Doris Lessing (Deutscher Titel “*Die Memoiren einer Überlebenden*”) ist voll von bekannten Produkten der Zivilisation, wie Waschmaschinen, Kühlschränke, Saftpresen, Toaster und Fernsehgeräten, Hochhäusern, etc. Dies sind Mittel, um eine europäische Gesellschaft am Rande des Kollapses ihrer (oder unserer) Zivilisation zu präsentieren. Familien mit Kindern, ihre Nachbarn und Fremde erliegen dem Zwang, in Panik zu fliehen, ohne reales Ziel. Die zweite Welle von Flüchtenden besteht aus Kindern, die entweder absichtlich ihre Eltern verlassen haben, verloren gingen oder auf der Reise weggewandert sind. Die Kinder schockieren alle anderen mit einzigartigen Verhaltensstandards, Gruppenhierarchie und Gruppenidentifikation. Sie leben als Nomaden, grillen Fleisch über Feuer, das sie auf den Straßen anzünden, sie jagen Hunde, trinken Alkohol und machen Party von Sonnenuntergang bis Sonnenaufgang. Es geht ihnen gut, wenn alles zerbrochen oder übersät ist. Das Leben der Jugendlichen aus der Perspektive der Erzählers ist durch verschiedene Prioritäten charakterisiert, wie z. B. Teil einer Herde zu sein, in der Sex lediglich ein Aspekt der Existenz ist und der Partnertausch ein Element des Herdenlebens darstellt. Die meis-

ten Mitglieder der vorgestellten Gruppe befinden sich zudem im kritischen Alter der frühen Adoleszenz.

Ein weiterer Zerfall der zivilisierten Gesellschaft zeigt sich durch das Auftauchen von Straßenkindern, die von ihren Eltern weggelaufen waren, sie verloren haben oder nur sporadisch mit ihnen Kontakt haben. Es gibt auch Minderjährige, die von ihren Eltern aus dem Haus geworfen wurden oder von ihnen verlassen wurden, weil sie nicht für sie sorgen konnten. Es gibt Waisenkinder, allein und verloren in einer zusammenbrechenden Welt, deren Eltern aufgrund von sich ausbreitenden Krankheiten verstorben waren. Die dargestellte Gesellschaft mag zwar sehr stark untergliedert sein, sie stellt aber immer noch eine einzelne Einheit dar. Um die Kinder kümmern sich die Jugendgang und deren Anführer, der eine Art Waisenhaus oder Kommune gründet. Deren Mitglieder müssen Aufgaben übernehmen, auf die Anweisungen des Anführers hören und diese ohne Widerrede befolgen. Die Autorität des Anführers und seiner Mitstreiter wird nicht angefochten und Gehorsam ist obligatorisch. Der Kommandant kümmert sich um Essensnachschub, hauptsächlich indem er bei Ladenbesitzern und Bauern schnorrt.

Der Gruppe gelingt es, so etwas wie eine Familie zu bilden, wenn auch eine unkonventionelle. Der Anführer sucht sich seine Freundinnen aus den minderjährigen Schützlingen aus und schafft sich so etwas wie einen Harem. Geschlechtsverkehr mit Minderjährigen scheint für Erwachsene haarsträubend zu sein, aber nicht für die Mitglieder der Gruppe. Ein weiteres Merkmal der Gruppe ist die größtmögliche wirtschaftliche Abhängigkeit. Die Organisation basiert auf der unangefochtenen Autorität des Führers, der Freundin und einer Gruppe von älteren Kindern, die bestimmte Funktionen wahrnehmen. Da keines der Kinder die Schule besucht, ist die Sprache, die sie sprechen, auffällig und unterscheidet sich stark vom Standard-Englisch.

Mit ihrer Hierarchie und ihrer Struktur ähnelt die Kommune einer Subkultur, die zwar unkonventionell ist, aber immer noch die Anzeichen des alten sozialen Systems aufweist. Es zeigt sich deutlich, dass die Gruppe einem gewissen Resozialisierungsprozess innerhalb der Gesellschaft unterliegt und dass das Experiment bis zu einem gewissen Grad als erfolgreich angesehen werden kann. Die Kommune und die gesamte Gesellschaft stehen jedoch vor einer neuen Gefahr (Lessing, 147) in Form von Gangs bestehend aus kleinen Kindern (die ältesten Mitglieder sind neun oder zehn Jahre alt). Es handelt sich bei ihnen um wilde Kreaturen, die die Sprache der Menschen nicht verstehen und nicht in einem irgendwie verständlichen Dialekt oder Jargon kommunizieren. Sie leben im Untergrund in U-Bahn-Tunnelsystemen und scheinen noch nie eine Familie gehabt zu haben und unmittelbar nach der Geburt verlassen worden zu sein. Ihre Gruppen sind für spezielle Zwecke gebildet: um anzugreifen und sich selbst zu verteidigen. Den Kindern fehlt jegliche Loyalität – auch wenn sie zusammen jagen, bringen sie sich gegenseitig um, sobald die Aufgabe erledigt ist (Lessing, 148). Anfangs jagen sie Ratten, die sie über Feuer grillen und essen, aber später sind es die Erwachsenen, die ihre Beute werden. Zu ihren instinktiven Hand-

lungen gehören die Jagd nach Nahrung und die Zerstörung, auch wenn dies der Gruppe schadet, und es führt nach und nach zur Vernichtung.

Die interessanteste Entwicklung im Buch – in Bezug auf Ideologie und Handlungsstrang – ist die Initiative der ersten (dissozialen) Gruppe, diese Kinder anzunehmen und in ihrer Gemeinschaft zu akzeptieren. Es zeigt sich jedoch, dass die Neankömmlinge unvorhersehbare Reaktionen und vollkommen irrationale Verhaltensweisen aufweisen. Der Roman beschreibt, wie immer radikalere Subkulturen entstehen, welche sogar den unkonventionellen Lebensstil ihrer Vorgänger ablehnen. Sie sind gefährlich, da sie ohne jegliche Vernunft agieren und daher absolut unvorhersehbar handeln. Den nächsten Schritt in der “Entwicklung” der Gesellschaft stellt der Übergang von unkonventionellen oder alternativen sozialen Strukturen zu offener Barbarei dar. Es gibt keine Rückkehr zu früheren Strukturen, es gibt keinerlei Assimilierung der neuen Gruppen, die am Rande von früheren Modellen erschaffen wurden, welche sie ablehnen und mit denen sie nicht zusammenleben wollen. Subkulturelle Gruppen sind radikal und aggressiv und sie akzeptieren keine “Außenseiter”.

Der Roman präsentiert ein verstörendes Bild des Untergangs der Zivilisation, die Rückkehr zur Barbarei, die ultimative Kampfansage an das Vermächtnis der westlichen Zivilisation, auch in Bezug auf Erziehung. Ein Kind, das so oft Erwachsenen zusieht und deren Opfer ist, wird zu einem Täter und Zerstörer der Welt, die von seinen Vorfahren erschaffen wurde. Die Regeln der Fiktion können die Figuren zwar davor bewahren, von den kleinen Wilden umgebracht zu werden, aber die Entwicklung macht einen riesigen Sprung. Ein Kind, ein leiser Beobachter der Angelegenheiten der Erwachsenen, das manipuliert wird und das unter fehlendem Verständnis und Liebe leidet, und dem auch Nahrung, Kleidung und ein Gefühl von Sicherheit fehlen, wird zu einer Art Rächer. Es fehlt ihm immer noch an Liebe, aber das Kind ist nicht in der Lage, Liebe zu empfangen; es spricht keinerlei Sprache und kann daher die Welt auf der Ebene des Menschen nicht verstehen; es kämpft sogar noch wilder um sein Überleben als ein Tier und greift nicht nur an, um Nahrung zu erhalten oder sich zu schützen, sondern auch ohne offensichtlichen Grund, nur als Spiel.

In der “e-world”

Das vergangene Jahrzehnt, in dem die Eskalation von Subkulturen mit dem Surfen im Internet, der Drogenkultur und der Technomusik zusammenfiel (wobei das “e” für E-Mail, E-Book, aber auch E-cstasy steht), bescherte den Lesern auch einen “Kult”-Roman – *Trainspotting* von Irving Welsh (auch als Theaterstück und Film). Die jungen Protagonisten, hauptsächlich Drogenabhängige, werden in Lebensumständen präsentiert, die eine fast dauerhafte narkotische Trance darstellen, eine virtuelle Realität von Farben und Formen in Zusammenhang mit den Visionen, die ausgelöst werden von sukzessivem Drogenkonsum. Es macht nichts aus, dass in der virtuellen Realität der Protagonist in eine Toilette eingesaugt und wieder ausgespuckt wird; es macht nichts aus, dass der Roman einen Hunger nach Rauschgift präsentiert, der,

natürlich, gestillt werden muss. Das Ende ist optimistisch – vielleicht gelingt es einer der Figuren, aus der virtuellen Welt von drogeninduzierten Visionen auszubrechen. Aber welche Realität ist in der Lage, eine Illusion zu ersetzen? Die Art von Realität ist unklar, da sie in der Welt der literarischen Fiktion fast nicht existiert.

