Evangelische Hochschule für angewandte Wissenschaften –

Evangelische Fachhochschule Nürnberg

Gesundheits- und Pflegemanagement

Bachelorarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Arts B.A.

# Forensische Psychiatrie -

# Herausforderungen und Konsequenzen für die betreuenden Disziplinen

Sophie Katharina Koller

Gutachter: Prof. Dr. phil. Heinz-Peter Olm

Abgabetermin: 28.02.2019

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Bachelorarbeit die Sprachform des generischen Maskulinums verwendet, hierbei sollen aber alle drei Geschlechtsformen angesprochen werden.

Zur einfacheren Verständlichkeit wird der Begriff „Therapeut“ synonym für alle betreuenden Disziplinen verwendet. Hierunter werden alle Personen verstanden, die haupt- oder nebenberuflich für andere Menschen unterstützend, erziehend, therapeutisch, pflegend, lehrend und versorgend tätig sind.

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich all jenen danken, die durch ihre fachliche und persönliche Unterstützung zum Gelingen dieser Bachelorarbeit beigetragen haben.
Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. phil. Heinz-Peter Olm für die Unterstützung bei der Ausarbeitung meines Themas, der immer erreichbar war und mir mit gutem Rat zur Seite stand.
Ebenso bedanke ich mich bei den Interviewpartnern, die sich dazu bereit erklärt haben, mich bei diesem persönlichen Thema zu unterstützen.
Danken möchte ich auch meinen Freundinnen, die mir mit Rat und Tat zur Seite standen und für die notwendige Ablenkung gesorgt haben, hier besonders Sabrina, Raffaela und Lisa. Für ihre Hilfe möchte ich auch Isolde danken .
Mein persönliches großes Danke geht an meine Familie, insbesondere meinen Eltern, die mir mein Studium ermöglicht und mich mein Leben lang in all meinen Entscheidungen unterstützt und begleitet haben.
Ganz besonders möchte ich meiner Mutter danken, die mir in schweren Phasen beigestanden ist, mir immer den notwendigen Rückhalt gab und bei der Bearbeitung zu diesem Thema mit ihrem Wissen zur Seite stand.
Ein großer Dank geht auch an meinem Bruder und seine Verlobte für die Unterstützung bei allen Fragen, die ständige Ermutigung und die vielen nützlichen Tipps, die einen wesentlichen Teil zur dieser Bachelorarbeit beigetragen haben.

# Zusammenfassung

Diese Arbeit untersucht die Belastungen auf Therapeuten, die in einer forensischen Einrichtung arbeiten. Dabei wird zuerst der aktuelle Stand der Forschung aufgezeigt. Da sich in der Literatur kaum Untersuchungen finden lassen, in denen die Arbeit mit psychisch kranken Straftätern untersucht wird, werden zuerst Ergebnisse aus der Literaturrecherche bezüglich der Arbeit mit psychisch kranken Patienten wiedergegeben. Auftretende Phänomene sind insbesondere diverse körperliche Folgen, sekundäre Traumatisierung, Gegenübertragung, Helfersyndrom, Mann-Frau-Konflikt und Motivation. Im Anschluss sollte eine Expertenbefragung via E-Mail die Lücken bezüglich der forensischen Aspekte in der Literatur schließen - aufgrund mangelnder Teilnahme konnten allerdings keine Ergebnisse generiert werden. Im letzten Teil der Arbeit werden vier Interviews mit Therapeuten, die in einer forensischen Einrichtung arbeiten, analysiert. Diese Analyseergebnisse werden abgeglichen mit den Ergebnissen der Literaturrecherche. Es zeigt sich, dass die Arbeit mit psychisch kranken Straftätern besonders viele Herausforderungen birgt. So sind bei den Interviewpartnern unter anderem Probleme mit Abgrenzung, mangelnde Unterstützung von Gesellschaft, Politik und Medien zu erkennen. Stets die Aufmerksamkeit bewahren und Druck durch die eigene Institution sind weitere Probleme, die aufgezeigt werden konnten. Es lassen sich bei allen Interviewpartnern Indizien für negative Auswirkungen aufgrund der Arbeit finden. Großes Potential für die Prävention von arbeitsbedingten negativen Auswirkungen liegt insbesondere bei Supervision, Training und größerer Unterstützung seitens der eigenen Institution und der Gesellschaft. Besonders wichtig scheint es, die Arbeit der Therapeuten mehr in den öffentlichen Fokus zu stellen, da diese einen elementaren Beitrag zu einer funktionierenden Sozialgesellschaft leisten.

# Abstract

This work examines the consequences for therapists working in forensic institutions. At first the state of research is depicted. Because little literature can be found dealing with mentally ill offenders, this work displays the results of literature research concerning the therapeutically work with mentally ill patients. Occurring phenomena are mainly physical consequences, secondary traumatisation, countertransference, helper syndrome, male-female conflict and motivation. Followed by a survey questioning experts via e-mail – due to lacking responses no results are available. In the final part four interviews with therapists working in a forensic institution will be analysed. It can be shown, that working with mentally ill offenders holds many challenges. Problems with delimitation, lacking support from society, politics and media are identified. Continuously keeping attention and pressure from the institution are further uncovered problems. Each interview partner shows indications for negative impacts due to work. Great potential for prevention of these negative impacts are found in supervision, training and more support from the own institution and from society. It seems to be especially important to grant the work of the therapists more attention from the public because they contribute elementarily to a functioning social society.

# Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung ..... 3
1.1 Auswirkungen der Arbeit mit psychisch kranken Straftätern auf die Gesundheit der Therapeuten ..... 3
1.2 Zielsetzung der Arbeit ..... 5
1.3 Vorgehen ..... 6
1.4 Begriffserklärung ..... 6
2. Arbeiten mit psychisch kranken Menschen ..... 8
2.1 Herausforderungen und Einflüsse ..... 8
2.2 Spezielle Herausforderung durch das gesellschaftliche Umfeld ..... 10
2.3 Arbeiten mit psychisch kranken Straftätern ..... 12
2.3.1 Besonderheit der Kombination psychisch Erkrankter und Straftäter in einer Person ..... 12
2.3.2 Gesellschaftliche Einflüsse auf die Forensische Psychiatrie ..... 15
3. Auswirkungen der Arbeit ..... 17
3.1 Körperliche Folgen ..... 17
3.2 Sekundäre Traumatisierung ..... 18
3.3 Gegenübertragung ..... 21
3.4 Helfersyndrom ..... 23
3.5 Mann und Frau in der Therapie ..... 25
3.6 Behandlungsmotivation speziell bei Straftätern ..... 27
4. Expertenmeinung ..... 34
4.1 Vorgehen ..... 34
4.2 Auswertung ..... 34
5. Interview ..... 35
5.1 Der Leitfaden ..... 35
5.2 Durchführung der Interviews ..... 36
5.3 Auswertung der Interviews ..... 36
5.4 Interpretation ..... 38
6. Schlussfolgerung ..... 46
Literaturverzeichnis ..... 49

# Abbildungsverzeichnis

Abbildung .1: Sekundäre Traumatisierung nach Frey (2001, S.120) ..... 19
Abbildung .2: Therapie Motivation nach Pecher, Stark (2016, S. 377) ..... 32

Ein Mensch sagt - und ist stolz darauf -
er geh´ in seinen Pflichten auf.
Bald aber nicht mehr ganz so munter,
geht er in seinen Pflichten unter.
Eugen Roth[1]

# 1. Einleitung

## 1.1 Auswirkungen der Arbeit mit psychisch kranken Straftätern auf die Gesundheit der Therapeuten

Der Arbeitsalltag bedeutet für jede Person täglich immer wieder neue Herausforderungen, die gemeistert werden müssen, der eine kann mit jenen besser umgehen, der andere schlechter. Was aber geschieht mit Menschen, die täglich mit Patienten zu tun haben, welche in einer schweren Krise stecken bzw. ein Trauma durchlebt haben? Bedeutet die Kombination aus diagnostizierter psychischer Erkrankung und das Begehen einer meist schweren Straftat für die betreuenden Disziplinen eine besondere Herausforderung in ihrem Arbeitsalltag? Diese Frage soll in der nachfolgenden Arbeit erörtert werden.

In unserer heutigen Gesellschaft bringen die vielen Anforderungen, die an die Menschen in der Arbeitswelt gestellt werden, zum Teil schwerwiegende Folgen für deren Gesundheit mit sich. So sind neben den körperlichen Erkrankungen die psychischen Krankheiten immer mehr auf dem Vormarsch (Keupp, Dill 2010, S. 11). Mittlerweile zählen psychische Störungen und Verhaltensstörungen in hochentwickelten Gesellschaften zu den häufigsten Erkrankungen und machen einen hohen Anteil der Volkskrankheiten aus. Dadurch bekommen Krankheitsbilder wie Burnout, Depression, posttraumatische Belastungsstörung usw. immer mehr Bedeutung für unsere Volkswirtschaft. Sie werden jedoch trotz dieses Wissens in der Gesamtbevölkerung, im Gegensatz zu körperlichen Krankheiten, vergleichsweise vernachlässigt und weniger betrachtet. (Jacobi, Müllender 2017, S. 1)

[1] Fengler 2001, S. 45.

Die psychischen Erkrankungen und die damit einhergehenden Arbeitsunfähigkeitstage sind derzeit der zweithäufigste Grund für Fehltage. Laut des BKK Gesundheitsreports zeigte sich hier im Verlauf der Jahre von 2006 bis 2016 eine signifikante Veränderung. 2006 waren es pro 1.000 Mitglieder noch 1.127 Arbeitsunfähigkeitstage, 2016 waren es bei derselben Anzahl an Mitgliedern bereits 2.840 Arbeitsunfähigkeitstage. aufgrund von psychischen Störungen. (Rennert et al. 2017, S. 54)

Dieser Anstieg lässt sich durch die Veränderung der Rahmenbedingungen und das damit einhergehende Verlieren von Grenzen in den Betrieben und Unternehmen erklären. Damit rückt die Frage, „was so eine grundlegende Veränderung das für das einzelne Subjekt bedeutet" immer mehr in den Vordergrund. (Keupp, Dill 2010, S. 8) Die Lebens- und Arbeitsbedingungen werden durch die derzeitige Entwicklung in der Gesellschaft zu einem globalen Kapitalismus grundlegend verändert. Diese Veränderungen haben nicht nur Einfluss auf die Umwelt, sondern auch auf die psychische Innenwelt einer Person, denn gelernte Identitäten und Muster brechen zusammen. (Keupp, Dill 2010, S. 7) Frühere feste Vorstellungen über Arbeitsteilung, soziale Ordnung und die Qualität der Erwerbsarbeit werden mehr und mehr in Frage gestellt (Keupp, Dill 2010, S. 9).

„Eine Folge ist, dass psychische Störungen Teil der menschlichen Existenz geworden sind" (Deister 2017, S. 125).

Es stellt sich nun die Frage: Was macht diese Veränderung mit den Menschen, deren berufliche Aufgabe es ist, psychisch Kranke zu unterstützen und zu behandeln? Was bedeutet es z.B. für Therapeuten in einer Forensischen Psychiatrie, mit Patienten zu arbeiten, die zum einen zwar eine schwere Straftat begangen haben und zum anderen jedoch als nicht schuldfähig gelten, weil sie eine psychische Erkrankung haben?

Warum Menschen Anderen mit ihrem Beruf helfen wollen, kann verschiedene Ursachen haben. Dies kann aus rationalen Überlegungen heraus, aus Solidarität, von Lernerfahrungen oder aufgrund von Schuldgefühlen erfolgen. Individuen sind eingebunden in soziale Kontexte und verschiedene Systemebenen. Wie sich eine Person entwickelt oder beeinflusst wird, hängt von ihren Lebenswelten ab. Welchen Einfluss das auf einen Menschen hat, das hängt immer davon ab, wie die Person und ihre Umwelt in Relation stehen und wie sie es wahrnehmen. (Jegodtka 2013, S. 19) Northoff meint, dass die Art und Weise, wie geholfen wird, immer abhängig ist von der Persönlichkeit des Therapeuten, aber auch von der Persönlichkeit des Hilfebedürftigen. Der „Helfer Prozess" kann als ein komplexes situatives Phänomen, welches von situativen Faktoren beeinflusst wird, beschrieben werden, (Northoff 1996, S. 614)

Seit vielen Jahren ist bekannt, dass dieser Arbeitsbereich bei den Helfern Spuren hinterlässt. Diese können sowohl positiv für den Behandelnden sein, als auch negative Auswirkungen haben. Sichtbar wird jedoch, dass es im Laufe der Berufsjahre zu vielen seelischen Belastungen der Therapeuten kommt. (Fengler 2001, S. 13)
Die Erfahrung zeigt, dass einige Betreuer mit diesen Belastungen ihre persönlichen Grenzen übergehen.
Hoffmann und Hoffmann beschreiben, dass therapeutische Arbeit mit psychischen Belastungen verbunden ist, welche starke Auswirkungen auf das Wohlbefinden und die Gesundheit der betreuenden Berufsgruppen haben kann (Hoffmann, Hofmann 2012, S. 20). Die Behandlungsmöglichkeiten für Therapeuten und andere Berufsgruppen haben sich in den letzten Jahren stetig verbessert, sind aber immer noch durch große Hürden innerhalb des Berufsalltags gekennzeichnet (Jacobi, Müllender 2017, S. 1).
Diese Hürden können ganz unterschiedlicher Natur sein, sie können durch gesellschaftliche Umstände entstehen, durch das Umfeld oder auch soziale Gründe haben. Dies kann dazu führen, dass bei Therapeuten persönliche Traumatisierungen entstehen.
Eine Traumatisierung durch die Arbeit mit und am Individuum ist, trotz der Veränderungen der Behandlungsmöglichkeiten der letzten zehn Jahre, ein noch immer zu wenig beachtetes Thema. So wird in der Gesellschaft und der Arbeitswelt diesem besonders komplexen Thema und den mit den Problemen einhergehenden Konsequenzen zu wenig Raum gegeben. Denn die schweren Belastungen, denen die Therapeuten immer wieder ausgesetzt sind, können sich als Traumatisierungen auf das soziale und private Umfeld der Therapeuten auswirken. (Prangert C., Gehrke A. 2014, S. 4–5)
Da der Wandel der Zeit immer mehr Veränderungen bringt, werden auch psychische Erkrankungen immer mehr Bestandteil unserer Gesellschaft werden. Aber was bedeuten diese Veränderung und das Verschieben der Grenzen für die Therapeuten, die in diesem Bereich arbeiten und ständig damit konfrontiert werden?

## 1.2 Zielsetzung der Arbeit

Durch diese Arbeit soll aufgezeigt werden, welchen Herausforderungen die Therapeuten derzeit ausgesetzt sind. Bedeutet diese Herausforderung für die Therapeuten, dass sie den Job künftig nicht mehr ausführen können oder wollen? Sind sie glücklich in ihrem Job und wollen in dieser Weise herausgefordert sein? Es soll deutlich gemacht werden, was die Arbeit mit psychisch kranken Straftätern für den Therapeuten bedeutet, um die Öffentlichkeit mehr auf diese Berufsgruppe aufmerksam zu machen und ihnen in der Gesellschaft zu mehr Stimme zu verhelfen.

Neben der Literaturrecherche sollen Interviews mit Experten die Erkenntnisse ergänzen, um eine ganzheitliche Sichtweise auf die Thematik zu erlangen.
Interviews mit Mitarbeitern einer Forensischen Psychiatrie sollen aufzeigen, wie diese Herausforderungen tatsächlich in der Praxis erlebt werden und was das für die Therapeuten konkret bedeutet.

## 1.3 Vorgehen

Zu Beginn der Arbeit soll auf die Herausforderungen, mit denen die Therapeuten im Arbeitsalltag ausgesetzt sind, eingegangen werden. Hier wird zuerst die Arbeit mit psychisch Kranken genauer betrachtet, welche Herausforderungen und Einflüsse die Therapeuten in ihrem Alltag erleben und was das für sie und ihre Arbeit bedeutet. Besonderes Augenmerk wird dabei auf die gesellschaftlichen Einflüsse gelegt. Anschließend wird die Kombination aus „psychisch krank“ und „Straftat“ bezüglich der Therapeuten genauer betrachtet. Da die Forensische Psychiatrie ein besonderer Bereich in der psychiatrischen Behandlung ist, soll auch hier noch einmal genauer der Einfluss der Gesellschaft auf die Mitarbeiter betrachtet werden.
Daraufhin werden im zweiten Teil Konsequenzen beschrieben, die für Therapeuten, die mit psychisch Kranken arbeiten, auftreten können. Um herauszufinden, ob und wie sich diese Phänomene bei Therapeuten zeigen, soll durch eine anschließende Expertenbefragung, welche per Mail durchgeführt wird, und durch ein Interview mit den betroffenen Disziplinen aufgezeigt werden. Abschließend soll eine Schlussfolgerung die Teilbereiche miteinander verbinden und ein Fazit der Arbeit beschrieben werden.

## 1.4 Begriffserklärung

Zum einheitlichen Verständnis werden einige Begriffe erklärt.

*Strafvollzugsgesetz §§ 20/ 21*

Im Maßregelvollzug werden Personen behandelt, die zum Zeitpunkt der Begehung einer Straftat an einer psychischen Erkrankung oder Störung gelitten haben und bei denen diese Problematik dazu geführt hat, dass sie von einem Gericht als schuldunfähig oder vermindert schuldfähig im Sinne der §§ 20/21 Strafgesetzbuch (StGB) beurteilt wurden.

*Strafgesetzbuch §§ 63/ 64*

Die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gemäß §§ 63/64 StGB wird dann angeordnet, wenn die vorliegende psychische Krankheit […] von dauerhafter und nicht vorübergehender Natur ist und aufgrund dessen weitere erhebliche Schäden zu erwarten sind, sodass die Person für die Allgemeinheit gefährlich ist.

*Maßregelvollzug*

Im Maßregelvollzug werden jene Patienten betreut, welche nach §§ 63/64 verurteilt sind. Betreut werden die Patienten durch ein multidisziplinäres Team, welches sich aus Psychotherapeuten, Ergotherapeuten, Pflegern und medizinischem Personal zum Zwecke einer soziomilieutherapeutischen Behandlung zusammensetzt. Der Zweck dieser Unterbringung ist, neben der Sicherungsverwahrung, die Behandlung der Erkrankung. (Nowara . 2008, S. 135)

*Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ICD- 10, F43.1*

„Diese entsteht als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. […] Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Albträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von betäubt sein und emotionaler Stumpfheit auftreten. Ferner finden sich Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit gegenüber der Umgebung, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Meist tritt ein Zustand von vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und Schlafstörung auf. Angst und Depression sind häufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert und Suizidgedanken nicht selten. Nach dem Trauma folgt eine Latenz, die wenige Wochen bis Monate dauern kann. Der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung erwartet werden. In wenigen Fällen nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf und geht dann in eine andauernde Persönlichkeitsänderung (F62.0) über.“ (Krollner B., Krollner D. M. 2018)

# 2. Arbeiten mit psychisch kranken Menschen

## 2.1 Herausforderungen und Einflüsse

Die seelische Gesundheit der Menschen ist im Laufe ihres Lebens vielen Einflüssen und Niederungen ausgesetzt. So gehören psychische Leiden zu den häufigsten Erkrankungen der Menschen. Ihre Ausprägungen können hierbei jede Form vorweisen. (Deister 2017, S. 133) Die Therapie psychisch kranker Menschen befasst sich zum einen mit der Behandlung und Rehabilitation der Betroffenen, zum anderen mit der Aufklärung über die verschiedenen Krankheitsbilder in der Gesellschaft. (Deister 2017 S. 133). Dies ist besonders wichtig, denn zu den seelischen und körperlichen Problemen kommen bei psychisch Erkrankten häufig noch umfassende Probleme im sozialen Bereich und/oder in der Teilhabe am Alltag und dem gesellschaftlichen Leben. Das Zusammenspiel aus persönlichem Leiden und Problemen in der Alltagsbewältigung stellt für die Betroffenen eine besondere Herausforderung an die fachlichen aber auch persönlichen Fähigkeiten der in diesem Bereich arbeitenden Berufsgruppen dar. (Deister 2017, S. 125) Die Aufgaben eines Psychotherapeuten sind es somit, das Spannungsfeld zwischen den individuellen Bedürfnissen sowie den gesellschaftlichen Anforderungen und Erwartungen zu bearbeiten. (Deister 2017, S. 126)

Die vielen unterschiedlichen Herausforderungen mit dieser Klientel bringen für die tätigen Berufsgruppen viel Faszination mit sich. Gleichzeitig sind sie aber auch immer wieder gesellschaftlichen Missverständnissen oder Ablehnung über die Art, wie mit dieser Klientel gearbeitet werden soll, ausgesetzt. (Deister 2017, S. 125)

Um solch einem starken Druck standhalten zu können, entwickeln Therapeuten häufig eine besonders hohe Erwartung an sich selbst und ihren Therapieerfolg. Aus diesem Grund erwarten Therapeuten meist, eine sofortige Lösung für das vorherrschende Problem zu finden. Dies ist jedoch gerade in den schwierigen Situationen eine besondere Herausforderung und bringt die Therapeuten oft an die Grenzen ihres erlernten Wissens. Daher ist es wichtig als Therapeut zu erkennen, dass die eigenen Fähigkeiten nicht nur am positiven Ausgang einer therapeutischen Situation festzumachen sind. Heidenreich sagt, dass es im Gegensatz zu anderen Berufsgruppen bei Therapeuten keine vollständige Ergebnis- und Erfolgskontrolle gibt. (Noyon, Heidenreich 2009, S. 2) So müssen sie ihre Ziele und die eigene Selbstbestätigung über ihre Arbeit an anderen Punkten festmachen als z.B. Arbeiter, die in industriell sichtbaren Ergebnisbereichen arbeiten.

Ein Berater ist im therapeutischen Setting immer nur die Person, die Hilfe zur Selbsthilfe leistet. Ohne eine Veränderung auch auf Seiten des Patienten kann es kein sichtbares positives Ergebnis geben. (Noyon, Heidenreich 2009, S. 147) Gerade diese Erkenntnis ist oft schwer für die Therapeuten auszuhalten.

Jaeggi (2003, S.22 – 23) meint, dass sich, neben diesen Punkten, weitere Herausforderungen bezüglich der vielen neuen Schulen und Theorien in der Psychologie bilden. In den letzten Jahren gab es viele neue Entwicklungen und Veränderungen auf Grund der neuen Theorien und „Schulen“. Das brachte eine Vielzahl von neuen unterschiedlichen Therapieansätzen mit sich. Die Folge dessen ist, dass die Therapeuten in einem Feld von vielen verschiedenen Möglichkeiten die scheinbar Richtige für ihren individuellen Patienten finden müssen. Das führt wiederum dazu, dass auch Psychotherapeuten verschiedene Ängste in der Therapie entwickeln können. So entsteht schnell das Gefühl der Abwertung unter den einzelnen Berufsgruppen bei der Verwendung unterschiedlicher Schulen oder auch Zynismus in Bezug auf den eigenen Beruf.

Da jeder Mensch unterschiedlich ist und auch psychische Krankheiten unterschiedlich verlaufen können, haben Therapeuten die ständige Herausforderung, Fakten selbst schaffen zu müssen, denn die theoretischen Vorgaben sind nicht auf die unterschiedlichen Persönlichkeiten der Menschen angepasst. (Jaeggi 2003, S. 21)

Dies bedeutet, dass sich ein Therapeut oft neu erfinden und jede Situation neu bewerten muss und weniger traditionelle Behandlungsmethoden verwenden kann. Handlungen werden mehr nach eigener Verantwortung getroffen. Dadurch werden Entscheidungen eher in "Einsamkeit" geschlossen,was zu Gefühlen des Zweifelns, der persönlichen Verwirrung und zu Schwankungen des eigenen Gefühlslebens führt. (Jaeggi 2003, S. 34–35)

Laut Jaeggi (2003, S. 36) werden Fehler in einer Therapie, anders als bei technischen Mängeln, immer auf Mängel der persönlichen Leistung der Therapeuten zurückgeführt. Entscheidet sich ein Mensch für einen therapeutischen Beruf, ist darauf zu schließen, dass er sich nicht nach rationalen Elementen für diesen Beruf entschieden hat, sondern es hierfür viele irrationale Gründe gab. Meist ist es ein Gefühl von „berufen sein“, welches Therapeuten zu diesem Beruf führt. Dieser Grundsatz impliziert aber, dass ein besonders hoher Anspruch an sich selbst gestellt wird. Kann dieses Bedürfnis nicht befriedigt werden, ergeben sich Selbstzweifel an der eigenen Person und den eigenen Fähigkeiten. (Jaeggi 2003, S. 61–62)

In jedem Beruf kann man als Person Probleme haben, das Privatleben vom Beruflichen zu trennen. Im Bereich der psychologischen Betreuung jedoch geht es immer um Menschen, denen man helfen möchte; ihr Leiden zu lindern oder sogar zu heilen. Das hochgesteckte Ziel, jeden Einzelnen heilen zu können, kann aber nicht erreicht werden, und so entstehen schnell Selbstzweifel. In einem therapeutischen Setting stellen Therapeuten immer ihre eigene Person zu Verfügung. Durch diesen Fakt kann es schnell zu einer Vermischung zwischen dem

eigenen Selbst und dem Therapeuten-Ich kommen. (Jaeggi 2003, S. 121–122) Das Ergebnis einer solchen Grenzvermischung kann eine schwere Belastung darstellen.
So stellt das Erkennen der persönlichen Grenzen in Bezug auf das therapeutische Handeln für viele Therapeuten eine große aber wichtige Herausforderung dar. (Jaeggi 2003, S. 117–120)
Schmidbauer (1999, S. 27) geht neben diesen Punkten davon aus, dass Helfer Angst vor „innerem Absterben“ haben und ihr Handeln dadurch zu einem rein maschinellen Handeln abstumpft. Sie haben Angst, sich selbst innerlich zu instrumentalisieren. Dieser Angst versuchen sie durch ihren Beruf entgegen zu gehen.
Damit Helfer betroffenen Menschen in einer Notlage helfen können, haben sie gelernt, dass die Not anderer zur Routine werden muss. So müssen sie funktionieren, ihre Empfindungen ausschalten und versuchen, ihre Arbeit gut zu verrichten. (Weber, Shah 2014, S. 33)
Verstanden werden muss, das es keine professionellen Helfer gibt, welche die ganze Gesellschaft heilen können (Schmidbauer 1999, S. 26). Es ist wichtig, in der allgemeinen Bevölkerung ein Verständnis dafür zu schaffen, dass Therapeuten auch unter Problemen leiden können, die möglicherweise durch solche Behandlungen entstehen.
Denn in keiner anderen Berufsgruppe werden Störungen vertuscht und bagatellisiert wie in der Berufsgruppe derer, die sich mit der Behandlung psychischer Störungen befasst (Schmidbauer 1998, S. 13). Um unser „Hilfesystem“ aufrecht erhalten zu können, sollte daher mehr Fokus auf die Therapeuten selbst und deren eigene seelische und körperliche Gesundheit gelegt werden.

## 2.2 Spezielle Herausforderung durch das gesellschaftliche Umfeld

Wir leben alle in einem gesellschaftlichen System, welches Einfluss auf unser Verhalten und Erleben hat. So hat auch die Gesellschaft Einfluss auf Therapeuten in psychiatrischen Einrichtungen. Wie stark ist dieser Einfluss und was bedeutet das für die helfenden Berufe? Sennert (2005, S. 11) schreibt: „Ich behaupte, dass diese Veränderungen der Gesellschaft keine Freiheit gebracht hat. Warum? Weil die Menschen äußerst besorgt und beunruhigt sind im Hinblick auf ihr Schicksal unter den Bedingungen des Wandels. Was ihnen fehlt, ist ein mentaler und emotionaler Anker. Nachdem sich der alte soziale Kapitalismus aufgelöst hat, erzeugen die neuen Institutionen nur ein geringes Maß an Loyalität und Vertrauen, dafür aber ein hohes Maß an Angst und Nutzlosigkeit.“

Früher gab es im Gegensatz zur heutigen Gesellschaft klare Professionen in einer Gemeinde, welche über die Tätigkeiten der Menschen entschieden haben. Der Arzt, der sich um die Leiden seiner Patienten gekümmert hat, der Lehrer, welcher die Probleme seiner Schüler auf seine Weise durch Zucht und Ordnung regelte, und der Pfarrer, der seine „Kinder“ mit Zitaten aus der Bibel versuchte zu heilen. Dieses normative Vorgehen ist in der heutigen Gesellschaft so nicht mehr möglich. Die Gesellschaft hat sich verändert. Probleme können in Kleinfamilien nicht mehr so getragen werden wie in Großfamilien. Die westliche Gesellschaft hat einen höheren Lebensstandard. Dieser ermöglicht es, dass Menschen, die weniger leistungsfähig sind, kleinere Tätigkeiten übernehmen. Das gesellschaftliche Leben hat sich gewandelt, immer mehr Individuen müssen durch ein System aufgefangen werden. Sie fühlen sich durch die immer schneller wechselnden Arbeits- und Lebensbedingungen überfordert und finden sich somit in der Gesellschaft nicht mehr zurecht. (Schmidbauer 1999, S. 29–30) Eine Folge dieser Wandlung ist, dass in der Gesellschaft anders als früher Nächstenliebe nicht mehr durch alle Menschen getragen wird, sondern auf einige wenige Spezialisten abgegeben wird (Schmidbauer 1999, S. 21–22).

Durch diese Wert- und Normänderungen ist es eine Herausforderung für den Therapeuten, die gesellschaftlichen, ordnungspolitischen Aufgaben in Verbindung mit den individuellen Bedürfnissen des Einzelnen zu setzen und hierbei immer auch auf das Patientenwohl zu achten (Deister 2017, S. 133–134). So sind die eigenen Bedürfnisse der Patienten und die Bedürfnisse der Gesellschaft nicht immer konflikt- und widerspruchsfrei zu verbinden. Dies muss jedoch nicht zwangsläufig als ein negativer Gegensatz bezeichnet werden. (Bischkopf, J. et al. 2017, S. 25)

Aufgrund dessen wird im therapeutischen Setting versucht die Interessen der Gesellschaft und ihrer Mitglieder auszugleichen. Auf diese Weise tragen Therapeuten damit auch dazu bei, den sozialen Frieden zu wahren. (Bischkopf, et al. 2017, S. 20)

Durch den Umgang mit den psychisch Erkrankten entsteht die Gefahr der Stigmatisierung oder Diskriminierung. Dies gilt nicht nur für die Betroffenen, sondern auch für die Therapeuten. Die Einstellungen der Gesellschaft gegenüber psychisch Kranken und den Therapeuten unterscheiden sich im Gegenzug zu körperlich Erkrankten in vielerlei Hinsicht. Dies ist wohl darauf zurückzuführen, dass innerhalb der Gesellschaft viele Unsicherheiten über Auswirkungen und Ursachen psychischer Erkrankungen herrschen. (Deister 2017, S. 134)

Aus dieser Unsicherheit entsteht eine fehlende gesellschaftliche Wertschätzung für helfende Berufe. So sind Gelder für den psychosozialen Bereich sehr begrenzt und werden immer wieder gekürzt. Eine allgemein wenig ausgesprochene, aber empfundene Haltung ist es, dass man mit dem Leid anderer kein Geld verdienen soll. Helfende Berufe werden zwar in schwerwiegenden Situationen von Medien und der Gesellschaft gelobt, bekommen jedoch im Vergleich zu vielen anderen Berufen nicht den entsprechenden Lohn für ihre Tätigkeit. Diese

Diskrepanz kann dazu führen, dass Helfer einen zusätzlichen Stressor empfinden. (Weber, Shah. 2014, S. 36)
Therapeuten werden in der Gesellschaft als Menschen gesehen, die eine besondere soziale Ader haben und es ihr einziges Bestreben sei, Jenen zu helfen, die sich selbst nicht helfen können. Ein ebenso gesellschaftlich weit verbreiteter Glaube ist es, dass Therapeuten selbst unter Problemen leiden und diesen Job nur ausüben um sich selbst zu helfen (Jaeggi 2003, S. 84–86).
Solch eine Grundhaltung gegenüber den Therapeuten vermittelt wenig Wertschätzung und löst schnell das Gefühl von „unnütz-sein“ aus.
Auch die Medien tragen ihren Teil dazu bei, wie männliche Therapeuten in der Gesellschaft gesehen werden. So werden sie meist, anders als in der Realität, als Männer dargestellt, die unnahbar und wenig verständnisvoll sind. Frauen hingegen werden häufig eher als attraktive und verständnisvollere Therapeuten beschrieben. (Jaeggi 2003, S. 86) Es wird wenig auf die tatsächlichen Tätigkeiten und Herausforderungen eingegangen, sie werden als die netten Zuhörer gesehen, die in einem Stuhl sitzen und den Patienten zuhören.
Durch die gesamten Bilder, die der Gesellschaft vermittelt werden, ist es oft schwer zu verstehen, dass Therapeuten nicht immer die Starken, Unantastbaren sind, sondern auch Misserfolge erleben und Ängste durchstehen müssen. Die Therapeuten und die Gesellschaft müssen lernen, sich dies einzugestehen und darauf einzugehen. (Fengler 2001, S. 18)

## 2.3 Arbeiten mit psychisch kranken Straftätern

### 2.3.1 Besonderheit der Kombination psychisch Erkrankter und Straftäter in einer Person

In einer Forensischen Psychiatrie sind Therapeuten nicht nur den oben beschriebenen Herausforderungen einer Arbeit mit psychisch Kranken und der Gesellschaft ausgesetzt, sondern auch mit der Tatsache konfrontiert, dass der Mensch, mit dem sie therapeutisch arbeiten, eine schwere Straftat begangen hat. Doch was bedeutet diese besondere Kombination für die behandelnden Disziplinen?
Die Forensische Psychiatrie befasst sich mit allen psychiatrischen Fragen des Strafrechts. Hierbei geht es vor allem um die Frage der Schuldfähigkeit, die Gefährlichkeitsprognose und die Behandlung der Menschen, welche Straftaten begangen haben, jedoch aufgrund ihrer Psyche als nicht odernur bedingt straffällig gelten. Die Psyche kann Entscheidungen und Emotionen kontrollieren oder das Filtern von Informationen stark beeinflussen, somit würde eine Strafe in einer Strafvollzugsanstalt ihren Sinn verlieren. (Saimeh 2017, S. 137) Diese Regelung wird im Strafgesetzbuch unter Verminderte Schuldunfähigkeit §21 StGB, beschrieben. Wird

ein Mensch aufgrund seiner Tat untergebracht, so wird das je nach Krankheitsgrund nach Strafgesetzbuch § 63 oder § 64 geregelt.
Therapeuten sind in der Arbeit mit Tätern tagtäglich schweren, teils außergewöhnlichen Ereignissen ausgesetzt. Dennoch müssen sie professionell arbeiten und versuchen, den Täter in seiner Ganzheit zu betrachten, um ihn therapeutisch betreuen zu können. Diese Spanne kann zu einer großen Herausforderung führen. (Rohrer, Adretta. 2014, S. 54–55)
Jeder Mensch hat seine eigenen Grundannahmen über die Welt und die Beziehungen der Menschen zueinander. Sie geben ihm Sicherheit im Leben und machen ihn damit weniger verletzbar. Wenn ein Ereignis durch Individuen verursacht wird, hat das oft einen viel stärkeren Effekt auf unsere Grundannahmen als naturbedingte Ereignisse. Diese Grundannahmen besitzen auch betreuende Disziplinen. Selbst wenn sie mit ihrem intellektuellen Wissen handeln können, können ihre inneren Grundannahmen durch Erlebnisse erschüttert werden. (Rohrer, Andretta 2014, S. 56)
Laut einer Untersuchung von Rohrer und Andretta zeigen sich bei betreuenden Personen, die viele Erfahrungen mit Tätern gemacht haben, Veränderungen in deren Grundannahmen. So sei deutlich, dass Therapeuten, die in der Täterarbeit Menschen behandeln, eine höhere Traumabelastung aufweisen und ein eher negatives Selbst- und Weltbild entwickeln. Ebenso empfinden sie häufig kein gerechtes Verteilungsprinzip. (Rohrer, Andretta 2014, S. 57) Schon 1996 beschäftigte sich Lansen mit der Frage "was tut es mit uns?". Er beobachtet bei seiner Forschung, dass die Begegnung mit extrem traumatisierten Menschen die Bewältigungsstrategien der Therapeuten überforderte und sich Symptome wie bei einer Posttraumatischen Belastungsstörung bildeten. (Lansen J. 1996, S. 253)
Die Schwierigkeit in der Behandlung Straffälliger zeigt sich laut Rauchfleisch (2013, S.10) unter anderem dadurch, dass sich Therapeuten auf den Patienten einlassen müssen. Sie müssen die Situation des Patienten in gewisser Weise miterleben, aber auch lernen, darin nicht zu versinken und weiterhin therapeutisch zu handeln. In der Therapie sollte sich nicht nur auf den Störungsbereich konzentriert werden, sondern auch auf die psychischen und sozialen Probleme muss ein Fokus gelegt werden. Es wird also bei einer Behandlung mit psychisch kranken Straftätern ein spezielleres Vorgehen vom Therapeuten erwartet als bei anderen Patientengruppen.

Somit ist in der Forensik der gesamte Tagesablauf als Therapie zu sehen. Therapeuten müssen jederzeit auf ihre Patienten eingehen und grundlegende Werte und Normen vermitteln. (Kawamura-Reindl, Schneider 2015, S. 266)
Die Tätigkeit im Maßregelvollzug zeichnet sich dadurch aus, dass ein Therapeut mit vielen verschiedenen Aufgaben beauftragt wird. So muss er sich um die Resozialisierung des Straffälligen kümmern sowie seine sozialen Probleme und sein Umfeld im Blick haben. Dies alles

neben dem Wissen, dass eine Straftat begangen wurde. Solch ein Konstrukt bedrückt einige Therapeuten, denn sie sind mit ständigen Widersprüchen und Konflikten, sowohl mit sich selbst als auch den Patienten, konfrontiert. Rauchfleisch geht davon aus, dass sich diese Gedanken und Gefühle vom Therapeuten selbst immer bewusst gemacht und zugelassen werden sollten, damit sie den behandelnden Disziplinen auf Dauer nicht zur Last fallen. (Rauchfleisch 2013, S. 11–12)

In der Arbeit mit psychisch kranken Straftätern wird man als Therapeut auch erleben, dass jene in einem erstaunlichen Maße bereit sind, ihre Therapeuten für sich zu instrumentalisieren. So zwingen sie den Therapeuten, für oder gegen den Klienten zu handeln. Solch eine Situation macht es für den Therapeuten schwierig, da sich alle Ansprüche des Klienten auf eine Person kanalisieren. Es muss erkannt werden, wo Grenzen überschritten werden. (Rauchfleisch 2013, S. 74–75) Daher ist die Betreuung immer ein Spiel zwischen klar gesteckten Grenzen, einer gewissen Kontrolle, dem Aufbau einer guten Beziehung und der Versuche der Erfüllung einiger Klientenwünsche. (Rauchfleisch 2013, S. 80) Bewusst sollte sich der Therapeut jederzeit sein, dass Patienten in der Therapie immer wieder ihre Grenzen testen wollen (Rauchfleisch 2013, S. 83). Das bedarf einer andauernden Kontrolle durch den Therapeuten, ob die Grenzen noch gewahrt werden. Es ist ständige Aufmerksamkeit gefragt.

In diesem speziellen Arbeitsfeld ist es auch nicht verwunderlich, dass Therapeuten immer wieder Ängste oder Unsicherheiten im Umgang mit den Patienten verspüren. Diese können auf irrationale Gründe zurückzuführen sein, aber auch Signale für eine echte Gefahr darstellen. Der Betreuer muss sich also immer wieder mit diesen Gefühlen auseinandersetzten, um inneren Belastungen entgegen zu wirken. (Rauchfleisch 2013, S. 88–89)

Da Therapeuten im Setting des Maßregelvollzugs lange keine realitätsnahe Ergebniskontrolle haben, bleibt immer die Unsicherheit bestehen, ob "richtig" gehandelt wurde. Die Folge dessen ist, dass einige Betreuer unter dem ständigen Druck stehen, der Arbeit nicht gewachsen zu sein. (Rauchfleisch 2013, S. 109)

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass bei der Arbeit mit psychisch kranken Straftätern viele Herausforderungen für den Therapeuten entstehen, denen er täglich ausgesetzt ist. Dies erfordert für viele eine große Aufgabe und bedeutet nicht selten das Übersteigen der eigenen Grenzen.

### 2.3.2 Gesellschaftliche Einflüsse auf die Forensische Psychiatrie

Neben den gesellschaftlichen Einflüssen, die unter Punkt 2.2 bereits beschrieben wurden, gibt es im Bereich der Forensischen Psychiatrie besondere gesellschaftliche Einflüsse, die das therapeutische Handeln herausfordern.
In unserer heutigen Gesellschaft scheint es allgemein den Kontext zu geben, dass Gewalttäter „hinter Gittern leben sollen“, und wenn es irgendwie machbar ist, dann möglichst lebenslänglich. (Halbhuber-Gassner 2010, S. 211) Ein Teil der Täterarbeit findet im Grunde für die Gesellschaft statt: die Straftäter sollen überwacht werden und sich hin zu einem straffreien angepassten Leben entwickeln, um damit Rückfälle zu vermindern. (Rohrer, Andretta 2014, S. 55)

Die Gesellschaft blickt wenig bis gar nicht hinter die Fassade der Tat oder der Geschehnisse. Menschen, die eine Tat begangen haben, Urteile die gefällt werden, sind sehr streng formuliert wie: „diese Menschen gehören verurteilt und hinter Gitter gebracht“. Der Gedanke eines Maßregelvollzugs und der Behandlung von psychisch kranken Straftätern wird als ein „milderes“ Urteil angesehen und von den meisten nicht gewünscht.
Forensische Klinken werden von der Gesellschaft meist mit viel Sorge und Unsicherheit betrachtet, denn die Geschichte zeigt einige Vorfälle, die die forensische Arbeit in ein schlechtes Licht gerückt haben. Die heutige psychiatrische Behandlung hat jedoch nicht mehr viel mit der ursprünglichen Behandlung zu tun. (Saimeh 2017, S. 141)
Ein Grund für solch ein negatives Bild wird unter anderem durch die Medien hervorgerufen, die die gesellschaftliche Meinung besonders in der heutigen Zeit mitgestalten. So auch die allgemeine Meinung über die kriminelle Gewalt oder die Sicherheit im Land. Diese Darstellungen entsprechen aber nicht den tatsächlichen Gegebenheiten. (Halbhuber-Gassner 2010, S. 87) In den Medien wird der Eindruck erweckt, dass die Sicherheit der Bevölkerung und der Schutz der Opfer nur durch Einschränkung der Rechte dieser erreicht werden kann. Diese Einschränkung ist demnach legitim, da sie sich durch ihre Tat selbst außerhalb der Gesellschaft gestellt haben. Es stellt sich aber die Frage, ob dieser Umgang zielführend ist. (Halbhuber-Gassner 2010, S. 87–89) Tatverdächtige werden meist dämonisiert dargestellt und die Opfer in den Mittelpunkt genommen. Diese einseitige Darstellung schürt Ängste und Missachtung, ohne darauf acht zu nehmen, was die wirklichen Umstände einer Tat waren. (Halbhuber-Gassner 2010, S. 92) Immer wieder werden Einzelne, die von der Norm abweichen oder schlimme Taten begangen haben, in den Medien regelrecht angeprangert, denn das Erreichen von hohen Einschaltquoten scheint hier im Vordergrund zu stehen. Und um diese Einschaltquoten zu erreichen, braucht es andere Menschen, auf die man seine Verachtung konzentrieren kann. (Halbhuber-Gassner 2010, S. 89)
Auf diese Weise werden in der Öffentlichkeit der Maßregelvollzug und die Behandlung der dort

Inhaftierten selten bis nie „positiv besetzt“ dargestellt. Daraus resultieren oft Ablehnung, Befürchtungen, Erregungen und Unsicherheiten gegenüber dem schwer Einschätzbaren. (Kawamura-Reindl, Schneider 2015, S. 260)

In einer Zeit, in der die Gesellschaft sich immer mehr nach Sicherheit und Ordnung sehnt, aber psychisch kranke Straftäter auch durch Medien immer mehr in den Mittelpunkt geraten, sind Behandelnde vielen Anfeindungen ausgesetzt. Damit haben eigene Fehler, Missachtung der Grenzen des forensischen Faches, Überschätzung der psychiatrischen Möglichkeiten und eine unrealistische Gesellschaftshaltung dem Image der Forensischen Psychiatrie geschadet. (Hinterhuber, Meise 2006, S. 3)

Die Gesellschaft trägt viel dazu bei, wie wir unsere Meinung bilden, so scheint sie auch im Bereich der Forensischen Psychiatrie einen Einfluss auf das Verständnis der Institution als auch auf das Verständnis über betreuende Disziplinen zu haben.

# 3. Auswirkungen der Arbeit

## 3.1 Körperliche Folgen

Die Basis unseres Wissens und Handelns ist der menschliche Körper. Denn all unsere Wahrnehmungen stammen aus der körperlichen Perspektive. Unsere Sprache, unsere Gefühle, alles wird durch unseren Körper gespiegelt. (Benner, Wrubel 1997, S. 94) Früheren Vorstellungen, dass Körper und Geist getrennt voneinander betrachtet werden müssen, kann man heute nicht mehr zustimmen. (Benner, Wrubel, 1997, S. 97) Unser Körper braucht kein klares Verständnis darüber, was gerade passiert, er reagiert von innen heraus auf bedeutsame Situationen. So kann der Körper z.B. Gefahren erkennen, bevor sie dem Menschen in ganzer Fülle bewusst werden. (Benner, Wrubel 1997, S. 95)

Die Gesellschaft beschreibt den Körper auch als Spiegelbild der Seele.

Es entsteht der Eindruck, dass der Köper Belastungen, die wir erleben, auch durch körperliche Beschwerden zeigt.

In einer Studie von Rennert, Kliner und Richter wird beschrieben, dass seit 2015 die Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund von Muskel und Skeletterkrankungen in betreuenden Berufen extrem angestiegen sind. Dieses Bild ist sowohl bei Frauen als auch Männern gleichermaßen zu erkennen. (2017, S. 52–53)

Laut Eichenberg zeigen sich diese Belastungen der Psychotherapeuten vor allem durch die überwiegend sitzende Position und die meist gebeugte Haltung. (Eichenberg, Brähler 2008, S. 267)

Der Fehlzeiten Report beschreibt, dass in Gesundheits- und Sozialberufen Muskel- und Skeletterkrankungen der häufigste Grund für Fehltage sind. Sie machen 21% der Anteile an den Arbeitsunfähigkeitstagen aus. Psychische Gründe werden zu 15% genannt. (Badura et al. 2017, S. 26)

Welche körperlichen Belastungen sich den betreuenden Disziplinen zeigen, scheint immer von der jeweiligen Tätigkeit abzuhängen. So entwickeln Pfleger, die viel stehen und gehen müssen, andere Leiden als Therapeuten, die ihre Arbeit viel im Sitzen erledigen.

Seit 1818 scheint zum ersten Mal der Begriff Psychosomatik in der Medizin aufzutauchen, es handelt sich hierbei um die Wechselbeziehungen von geistig-psychisch und biologisch- körperlichen Vorgängen. Somit ist eine psychosomatische Erkrankung das Resultat eines seelisch körperlichen Konflikts, der dem Betroffenen meist nicht bewusst ist und daher nicht gelöst werden kann. Man unterscheidet zwischen einer psychosomatischen Funktionsstörung, bei der ein körperliches Leiden ohne organische Probleme vorherrscht, und den psychosomatischen Körperkrankheiten, bei denen eine Kombination aus nachweisbaren körperlichen Krankheiten mit seelischen Schwierigkeiten diagnostiziert wird. (Hömberg 2006, S. 18–19)

Im Bereich der Forensischen Psychiatrie lässt sich bezüglich körperlicher Folgen für die Betreuer in der Literatur nur wenig finden. Ist dies darauf zurückzuführen, dass Therapeuten und körperliche Belastungen wenig in den Fokus genommen werden, oder kann man erkennen, dass bei betreuenden Disziplinen wenig körperliche Beschwerden auftreten?
Wird der Fokus der Betrachtung bei diesem Berufsfeld zu wenig auf die körperlichen Beschwerden gelegt?
Durch eine Expertenbefragung soll der Frage nachgegangen werden, wie jene den Einfluss von psychischen Belastungen auf den Körper beschreiben würden, und ob sie denken, dass diese Phänomene in einer Forensischen Psychiatrie stattfinden. Ebenso soll das Interview bei Punkt 5.3 Aufschluss über mögliche körperliche Beeinträchtigungen durch die Arbeit mit psychisch kranken Straftätern geben.
Es kann festgehalten werden, dass Therapeuten, so wie alle anderen Menschen, auf ihre Umwelt reagieren und sich diese Reaktionen sowohl körperlich als auch psychisch zeigen können.

## 3.2 Sekundäre Traumatisierung

In der Literatur werden viele verschiedene Begriffe in diesem Zusammenhang verwendet. Es wird von Compassion Fatigue oder auch Mitgefühlserschöpfung, sekundärem Stress oder indirekter Traumatisierung gesprochen. (Jegodtka, 2013, S. 76).
Das sind alles Phänomene, die sich bei den Therapeuten zeigen, die mit Personen arbeiten, die selbst eine Traumatisierung erlebt haben.
Es stellt sich die Frage, wie das „ICH des einen durch das ICH des anderen“ gewaltvoll oder indirekt verändert wird. Und was macht dies mit jemandem, der eigentlich professionell auf solche Einflüsse vorbereitet sein sollte. (Stachowske, 2017, S. 19)
Ein Anfangssymptom scheint die "Entgrenzung" zu sein. So ist das Thema „Trauma“ Bestandteil eines ständigen Interesses der Therapeuten, sie können nicht mehr loslassen. Die Folge ist, dass die Balance zwischen Arbeit und Erfolg schwer aufrechterhalten werden kann. Von einer schweren Traumatisierung kann dann gesprochen werden, wenn Therapeuten immer intensive Bedrohungsgefühle empfinden und darauf mit starkem Sicherheitsverhalten reagieren. (Daniels, 2008, S. 7)
Durch eine ständige Auseinandersetzung mit dem Erlebten der traumatisierten Patienten kann ein Mensch, obwohl er das Leiden selbst nicht erlebt, eine Traumatisierung erfahren. Dies wird auch „Sekundäre Traumatisierung“ genannt. (Lemke 2013, S. 14) Diese Traumatisierung ist nicht nur auf Therapeuten allein zurückzuführen, sondern kann bei allen helfenden Berufen auftreten. (Lemke, 2013, S. 31) Sie wird als eine natürliche, teils vorhersehbare, behandelbare, verhinderbare aber auch unerwünschte Folge in der Arbeit mit leidenden Menschen betrachtet

(Lemke 2013, S. 60). Oftmals sind es wiederholte Erfahrungen, die gemacht werden, die ihre Auswirkung erst nach einer Weile emotional und kognitiv zeigen. Die Auswirkungen, die dann entstehen können, hängen immer vom Therapeuten selbst ab. Hierbei spielt die Bewertung der Erfahrungen und die persönliche Resilienz des Therapeuten eine bedeutende Rolle. (Lemke 2013, S. 15)

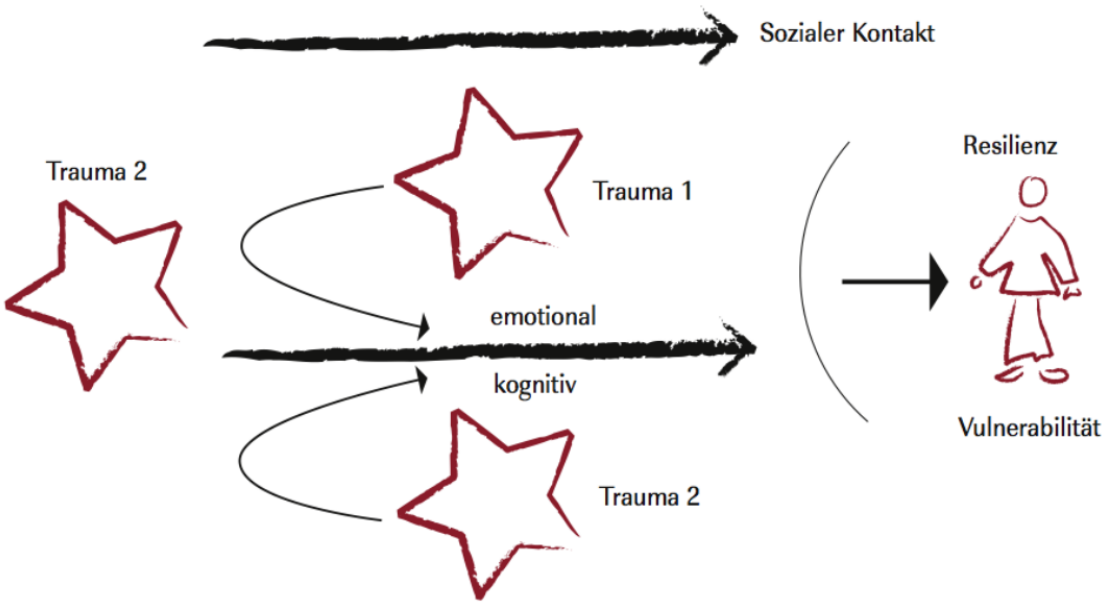


*Abbildung.1: Sekundäre Traumatisierung nach Frey (2001, S.120)*

Laut Figley, (1995, S. 15) einem der Therapeuten, der dieses Phänomen mit als Erster beschrieben hat, ist die Empathie eine der wichtigsten Voraussetzungen für die therapeutische Arbeit. Sie kann jedoch bei unangepasster Verwendung zu Mitgefühlserschöpfung führen. Daniels beschreibt ebenso, dass sich die sekundäre Traumatisierung als ein Ergebnis von besonderer Fähigkeit zur Empathie zeigt. Das sollte aber nicht als ein Zeichen mangelnder Professionalität betrachtet werden. Diese Fähigkeit führt zu einer Sensibilisierung der emotionalen Areale im Gehirn. Die Folge daraus ist eine dissoziative Verarbeitung des Gehörten. (Daniels 2008, S. 7)

Daniels beschreibt, dass es durch einen Prozess zu einer solchen Traumatisierung kommt. Empathie, das darauffolgende Kindling und die Dissoziation, diese drei sind in jedem menschlichen Körper vorhanden: Empathiefähigkeit ist für eine Therapie notwendig, stellt aber auch einen Risikofaktor dar. Eine starke Empathieempfindung führt zum Prozess des Kindlings, also der Sensitivierung emotionsverarbeitender Gehirnregionen, welche die dissoziative Verarbeitung von Traumamaterial der Therapeuten bedingt. (Daniels 2008, S. 8) Durch das ständige Konfrontiertwerden mit Traumata, wird der Therapeut in die Dynamik der traumatischen

Erfahrungen hineingezogen (Weber, Shah 2014, S. 36).
Verwey beschreibt, dass eine Traumatisierung ähnlich wie die Ansteckung einer Infektionskrankheit betrachtet werden kann. Es kommt immer auf die Form, Heftigkeit, Dauer, Wiederholung, Verletzlichkeit und Resilienz der Person an. Je nachdem, wie diese Anlagen bei einem Therapeuten vorhanden sind, können psychische Störungen ausgelöst werden. (Verwey 2000, S. 112)
Die Symptome, die Therapeuten aufgrund einer solchen Traumatisierung zeigen, ähneln den Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Unterscheiden lässt sich die posttraumatische Belastungsstörung zur sekundären Traumatisierung durch den Auslöser. So ist die Traumatisierung bei einer PTBS die selbst erlebte, als lebensbedrohlich wahrgenommene Situation. Eine sekundäre Traumatisierung hingegen wird dadurch ausgelöst, dass der Therapeut sich in die Lage des Patienten hineinversetzt, während dieser von seinen Erlebnissen erzählt. (Jurisch, et al. 2009, S. 251) Die Symptome, die dann beim Therapeuten auftreten, sind ähnlicher Natur wie beim Patienten selbst.
Laut Lemke sind die Reaktionen, die ein Therapeut auf solche Erfahrungen empfindet bzw. erleidet, natürliche, konsequente Verhaltensweisen von Menschen. (Lemke, 2013, S. 61) Ein ähnliches Verhalten ist auch beim Gähnen, Lachen oder Husten zu sehen. Daniels kommt durch die Auswertung einer Studie zum Thema sekundäre Traumatisierung zu dem Ergebnis, dass sich eine Traumatisierung auch ohne direkten Bezug zum Erlebten des anderen bilden kann. Diese Belastung zeigt sich dann in Form von PTBS-ähnlichen Symptomen (Daniels, 2008, S. 2)
Diese Art der Traumatisierung findet nicht nur in der Beziehung zweier Personen statt, sondern auch im Bereich des persönlichen Umfeldes und der gesellschaftlichen Dimensionen. Das ganze Umfeld trägt zu Bewältigung von Traumatisierungen bei. (Stachowske 2017, S. 26)
In der Literatur werden verschiedene Auslöser als Risikofaktoren für eine sekundäre Traumatisierung beschrieben. Hierbei wird vor allem auf das soziale Umfeld, die persönlichen Ressourcen, die demographischen Faktoren wie Alter und Geschlecht eingegangen sowie auf die Lebensumstände, in denen der Therapeut sich gerade befindet. Ebenso können frühere traumatische Erlebnisse zu einer sekundären Traumatisierung führen. (Lemke 2013, S. 16–17)
Traumatisierung kann auch medial übertragen werden, so können traumatische Ereignisse eine Form von indirekter Traumatisierung darstellen. Menschen werden nicht durch die Bilder traumatisiert, sondern durch die Bewertung dieser. (Jegodtka 2013, S. 78) Das Wissen um das Phänomen der sekundären Traumatisierung kann eine Chance sein, um achtsam mit dem Umgang der therapeutischen Bewältigungskapazitäten umzugehen. (Jegodtka 2013, S. 83)
Wichtig ist jedoch zu wissen, dass sekundäre Traumatisierung bei jedem Mensch in helfenden Berufen stattfinden und schwere Auswirkungen für einen Therapeuten haben kann.

## 3.3 Gegenübertragung

Im menschlichen Leben kommt man immer wieder an einen Punkt, an dem die Kommunikation und die Beziehungen zueinander in scheinbar unüberbrückbaren Differenzen stecken. Diese Situationen können festgefahren sein und man braucht einen Ansatz, um sie zu lösen. (Niehaus, 2009, S. 1) In der Literatur findet man neben der sekundären Traumatisierung auch die Theorie der Übertragung und Gegenübertragung.

Als einer der Ersten nennt Freud das Phänomen der Übertragung. Er betrachtete diese *Übertragungen* als „Zwang und Täuschung, die mit Beendigung der Analyse zerfließe“. Er verstand aber auch schon früh, dass sich diese Übertragungsphantasien zwar auf ihn richteten, andererseits aber einer Person aus der Geschichte der Patienten galt. Er nannte sie daher auch »falsche Verknüpfungen«, einen »Irrtum in der Zeit«. Aber es war ein Irrtum, den aufzuklären sehr aufschlussreich sein könnte. (Freud 1991, S. 310)

Laut Freud ist die Gegenübertragung eine "unschickliche" Situation, welche die Therapie beeinflussend wirkt. Der Patient hat einen unbewussten Einfluss auf das Fühlen des Arztes. Seiner Meinung nach ist es wichtig, sich mit diesen Gefühlen auseinandersetzen zu können, um therapeutisch handeln zu können. (Freud 1990, S. 364–366)

Der Therapeut hat also nicht mehr genug objektive Distanz und ist somit in subjektiven Bedürfnissen gefangen. (Peichl 2000, S. 370)

Niehaus beschreibt, dass die Gegenübertragung ein Verhalten des Therapeuten gegenüber seinem Patienten ist. Der Therapeut empfindet Gefühle, die der Patient entwickelt hat, die aufgrund bestimmter Erfahrungen aus der Vergangenheit entstanden sind. (Niehaus 2009, S. 17–18) Bei der Übertragung geht es also um eine Bewusstmachung und Durcharbeitung früherer Erfahrungen des Patienten. Es werden sozusagen Beziehungsmuster übertragen. Gefühle entstehen dadurch, dass eine Beziehung gerade erlebt wird, die alte Gefühle wieder zum Vorschein bringt. Die Übertragung kann man als eine Manifestation des Unbewussten darstellen. So kann unterschieden werden, dass die Übertragung vom Patienten ausgeht und die Gegenübertragung Gefühle oder Empfindungen sind, die der Therapeut erlebt, welche aber nicht wirklich seinen eigenen Gefühlen entsprechen. (Niehaus 2009, S. 13–16)

Empfindet der Therapeut während oder nach einer Therapiesituation heftige Gefühle im eigenen Körper, nennt man diese „projektive Gegenübertragungsreaktion“.
Diese Gefühle sind oft Reaktionen auf teilweise nicht ausgesprochene Gefühle im Therapeut-Patienten-Gespräch. Sie sollten deutlich gemacht werden, damit keine Komplikationen in der Therapie entstehen. (Peichl, 2000, S. 372)
Die Gegenübertragung entsteht laut Lohmer aus vier Gründen: der Übertragung des Patienten, der Realität, die der Patient im Leben erlebt, der eigenen Übertragungsdisposition des Therapeuten auf den Patienten und schließlich der Realität im Leben des Therapeuten. (Lohmer 2011, S. 101) Laut Lemke kann die Gegenübertragung in zwei Arten unterteilt werden: zum einen die reaktive Gegenüberregung. Sie beschreibt die therapeutischen Reaktionen oder Antworten auf die Vergangenheit des Klienten, seine Erfahrungen, aktuelle Probleme, Hoffnungen, Ängste und Fantasien. Zum anderen die proaktive Gegenübertragung. Sie meint die Art der Übertragung, die sich vor allem mit der eigenen Vergangenheit, der aktuellen Besorgnis oder den zukünftigen Hoffnungen und Ängsten des Therapeuten befasst. Lemke beschreibt, dass die Gegenübertragung sowohl komplementär als auch konkordant empfunden werden kann. Der Therapeut kann entweder die gleichen Gefühle wie sein Patient empfinden oder der Therapeut übernimmt die Rolle eines inneren Objekts des Patienten. (Lemke 2013, S. 96–98)
Ebenso wie bei der sekundären Traumatisierung scheint die Empathie ein wichtiger Bestandteil für dieses Phänomen zu sein, denn auch hier führt es beim Therapeuten dazu, dass emotionsverarbeitende Gehirnregionen sensitiviert werden und somit die Unterscheidung zwischen eigenem und fremdem Erleben schwer wird. (Rohrer, Andretta 2014, S. 56) Daraus resultierend kommt eine Gegenübertragung nur dann zustande, wenn es eine intensive wechselseitige Beziehung zwischen zwei Menschen gibt (Niehaus 2009, S. 12). Andauernd in die Beziehungen des Patienten einbezogen zu werden macht eine Therapie mitunter sehr anstrengend. Jedoch ist dies auch sehr interessant, da jede Beziehung einmalig ist und neue Herausforderungen für den Therapeuten bedeutet. (Pecher, Stark. 2016, S. 387) Bei einer Gegenübertragung ist von zentraler Bedeutung, die aufkommenden Gefühle wahrzunehmen und ihnen ihre nötige Aufmerksamkeit zu widmen. (Lohmer 2011, S. 104) Die Gegenübertagung kann somit auch als wichtiges therapeutisches Instrument betrachtet werden, denn sie ermöglicht es dem Therapeuten, durch eigene Empfindungen auf Empfindungen des Patienten zu stoßen. Er kann damit diese Erfahrung auch als Unterstützung zum Dialog nutzen (Lohmer 2011, S. 100)
Durch die Gegenübertragung, welche von früheren Theoretikern als störend beschrieben wurde, erreichen Therapeuten heute eher ein Verständnis darüber, dass diese Erfahrung ihnen einen besonderen Zugang zum Verstehen der inneren Welt des Patienten geben kann. (Bischkopf, et al. 2017, S. 201)

Entscheidend ist, dass der Therapeut sich seiner eigenen Gefühle und Emotionen bewusst ist, und er somit erkennen kann, dass eine Gegenübertragung stattfindet (Peichl, 2000, S. 367). Im Laufe der Zeit wandelte sich die überwiegende Haltung zum Thema Übertragung und Gegenübertragung insoweit, dass der Ansatz heute als hilfreich empfunden wird, da mit richtiger Anwendung Gefühle gedeutet und analysiert werden können. (Niehaus 2009, S. 19) Auch Bischkopf et. Al. (2017, S. 201) beschreiben die positive Seite von Gegenübertragung, da längst zurückliegende Gefühle über den Patienten in Erfahrung gebracht werden können.
Traumata sind eine große Herausforderung für alle, da in die Tiefen eines menschlichen Seelenlebens geblickt werden muss. Der Therapeut begibt sich dabei auf die Suche nach Hoffnung und Versöhnung und versucht, nicht zu tief in das Leben des anderen einzudringen, um sich selbst dort nicht zu "verlieren". (Peichl, 2000, S. 375)

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass das „Instrument“ der Gegenübertragung ein wichtiger Bestandteil für eine Therapie sein kann, die unterstützend, jedoch wenn sie nicht richtig erkannt wird, auch hemmend wirken und somit das Handeln innerhalb einer Therapieeinheit schwierig gestalten kann.

## 3.4 Helfersyndrom

Das Wort Helfersyndrom wird im allgemeinen Sprachgebrauch bei jenen Menschen verwendet, die gerne andere Hilfsbedürftige unterstützen oder das in einem besonderen Maße bei besonders vielen Leidenden tun.
Laut Schmidbauer wird das Helfersyndrom beschrieben, dass Helfen eine Abwehr von anderen Beziehungsformen und Gefühlen sei. Die Hilfe für Personen, die scheinbar hilflos sind, ist für den Helfer wie eine Droge. (Schmidbauer 1999, S. 20–21)
Für das Helfersyndrom gibt es zwei verschiedene Betrachtungsweisen:

1. die psychotherapeutische Sichtweise. Das Wort "Syndrom" wird in der Medizin als ein Begriff verwendet, um die Verbindung verschiedener Symptome zu zeigen. So sind diese Menschen mit sich im Einklang, wenn sie zu viel und einseitig helfen. Es kann jedoch passieren, dass diese Sichtweise sich irgendwann auf Grund von äußeren Veränderungen anders darstellt und der Helfer seine einseitige Aufgabe als belastend empfindet.

2. die politische Sichtweise. Sie beschreibt die Ideologien in unserer Gesellschaft. Helfende sollen immer und überall da helfen, wo ihre Person gebraucht wird, und dies uneigennützig und anspruchslos. So wird die berufspolitische Tendenz unterstützt und Menschen in helfenden Berufen können mehr und mehr ausgebeutet werden. Denn hat die Gesellschaft

Hemmungen, über Helfermotive nachzudenken, so hilft das nur einer konservativen Politik. (Schmidbauer 2002, S. 9)

Begriffe, die nicht ausreichend erforscht werden, werden im Laufe der Jahre durch die unterschiedlichen Diskussionen immer wieder neu interpretiert und bekommen ein Eigenleben. Dies ist auch mit dem Begriff Helfersyndrom passiert. So wird er heutzutage nicht mehr nur als das zwanghafte „helfen Müssen“ gesehen. (Fengler 2001, S. 37)
Das Helfersyndrom beschreibt eine unbewusste naive Vorstellung bzw. Motivation des „helfen Wollens“, die zu Beeinträchtigungen führen kann, da sie der Realität der Arbeit nicht entspricht und somit zu Überforderung und Enttäuschung führen kann. (Schmidbauer 2002, S. 13) Das Helfersyndrom zeigt sich besonders darin, dass Probleme und Störungen des eigenen Selbstbildes wenig bis gar nicht gesehen werden. Die Probleme Anderer werden jedoch unterstützt und behandelt. (Schmidbauer 1998, S. 14)
Laut Fengler (2001, S.38) sind Menschen in helfenden Berufen nicht hilflos, sondern aufmerksam, reflexiv, und sorgsam, aber in einer gewissen Weise gefährdet oder verführbar.

Helfer identifizieren sich häufig mit bestimmten Helfer-Idealen. Sie wollen so sein wie das Idol und setzen sich damit eigener Belastung aus. Sie haben ein Übermaß an pflichtgemäßem Enthusiasmus. Damit kann die beste eigene Arbeit als nicht ausreichend erscheinen und führt zu ständigem innerem Druck. (Fengler 2001, S. 40–414)
Vielen Helfern fällt es schwer, zu Aufgaben "Nein" zu sagen. Um ihrem Ideal standzuhalten, versuchen sie immer wieder, über die eigenen Kräfte hinauszugehen. (Fengler 2001, S. 46)
Bei Menschen in helfenden Berufen ist immer auch die Biographie des Helfers selbst zu betrachten. Es wird deutlich, dass viele Betreuer diesen Beruf aus einer eigenen Familienkonstellation heraus wählen. Kinder, die schon früh Verantwortung für ein Elternteil übernehmen mussten, suchen im Arbeitsleben häufig ähnliche Rollen. Dies kann eine Chance sein, aber auch eine Gefahr darstellen. Es muss eine gute Balance gefunden werden zwischen Identifizierung und Abgrenzung (Fengler 2001, S. 39–40). Wichtig ist festzuhalten, dass Helfer sich alle in ihrer Persönlichkeit unterscheiden. Dennoch wird deutlich, dass schon früh eine Weichenstellung erkennbar ist und sich in der Kindheit "kleine Helfer" entwickeln. (Fengler 2001, S. 36)
Aufgrund der aufgezeigten Probleme des Helfersyndroms ist es für das therapeutische Setting von Bedeutung, ausreichend Rückmeldung sowohl von außen als auch von innen zu bekommen. Denn wird vom Therapeuten nicht mehr wahrgenommen, dass sie eine Therapie zu sehr belastet und sie sich selbst nicht mehr spüren können, dann wird auch nicht mehr deutlich, dass eigene Grenzen überschritten werden. (Fengler 2001, S. 47)

Schmidbauer beschreibt, dass das Helfersyndrom nach seiner Auffassung ein emanzipatorisches Konzept ist, welches versucht, Personen bei Manipulationsversuchen zu schützen. So soll sich ein Helfer in seinem Beruf, dem „Helfen“, nicht eingeschüchtert fühlen, sondern die Arbeit als eine professionelle Rolle ansehen, die genauso gut entlohnt werden sollte wie andere Berufe. (Schmidbauer 2002, S. 8–9)
Das Helfersyndrom zeigt sich erst in Gesellschaften, in denen eine individuelle Lebensplanung gewünscht ist, in der jeder seine eigene Verantwortung über seinen Beruf und sein Leben trägt. Früher gab es traditionelle Helferkulturen, wie z.B. Nonnen in einem Orden. Sie lebten in Armut, Keuschheit und Nächstenliebe. (Schmidbauer 2002, S. 8)
Wie oben bereits beschrieben verliert unsere Gesellschaft immer mehr dieser traditionellen Helferkulturen, daher muss sich eine berufliche Sparte bilden, die diese Lücke schließen kann. Schlussendlich ist jedoch zu sagen, dass „Helfen wollen“ eine Komponente ist, die sich bei den meisten Menschen in helfenden Berufen zeigt. Sie zeichnet somit keinen guten oder schlechten Therapeuten aus. Das Helfersyndrom kann solange als „harmlos“ beschrieben werden, solange es durch andere berufliche Komponenten ausgeglichen werden kann und eigene Grenzen sichtbar gewahrt werden. (Schmidbauer 2002, S. 27–28) In den helfenden Berufen ist die Persönlichkeit das wichtigste Instrument. Die Grenzen der jeweiligen Belastbarkeit und Flexibilität sind die Grenzen der eigenen Handlung. (Schmidbauer 1998, S. 3)

## 3.5 Mann und Frau in der Therapie

Laut Ogrodniczuk und Staats (2002, S. 271) unterscheiden sich Männer und Frauen in vielerlei Hinsicht. Sie brauchen unterschiedliche Arten von Kommunikation, von Nähe und Distanz und verwenden andere Abwehrmechanismen. So kommen auch Männer und Frauen mit unterschiedlichen Themen in eine therapeutische Behandlung.
Die Unterschiede sind nicht nur rein auf genetische Gründe zurückzuführen. Es ist immer eine Wechselwirkung zwischen Umwelteinflüssen und genetischen Faktoren. In helfenden Berufen ist es traditionell so, dass Männer eher die „Prestigeberufe“ übernommen haben, wie z.B. Ärzte, Priester, Heiler, und Frauen die (hilfs-)bedürftigen Berufe, wie die Erziehung der Kinder oder etwa Krankenschwester. Diese Tätigkeiten passten und passen für viele Männer auch heute noch weniger ins starke Selbstbild und werden daher oft verleugnet oder sogar entwertet. So eine Entwertung spiegelt sich dann auch wieder in der Arbeit, die die Frauen leisten, und bekommt so weniger Wertschätzung in der Gesellschaft. (Schmidbauer 2002, S. 22–23) Das hat eine geringere Wertung der Berufe mit sich gebracht und kann nur durch ein Umdenken langsam verändert werden.