Trainspotting zeigt eine alternative Gesellschaft; alle anderen Formen sind entweder verschwunden oder fast vollständig an den Rand gedrängt. Die Regeln und Realitäten dieser Welt sind verschieden. Das Rauschgift-Craving ist der einzige Existenz-Schmerz, das einzige Ziel im Leben ist es, einen weiteren Schuss zu erhalten, was das Tor zum Paradies darstellt, das immer stärker vermisst wird. Das überrascht kaum, wenn man bedenkt, dass die virtuelle Welt die Empfänglichkeit einer Person für visuelle und akustische Stimuli verstärkt, Visionen auslöst und über die Zeit hinweg besteht. Die Phänomene wurden bereits analysiert und in der wissenschaftlichen Literatur besprochen (Mandal).

Schriftsteller, die nicht nur faktische, sondern auch hypothetische Situationen beschreiben können, werden zweifellos auch in Zukunft ihre Leser mit innovativen Ideen überraschen. Kunstwerke, die prospektive Realitäten vorstellen, sind unter anderem zwei Romane des 21. Jahrhunderts, in denen Kinder in anscheinend zeitgenössischen Gesellschaften leben, die jedoch auf eine sehr vage Art und Weise beschrieben werden (die Fiktion hat das Recht dazu). Das erste Werk ist *The Secret; a fable for our time* von Eva Hoffman (2001), in der das emotionale Leiden einer weiblichen Protagonistin beschrieben wird, die entdeckt, dass sie ein Klon ihrer Mutter ist. Der Roman spielt im Jahr 2005 (was zu der Zeit, als das Buch geschrieben wurde, eine sehr nahe Zukunft war), als bekannt gemacht wurde, dass das erste geklonte Baby zur Welt kommen würde, was sich später als Lüge herausstellt. Der zweite Roman stammt von Kazuo Ishiguro und hat den Titel *Never Let Me Go* (2005, deutscher Titel „*Alles, was wir geben mussten*“), er wurde nominiert für den renommierten Booker Prize. Der Roman wird in so etwas wie eine neuzeitliche Realität gestellt, in ein mysteriöses englisches Internat, was sich im Verlauf als eine geschlossene Anstalt zur Aufzucht von geklonten Kindern herausstellt, die nur so lange leben, bis ihre „Originale“ ein Organtransplantat benötigen. Erwachsene, aber immer noch junge Klone sind in der Lage, bis zu drei solcher Organspenden zu überleben.

Die Welt der literarischen Fiktion kann besonders suggestiv sein, wenn das Buch verfilmt wird. In diesen Filmen werden die kindlichen Protagonisten auch wieder in Rollen als Opfer der Erwachsenen und auch ihrer eigenen Peers besetzt. Die meisten Filme werden als für Zuschauer über 15 Jahre geeignet eingestuft, aber es ist fast unmöglich, diese Vorgaben in der Praxis durchzusetzen. Auch wenn Fachleute sich nicht darauf einigen können, ob der Konsum solcher Filme negative Folgen hat, sind die Schlussfolgerungen der Arbeiten von Maria Braun-Gładkowska und Iwona Ulfik-Jaworska, mit dem vielsagenden Titel *Zabawa w Zabijanie* (*The Killing Game*, 2002, 67-69), sehr deutlich. Es ist zwar nicht wahr, dass jedes Kind, das gewalttätige Szenen anschaut, diese im realen Leben reinszeniert. Dazu kann es aber unter bestimmten, aggressives Verhalten fördernden Bedingungen kommen (z. B. Ängstlichkeit

oder wenn Kinder unter schädlichen Bedingungen aufwachsen). Beide Autoren behaupten, dass ohne eine Änderung im Inhalt von Fernsehprogrammen (und anderen Medien) der Grad an Aggression bei Kindern und Jugendlichen nur sehr wenig verringert werden kann.

Andere Forschungen untermauern diese These. In einem Fall wurde auch ein Experiment mit einer großen Gruppe von College-Studenten durchgeführt. Die Teilnehmer wurden gebeten, sich gewalttätige und nicht-gewalttätige Videospiele anzuschauen, und im Anschluss wurden ihre physiologischen Reaktionen getestet. Es zeigte sich, dass die Probanden, nachdem sie zwanzig Minuten lang Gewalt angeschaut hatten, auf das Ansehen von Gewalt immun wurden. Ein kleiner Zeitraum reicht aus, um eine Desensibilisierung auszulösen, Dauer und Intensität variieren je nach individueller Reaktion (Tarko, 2006).

Ein kritischer Blick auf zeitgemäße Texte, die für Kinder verfasst wurden, zeigt das gleiche Problem sogar noch deutlicher. Die Kommerzialisierung ist überall sichtbar, und sogar die Internet-Foren, die angeblich für Kinder geeignete Bücher aufführen, sind nichts anderes als Bestseller-Kataloge. Gut ist, was sich gut verkauft. Die einzige Liste, die ich im Internet gefunden habe, mit dem Titel *Favourite Books and Must-reads* (March 1995), basiert anscheinend hauptsächlich auf unrealistischen Präsentationen der Welt durch klassische Autoren wie Lucy Maud Montgomery oder Louise Alcott, die den Kindern heutzutage fremd erscheinen werden.

Ein anderes Thema, das es zu diskutieren lohnt, ist die Gewalt in Märchen. Volkmar Schneider, der das Problem relativ früh analysierte, zeigte viel Toleranz gegenüber der Präsentation von Gewalt in Fabeln, kritisierte aber die Fernsehprogramme, weil sie die Realität sensationsgierig und in sehr dramatischer Art und Weise zeigten (Schneider, 129). Seine Meinung erscheint gefährlich eng gefasst, wenn man an die derzeitigen Interpretationen von klassischen Fabeln denkt. Viele Menschen sind der Ansicht, dass sie die Gedanken und Vorstellungen ihrer Kinder zu idyllischen und unschuldigen Fantasien machen können, wenn sie ihnen die Lieblingsgeschichten aus ihrer eigenen Kindheit vorlesen. Eine tiefer gehende Analyse von Fabeln beweist, dass diese Hypothese nicht stimmt. Sogar Geschichten wie *Schneewittchen*, *Unter dem Wolfsmond* und *Das Mädchen mit den Schwefelhölzern* enthalten reichlich Gewalt gegen Kinder; sie handeln von der Angst und der Hilflosigkeit eines Kindes. Die Märchen der Gebrüder Grimm sind sogar noch viel gewalthaltiger, voller Bestrafungen, grausamen Eltern, kaltherzigen Stiefeltern und fast unmittelbar folgender Vergeltung. Das berühmte Geschwisterpaar Hänsel und Gretel wird dreimal im Wald ausgesetzt, da die Eltern sie aufgrund ihrer Armut los werden wollen. Selbst Geschichten mit Heiligen wie *Der heilige Joseph im Walde* können tödlich enden; in diesem Fall ist die bestrafte Figur ein egoistisches Mädchen, das von Schlangen und Echsen gebissen wird. Die Mutter des Mädchens wird auf ähnliche Weise bestraft, da es ihr Kind nicht besser erziehen konnte.

Alle Fabeln halten sich jedoch an die Regel, dass das Verbrechen bzw. der Fehler klar definiert wird und die Bestrafung unausweichlich ist. Erwachsene können dabei auch

von ihrem Gewissen bestraft werden und bitten folglich um Entschuldigung (die Eltern von Hänsel und Gretel bitten ihre Kinder um Verzeihung). Die literarischen Figuren werden damit irgendwo zwischen der Realität und der virtuellen Welt verortet. Die Welt, wie sie in der Literatur präsentiert wird, ist multidimensional in ihrer Botschaft und prophetisch in ihrem Ausdruck. Sie enthält eine klare moralische Lektion und überlässt dem Kind die Wahl, mit wem es sich identifizieren möchte, ob es die Taten einer gegebenen Figur wiederholen möchte, und sie liefert klare Grenzen zwischen Gut und Böse.

Ein gutes Beispiel für eine innovative Organisation der fiktionalen Realität unter Verwendung neuer Hilfsmittel ist der Film *Charlie und die Schokoladenfabrik* (2005) nach dem gleichnamigen Roman von Roald Dahl (1964). Die präsentierte fabelhafte Realität ist verzaubernd, geschmackvoll, aber auch gefährlich. Unhöfliche, unverschämte und gefräßige Kinder und ihre inkompetenten Eltern werden gebührend bestraft. Charlie, der intelligente und bescheidene Junge, der von den zahllosen Wonnen der Fabrik begeistert ist, erbt das Vermögen; *ergo* folgt der Handlungsstrang den früheren Modellen. Wenn man die Geschichte aber genauer analysiert, entdeckt man eine etwas illusionäre Art von Wohltätigkeit seitens des Firmenbesitzers. Bevor die goldenen Tickets gefunden werden, sind die Menschen gierig danach, Schokolade zu kaufen, um ein solches Ticket zu bekommen. Das ist zwar nur ein kleines Detail, aber es spielt eine signifikante Rolle in einem ganzheitlicheren Blick auf die virtuelle Realität, bezeichnet als "Kommerzialisierung von Kultur".