Was bedeuten gerade diese Unterschiede für eine Therapiesituation? Gibt es einen besonderen Einfluss auf das Therapiegefüge bei homogenen oder heterogenen Therapie-Dyaden? In der Literatur gibt es nur wenige Studien zum Thema Geschlechtszugehörigkeit und Therapie. Daraus stellt sich die Frage, ob es notwendig ist, das Zusammenwirken der Geschlechtszugehörigkeit von Patient und Therapeut mehr in Betrachtung zu nehmen. (Ogrodniczuk, Staats 2002, S. 272)

In den Studien jedoch, die bereits erforscht wurden, zeigt sich kein signifikanter Unterschied beim Ausgang einer Behandlung, egal welchen Geschlechts Patienten bzw. Therapeuten) sind. In dieser Weise zeigt sich ein ähnlicher Ausgang der Therapie sowohl bei gleichgeschlechtlichen Beziehungen als auch bei gemischtgeschlechtlichen. Ogrodniczuk und Staats beschreiben, dass durch frühere Studien deutlich wurde, dass es einen Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Therapeuten gibt. So seien die weiblichen Therapeuten einfühlsamer als die männlichen. Sie vertreten die Auffassung, dass dies wohl daran liege, dass Frauen eher "männliche“ Qualitäten erwerben können als Männer "weibliche" Qualitäten. (Ogrodniczuk, Staats 2002, S. 274)

Betrachtet werden sollte jedoch, ob sich diese Qualitäten im Laufe der Zeit verändert haben und sich Frauen und Männer mehr an die Veränderungen der Welt anpassen. So wären sie in ihrem Verhalten nicht mehr „klar“ trennbar voneinander. Ebenso kann davon ausgegangen werden, dass es ein drittes Geschlecht gibt, welches sich nicht dem Männlichen oder Weiblichen zuordnen kann und möchte.

Einige Studien beschreiben, dass eine gleichgeschlechtliche Beziehung mehr das Gefühl von Verständnis für den Anderen zeigt. Im Gegenzug dazu erklären sie, dass gemischtgeschlechtliche Therapeut-Patient-Beziehungen emotionaler beurteilt werden können. Festzuhalten ist, dass eine genaue geschlechtliche Passung wenig Einfluss auf den Patienten hat. So ist das Verhältnis immer abhängig von den Personen.(Ogrodniczuk, Staats 2002, S. 275)

Im Kontext des Maßregelvollzugs sollte betrachtet werden, ob diese Beziehung die Therapie beeinflusst, da neben den „normalen“ Unterschieden zwischen Männern und Frauen noch die Delikte der Täter hinzukommen. So kann es unter Umständen eine Herausforderung für eine Therapeutin bedeuten, einen Mann betreuen zu müssen, der mehrere Sexualdelikte gegenüber Frauen/Kindern begangen hat. Fühlen sich hier Frauen in der Therapie unsicher oder entwickeln Ängste? Was macht es mit den Patienten? Können sie sich den Therapeutinnen in derselben Weise öffnen wie einem Therapeuten? Dieser Frage soll in Kapitel 5.3 der Interviews nachgegangen werden.

Eine Forderung nach Gleichberechtigung bekommt in der heutigen Gesellschaft durch Gender-Mainstreaming oder Frauenquoten immer mehr Bedeutung und ist in den Blickwinkel der Gesellschaft getreten. (Schigl 2018, S. 12)
So wird deutlich, dass sich in den gleichgeschlechtlichen Dyaden ähnlich sozialisierte Individuen begegnen. Das kann, wenn eine Frau von einer Therapeutin betreut wird, die Schwierigkeit mit sich bringen, die therapeutische Distanz aufrecht zu erhalten. Gleiche Erlebnisse, aufwachsen im selben Milieu und viel Kommunikation können therapeutische Grenzen vermischen. Bei männlichen Verbindungen kann dies eher spiegelbildlich betrachtet werden, so haben männliche Therapeuten-Patienten-Beziehungen öfter Schwierigkeiten, auf eine gemeinsame Beziehung einzugehen. Es fällt Patienten offenbar schwer, in solch einer Beziehung offen Wünsche nach Nähe zum Therapeuten oder zu anderen Individuen zu äußern. (Schigl 2018, S. 179–180) Bei heterogenen Dyaden wird berichtet, dass Therapeuten besonders darauf achten, keinen Verdacht auf sexuelle Nähe entstehen zu lassen, um ein gutes therapeutisches Verhältnis zu behalten. In diesen Konstellationen verstärken sich berufliche und soziale Rollenverständnisse. Jedoch hat jede therapeutische Verbindung, egal ob heterogen oder homogen, ihre Herausforderungen. (Schigl 2018, S. 179) Gibt es Themen, die besonders mit der Weiblichkeit oder Männlichkeit des Patienten verbunden sind, muss sich ein Therapeut bewusst werden, dass die eigene Geschlechtszugehörigkeit für die Beratung eine Rolle spielen kann. (Schigl 2018, S. 186)
Für die Therapie scheint es wichtig zu sein, zu erkennen, welche Vorannahmen man als Therapeut den Geschlechtern gegenüber hat, und zu wissen, wie unterschiedlich Männer und Frauen sein können. (Schigl 2018, S. 185)
Jeder Therapeut, jeder Patient, alle Menschen sind unterschiedlich. Wir sind in anderen Milieus groß geworden, haben andere Gene und unterschiedliche Biographien. Daher sollte jeder Therapeut versuchen, auf die einzelne Person einzugehen und im Gespräch gendersensibel zu handeln. (Schigl 2018, S. 191)

## 3.6 Behandlungsmotivation speziell bei Straftätern

Neben den beschriebenen Konsequenzen, die beim Therapeuten durch das spezielle Klientel der Straftäter entstehen können, kann die Motivation der Patienten eine Auswirkung auf die therapeutische Arbeit haben.
Schon Freud sprach 1909 über die Motive, die einen Menschen bewegen, sich der Mühsal einer „analytischen Kur" zu unterziehen. Er beschreibt die Motivation als das Leiden des Patienten und den daraus entspringenden Heilungswunsch als einen Motor der Therapie. Innere und äußere Widerstände, vor allem aber der sogenannte sekundäre Krankheitsgewinn, stellen

eine entgegengesetzte Kraft dar. (Freud 1990, S. 477)
Laut Petry ist die Behandlungsmotivation die Bereitschaft und Fähigkeit eines Patienten, sich im therapeutischen Setting auf eine Veränderung des eigenen Erlebens und Verhaltens einzulassen. (Petry 1993, S. 1) Möchte man wissen, woher die Motivation von Menschen kommt, so ist das immer eine Frage nach den Beweggründen des Handelns. Warum machen Personen etwas, welches Ziel wollen sie erreichen? Menschen haben einen subjektiven Wert eines Zieles, also was hat der Mensch davon, wenn er sein Ziel und die Erwartungen erreicht? Dieser Wert kann bei jeder Person anders ausgelegt sein. Der Mensch sollte die Erwartung haben, sein Ziel erreichen zu können. Die Stärke der Handlungstendenz errechnet sich aus der Erwartung mal dem Wert. Je mehr die Summe aus beidem ergibt, umso eifriger wird ein Patient für seine Therapie motiviert sein und umso mehr die Handlungstendenz ist, umso höher wird die Motivation eines Individuums. (Sachse 2012, S. 12–13)
Erwartung * Wert = Handlungstendenz => Motivation
Es gibt verschiedene Motive, die Menschen verfolgen, um ein Ziel zu erreichen und dafür Anstrengungen aufzubringen. Hier lassen sich drei Zielzustände formulieren:

1. Die Leistung / Kompetenz:
Menschen haben das Ziel, durch eigene Leistungen immer besser zu werden. Ihre Fähigkeiten immer wieder zu erproben und zu erweitern. Die eigenen Kompetenzen im Gegensatz zu früherem Verhalten zu steigern. Situationen immer ein bisschen besser zu beherrschen.

2. Macht / Dominanz
Sie zeigt sich daran, dass Menschen den emotionalen Wunsch haben, andere Menschen zu beeinflussen oder zu beeindrucken. Das Leben anderer Personen besser machen zu wollen.

3. Anschluss / Intimität
Ziel einer Therapie ist es, Beziehungen aufrecht zu halten. Hier ist der emotionale Kern am meisten zu betrachten. (Sachse 2012, S. 14–15) Therapiemotivation beinhaltet immer, dass der Patient die freie Wahl hat, seine Ziele zu verfolgen. Sie spielen eine aktive Rolle im Therapieprozess. (Meichenbaum, Turk 1994, S. 14)

Laut Sachse gibt es verschiedene Phänomene, die eine Motivation beeinflussen. So kann es Motivationsblockaden geben, also psychische Faktoren, die den Klienten in seiner Änderungsmotivation beeinflussen. Ebenso kann es mangelnde Motivation im Sinne dessen geben, dass die Person eine schwache Änderungstendenz aufweist. Sie sieht z.B. nicht genügend Anreize für eine Veränderung. Neben diesen Punkten sieht man auch Probleme bei der Volition. Klienten haben kein klares Ziel, keine Vorstellung über ein mögliches Ziel. (Sachse 2012, S. 40–41)

Die Motivation eines Patienten kann nicht direkt beobachtet werden, sondern wird meist aus seinem Verhalten geschlossen. Die Schwierigkeit hierbei ist, dass Verhaltensweisen oft unterschiedlich interpretiert werden. (Kowarowsky 2011, S. 44)
Um ein Ziel zu erreichen, bedarf es ausreichender intrinsischer Motivation des Patienten. Therapieziele sind für Patienten meist schwierige Ziele, die eine große Anstrengung mit sich bringen. Dennoch müssen sie sich mit Situationen auseinandersetzen, die sie fürchten, und Ängste überwinden. Für solch einen Schritt in das Innere eines Menschen wird ein hohes Maß an Motivation benötigt. (Sachse 2012, S. 13)
Für den Prozess einer Therapie sollten Patienten motiviert sein, eine Veränderung erreichen zu wollen. Dass Klienten in eine Therapie kommen, bedeutet zwar, dass sie motiviert sind, an einer Therapie teilzunehmen, es bedeutet aber nicht, dass sie aufgrund dessen wirklich bereit sind, etwas an ihrer Lage zu verändern. (Sachse 2012, S. 19–20) Noyon und Heidenreich gehen davon aus, dass innerhalb einer Therapie immer der wahre Leidensdruck des Patienten herausgearbeitet werden sollte. Geschieht dies nicht, endet die Therapie in einem immerwährenden Überzeugungskampf, statt zu einer gemeinsamen Arbeit zu werden. (2009, S. 72)

Motivation wurde früher als Bringschuld des Patienten gesehen. Heute jedoch ist es wichtig, dass auf den Kontakt zwischen dem Therapeuten und dem Patienten geachtet wird. (Schalast 2000, S. 38) Die Motivation sollte nicht als Voraussetzung für eine Therapie gesehen werden, sondern es sollte versucht werden, diese zu wecken bzw. motiviertes Verhalten zu stärken. Motivation ist ein komplexes Bedingungsgefüge, das eindimensionale Konzepte nicht zielführend sein lässt. (Schalast 2000, S. 43) Diese Aussage bestätigt auch Suhling, Pucks und Bielenberg. Er ist der Meinung, dass nicht nur einzelne Bedingungen für die Entstehung bzw. Aufrechterhaltung von Veränderungsmotivation verantwortlich sind, sondern dies eine Interaktion dieser einzelnen ist. Hierbei sollte der zu Behandelnde, das Behandlungskonzept und der Therapeut betrachtet werden. (2016, S. 234) So wirkt sich die therapeutische Beziehung unmittelbar auf die Bereitschaft und Fähigkeit des Patienten zur Problembearbeitung aus, ist jedoch nicht der einzige Faktor. (Suhling, Pucks, Bielenberg 2016, S. 377)
Eine große Herausforderung für den Therapeuten ist es, bei den Patienten diese Basis-Bedürfnisse zu wahren. Dies bedarf einer besonderen Beachtung im therapeutischen Setting. Der Patient will vom Therapeuten geachtet werden und Wertschätzung erfahren. Neben den Basismotiven eines jeden Menschen gibt es noch eine Vielzahl weiterer, personenbezogener Motive, welche auch auf die persönliche Biographie des Patienten zurückzuführen sind. (Kowarowsky 2011, S. 45)

Probleme entstehen immer dann, wenn der Patient seine Basismotive in Gefahr sieht. Diese Motive werden von unterschiedlichen Theoretikern anders beschrieben: Nach Rosenberg hat jede Person acht Grundbedürfnisse: das körperliche Wohlbefinden, Sicherheit, Liebe, Empathie, Kreativität, Geborgenheit, Autonomie und Sinnhaftigkeit. Ein anderer Theoretiker Yuson Sanchez beschreibt, dass das Basismotiv eines jeden die Liebe ist. Er sagt: "We need love-not pain." Peter Sloterdijk, ein Philosoph aus der heutigen Zeit, meint: "Jeder Mensch ist ein Wesen mit Würdeverlangen" (Kowarowsky 2011, S. 44–45) So eine Problematik kann sich im gesamten Behandlungsprozess zeigen (Petry 1993, S. 52). In dieser Weise lernen Patienten, früh ihre manipulativen Fähigkeiten für sich zu nutzen, um ein gutes Behandlungsergebnis zu erlangen. (Rauchfleisch, 2013, S. 79)

Motivation in der Täterarbeit

Die Täter sollen durch die Therapeuten lernen, tatsächliche Einsicht für ihr Handeln zu erlangen. Gefühle wie Tateinsicht und Empathie müssen meist erst beim Täter entwickelt werden. Motive für eine Veränderung sind bei diesen Patienten selten von Beginn der Haftstrafe bzw. Therapie vorhanden. Sichtbar sind jedoch extrinsische Motivationen, beispielsweise wenn sie an einer therapeutischen Behandlung teilnehmen, die für Vollzugslockerung oder eine vorzeitige Entlassung sorgen. (Rohrer, Andretta 2014, S. 56)

Viele Straftäter zeigen nur einen geringen Leidensdruck bezüglich ihrer Taten und gehen davon aus, dass diese "einfach" ein Teil von ihnen seien, und denken wenig darüber nach, welches Unrecht sie einer anderen Person angetan haben. Dies kann unterschiedliche Gründe haben. Beachtet werden sollte aber, dass diese Gründe auch auf eine Erkrankung zurückzuführen sind. Einige verweigern ihre Taten, kommen nicht zu Therapien oder nur unter Androhung von Strafen. Andere wiederum nehmen an den Therapiesitzungen teil, bemühen sich jedoch nicht um geistige Teilnahme. Die Arbeit mit Straftätern setzt bei den Therapeuten ein hohes Maß an Frustrationstoleranz und viel Geduld voraus. (Suhling, Pucks, Bielenberg 2016, S. 233)

Der empfundene Leidensdruck der Patienten kann als zentraler Bestandteil ihrer Behandlungsmotivation gesehen werden. Bei Patienten im Maßregelvollzug ist es wichtig, eine Differenzierung zu schaffen: So gibt es einmal die Unterscheidung in dem Leiden des Menschen an sich selbst und seiner aktuellen Situation und einmal in dem Leid, dass der Patient seiner Umwelt angetan hat. Im zweiten Fall wird das Leid externalisiert und somit nicht als eigenes angesehen. Gibt es Rückfälle in einer Therapie, können Fehler somit auf die Umwelt verschoben werden und beeinflussen nicht das innere Selbst. (Schalast 2000, S. 37) Einen Leidensdruck zu verspüren bedeutet nicht, dass Klienten wirklich etwas ändern wollen. Sie spüren jedoch, dass sie viel auf sich nehmen müssen und dieses Gefühl wollen sie beseitigen. Das

Wissen darüber heißt aber nicht, dass der Klient bereit ist, Verantwortung hierfür selbst zu übernehmen. Änderungsmotivation entsteht erst dann, wenn der Straftäter seine Verantwortung für seine Aufgaben übernimmt. (Sachse 2012, S. 24)

Wie sehr eine mangelnde Therapiemotivation den Patienten beeinflusst, ist abhängig von der Erkrankung und den persönlichen Zielen des Patienten (Meichenbaum, Turk 1994, S. 17) Der Therapeut sollte immer wissen, dass es verschiedene Arten von Tätern gibt. Die einen, die wirklich motiviert sind, an ihrem Verhalten etwas zu verändern, und die anderen, die nach kurzer Zeit genau wissen, wie sie sich in der Therapie verhalten müssen, um eine Hafterleichterung zu bekommen. Für sie ist es einfach, sich für eine Therapiestunde so zu verhalten, dass der Therapeut denkt, es hätte einen weiteren Lernschritt gegeben. Eine gewisse kritische Betrachtung des Ausgesprochenen sollte immer vorhanden sein. (Halbhuber-Gassner 2010, S. 138)

Eine Änderungsmotivation impliziert, dass man für ein Problem und die entstehenden Kosten, somit alles, was sie für eine Veränderung von sich selbst aufbringen müssen, Verantwortung übernehmen will und sich im hohen Maße dafür eigenverantwortlich fühlt, das Problem zu lösen. Diese Motivation ist nicht leicht zu entwickeln, denn es hängt von vielen Faktoren ab, die zusammenkommen müssen. (Sachse 2012, S. 23) Beachten sollte ein Therapeut, dass sich die Therapiemotivation zu jedem Zeitpunkt ändern kann. Es ist zu beobachten, dass Patienten für ein Thema Bereitschaft zur Veränderung zeigen, diese aber zu einem späteren Zeitpunkt für dasselbe Thema nicht mehr aufbringen können oder wollen. Motivation ist somit ein komplexes Zusammenspiel aus vielen Faktoren. (Meichenbaum, Turk 1994, S. 19) Durch eine richterliche Anordnung zeigen sich, anders als bei Patienten in einem „normalem“ therapeutischen Setting, Schwierigkeiten bei der Motivation dadurch, dass die Patienten von außen dazu verpflichtet werden. So muss auf unfreiwilliger Basis eine therapeutische Behandlung stattfinden. (Nowara, 2008, S. 136–137) Die zwanghafte Unterbringung macht es erheblich schwieriger, eine persönliche Motivation beim Patienten zu erreichen. Meist gibt es bereits Erfahrungen der Patienten mit Therapien, die bereits vor der richterlichen Unterbringung erfolgt sind, die als nicht erfolgreich oder unangenehm empfunden wurden. Ebenso kann es durch starke Bindung an Mitinsassen oder mangelndes Vertrauen zum Personal zu Beeinträchtigungen der Motivation kommen. Hieraus ergeben sich eher ungünstige Ausgangsbedingungen für eine Therapie im Maßregelvollzug.

Daher sollte eine Therapiemotivation als erstes Ziel in die Therapie aufgenommen werden. (Bosold 2008, S. 148)

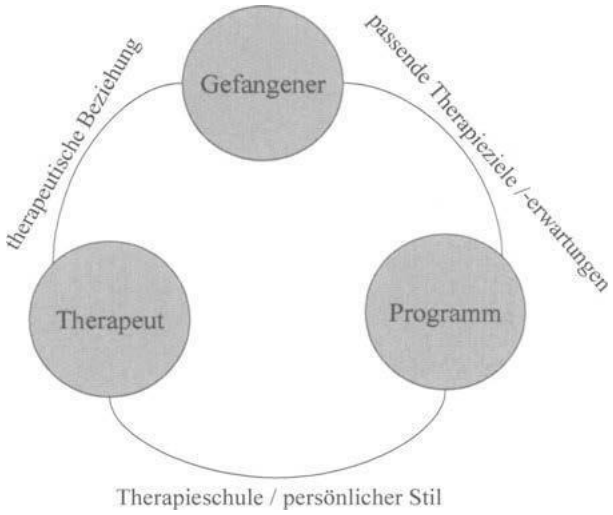


*Abbildung.2: Therapie Motivation nach Pecher, Stark (2016 S. 377)*

Laut Bosold werden für die Motivation in der Therapie mit Straffälligen fünf beeinflussende Faktoren beschrieben:

1. Das Therapieerfolgsmotiv: hierbei geht es um das Belastungserleben durch psychische Störungen. Kann die Therapie für den Straftäter als erfolgreich und erreichbares Ziel gesehen werden?

2. Das Hafterleichterungsmotiv: dabei geht es um das Belastungserleben durch Sanktionen und Haftsituationen. Gemeint ist damit, was der Patient im stationären Alltag erlebt.

3. Die Therapiebewertung: wie ist das individuelle Wissen und die eigene Werthaltungskomponente, also die Motivation, gegenüber der Psychotherapie.

4. Die Therapieverfügbarkeit: welche Anforderungen hat die Therapie und welches Zutrauen hat der Patient in sie.

5. Die Haftressentiments: welches Misstrauen herrscht vom Patienten gegenüber der Justiz und dem Strafvollzug. (Bosold 2008, S. 149)

Die Therapiemotivation macht für die Behandlung eines psychisch kranken Menschen einen wichtigen Bestandteil aus. Sie kann auf Grund von Krankheit oder fehlender Einsicht eingeschränkt sein, sollte jedoch immer betrachtet werden, um eine Therapie durchführen zu können.

Diese in Punkt 3 aufgeführten Recherche-Ergebnisse bedeuten für die Therapeuten, die mit psychisch kranken Menschen arbeiten, viel Selbstreflexion und ein Wissen über ihre eigenen Grenzen und ihr Handeln. Bei andauernder Überbelastung und Trennung der persönlichen Grenzen können Krankheiten entstehen, die die Therapeuten nachhaltig in ihrer Arbeit beeinflussen. Auch der eigene Anspruch an die Arbeit, das „Helfen wollen“, die Motivation der Patienten und das gendersensible Arbeiten können eine zusätzliche Herausforderung für die therapeutische Arbeit und den Umgang des Therapeuten in seiner Rolle als „Therapeut“ darstellen.

# 4. Expertenmeinung

## 4.1 Vorgehen

Die Experten-Interviews sollen zur Unterstützung der Literaturrecherche dienen. Hierbei wurden Experten nach ihrer fachlichen Meinung zu Punkten befragt, bei denen die bereits recherchierte Literatur noch nicht ausreichend war. Die Befragung fand per E-Mail statt und wurde an Experten verschiedener Berufsgruppen versandt, welche alle im Bereich der Forensischen Psychiatrie arbeiten oder sich wissenschaftlich damit beschäftigen. Das Schreiben enthielt eine kurze Aufklärung über das Thema dieser Arbeit und drei Fragen zum Thema. Die speziell gestellten Fragen wurden aus den Themen dieser Arbeit abgeleitet.

Bei der ersten Frage sollten die Experten ihre Einschätzung zum Thema: gleichgeschlechtliche oder gemischtgeschlechtliche Therapie geben und erläutern, ob sie der Meinung sind, dass dies einen Einfluss auf das therapeutische Handeln hat.

Bei der zweiten Einschätzung geht es darum herauszufinden, welche Verbindung zwischen geistiger und körperlicher Gesundheit bei den Therapeuten besteht, die in der Forensik arbeiten.

Die dritte Frage soll darüber Aufschluss geben, wie sie die gesellschaftliche Meinung in Bezug auf eine Forensische Psychiatrie beschreiben und ob diese Einfluss auf einen Therapeuten hat.

In der E-Mail wurde darauf verwiesen, dass Namen anonymisiert werden, sofern dies von den Experten gewünscht wäre. Es wurde um die Erlaubnis zur Weiterleitung an andere Experten gebeten, um eine größere Resonanz zu erhalten.

## 4.2 Auswertung

Da von keinem der Experten eine Rückmeldung zu den in der E-Mail gestellten Fragen erfolgt ist, konnte keine Auswertung durchgeführt und somit nicht in die Bachelorarbeit aufgenommen werden.

# 5. Interview

## 5.1 Der Leitfaden

Die Interviews werden mit Hilfe des leitfadengestützten Interviews durchgeführt. Es ist eine Methode, um qualitative Daten zu erzeugen. Der Leitfaden hilft dem Interviewer, durch das Gespräch zu führen (Helfferich 2014, S. 559)

Die Fragen wurden neben den Eingangs- und Schlussfragen in drei Teilbereiche untergliedert und sind auf Grundlage der Recherche formuliert. Der Leitfaden beinhaltet offen gestellte Fragen zu den einzelnen Themenbereichen, welche eine gewisse Fokussierung auf den behandelten Themenbereich ermöglichen. Insgesamt enthält der Leitfaden 21 hierarchisch sortierte Fragen. So gibt es in jedem Kapitel den Fragenbereich A (grün hinterlegt), welcher die Fragen enthält, die bei jedem Interview gestellt werden müssen und zu einer guten Vergleichbarkeit führen. Gruppe B (gelb hinterlegt) und C (lila hinterlegt) sind Fragen, die je nach Gesprächsfluss des Befragten gestellt werden können, um ausreichend Input zur Auswertung zu erhalten.

Nach den Einstiegsfragen, um ins Thema einzuleiten, behandelt der erste Teil Fragen zum Beruf als Therapeut in einer Forensischen Psychiatrie. Es soll damit deutlich werden, welche Beweggründe der Therapeut hatte, diesen Beruf zu wählen, wie er seine Arbeit empfindet und welche Auswirkungen seiner Meinung nach die Gesellschaft auf die Therapeuten und den Maßregelvollzug hat.

Der zweite Teil beschäftigt sich mit der Rolle als Therapeut und den Belastungen, die durch die Arbeit entstehen. Hier soll herausgearbeitet werden, was Therapeuten beschäftigt, belastet und ob eine Trennung zwischen Arbeit und Beruf in diesem Bereich möglich ist. Ebenso soll herausgearbeitet werden, ob es Anzeichen für das Phänomen der sekundären Traumatisierung und/oder Gegenübertragung bei den Therapeuten gibt.

Der dritte und letzte Teil beschäftigt sich mit Fragen zur Therapiesituation. Diese Fragen werden gestellt, um Aufschluss darüber zu bekommen, wie sich die Motivation der Patienten auf den Therapeuten auswirkt und ob es einen Einfluss auf seine Behandlung hat. Ebenso soll untersucht werden, welche Bedeutung eine gleichgeschlechtliche oder gemischtgeschlechtliche Therapie-Patient Verbindung in der Forensischen Psychiatrie hat.

## 5.2 Durchführung der Interviews

Zunächst erfolgte die Auswahl der Mitarbeiter einer Forensischen Psychiatrie in Bayern. Es sollten Mitarbeiter sein, die sowohl seit langer Zeit als auch seit kurzem als Therapeuten in einer Forensischen Psychiatrie tätig sind. Daher wurden vier Therapeuten ausgewählt, zwei sind bereits seit mehreren Jahren in einer Psychiatrie tätig, zwei erst seit kurzem. Hierdurch soll sichtbar werden, ob es Unterschiede gibt, je nachdem wie lange ein Therapeut in einer Einrichtung arbeitet. Die Auswahl der Interviewpartner fand persönlich durch die Autorin statt. Alle Interview Termine wurden am selben Tag durchgeführt.
Vor der Durchführung wurde mit einer Therapeutin aus einem ähnlichen Setting ein Pre-Test durchgeführt, um herauszufinden, ob der Leitfaden in dieser Weise ausreichend unterstützend für eine Befragung ist.
Die Interviews fanden in geschlossenen, ruhigen Räumen mit jeweils dem Befragten und der Interviewerin statt. So sollte eine ruhige und entspannte Atmosphäre geschaffen werden. Jedes Interview wurde mit einer Begrüßung und einer kurzen Einführung in das Thema dieser Arbeit begonnen. Die Interviewpartner wurden darauf hingewiesen, dass eine Aufzeichnung des Gesprächs zur späteren Transkription notwendig ist und die Datenschutzrichtlinien selbstverständlich eingehalten werden. Auf Grund der persönlichen Themen war es notwendig, darauf hinzuweisen, dass die Interviewpartner anonymisiert werden. Das Gespräch wurde mittels eines Diktiergerätes aufgenommen, damit später die Transkription erleichtert wird. Zur Sicherheit wurde das Interview parallel mit dem Smartphone aufgezeichnet. Im Schnitt dauerten die Gespräche zwischen 30 und 45 Min. Nach der Transkription wurden die Aufnahmen gelöscht.

## 5.3 Auswertung der Interviews

Die durchgeführten Interviews lagen in Audio Dateien vor und wurden im Anschluss transkripiert. Bei der Transkription wurde sich an die Vorgaben des „Einfachen Transkriptionssystems“ aus dem Praxishandbuch „Interviews, Transkription und Analyse“ gehalten. Es fand eine wörtliche Transkription statt, jedoch ohne Beachtung von Wortdoppelungen oder des Dialekts. Dadurch soll die Lesbarkeit der Interviews vereinfacht werden. (Dresing, Pehl, 2012, S. 25-27)
Die Aussagen der Experten wurden in eine Gesamtübersicht in eine Excel-Tabelle übertragen, um eine Übersicht der Antworten zu erlangen. Dabei diente das Vorgehen nach Mayring zur qualitativen Inhaltsanalyse als Orientierungshilfe. Durch die Übersicht und die vorher gegliederten Konsequenzen und Herausforderungen konnten „nach vorher festgelegten Ordnungskriterien bestimmte Aspekte aus dem Material gefiltert werden“. (Mayring, 2016, S. 115.)

Die ausgefertigten Interviews befinden sich im Anhang dieser Arbeit.
Zuerst wurde eine Paraphrasierung der Antworten durchgeführt, mit der ausschmückende oder wenig inhaltsausdrückende Textteile nicht aufgenommen wurden (Mayring, 2010, S. 62). Zur besseren Zuordnung wurden die wichtigen Elemente farblich den folgenden Ordnungskriterien zugewiesen:

- Herausforderungen und Einflüsse
- Gesellschaftliche Herausforderungen
- Körperliche Herausforderungen
- Sekundäre Traumatisierung
- Gegenübertragung
- Helfersyndrom
- Geschlechter Konflikt
- Behandlungsmotivation

Die ausgearbeitete Tabelle ist im Anhang 4, S. A-33ff zu finden.
Im Anschluss wurde eine theoretische Generalisierung vorgenommen, welche durch persönliche Einschätzungen und Schlussfolgerungen unter Punkt 5.4 ergänzt wurde.

## 5.4 Interpretation

Im nachfolgenden werden die Ergebnisse der Interviews interpretiert und mit der im ersten Teil der Arbeit aufgeführten Literatur verglichen. Es soll deutlich werden, wie die Mitarbeiter in einer Forensischen Psychiatrie die Herausforderungen und Einflüsse durch die Arbeit mit dem besonderen Klientel empfinden und welche Konsequenzen sie dadurch erleben.

1. Herausforderung und Einflüsse

Durch die Auswertung aller Interviews hat sich gezeigt, dass die Herausforderungen und Einflüsse, die von außen auf die Therapeuten wirken, von großer Bedeutung sind.

So wird beschrieben, dass die größte Herausforderung darin besteht, den Ansprüchen der Institutionen (wie z.B. der großer Firmen, mit denen die Therapie zusammenarbeitet) sowie dem Arbeitgeber und gleichzeitig den therapeutischen Ansprüchen gegenüber den Patienten gerecht zu werden. „Der Spagat zwischen dem von außen und den Fähigkeiten der Patienten zu schaffen, das ist sehr anstrengend und herausfordernd“ (Interview Partner 2, 2019). Einer der Interviewpartner beschreibt, dass die Veränderungen der äußeren Rahmenbedingungen (z.B. der Reduzierung der Mitarbeiteranzahl, der veränderten räumlichen Arbeitsbedingungen und der wenigen Unterstützung durch fehlende Gelder und zu wenig Rückhalt durch die Institution) dazu führen, dass sich die Therapeuten überlastet fühlen (Interviewpartner 1, 2019). Die Tatsache „alleine arbeiten zu müssen“ bzw. mit zu wenigen Therapeuten sich um eine große Patientenzahl kümmern zu müssen, scheint zu einer großen Herausforderung für die Therapeuten zu führen.

Sie müssen andauernd aufmerksam sein und haben kaum Möglichkeiten, ihre Arbeit zu unterbrechen und keine Zeit für Pausen. Die Folge daraus ist, dass sie keine Möglichkeit haben, dem einzelnen Patienten gerecht zu werden und auf seine Belange eingehen zu können. Dies wird von allen Befragten als eine große Belastung empfunden, da sie ihren eigentlichen „Auftrag“ nicht ausführen können. Interviewpartner 1 beschreibt, dass er dadurch seinen eigentlichen Auftrag nicht ausführen kann. (2019)

Es entsteht der Eindruck, dass gerade bei diesem Klientel die Aufmerksamkeit eine besonders wichtige Aufgabe im Alltag der Therapeuten ist, die häufig als sehr belastend empfunden wird. In den Interviews werden Sätze genannt, wie z.B.: „man muss seine Augen überall haben, darf nicht unaufmerksam sein, und das den ganzen Tag“. (Interviewpartner 1, 2019) oder „diese permanente Aufmerksamkeit bringt „immer Druck und Anspannung“ mit sich (Interviewpartner 2, 2019).

Während des Interviews wird deutlich, dass Therapeuten, die schon lange in der Therapie mit Straffälligen arbeiten, ihre Arbeit anders wahrnehmen als die Therapeuten, die noch nicht lange in diesem Bereich tätig sind. Die Therapeuten mit langer Berufserfahrung scheinen im Laufe der Jahre ihre Arbeitsweise den gegebenen Voraussetzungen, wie z.B. dem Druck von außen, schwierigen Patienten usw., angepasst zu haben und nicht mehr die

gleiche Euphorie zu zeigen wie neue Mitarbeiter. So beschreibt der Interviewpartner 1, dass sich sein Anspruch an die Arbeit geändert hat und er nicht mehr so enthusiastisch sein kann. Er habe gelernt, mit Druck anders umzugehen als zu Beginn seiner Tätigkeit. Im Verlauf des Interviews wird jedoch deutlich, dass auch er trotz langjähriger Erfahrung eine starke Herausforderung durch die Arbeit und durch den Druck von außen erfährt und dies auch bei ihm zu einer starken Belastung führt. (2019)

Eine weitere Herausforderung scheint, dass man als Therapeut lernen muss, damit umzugehen, dass Patienten, trotz scheinbar gutem Therapieerfolg, wieder rückfällig werden und erneut straffällig werden. Der Konflikt, den die Therapeuten hier austragen, ist zum einen „ein Gefühl von Versagen“ und zum anderen, dies nicht zu sehr an sich heranzulassen. Das bedeutet für sie, viel Selbstreflektion und Selbstsicherheit entwickeln zu müssen. (Interviewpartner 1, 2019)

Ebenso wird beschrieben, dass häufig Grenzen von den Patienten gegenüber dem Therapeuten überschritten werden. Dadurch wird das Verhalten der Therapeuten gegenüber dem Patienten immer wieder getestet, und wo sie ihre Grenzen setzen. Die Folge ist ein ständiges Ausloten der Machtverhältnisse. (Interviewpartner 2, 2019)

Trotz alldem wird deutlich, dass sie empathisch gegenüber den Patienten sind. Die Therapeuten wissen um die Erkrankungen der Patienten und können daher mit den besonderen Herausforderungen dieses Klientels besser umgehen. (Interviewpartnerin 3, 2019) Es wird auch beschrieben, dass sich das Selbstwertgefühl durch die Arbeit in der Forensik steigert. (Interviewpartner 4, 2019)

Zusammenfassend kann beschrieben werden, dass es viele Herausforderungen gibt, die an die Therapeuten gestellt werden. Diese Herausforderungen scheinen eine starke Belastung für die Therapeuten darzustellen, der sie sich nur teilweise entziehen können. Welche Herausforderungen für die Therapeuten zur Überbelastung führen können, scheint jedoch von der Person selbst abhängig zu sein.

2. Gesellschaftliche Herausforderungen

Bei den gesellschaftlichen Herausforderungen zeigt sich ein interessantes Phänomen, das alle vier Interviewpartner beschreiben. Sie empfinden zunächst keine Diskriminierung oder Stigmatisierung durch die Gesellschaft. Bei genauerer Befragung äußern sie jedoch, dass ihre Mitmenschen ihnen gegenüber immer wieder Sätze äußern wie: „das könnte ich nicht“, „das ist viel zu gefährlich“, „Mit solchen Leuten könnte ich nicht zusammenarbeiten“, „solche Menschen gehören nicht therapiert“. Hier scheint eine Abneigung der Gesellschaft gegenüber diesem Klientel unterschwellig geäußert zu werden. Dennoch beschreiben die Therapeuten diese Art der Diskriminierung nicht als unangenehm, sondern nehmen diese Situation einfach zur Kenntnis. Dennoch empfinden alle keine Wertschätzung durch die

Gesellschaft für den eigenen Beruf. Dies wird nach Einschätzung der Therapeuten verstärkt durch den zu geringen Lohn, den sie erhalten, obwohl sie schwere Arbeit leisten. So beschreibt ein Interviewpartner, dass von der Gesellschaft nicht verstanden wird, welche Verantwortung die Therapeuten zu tragen haben. Dies führt er darauf zurück, dass die Therapeuten in der Forensischen Psychiatrie mit Menschen am Rand der Gesellschaft arbeiten. (Interviewpartner 1, 2019)
Ebenso äußert ein Interviewpartner, dass die Gesellschaft nicht genau weiß, was eine Forensische Psychiatrie ist, welche Funktion sie übernimmt und warum es wichtig ist, solche Einrichtungen zu haben. Die gesellschaftliche Meinung dazu ist meist negativ belastet. (Interviewpartner 3, 2019)
Bei der Frage nach der Veränderung des eigenen Welt- und Selbstbildes wird deutlich, dass dieses sich bei allen vier Interviewpartnern im Lauf ihrer Tätigkeit in der forensischen Therapie verändert hat. Sie beschreiben alle, vorsichtiger geworden zu sein, mehr auf die Menschen zu achten, wenn sie beispielsweise in der Stadt unterwegs sind (Interviewpartner 1, 2019). Ein Interviewpartner beschreibt, dass er, seitdem er in der Forensik arbeitet, den Gedanken hat, dass es viel Böses in der Welt gibt. (Interviewpartner 2, 2019)

Es scheint klar zu werden, dass man als Therapeut eine Veränderung der eigenen Weltanschauung bekommt. Dies kann zu erheblichen Folgen und Belastungen für das Privatleben des Therapeuten führen.
Zusammenfassend ist zu erkennen, dass die Gesellschaft mehr Aufklärung bräuchte, um die tatsächliche Arbeit der Therapeuten in einer Forensischen Psychiatrie und welche Bedeutung sie für das Allgemeinwohl hat, Wert zu schätzen. Dieses Wissen über die hohe Verantwortung des betreuenden Personals könnte das negative Bild in der Gesellschaft wandeln und positiv verändern.

3. Körperliche Folgen

Da die beiden Therapeuten, die schon lange in der Forensischen Psychiatrie arbeiten, zuvor einen anderen Beruf hatten, empfinden sie die Arbeit körperlich nicht anstrengender als in den Berufen zuvor. So kann nur schwer ein Rückschluss darauf gezogen werden, ob und wenn dann welche körperlichen Folgen direkt auf die Arbeit in der Forensischen Psychiatrie zurückzuführen sind. Deutlich bei der Befragung wurde jedoch, dass sich mit der Zeit körperliche Einschränkungen bei den Interviewpartnern zeigten.
Beschrieben werden Rückenleiden durch schweres Heben der Materialien. Um herauszufinden welchen Einfluss die psychischen Herausforderungen auf den eigenen Körper oder die Psyche haben, bedarf es einer weiteren, detaillierten Befragung.

4. Sekundäre Traumatisierung

Bei der Sekundären Traumatisierung wird die Frage gestellt, wie das Ich des einen das Ich des anderen direkt oder indirekt so beeinflussen kann, dass daraus eine eigene Traumatisierung entsteht.

Innerhalb der Interviews wird deutlich, dass alle Therapeuten Schwierigkeiten haben, die Geschehnisse, die sie in ihrer täglichen Arbeit erfahren, komplett von der eigenen Person zu lösen.

Versucht wird, professionell damit umzugehen und „die Taten nicht mit der eigenen Biographie zu vermischen." (Interviewpartner 1, 2019) Jedoch scheint dies eine Gratwanderung zu sein, da die Schicksale der Patienten und der Opfer den Therapeuten, trotz aller Professionalität, auch nahe zu gehen scheinen. (Interviewpartner 2, 2019).

Einer der Interviewpartner beschreibt, dass ihm zum Abschalten der lange Heimweg hilft. Er scheint hier eine gute Möglichkeit gefunden zu haben, um einer Belastung entgegen zu gehen. (Interviewpartner 1, 2019) Im weiteren Verlauf jedoch spricht er darüber, dass er nach der Arbeit seine Ruhe möchte und nicht mehr viel reden will. Dies könnte man darauf zurückführen, dass ihn seine Arbeit intensiver beeinflusst, als er das vielleicht selbst bemerkt.

Dennoch wird deutlich, dass die Therapeuten Belastungen empfinden, welche durch weitere Belastung zu schwerwiegenden Folgen wie einer Sekundären Traumatisierung führen können. So beschreibt ein Interviewpartner „dass es schwer ist, die Geschichten der Patienten von seinem eigenen Privatleben zu trennen. Sie beeinflussen ihn stark und er muss noch viel zu Hause darüber nachdenken." (Interviewpartner 2, 2019) Ein anderer Interviewpartner beschreibt, dass er die Situationen und Geschehnisse nicht immer von zu Hause fernhalten kann und diese ihn viel zum Nachdenken bringen. (Interviewpartner 3, 2019) auch Interviewpartner 4 beschreibt, dass er Geschichten mit nach Hause nimmt und diese mit seiner Familie besprechen muss. (2019)

Es scheint allen schwer zu fallen das Erlebte komplett von sich fernzuhalten. So beschreibt Interviewpartner 2, dass die Schicksale ihm nahegehen und diese einen an persönliche Grenzen bringen „das ist nicht so einfach". Er beschreibt sogar, dass er sich mit den Opfern und auch Tätern „identifiziert", sich um sie Gedanken macht. (2019) Hier scheint eine Grenze des Persönlichen und der Arbeit bereits überschritten zu sein und eine Entgrenzung stattzufinden.

Deutlich wird, dass die Therapeuten in den Interviews viel Empathie den Tätern gegenüber zeigen, dies ist zwar für die Therapie wichtig, kann aber auch ein erheblicher Risikofaktor für das Entstehen von Sekundärer Traumatisierung sein (Daniels J., 2008, S. 8). Bei einigen sind die Grenzen vom eigenen Erleben und dem der anderen möglicherweise schon überschritten und eine intensive Belastung wird sichtbar.

5. Gegenübertragung

Das Phänomen der Gegenübertragung wird durch die Interviews nur schwer erkennbar. Dies kann zum einen darauf zurückzuführen sein, dass sich die Therapeuten dessen nicht bewusst sind, ihre Gefühle nicht offen äußern möchten, dass solch ein Phänomen bei diesen Therapeuten nicht vorhanden ist, oder die Fragen nicht aussagekräftig genug gestellt wurden.

Ein Therapeut beschreibt, dass er am Abend ausgelaugt ist, dass die Patienten seine ganze Kraft nehmen. Hier scheint deutlich zu werden, dass es eine intensive wechselseitige Beziehung zwischen dem Therapeuten und den Patienten gibt (Interviewpartner 1, 2019)

Ebenso beschreibt ein Therapeut, dass er sich gerne und immer, wenn es nötig ist, die Geschichten der Patienten anhört, ihn diese aber belasten würden. (Interviewpartner 2, 2019) Er beschreibt sogar, dass ein Patient jeden Tag mit ihm über seine Probleme spricht und der Therapeut dies als positiv empfindet. Eine therapeutische Grenze scheint hier schwer zu ziehen zu sein, sodass sich der Therapeut bereits in einer sehr engen Verbindung mit seinen Patienten befindet.

Herausgefunden werden müsste, ob der Therapeut in solchen Gesprächen fremde Gefühle erkennen und diese dann auch beim Patienten lassen kann.

Es wird deutlich, dass die Therapeuten tagtäglich in einer engen Verbindung mit ihren Patienten auf Grund ihrer Therapiesituation und den vorhandenen Krankheitsbildern arbeiten müssen und somit das Phänomen der Gegenübertragung bei allen möglich ist. Wichtig wird daher sein, die Therapeuten aller Berufssparten über dieses Phänomen aufzuklären und entsprechend zu schulen. Damit lernen sie, sich von den Geschichten der Patienten abzugrenzen oder diese Empfindungen als Fremde wahrzunehmen und mit diesem Wissen darüber therapeutisch handeln zu können.

6. Helfersyndrom

Aus den Biographien der Interviewpartner wird sichtbar, dass alle schon früh eine helfende Aufgabe in ihrem Leben übernommen haben.

Dies scheint typisch für Menschen zu sein, die ein Helfersyndrom entwickeln können (Fengler 2001, S. 39–40). Das „Helfen wollen“ scheint auch bei den Interviewpartnern ein Grund gewesen zu sein, diesen Beruf ausüben zu wollen. Interviewpartner 1 beschreibt, dass er schon immer „Interesse an der Arbeit mit behinderten Menschen hatte“ und auch Interviewpartner 3 beschreibt, dass in der ganzen Familie soziale Berufe ausgeübt werden. (2019)

Besonders bei Interviewpartner 3 wird ein ausgeprägtes „helfen wollen“ deutlich. In der Arbeit möchte er alles perfekt gemacht werden haben, möchte besser sein als der Kollege.

Ein Interviewpartner beschreibt, dass er am meisten Freude empfindet, wenn Patienten geholfen werden kann, man sie unterstützt und sieht, dass sie ihren Weg durch die Hilfe des Therapeuten bestreiten können. Ebenso fühlt sich der Interviewpartner 3 durch die Arbeit dann bestätigt, wenn er helfen konnte und die Therapie oder der Alltag durch seine Hilfe leichter wurden. (2019) Dies scheint für ihn und seinen Enthusiasmus bei der Arbeit besonders wichtig zu sein. Jedoch wird von ihm auch geäußert, dass solch ein Perfektionismus viel Druck und Belastung mit sich bringt.

Hier stellt sich die Frage, ob die Grenzen zwischen dem „normalen helfen wollen“ und dem übermäßigen „helfen wollen“ schon verschwommen sind. Dieser Therapeut ist erst seit einigen Jahren in diesem Bereich tätig und es entsteht der Eindruck, dass zu Beginn bei allen Therapeuten mehr Euphorie und Enthusiasmus vorhanden sind.

So beschreibt auch Interviewpartner 1, dass der Enthusiasmus sich im Laufe der Jahre verändert habe, er dennoch ein gutes, bestätigendes Gefühl empfinde, wenn Patienten in der Therapie Leistungen zeigen können, die ihnen vorher nicht möglich waren.

Er geht auch darauf ein, dass er als Therapeut idealistisch denkt: „helfen will“, möchte sich selbst aber nicht als Therapeut mit Helfersyndrom bezeichnen. (2019)

Schlussendlich spielt das „helfen wollen“ eines Therapeuten bei der Arbeit mit psychisch kranken Menschen eine wichtige Rolle. Es ist jedoch vom Therapeuten selbst abhängig, in welcher Weise er das auslebt und welche Folgen das für ihn und seine Arbeit mit sich bringt.

## 7. Mann und Frau in der Therapie

In der Literatur wird beschrieben, dass es auf den Patienten selbst und die Person des Therapeuten ankommt, wie eine Therapie verläuft, und nicht allein auf die Tatsache, ob es eine gleichgeschlechtliche Verbindung oder eine gemischt-geschlechtliche Verbindung von Therapeut und Patient ist.

Dieser Aussage kann der Interviewpartner 1 zustimmen. Er ist der Meinung, dass es auf die Person an sich ankommt und nicht auf das Geschlecht. Schwierig wird es seiner Meinung nach nur bei den Patienten, die sich auf Grund von religiösen Hintergründen oder anderen Kulturen von einer Frau als Therapeutin nichts sagen lassen möchten. Diese Aussage kann auch durch Interviewpartner 4 (weiblich) bestätigt werden. (2019)

Bei der Arbeit mit Straftätern empfinden die weiblichen Befragten durchaus Unterschiede im Umgang von Patienten zu Therapeut oder Therapeutin. So beschreiben sie, dass sie sich bei den männlichen Patienten erst den notwendigen Respekt erarbeiten müssen. Eine Interviewpartnerin spricht davon, dass man als Therapeutin mehr Mut im Arbeitsalltag mit psychisch kranken Straftätern aufbringen muss als ein männlicher Kollege. (Interviewpartner 3, 2019)
Auch werden von weiblichen Therapeutinnen Probleme beschrieben, sobald sie selbst Kinder haben. Diese Situation beeinflusst ihr Handeln insbesondere bei Sexualstraftätern nachhaltig. Sie können nur noch schwer eine professionelle Trennung vollziehen zwischen den Geschichten der Patienten und der Tatsache, dass auch ihre Kinder Opfer werden können. Dieses Phänomen kann sich auch bei Vätern zeigen. (Interviewpartner 3, 2019)

Der Interviewpartner 1 beschreibt ebenso wie Interviewpartner 3, dass es wohl auf den Patienten selbst ankommt. So können Patienten sowohl gegenüber Männern als auch Frauen respektlos sein. (2019)
Nennenswert ist, was Interviewpartnerin 4 beschreibt: sie könnte Frauen nicht therapieren, da sie Schwierigkeiten hätte, die Grenze zwischen sich und der Patientin zu wahren. (2019)
Bei der Arbeit mit Straftätern kann es eine Auswirkung haben, ob der Therapeut männlich oder weiblich ist. Therapeutinnen haben anscheinend zu Beginn ihrer Tätigkeit mehr Herausforderungen als ihre männlichen Kollegen, sich den notwenigen Respekt der Patienten zu erarbeiten. Jedoch ist es zu einem großen Teil von der Person des Therapeuten selbst abhängig, wie er mit den Patienten umgeht und wie eine gute therapeutische Verbindung entstehen kann.

8. Behandlungsmotivation

Bei der Frage nach der Motivation sollte herausgearbeitet werden, welchen Einfluss es auf die Therapeuten hat, wenn Patienten nicht oder nur schwer motiviert sind. Es zeigte sich die allgemeine Meinung der Interviewpartner, dass die Motivation der Patienten einen starken Einfluss auf die therapeutische Arbeit hat. Dies kann sowohl positive als auch negative Auswirkungen auf das therapeutische Handeln haben. Die meisten beschreiben, dass sie zuerst versuchen, die Motivation beim Patienten zu wecken. Erreichen sie dies nicht, so sinkt die eigene Motivation zu helfen. Diese nach wie vor fehlende Motivation des Patienten wird nicht als eigenes Versagen gesehen, sondern als Aufgabe des Patienten selbst. (Interviewpartner 1, 2019)

Ein Interviewpartner beschreibt, dass fehlende Motivation für ihn ein Anreiz ist herauszufinden, woran das liegen könnte, und den Patienten dabei zu unterstützen, wenn er das Problem beim Patienten erkennt. „Jedoch kämpft man irgendwann nicht mehr.“ (Interviewpartner 2, 2019)

Sieht man, „dass man den Patienten etwas Gutes getan hat, dann geht es einem automatisch besser und du gehst dann mit einem Lächeln raus und kommst mit einem Lächeln wieder rein.“ (Interviewpartner 3, 2019)

Ebenso kann es, wenn der Patienten nicht motiviert ist, auch als eigener Fehler gesehen werden. So beschreibt ein Therapeut, dass er in diesem Fall auf der Suche nach dem Fehler bei sich selbst sei und was er selbst falsch gemacht habe. (Interviewpartner 2, 2019)

Es zeigt sich, dass der Umgang mit motivierten oder nicht motivierten Patienten einen erheblichen Einfluss auf die therapeutische Arbeit hat.

Auch in diesem Fall ist es vom einzelnen Menschen abhängig, wie er damit umgeht und welchen Einfluss es auf seine therapeutische Arbeit hat.

Es entsteht der Eindruck, dass Therapeuten, bei denen die Grenzen zwischen dem Eigenen und dem Fremden nicht mehr klar trennbar sind, größere Schwierigkeiten haben, die Motivation der Patienten nicht auf sich selbst und ihre eigene Arbeit zurückzuführen.

Durch die Interviews wurde deutlich, dass die Therapeuten vielen körperlichen und seelischen Herausforderungen sowie starken Eindrücken auf Grund des speziellen Klientel und den damit verbundenen Aufgaben in der therapeutischen Arbeit ausgesetzt sind. Da sie meist nur wenig Unterstützung durch die Gesellschaft und vor allem durch die Institution, bei der sie arbeiten, erhalten, kann davon ausgegangen werden, dass sich dies mit den Jahren ihrer Tätigkeit in dem Bereich der Forensik sowohl auf ihre körperliche als auf die seelische Gesundheit auswirkt.

# 6. Schlussfolgerung

In der Ausarbeitung dieses Themas wurde deutlich gemacht, welche Folgen die Arbeit mit psychisch kranken Menschen auf die behandelnden Therapeuten hat. Die Literatur beschreibt, dass die Therapeuten in ihrer Arbeit mit vielen oft sehr herausfordernden Einflüssen konfrontiert werden, was sie in einem hohen Maße zu beanspruchen scheint. So sind sie nicht nur durch die Anforderungen ihrer Arbeit mit den psychisch kranken Menschen gefordert, sondern auch durch die Einflüsse, die von außen auf sie einwirken. Eine Diskriminierung aufgrund ihres Berufes empfinden die befragten Therapeuten nicht. Betrachtet man jedoch die Aussagen der Gesellschaft, wird deutlich, dass dem Berufsstand und insbesondere auch den Patienten in einer Forensischen Psychiatrie wenig bis keine Wertschätzung entgegengebracht wird.

Die Therapeuten arbeiten täglich mit Menschen am Rand der Gesellschaft und die Folge davon scheint zu sein, dass auch die Tätigkeit der Therapeuten als „wenig wert“ angesehen wird. Ebenso scheint es, dass auch die Rahmenbedingungen der Institution, in der gearbeitet wird, einen großen Einfluss auf das Wohlbefinden der Mitarbeiter zu hat. Sind diese Rahmenbedingungen, wie z.B. zu wenige Mitarbeiter für die Therapiestunden oder zu wenig Geldmittel für die Therapien, eingeschränkt, besteht starker Druck von außen. Ist zusätzlich die Arbeit von geringer Wertschätzung durch das Umfeld gekennzeichnet, scheint ein gutes therapeutisches Handeln kaum möglich zu sein. Dieser Druck, der durch die Institutionen ausgeht, sollte auch in der speziellen Literatur zum Thema Belastung der betreuenden Disziplinen durch Forensische Patienten intensiver betrachtet werden. Die Gesellschaft strebt in allen Arbeits- und Lebensbereichen immer nach Verbesserung, Komprimierung, Kostenersparnis und Wirtschaftlichkeit. Es sollte daher gefragt werden, ob ein Streben insbesondere zur Kostenersparnis und Wirtschaftlichkeit in einer Organisation, deren Aufgabe es ist zu helfen und soziale Wiedereingliederung zu ermöglichen, der richtige Ansatzpunkt ist.

Empathie als wichtiger Faktor für eine funktionierende Therapie ist sowohl grundlegend notwendig, kann aber auch zur größten Herausforderung des Therapeuten im Behandlungssetting werden. Beim Entstehen eines zu ausgeprägten Mitgefühls kann die Grenze zwischen dem eigenen Erleben des Therapeuten und dem des zu behandelnden Patienten verschwimmen. Diese Vermischung der Grenzen kann zu schwerwiegenden Folgen für die Therapeuten führen. Auch erfahrene Therapeuten scheinen dieser Vermischung nicht vollständig zu entkommen. Das Wissen über diese Phänomene sollte mehr in das Blickfeld aller Therapeutischen Berufe gebracht werden, um schwerwiegenden Folgen entgegenwirken zu können. Gerade von der jeweiligen Institution sollten vor allem die Mitarbeiter in den Fokus genommen werden und für Unterstützung z.B. durch Supervision gesorgt werden.

Wie stark und in welcher Art und Weise die Therapeuten von den Traumata ihrer Patienten betroffen sind, hängt immer von der Person selbst ab. In den Interviews wurde deutlich, dass sich einige Therapeuten nicht bewusst sind, inwieweit die Arbeit in ihrem privaten Umfeld sie beeinflusst und welche Folgen dies für sie hat.
Daher scheint in der Arbeit mit Straftätern nach all diesen Erläuterungen eine supervisorische Begleitung unerlässlich. Es muss Möglichkeiten geben, Gehörtes aufzuarbeiten, eigene Bedürfnisse zu klären und Achtsamkeit zu trainieren. (Rohrer B. und Andretta P. 2014, S. 60)
Somit kann die in der Einleitung beschrieben Forschungsfrage wie folgt beantwortet werden:

Viele Herausforderungen und Einflüsse wirken auf die Therapeutische Arbeit. Die daraus resultierenden Konsequenzen können schwerwiegende Folgen für den Therapeuten in seiner Rolle als Therapeut, aber auch Auswirkungen auf sein Privatleben haben. Inwieweit diese Folgen einen Therapeuten betreffen, scheint jedoch von der eigenen Persönlichkeit des Therapeuten, seinen Vorerfahrungen, seinem Umfeld und dem persönlichen Umgang mit Herausforderungen und Einflüssen zusammenzuhängen.
Um herauszufinden, welche konkreten Folgen die Arbeit mit forensischen Patienten auf die Therapeuten hat und ob sich hier ein einheitliches Bild zeigt, müsste eine quantitative Studie mit vielen Studienteilnehmen an unterschiedlichen Einrichtungen durchgeführt werden. Hierbei könnte zusätzlich auf den Punkt der körperlichen Folgen auf Grund der Arbeit mit psychisch kranken Patienten eingegangen werden. Lücken in der Literatur zeigten sich vor allem zu diesem Thema, welche aufgrund der fehlenden Experten Antworten auch in dieser Arbeit nicht geschlossen werden konnten.
Trotz all der Widerstände scheinen sich viele Therapeuten für ihren Job „berufen“ zu fühlen und Enthusiasmus für ihre Arbeit zu zeigen. Es sollte die Aufgabe der Gesellschaft sein, Menschen, die diese Tätigkeiten ausüben, zu unterstützen und ihnen den notwenigen Respekt gegenüber der großen Verantwortung, der sie tagtäglich ausgesetzt sind, zu geben. Auch wenn unsere technische Entwicklung voranschreitet, wird die Empathie und das therapeutische Arbeiten immer von menschlichen Beziehungen abhängig sein.
Es sollte im Interesse der Gesellschaft, aber auch im speziellen der Politik sein, diese Berufsfelder zu stärken und ihnen den notwenigen Rückhalt zu geben. Denn es wird unter anderem besonders durch ihre Arbeit ein gesellschaftliches Zusammenleben erst möglich, da sie Menschen betreuen, die wenig Beachtung in der Gesellschaft erhalten. Die Medien sollten diese Berufsstände mehr in den Fokus nehmen, da es im allgemeinen Interesse liegt, korrekt über diese verschiedenen Berufsstände und deren Notwenigkeit für die Gesellschaft aufzuklären.

Diese Arbeit wurde verfasst, um den Menschen, die mit psychisch kranken Patienten zusammenarbeiten, trotz des ständigen Wandels unserer Gesellschaft, die notwenige Aufmerksamkeit und Wertschätzung zu geben.
Die Bevölkerung sollte bedenken, dass unser gesellschaftliches System auf wichtigen Säulen steht und eine dieser Säulen der soziale Gedanke ist. Dieser soziale Gedanke sollte unser aller Handeln als einen hohen Wert beeinflussen und wieder mehr in das Bewusstsein der Gesellschaft gelangen. Als Grundlage eines sozial-gesellschaftlichen Zusammenlebens sind therapeutische Arbeiten unersetzbar. Auch in einer hoch technologisierten Gesellschaft, die mit Smartphones kommuniziert und über selbstfahrende Autos debattiert, sind diese Arbeitsleistungen nicht durch Technik ersetzbar. Daher sollte den Therapeuten jede Unterstützung seitens der Gesellschaft, der Politik, der Medien und des eigenen Arbeitgebers, die sie brauchen, zuteilwerden, da sie einen wertvollen Beitrag zu unserer funktionierenden Gesellschaft leisten und somit jedem Einzelnen helfen.

# Literaturverzeichnis

**Badura, B.; Ducki, A.; Schröder, H.; Klose, J.; Meyer, M. (2017)**: Fehlzeiten-Report 2017. Krise und Gesundheit - Ursachen, Prävention, Bewältigung. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg (Fehlzeiten-Report, v.2017). Online verfügbar unter https://ebookcentral.proquest.com/lib/gbv/detail.action?docID=5089266.

**Benner P.; Wrubel J. (1997)**: Pflege, Streß und Bewältugung. Gelebte Erfahrungen von Gesundheit und Krankheit. Bern: Hans Huber.

**Bosold C. (2008):** Therapieindikation bei der Straftäterbehandlung, in: Volbert, R.; Steller (Hrsg.), M. *Handbuch der Rechtspsychologie.* Göttingen, Bern, Wien: Hogrefe (Handbuch der Psychologie, 9).

**Daniels, J. (2008)**: Sekundäre Traumatiesierung -eine Interviewstudie zu berufsbedingten Belastungen von Therapeuten. Online verfügbar unter http://www.sekundaertraumatisierung.de/uploads/assets/Artikel_Psychotherapeut.pdf, zuletzt geprüft am 22.11.2018.

**Deister, A (2017):** Aufgaben der Psychiatrie und Psychotherapie, in: Hauth I., Falkai P., Deister A.(Hrsg.) *Psyche Mensch Gesellschaft. Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland: Forschung, Versorgung, Teilhabe*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

**Dresing, T., Pehl, T. (2013)**: Praxishandbuch Interview und Transkription – Regelsysteme und Anleitungen für qualitative ForscherInnen, 5. Aufl., Marburg: Eigenverlag

**Eichenberg, C.; Brähler, E. (2008)**: Beruf "Psychotherapeut": Motivation zur und Zufriedenheit mit der Berufswahl. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 58 (7), S. 265–268.

**Fengler, J. (2001)**: Helfen macht müde. Zur Analyse und Bewältigung von Burnout und beruflicher Deformation. 6. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta (Leben lernen, 77).

**Freud, S. (1990)**: Werke aus den Jahren 1909 - 1913. 8. Aufl. Frankfurt am Main: Fischer (Gesammelte Werke, chronologisch geordnet ; 8).

**Freud, S. (1991)**: Werke aus den Jahren 1892 - 1899. [Studien über Hysterie. Frühe Schriften zur Neurosenlehre]. 6. Aufl. Frankfurt am Main: Fischer (Gesammelte Werke, chronologisch geordnet ; 1).

**Frey C. (2001)**: Die unheimliche Macht des Traumas: INteraktionelle Aspekte in der Betreuung von Folter- und Kriegsopfern. In : Verwey M. Trauma und Ressourcen: Trauma und Empowerment. Berlin VWB Verlag

**Halbhuber-Gassner, L. (2010)**: Achten statt Ächten in Straffälligenhilfe und Kriminalpolitik! Freiburg im Breisgau: Lambertus.

**Helfferich, C. (2014)**: Leitfaden- und Experteninterviews. In: N. Baur und J. Blasius (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 559–574.

**Hinterhuber H.; Meise U. (2006)**: Neuropsychiatrie : Klinik, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation : Organ der Gesellschaft Österreichischer Nervenärzte und Psychiater. Forensische Psychiatrie – zwischen Medizin, Justiz und Öffentlichkeit (Band 20, Nr.1).

**Hoffmann, N.; Hofmann, B. (2012)**: Selbstfürsorge für Therapeuten und Berater. 2., überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz.

**Hömberg, R. (2006)**: Psychosomatik kompakt. Kurzlehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe. 2., vollst. überarb. und erw. Aufl. Bern: Huber (Verlag Hans Huber, Programmbereich Pflege).

**Jacobi, F.; Müllender S. (2017)**: Psychische Störungen als Individuelles und gesellschaftliches Gesundheitsproblem, in: Hauth I., Falkai P., Deister A.(Hrsg.) *Psyche Mensch Gesellschaft. Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland: Forschung, Versorgung, Teilhabe.* Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

**Jaeggi, E. (2003)**: Und wer therapiert die Therapeuten? 3. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.

**Jegodtka, R. (2013)**: Berufsrisiko Sekundäre Traumatisierung? Im Arbeitskontext den Folgen nationalsozialistischer Verfolgung begegnen. 1. Aufl. Heidelberg: Verl. für Systemische Forschung im Carl-Auer-Verl. (Systemische Therapie, Psychologie).

**Keupp, H.; Dill, H. (2010)**: Erschöpfende Arbeit, Gesundheit und Prävention in der flexieblen Arbeitswelt. Bielefeld: transcript.

**Kowarowsky, G. (2011)**: Der schwierige Patient. Kommunikation und Patienteninteraktion im Praxisalltag. 2., überarbeitete Auflage. Stuttgart: Kohlhammer (Content plus).

**Krollner B.; Krollner D. M. (2018)**: ICD- 10, F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung. Online verfügbar unter http://www.icd-code.de/icd/code/F43.1.html.

**Lemke, J. (2013)**: Sekundäre Traumatisierung. Klärung von Begriffen und Konzepten der Mittraumatisierung. 3. Auflage. Kröning: Asanger Verlag.

**Lohmer M. (2011)**: Übertragung und Gegenübertragung. In: *Psychotherapeut* (56), S. 98–104. Online verfügbar unter https://link.springer.com/article/10.1007/s00278-011-0806-7, zuletzt geprüft am 15.12.2018.

**Meichenbaum, D.; Turk, D. (1994)**: Therapiemotivation des Patienten. Ihre Förderung in Medizin und Psychotherapie: ein Handbuch. 1. Aufl. Bern u.a.: Huber (Praxis).

**Mayring, P. (2002)**: Einführung in die qualitative Sozialforschung, 6. Aufl., Weinheim und Basel: Beltz, 2016

**Mayring, P. (2010)**: Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, 11. Aufl., Weinheim und Basel: Beltz, 2010

**Niehaus, K. (2009)**: Freuds Modell der "Übertragung und Gegenübertragung" in der sozialen Arbeit. 1. Aufl. Hamburg: Igel-Verl. (Gesellschaftswissenschaften).

**Northoff, R. (1996)**: Rechtspsychologie. Anwendungsorientierte Grundlagen der Arbeits- und Konfliktbewältigung für Rechtswesen, Sozialwesen, Polizeiwesen. Bonn: Kommunalverlag.

**Nowara, S. (2008)**. Behandlung im Maßregelvollzug, in: Volbert, R.; Steller, M. *Handbuch der Rechtspsychologie*. Göttingen, Bern, Wien: Hogrefe (Handbuch der Psychologie, 9).

**Noyon, A.; Heidenreich, T. (2009)**: Schwierige Situationen in Therapie und Beratung. 24 Probleme und Lösungsvorschläge. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

**Ogrodniczuk, J.; Staats, H. (2002)**: Psychotherapie und Geschlechtszugehörigkeit: Brauchen Männer und Frauen unterschiedliche Behandlungen? /Psychotherapy and gender: do men and women require different treatments? In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 48 (3), S. 270–285.

**Pecher, W., Stark, A. (2016)**: Die therapeutische Beziehung bei der Behandlung von Straftätern, in: Wischka, B.; Pecher, W.; van den Boogaart, H.(Hrsg.) *Behandlung von Straftätern: Sozialtherapie, Maßregelvollzug, Sicherungsverwahrung*: Springer Science and Business Media; Centaurus Verlag & Media

**Petry, J. (1993)**: Behandlungsmotivation. Grundlagen und Anwendungen in der Suchttherapie. Weinheim: Beltz, Psychologie-Verlags-Union.

**Prangert C.; Gehrke A. (2014)**: Berufsbedingte Traumatisierung- Auslöser, Folgen, Präventionen in: Trauma- Zeitschrift für Psychotraumatologie und ihre Anwendungen (2), S. 4–11.

**Rennert D.; Kliner K.; Richter M. (2017)**: Arbeitsunfähigkeit, in: Knieps, F.; Pfaff, H.(Hrsg.) *Digitale Arbeit - digitale Gesundheit. Zahlen, Daten, Fakten; mit Gastbeiträgen aus Wissenschaft*, Politik und Praxis. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft (BKK Gesundheitsreport, 2017).

**Rauchfleisch, U. (2013)**: Begleitung und Therapie straffälliger Menschen. 4. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

**Rohrer B.; Andretta P. (2014)**: Die Aporien der Arbeit mit Tätern: Zwischen sekundärer Traumatisierung und Burnout, in: Trauma- Zeitschrift für Psychotraumatologie und ihre Anwendungen. (2), S. 54–60.

**Sachse, R. (2012)**: Klienten motivieren. Therapeutische Strategien zur Stärkung der Änderungsbereitschaft. 1. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verl. (De-Fachwissen).

**Saimeh N. (2017)**: Was ist Forensische Psychiatrie? In: Hauth I., Falkai P., Deister A (Hrsg.) *Psyche Mensch Gesellschaft. Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland: Forschung, Versorgung, Teilhabe.* Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

**Schalast, N. (2000)**: Therapiemotivation im Massregelvollzug. München: Fink (Neue kriminologische Studien, 21).

**Schigl, B. (2018)**: Psychotherapie und Gender, Konzepte, Forschung, Praxis. Welche Rolle spielt die Geschlechtszugehörigkeit im therapeutischen Prozess? 2., überarbeitete Auflage. Wiesbaden, Germany: Springer (Integrative Modelle in Psychotherapie, Supervision und Beratung).

**Schmidbauer, W. (1998)**: Die hilflosen Helfer. Über die seelische Problematik der helfenden Berufe. 182. - 183. Tsd. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

**Schmidbauer, W. (1999)**: Helfen als Beruf. Die ware Nächstenliebe. Überarb. und erw. Neuausgabe, 28.-30. Tausend. Reinbek b.H.: Rowohlt (Rororo Sachbuch, 19157).

**Schmidbauer, W. (2002)**: Helfersyndrom und Burnout-Gefahr. 1. Aufl. München: Urban & Fischer.

**Sennet R. (2005)**: Die Angst überflüssig zu sein. In: *DIE ZEIT*. Nr. 21

**Stachowske, R. (2017)**: Leben ist Begegnung. Systemische Therapie und Beratung.

**Suhling, S.; Pucks, M.; Bielenberg, G. (2016)**: Ansätze zum Umgang mit Gefangenen mit geringer Veränderungs- und Behandlungsmotivation, in: Wischka, B.; Pecher, W.; van den Boogaart, H.(Hrsg.) *Behandlung von Straftätern: Sozialtherapie, Maßregelvollzug, Sicherungsverwahrung*: Springer Science and Business Media; Centaurus Verlag & Media

**Verwey, M. (2000)**: Trauma, Ressources and Empowerment: In: Verwey (Hrsg.) *Trauma und Ressourcen*, Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin. Berlin: VWB Verl. für Wissenschaft und Bildung (Curare Sonderband, 16).

**Weber T.; Shah H. (2014)**: Psychische Belastungen bei professionellen Helfern: Macht der Umgang mit traumatisierten Personen auf Dauer krank? in: Trauma- Zeitschrift für Psychotraumatoligie und ihre Anwendungen. (2), S. 32–42.

.

Anhang

Anhang 1:

**Einverständniserklärung Interview**

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die Inhalte dieses Interviews für die Bachelorarbeit Forensische Psychiatrie-Herausforderungen und Konsequenzen für die betreuenden Disziplinen, von Sophie Koller verwendet werden dürfen.

X, den _____ _____

Unterschrift

Anhang 2:

**Gesprächsleitfaden für Interviews**

## 1. Einstiegsfragen:

- Seit wann sind Sie in der Forensik tätig
- in welchem Bereich arbeiten Sie
- wie viel Stunden pro Woche arbeiten Sie

## 2. Fragen zum Beruf

1. Was waren die Beweggründe für Sie, diesen Beruf zu wählen und diese Arbeitsstelle anzutreten?
2. Wie ist Ihr eigener Anspruch an ihre Arbeit, empfinden Sie innerlich manchmal Druck, Ihre Arbeit perfekt machen zu müssen?
3. Was bedeutet für Sie „Berufen sein“ – Fühlen Sie sich für ihre Arbeit berufen?
4. Erfahren Sie durch die Gesellschaft Stigmatisierung oder Diskriminierung aufgrund ihrer Arbeit?