Das Internet ist ein riesiges Netz von Läden, die zwar kostenlose Sachen anbieten, aber zudem versprechen, den zahlenden Kunden noch viel mehr zu geben. Kinder sehen sich einer Medienmaschinerie gegenüber, die ihnen offensichtlich ein anderes Computerspiel, Gadget, einen Film, letztendlich eine Ecstasy-Tablette oder LSD verkaufen möchte. Natürlich sind nicht nur Kinder das Ziel. Die neuen Verkaufsmethoden und die Vielfältigkeit der gebotenen Unterhaltung haben bereits das Ausmaß eines globalen Dorfes erreicht, das die Möglichkeiten des neuen, ständig upgegradeten Internet zeigt (Hamm 2007).

Die rasche Virtualisierung von Kultur wurde von vielen als äußerst überraschend angesehen (Burszta, Kuligowski 1999). Vor unseren Augen erreichte die interaktive Fähigkeit von Computern ein Ausmaß, das man hätte nicht vorhersehen können. Ebenso plötzlich fand auch die Relativierung von sozialen und kulturellen Normen statt. Ihr ging die Glorifizierung des Multi-Kulti voraus, als ein Heilmittel für die Aufteilung in "wir" und "die anderen", eine präventive Maßnahme gegen Exklusion. Dieses Heilmittel erweist sich jetzt als unwirksam. Die Entwicklung des Internets hat die Bereiche ersetzt, aus denen die Modelle stammten. Man könnte behaupten, dass das, was als "Realität" bezeichnet wurde, einem ständigen Wandel unterlegen war. Wir erleben den Triumph der virtuellen Realität, die zu einer perfekten Kopie der tatsächlichen Welt werden will (sie täuscht die Sinne und erzeugt eine Illusion), aber gleichzeitig frei von den Einschränkungen der physischen Realität sein will. Letzteres Merkmal macht die virtuelle Realität ähnlich der Malerei, dem Film und der Fotogra-

fie, zusammen mit dem Traum von der unbeschränkten Manipulation von Gedanken innerhalb des Cyberspace (Burszta, Kuligowski 1999, 68-70). In seiner Arbeit (Burszta, Kuligowski 1999, 76) erwähnt Burszta seinen Sohn Jędrzej, der einmal, während er am Computer spielte, verstört aufschrie: "Warum steht dieses Skelett nicht auf?" Diese Worte zeigen die manipulativen Erwartungen des Kindes, als es auf ein Hindernis traf, ebenso wie seine Fantasien, die dem Kind erlauben, seine eingebildeten Konstrukte ernst zu nehmen. Man braucht kein Psychologe zu sein, um vorherzusagen, was geschehen könnte, wenn jemand versucht, die Regeln der virtuellen Welt auf die Realität anzuwenden – jemand, den man mit einem Messer niedergestochen hat oder der erwürgt wurde, wird nicht aufstehen.

Computerspiele und Videos, die im Internet gezeigt werden, lassen den Kindern keine Wahl zwischen Gut und Böse; das Böse ist die einzige Option, die zur Verfügung steht. In der virtuellen Realität ist aber alles Böse (auch wenn es als solches empfunden wird) reversibel. Die Blutlachen werden verschwinden, wenn der Film zurückgespult wird; ein Spiel, in dem eine virtuelle Figur in Säure gebadet wird (der Säuregrad ist regulierbar), kann man neu beginnen. Das berühmte *Mortal Kombat*, das einmal als besonders brutales Spiel angesehen wurde, und das weniger bekannte *Operacja Glomp* (Wójcik) sind ähnlich. Man muss nicht lange suchen, um jede Menge an schrecklichen Spielen zu finden. Es gibt Spiele mit menschlichen Charakteren (*Mortal Kombat*, *Manhunt: Ex-ecutions*) oder mit fast menschlichen Figuren. Das Fehlen einer Wahlmöglichkeit zeigt sich sogar in den Titeln, wie z. B. *The Torture Game in Full Screen*, *Sadistic.pl* oder *How to Kill Jesus* (*Torture Game3*). Verbotene Spiele, die Kinder mit Emotionen überwältigen, führen später zu Desensibilisierung und veranlassen sie, noch intensivere Erfahrungen zu suchen (da die Spiele mit der Zeit langweilig werden). Die Suggestivität von virtuellen Bildern ermutigt sie, diese im realen Leben "auszuprobieren". Ohne Einschreiten der Eltern oder soziale Sanktionen bleibt ein Kind in der Rolle von Opfer und Täter zugleich, dem die virtuelle Welt Unterhaltung, Sicherheit und Straffreiheit liefert – oder anders gesagt: all das, was die Realität nicht bringt. Die nicht-menschlichen Figuren in den Computerspielen bieten alternative Werte an; der Joystick wird zum Mittel für unbegrenzte Macht und Straffreiheit innerhalb der Grenzen des Kinderzimmers. Ein Kind ist oft allein und hat keine Geschwister, da die typische Familie zusammengeschrumpft ist auf Doppelverdiener plus, wenn überhaupt, ein Kind ("double income, one kid").

Es ist jedoch nicht die Wahl des Lesestoffes oder von Computerspielen, was für all das Böse die Verantwortung trägt. Im Laufe der Zeiten bestand der Kanon der Kultur aus großen und kontroversen Werken; Menschen haben Kriminalgeschichten und Detektivstories gelesen; es gab immer schon Morde; einzelne Personen ebenso wie Gemeinschaften haben abscheuliche Handlungen begangen. Der Unterschied liegt in der Tatsache, dass dies noch nie so globale Ausmaße erreicht hat. Heute kann man alles verkaufen, nicht nur materielle Sachen, sondern auch Vorstellungen. Es ist möglich, eine Person zu überreden, einen Einkauf zu tätigen, an einem Lottospiel teilzunehmen, bei Internetauktionen mitzubieten, aber auch an einer Demonstration teilzunehmen, an einer Versammlung anwesend zu sein oder bei einem Protest mitzuma-

chen. Die virtuelle Realität hat die Werte, die bereits in einer Kultur und der Gesellschaft vorhanden waren, nur intensiviert, insbesondere ihre informativen und persuasiven Funktionen.

Es bleibt das Problem der Verantwortlichkeit. Die Erwachsenen ziehen sich aus der Erziehung zurück, sie erklären ihren Kindern nicht mehr die Welt und definieren nicht mehr klar und deutlich, was erlaubt ist und was nicht. Immerhin wird die Kinder-Literatur von Erwachsenen geschrieben. Es waren auch die Erwachsenen, die die ersten Computerspiele entwickelt haben; Erwachsene klassifizieren Filme als für alle Zuschauer geeignet und erlauben es, dass Werbung für Barbie-Puppen, Bier und Kondome in der Hauptsendezeit im Fernsehen gezeigt wird. Computerspiele und Kurzvideos, die mit Handys oder Kameras aufgenommen wurden, sind zu einem Bereich für sehr junge, oft minderjährige Personen geworden, die diese “Gadgets” von den Erwachsenen bekommen haben. Man möchte immer noch hoffen, dass die Erwachsenen sich dieser Probleme besser bewusst werden. Sie finden Hilfe auf Internet-Portalen wie “Parent Advice”, auf denen Eltern verschiedene Videospiele in Bezug auf ihre Eignung hin besprechen. Angesichts der unterschiedlichen Meinungen ist es jedoch schwer, klare Schlussfolgerungen aus den Ratschlägen der Community zu ziehen. Darüber hinaus haben die Hersteller von Computerspielen bereits erfolgreich dafür gesorgt, dass Eltern ihren Kindern nichts mehr verbieten – indem behauptet wird, dass apokalyptische Visionen ihre Kinder auf Gefahren aufmerksam machen und sie lehren würden, wie sie damit zurechtkommen. In der Tat ist das nichts anderes als eine Pseudo-Diskussion.

Kinder, die mit solchen “Gadgets” spielen, werden früher oder später älter. Weniger häufig ist das Phänomen des Feedback zwischen dem jungen User und dem Internet der zweiten Generation. In dieser Interaktion sind sowohl die Manager als auch die Rezipienten der Güter und Dienstleistungen junge Menschen. Um die Verkäufe anzukurbeln, machen sich Marketingkampagnen immer ausgefeiltere Methoden zunutze. Teenager werden sowohl zum Ziel als auch zu den Produzenten der neuen Güter. Die traditionelleren Formen von Werbung beziehen sich sehr oft auf sexuelle Attraktivität (z. B. die Werbung von Axe), die laut Versprechungen der Werbung nach dem Kauf des Produktes größer sein soll.

Die nächste Phase der Entwicklung scheint auf eine tiefere Involvierung in die virtuelle Welt hinauszulaufen. Es ist bereits möglich, mittels der virtuellen Welt mit anderen Usern zu interagieren. Fast alle Internet-Portale bitten ihre Besucher, ihre Meinungen mitzuteilen, oder drängen sie sogar dazu – all dies geschieht (nicht ganz) anonym, frei und ohne Verantwortung für die eigenen Worte übernehmen zu müssen. Die Tatsache, dass sich Erwachsene und Jugendliche in Internet-Communities aufhalten, so genannte “Kommunikatoren” verwenden und anscheinend wichtige Mitteilungen posten, illegal Filme und Fernsehprogramme übersetzen und hochladen oder Online-spiele spielen, die “in der ganzen Welt bekannt sind”, scheint nicht viel Schaden anzurichten. Alle diese Aktivitäten sind jedoch zeitaufwendig und süchtig machende Interaktionen mit den unbekanntem Internet-“Freunden” können sich negativ auf die

Beziehungen mit Familie und Bekannten im echten Leben auswirken. Die Verwender von Internet-Kommunikatoren entwickeln mit der Zeit neue Gewohnheiten und einen neuen Dialekt. Virtuelle Interaktionen erfordern nicht die gleichen Standards von Empathie und Syntonie; man muss nicht irgendwo auf einen Friedhof gehen oder den Schmerz und das Leiden anderer Menschen sehen. Individuelle Beziehungen sind beschränkt auf eine kurze Information, eine virtuelle Kerze, einen Kommentar. Soziale Beziehungen lösen sich ebenfalls auf und die Zivilgesellschaft – der Stolz der demokratischen Länder – kann durch eine virtuelle Gesellschaft von Internet-Usern ersetzt werden, die nur die Befürworter als unabhängig und frei von Druck ansehen. In der Tat wird oder könnte die Internet-Gesellschaft leicht manipuliert werden und sich durch Kräfte beeinflussen lassen, die ebenfalls die Anonymität des Internets nutzen, um sozial schädlichen oder illegalen Inhalt (z. B. politischen oder moralischen) einzuschmuggeln oder offen dafür zu werden, all dies unter dem Deckmantel von Sensation oder Unterhaltung (Schneider, 127).

Da die gesamte Gesellschaft in die oben dargelegten Prozesse, die hier und jetzt gerade geschehen, involviert ist, ist es schwer, eindeutige Schlussfolgerungen abzuleiten. Es ist jedoch möglich, den ständigen (wenn auch unterschätzten) Einfluss dieser kulturellen Phänomene auf die menschliche Psyche zu beweisen. Dies hat auch schon die Literatur erkannt, die nicht als ein Propaganda-Werkzeug empfunden werden kann, um – auch noch so berechnete – Meinungen zu formen oder um Leser zu konditionieren. Bemerkenswerte literarische Werke sind kompliziert und vielschichtig und erlauben es dem Leser, zu reflektieren. Der lineare Handlungsverlauf muss dem Leben des Menschen, der Entwicklung des Individuums und der Irreversibilität der Konsequenzen seiner Taten und Entscheidungen ähnlich sein. Wenn man das Schicksal einzelner Personen beschreibt, veranschaulicht die Literatur das Schicksal von gesamten sozialen Gruppen, Altersgruppen, Bewohnern einer gegebenen Region, Nation oder der Menschheit insgesamt.

Angst in Verbindung mit der aggressiven Art des neuen Mediums verstärkt (auch wenn dies ungewollt zugegeben werden mag) die Annahme, dass die Kultur einen ungeheuren Einfluss auf die Psyche des Einzelnen hat, auch wenn es die so genannte "populäre" oder "Massen"-Kultur ist. Die Qualität der Kultur beeinflusst den psychologischen Zustand künftiger Generationen. Sogar noch bevor es das Internet gab, hatten sich viele Kulturtheoretiker, wie z. B. Richard Hoggart (1952) und Raymond Williams (1961), und auch Philosophen wie Theodor W Adorno und die Frankfurter Schule sehr kritisch zur Massen-Kultur geäußert, die zusammen mit dem Fernsehen und dem Kino die Haushalte von gewöhnlichen Menschen revolutionär verändert hat. Die Revolution geht weiter, wenn auch mit neuen Medien, und erstreckt sich auf die globalisierende oder bereits globalisierte Welt. Es scheint daher, dass künftige Studien sich auf die Analyse von kulturellen Phänomenen und transkultureller Psychologie konzentrieren sollten (Berry 2008), deren Methodenrepertoire es mit dem ausgefeilten Netzwerk von Beziehungen und Verbindungen, in denen wir alle leben, aufnehmen könnte.

Literatur

- Are Violent Video Games Preparing Kids For The Apocalypse? - Gaming ga-merblips.dailyradar.com/video/are_violent_video_games_preparing_kids_for_the_apocalypse
- Banerjee, J. (1999). *Through the Northern Gate: Childhood And Growing Up In British Fiction, 1719-1901*. New York: Peter Lang.
- Berry, J. W. (2008). *Globalization, Acculturation and Ethnicity*. [w042-29_berry-john.pdf]
- Bińczycka-Anholcer, M. (1997). Patogeny Wpływ Środków Masowego Przekazu Na Kształtowanie Postaw Agresywnych Wśród Dzieci i Młodzieży. *Zdrowie Psychiczne, 1-2* (XXXVIII), 75-83.
- Braun-Gałkowska, M. & Uflik-Jaworska, I. (2002). *Zabawa w Zabijanie*. Lublin: Gaudium.
- Burgess, A. (1962). *A Clockwork Orange*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Burgess, A. (2005). SparkNotes Editors. *SparkNote on A Clockwork Orange*. SparkNotes LLC. <http://www.sparknotes.com/lit/clockworkorange>
- Burszta, W. & Kuligowski, W. (1999). *Dlaczego Kościotrup Nie Wstaje. Ponowo-Czesne Pejzaże Kultury*. Warszawa: Wydawnictwo Sic!
- Cleland, J. 1964 (1748). *Fanny Hill*. London: Granada Publ.
- Cloud, J. & Ratnesar, R. (2000). The Lure of Ecstasy. *Time*, July 17, 54-60.
- Dahl, R. (1964). *Charlie and the Chocolate Factory*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Dickens, C. 1980 (1890). *The Mystery of Edwin Drood*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Easthope, A. (1991) *Literary into Cultural Studies*. London: Routledge. Eliot, G. (1924) (1860) *The Mill on the Floss*. London: Dent.
- Farley, C. J. (2000). Rave new world. *Time*, July 17, 61-62.
- Favorite Books and must-Reads (March 1995). <http://www.ucalgary.ca/~dkbrown/favbooks.txt>
- Freud, S. (1972). Creative Writing and Daydreaming. In Lodge, D. (ed.), *20th Century Literary Criticism* (pp.36-42). London: Longman.
- Gaskell, E. (Mrs Gaskell) (1962) (1848). *Mary Barton*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Głowiński, M., Kostkiewiczowa, T., Okopień-Sławińska, A. & Sławiński, J. (1976). *Słownik Terminów Literackich*. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- Golding, W. (1974) (1954). *Lord of the Flies*. London: Faber.
- Hamm, S. (2007). Children of the Web. How The Second-Generation Internet Is Spawning A Global Youth Culture – And What Business Can Do To Cash In. http://www.businessweek.com/priny/maganize/content/07_27/
- Hardy, T. (1960) (1891). *Tess of the d'Urbervilles*. Harmondsworth: Penguin.
- Hoffman, E. (2001). *The Secret; A Fable For Our Time*. London: Vintage.
- Hoggart, R. (1952). *The Uses of Literacy*. Harmondsworth: Penguin.
- Hughes, T. (1994) (1857). *Tom Brown's Schooldays*. Harmondsworth: Penguin Books.