- Wie erleben Sie die Wertschätzung der Gesellschaft gegenüber ihrem Beruf?
- Sie arbeiten in einer Forensischen Psychiatrie, merken Sie bei Freunden, Familie oder in ihrem Umfeld sowohl negative als auch positive Meinungen zu diesem Job? Und wenn Ja, welche?
- Wenn Sie ihren Lohn ihrer Arbeit gegenüberstellen, wie würden Sie das Verhältnis dann beschreiben

## 3. Fragen an die Rolle Therapeut

1. Wenn Sie Ihr Selbst- und Weltbild beschreiben müssten, wie würde es aussehen, hat es sich seit Sie in der Forensik arbeiten verändert, ist es ggf. besser oder schlechter geworden?
2. An was machen Sie den Erfolg einer Therapie fest?
3. Gibt es Situationen in denen Sie sich durch die Arbeit belastet oder vielleicht sogar überlastet fühlen?
4. Haben Sie das Gefühl, manchmal Erlebnisse aus der Arbeit mit nach Hause zu nehmen? Beeinflusst das ggf. Ihr Privatleben?
5. Haben Sie durch die Arbeit eigene körperliche oder seelische Beeinträchtigungen?
6. Haben Sie das Gefühl, aufgrund der Erkrankung oder der Straffälligkeit der Patienten besonders aufmerksam in der Arbeit sein zu müssen?

7. Wie ist es, wenn Sie nach Feierabend den Betrieb verlassen, empfinden Sie manchmal Gefühle, von denen Sie gar nicht wissen, wie sie entstanden sind, und haben Sie den Eindruck, „fremde Gefühle“ übernommen zu haben
8. Wenn Sie die Akten der Patienten lesen, beeinflusst Sie das im Umgang mit dem Patienten?

## 9. Fragen an die Therapie Situation

1. Wie würden Sie eine Therapiesituation als Rolle des Therapeuten beschreiben: z.B. anstrengend, schön, zufriedenstellend, belastend, interessant?
2. Worin sehen Sie die größten Herausforderungen, die an Sie als Therapeut während einer Therapie gestellt werden?
3. Empfinden Sie eine enge therapeutische Verbindung zu den Patienten und wie gehen Sie damit um?
4. Können Sie beschreiben, ob es eine Bedeutung in Bezug auf die Patienten hat, ob sie männlich oder weiblich sind?
5. Welche Auswirkungen hat Ihrer Meinung nach die Motivation der Patienten „mitzumachen“ auf Sie als Therapeut?

## 6. Schlussfrage

7. Wenn Sie noch mal wählen könnten, würden Sie diesen Beruf und/oder diese Arbeitsstelle nochmals wählen?
8. Was war Ihr schönster Moment als Therapeut?

A : Fragen mit hoher Priorität

B: Fragen zur Ergänzung

C: Falls Gesprächspartner wenig von sich aus spricht

<u>Ideen für ad hoc fragen:</u>

- können Sie das noch einmal genauer erklären

- fällt Ihnen ein Beispiel ein

- wie haben Sie das genau gemeint

Anhang 3:

## Interviews

| Interview Partner 1<br>Dauer 34:43 Min | |
|---|---|
| **1** | Zuerst einmal nur Einführungsfragen |
| **2** | Ich würde gerne wissen, seit wann du in der Forensik arbeitest? |
| **3** | Seit 1998, genauer gesagt der 1. Oktober 1998 |
| **4** | Das ist auch schon ganz schön lang. Es wäre cool, wenn du mir beschreiben könntest in welchem Bereich du genau tätig bist? |
| **5** | In einer stationsgebundenen Arbeitstherapie einer Schreinerei mit Patienten mit Persönlichkeitsstörungen und Sexualdelikten. Die haben die Stufe 0 und A, bedeutet: sie dürfen bei Stufe 0 gar nicht raus, das Gebäude verlassen. Bei Stufe A in Begleitung mit Personal und auch nur im Schlüssel 1:5. |
| **6** | Das wusste ich zum Beispiel nicht |
| **7** | Siehst du. |
| **8** | Du hast glaube ich eine Ganztagswoche, du arbeitest 39 Stunden, oder wie viel habt ihr hier? |
| **9** | Ich bin ja noch in der glücklichen Lage, was istn das, 36 ein halb Stunden zu arbeiten. |
| **10** | Okay, aber gilt des hier als Vollzeit oder |
| **11** | Ja, ja ich bin voll angestellt |
| **12** | Du bist Vollzeit. Gut, okay. Ich stell jetzt paar so Themenblöckefragen und der erste Block wäre jetzt erst mal so zum Beruf. |
| **13** | Was waren denn deine Beweggründe, warum hast du dich entschieden hierher zu kommen? Also diesen Beruf zu wählen? |
| **14** | Also im ersten Beruf bin ich Schreiner. So. Den durft ich nicht oder konnt ich nicht mehr ausüben, weil ich ein Rückenleiden habe und während meiner Zivildienstzeit hatte ich, habe ich irgendeine so eine Jugendherberge gearbeitet. Ja, man kann auch sagen Drückeberger und da habe ich viele Behindertengruppen gehabt, die da in der Jugendherberge übernachtet haben und da habe ich gemerkt, die mussten spülen, die ganzen Gruppen mussten spülen, im Spülenraum und mussten mitspülen und mussten das Geschirr wieder einsortieren nach dem Essen und so und das hat mir Spaß gemacht mit den Behinderten zusammen was da zu arbeiten. Wir hatten echt Spaß gehabt. Und dann hab ich mich gefragt, gibt's denn einen Schreiner mit dem Sozialen wie kann ich des komponieren? Und dann wurde mir gesagt, arbeite des hier, des ist der Beruf Arbeitserzieher. Dann habe ich aber des hier gelernt in Heidelberg, zwei Jahre Schule mit zwei Praktika und einem Anerkennungsjahr für die staatliche Anerkennung. Die habe ich dann hier in einer großen Forensischen Einrichtung in Bayern auch schon gemacht. Und das war auch schon mein Eintrittsdatum praktisch der 1.10.98 und in die Forensik bin ich eigentlich reingeworfen worden. Also ich wollte eigentlich nicht, aber da war die Schreinerei und die damalige Chefin hat mich einfach hier reingesetzt und seitdem häng ich hier. |
| **15** | Und arbeite hier. Achso du hast dir also die Forensik an sich nicht ausgesucht, weil du gesagt ist: ich find das so interessant bei den Psychos sondern … |
| **16** | Nee, überhaupt nicht. |
| **17** | Du bist eher reingeworfen worden |
| **18** | Ich wollte eher geistig Behinderter, |
| **19** | Das ist was anderes |
| **20** | das ist ein bissel was anderes. Ja, aber sehr interessant. |

| | |
|---|---|
| **21** | Wie würdest du jetzt sagen, ist so dein eigener Anspruch an die Arbeit. An das Arbeiten hier? |
| **22** | Mein eigener Anspruch hat sich ein bissel gewandelt in der letzten Zeit. Klar von der Schule in der Ausbildung, wenn du kommst, bist du noch ein bissel enthusiastischer, ähm, jetzt fehlt mir so a bissel die Zeit, weil ich die Stelle alleine seit geraumer Zeit mache, weil ich nicht mehr die Zeit hab auf den Einzelnen so einzugehen, wie ich des gerne möchte, also muss ich kucken, dass jeder wenigsten Arbeit bekommt, die ihm, die, bei der er was lernen kann, die ihn fordert, nach Möglichkeit nicht überfordert, und ihnen auch erst mal ne Struktur geben, morgens aus`m Bett, und abends wissen, warum er müde ist, das ist das Erste und dann kann man auch kucken, wenn im Lauf der Zeit erkennt man schon bei Einzelnen, welche Defizite da noch sind und kann noch da gezielt dran arbeiten, wenn es die Zeit erlaubt und die Auftragslage. Wir haben ja heute viele Aufträge, die müssen ja auch erfüllt werden. Man muss ja die Leute auch da hin setzen, dass der Auftrag erfüllt werden kann und kann jetzt nicht einen dran hinsetzen, wo ich erst mal fünf Wochen erklären muss. |
| **23** | Und setzt dich des manchmal bissel unter Druck? Also die Tatsache, dass die ja krank sind und du bei ihnen ja irgendsoeinen Auftrag hast, sie zu resozialisieren im Großen und Ganzen und die Tatsache, dass du Aufträge bekommst und die du ja auch irgendwie erfüllen musst? Also ist das manchmal ein Konflikt? |
| **24** | Konflikt? Ja, aber nicht mit den Patienten. Weil ich bin hauptsächlich für die Patienten da, nicht für die Kunden. Und wenn, dann habe ich einen Konflikt mit dem Kunden. Weil die Kunden das Teil gerne schnell haben. Und in diese Richtung wendet sich das dann eher und nicht beim Patienten. Das mache ich nicht, beim Patienten lasse ich schon die Zeit die sie brauchen, wenn was schief geht, geht was schief, das passiert hier. Wir sind immer noch eine Therapieeinrichtung. Also den Konflikt mache ich nicht mit den Patienten aus, wenn dann mit der Kundschaft. |
| **29** | Die setzen dich jetzt nicht unter Druck, persönlich, dass so eine Spannung herrscht zwischen schnell arbeiten müssen, aber trotzdem therapeutisch handeln müssen. |
| **30** | Nicht mehr, das war vielleicht früher schlimmer. Jetzt bin ich da eher gelassener. |
| **31** | Also es hat sich dann im Laufe der Jahre so eine Gelassenheit entwickelt |
| **32** | Weil es geht nicht, du kannst das nicht voraussehen. Und ein Patient wird auch wieder verlegt, zurück verlegt, das kannst du gar nicht, wenn du dann einen guten hast und der ist, der macht ne gute Arbeit und der wird wieder zurück verlegt, weil er Mist gebaut hat, dann ist der weg und dann muss der Kunde noch länger auf sein Werkstück warten, dann bis die nächsten gut eingearbeitet werden. Weil selbst mach ich das nicht. Das sollen die Patienten alles machen. |
| **33** | Also, du hast sozusagen gelernt damit umzugehen? |
| **34** | Ja, im Laufe der Zeit aber erst. Im Laufe der Zeit wird man immer entspannter. |
| **35** | Okay, gut. Du arbeitest ja schon in einem besonderem Bereich, der forensische und die Gesellschaft hat ja besondere Ansichten auf gewisse Dinge und hast du das Gefühl, dass dein Beruf oder du in dem Beruf bissel Stigmatisierung oder Diskriminierung erfährst, dafür, dass du das jetzt machst? |
| **36** | Diskriminierung, ich fühl mich nicht diskriminiert. Aber klar, wenn ich sage, ich arbeite mit Sexualstraftätern zusammen, auch mit Pädophilen, viel Pädophilen, dann heißts schon, ja dem gehört ja, wie sag ichs mal, …. Schon abgschnitten, die ghören weggespritzt und ich weiß nicht was. So Sachen. Also werden mehr die Patienten diskriminiert, aber nicht ich, dass ich mit denen zusammen arbeite. Das habe ich noch nicht miterlebt. Was man hört oft ist, ich könnte da nicht arbeiten, das wäre zu gefährlich und so was. – Ist es nicht. |
| **37** | Aber empfindest du das als unangenehm? |
| **38** | Nein |

| | |
|---|---|
| **39** | Nicht, okay. |
| **40** | Ich könnte jetzt nicht in nem Büro arbeiten, was andere arbeiten. Ich finde jetzt, dass ich dann mit Sexualstraftätern arbeite, das dürfen andere wissen, dass ich mit Sexualstraftäter arbeite, dass ist jetzt für mich.., ich habe jetzt auch noch keine negativen Erfahrungen gemacht. |
| **41** | Also du äußerst es ganz offen, sagst was du machst |
| **42** | Ja |
| **43** | Und hast du dann auch manchmal das Gefühl, dass du auch irgendwie Wertschätzung erfährst, dass Leute sagen: ich find des voll toll, dass du des machst und das. Oder nur: ich könnts nicht, das du des machst. |
| **44** | Selten Wertschätzung. Weil halt, dann könnte man wieder sagen, gut wenn man die mangelnde Wertschätzung als Diskriminierung sieht, dann wäre doch die Diskriminierung in meinem Fall das Falsche um hier zu arbeiten. Aber so empfinde ich das jetzt nicht. Aber weil Sexualstraftäter sind eh was Geächtetes in der Gesellschaft, da ist es eher, wenn du mit Mördern zusammenarbeitest, da wäre es noch besser. |
| **45** | Schon verrückt. Ja, jetzt ist es ja so, dass in sozialen Berufen wir anders entlohnt werden, als wie in IT Berufen, wobei man in dieser Einrichtung ja noch relativ gut entlohnt wird, habe ich mir sagen lassen, hast du das Gefühl, dass das trotzdem zu wenig ist für das, das ihr hier eigentlich leisten müsst? |
| **46** | Es ist zu wenig für die Verantwortung die wir haben. Nicht das, was wir leisten müssen, das empfinde ich nicht so für das, was ich leiste, mehr für die Verantwortung die ich habe und die Werkzeug, dass ich das nicht auf Station habe, dass das Werkzeug nicht in dem Rücken eines anderen steckt und so weiter. Es ist eben die Verantwortung, die nicht wertgeschätzt wird. Dass man hier mit Menschen arbeitet. Also das heißt, es verdient einer eine Menge, der mit Geld arbeitet, verdient wesentlich mehr, wie jemand, der mit Menschen arbeitet. Du wirst auch nicht als Krankenpfleger, wenn du da eigentlich Bockmist machst auch in der Intensivstation, dann ist der Patient vielleicht tot oder so was und das wird halt nicht gerecht entlohnt. Die Verantwortung meine ich. |
| **47** | Okay, ist ja ne Art von Wertschätzung dann eigentlich |
| **48** | Ja, Wie man ihn entlohnt. Also in unserer Gesellschaft vor allem. |
| **49** | Dann hätte ich noch ein paar Fragen an dich als Therapeut: Gibt es Situationen hier in der Arbeit, durch die du dich sehr belastet fühlst oder manchmal sogar über belastet und wenn, könntest du mir da eine beschreiben? |
| **50** | Ja, klar. Wenn ich von Vorgesetzten Aufgaben oder Druck bekomme, den ich eigentlich an die Patienten hätte weitergeben müssen, mach das natürlich nicht und muss das selbst ausbügeln, weiß aber ich bin alleine und kann das gar nicht und schaffs fast nicht das alles so zu machen, wie es von oben dirigiert wird. Dann komm ich unter Druck und dann muss ich mir einfach was überlegen, wie ich die, wie ich das… Ja, ich kanns dann gar nicht. Wie ich mit, wie es einfach am besten draus mache. Ich kanns nicht hundert Prozent umsetzen, sondern ich kanns halt nur 70 Prozent. Und das ist für mich sehr, sehr gut. |
| **51** | Also es ist eigentlich so bissel mehr von der Institution der Druck, sag ich jetzt mal, wie die Tatsache, dass du mit den Menschen hier zusammen arbeitest. |
| **52** | Ja. Es ist tatsächlich so bei mir sin Patienten seltenst ein Problem. Auch wenn die Patienten mal anstrengend sind, aber ich weiß, das sind psychisch kranke Männer, die haben .., die sind nicht wegen Husten hier, die haben einfach ein Problem, auch Persönlichkeitsgestörte sind teilweise unglaublich anstrengend, die Dissozialgestörte Persönlichkeiten gegenüber sind ein Buch und deswegen bin ich ja da. Aber deswegen bin ich da, nur wenn irgendwelche Büromenschen Kosten sparen |

| | |
|---|---|
| | wollen usw. und ich muss das eben umsetzen, aber kann das kaum, da habe ich nen Problem mit. |
| **53** | Weil du so der Zwischenmann bist, der… |
| **54** | Weil ich .., ich muss das ja umsetzen was da gar nicht hin krieg, was ich für nen Schwachsinn halte |
| **55** | Und ist des dann so manchmal, dass du durch die Arbeit auch körperliche oder seelische Beeinträchtigungen gemerkt hast, ich mein du arbeitest schon lange hier. Du warst zwar auch vorher ja krank und bist deswegen hierher gekommen, aber hast du durch die Arbeit hier das Gefühl, dass dich das körperlich belastet oder einschränkt oder seelisch und des halt auch in Bezug auf die Patienten? |
| **56** | Patienten? Nein, ich habe früh gelernt, gleich am Anfang mich nicht mit den Opfern zu identifizieren, also mir keine Gedanken darüber zu machen, und das nicht als meine Lebensgeschichte aufzunehmen. Ich habe mir nicht durchgelesen am Anfang, was Patienten machen und erst die Patienten kennengelernt und erst dann geschaut, was er denn so macht, ich will nur vorher wissen, kann er für mich gefährlich werden, hat er eine ansteckende Krankheit und so was. Das will ich vorher wissen, aber nicht welche Straftat er gemacht hat. Das muss ich gar nicht wissen und deswegen also seelisch, nicht körperlich, nicht mehr als vorher auch, dass ich mal Rückenschmerzen hab, wenn ich mal schwere Platten vom LKW abgeladen hab. |
| **57** | Ganz normale Sachen, wie wenn du auch draußen irgendwo arbeiten würdest |
| **58** | Ja des stimmt. Wenn ich draußen Schreiner wäre, da würde ich wahrscheinlich schon nen Buckel machen. Wäre ich schon kaputt. Also deswegen bin ich ja hier. Aber seelisch, wegen Patienten, nein. |
| **59** | Und weil du gerade die Patientenakte angesprochen hast, also du sagst, du liest sie nicht sofort. Wenn du sie denn da mal gelesen hast, würdest du sagen das verändert deine Sicht auf den Patienten und auf die Art, wie du dann mit dem Patienten umgehst? |
| **60** | Wenn ich sie ausführlich lesen würde, vielleicht ja. Ich lese sie nicht. Ich lese die Akte nicht, ich hole mir Informationen im Verlauf, weil wenn ein neuer Patient kommt, frage ich das Team, was könnt ihr mir über den Patienten erzählen. Dann, wenn ich`s wissen möchte, die Straftat und so weiter, dann plaudern ja die Oberärzte, komm erzähl mir mal was los ist. Das ist dann die Information, die ich wissen muss. Das ist ein grober Überriss, aber im Einzelnen muss ichs ja gar nicht wissen müssen. Das ist für mich nicht wichtig. |
| **61** | Ja also du trennst es dann sozusagen. Das ist die Person, die hier ist, und des Delikt war davor, ich muss nur wissen, wie muss ich mit dem umgehen. |
| **62** | Richtig, und man muss sich in anderer Form schützen. Es gibt Situationen, in die der Patient unter Druck gerät und da dann aggressiv werden kann. Solche Sachen, die sind ganz wichtig zu wissen, aber ich muss halt den detaillierten Tatverlauf nicht wissen, das ist, finde ich, für mich nicht wichtig. |
| **63** | Du arbeitest ja schon lange hier und hattest sicher ein Weltbild oder Selbstbild. Hat sich das verändert durch die Arbeit hier? |
| **64** | Ja, ich glaube schon. |
| **65** | Und wie würdest du sagen, ist das z.B. negativer geworden, weil du hier so viele Straftäter siehst oder ist es positiver geworden, weil du siehst, dass sie ins Leben gehen und sich verbessern? |
| **66** | Nee, das nicht. Weil dazu kommt, da kommen so viele zurück, die ich schon seit vielen, vielen Jahren kenne, die immer wieder kommen. Das Bild hat sich insofern geändert, dass ich mit offenen Augen oder meine mit offenen Augen durch die |

| | |
|---|---|
| | Stadt laufe oder in der S-Bahn sitze, weil ich weiß es kann ganz schnell was passieren, weil die Täter einfach aus dem Nichts heraus plötzlich aggressiv werden oder so was. Ich kucke mir auch die Leute an, wenn ich irgendwo bin und denke, hmm kann da was passieren oder ich gehe nicht so sorgenfrei einfach durchs Leben. Du weißt was ich mein. |
| **67** | Ich weiß, was du meinst. Hast du das Gefühl, dass du durch die Erkrankungen von den Straftätern im Arbeitsalltag an den Tag legen musst. Also dadurch, dass du weißt, dass die Mörder sind oder Vergewaltiger oder so, dass du das Gefühl hast, du musst besonders aufpassen, dass du .. |
| **68** | Ja |
| **69** | Ja, im Arbeitsalltag. Also das belastet dich nicht. |
| **70** | Überhaupt nicht, wenn auch ein zwei Mehrfachmörder, Zweifachmörder so was, dem würde ich auch ein Stemmeisen die Hand umdrehen und dreh ihm meinen Rücken zu. Liegt auch daran, dass die Morde eigentlich oft aus einer Situation raus waren, die hier nicht stattfindet oder das Opfer einfach ne Person war, die in meinen Augen sterben musste und ich bins jetzt nicht, weil das war dann eher jemand, der hats verdient so gesehen im Auges des Mörders und ich hab, ich meine, also ich hab jetzt keine Angst und kein schlechtes Gefühl, wenn ich wenn ich auch ein Stemmeisen in die Hand gebe. Das kann auch mit einem passieren, … |
| **71** | Also du hast so ein bisschen Vertrauen |
| **72** | Es ist ja auch ein bisschen die Art wie ich, arbeite. Ich geben den Patienten auch ein Stück Vertrauen, in dem ich Ihnen das Stemmeisen aushändige. Und auch ne Wertschätzung. Das ist so meine Meinung. Also wenn ich des alles anketten würde usw. das wäre völlig kontraproduktiv und verlange auch, dass sie das auch wieder so zurück geben. Und damit habe ich zum Glück bisher in den 26 Jahren auch sehr gute Erfahrungen gemacht |
| **73** | Ist nie was passiert |
| **74** | Nein |
| **75** | Okay, wenn du jetzt hörst, dass jemand sagt er ist für seinen Job berufen, was bedeutet das für dich und würdest du sagen es mittlerweile Berufung für dich geworden |
| **76** | Mein Job? Das schwankt. Es kommt immer drauf an, wie`s grad läuft. Eigentlich schon, eigentlich mag ich es noch richtig gerne hier in der Schreinerei zu sein, mit den Patienten zu sein und mit Holz zu arbeiten, aber es hängt von dem Druck von außen, egal von wo er herkommt, von Kundschaft, von Vorgesetzten ab, bezweifle ich, dass auf Dauer mein Traum noch wäre. Wenn das so bleiben würde. Aber sonst, wenn ich nur mich, den Patienten und die Arbeit sehe, sage ich ja, das ist mein Job, das ist mein Beruf, das könnte ich machen bis zum Ende. |
| **78** | Okay, das sind dann wirklich auch nur so institutionale Gründe, die dich eigentlich dann einschränken in dem wie du dich als Therapeut entfalten kannst. |
| **79** | Entfalten kannst. Ja. |
| **80** | Und wie viel Spaß du dann auch mitbringst |
| **81** | Genau |
| **82** | Okay, ja jetzt habe ich dann noch eine Frage zum Thema Therapeut: wenn du jetzt nach Hause gehst, kannst du, das was du hier erlebt hast hier lassen oder ist des für dich ne Herausforderung, weil du die Akten gelesen hast oder weil irgendetwas passiert ist, dass du das mitnimmst und du das nicht mehr so ganz trennen kannst? |
| **83** | Überhaupt, das Problem habe ich noch nie gehabt, dass ich das mit nach Hause genommen habe, noch nie. So schlimm der Fall war, so schlimm die Tat war, habe ich das noch nie mit nach Hause genommen und ich hab auch noch das große Glück kann man jetzt auch sagen, ich habe einen weiten Heimweg. Da ist viel weg. Auch wenn ich hier noch was hätte, da ist auch viel weg bis zu Hause. Hab auch generell |

| | |
|---|---|
| | zunächst lass ich wie gesagt auch nichts an mich ran, weil ich eigentlich das auch nicht mit meinem Lebenslauf identifiziere die Tat, die Opfer, was denen zugestoßen ist und auch nicht an mich ran lasse. |
| **84** | Also du hast einfach gelernt es zu trennen. Dein Leben und die Arbeit hier |
| **85** | Ja, genau. Zu meiner Biographie und das ist deren Biographie |
| **86** | Dann habe ich noch ein paar Fragen zur Therapiesituation, also wenn du mit den Patienten zusammen arbeitest: wie empfindest du das jetzt, wenn du in einer engeren Therapiesituation bist mit dem Patienten. Ist dir das manchmal zu eng? Oder kannst du da, sag ich mal so, diese therapeutische Verbindung zwischen dir und dem Patienten wahren? |
| **87** | Das „Sie“ hilft schon sehr, also, wenn man sie siezt das hilft sehr die Distanz zu halten, finde ich. Manchmal gibt`s natürlich Patienten, die immer distanzlos reagieren, das war glaube ich für mich am Anfang einer meiner Karriere, meines Berufes, meiner beruflichen Laufbahn, wesentlich unangenehmer als jetzt. Jetzt ist es für mich relativ normal geworden, dass immer wieder einer distanzlos ist, und auch ich kann besser damit umgehen, ich kann das besser abgrenzen, kann aber auch besser sagen: nein, das möchte ich jetzt nicht, bis hier hin und nicht weiter. Mal ganz bildlich gesagt. Es kommt auch immer auf den Patienten drauf an. Beim einen kann ich das auch eher zulassen und beim andern auch nicht. Es ist vom Patienten abhängig, aber ich habs für mich gelernt besser damit umzugehen. |
| **88** | Also, das belastet dich nicht. |
| **89** | Nein |
| **90** | Du arbeitest ja hier als Mann und bei dir sind auch nur Männer, gel? Würdest du denken es hat einen Effekt dadrauf , ob der Therapeut, wie du, jetzt männlich ist, wenn er mit Männern zusammen arbeitet oder ob du jetzt weiblich wärst und mit den Männern zusammen arbeitest? |
| **91** | Ich glaube es kommt auf die Person auch drauf an. Also es gibt Männer die könnten vielleicht nicht gut mit Männer zusammen arbeiten und da gibt’s auch Frauen, die supergut mit den Patienten zusammen arbeiten. Ich glaub des ist einfach von der Person abhängig. Kann ich auch klare Grenzen aufzeigen, und trotzdem fair bleiben, Fairness ist glaub ich ne ganz wichtige Sache, und wenn du das als Frau nicht kannst und als Mann nicht kannst, dann hast du es immer schwer. Ich glaub oftmals auf Station manchmal habe ich das Gefühl, dass ist auch manches Mal von den Patienten abhängig. Manche lassen sich von einer Frau nicht behandeln, da kannst du machen was du willst, die lassen sich von einer Frau nicht behandeln. Dann ist generell schwer, das ist vielleicht auch so ein Mutterkomplex von früher vielleicht ein bissel zusammenhängt, aber jetzt generell zu sagen, dass es eine Frau jetzt schwerer schwerer hätte, das kann ich nicht sagen. |
| **92** | Also du würdest schon sagen, dass du auch eine gute therapeutische Verbindung mit den männlichen Patienten aufbauen kannst. Also, dass nicht irgendwie Konkurrenzdenken ist |
| **93** | Ja, also Konkurrenzdenken lasse ich, schwer, so was gibt’s hier fast nicht, weil Konkurrenzdenken kann es nur geben, wenn ich auch noch einen Schreiner hier hätte. Vom fachlichen jetzt her, von der Arbeit her. Weil ich einfach wesentlich mehr weiß als der Rest zusammen. Ich bin ja nun mal gelernter Schreiner. So. Wenn also ein Schreiner da ist und der weiß mehr als ich, bin ich froh, dass ich auch noch was lernen kann und lass das sozusagen auch zu. Dann kommt, ich könnte auch sagen, das Konkurrenzdenken kommt von mir aus. Ich lass mir nichts sagen. |
| **94** | Du stellst dich eigentlich auch nicht über die? Du sagst jetzt nicht, der war böse und hat was Schlimmes getan und ich bin höher wie der, weil ich bin ja so „brav“, sag ich mal ganz einfach, sondern du kannst sie als Menschen sehen. |

| | |
|---|---|
| **95** | Ja, ich finde das kann, also bei vielen Sachen, kann jeden treffen. Du kannst plötzlich des nimmer abgschrieben kriegen, plötzlich kannst du Schizophrenie erleiden, erkranken, also so gesehen die haben ja schwere Biographie teilweise hinter sich, und ich bin ja nicht dafür da die einzustellen und hab auch nicht den Beruf gelernt, weil ich super gerne über sie Macht ausübe. Ich möchte ja gerne die eigentlich weiterbringen, ich möchte denen wieder das Leben draußen ein Stückchen, also, dass ich n kleines eh nur son kleines Teilrädchen am ganzen System. Aber dass ich wenigstens auch einer war, der die ein Stückchen weiter gebracht hat. |
| **96** | Also, dass du denen helfen kannst |
| **97** | Ja, ist wahrscheinlich auch zu idealistisch. Ich kann nicht jedem helfen, das geht nicht. Und viele wollen auch gar nicht in die Schreinerei – oh Gott Holz. Die weigern sich. Aber manchen, und wenn es im Jahr zwei Leute sind, denen ich vielleicht ein Stückchen helfen konnte, ist doch auch schon mal was. |
| **98** | Aber es ist dir schon bewusst, dass du gerne hilfst, aber dass du nicht jedem helfen kannst, es ist nicht jedem zu helfen. |
| **99** | Also Helfersyndrom hab ich nicht. Die müssen auch mal selbst was für sich tun. |
| **100** | Was würdest du sagen, welche Auswirkungen hat es auf dich, wenn du jetzt grad auch sagst, manche haben auch keinen Bock und keine Lust in die Schreinerei zu gehen. Welche Motivation die Patienten haben, also was macht des mit dir, wenn ich jetzt keine Lust hab, bist du dann eher angespannt und wenn ich total Lust hast, nimmst du mich total mit oder wie würdest du sagen beeinflusst dich des. |
| **101** | Ja, natürlich ist es schön, wenn jemand Bock hat mit Holz zu arbeiten und sagt: Mensch, ich war früher schon in der Werkstatt von meinem Vater und habe schon zugekuckt, was der so gemacht hat und jetzt zeigen Sie mir mal was. Kann einen natürlich auch unter Druck setzen. Das ist auch klar, aber wenn jemand nicht motiviert ist, versuch ich ihn natürlich etwas zu locken und wenn der immer noch nicht motiviert ist, dann kann ich ihn aber auch nicht helfen. Dann versuch ich es natürlich, ich versuch es, aber wenn´s nicht geht, geht's nicht, dann soll er einfach herkommen. Entweder um einfach nur sein Geld zu kriegen oder einfach nur aus dem Bett raus zu kommen, dann ist das nämlich auch schon mal ein Stück Erfolg bevor er bis 12.00 Uhr mittags liegen bleibt bis zum Mittagessen. Und das immer wieder so ein Thema, ich kann ja nicht jedem helfen, aber ich sehe es nicht als persönliche Niederlage an, ich nehme es nicht persönlich, wenn einer keinen Bock hat. |
| **102** | Also du kannst das trennen und sagen, das ist vielleicht auch seine Erkrankung |
| **103** | Auch, vielleicht. Es ist auch nur mein Job. Es ist jetzt nicht. Es ist ja nur ein Job, die Leute hier zu haben und wenn einer Bock mitzumachen und wenn nicht, dann soll er halt nicht mitmachen, also ich kann, ich kann´s nicht ändern. Ich kann es versuchen, aber wenn es nicht geht, geht´s halt nicht. |
| **104** | Aber das beeinflusst dich jetzt nicht |
| **105** | Überhaupt nicht In dem, dass du denkst: mein Gott ich bin voll der schlecht Therapeut, weil ich krieg des nicht hin oder so was, sondern Das weiß ich. Vielleicht früher mehr am Anfang, da wo man wie du sagst enthusiastisch ist, hätte man vielleicht mehr noch gedacht: Mensch, das packt mich jetzt. Den musst du doch kriegen. Aber jetzt sehe ich das nicht mehr so. |
| **106** | Du sagst dass am Anfang dein Enthusiasmus noch da war, wenn man neu ist und man denkt man kann die Welt retten, sag ich jetzt mal, vereinfacht gesagt. Hat sich des dann bei dir geändert, weil du dann die Realität gesehen hast und weil du gesehen hast, was alles so passieren kann oder wieso ist das weniger geworden? |
| **107** | Das ist weniger geworden, weil man halt viele Patienten gesehen hat, viel erlebt hat, und nicht mehr durch die rosarote Therapeutenbrille alles sieht. Es gibt leider Patienten, denen kann man halt nicht helfen. |
| **108** | Und das muss man einfach lernen. |

| | |
|---|---|
| **109** | Muss man lernen und das sieht man, das kennt man, natürlich ist das, wenn einer wieder kommt, ist das so ein Niederschlag, könnte das sein, das liegt nicht an mir, dass der wiedergekommen ist. Das ist ja nicht meine Schuld |
| **110** | Weil du es schlecht gemacht hast. |
| **111** | Ja, natürlich. Dann ist er halt wieder da und probiert´s wieder. Wenn er wieder kommt – meine Güte. |
| **112** | Und was würdest du sagen, ist jetzt so die größte Herausforderung an dich als Therapeut hier so in dem Setting |
| **113** | Die Arbeitssicherheit. Also die Arbeitssicherheit, dass wie bisher auch alle Finger dran bleiben, ja schwere Unfälle vermieden, ein Schnitt und so was, Spreisel des kann ich nicht verhindern, des ist auch normal, das ist ganz normal, aber das nichts Schlimmeres passiert, das ist meine größte Herausforderung, was ich meinen Patienten immer wieder predige. Was ich immer im Blick haben muss, egal wie. Ich bin nun mal alleine, wenn ich im Bankraum bin und einer ist im Maschinenraum, dann habe ich, mein eines Auge ist auch immer im Maschinenraum. |
| **114** | Also du musst eigentlich immer aufmerksam sein. |
| **115** | Ja |
| **116** | Den ganzen Tag |
| **117** | Genau |
| **118** | Das ist schon auch eine Herausforderung |
| **119** | Ja. |
| **120** | Und wie ist es mit den ganzen Materialien, die du hier hast, die müssen die ja abgeben am Abend. Hast du da manchmal Unsicherheit, dass das wirklich alles da ist? Oder hast du gelernt, wenn ich einmal geschaut hab ist es ok. Es ist alles da, die nehmen nichts mit. |
| **121** | Ich bin nicht zwanghaft, dass ich da nach 10 Kilometer umdrehe und wieder zurückfahre. Ah, der Hammer, der Hammer ist nicht im Schrank. Das mache ich nicht. Ich vertraue letztlich allen und sie sollen es mir wieder zurück geben. Und wenn sie es nicht mehr brauchen, schön auf der Hobelbank einfach drauf, damit ich es seh, was das ist und dann ist gut. Und der Vorteil hier in diesem halb offenen Haus ist, dass sehr viele Patienten der Stufe B, C, D und so was haben, die ja schon draußen sind und vieles mit rein bringen. Und die müssen nicht bei mir was mitnehmen, um irgendetwas zu machen, die können auch hier wenn sie abhauen wollen, brauchen sie keine Säge mitzunehmen, weil sie einfach warten, bis sie mit dem Pfleger rausgehen. |
| **122** | Also der Hochsicherheitstrakt wäre demnach schon noch mal ne stärkere Herausforderung. Hast du da schon mal gearbeitet eigentlich? |
| **123** | Ja |
| **124** | Und war das da schwerer, warst du da mehr herausgefordert hinsichtlich solchen Sachen? |
| **125** | Nein, da war die Werkzeugzahl dermaßen begrenzt, das konnte ich mit einem Auge: ein Schraubenzieher, ein Hammer und ein Irgendwas. Also das war wirklich so begrenzt der Werkzeugschrank |
| **126** | Da war dann eher die Hersausforderung was machen zu können mit denen mit so wenig Material wahrscheinlich. |
| **127** | Genau |
| **128** | Wenn du den Beruf noch mal wählen könntest, würdest du es wieder machen? |
| **130** | Jaa, jaaa, ich glaube schon. Das ist, also der Beruf an sich ja, mit nem andern |
| **131** | Außenrum? |
| **132** | Ja, vielleicht nicht mehr Forensik und zu mindestens nicht mehr alleine, eine forensische Abteilung zu machen. Wegen dem, dass ich mein Auge überall haben muss, |