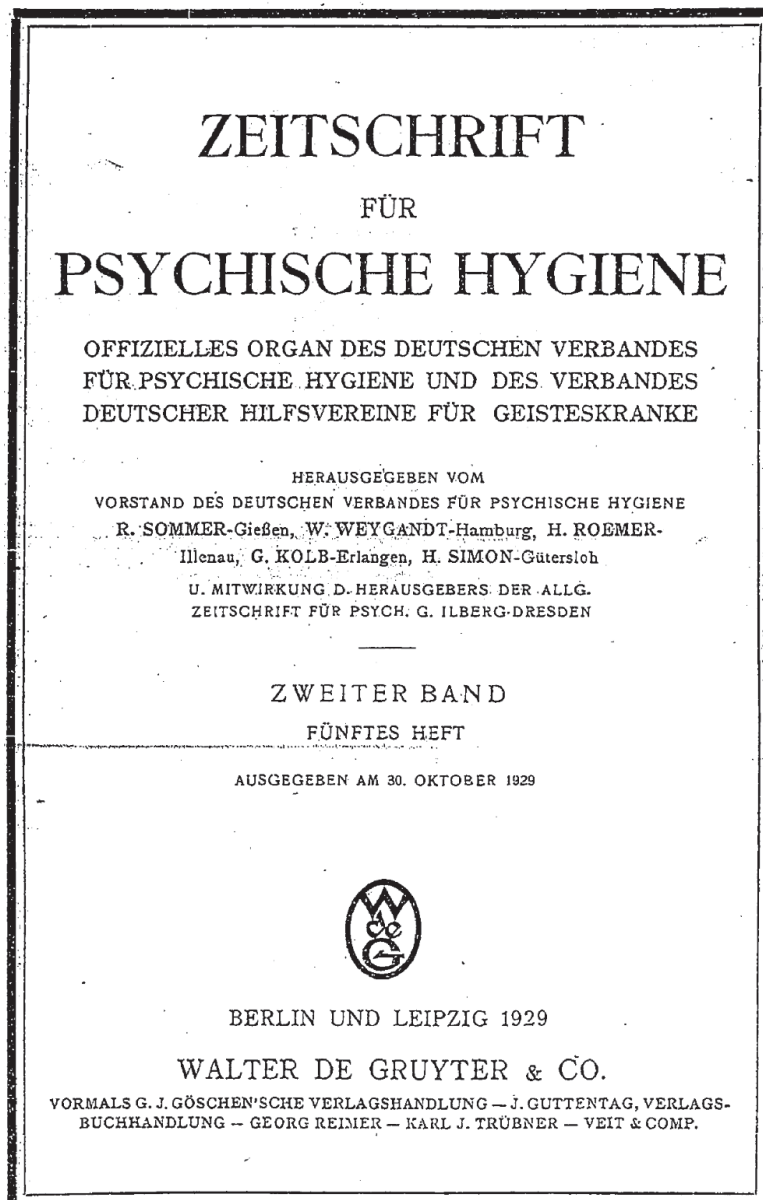
- Ishiguro, K. (2005). *Never Let Me Go*. London: Vintage Books.
- James, H. (1898). *The Turn of the Screw*. Harmondsworth: Penguin Books.
- James, H. (1897). *What Maisie Knew*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Jones, M. (1999). The Turn of the Screw. Is Child Protection the Issue? *The Journal of Forensic Psychiatry*, 10(1), 1-4.
- Kipling, R. (1890). *The Light that Failed*. <http://onlinebooks.library.upenn.edu>
- Lessing, D. (1995) (1975). *The Memoirs of a Survivor*. London: Flamingo.
- Mandal, E. E. (1998). Kultura „Techno” – czyli jednostka w wirtualnej przestrzeni. *Zdrowie psychiczne*, No, 1-2 (XXXIX), 24-28.
- Parent Advice. <http://www.common sense.media.org>
- Schneider, H. J. (1992). *Zysk z przestępstwa*. Warszawa: PWN.
- Stacpoole, H. de Vere. (1981) *The Blue Lagoon*. Futura: Publications.
- Storey, J. (1993). *An Introductory Guide To Cultural Theory And Popular Culture*. NY, London: Harvester, Wheatsheaf.
- Tarko, V. (2006). *Video Game Violence Can Make You Cold Blooded in Real-Life*. <http://news.softpedia.com/news/The-Effects-of-Video-Game-Violence-on-Physiological-Desensitization-to-Real-Life-Violence-31273.shtml>
- Welsh, I. (1993). *Trainspotting*. London: Secker & Warburg.
- Welsh, I. (1996). *Ecstasy*. London: Jonathan Cape.
- Williams, R. (1961). *The Long Revolution*. London: Chatto & Windus.
- Wójcik, M. (2000). To Tylko Gra? *Nasz Dziennik* 31 July 2000, 4.
- YouTube – *Mortal Kombat Theme*. <http://www.youtube.com/watch?v=Umf40daefsI>
- YouTube – *Violence in Video Games*. <http://www.youtube.com/watch?v=kH38ggvPUuA>
- YouTube – *Most Violent Video Games*. manhunt: Executions HD. www.dipity.com/.../YouTube_manhunt_2_All_Executions_Uncuts
- YouTube – *How to Kill Jesus (Torture game 3)*. www.youtube.com/watch?v=hpPjEhc4sKg

Die Sonderbehandlung der Trinker in den Heil- und Pflegestätten

(Sonderdruck aus „Zeitschrift für Psychische Hygiene“, Oktober 1929)

Maximilian Thumm

SONDERABDRUCK AUS:



Die Sonderbehandlung der Trinker in den Heil- und Pflegeanstalten.

(Erfahrungen in der geschlossenen Heilstätte „Haus Seeburg“.)

Von Dr. M. Thumm, Direktor der Bad. Heil- u. Pflegeanstalt bei Konstanz.

Die bisherige Form der Versorgung von Trinkern in unseren Anstalten ist, soweit es sich um nicht-psychotische Trinkerfälle handelt, schon lange als sehr unbefriedigend empfunden worden: die Alkoholkranken fanden auf den Psychosenabteilungen nicht das ihnen gemäße und erforderliche Milieu, so daß eine wirksame Beeinflussung unmöglich war und wohl meist auch kaum ernstlich versucht wurde. Man begnügte sich mit einer Form der Abstinenzkur, die einer bloßen Verwahrung auf die Dauer einiger Monate gleich kam, um dann die Trinker wieder ziehen zu lassen mit fast sicherer Aussicht auf Rückfälligwerden. Die Alkoholkranken ihrerseits waren eine Belastung für die Abteilungen, da sie nicht zu den geisteskranken Insassen paßten, vielfach auch einen ungünstigen Einfluß auf diese ausübten. Endlich beanspruchten sie fortdauernd auf den geschlossenen Abteilungen allzuvielen wertvolle Plätze, die bei der jetzt allgemein geklagten Über-

füllung für die eigentlichen psychotisch Kranken vorbehalten bleiben sollten. Diese Gründe, auf die neuerdings auch in den von *Bratz*, *Roemer* und *Thode* aufgestellten Leitsätzen der Konferenz der preußischen Anstaltsdezenten^{1) 8)} und von *Thoma*²⁾ hingewiesen wird, veranlaßten das badische Ministerium des Innern seit einigen Jahren, dem Gedanken der Schaffung einer besonderen Anstalt oder doch wenigstens besonderen Abteilung für Trinker näherzutreten, wie *Forel* sie schon vor mehr als drei Jahrzehnten angeregt hatte. So wurde auf Anordnung des Ministeriums am 1. August 1927 in der Anstalt bei Konstanz eine Sonderabteilung für behandlungsbedürftige Trinker ins Leben gerufen mit der Bestimmung, die geeigneten Fälle aus den Anstalten des Landes zu sammeln, zugleich aber auch Trinker, die durch Fürsorgestellen, Bezirksärzte und Bezirksämter zugewiesen werden, unmittelbar aufzunehmen.

Im wesentlichen diene uns die seit sechs Jahren bestehende Trinkerheilstätte der oberösterreichischen Anstalt „Am Steinhof“ bei Wien zum Vorbild; *Wlassak*^{3) 4)}, ihr verdienstvoller Leiter, hat vor kurzem über seine Grundsätze und Erfahrungen ausführlicher berichtet. Seit 1. Jan. 1928 hat bemerkenswerterweise auch *Bratz*^{5) 6) 7)} im Rahmen seines in den Wittenauer Heilstätten durchgeführten Staffelsystems ein „Abstinenzsanatorium“, das den nämlichen Zielen dient, geschaffen.

Wir haben in der Konstanzer Anstalt für unsern Zweck ein Haus gewählt, das an der Peripherie, abseits von den übrigen Männerabteilungen und landschaftlich bevorzugt gelegen ist. Um es in seiner Sonderstellung herauszuheben und daneben auch vom Odium der „Irrenanstalt“ einigermaßen zu entlasten, haben wir ihm einen besonderen Namen „Haus Seeburg“ gegeben. Das Haus kann 50, notfalls bis zu 60 Personen aufnehmen, wir möchten aber, wenn möglich, über eine Belegungszahl von 40 nicht hinausgelangen, um den familiären Charakter besser wahren und die Beeinflussung wirksamer gestalten zu können.

Das besondere und wesentliche Prinzip an dieser Einrichtung ist, daß sie einerseits den Alkoholkranken das für die Beeinflussung und womöglich Heilung notwendige spezifische Heilstättenmilieu bietet, ihrer besonderen Atmosphäre nach also unabhängig in bzw. neben der Anstalt steht, daß aber andererseits — zum Unterschied von den freien Heilstätten — der Aufenthalt in „Haus Seeburg“ für die Kranken eine Internierung bedeutet: unsere Heilstätteninsassen sind rechtlich den übrigen Anstaltspfleglingen gleichgestellt; sie unterstehen wie diese dem badischen Irrenfürsorge-

gesetz, das die Aufnahme durch eine bezirksamtliche Statthaft-erklärung oder durch eine amtliche Einweisung deckt. Nur ausnahmsweise nehmen wir „Freiwillige“ auf. Die örtliche und personelle Verbindung mit der Anstalt schafft uns also den großen Vorteil, daß die Alkoholkranken auch gegen ihren Willen zurückgehalten, im Entweichungsfalle mit Hilfe der Polizeiorgane wieder zurückgebracht, ferner daß sie auf die Psychosenabteilungen verlegt werden können, sobald eine Änderung im Zustand oder disziplinäre Schwierigkeiten es wünschenswert erscheinen lassen. Es ist klar, daß schon die Aussicht auf eine solche Möglichkeit ihre erziehliche Wirkung nicht verfehlt. Der Rückhalt, den so die Heilstätte an der Anstalt findet, erweist sich uns als von großem Wert angesichts des Umstandes, daß eben doch sehr viele Trinker die Freiheit und Freiwilligkeit schlecht vertragen. Zweifellos ist für einen großen Teil der Alkoholkranken — wie ja auch für sonstige Giftsüchtige — zunächst geschlossene Behandlung angezeigt; stufenweise kann dann nach Verlauf einiger Monate mit Gewährung von Freiheiten weitergegangen werden. Das badische Irrenfürsorgegesetz gibt so an Stelle des mehrfach geforderten Trinkerfürsorgegesetzes das Rückgrat für die heilpädagogische Beeinflussung im Sinne des progressiven Erziehungssystems (*Roemer*⁹) ab.