| | |
|---|---|
| | alleine, wo du zu zweit einfach ein bisschen entspannter ist und man kann auch mehr zu den Patienten hingehen. |
| **133** | Aber es liegt jetzt nicht am Patient, also mit der Tatsache du arbeitest mit Sexualstraftätern, sondern an der Tatsache, dass halt viel dir gegeben ist, wo du alleine herausgefordert bist: den Sicherheitsaspekt usw. der dich sehr stark herausfordert? |
| **134** | Es liegt nicht am Patienten, auch wenn die Patienten oft nerven, na klar. Sie sind anstrengend, nerven, ich gehe abends hier raus und bin fertig, weil die Patienten einen aussaugen, aber deswegen bin ich halt da, das ist ja mein Job. Aber meinen Job verstehe ich halt nicht so, dass ich immer allein hier mache. Und noch das Gebäude, das ich auch noch habe, das in Schuss gehalten werden muss, ich muss es nicht machen, aber ich muss noch ständig dahinter her sein, muss Handwerker anrufen und absagen usw. muss ich auch noch machen in diesem Haus und das will ich nicht gerne machen. |
| **135** | Es ist halt viel an Anforderungen, die an dich gestellt werden |
| **136** | Ja |
| **137** | Und wenn du sagst, dieses Patienten „aussaugen“, was natürlich normal ist, wenn man den ganzen Tag zusammen ist , das überfordert dich aber dann nicht? Das empfindest du nicht als unangenehm? |
| **138** | Nein, da bin ich auch einfach nur kaputt. Abends möchte ich dann auch gerne meine Ruhe haben. Das ist ja normal, trotz allem. |
| **139** | Also du findest es nicht als übertrieben oder grenzüberschreitend? |
| **140** | Nein, das ist ja auch mein Beruf und wir wissen ja auch mit welchen Leuten wir hier arbeiten. Ich gehe morgens, ich gehe ja damit rein, dass ich weiß ich gehe jetzt in ne Psychiatrie und gehe in einen Maßregelvollzug. Das ist so, das kann passieren, dass ich da einfach ich für Gespräche einfach ausgelaugt bin und dann heim gehe und müde bin. |
| **141** | Es würde dir wahrscheinlich im IT Service genauso gehen? Wenn du dann in den Besprechungen wärst, wärst du auch am Abend müde |
| **142** | Ja, genau. Ja. ? |
| **143** | Könntest du mir vielleicht noch einen Moment beschreiben, wo du sagst, der war irgendwie besonders, ein besonderes Erlebnis, oder wenn es besonderes passiert ist mit einem Patienten? |
| **144** | Ja, da ist ein teils sehr verunsicherter Patient, der ganz gebückt, nur mit dem Blick zum Boden, hier angefangen hat bei uns, damals waren wir noch zu zweit, hat anfangs immer gesagt: ich bin nix, ich kann nix, ich möchte auch nie an Maschinen arbeiten, und im Lauf der Zeit mit langem die Maschine immer anschalten, wieder ausschalten, einfach halt mal was hinten wegnehmen von der Maschine, und am Schluss stand er halt an die Kreissäge und hat gesägt. Aufrecht. Quasi am Körper hat man gesehen, wie seine Körperhaltung aufrecht geht und da er wirklich an den Maschinen er war nicht super, aber er war einfach, dass man ihm einen Schrank hinlegen konnte und er hat alles selbst gemacht. Nee, er hat paar Bretter gesägt, selbstständig. Das finde ich immer noch sehr, das war auch sichtbar, die Haltung, die ist aufrecht, das war im Laufe von einem halben Jahr hat das vielleicht gedauert, in recht kurzer Zeit |
| **145** | Und da konntet ihr zwei auch einen Therapieerfolg festmachen, oder? Also wenn du jemand der so schwach ist zu ner Leistung bringst. |
| **146** | Genau |
| **147** | Und dann bist du sozusagen auch zufrieden mit deiner Arbeit? |
| **148** | Ja natürlich. War ein Erfolg. Natürlich weiß ich jetzt nicht was ist jetzt mit dem Patienten, die gehen dann wieder weg und dann sehe ich die nicht mehr. Ja, vielleicht kommt er immer wieder. Ich weiß es nicht |

| | |
|---|---|
| **149** | Aber für deinen Bereich |
| **150** | Das war wirklich gut. |
| **151** | Ja super, dann sind wir schon fertig. Dann sage ich herzlichen Dank |

| **Interview Partner 2**<br>**Dauer 21:25 Min** | |
|---|---|
| **1** | Also als erstes würde ich mal gerne wissen, seit wann du in der Forensik arbeitest |
| **2** | *Seit 2011 oder 2009 eigentlich.* |
| **3** | So genau geht es nicht, also 2009 ungefähr? Und könntest du so bisschen grob beschreiben, in welchem Bereich du tätig bist? |
| **4** | *Eigentlich steh ich im Lager, ich wurde eigentlich eingestellt als Disponent. Einkäufe zu disponieren im Lager und LKW zu fahren, weil ich einen LKW Führerschein habe. Und das hat sich aber nach ner Woche dann erübrigt, geändert, ich wurde aus dem Lager raus und hier zu X, zur Therapie geschickt und seitdem bin ich hier.* |
| **5** | Und du hast glaube ich auch ne Vollzeitstelle |
| **6** | *Ja, schon immer* |
| **7** | Okay, ich habe Fragenblöcke und als erstes würde ich dir gerne ein paar Fragen zum Beruf stellen:<br>was waren denn deine Gründe, warum du diesen Beruf gewählt hast? |
| **8** | *Ich konnte gesundheitlich meinen alten Beruf nicht mehr machen* |
| **9** | Und dann hast du dich entschieden: okay ich will in die Forensik oder war das eher Zufall |
| **10** | *Das war Zufall. Meine Frau arbeitet hier im Krankenhaus und ich hab einfach versucht irgendwie einen Job zu kriegen mit damals ja knapp 50, wo ich nicht mehr draußen mit Montage schwere Arbeit machen konnte. Und des hat sich dann einfach so ergeben. Forensik stand eigentlich nie auf der Wunschliste, weil ich gar nicht wusste, was Forensik ist.* |
| **11** | Jetzt arbeitest du ja schon länger hier in der Forensik, dass dadurch, dass du hier arbeitest, dass man den Beruf, den du machst irgendwie diskriminiert oder dir gegenüber so eine Stigmatisierung dir gegenüber bringt, dass du in der Forensik tätig bist? |
| **12** | *Überhaupt nicht.* |
| **13** | Überhaupt nicht. Und wie ist so dein Umfeld? Sind die eher positiv auf das was du machst, also sagen die: ja find ich gut, oder ist es denen egal? Wie gehen die damit um? |
| **14** | *Also es ist teils, teils. Also bei manchen, die denken, du hast es immer mit Schwerverbrechern zu tun, und läufst mit ner Pistole rum, das hab ich auch schon mal gehört: du bist bestimmt bewaffnet. Viele haben da auch ne falsche Meinung davon. Und es gibt auch viele, die dann sagen: dass du da Arbeiten kannst – wie soll ich sagen – oder, dass die dich fragen, mit solchen Leuten lieber nicht arbeiten, zusammenarbeiten würden.* |
| **15** | Und empfindest du das als unangenehm? |
| **16** | *Nein, überhaupt nicht* |
| **17** | Also du kannst das sozusagen trennen. Wenn du jetzt hörst, jemand ist berufen für seinen Job. Hast du das Gefühl, du bist das für diese Art von Beruf? |
| **18** | *Ich find das sind immer so große Worte. Da halte ich nicht viel davon. Ich bin einfach da rein geraten und habs Beste daraus gemacht. Und ich denke und ich fühl mich auf alle Fälle wohl hier. Aber ne Berufung für nen Job.. weiß ich nicht* |
| **19** | Ist zu viel dann. |
| **20** | *Ja* |
| **21** | Jetzt ist man in so sozialen Berufen anders entlohnt als z.B. in der IT Branche. Findest du das ist angemessen oder würdest du sagen da fehlt auch vom Gehalt ne Wertschätzung ein Stück weit |

| | |
|---|---|
| **22** | *Also ich hab beim Handwerk noch weniger verdient und noch mehr arbeiten müssen. Und darum war´s für mich ne Steigerung.* |
| **23** | Also positiv dann eher |
| **24** | *Ja, war´s ne Steigerung und was die Stunden anbetrifft, war ´s sehr angenehm. Ich hab früher für sehr viel mehr Stunden vielleicht bisschen mehr gekriegt, aber wenn man die Stunden eben dann wegrechnet, hätte ich noch sehr viel weniger gehabt.* |
| **29** | Also die Schwere der Arbeit |
| **30** | *Ja, ja. Was natürlich ein Grund auch war oder ne angenehme Begleiterscheinung war, war diese Weiterbildung in Freising, die wurde dann…, das wurde mir damals schon in Aussicht gestellt, dass ich dann zwei Lohngruppen höher gestellt würde, durch diese Weiterbildung. Das hab ich aber nicht gewusst, wo man mich eingestellt hat. Also das… Ich hab gewusst, was ich hier verdien, das war eigentlich für mich okay. Dass das dann mehr geworden ist durch diese Weiterbildung, das war eigentlich schon mehr als ich erwartet hab.* |
| **31** | Aber du hast die Weiterbildung, glaub ich, von hier auch finanziert bekommen, oderß |
| **32** | *Ja, das war bei der Einstellung schon angedacht worden. Dass du diese Weiterbildung als Quereinsteiger machen musst. Aber damals habe ich noch nicht gewusst, dass man dann zwei Gehaltsstufen höher bekommt. Das hab ich nicht gewusst, das hab ich dann im Nachhinein erfahren.* |
| **33** | Das hast du eigentlich als positiv empfunden, dass du hier so viel bekommst, wie du halt jetzt bekommst. |
| **34** | *Was nicht heißt, dass ich zufrieden bin mit dem was hier dem Personal gezahlt wird. Im Gegenteil.* |
| **35** | Also du findest eigentlich, für das was ihr hier machen müsst, bekommt ihr zuwenig? |
| **36** | *Nicht nur ich. Ich nehme mich jetzt mal aus. Aber, überhaupt Pflegepersonal, oder so, einfach zu wenig.* |
| **37** | Aber findest du auch, dass das ein Stückchen Wertschätzung ist, die dann nicht dir gegenüber gebracht wird, für die Leistung egal ob für die Forensik oder Pflege oder..? |
| **38** | *Ja, ja* |
| **39** | Oder, die in den Gesundheitsberufen sind |
| **40** | *Überhaupt, des ist nicht okay* |
| **41** | Okay, so an dich als Therapeut: würdest du sagen, gibt es Situationen in denen du durch die Arbeit hier bei X dich überfordert fühlst? Also besonders in Bezug auf die Arbeit mit dem besonderen Klientel? |
| **42** | *Also ich bin schon oft an meine Grenzen gekommen. Überfordert? Körperlich, nein. Weil ich da anderes gewohnt bin. Die Überforderung, wenn dann findet hier emotional statt. Wenn ma gewisse Sachen über Patienten hört, bei Verläufen oder bei der Visite oder so was, so Schicksale, das fordert einen schon, nicht überfordert, aber fordert einen. Also das geht mir auch, das geht einen schon nahe, so.* |
| **43** | Und wenn du jetzt was hörst oder die Patientenakten liest, würdest du sagen, du gehst mit dem Patienten danach anders um? Also hat das für dich nen Effekt? |
| **44** | *Ja* |
| **45** | Kann das positiv und negativ sein? |
| **46** | *Negativ sollte es nicht sein. Aber es liegt dicht beieinander* |
| **47** | Aber ist das nicht manchmal schwer zu trennen? |
| **48** | *Ja. Aber auf alle Fälle ist es schon wichtig. Aber wir dürfen ja nicht mehr.* |
| **49** | Lesen? |
| **50** | *Mhm* |

| | |
|---|---|
| **51** | Ihr bekommt keine Akten mehr zum lesen? |
| **52** | *Nein* |
| **53** | Achso |
| **54** | *Wir dürfen auch nicht ins Interne Systhem* |
| **55** | Nicht? |
| **56** | *Nein, ist für uns gesperrt* |
| **57** | Echt? |
| **58** | *Und das find ich ist einfach..* |
| **59** | Sie finde das nicht Ok? |
| **60** | *Das ist nen Witz. Ist gesperrt, neue Patienten, die neu kommen* |
| **61** | Da wisst ihr nicht, was auf euch zukommt? |
| **62** | *Ja.* |
| **63** | Und wie erfahrt ihr dann, wie |
| **64** | *Ich kann fragen, wenn ich dann das erste Mal zum Verlauf gehe, was, wie wo. Da erfährt ma a bissel was, oder ich kann nachfragen bei Kollegen, die nen aufm Hochsicherheitstrakt hatten, dass die bissel was wissen, muss ich mir erfragen.* |
| **65** | Heftig |
| **66** | *Ja* |
| **67** | Und wenn du des dann so hörst, du kannst es ja nicht mehr lesen, du musst es ja erfragen, dann nimmst du da so Geschichten dann mit nach Hause? |
| **68** | *Ja.* |
| **69** | Also es fällt schon schwer es hier zu lassen |
| **70** | *Ja.* |
| **71** | Weil´s ja wahrscheinlich besondere Geschichten sind |
| **72** | *Ja* |
| **73** | Und würdest du sagen, es beeinflusst dich auch manchmal in deinem privaten Leben? |
| **74** | Aber negativ dann |
| **75** | musst du dann viel darüber nachdenken? |
| **76** | *Ja* |
| **77** | Durch diese Beeinträchtigung, hast du da manchmal das Gefühl, dass es dir manchmal ein bissel zu viel wird, auch körperlich dann, als Folge? |
| **78** | *Des ist halt, des ist halt so ne Gratwanderung, ne. Des sind so persönliche, des sind so Schicksale, die einem nahe gehen. Das kann einem schon an die Grenzen bringen auch. Das ist schon nicht einfach.* |
| **79** | Aber würdest du jetzt da dann sagen, dass du dann, Mitleid ist vielleicht das falsche Wort, mit den Patienten hast, die aber auch besser verstehst oder denkst du dann eher an die Opfer? Also was die mit den Menschen getan haben? |
| **80** | *Eigentlich beides, es kommt auf´s Delikt drauf an, es kommt auf´s Delikt drauf an. Bei den Drogenleuten ist es halt, ja Opfer. Sie sind ja meistens erst Opfer und dann Täter. Ja, ist halt so.* |
| **81** | Jetzt arbeitest du ja schon länger hier. Würdest du sagen dein persönliches Weltbild hat sich bisschen verändert? |
| **82** | Schon, *Ja* |
| **83** | Und wie würdest du beschreiben, wie hat es sich verändert. In Bezug auf Menschen oder ..? |
| **84** | *In Bezug auf Menschen, auf Menschen, die am Rande der Gesellschaft stehen. Und eigentlich keine Lobby haben.* |
| **85** | Dass man denen mehr…, mehr in den Fokus nehmen müsste? |
| **86** | *Ja, ja. Viel mehr, das passiert ja viel zu wenig. Wenn ich seh, egal ob Patienten nach §64 oder §63, wenn ich seh was da für nen Dreck läuft, auf´m zweiten* |

| | |
|---|---|
| | *Arbeitsmarkt, das darf eigentlich nicht sein. Die werden zwei drei Wochen zum Probe arbeiten eingeladen, kriegen nen gutes Feedback, ne gute Rückmeldung von dem Herrn, und dann nach drei Wochen sagen sie, wir brauchen dich nicht. Das ist nicht okay. Und bei den 64ern, den Arbeitssucher, das Problem Leiharbeit ist halt, für Mindestlohn, wenn überhaupt, Mindestlohn, viele Stunden. Und dann ist er immer der Letzte. Ganz wenig, dass dann Leute hier nen guten Job kriegen.* |
| **87** | Also die Gesellschaft nimmt sie dann nicht mehr richtig auf. |
| **88** | *Nee, nee.* |
| **89** | Du glaubst sie haben eigentlich keine Chance |
| **90** | *Mit dem Wohnen fängt das an. Selbst wenn die wollen. Wenn die in einem Alter sind, in dem die Sturm und Drang Zeit vorbei sein sollte, wo er auch will, dass das weg ist* |
| **91** | Und hast du auch, so dass du dir denkst, so plakativ, dass du dir denkst: die Welt ist böse? Oder es gibt zu viel Gefahr draußen oder gar nicht in die Richtung, dass sich das verändert hat? |
| **92** | *Ja bevor, seitdem ich weiß, wie das draußen läuft im Drogengeschäft, im Millieu und so weiter, freilich. Vorher hab ich ja nie Einblick gehabt, ich hätte nicht gedacht, dass des da so…, so* |
| **93** | Zu geht |
| **94** | *Zu geht.* |
| **96** | Wie ist des jetzt hier so in der Arbeit: hast du das Gefühl auf Grund dessen, dass wer zum Großteil Patienten sehr schwere Straftaten begangen haben, du den ganzen Tag sehr aufmerksam sein musst, was die machen müssen? |
| **97** | *Ja. Ja.* |
| **98** | Und das ja auch Druck und immer Anspannung mit sich bringt. |
| **99** | *Ja. Ja.* |
| **100** | Schon |
| **101** | *Ja.* |
| **102** | Wenn du jetzt eine Therapie siehst oder siehst, wie die die Aufagen Erledigen, an was würdest du da jetzt sagen, der macht da mit oder die Therapie ist jetzt erfolgreich? Also, dass du siehst, okay ich hab jetzt mit dem gut gearbeitet. An was würdest du das festmachen? |
| **103** | *Es gibt halt verschiedene Typ Menschen, die hier sind. Welche die handwerklich und kognitiv fit sind, die einfach nicht wollen. Wenn man die etwas aus sich raus kitzelt, dass sie doch bissel mehr wollen, aktiv werden und so. Das ist schon mal gut, wenn einer kommt und sagt: ich hab keinen Bock auf den Scheiss. Und dann gibt´s ganz, ganz viele, bei den 63ern halt, die Psyche oder Doppeldiagnose, die psychisch und kognitiv, die, die vom handwerklichen und vom kognitiven her, halt wenig bis gar nichts haben, und wenn die, wenn da einfach ne Besserung festzustellen ist, ne ganz einfache, leichte Besserung, nur Stück für Stück, ganz einfache, leichte Besserung, hab ich schon sehr oft hier erlebt.* |
| **104** | Und das bestätigt einen auch in seiner Arbeit, oder? |
| **105** | *Ja, ja.* |
| **106** | Und das braucht man auch, dass man sieht, da geht was, voran? |
| **107** | *Ja. Was ganz wichtig ist, was mir ganz viel gibt, ist, wenn andere Therapien sagen: den brauch ich nicht, den nehm ich nicht, und der wird dann abgemeldet, die nehm ich dann besonders gern, weil ich das ein bissel als Herausforderung seh.* |
| **108** | Also du möchtest dene gerne helfen, dass auch die ne Chance haben, was zu machen? |
| **109** | *Ich hab bis jetzt auch immer, also nen hoffnungslosen Fall, weiß nicht, ob der noch kommt oder so, und wenn´s nur Kleinigkeiten sind. Und wenn´s nur Kleinigkeiten sind.* |

| | |
|---|---|
| **110** | Aber das man denen helfen kann zurück ins Leben kommen. |
| **111** | *Na, so nen großen Schritt würd ich jetzt noch nicht gehen, aber dass zumindest er mal sieht, was zu machen er im Stande ist, was er machen, schaffen kann.* |
| **112** | Wie ist des so? Ihr seid ja hier in einer engen therapeutischen Verbindung , ist es da manchmal schwierig die Distanz zu wahren? Grad wenn die einem persönliche Sachen mal erzählen, oder so? Oder würdest du sagen, du hast mittlerweile gelernt damit umzugehen? |
| **113** | *Ich weiß nicht, zu viel Distanz ist nicht gut, find ich. Wenn einer was erzählen will, dann soll er das erzählen, dann höre ich da auch zu.* |
| **114** | Und ist des dann für dich schwierig von dir fernzuhalten oder belastet dich das dann nicht |
| **115** | *Ja, des belastet schon auch. Also ich würde jetzt nicht mir erzählen lassen von nem Pädophilen, wie er da vorgegangen ist, das würde ich mir nicht anhören, da würde ich den schon einbremsen. Das würde ich nicht.* |
| **116** | Die Lebensgeschichte wahrscheinlich? |
| **117** | *Aber die Lebensgeschichte: warum, weshalb, viele Patienten kommen von ganz alleine. Ich habe jetzt, jetzt erst einen aktuellen Fall, der mir immer wieder was erzählt. Eigentlich jeden Nachmittag, wenn der kommt, erzählt er mir was. Ich finde das angenehm.* |
| **118** | Du empfindest das als gute therapeutische Verbindung. Das engt dich jetzt nicht ein oder überfordert dich oder so was? |
| **119** | *Wenn der in der Zeit nichts Entsteht, ist mir das auch egal. Wenn der meint, oder, wer will mir was erzählen, dann soll er das machen* |
| **120** | Also sozusagen: man muss auch mal als Therapeut zuhören und für den da sein |
| **121** | *Ja, finde ich schon.* |
| **122** | Was würdest du jetzt sagen: welche Auswirkung es auf dich als Therapeut hat, ob ein Patient motiviert ist oder nicht? Also wenn jetzt einer gar keinen Bock hat, denkst du dann: wow ich bin ein schlechter Therapeut? Ich hab eigentlich keine Lust mit ihm zusammen zu arbeiten? Hat das einen Einfluss oder würdest du sagen, das ist nicht mein Problem? |
| **123** | *Na ja, da ist von allen a bissel was dabei. Weil die kommen ja meistens.. Bei uns ist es so, dass die meistens schon in anderen Theapien gewesen sind. So. Also ich such sehr häufig bei mir zuerst den Fehler woran liegts. Hast du ihn falsch eingearbeitet? Oder eingeteilt für die falschen Arbeiten. Ich such dann, ich versuch dann was andres zu finden. Wo man hier vielleicht was finden könnte, ne Arbeit. Aber, es gibt auch welche, die wirklich Null Bock haben und dann die zu motivieren ist dann schwierig. Und was ganz häufig ist, dass die auch von den Medikamenten halt so runter geschraubt werden, was mir ganz häufig haben, dass Haus 18 die mit der Doppeldiagnose, die sind einfach so runter gedopt. Des is einfach. Die ham kein, die ham nicht keine Lust, die sind einfach…* |
| **124** | Du hast da Verständnis, die können einfach nicht so. |
| **125** | *Ja, wenn einer da ein, etwas kleines macht, dann ist, mein Gott, dann ist des okay. Das ist für den schon ne Hochleistung.* |
| **126** | Jetzt arbeitest du hier ja nur mit Männern zusammen. Würdest du sagen es hat einen Einfluss darauf auf die Männer, ob du jetzt männlich oder weiblich bist, also, denken die oder gehen die mit deiner Kollegin deiner Meinung nach anders um, wie mit dir? |
| **127** | *Also hier waren ja schon einige Frauen. Ja. Ich find man sieht da schon Unterschiede. Man sieht da schon Unterschiede* |
| **128** | Und wie würdest du die beschreiben? Also nehmen die sie nicht so ernst oder nehmen sie die mehr ernst? Bist du mehr der Kumpel, oder mehr ..? |

| | |
|---|---|
| **130** | *Es kommt darauf an, wie die Frau sich gibt. Wenn die Frau sich natürlich hier nur rum… hänselt und rumalbert mit denen, dann werden sie die nie ernst nehmen. Aber es gab hier z.B. mal ne Kollegin, die hatte a sehr gutes Mittelmaß gefunden. Die hat sachlich, die wusste auch genau wo welcher Dübel, wo welche Schraube hinkommt, die hatten auch Respekt vor ihr, weil sie einfach bei X auch wusste, was Sache ist, und von was sie spricht.* |
| **131** | Also wenn sie Respekt haben, dann gehen sie genauso mit der Frau um wie mit dir |
| **132** | *Vielleicht vorsichtiger, wenn irgendetwas gehoben oder wenn körperlich, wenn´s ins körperliche geht, dass dann a bissel, dass dann manche bissel vorsichtiger umgehen* |
| **133** | Aber hast du das Gefühl, dass manche Patienten mit dir als Mann mal respektlos umgehen als auch mit ner Frau? Das die da keinen Unterschied machen oder |
| **134** | *Ja, glaub ich schon auch, dass des so der Fall ist. Dass des mal so mal so aussehen kann.* |
| **135** | Es kommt also auf den Patienten an |
| **136** | *Ich glaub, wenn einer von Haus aus respektlos ist, dann ist wurscht, ob des ein Mann oder ne Frau ist. Es gibt einfach so respektlose Menschen.* |
| **137** | Also mehr so, wie ist der Mensch |
| **138** | *Genau* |
| **139** | Okay, was würdest du jetzt so sagen, ist die größte Herausforderung für dich als Therapeut in der Arbeit mit den Patienten? |
| **140** | *Die größte Herausforderung ist zum einen eine Weltfirma wie X, ist so, die relativ hohe Ansprüche stellt, die Vorstellungen haben über Lieferungen über Mengen und über Qualität und Quantität und den Spagat zu den Patienten. Das ist ne Therapie hier, es soll nicht ein .. Fließband, keine Fließbandarbeit sein, das ist leider die größte Herausforderung. Mal weniger Patienten, mal mehr Patienten, mal fitte, mal weniger fitte* |
| **141** | Das ist schwer für dich zu berechnen, wie viele Stücke kann ich machen, aber es wird so irgendwie verlangt von hier. |
| **142** | *Die Weltfirma X verlangt´s so. Wir müssen auch immer wieder mal von denen auch das… anbieten halt??* |
| **143** | Und ist es für dich auch oft ne Herausforderung zu dem wie die Patienten eben beieinander sind und der Tatsache wie auch die Institution also die Einrichtung des handhabt, wie ihr mit denen umgehen müsst. Also fühlst du dich da auch manchmal unter Druck gesetzt oder eher unterstützt von außen? |
| **144** | *Ne also, vom Haus erfährt man da nicht, dass da.., da wird ma schon unterstützt. Gut, das ganze System kann man schon manchmal in Frage stellen, was wie wo läuft. Gerade mit den begrenzten Geld, so Kleinigkeiten die es früher mal gegeben hat vom Haus, die da irgendwie eingespart wurden oder so, das waren ja auch so kleine Streicheleinheiten sag ich jetzt mal, wo du da einfach mal was machen konntest, das fehlt schon ein bissel. Aber dass ma vom Haus direkt in ne, dass man keine Unterstützung bekommt, das glaub ich nicht. Wenn ich jetzt hier Probleme hätte mit einem, das hat auch die Chefin immer wieder angekündigt, wenn´s Probleme gibt, kann ich jederzeit auf sie zukommen.* |
| **145** | Also du spürst schon einen gewissen Rückhalt? |
| **146** | *Ja. Gerade mit dem Problempatienten, was wir jetzt haben, und so, hat sie auch gesagt, wenn dir das zu viel wird oder so, weil er engmaschig überwacht wird und immer wieder und sehr anstrengend ist. Also da hat sie schon geholfen* |
| **147** | Okay, gut. Wenn du jetzt heute wieder zurück schauen könntest, würdest du den Beruf wieder |
| **148** | *Ja* |
| **149** | Vielleicht noch mal wählen? |

| | |
|---|---|
| **150** | *Ja, also wählen. Ich hab´s ja nicht gewählt. Mir macht das nach wie vor Spaß. Die Kollegen lachen ja, weil ich sag: ich bin gerne hier.* |
| **151** | Und was würdest du sagen ist so des, was dir am meisten Freude hier macht: so mit nem besonderem Patienten zu arbeiten oder wie.. |
| **152** | *Des ist gemischt. Die Mischung. Die Mischung mit den 64ern, die ja teilweise auch schräge Vorstellungen haben, noch nie gearbeitet haben und dann wirklich psychisch Kranke, die, wenn die kleine Schritte machen, Fortschritte, wenn die des dann sehen,…schön…* |
| **153** | Also du bist dann auch zufrieden.. |
| **154** | *Ja* |
| **155** | So mit dir und deiner Arbeit, wenn du siehst da geht was voran. |
| **156** | *Ja, Ja.* |
| **157** | *Dann sind wir fertig, Danke für das Gespräch* |

| **Interview Panterin 3<br>Dauer 36:28 Min** | |
|---|---|
| **1** | Seit wann bist du in der Forensik tätig |
| **2** | *Seit Februar 2017, und ich habe aber schon Praktikum gemacht 2014.* |
| **3** | Wie viele Monate hast du Praktikum gemacht |
| **4** | *10 Wochen* |
| **5** | Okay |
| **6** | *Also zweieinhalb Monate* |
| **7** | Und kannst du mir beschreiben in welchem Bereich du tätig bist in der Forensik? |
| **8** | *In der Therapie* |
| **9** | Und was hast du da so für Patienten? |
| **10** | *Oh, also ich habe Suchtpatienten und psychisch kranke Patienten. Und die Suchtpatienten haben aber im Rausch praktisch die Straftat begangen* |
| **11** | Sie sind also sozusagen nicht schuldig für ihre Straftaten |
| **12** | *Genau, zum Teil oder gar nicht schuldig* |
| **13** | Okay, und was für Stundenwoche hast du? |
| **14** | *Achtunddreißigeinhalb* |
| **15** | Also Vollzeit |
| **16** | *Ja* |
| **17** | Okay. Gut, ich habe ein paar Themenblöcke. Zuerst würde ich dir ganz gern Fragen zum Beruf stellen:<br>Was waren denn deine Beweggründe, warum du dich für diesen Beruf entschieden hast? |
| **18** | *Oh, also alle meine Schwestern sind Erzieher und ich wollte nicht Erzieher werden, wollte aber trotzdem was mit Kindern machen. Und deswegen bin ich in die Ergoschule und habe dort dann mein erstes Praktikum gemacht und das hat mir so gut gefallen, dass ich gesagt habe: ok ich will nicht mehr mit Kindern arbeiten, weil ich krieg ja selber irgendwann mal Kinder, ich will dort arbeiten.* |
| **19** | Okay also eigentlich ist das dann nur auf das Praktikum zurückzuführen, das hat dich dann so begeistert da dort, dass du deswegen… |
| **20** | *Hab ich mir eigentlich nie vorstellen können. Ich wollte dort auch eigentlich nicht Praktikum machen. Aber es wollte dort, also hab ich gesagt ok ich machs, weil ich ja nur fünf Minuten weg wohn.* |
| **21** | Wolltest du noch etwas sagen? |
| **22** | *Ne* |
| **23** | Wenn du hörst: berufen sein für deinen Beruf oder Berufung, was bedeutet das für dich und würdest du sagen, du fühlst dich berufen für diesen Beruf? |
| **24** | *Was bedeutet das für mich? Also ich finde, wenn das heißt du bist dafür berufen, dann lebst du deinen Job. Du bist da total begeistert dabei. Und das glaube ich bin ich. Mh, also ich dachte immer zuerst, ich bin berufen mit Kindern zu arbeiten, weils mir immer schon Spaß gemacht hat und ich hab alles immer sehr gerne gemacht, aber mittlerweile glaube ich, bin ich geschaffen dafür mit so z.B. Drogensüchtigen Patienten zu arbeiten.* |
| **25** | Also du hast das Gefühl, dass dir auch dieses „Helfen“, ist es ein gute Gefühl oder was wie würdest du sagen, macht es dir Spaß, weil es eine besondere Herausforderung ist?# |
| **26** | *Mir machts Spaß, ja, des schon auch, aber am meisten Spaß machen tuts mir bei den Patienten zu sehen, dass ich ihnen helfen kann. Es gibt natürlich da auch Leute, die sind da seit zwanzig Jahren und es ist einfach die Entwicklung von denen zu sehen, die von Anfang, wenn sie kommen bei mir, bis dann wenn sie gehen, was man dann eigentlich alles erreichen kann. Aber Anfang wenn sie kommen, können noch* |

| | |
|---|---|
| | *nicht mal nen Hammer halten. Und am Schluß kommen sie und bauen dir einen Schrank ganz allein auf.* |
| **27** | Und würdest du dann auch beschreiben, dass das für dich auch dann ein Therapieerfolg ist, wenn die des dann schaffen und |
| **28** | *Ja* |
| **29** | Wie würdest du sagen, dass du dich gut fühlst als Therapeut in der Therapie, ist das so ein Ergebnis, also, dass du sagst: also ich habe meine Arbeit erfolgreich gemacht? |
| **30** | *Ich, es ist allein schon erfolgreich, wenn sie kommen, für mich* |
| **31** | Okay |
| **32** | *Aber natürlich ist es viel mehr erfolgreich, wenn sie irgendetwas geschafft haben, was sie vorher nicht konnten.* |
| **33** | Wenn du jetzt in die Arbeit gehst, es ist ein besonderes Klientel, empfindest du manchmal ein bisschen innerlichen Druck was perfekt zu machen, wie ist so dein eigener Anspruch an die Arbeit? |
| **34** | Mmh, ich will schon alles perfekt machen, es gelingt mir natürlich nicht immer. Und es gibt natürlich auch, weil ich relativ jung bin, Patienten, die respektieren mich nicht so wie ich es gerne hätte. Sag noch mal die Frage bitte, (lacht) |
| **35** | Ob du, wie dein eigener Anspruch an die Arbeit ist? |
| **36** | Ja ich wills schon perfekt machen, aber ich weiß ich kanns nicht perfekt machen, aber ich wills auf jeden Fall besser machen, wie mein Kollege. Des ist so mein Anspruch |
| **37** | Und setzt dich das manchmal ein bisschen unter Druck, wenn das dann nicht so klappt, oder … |
| **38** | In manchen Situationen, ja. Also wenn ich z.B. mal alleine bin, weil der anderen krank ist oder keine Ahnung Urlaub hat und ich kriegs dann nicht so hin, wie ichs mir vorgenommen habe, dann ja. |
| **39** | Okay. Und belastet dich das so sehr, dass du das auch manchmal mit nach Hause nimmst oder kannst du da ne Grenze ziehen? |
| **40** | In dem Bereich kann ich ne Grenze setzen. Ich hab andere Bereiche gehabt, da ging des gar nicht. Da war ich zu Hause und musste nur noch nachdenken, aber dort geht's eigentlich ganz gut, außer in bestimmten Situationen. Also ich z.B. ein Patient der ist – darf man das überhaupt sagen? - der ist hier geboren und alles, also die wollen den jetzt abschieben. So was, nehm ich dann mit nach Hause, weil ich mir denke, der ist hier voll integriert, warum schieben die ihn jetzt in die Türkei ab, so was nehm ich manchmal mit nach Hause, aber.. |
| **41** | Okay |
| **42** | Sonst kann ich das eigentlich gut |
| **43** | Kannst du das gut trennen |
| **44** | *Ja* |
| **45** | Okay |
| **46** | *Aber weils mir wahrscheinlich so viel Spaß macht* |
| **47** | Also du fühlst dich dadurch bereichert |
| **48** | *Ja. Würde es mir wahrscheinlich nicht so viel Spaß machen und ich würde da nicht mit so viel Motivation reingehen, würd ichs glaub ich mit nach Hause nehmen.* |
| **49** | Okay. Ähm, das ist ja irgendwie ein spezieller Bereich, oder es ist ein spezieller Bereich, hast du das Gefühl, dass die Gesellschaft diesem Bereich gegenüber oder deiner Arbeit vielmehr in dem Bereich so bissl Diskriminierung bzw. dich stigmatisiert dadurch dass du des machst? |
| **50** | *Die Leute verstehens halt nicht, warum ichs mach und mei ob sies jetzt irgendwie weiß ich nicht, aber sie verstehens auf jeden Fall nicht, warum ich als junges* |