Das Behandlungsziel ist klar: nicht nur Entziehungskur in der Anstalt und Entlassung in abstinentem Zustand, sondern Abstinenz auf Lebenszeit und entsprechende Umstimmung der Gesamtpersönlichkeit. Dazu ist es notwendig, die Heilstätteninsassen in einer weltanschaulichen Atmosphäre zu halten, die lückenlos eben diesem einen Zwecke dient.

Obenan steht deshalb die Personenfrage. Erste Voraussetzung ist natürlich, daß Arzt und Personal überzeugte Abstinente sind; diese Notwendigkeit wird jedem in der Materie Erfahrenen selbstverständlich sein. Genauer Sorgfalt bedarf die Auswahl des Hausvaters, dessen besondere Eignung fast entscheidend ist für den Erfolg der Heilstätte. Er muß mit voller Aufopferung an seine Aufgabe herangehen, über die nötige Gewandtheit und Sicherheit in der Menschenbehandlung verfügen, in der alkoholgegnerischen Bewegung selbst verwurzelt, möglichst auch aus einem praktischen Beruf und aus dem Volk hervorgegangen sein, so daß er mit dem einfachen Mann zu fühlen und zu leben versteht, darum ihn auch zu nehmen weiß. Unser Hausvater wohnt mit seiner Familie im Hause selbst. Viel Personal halte ich im übrigen nicht für nötig, ja nicht einmal für zweckmäßig; bei uns steht dem Hausvater, der übrigens gehaltlich den gehobenen Oberpflegern gleichgestellt ist, nur ein einziger Pfleger als Gehilfe zur Seite.

Für die Behandlung *) kommen spezielle psychotherapeutische Methoden (Hypnose, Coué usw.) höchstens ausnahmsweise in Betracht, weil sie eine unseren Zwecken unerwünschte allzu passive Haltung des Patienten voraussetzen, — mag man auch in einem besonders gelagerten Falle einmal mit Nutzen von solchen Methoden Gebrauch machen. Ausschlaggebend ist vielmehr einzig die konsequente weltanschauliche und erziehliche Beeinflussung und zwar am besten in der Form der immer erneuten und individuell angepaßten Einzelaussprachen unter vier Augen. Ergänzt werden sie weiter durch abendliche Vorlesungen aus dem alkoholgegnerischen Schrifttum, die der Hausvater vornimmt, gelegentlich auch durch aufklärende Vorträge seitens des Arztes, durch Demonstration von Tafeln und statistischem Material zur Alkoholfrage bzw. Vorführung von ärztlich erläuterten Lichtbildern. In erster Linie steht die allgemeine Willenserziehung durch straffe Hausordnung und Tageseinteilung, vor allem aber durch geregelte Beschäftigung, die durchaus den Charakter einer ernsten, regelmäßigen Pflichtübung haben muß. „Liegekuren“ und ähnliche Behelfe, die das Kranksein unterstreichen könnten, verpönen wir. Dies gilt auch für die Kranken höherer Stände. Sie müssen sich wie alle andern der Haus- und Beschäftigungsordnung eingliedern; mit weichlichem Bummel- und „kur“mäßigen Spazierengehenlassen macht man die schlechtesten Erfahrungen. Überhaupt ist Konsequenz für die erfolgreiche Behandlung der Trinker eine unerläßliche Voraussetzung. Denn Trinker sind Meister in allerhand Ausflüchten, Sonderansprüchen und wehleidigem Selbstschonen; gibt man ihnen darin nach, so erreicht man nicht den angestrebten Zweck der Willensfestigung und verliert, da sich mit Vorliebe einer auf den andern beruft, auch auf der Abteilung bald ganz das Heft aus der Hand. Merkt dagegen der Trinker von vornherein, daß er auf konsequenten Willen stößt, so fügt er sich in der Regel rasch und paßt sich den Verhältnissen an. Selbstverständlich muß er aber bei allen Maßnahmen fühlen, daß sie aus Wohlwollen und aus dem Wunsch, ihm wirklich zu helfen, entspringen. — Obwohl auch die übrige Anstalt alkoholfrei gehalten ist, sehen wir doch streng darauf, daß die Heilstätteninsassen von den übrigen Anstaltspfleglingen auch bei der Beschäftigung geschieden bleiben. Anfängliche Erlebnisse haben uns diese Maßnahme als notwendig gezeigt.

*) In Krankheitsfällen, in denen man sich zur Medikamentenreichung veranlaßt sieht, sollte beachtet werden, daß man Alkoholikern tunlichst keine alkoholhaltigen Tinkturen (Baldrian, Paraldehyd usw.) geben darf.

Allzuleicht fallen bei der Berührung mit andern Kranken oder Bediensteten Scherzworte, Neckereien oder alkoholische Sprüche, die den Behandlungszweck zu stören geeignet sind. Wir haben im Hause selbst eine besondere Bastel- und Schreinerwerkstätte, Korbmacherei, Bürstenbinderei; ferner sind die Friedhofsanlagen und ein Teil der Gärtnerei Domäne unserer Seeburg-Patienten. — Morgendliche Gymnastik im Freien und sportliche Betätigung in den arbeitsfreien Stunden (Faustball, Fußball, Schwimmen) dienen neben der Tagesarbeit der Willensfestigung.

Den Behandlungszweck suchen wir ferner zu unterstützen durch die verschiedensten unterhaltenden und belehrenden Darbietungen und durch regelmäßige gemeinsame Spaziergänge, Ausflüge an den Sonntagen, Pflege der Musik, gelegentliche Teeabende; natürlich fehlt auch Radioanlage nicht. Es soll bei den Insassen durch all dies der Sinn für alkoholfreie Geselligkeit und für edlere Freuden, als sie das gewohnte Kneipenleben bot, geweckt werden. Lektüre und Gesellschaftsspiele (mit einziger Ausnahme des Kartenspiels) füllen im übrigen die Abende. Neben dem Ernst, der das Leben in der Heilstätte als selbstverständliche Atmosphäre durchdringen muß, darf es nicht fehlen an Freuden und Feierstunden, und wie der Hausvater für seine Pfleglinge stets da sein muß, so soll auch der leitende Arzt sich die Zeit nehmen, den Heilstätteninsassen Stunden zu widmen, in denen er rein persönlich und menschlich mit ihnen Kontakt findet. — Dem Zweck des Hauses dient auch der Wandschmuck: alkoholgegnerrische Sinnsprüche, Bilder, Wandtafeln. Selbstverständlich hält die Heilstätte die verschiedensten Arten von einschlägigen Zeitschriften, z. T. in mehrfachen Exemplaren, so: „Der Volksfreund“ (Kreuzbund), „Rettung“ (Blaues Kreuz), „Neuland“ (Guttemplerorden), „Der abstinente Arbeiter“, „Auf der Wacht“, „Die Alkoholfrage“, „Blätter für Trinkerfürsorge“. Eine kleine belletristische Bibliothek von Tendenzcharakter ist den Pfleglingen immer zur Hand, z. B. Bücher und Schriften von Asmussen, Bonne, Paasche, Poppert, Tolstoi, Jack London, Larsen-Ledet, Luban, Nexö, A. Schieber, Einiges von Jerem. Gotthelf, Rosegger, Lagerlöf. — In der Zulassung von Besuchen sind wir, namentlich in der ersten Zeit, vorsichtig: unvernünftige Trinkerfrauen verderben allzuleicht die kaum gewonnene Situation; auch ist es für manchen Trinker von Nutzen, beim Eintritt in die Heilstätte zunächst einmal die Brücke zu der üblen Vergangenheit ganz abubrechen, um dann wieder von neuem aufbauen zu können.

Als geschlossen führen wir die Heilstätte nur im allgemeinsten,

nicht aber im streng psychiatrischen Sinne: die Haustüre steht nicht offen, wohl aber Garten und Werkstätte; es wird auch keine strenge Überwachung bei der Arbeit und auf dem Weg dorthin geübt, wenngleich durch häufige Nachschau doch dafür gesorgt ist, daß sich die Pflinglinge nicht unbeaufsichtigt fühlen.