| | |
|---|---|
| | *Mädchen dort arbeiten kann mit z.B. Sexualstraftätern und das verpönen die richtig. Aber ich..* |
| **51** | Aber ist es für dich unangenehm oder |
| **52** | *Zu sagen?* |
| **53** | Ne, dass die dann so auf dich reagieren? |
| **54** | *Ne, weil das ist so. Genauso wie die denken, hab ich auch gedacht bevor ich dort Praktikum gemacht hab. Und jetzt mittlerweile, wenn ich da rein geh, denk ich: irgendjemand muss sich um die Leute kümmern. Und auch wenns Sexualstraftäter sind, und vielleicht war das Mädel, was die da vergewaltigt haben oder keine Ahnung was die gemacht haben, genauso alt wie ich, trotzdem muss sich irgendjemand darum kümmern und ich hab mich dazu entschieden und deswegen mach ichs. Und des können die Leute natürlich nicht verstehen, aber des verstehe ich auch wiederum, weil ichs auch nicht verstehen konnte. Weil die Leute es halt nicht kennen und nicht wirklich wissen was gemacht wird.* |
| **55** | Okay, also du kannst jetzt hingehen |
| **56** | *Ja* |
| **57** | Es belastet dich nicht, oder |
| **58** | *Nein* |
| **59** | Oder hast des Gefühl es wird mir voll viel augedrückt. |
| **60** | *Nö, weil mir ist es eigentlich wurscht, was anderen denken, weil ich hab mich dafür entschieden. Warum ist der eine Müllmann geworden und warum ist der eine Bürokaufmann geworden?* |
| **61** | Okay, jetzt ist es ja so, dass die Sozial- und die Gesundheitsbranche anders oder schlechter entlohnt wird wie jetzt in der IT Branche oder sowas. Würdest du sagen, das ist fehlende Wertschätzung? Findest du das Gehalt ist gerechtfertigt für des was ihr tut? |
| **62** | *Ne, des ist auf jeden Fall fehlende Wertschätzung. Weil die meisten gar nicht sehen, was wir eigentlich leisten. Die anderen hocken den ganzen Tag nur, „nur" in Anführungsstrichen, vorm PC und tippen irgendwas ein, und wir machen körperliche Arbeit, wir haben wahrscheinlich auch viel mehr psychischen Druck, arbeite mal mit solchen Leuten erstmal, erstmal zusammen, ähm, also auf jeden*<br>Fall mal fehlende Wertschätzung und meines Erachtens nach ist es auf jeden Fall nicht genug Geld. |
| **63** | Okay, also du findest schon, dass die Gesellschaft da dann schon ein Stück weit Diskriminierung zu therapeutischen Berufen macht, weil sie euch mit dem Geld nicht wertig genug … |
| **64** | *Aber es sind ja nicht nur wir, es sind ja die ganzen sozialen Berufe.* |
| **65** | Okay, dann hätte ich noch ein paar Fragen zu dir als Therapeut: wenn du jetzt in der Arbeit bist, dass du manchmal auch Erlebnisse auch versuchst nicht mit nach Hause zu nehmen, aber manchmal eben halt doch, und wenn du des dann machst, hast du das Gefühl, die beeinflussen dich nachhaltig, vielleicht auch im Privatleben, die Geschichten, die du da hörst oder der Umgang mit den Patienten? |
| **66** | *Ob die mich beeinflussen, die Geschichten dort? Manche ja. Also ich – des darf ich ja jetzt nicht sagen, ….* |
| **67** | Doch, doch |
| **68** | *Seitdem ich jetzt Mama bin, denke ich über Sexualstraftäter ganz anders wie jetzt und gehe ich mit diesen Sexualstraftätern ganz anders umgegangen, was ich eigentlich nie gemacht hab. Ich hab eigentlich nie Abgrenzungen gemacht zwischen Drogen, Sexual, Spielsucht, keine Ahnung irgendwas, und jetzt seitdem ich Mama bin mach ich des schon seitdem. Ich weiß, dass ich des nicht darf, aber ich machs.* |
| **69** | Es fällt dir also auch schwer? |
| **70** | *Schwer nicht unbedingt, aber (Pause). Ja, doch schon schwer.* |

| | |
|---|---|
| **71** | Schwingt das unterschwellig immer mit, dass du jetzt einfach weißt, was würde es mir bedeuten, wenn mir das passieren würde? |
| **72** | *Ja, ähm. Die Frage ist irgendwie schwierig zu beantworten.* |
| **73** | Ja, ne, das passt schon. |
| **74** | *Sag noch mal die Frage.* |
| **75** | Ob du das Gefühl hast, dass du Erlebnisse, die du in der Arbeit mitbekommst, ob die dich beeinflussen vielleicht auch irgendwie in deinem Privatleben. |
| **76** | *Abgesehen von den Sexualstraftätern, ja auf jeden Fall, weil man hört da so Dinge, wo man sich so denkt: Hey alter Schwede, warum darf des nicht an die Öffentlichkeit? Das finde ich auch noch so nen schwierigen Punkt. Und ich tu mir dann auch echt schwer das nicht weiter zu erzählen. Weil manche Dinge, die kann ich einfach nicht verstehen, wie keine Ahnung, jetzt egal, der hat irgendwas gemacht und des darf nicht in die Öffentlichkeit und der rennt da draußen rum. Und ich denk mir so: hey hallo, wieso lässt ihr den überhaupt draußen rumlaufen. Der ist nicht medikamentös eingestellt, weil er Medikamente verweigert, und kriegt aber Ausgang. Und er hat was ganz Schlimmes gemacht und er könnte es jederzeit wieder machen. Und des find ich extrem schlimm, warum so was nicht an die Öffentlichkeit darf. Oder genauso wie es haut einer ab z.B. Und du siehst auf einmal die Hubschrauber und die Kinder denken sich: wow geil ein Hubschrauber und dann weißt du aber, weil du da arbeitest, es ist dort einer abgehauen, der keine Ahnung den nächsten ummurksen kann. Warum darf man so was nicht erzählen. Ich verstehe auch nicht, warum so was im Radio so was nicht durchgesagt wird? Ja keine Ahnung: Sexualstraftäter auf der Flucht oder so was, so was hört man ja nie. Es hauen aber da jeden Tag mindestens drei vier Leute ab. Und du kriegst des nie mit, außer wenn der Hubschrauber dann anfängt zu suchen.* |
| **77** | Also da bist du auch im Zwiespalt sozusagen? Da bist du auf der einen Seite bist du dann Therapeut auf der anderen Seite bist aber … |
| **78** | *Genau, da würde ich da zum Beispiel am liebsten bei meiner Schwester im Kindergarten anrufen und sagen hey Sonja, passt auf, geht's nicht raus, keine Ahnung, ein Mörder ist grad abgehauen* |
| **79** | Ja |
| **80** | *Man weiß nicht wohin, schau dass die Kinder alle drin sind. So, Aber das darf man natürlich nicht.* |
| **81** | Da bist du immer so ein bisschen im Konflikt |
| **82** | *Genau* |
| **83** | Jetzt bist du schon so ein bisschen in die Richtung gegangen würdest du sagen, dass sich die Arbeit durch dein persönliches Selbst- bzw. Weltbild durch die Arbeit verändert hat? |
| **84** | *Ja* |
| **85** | In welche Richtung, also wie? |
| **86** | *Also ich habe früher immer gesagt, was wollen so Mörder und die Straftäter, warum therapiert man die überhaupt. Warum tut man die nicht einfach ummurksen, was will man mit dem der 23 Kinder vergewaltigt – Tschüss, da denke ich jetzt schon anders. Freilich nicht bei allen Hundert Prozent Patienten sieht man, dass sie sich freuen. Aber bei vielen sieht man es schon, dass es wirklich die Krankheit ausgemacht hat. Dass sie einfach so krank sind, dass sie nicht anders konnten. Des Bild hab ich mich schon geändert, weil ich jetzt mittlerweile der Meinung bin, dass bei vielen Patienten das wirklich nur die Krankheit ist, die kann man auch wirklich behandeln, weil die freuen sich auch wirklich, aber es gibt natürlich auch Patienten, bei denen glaubst du die wollen … machen und machen es dann wahrscheinlich auch wieder. Aber das hat schon mein Bild bisschen geändert. Weil alle schimpfen immer und sagen, ja jetzt hat der scho wieder a Kind umbracht und des ist jetzt* |

| | |
|---|---|
| | *scho des dritte z.B. und ich sag halt immer: ihr wissts doch gar nicht was da dahinter steckt. Vielleicht wurde der auch als Kind missbraucht, oder…* |
| **87** | Es wird verständlicher ein bisschen… |
| **88** | *Genau* |
| **89** | Wie würdest du jetzt selber erfolgreiche Therapie beschreiben oder was für dich den Erfolg einer Therapie aus? |
| **90** | *In der Arbeitstherapie oder allgemein?* |
| **91** | Sowohl als auch, wie du möchtest |
| **92** | *Also bei mir ist der Erfolg, habe ich ja vorher auch schon ein bisschen gesagt, ich hab z.B. mal nen Patient, der wusste nicht mal was ein Hammer ist, ja. Und den musst du natürlich dann erst mal, und da war für mich der Erfolg, dass er rausgeht und wenigstens weiß, dass man mit dem Hammer in der Hand ghabt und er musste gar nix tun. Für mich zählt nicht was die da machen. Sondern für den war es überhaupt wichtig, zu kommen oder z.B. der eine Patient ist kognitiv nicht auf der Höhe so gut wie gar net, und da zählt für mich, dass er jeden Tag kommt und wieder geht. Und seine sechseinhalb Stunden aushält.* |
| **93** | Und bestätigt dich das dann auch in deiner therapeutischen Rolle, wenn die dann kommen und du merkst, die verändern sich? |
| **94** | Hmm, ja.. Es bestätigt mich schon, aber es gibt natürlich auch Patienten, die machen das nicht. |
| **95** | Und wenn die das nicht machen, ist dir des dann so, dass du denkst: bin ich jetzt guter Therapeut oder kann ich das überhaupt? |
| **96** | Äh, ich ne das frage ich mich nicht, weil ich finde, wir sind alle nur Menschen und ich verstehe mich auch nicht mit jedem Menschen und wenn dann kommt und er hat keinen Bock auf mich und der macht nix, dann kann es klar auch an mir liegen, aber das stell ich mir gar nicht, warum komm ich in Gedanken und dann nehm ichs z.B. mit nach Hause. Ich frag mich dann nicht, also hab ich jetzt irgendwas falsch gemacht oder irgendwas, ich such dann schon des Gespräch mit dem Patienten und wenn ich halt einfach merke, dass der einfach von Haus aus Null Bock hat, dann frag ich mich nicht mehr die Frage: könnte es an mir liegen?, weil dann nehm ichs mit nach Hause, das ist dann schon, das habe ich am Anfang immer gemacht. Was könnte ich jetzt besser machen, dass es dem Patienten --- ne, des frag ich mich gar nicht mehr, weil das kommt dann ins uferlose, weil die ganzen Suchtpatienten, des sind ja meistens so faule Hunde. |
| **97** | Aber das hast du da schon eigentlich gelernt, oder? |
| **98** | Ja, du auch im Praktikum z.B. da hab ich immer zu Hause darüber nachgedacht, was da eigentlich jetzt so passiert ist und so was alles. Jetzt mittlerweile habe ich gelernt, dass wirklich dort zu lassen. Ich schweif immer voll ab. |
| **99** | Ne, des passt gut. Hast du das Gefühl, dass du auf Grund der Erkrankungen von den Straftätern in der Arbeit besonders aufmerksam sein musst? Also den ganzen Tag irgendwie ne besondere Aufmerksamkeit… haben zu müssen |
| **100** | Ähh, ja und nein. Wir sind ja schon im offenen Bereich, d.h. unsere Patienten sind ja schon relativ gut eingestellt und er ist relativ lange schon da, d.h. ich muss nicht mehr 24/7 auf die schauen. Aber ich muss, es gibt schon auch Patienten, die immer mal gerne des ausreizen, wenn du nicht hinschaust. Also mal so, mal so, würde ich sagen. |
| **101** | Aber wenn, findest du das sehr herausfordernd, oder anstrengend, wenn du dann einen hast bei dem du wahnsinnig viel … |
| **102** | Ja, hab ich ne gute Situation: ein Arbeitskollege war im Urlaub und es gab diesen einen Patienten, auf den hast du einmal nur fünf Minuten net geschaut und der war weg. Er war einfach weg. Ich sag dir später wer des war. War einfach weg und da da war ich wirklich total überfordert, ich hab, ich bin zu nichts mehr |

| | |
|---|---|
| | gekommen. Ich hab keine Büroarbeiten gemacht, ich konnte nicht auf andere Patienten schauen und des bei unseren zwanzig Patienten am Vormittag. Ich konnte nur noch auf diesen Patienten schauen und da war ich wirklich krass überfordert und da hab ich mir wirklich gesagt, wenn ich alleine in der Arbeitstherapie bin, will ich diesen Patienten nicht mehr haben. |
| **103** | Da muss man dann auf sich selber ein bisschen schauen. |
| **104** | Ja, weil du machst dich sonst kaputt. Und ich bin dem wirklich drei Stunden am Vormittag, drei Stunden am Nachmittag, ich bin dem hinterher gerannt. Dann war der auf einmal weg, da musst du den suchen. Such den Mal im ganzen Haus 41. Bin ich alles durchgelaufen, hab den nicht gefunden. Dann hab ich meine Arbeitskollegin in der anderen AT angerufen, ob sie ihn vielleicht gesehen hat. Sie hat gesagt, nein. So und was bleibt dir dann über, dann musst in der Station anrufen, die sagen dann, ja .., dann müssens den SSD anrufen. Dann rufen die den SSD an und dann kommt der wieder daher spaziert. Dann war einfach nur irgendwie um die Ecke, aber ich kann ja nicht, ich kann ja nicht außer Haus gehen und dann überall suchen, das geht nicht. |
| **105** | Ja, weil noch genug andere Patienten da sind |
| **106** | Und dann natürlich gibt's Ärger. Dann hab ich natürlich zu den Patienten gesagt: hey passts auf, so geht das nicht. Ja und dann geht der auf die Barrikaden: Ja und die , ich bin halt so ne schlechte Therapeutin und die, ich kann ja gar nichts, und ich hab meinen Beruf verfehlt, so was darf ich mir dann anhören. |
| **107** | Und kannst du des dann aber auf die Krankheit oder dem seine, was auch immer es ist, zurückführen oder …. |
| **108** | Es ist erstens seine Krankheit, zweitens seine Art und drittens ist der von der alten Partie und der lässt sich von den Frauen nix sagen. Der ist schon relativ alt. Und das nehm ich auch nicht persönlich und da wars dann so weit, dass andere Patienten eingesprungen sind und gesagt haben, hey und jetzt lass die in Ruhe. Also da haben mich andere Patienten haben dann zu ihm gesagt, hey jetzt übertreib nicht, es ist gut, lass sie in Ruhe, sie hat schon Recht, du kannst nicht einfach abhauen. So. |
| **109** | Okay, das ist ja gut, wenn die dann hinter einem stehen. |
| **110** | Ja |
| **111** | Zu Patienten: wir wissen, Straftäter, Pädophile, was passiert, wenn du die Akten liest? Verändert das deine Sicht auf die Patienten? |
| **112** | Im Praktikum hab ich immer gleich gefragt, was hat der gemacht? Und jetzt mittlerweile, ich weiß aus welchem Haus sie kommen. In jedem Haus ist ungefähr die gleich Krankheit, aber mittlerweile möchte ich gar nicht wissen, was sie gemacht haben, sie sollen erst kommen, ich will sie erst kennenlernen und wenn ich dann sie ungefähr so ein/zwei Wochen kenne, dann lese ich erst die Akte und dann ändert sich eigentlich nichts an meiner Sicht, weil ich sie erst so kennengelernt habe, ohne zu wissen was das für ein Mensch ist. |
| **113** | Und machst du des dann, wie soll ich sagen, als Schutz, dass du sagst, ich muss ihnen den Raum geben sich mir zu zeigen, bevor ich lesen will, was passiert ist, weil du fürchtest du würdest sie anders einschätzen oder… |
| **114** | Jein. Also im Praktikum war es so, ich bin einfach, ich war da auch nur 10 Wochen, aber da bin ich einfach zu Sexualstraftätern, z.B kaum hin gegangen, weil ich mir immer dachte wohhh, Abstand, die könnten mir was machen. Aber mein Anleiter, hat gesagt bleib niemals alleine mit denen und geh niemals allein mit denen in den Keller. Und so hat der mir ein bisschen Angst gemacht, deswegen wollte ich des immer sofort wissen, und jetzt mittlerweile: Mensch ist Mensch und die sind alle da weil sie irgendeine Scheisse gebaut haben. Und wenn ich jetzt weiß, das Problem ist du weißt es ja schon wenn du liest …,aber du weißt ja nicht wie schlimm. Es |

| | |
|---|---|
| | kann schon sein, dass es ein bisschen was dran ändert aber ich hoffe trotz alledem behandle ich wirklich jeden dort gleich. Weil ich will auch nicht, dass die dann auf Station dann wieder sagen, hey die behandelt mich wie den letzten Dreck, und mit den anderen die drei Stunden da sind, hat sie so eine Kontakt und des wegen auch wenn jetzt z.B. drüben die einen, die Suchtpatienten Frühstück sich machen, und es bleibt was über, dann sage ich immer geht's rüber und gebts denen was. Ja, ne, die wissen natürlich auch, was mit denen ist. Aber, ne des möchte ich dann einfach nicht, dass ich die anders behandel. Es kann sein, dass ich das im Unterbewusstsein schon ab und zu mache. Aber nicht absichtlich. |
| **115** | Okay, wenn du jetzt so an Therapiesituation denkst, empfindest du enge therapeutische Verbindungen zu Gefangenen, sage ich jetzt mal, als unangenehm, kannst du da die Grenze wahren oder überschreiten die eher mal die Grenze? |
| **116** | *Kommt darauf an was für ein Klientel. Die Suchtpatienten die überschreitens oft mit Absicht, oft bestimmt unabsichtlich, weil ich auch sehr jung bin. Viele so wie meine Chefin da mal gesagt hat, wie eine Schwester bin ich , das will ich aber nicht. Ich bin keine Schwester von Patienten. Die tuns schon sehr oft überschreiten, die psychisch kranken, nur psychisch kranken, die dann nicht, nein. Also die sehen mich da wirklich als die Person, die was zu sagen hat und das was ich sag, wird gemacht. Also bei den Suchtpatienten ist es schwierig, da muss ich mich erst rein kämpfen, damit die mich so respektieren und das machen, was ich will.* |
| **117** | Okay, das ist auch eine Herausforderung |
| **118** | *Ja* |
| **119** | Dass man da sein Standing hat |
| **120** | *Auf jeden Fall* |
| **121** | Würdest du sagen, dass es ein Unterschied ist zwischen Mann und Frau als Therapeut |
| **122** | *Definitiv. Die Männer werden viel ernster genommen als die Frauen. Also bei mir war es oft so, wenn ich mal, gesagt habe, Freitags muss aufgeräumt werden, so ab 10:00 Uhr räumen wir auf, dann sind die Hälfte einfach raus zum Rauchen gegangen und haben gar nichts gemacht. Dann bin ich raus und hab gesagt: hey Leute, das geht so nicht, ihr könnt nicht die eine Hälfte machen lassen und die andere Hälfte nicht, dann wurde ich belächelt und ausgelacht. Da muss man sich schon durchkämpfen, wenn des natürlich ein Mann macht, so wie mein Arbeitskollege, der macht so was zwar nie, aber ist ja wurscht, dann wird das eher gemacht, wie von mir. Also ich muss mir da schon erst den Respekt erkämpfen.* |
| **123** | Und hast du das Gefühl, du musst den dir jedes Mal aufs Neue bei den Patienten … |
| **124** | *Nein.* |
| **125** | Erkämpfen, oder irgendwann…. |
| **126** | *Es gibt immer so ein paar Clowns zwischendrin und da muss ichs erkämpfen. Und die merken, des ist ganz lustig, weil die Patienten, die mich halt schon ein bisschen besser kennen, die merken halt dann ganz genau, wanns bei mir so weit ist, dass es mir reicht. Und wenn mich halt einer wieder so ein bissel verarscht, mir eigentlich aufm Rücken, wie sagt man,* |
| **127** | Auf Rückn tanzt, glaub ich |
| **128** | *Aufm Kopf rumtanzt. Die merken des dann und dann sagen sie schon zu dem anderen: du hör auf jetzt, ist glei vorbei. Und ich lass mich, ich lass mich auch einfach nicht verarschen. Dann wird halt auf Station angerufen und gesagt: so der kommt jetzt zurück, der hört nicht, der macht was er will, der kommt hier nur… Letztens z.B. einmal die Situation, der saß den ganzen Tag nur mit dem Handy da und auf einmal gabs für die ganze AT Handyverbot. Weil ich zu ihm gesagt hab, wenn ihr das Handy nicht wegtun, dann gib ich an und das war das halt auch gemacht. Du musst halt dann auch des machen, was du sagst. Du kannst nicht sagen, beim* |

| | |
|---|---|
| | *nächsten Mal, wenn du ein Handy in der Hand hast ist es weg. Und dann machst dus nicht, weil dann wissen sie sie können dir auf der Nase tanzen.* |
| **129** | Also man muss konsequent sein und lernen wirklich …. |
| **130** | Und deswegen glaube ich als Frau viel mehr ernst machen als als Mann. Du musst viel konsequenter sein, du musst viel mehr Mut haben und du musst wahrscheinlich sogar ein bisschen mehr motivierter sein, dass du dich da durchkämpfen kannst, vor allem als junge Frau. Weil wenn du da ohne Motivation rein gehst, die tanzen dir da alle auf der Nase rum… |
| **131** | Also es schon ne Bedeutung, demnach hat es schon eine intensive Bedeutung, ob der Therapeut männlich oder weiblich ist |
| **132** | Für mich schon. Ja, also bestimmt nicht in jedem Bereich, aber bei uns jetzt in der Therapie speziell finde ich auf jeden Fall. Wenn du dir aber den Respekt erkämpft hast, dann – was wollte ich jetzt sagen, dann bist du |
| **133** | Dann hast du ihn |
| **134** | Genau und dann verlierst du ihn auch nicht mehr. Besonders jetzt bei so Patienten z.B. |
| **135** | Welche Auswirkung hat es deiner Meinung nach auf den Therapeuten, ob Patienten motiviert sind oder nicht |
| **136** | Also ich gehe viel lieber in die Arbeit, so als wie wenn es nicht so wäre. |
| **137** | Veränderst du auch deine therapeutische Arbeit, wenn jetzt jemand motiviert ist? Oder andersrum, wenn er nicht motiviert ist? |
| **138** | Ja, also ich versuche schon, wenn einer total unmotiviert kommt, versuche ich schon raus zu finden, warums so ist. Wenn ich halt merke, okay ist keine Ahnung weil er einfach keinen Bock dazu hat, dann höre schon auf, da kämpfe ich auch nicht mehr. Aber ich versuche schon, wenn z.B. einer zu mir kommt und er hat eigentlich überhaupt keinen Bock auf Möbel bauen und ich merke der ist total kreativ, dann muss er halt nicht Möbel aufbauen, dann muss er halt so wie ich z.B. einen Patienten hatte, der hat uns dann halt alles zugeschnitten und dann war halt mal ein Möbelstück kaputt, dann musste er des halt reparieren, sonst hätten wirs weg geschmissen. Also ich versuch schon, die Patienten, die weniger motiviert sind dann motivierter zu machen und das macht mir natürlich dann auch viel mehr Spaß, weil es dann eine ganz andere Herausforderung ist. |
| **139** | Also würdest du dann auch sagen, dass dann das Helfen deine Leidenschaft ist, oder? |
| **140** | Ja |
| **141** | Dass du das Gefühl hast, du hast ihm jetzt geholfen und deswegen kann er vielleicht ein Stück weit mehr seinen Weg gehen |
| **142** | Wenn du siehst, dass du dem Patienten was Gutes getan hast, was ihn mehr motiviert wieder zu kommen, dann geht's dir automatisch auch viel besser. Und du kommst viel lieber in die Arbeit und du gehst dann mit einem Lächeln raus und kommst mit einem Lächeln wieder rein. |
| **143** | Was würdest du jetzt sagen ist in deinem therapeutischen Alltag die größte Herausforderung? |
| **144** | Zwanzig Patienten gerecht zu werden. |
| **145** | Weil du´s eigentlich für jeden gerecht machen willst ? |
| **146** | Weil dus für jeden eigentlich…. |
| **147** | Perfekt oder gut  machen willst oder? |
| **148** | Woah, perfekt? Ich würde gerne perfekt sein, aber ich glaub kann nicht perfekt sein. Aber ich versuch jeden Tag perfekt zu sein, und des ist die Herausforderung, weils so viele sind. Das ist nämlich in einer Therapie, wo nur acht Leute sind, das stell ich mir viel einfacher vor wie bei uns. |
| **149** | Weil es halt so eine Riesengruppe ist? |

| | |
|---|---|
| **150** | Genau. Und was mit Sicherheit auch noch eine richtige Herausforderung bei uns ist, ist dass wir eigentlich in zwei verschiedenen Räumen sind und du musst hier eigentlich deine Augen überall haben. Und des kannst du aber eigentlich gar nicht. Du kannst ja nicht zum einen und zum anderen Raum die ganze Zeit springen. |
| **151** | Ja, also das ist schon anstrengend, dass man ständig aufmerksam sein muss |
| **152** | Ja |
| **153** | Und ständig überall sein muss |
| **154** | Es ist auch anstrengend, wenn du dem einen die Aufgabe gibst, dem anderen die Aufgabe, dem nächsten die Aufgabe, der andere ist beim Müll raus bringen. Dann musst du in der Früh schauen, sind um 08:00 Uhr alle da? Und wenn sie nicht alle da sind und du hast nen Neuen. Dann musst du aber erst mal schauen, wo die anderen alle sind, die können ja abgehauen sein. Das ist schon auch eine krasse Herausforderung. |
| **155** | Wie empfindest du des so institutionell, seid ihr da… , ist das auch mit ein Grund warum man herausgefordert ist, weil man da gewisse Dinge nicht gegeben werden oder weil da sehr viel geforder wird, was man nicht ermöglichen kann oder ist das eher, mei, wie normal in jedem Beruf halt? |
| **156** | Stell die Frage anders bitte |
| **157** | Würdest du sagen, dass du Rückhalt bekommst von deiner Einrichtung und dass sie euch Aufgaben so übergeben, dass ihr die gut machen könnt oder ist man dadurch auch herausgefordert? |
| **158** | Da ist man sehr rausgefordert, weil die Chefin, die wir momentan da haben. Ich mach ein Beispiel als Ergotherapeutin schaust du darauf, dass alles ergonomisch ist. Ich bin zur Chefin gegangen, wollte ergonomische Tische, weil die Patienten im Stehen arbeiten und sich so runterbeugen müssen und das ist nicht gut für den Rücken. Und deswegen wollte ich so höhenverstellbare Tische. Sie sagt: ja, des kriegen sie, des kriegen sie. Ich glaube eineinhalb Jahre sind rum und immer noch nicht da. Und da fühlt man sich halt schon verarscht. |
| **159** | Also auch nicht wertgeschätzt von der Leitung? |
| **160** | Ja |
| **161** | Und das verändert natürlich… oder verändert das dann dein therapeutisches Handeln? |
| **162** | *Nein, weil das motiviert mich noch mehr zu sehen, dass es solche faulen Hunde eigentlich gibt, und dann will ich einfach ich selber sag mir dann: du wirst nicht so, du bist nicht so, dann machs anders.* |
| **163** | Okay, gut. Und dann hätte ich zum Schluss noch zwei Fragen: du arbeitest jetzt noch nicht so lange dort, aber wenn du dich noch einmal entscheiden könntest für einen Beruf würdest du diesen Beruf wieder wählen? |
| **164** | *Schwierige Frage: also – ja.* |
| **165** | Warum ist das für dich schwierig? |
| **166** | *Wenn ich zurückdenke, dann wäre ich auch sehr gerne Lehrerin. Aber das klingt jetzt … Schwierige Frage deshalb, weil also mir macht des unglaublich viel Spaß, aber ich bin ehrlich, ich weiß nicht, wie des sein wird, wenn ich z.B. in einer anderen Therapie bin? Ich fühl mich einfach total berufen, genau in dieser Therapie zu sein. Würde ich da jetzt in einer anderen sein, würde ich, weiß ich nicht, ob ich es dann wirklich noch mal machen würde. Dann würde ich vielleicht etwas anderes machen.* |
| **167** | Aber dann liegt es an der Mischung des Klientels mit dem Arbeitsplatz? Also du fühlst dich jetzt nicht berufen, in einer Forensik zu arbeiten. Durch das Stück, weiß ich nicht, Teil der Weltfirma denen … |
| **168** | *Nee. Nee, nee, nee, nee, ne, ne, nein so ist das nicht gemeint. Also ich glaube ich, ich … ich könnte z.B. nicht nur mit psychisch kranken arbeiten. Also weißt schon, nicht mit Sucht, ich brauch diese Mischung zwischen Sucht und psychisch, weil mir* |

| | |
|---|---|
| | *wird des, wenn ich z.B. nur schizophren Kranke hab, mir wird des langweilig, mir wird's richtig langweilig. Und deswegen könnte ich z.B. auch nicht nur in der Weberei arbeiten, da sind nur Suchtpatienten, das würde mir auch total langweilig werden. Ich brauche diese Mischung zwischen Sucht, schizophren, Depression, das alles zusammen.* |
| **169** | Also es liegt schon auch am Klientel, des was dich reizt, sag ich mal. |
| **170** | *Ja, definitiv.* |
| **171** | Und wenn du jetzt einen besonderen Moment beschreiben müsstest aus deiner Arbeit, würde dir da eine einfallen? Und könntest du mir die beschreiben? |
| **172** | *Huh, da fallen mir viele ein.* |
| **173** | Vielleicht auch einer der dich bisschen geprägt hat als Therapeut oder .. |
| **174** | *Lass mich kurz überlegen – Pause*<br>*Von einem Patienten oder von mir?* |
| **175** | Ganz egal. Einer, wo du sagen würdest der hat dich irgendwie… |
| **176** | *Dann auf jeden .. Was mich sehr geprägt hat, das ist z.B., dass mein Kollege so dafür gekämpft hat, dass ich kommen kann.* |
| **177** | Ja, das war schon besonders |
| **178** | *Das war sehr besonders und das hat mir auch, das hat mir richtig bestätigt, dass ich eigentlich gar nicht so schlecht bin, wie man mich darstellt, sondern dass ich eigentlich ne richtig Gute bin. Aber halt wahrscheinlich nur in diesem Bereich. Und von den Patienten, mei.. Da haben so viele Sachen mich positiv, aber auch negativ. Positiv z.B. des, dass – das darfst du nicht reinschreiben, letztes Mal bin ich gekommen, haben sie sich so gefreut und dann haben sie gesagt, Frau B. bitte kommen Sie wieder und wir vermissen Sie so. Oder ich bin im Urlaub oder ich bin krank, des liebe ich daran und ich liebe es auch einfach: einmal z.B. hat jemand mir gesagt: mei seitdem Sie da sind ist hier die Sonne drin. Als Patient…, das war ein Suchtpatient, der war einfach froh, dass ich da war und des zeigt mir dann, dass ich einfach gerne dort bin und dass sie mich respektieren und viele gehen dann gar nicht mehr zu ihm sondern immer zu mir, das liebe ich z.B. auch.* |
| **179** | Das sie dich wertgeschätzt haben und dass sie, sie spiegeln dir dadurch, dass du gut bist oder? Und das bestätigt dich und dein |
| **180** | *Sie machen oft, so wie ich vorhin gesagt habe, man muss sich seinen Respekt erst erkämpfen, aber wenn man ihn hat, verliert man ihn nicht mehr. Wenn man natürlich … und das liebe ich auch so sehr daran* |
| **181** | Gut, dann sind wir schon fertig. Dankeschön |

| **Interview Partnerin 4**<br>**Dauer: 10:30 min** | |
|---|---|
| **1.** | Okay, genau. Ähm kannst du mir sagen seit wann du in der Forensik Tätig bist? |
| **2.** | *Seit dem 01.06.2018* |
| **3.** | Okay und seitdem arbeitest du schon im Therapeutischen Setting? |
| **4.** | *Ja genau* |
| **5.** | Was für eine Stunden Woche hast du? |
| **6.** | *Ich arbeite momentan noch 30 Stunden stocke aber demnächst auf, auf 33 Stunden* |
| **7.** | Okay gut, was waren den die Beweggründe warum du dich für diesen Beruf entschieden hast. |
| **8.** | *(Lachen) Ich war vorher in der Augenoptik tätig, mich hat es dann aber genervt, dieses Hihihi und freundlich und ja, und dann hat sich über einen Kollegen ergeben das ich hier rein gerutscht bin. Und ich habe es mir erst schwer überlegt weil ich nicht genau wusste was auf mich zu kommt, aber ich habe es nicht bereut.* |
| **9.** | Wusstest du schon was Forensische Psychiatrie bedeutet oder warst du unvoreingenommen? |
| **10.** | *Sagen wir es mal so der Kollege hatte mir schon viel erzählt wir kennen uns ja schon seit klein auf und wir treffen uns auch regelmäßig. Und er hat schon erzählt was des ist und wie es zugeht, er hat auch gesagt man kann es schlecht erklären, sondern muss die Arbeit einfach erlebt haben oder selber einfach machen* |
| **11.** | Mhm, und was würdest du jetzt sagen ist so dein Eigner Anspruch an die Arbeit?<br>Also Ähm empfindest du manchmal bisschen Druck, das die Arbeit die sogar überfordert? |
| **12.** | *Ich bin eigentlich noch ganz Entspannt* |
| **13.** | Die Forensiches Psychiatrie ist ja schon ein Spezieller Bereich und du hast ja vorher in einer anderen Richtung gearbeitet, hast du das Gefühl das man als Therapeut durch die Gesellschaft diskriminiert oder Stigmatisiert wird?<br>Du hast ja jetzt einen direkten vergleich |
| **14.** | *Ne also bis jetzt kann ich nicht sagen das ich etwas in die Richtung merke, die denen ich es bis jetzt erzählt habe finden es alle ganz gut und sagen eigentlich eher Respekt das du sowas machst.* |
| **15.** | Also die Bringen dir eher Wertschätzung gegenüber und dem was du jetzt zu Traust |
| **16.** | *Ja genau* |
| **17.** | Würdest du sagen, dass der Lohn den man hier bekommt Gerechtfertigt ist für die Arbeit |
| **18.** | *Hmm naja, man kann ja immer sagen das man sich mehr wünschen würde, aber nachdem ich jetzt mehr bekomme als in der Optik bin ich zufrieden* |
| **19.** | Ok Ähm, würdest du sagen das es in der Arbeit in Bezug auf die Patienten Situationen gibt in denen du dich belastet oder sogar überbelastet fühlst? |
| **20.** | *Bis jetzt hab ich da noch nichts erlebt was mich jetzt extrem belasten würde, ne* |
| **21.** | Ok und hast du ähm mit den Patienten und dem Team das du durch die anderen Rückhalt hast? |
| **22** | *Ne ne überhaupt nicht* |
| **23** | Du bist relativ neu hier in dem Bereich, würdest du sagen du kannst die Geschichten die du erfährt trennen von zuhause oder nimmst du diese auch einmal mit? |
| **24** | *Naja also wenn man sagt man nimmt nichts mit dann ist das doch auch irgendwo gelogen, also ich mein man nimmt schon auch mal was mit aber es ist jetzt nicht so das mich des in meinem Privatleben schwerwiegend belasten würde.* |
| **25** | Die Beeinflussen also nicht dein Privatleben? |
| **26** | *Ich erzähl des vllt auch mal meinem Mann das tut dann gut aber dann ist auch meist relativ schnell wieder vergessen. Das müssen wir ja so lernen* |
| **27** | Hast du das Gefühl das du durch diese Arbeit körperliche Belastungen hast? |