Bezüglich der Behandlungsdauer halten wir an sechs Monaten fest, behalten schwerere Fälle auch neun und zwölf Monate. *Bleuler* (persönliche Mitteilung) hält auf Grund 40jähriger Erfahrung und vielfältiger Versuche in der schweizerischen Heilstätte Ellikon a. d. Thur eine einjährige Kurdauer für nötig; in England strebt man sogar eine Dauer bis zu drei Jahren an. Unter unseren heutigen wirtschaftlichen Verhältnissen in Deutschland muß man sich für die Mehrzahl der Fälle mit einer sechsmonatigen Frist zufrieden geben, auch wenn man sie im Grunde nicht für ausreichend halten kann. Entwöhnung des Organismus, allnähliche psychische Umstellung, Gewinnung von Willensfestigkeit und mehr noch Wiederherstellung der gemüthlichen Stabilität und Widerstandsfähigkeit — alles das braucht Zeit und wieder Zeit. Die übliche Krise des Fortdrängens, die in der Regel nach 3 oder 4 Monaten fällig ist, muß überwunden werden. Hinterher haben es uns oft Kranke selbst bestätigt: es sei gut, daß man damals ihrem Drängen nicht nachgegeben habe, denn sie würden zu jener Zeit die nötige Widerstandskraft noch nicht besessen haben, — das fühlten sie jetzt deutlich. Solange einer noch über die Frau als alleinige Ursache des Unglücks schimpft, prozessiert, Notwendigkeit und Nutzen des Heilstättenaufenthalts nicht anerkennt, ihm mürrisch und undankbar oder gar ablehnend gegenübersteht, solange ist der Erfolg noch nicht erreicht. Aber auch eine äußerlich zur Schau getragene Anpassung kann trügen. — Gewiß ist *Bratz*⁷⁾ Anregung beachtlich, bei leichten Fällen von Frühalkoholismus sich mit kürzerem Anstaltsaufenthalt zu begnügen. Indes gelingt es hierzulande leider heute noch nicht, die Frühfälle zu erfassen. Was wir unter unserem Material sehen, sind fast durchgängig vorgeschrittenere Fälle; so haben wir über 10% Entmündigte. Das Schweizer System, an einem Schema von Behandlungsdauer festzuhalten, das Individualisieren dagegen in der Behandlungsform zu suchen, hat viel für sich. Man fährt (das ist meine Erfahrung) weitaus am besten, wenn man die Mindestlänge des Heilstättenaufenthalts von vornherein und generell als etwas Feststehendes, worüber nicht gemarktet werden kann, behandelt. Kommt man einzelnen in der Entlassungsfrage entgegen, so ist — bei der Eigenart unserer Trinker — bald der Berufungen kein Ende, und die Situation wird

dann leicht so, daß der Arztbesuch auf der Abteilung schließlich nur noch ein höchst unerquickliches Ringen mit dem Entlassungsbegehren der immer zahlreicher werdenden unzufriedenen Elemente ist; denn derlei greift unter den Pfleglingen um sich wie eine Infektion und kann am Ende eine allgemeine Atmosphäre der Unruhe und Ungeduld schaffen, die den therapeutischen Erfolg ernstlich in Frage stellen würde. Man wird darum einen Kranken, von dem feststeht, daß die Kurdauer nicht durchgehalten werden kann, lieber erst gar nicht aufnehmen oder ihn aus der Heilstätte wegverlegen. — Auch *Wlassak*⁴⁾ hält übrigens — trotz seiner günstigeren Auslese — sechs Monate für ein noch keineswegs ideales Minimum.

Bezüglich Auswahl der Aufzunehmenden hatten wir anfangs an ausschließlich prognostisch günstige Fälle gedacht. Aber das Bedürfnis zwang uns, die Indikation zu erweitern und auch rückfällige und sonst schwerer gelagerte Fälle aufzunehmen. Ähnlich wie es *Wlassak* berichtet, haben auch wir besonders schlechte Erfahrungen mit Jugendlichen, Senilen und unsozialen hetzerischen Elementen gemacht, so daß man diese Formen am besten von der Aufnahme ausschließt, wieder entläßt oder bald auf andere Abteilungen verlegt. Auch allzuoft rückfällige Trinker lohnen nicht den kostspieligen Apparat der Heilstätte; Entmündigung und Arbeitshaus sind für sie mehr am Platze. — Zweckmäßig ist eine geeignete Vorbereitung der Aufzunehmenden bzw. entsprechende Einstellung auf die Heilstätte; sie sollten auch schon vorher wissen, daß sie mit einer längeren Behandlungsdauer zu rechnen haben.

Besonders wichtig ist die soziale Therapie, die möglichst schon im Beginn des Heilstättenaufenthalts einsetzen und sich auf Klärung der häuslichen, sozialen und wirtschaftlichen Verhältnisse, Gewinnung der Familie für Abstinenz, Anschluß der Pfleglinge an die Abstinenzverbände und Besuch von deren Versammlungen schon während des Heilstättenaufenthalts erstrecken muß. Es soll möglichst keine Entlassung stattfinden ohne diesen Anschluß und ohne vorherige Arbeitssicherung. Dazu bedarf es allerdings einer engen Verbindung der Heilstätte mit den Abstinenzverbänden und Fürsorgestellen.

Dringend nötig ist Nachbehandlung durch intensive nachgehende Fürsorge, die sich nicht nur auf gelegentliche Nachfragen beschränken darf, sondern auch mit eigentlichen ärztlichen Nachuntersuchungen verbunden sein muß. Wo es die geographische Lage der Heilstätte ermöglicht, sollte die Einbestellung dorthin und zu dem dort behandelnden Arzt, der ohnehin den nötigen Kontakt mit

dem Kranken besitzt, erfolgen. Mit Recht betont *L. Binswanger*¹⁰⁾ diese letztere Forderung besonders, da der Alkoholiker gerade an demjenigen Arzt, der die Anstaltsbehandlung durchgeführt habe, moralischen Halt finde; er spricht von „fraktionierter“ Nachbehandlung, d. h. von in Intervallen wiederholter ein- oder mehrtägiger Wiedervorstellung des Kranken in der Anstalt zur Durchführung einer genauen Nachuntersuchung und Quarantäne. — Ist, wie bei uns hier nicht selten, die Heimat der Pfleglinge von der Heilstätte weit entfernt (was übrigens für die Durchführung der Kur auch gewisse Vorteile hat), so wird der Entlassene zur Befürsorgung an den Fürsorgearzt der regionalen Anstalt überwiesen und außerdem die nächstgelegene Trinkerfürsorgestelle unterrichtet. — Am sichersten wird im Einzelfall ein Dauererfolg da erzielt werden, wo es der Heilstättenbehandlung gelungen ist, den Kranken nicht nur zu persönlicher Abstinenz zu bringen, sondern ihn betont alkoholgegnerisch einzustellen, ethisches Verantwortungsgefühl und Helferwillen auch gegenüber anderen in ihm zu wecken; auf solche Weise können dann auch psychopathische Wesenszüge in eine gute und in der Richtung des Heilzwecks liegende Bahn gelenkt werden.

Bezüglich erreichter oder zu erwartender Ergebnisse wird man sich nirgends mehr als in der Trinkerbehandlung vor unangebrachtem Optimismus zu hüten haben. Augenblickserfolge besagen wenig, nur die Zeit kann bewähren. Zu begrüßen ist *Bratzs*⁷⁾ Vorschlag, sich auf eine Dreiteilung in der Erfolgsstatistik zu einigen: „geheilt“, d. h. mindestens 2 Jahre abstinent, „gebessert“, „ungeheilt“. Freilich sind die Bezeichnungen „geheilt“ oder „Dauererfolg“ nur cum grano salis zu verstehen, da erfahrungsgemäß auch nach Jahren mit der Gefahr des Rückfalls gerechnet werden muß und es fraglich ist, ob überhaupt bei Süchtigen eine Heilung im eigentlichsten Wortsinne möglich ist. Von Besserung oder relativem Erfolg möchte ich reden, wenn Entlassene zwar entweder sofort oder nach mehrwöchiger Abstinenz wieder zu alkoholischen Getränken gegriffen, dabei aber wenigstens ein Jahr lang Maß gehalten haben; als Fehlschläge wären die Fälle zu bezeichnen, die sofort oder bald wieder in unmäßiges Trinken gerieten und also im vollen Sinne rückfällig geworden sind.

Für eine eigentliche Erfolgsstatistik in obigem Sinne ist Haus Seeburg noch zu jung. Wenn in folgendem einige Zahlen mitgeteilt werden, so kann es sich nur um ein vorläufiges Sich-Rechenschaftgeben handeln. — Von den bis Ende 1928 aufgenommenen 77 Alkoholikern sind 74 entlassen. Über 67 von ihnen besitzen wir neustens

Nachricht. Unter diesen 67 befinden sich 27, die seit der Entlassung d. h. monatelang der Abstinenz treu geblieben sind (über $\frac{1}{2}$ Jahr 14, über 1 Jahr 8), darunter auch solche, die wir nicht für aussichtsreich gehalten hatten.

Nach einigen Monaten rückfällig, mäßig: 10 } (entsprechend
Sofort rückfällig, mäßig: 5 } Gruppe 2).