| | |
|---|---|
| **28** | *Naja bis auf das schwere Schleppen der Materialien mit denen wir arbeiten empfinde ich keine Einschränkungen* |
| **29** | Wie würdest du für die eine erfolgreiche Therapie festmachen? |
| **30** | *Wenn die Patienten lernen ordentlich zu Arbeiten und wieder im Richtigen Leben einfach mal wieder richtig Fußfassen können und keine Rückfälle haben oder wie auch immer, wie ich des beeinflussen kann weis ich auf Grund meiner kurzen Zeit hier noch nicht genau* |
| **31** | Ähm du bist ja ziemlich neu hier würdest du sagen das sich dein Selbst und Weltbild seit dem du hier bist verändert hat? |
| **32** | *Doch schon* |
| **33** | Und in welche Richtung? |
| **34** | *Ich bin vllt. etwas selbst sicherer geworden, ich habe jetzt nicht mehr Ängste das Haus zu verlassen aber es wird einem mehr bewusst das es doch im Verhältnis viele gibt die draußen rumlaufen, was da alles noch passieren könnte, aber des schränkt mich jetzt nicht so ein* |
| **35** | Okay Ähm, wie ist es wenn die Akten der Patienten ließt, du bist ja auch Mama, gehst du anderes mit den Straftätern um? |
| **36** | *Hmmm ist schwierig zu sagen, eigentlich versuche ich schon mit denen umzugehen wie mit jedem anderen auch aber es ist schon im Hinterkopf. Es ist schon da aber man versuchts halt Professionell anders zu machen.* |
| **37** | Wie empfindest du die enge therapeutische Verbindung zu den Patienten? |
| **38** | *Also hier nervt es mich nur wenn die Patienten immer mal bei uns ins Büro laufen, das sollen sie nicht machen, den hier machen wir ja auch mal Persönlichere Sachen aber sonst wenn wir draußen uns im Arbeitsraum begegnen eigentlich nicht. Da werden schon grenzen gewahrt,* |
| **39** | Du bist ja ne Frau Ähm, und arbeitest hier mit Straftätern zusammen hast du das Gefühl die gehen anders mit dir um als mit deinen männlichen Kollegen? |
| **40** | *Zum Teil beobachte ich des auch, manche beachten mich gar nicht fragen nur den Kollegen und manche wenige Fragen nur mich, Ähm aber ich seh da generell weniger unterschiede, wobei man sagen muss es hängt davon ab aus welcher Kultur die kommen, also so arabische und Afrikanisch Kulturen die lassen sich von mir als Frau nichts sagen das ist dann schon eine große Herausforderung. Ich hätte glaube ich mehr Probleme wenn des alles Frauen wären, da kann man sich dann doch schlechter davon trennen und ist Emotional anders gebunden.* |
| **41** | Ähm was denkst du hat die Motivation des Patienten für Auswirkungen auf deine Therapeutische Arbeit? |
| **42** | *Natürlich mit den Motivierten unterhält man sich vllt. auch ab und zu mal lieber als mit denen die keine Lust haben, aber das ist ja auch irgendwo verständlich denke ich, weis nicht mit den anderen ist es halt auch anstrengender diese zu motivieren, manche wollen dann bewusst auch nicht, ist schwierig zu beantworten, vllt. fehlt mir da auch die Erfahrung wie ich richtig damit umgehe.* |
| **43** | Wenn du nochmal zurückdenken würdest, würdest du diesen Beruf wieder wählen? |
| **45** | *(Lange Pause) wahrscheinlich schon aber nicht mehr in jungen Jahren, erst mit mehr Lebenserfahrung und Festigung im eigenen Leben, du kannst hier auch schnell mal unter gehen.* |
| **46** | Okay gibt es eine Situation die du erlebt hast die dich in deiner Arbeit nachhaltig gefreut oder belastet hat? |
| **47** | *Nein könnte ich jetzt nichts beschreiben* |
| **48** | Okay dann gut, dann danke fürs Gespräch einen schönen Tag noch! |

| Anhang 4 **Auswertung** | **Interview Partner 1** | | **Interview Partner 2** | | **Interview Partnerin 3** | | **Interview Partnerin 4** | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 21 Jahre in Forensik tätig | ***Autor Kommentar/Analyse*** | 10 Jahre in der Forensik tätig | **Autor Kommentar/Analyse** | 2 jahre in der Forensik tätig | **Autor Kommentar/Analyse** | 6 Monate in der Forensik tätig | **Autor Kommentar/Analyse** |
| | Vollzeit | | Vollzeit | | Vollzeit | | 30 Stu. Woche | |
| **Fragen zum Beruf** | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| **1.Was waren die Beweggründe für Sie diesen Beruf zu wählen und diese Arbeitsstelle anzutreten?** | Aufgrund einer Erkrankung konnte der alte Beruf nicht mehr ausgeübt werden.<br>Im Zivildienst gerne mit behinderten Jugendlichen zusammengearbeitet (hatte schon immer Interesse an Behinderten)<br>In Forensik zu arbeiten war eigentlich nicht der Plan, mehr "reingeworfen" worden. "Seit dem hänge ich hier" Eigentl. überhaut nicht interessiert an psychisch Kranken | *Mögliches Anzeichen für Helfersyndrom. Könnte sich von positiver Begeisterung durch äußeren Druck in negative Symptomatik verändern.* | *Wechsel aus gesundheitlichen Gründen. Durch Partnerin, die in demselben Krankenhaus arbeitet zu Forensik gekommen.*<br>*Forensik stand nicht auf der Wunschliste, wusste nicht was es ist.* | *Einfluss wird deutlich, dadurch das Partnerin auch in Forensicher Psychiatrie arbeitet.* | *Alle in der Familie sind Erzieherinnen,*<br>*wollte aber trotzdem mit Kindern arbeiten. Deswegen die Ausbildung zur Ergotherapeutin.*<br>*Im Praktikum die Freude für Forensik entwickelt. "Hätte mir diesen Job nie vorstellen können."* | *"Helfen" schon in Familie sichtbar. Job nie vorstellen können, vllt Rückschlüsse auf Gesellschaftliche Sicht?* | *Berufswechsel von Augenoptik.*<br>*In Forensik "reingerutscht" über Kollegen. Man wusste gar nicht was auf einen zukommt, aber Entscheidung nicht bereut.* | Vorher nicht gewusst was auf sie zu kommt lässt vllt. darauf schließen, dass Gesellschaft nicht genug Informiert ist. |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **2. Wie ist Ihr eigener Anspruch an ihre Arbeit, Empfinden Sie innerlich manchmal Druck Ihre Arbeit perfekt machen zu müssen?** | Hat sich gewandelt, zu Beginn mehr Enthusiasmus. Hat sich wegen äußeren Rahmenbedingungen im Lauf der Zeit verändert. Wenig Unterstützung durch Institution.<br>Ist in der Therapie allein gestellt, daher ist es schwierig auf Einzelne einzugehen.<br>Druck von außen wird nicht an Patienten weitergegeben, sondern Konflikt nur mit den Kunden<br>Früher wurde dieser Durck stärker empfunden, heute etwas gelassener<br>"Man sieht nicht mehr durch die rosarote Therapeutenbrille, man kann nicht jedem helfen" | *Empfundener Druck ist nicht zeitlich konstant. Veränderung der Gesellschaft erkennbar. Unterstützung der Institution zu gering. Sichtweise verändert sich über Zeit (durch äußere Rahmenbedingungen?) Realistische Sicht auf eigene Fähigkeiten wie viel geholfen werden kann. Kann aber auch Resignation äußern - in Interviewsituation nicht zu erkennen.* | *Aus der Interviewsituation lässt sich die Antwort so interpretieren, dass er einen hohen Druck empfindet, im Bezug auf die Patienten alles richtig zu machen.* | | *"Man möchte schon alles perfekt machen, geht natürlich nicht immer."<br>"Aber ich will es auf jeden Fall besser machen als mein Kollege."<br>"Wenn man alleine ist, setzt das unter Druck, da bekommt man nicht alles so hin, wie man es sich vorgenommen hat."* | *Druck durch "alles perfekt machen wollen", helfen wollen wichtiger Faktor der Arbeit.<br>Hoher Anspruch an die eigene Behandlungsmotivation.<br>Herausforderung bei Arbeit alleine, setzt unter Druck* | *Kein Druck durch die Arbeit, noch ganz entspannt.* | Entsteht Druck erst durch lange Tätigkeiten,<br>oder wird er zu Anfang noch nicht so wahrgenommen. |
| **3. Was bedeutet für Sie „Berufen sein“ – Fühlen Sie sich für ihre Arbeit berufen?** | "Wenn man nur die Arbeit mit Holz und den Patienten betrachtet ja.<br>Ansonsten schwankend, wegen äußeren Druckes, bleibt dieser bestehen dann ist es kein Traumjob mehr" | *Großer Einfluss von außen (Gesellschaft), bestimmt innere Wahrnehmung über Arbeit.* | *"Sind große Worte, halte nicht viel davon."<br>"Bin einfach reingeraten, mache das Beste daraus."<br>"Fühle mich wohl hier aber eine Berufung ist es nicht"* | *Zweite Aussage wirkt etwas Deprimiert, liegt hier Frust?* | *Bedeutet seinen Job zu lieben. Früher eher das Gefühl gehabt für Arbeit mit Kindern berufen zu sein, aber Sichtweise hat sich jetzt verändert.<br>Heute besteht das Gefühl für die Arbeit mit Patienten geschaffen zu sein.<br>Patienten zu helfen macht am meisten Freude. Zu sehen, dass man sie auf* | *Helfen wird als sehr wichtig für eigene Arbeit betrachtet.* | | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | *ihrem Weg unterstützen kann, was man eigentlich alles erreichen kann* | | | |
| **4. Erfahren Sie durch die Gesellschaft Stigmatisierung oder Diskriminierung aufgrund ihrer Arbeit?** | "Empfinde keine Diskriminierung, aber man ist vielen Situationen ausgesetzt, in denen die Umwelt klare Aussagen trifft wie mit den Pat. Umgegangen werden soll." "Als Therapeut hört man nur, das könnte ich nicht, das ist viel zu gefährlich" "Empfinde das aber nicht als unangenehm, ich mache diese Arbeit gerne." "Wertschätzung erfährt man aber keine für diese Beruf." "Man arbeitet mit dem Rand der Gesellschaft<br>Für die Verantwortung die auf den Therapeuten lastet gibt es zu wenig Lohn, die Arbeit mit Menschen wird nicht geachtet." | *Empfundener Druck ist nicht zeitlich konstant. Veränderung der Gesellschaft erkennbar. Unterstützung der Institution zu gering. Sichtweise verändert sich über Zeit (durch äußere Rahmenbedingungen?) Realistische Sicht auf eigene Fähigkeiten wie viel Gelf* | *"Diskriminierung empfinde ich überhaupt nicht. Gesellschaft denkt, man arbeitet nur mit Schwerverbrechern zusammen, viele haben eine falsche Meinung." "Sagen, ich könnte das nicht oder mit solchen Leuten würde ich nicht zusammenarbeiten wollen." empfindet das aber überhaupt nicht als unangenehm. "Man bekommt hier mehr Gehalt als im früheren Beruf was positiv ist, aber zufriedenstellend ist das trotzdem nicht, überhaupt Pflegepersonal wird zu schlecht bezahlt." Das empfindet er als zu wenig Wertschätzung* | *Meinungen der Gesellschaft entsprechen nicht den Tatsachen. Wird nicht als Druck Empfunden aber trotzdem das Gefühl von zu geringer Wertschätzung. Besonders aufgrund der Bezahlung* | *Die Straftäter werden verpönt und man bekommt oft die Frage, warum man so einen Beruf als junge Frau macht. So hat man am Anfang auch gedacht, aber es muss ja jemand geben, der sich um diese Leute kümmert. "Ich verstehe die Gedanken, weil man früher genauso dachte." Die Gesellschaft kennt die Forensische Psychiatrie einfach nicht wirklich. Beim geringen Gehalt ist es auf jeden Fall fehlende Wertschätzung. Es wird nicht gesehen, was von den Mitarbeitern geleistet wird* | *Eigene Gesellschaftliche Sicht auf die Arbeit verändert, lässt darauf schließen, dass Sicht vorher schlecht war, vllt denken allgemein in Gesellschaft negativ. Lohn Einfluss auf Gefühl der Wertschätzung* | *Erfahre eher Respekt empfinde eher Wertschätzung Lohn ist ok. Wäre natürlich immer gut, wenn es mehr wäre, da mehr wie früher, aber ok!* | Gesellschaft zeigt auch Positives verhalten gegenüber Therapeuten |

| **Fragen an die Rolle Therapeut** | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **5. Wenn Sie Ihr Selbst- und Weltbild beschreiben müssten, wie würde es aussehen, hat es sich seid Sie in der Forensik arbeiten verändert, ist es ggf. besser oder schlechter geworden?** | "Ja hat sich verändert, man geht mit offeneren Augen durch die Stadt. Es kann ganz schnell gehen" "Man beobachtet die Leute intensiver, " kann hier etwas passieren?" "Man geht nicht mehr so sorgenfrei durch das Leben." | *Mögliches Anzeichen für eine Überforderung* | *Hat sich verändert, vor allem in Bezug auf die Menschen, die am Rande der Gesellschaft stehen und keine Lobby haben. Sie werden zu wenig in den Fokus genommen, haben am Arbeitsmarkt keine Chance. Bei ihm kommt der Gedanke auf: die Welt ist "böse", man hätte nie gedacht, dass es draußen so zu geht.* | *Arbeit hat Einfluss auf verhalten, Welt wird nicht mehr als "gut" gesehen, sondern als "böse". Negative Grundhaltung.* | *Ja es hat sich verändert. "Früher war ich der Meinung diese Menschen sollten nicht therapiert werden. Bei einigen sieht man einfach, dass die wirklich krank sind. Da merkt man die Freude, dass ihnen geholfen wird. Man weiß ja nie warum jemand diese Tat begangen hat"* | *Durch kennenlernen der Tatsächlichen Tätigkeit und den Patienten positive Veränderung der inneren Haltung. Ist Gesellschaft nicht ausreichend aufgeklärt?* | *Hat sich verändert. Selbstsicherer geworden, erhöhtes Bewusstsein, dass Gefahren "draußen" herrschen, dass viel passieren kann.* | |
| **6. An was machen Sie den Erfolg einer Therapie fest?** | Wenn man jemand Schwachen dazu bringt Leistung in der Therapie zu zeigen. "Das ist wirklich gut." | *Bestätigung der eigenen Arbeit durch "Helfen können". Könnte Anzeichen für Helfersyn.* | *Wenn eine ganz leichte kleine Besserung entsteht und die Pat. mitmachen. Wenn man aus denen die keine Motivation haben etwas "rauskitzeln" kann, das bestätigt einen in der Arbeit "Es gibt einem ganz viel, wenn andere Therapeuten sagen: mit dem kann ich nicht* | *Bestätigung wird empfunden, wenn eigenes Helfen besser ist wie das der Kollegen. Könnte Anzeichen für ein Helfersyndrom darstellen.* | *Wenn die Patienten etwas schaffen, was vorher nicht möglich war. Erfolgreich ist es aber auch schon, wenn sie zur Therapie erscheinen. "Das bestätigt einen auch in seiner therapeutischen Rolle"* | *Erfolgreiches Arbeiten wird als eigene Bestätigung gesehen. Könnte Zeichen für Helfersyndrom sein.* | *Wenn Patienten wieder am Gesell. Leben teilnehmen können, nicht rückfällig werden. Selbst schwierig zu beeinflussen.* | Wenig Verbindung zu den Patienten |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | *arbeiten, den nimmt man dann besonders gerne, das ist eine Herausforderung", "man ist zufrieden auch wenn es nur Kleinigkeiten sind."* | | | | | |
| **7. Gibt es Situationen in denen Sie sich durch die Arbeit belastet oder vielleicht sogar überlastet fühlen?** | Ja klar, die Mischung aus Zeitdruck von oben und den unterschiedlichen Patienten. Es kann nicht alles so umgesetzt werden wie gewünscht. Die Patienten sind selten das Problem, für die bin ich hier, können auch unglaublich anstregend sein aber das ist ja auch oft deren Erkrankung. Aber Kosten die gespart werden müssen und das mit diesem Klientel, die Vorstellungen aber nicht umsetzen zu können, das ist das Problem | *Äußere Belastungen wie Zeitdruck, Kosten Einsparung starker Faktor für Überbelastung. Patienten können " unglaublich" anstrengend sein* | *"Bin schon oft an persönliche Grenzen gestoßen." Überforderung findet, wenn dann emotional statt. hört man Schicksale des ein oder anderen Patienten, fordert das den Therapeuten. "So was geht einem nahe."* | *Grenze zwischen eigenem selbst und den Patienten nicht mehr ganz trennbar. Überforderung, weil Geschichten zu sehr an sich herangelassen werden.* | *Ein Arbeitskollege war im Urlaub, "war ein Patient einfach weg und da war ich wirklich total überfordert"* | *Erneut auf Arbeiten alleine eingegangen scheint eine große Herausforderung zu sein* | *Bis jetzt nichts Besonderes erlebt* | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **8. Haben Sie das Gefühl manchmal Erlebnisse aus der Arbeit mit nach Hause zu nehmen? beeinflusst das ggf. Ihr Privatleben?** | "Dieses Problem gab es nie. Durch den langen Heimweg kann viel verarbeitet werden."<br>"abends möchte ich dann auch gerne meine Ruhe haben."<br>"Man lernt nichts an sich ran zu lassen."<br>"Es sind zwei unterschiedliche Biographien" | *Ambivalent zwischen Probleme werden nicht mit nach Hause genommen durch langen arbeitsweg und der Tatsache, dass abends nichts mehr stattfinden soll. Belastung scheint doch mitgenommen zu werden.* | *(Immer nur kurze knappe antworten)*<br>*Ja es ist schwer das zu trennen. Die Geschichten der Patienten sind "besonders". beeinflusst negativ und man muss viel darüber nachdenken.* | *Erlebnisse sind in das eigene Leben aufgenommen worden und beeinflussen das Handeln. Könnte auf Sekundäre Traumatisierung schließen lassen.* | *In diesem Bereich mittlerweile gelernt eine Grenze zu setzten.*<br>*Das war jedoch nicht immer so.*<br>*"Manche Situationen kann ich aber nicht trennen und die nehme ich dann auch mit nach Hause und denke viel darüber nach."*<br>*"Wenn es nicht so viel Spaß machen würde und man nicht motiviert wäre, würde man es vllt. mehr mit nach Hause nehmen."*<br>*"Seitdem ich aber Mama bin gehe ich anders mit den Sexualstraftätern um. Ich weiß, ich darf das nicht, aber es ist schwer neutral zu bleiben."*<br>*"Manchmal fällt es einem auch schwer dinge die man erfährt nicht weiter zu geben, da sie eigentlich an die Öffentlichkeit gehören würden."*<br>*Da ist man im inneren Konflikt.* | *Erlebnisse können nicht getrennt werden und beeinflussen nachhaltig.*<br>*Je nach stärke kann das ein Anzeichen für Sekundäre Traumatisierung sein.* | *Erlebnisse werden mit nach Hause genommen. Geschichten "nehmen einen schon mal mit"*<br>*Belastung aber nicht schwerwiegend, "wir müssen ja lernen diese schnell wieder zu vergessen."* | Geschichten können nur schwer verarbeitet werden.<br>Kann bei häufigerem auftreten kann man Anzeichen einer Sekundären Traumatisierung erkennen |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **9. Haben Sie durch die Arbeit eigene körperliche oder seelische Beeinträchtigungen?** | Wegen den Patienten nicht, habe früh gelernt mich nicht mit Opfern zu identifizieren. Rückenschmerzen aufgrund der schweren Tätigkeit aber nicht auf Grund der Patienten. Bei Arbeit draußen wäre es noch schlimmer mit Körper. Belastungen | *Skills vorhanden um einer Sekundären Traumatisierung entgegen zu wirken. Körperliche Belastungen werden nur durch schäre Tätigkeit ansich gesehen* | *Ist eine Gratwanderung, die persönlichen Schicksale gehen einem nahe, das kann einen schon an die Grenze bringen, " ist nicht so einfach" Man denkt an Opfer und Täter, Täter waren ja meist zuerst Opfer. Körperlich gibt es nichts* | *Beeinträchtigungen werden auf Emotionaler Ebene empfunden, Grenze sind nicht mehr gewahrt. Überforderung wird deutlich. Könnte Indikator für sekundäre Traumatisierung sein.* | | | *Durch das Schleppen der Arbeitsmaterialien Rückenleiden* | Rückenleiden durch Tätigkeit nicht durch Patienten |
| **10. Haben Sie das Gefühl aufgrund der Erkrankung oder der Straffälligkeit der Patienten besonders aufmerksam in der Arbeit sein zu müssen?** | Ja, dennoch bekommen sie auch "gefährliches Werkzeug in die Hand" Die Arbeit besteht auch aus Vertrauen und somit gibt man auch Wertschätzung den Pat. Alles andere wäre kontraproduktiv | *Besondere Aufmerksamkeit aufgrund des Arbeitens mit gefährlichem Werkzeug, muss auf sich selbst und alle Patienten achten. Herausforderung wird deutlich* | *Ja. Ja, das bringt immer Durck und Anspannung mit sich* | *Aufmerksamkeit scheint herausfordernd zu sein und inneren Druck und Anspannung zu bringen.* | *Mal so mal so, das kommt auf die Patienten an Wenn man alleine ist und schwierige Patienten hat, dann ist das sehr herausfordernd bis überfordernd. Da muss man auf sich selbst achten, sonst macht man sich kaputt. Wenn man sich dann wehrt und den Sicherheitsdienst ruft, wird man als schlechte Therapeutin beschimpft. Mit sowas muss man dann umgehen* | *Wieder auf die Arbeit alleine eingegangen, große Herausforderung erkennbar.* | | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **11. Wie ist es, wenn Sie nach Feierabend den Betrieb verlassen, empfinden Sie manchmal Gefühle von denen Sie gar nicht wissen wie Sie entstanden sind und haben Sie den Eindruck „fremde Gefühle“ übernommen zu haben** | Man fühlt sich abends müde, ist fertig, weil die Pat. einen aussaugen. Das ist aber der Job | *Werden Gefühle von Patienten übernommen, Hinweis auf mögliche Gegenübertragungen* | *"Es fällt schon schwer es hier zu lassen"* | *Müsste noch hinterfraget werden, was schwer fällt in der Arbeit zu lassen. Werden Gefühle übernommen?* | *Wenn die Patienten weglaufen starke Angstgefühle: "und das finde ich extrem schlimm…"* | *Sind das eigene Gefühle die Empfunden werden, oder fremd empfundene Gefühle* | | |
| **12. Wenn Sie die Akten der Patienten lesen, beeinflusst Sie das im Umgang mit dem Patienten?** | Wird nicht gelesen, um unvoreingenommen zu sein. Es reicht ein grober Überriss, im Einzelnen ist das nicht wichtig für diese Arbeit. Also hier geht es nicht um den genauen Tatverlauf. Krankheiten etc. werden vorher durch den Oberarzt beschrieben. "Aber wenn man es lesen würde, hätte es vielleicht Einfluss" | *Patientenakten werden zum eigenen Schutz nicht gelesen. Um keinen Einfluss auf handeln zu haben* | *Ja es hat einen Einfluss, negativ sollte es nicht sein aber es liegt nahe beisammen. Man bekommt aber keine Informationen mehr das System ist gesperrt worden, man muss sich also selbst Informationen holen* | *Akten haben Einfluss auf das Therapeutischen Handeln* | *Erst einmal sollen die Patienten kommen, damit man sie so kennenlernen kann. Nach ein/zwei Wochen dann kann man die Akte lesen, da verändert dann nichts mehr. Früher war das anders, da wurden die Akten gleich gelesen, weil man es gleich wissen wollte. Aber Mensch ist Mensch, jeder hat einen Grund warum etwas passiert. Man möchte ja als Therapeut nicht, dass die Patienten auf Station sagen, dass man sie "wie den letzten Dreck" behandelt.* | *Akten nicht direkt lesen ermöglicht es einem nicht voreigenommen zu sein.* | *Bleibt im Hinterkopf, Geschichten sind Präsent aber es wird versucht professionell damit umzugehen.* | Schwierigkeit der Trennung des gehörten |

| **Fragen an die Therapiesituation** | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **13. Wie würden Sie eine Therapiesituation als Rolle des Therapeuten beschreiben: z.B. anstrengend, schön, zufriedenstellend, belastend, interessant** | Man denkt vielleicht zu idealistisch, aber man will helfen. Man kann es nicht bei Jedem, aber wenn man zwei Pat. geholfen hat, ist das doch was. Helfersyndrom ist das nicht, Pat. müssen auch etwas für sich selbst machen. | *Denken als idealistisch beschrieben, helfen wollen als wichtigen Bestandteil der Arbeit. Kann trotz Aussage auf Helfer Syndrom hindeuten* | *Herausfordernd* | | *Man muss halt immer aufmerksam sein, das ist herausfordernd, man muss viel koordinieren und auf alle Patienten achten* | *Herausforderung durch die andauernde Aufmerksamkeit* | | |
| **14. Worin sehen Sie die größten Herausforderungen, die an Sie als Therapeut während einer Therapie gestellt werden?** | "Die Arbeitssicherheit, ich muss alles immer im Blick haben, darf nicht unaufmerksam sein, meine Augen müssen in zwei Räumen gleichzeitig sein. Und das den ganzen Tag, das ist eine Herausforderung" | *Alles im Blick haben zu müssen, scheint große Herausforderung dazustellen. Beim Gespräch wird deutlich, das Belastung hier ausgeprägt empfunden wird* | *Der Spagat zwischen den Vorstellungen von außen was alles zu welcher Zeit fertig sein muss und den Fähigkeiten des Pat. Es ist keine Fließbandarbeit. Vom Haus bekommt man schon Unterstützung aber man sollte mal das ganze System hinterfragen.* | *Institutionelle Rahmenbedingungen stellen eine Herausforderung dar* | *Allen Patienten gleichzeitig gerecht zu werden. Man wäre gerne perfekt, aber das geht nicht, "aber ich versuche es. Das ist eine Herausforderung"* | *Perfektionismus, richtig helfen wollen* | | |
| **15. Empfinden Sie eine enge therapeutische Verbindung zu den Patienten und wie gehen Sie damit um?** | "Das "Sie" hilft hier sehr." Distanzlose Pat. sind oft herausfordernd. Zu Beginn des Berufs ist das schwierig, mittlerweile wurde gelernt damit umzugehen. Therapeutisches Handeln wird immer der Persönlichkeit des Pat. Angepasst. | *Versuch eine Grenze mit „Sie" zu erlangen* | *Zu viel Distanz ist nicht gut, wenn jemand etwas erzählt, höre ich auch zu. Das belastet einen schon. Zu tief möchte man die Taten aber nicht wissen. "Habe im Moment einen Fall der jeden Tag zu mir kommt und mir etwas erzählt, das empfinde ich aber als angenehm." Er* | *Enge therapeutische Verbindung wird als wichtig empfunden. Das Öffnen der Patienten dem Therapeuten gegenüber wird als angenehm empfunden.* | *Zu den Suchtpatienten ist es schwierig die überschreiten oft Grenzen, "betrachten einen als Schwester, was nicht geht." Bei den rein psychisch Kranken ist das besser, die wahren meist die Grenzen. "Das ist gerade in meinen jungen Jahren eine Herausforderung."* | *Für junge Menschen scheinbar herausfordernder Grenzen zu Patienten wahren.* | *Abgrenzung schwierig. Wenn Pat. in das Büro kommen, dann persönliche Grenze überschritten.* | Bei neuen Therapeuten größere Herausforderungen bei Abgrenzung? |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | öffnet sich mir. Man muss als Therapeut auch mal nur zuhören. | | | | | |
| **16. Können Sie beschreiben ob es eine Bedeutung in Bezug auf die Patienten hat, ob der Therapeut männlich oder weiblich ist?** | Kommt auf die Person selbst an. Fairness ist wichtig, egal ob Mann oder Frau. kommt eher auf den Pat. an. Manche lassen sich mal nicht von Frauen behandeln, da ist es dann schwer. Aber grundsätzlich macht es keinen Unterschied. Konkurrenzdenken entsteht nicht zw. Therapeut und Pat. da mehr fachliches Wissen beim Therapeuten besteht. Der Beruf ist nicht da, um Macht auszuüben. Man möchte die Pat. weiterbringen, ihnen das Leben draußen wieder näher bringen. | *Es scheint einen Einfluss zu haben jedoch grundsätzlich auf die Personen selbst anzukommen. Für Frauen kann es schwer sein, wenn Patienten sich von ihnen nicht behandeln lassen wollen.* | *Man erkennt schon Unterschiede, es kommt darauf an wie die Frau sich gibt. Wenn die Kollegin ihren Job kann und weiß, was sie will, dann haben die Pat. Respekt. respektlos können sie aber sowohl mit Männern als mit Frauen umgehen. Hier kommt es auf den Patienten an.* | *Unterschiede erkennbar, Frauen müssen sich Respekt erst verdienen. Respektloses verhalten bei Mann und Frau möglich* | *Definitiv, Männer werden von den Straftätern mehr ernst genommen. Als Frau muss man sich da durchkämpfen und Respekt verschaffen. Man muss also als Frau viel mehr Mut haben und vllt sogar noch motivierter sein, sonst " tanzen sie dir auf der Nase rum"* | *Als Frau muss sich Respekt erst erarbeitet werden. Unterschiede deutlich sichtbar* | *Unterschiede deutlich, "Patienten sprechen anders mit mir" hat aber auch kulturelle Gründe, das ist eine große Herausforderung. hätte mehr Probleme mit Frauen, schwieriger zu trennen, wäre hier emotional mehr gebunden* | Frauen in anderen Kulturen anders gesehen deswegen unterschiedliches verhalten. Mit gleichem Geschlecht zusammenarbeiten schwieriger. |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **17. Welche Auswirkungen hat Ihrer Meinung nach die Motivation der Patienten „mitzumachen“ auf Sie als Therapeut?** | Es ist natürlich schön, wenn Pat. motiviert sind. Wenn sie keine Motivation haben, versucht man sie zu locken. Ist dann immer noch keine Motivation vorhanden, dann kann man nicht mehr helfen. wichtig kann auch sein, dass der Pat. einfach nur zur Einrichtung kommt, das ist schon eine Hilfe für viele. "Aber eine persönliche Niederlage ist das nicht." "Es ist nur mein Job, man kann es nur versuchen, das ist dann sein Problem" | *Motivation hat Auswirkungen auf verhalten. Helfen kommt hier wieder zur auf. Das unmotiviert sein wird nicht als eigene Niederlage angesehen.* | *Es ist von allem ein bisschen was dabei. häufig sucht man bei sich den Fehler, wenn einer nicht motiviert ist. "Hat man was falsch gemacht, was kann man anders machen?" Manch einer kann aber auch wegen seiner Diagnose oder den Medikamenten nicht, das ist dann auch Ok* | *Motivation beeinflusst Therapeutisches Handeln, Fehler werden bei sich selbst gesucht.* | *Man versucht heraus zu finden, warum jemand nicht motiviert ist. Irgendwann kämpft man aber nicht mehr. Aber es macht auch mehr Spaß, weil wenig Motivierte eine Herausforderung sind. Wenn man sieht, dass man den Patienten etwas Gutes getan hat, dann geht es einem automatisch besser und "du gehst dann mit einem Lächeln raus und kommst mit einem Lächeln wieder rein."* | *Unmotivierte können eine positive Herausforderung sein. Helfersyndrom Anzeichen zeigen sich dadurch, das "gutes Tun" dazu führt sich besser zu fühlen.* | *Hat Einfluss, mit Motivierten arbeitet man lieber, andere sind anstrengender. Fehlende Erfahrung für richtigen Umgang* | Motivation hat Einfluss |
| | Man muss lernen damit umzugehen, dass Patienten wiederkommen. Natürlich fühlt sich das manchmal an wie eine Niederlage aber es liegt ja nicht unbedingt an der Person des Therapeuten. | *Niederlage der Patienten wird als eigene angesehen* | | | | | | |

| **Schlussfragen** | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **18. Wenn Sie noch mal wählen könnten, würden Sie diesen Beruf und/oder diese Arbeitsstelle nochmals wählen?** | Ja, aber nicht mehr alleine, da man seine Augen überall haben muss<br>Zu zweit wäre das entspannter und man kann mehr auf die Pat. eingehen. Es liegt nicht an den Pat., sie nerven schon und es ist anstrengend. Aber der Job bedeutet, dass man für die Pat. da ist und nicht alles außen rum regeln muss | *Herausforderung des andauernden Aufmerksam seins, wird wieder angesprochen* | *Es macht das nach wie vor Spaß, auch wenn die Kollegen dann immer lachen* | *Freude an der Arbeit* | *Schwierig zu beantworten, da die Freude mit dem direkten Arbeitsplatz verbunden ist.*<br>*Sonst würde man den Job wahrscheinlich nicht mehr wählen.*<br>*Man braucht immer die Mischung der verschiedenen Erkrankungen der Patienten, damit einem nicht langweilig wird* | *Kann dadurch drauf geschlossen werden, dass Job zu herausfordernd ist?* | *Schwierig zu beantworten Ja aber, wenn man schon älter ist. Man muss im Leben gefestigt sein, sonst kann man "untergehen"* | Haben es jüngere Therapeuten mit diesem Klientel schwieriger, benötigt man eine gewisse Lebenserfahrung um mit diesem Klientel umgehen zu können |
| **19. Was war ihr schönster Moment als Therapeut?** | Als ein Patient, der nur gebückt war und sich nichts zugetraut hat, nach einer Weile aufrecht dastand und alleine an den Maschinen arbeiten konnte | | *Die Mischung aus Patienten und die kleinen Erfolge, wenn man die sieht, das ist schön* | | *"Besonders gut war es, dass mein Kollege sich so eingesetzt hat, dass ich zu dieser Therapiestelle komme. Da habe ich gemerkt, dass ich doch etwas kann."* | | | |

Anhang 5:

## E- Mail an Experten

*Betreff: Bachelorarbeit – Bitte um Expertenauskunft (3 Fragen) zum Thema „Forensische Psychiatrie - Herausforderungen und Konsequenzen für die betreuenden Disziplinen“*

Sehr geehrte Frau/ Herr …..,

im Rahmen meiner Bachelorarbeit mit dem Thema „Forensische Psychiatrie - Herausforderungen und Konsequenzen für die betreuenden Disziplinen“ benötige ich Ihre Hilfe.

Ziel meiner Arbeit ist es, die besonderen Herausforderungen und daraus resultierenden Konsequenzen für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen aufzuzeigen, die mit straffällig gewordenen psychisch Erkrankten arbeiten.

Bei meinen vorangegangenen Recherchen, ist mir aufgefallen, dass in einigen Bereichen wenig aktuelle Literatur verfügbar ist. Um diese Bereiche auch entsprechend untersuchen zu können bitte ich um Ihre Experteneinschätzung.

Ich würde mich freuen, wenn Sie sich ein paar Minuten Zeit nehmen, um die drei unten stehenden Fragen zu beantworten.

**1. Stellen Sie sich vor Sie befinden sich in einer Therapiesitzung mit einem forensischen Patienten:**

**Hat es ihrer Meinung nach einen Einfluss auf die Therapie oder den Therapeuten ob Therapeut und Patient gleichgeschlechtlich oder gemischtgeschlechtlich sind?**

**2. Wie bewerten Sie die Verbindung geistiger und körperlicher Gesundheit bei Therapeuten die in der Forensik arbeiten?**

**3. Wie würden sie die gesellschaftliche Meinung in Bezug auf eine forensische Psychiatrie beschreiben und hat diese Einfluss auf einen Therapeuten? Ist eine Veränderung in den letzten Jahren erkennbar?**

Um es für Sie so einfach wie möglich zu machen, beantworten Sie die drei Fragen bitte per „Antwort“ auf diese Email. Sollte es Ihrerseits Fragen dazu geben, stehe ich jederzeit gerne zur Verfügung.

Sollten die für die Beantwortung der Fragen lieber eine andere oder zusätzliche Personen überlassen wollen, dann dürfen sie diese E-Mail gerne weiterleiten. Ich bin für jede Information dankbar.

Bitte teilen Sie mir ggf. mit, wenn Sie in meiner Arbeit nur anonym zitiert werden wollen.

Antworten, die nach dem  eingehen, kann ich leider nicht mehr in meine Arbeit mit aufnehmen.

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!

Mit freundlichen Grüßen

Sophie Koller

Erklärung

1. Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst habe, nicht anderweitig für Prüfungszwecke vorgelegt habe und sie an keiner anderen Stelle veröffentlicht wurde.

2. Ich versichere, keine weiteren Hilfsmittel außer den angeführten verwendet zu haben.

3. Soweit ich Inhalte aus Werken anderer AutorInnen dem Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen habe, sind diese unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht. Dies bezieht sich auch auf Tabellen und Abbildungen.

4. Die gesetzlichen Vorschriften zum Datenschutz und zum Schutz der Urheberrechte wurden beachtet, dies gilt auch für Bilder, Grafiken, Kopien oder Ähnliches.

5. Im Falle empirischer Erhebungen: Für die Veröffentlichung von Daten, Fakten und Zahlen aus Einrichtungen oder über Personen, auch in Interviews, die nicht öffentlich zugänglich sind, liegt mir eine Einverständniserklärung vor. Die Rechteinhaber/innen haben der Verwertung der Daten im Rahmen der BA-Arbeit schriftlich zugestimmt.

6. Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in die Bibliothek der Evangelischen Hochschule aufgenommen wird.

7. Ich bin damit einverstanden / nicht einverstanden*, dass meine Abschlussarbeit in digitaler Form öffentlich zugänglich gemacht wird.

Nürnberg, den _____ _____

Unterschrift der Verfasserin