Nach einigen Monaten rückfällig, unmäßig: 14 } (entsprechend
Sofort rückfällig, unmäßig: 11 } Gruppe 3).

Von den rückfällig Gewordenen betrafen nicht weniger als 17 Fälle solche Kranke, deren Kur vorzeitig abgebrochen worden war.

Zieht man in Betracht, daß wir kaum einen einzigen Fall wissen, in dem die frühere Behandlungsform der Trinker auf den allgemeinen Psychosenabteilungen hier zu einem wirklichen und dauernden Erfolg geführt hätte, so darf — in Übereinstimmung mit *Wlassak* und *Bratz* — doch wohl auch auf Grund unserer hiesigen, an relativ schwierigem Material gewonnenen Erfahrungen gesagt werden, daß die Schaffung einer besonderen Alkoholikerabteilung mit spezifischem Heilstättencharakter im Rahmen der Heil- und Pflegeanstalt einen wesentlichen Fortschritt in der Trinkerbehandlung bedeutet, daß sie sicherlich für die in der Nähe einer Großstadt liegenden Anstalten (*Kolb*¹¹) am dringlichsten, daß sie aber auch für Anstalten mit vorwiegend ländlichem Aufnahmebezirk angezeigt und von wesentlichem Nutzen ist — da (freilich nur da), wo die entsprechenden örtlichen und vor allem personellen Voraussetzungen gegeben sind.

Literaturverzeichnis.

1. Die Entlastung der großen Heil- und Pflegeanstalten durch Einrichtung besonderer Anstalten für Alkoholiker. Leitsätze der Konferenz der preußischen Anstaltsdezernenten in Kassel. Psychiatr. Neurol. Wochenschr. 30, Nr. 51, S. 394 f. (1928).
2. *Thoma*, Psychiatrische Erfahrungen in einer offenen Trinkerheilstätte. Diese Zeitschrift, 1. Bd., 4. H., S. 114 ff. (1928).
3. *Wlassak*, Grundriß der Alkoholfrage. 2. verm. Auflage. Verl. von S. Hirzel-Leipzig, 255 S. (1929). Siehe bes. S. 183 ff.
4. *Derselbe*, Erfahrungen der Trinkerheilstätte „Am Steinhof“ (Wien) und psychische Hygiene. Diese Zeitschr. 1. Bd., 6. H., S. 177 ff. (1929).
5. *Bratz*, Gestaffelte Fürsorge für Nervöse und seelisch Abnorme und das künftige Straf- und Strafvollzugsgesetz. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 53, Festschrift f. *K. Bonhoeffer* März 1928, S. 111 ff.
6. *Derselbe*, Das Abstinenzsanatorium der Wittenauer Heilstätten (Rausch-

- giftsüchtigen-Abteilung). Psychiatr.-Neurol. Wochenschr. 30, Nr. 23, S.245 ff. (1928).
7. *Derselbe*, Das Abstinenzsanatorium im Rahmen des psychiatrischen Staffelsystems. Diese Zeitschr. Bd. I, H. 5, S. 143 ff. (1928).
 8. *Bratz, Roemer, Thode*, Richtlinien über die Mitwirkung der Heil- und Pflegeanstalten bei der Trinkerfürsorge. Diese Zeitschr. Bd. II, S. 80.
 9. *Roemer*, Die offene Geisteskrankenfürsorge und die Trinkerfürsorge S. 303 ff. in *Roemer, Kolb, Falthauer*, Die offene Fürsorge in der Psychiatrie und ihren Grenzgebieten.
 10. *L. Binswanger*, Alkoholismus. (Alkoholsucht und Alkoholvergiftung.) Neue deutsche Klinik, herausgegeben von Klemperer, Bd. I, Lief. 2, S. 257 ff. (1928).
 11. *Kolb*, Die künftige Gestaltung der Irrenanstalten unter besonderer Berücksichtigung der offenen Fürsorge, der offenen Nervenabteilungen und der Abteilungen für Süchtige. Referat gehalten auf der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Danzig 23./25. Mai 1929.
-

Zu den Danziger Verhandlungen des Trinkerheilstätten-Verbandes.

Die Trinkerheilstätte im Rahmen der Heil- und Pflegeanstalten.

Leitsätze.

Obwohl sich schon seit Jahrzehnten die Überzeugung allgemein durchgesetzt hat, daß die gemeinsame Unterbringung der Trinker mit den Geisteskranken in den öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten für Beide nachteilig und Behandlung der Trunkfälligen in eigenen Anstalten unerläßlich sei, hat bisher trotz der erfreulichen Entwicklung der Trinkerheilstätten bei uns doch immer noch — mangels geschlossener Spezialanstalten für schwerer gelagerte Fälle — ein größerer Teil der Alkoholkranken in den Irrenanstalten untergebracht werden müssen.

Erst in den letzten Jahren hat sich ein neuer Versuch angebahnt: die geschlossene Trinkerheilstätte im Rahmen der Heil- und Pflegeanstalt (1922 „Am Steinhof“ Wien, 1927 Konstanz, 1928 Berlin-Wittenau, 1929 Allenberg i. Opr.). Ihr Zweck ist: die in den freien Heilstätten nicht mögliche geschlossene Behandlung unter Wahrung des entschiedenen Heilstättencharakters.

Vorteile dieser Lösung: unmittelbares Gegebensein psychiatrischer Versorgung bezw. Leitung, Möglichkeit des Durchhaltens der Kurdauer auch gegen den Willen des Pflégelings und notfalls der Verlegung auf eine Anstaltsabteilung, im Bedarfsfall Mitversorgung der Morphinisten und sonstiger Giftsüchtigen, in finanzieller Hinsicht Einsparung des Bauens besonderer geschlossener Trinkerheilstätten. Rechtliche Voraussetzung: Anerkennung des chron. Alkoholismus als Geisteskrankheit bezw. Geistesschwäche — mindestens im irrenrechtlichen Sinn. (Besonders brauchbar das Badische Irrenfürsorgegesetz.)

Die Nachteile der Verbindung mit Anstalt müssen vermieden werden durch räumliche und organisatorische Scheidung vom übrigen Anstaltsbetrieb und durch scharfes Herausarbeiten der Eigenart der Heilstätte entsprechend ihrem Sonderzweck; insbesondere muß die Atmosphäre des Hauses weltanschaulich auf überzeugte Abstinenz gestimmt (Ärzte, Hauseltern und Gehilfen), Gegeneinflüsse grundsätzlich ferngehalten sein. — Der „geschlossene“ Charakter der Heilstätten beruht wesentlich auf der allgemeinen rechtlichen Lage der Insassen (s. o.), nicht aber auf streng durchgeführter Überwachung und Abgeschlossenheit im täglichen Leben: Unsichtbar-Machen der Internierung durch Gewährung einer gewissen Bewegungsfreiheit.

Ein Bedürfnis nach Einführung offener Sonderabteilungen für Alkoholiker in den Anstalten besteht nicht, da dies Aufgabe der freien Heilstätten.

Behandlungsweise: die seit Jahrzehnten in den offenen Heilstätten bewährte: nachhaltige, möglichst individuell gestaltete Beeinflussung mit dem Ziel der Gewinnung für lebenslängliche Abstinenz, Willenserziehung (Hausordnung, pflichtmäßige Arbeit), familiäres Milieu (Pflege von Gemeinschaftsgeist und alkoholfreier Geselligkeit), affektive Bindung an die Heilstätte, Klärung der persönlichen, familiären, sozialen und wirtschaftlichen Lage, Erziehung zu sozialem und sittlichem Verantwortungsgefühl.

Behandlungsdauer: Wiederausgleich der schon eingetretenen alkoholischen Degeneration (Einsichtslosigkeit, Willensschwäche, gemüthliche Labilität, Unwahrhaftigkeit) erfordert Zeit; 6 Mon. kann nur als ein Minimum i. S. eines Kompromisses mit der wirtschaftlichen Notlage der Zeit betrachtet werden.

Eine gewisse ärztliche Auslese ist zur Erhaltung des therapeutischen Milieus — auch in der geschlossenen Heilstätte nötig. Ausgeschlossen werden müssen: psychotische, senile, allzu jugendliche, wiederholt rückfällige und asoziale, mit schweren ethischen Defekten behaftete Trinker (für sie bleibt im Progressivsystem: Heil- und Pflegeanstalt; Arbeitshaus). Freiwillige nur, soweit Durchhalten der Kur sichergestellt.

Nachbehandlung: Anschluß an Abstinentenorganisation (möglichst schon während Heilstättenaufenthalt), Verbundenbleiben mit Heilstätte, ärztliche Kontrolluntersuchungen (wenn möglich in Heilstätte), nachgehende Fürsorge (wobei großstädtische Anstalt in entschiedenem Vorteil).

Erfolg bezüglich Dauerabstinenz, der bisher bei Trinkerbehandlung in Heil- und Pflegeanstalt fast Null gewesen, wird dem der offenen Heilstätten nicht wesentlich nachstehen. Entscheidend nicht System, sondern Persönlichkeit.

Direktor Dr. Thumm