

12 Strafe, Erziehung oder doch lieber Behandlung? Neue Erkenntnisse zur Therapie von Frauen im Maßregelvollzug

Madeleine Kassar

In den letzten Jahren hat die Diskussion über die Behandlung und Rehabilitation von Frauen im Rahmen der forensischen Psychiatrie an Bedeutung gewonnen. Der Zusammenhang von Geschlecht, psychischer Gesundheit und Rechtssystemen ist ein komplexes Feld, das ein differenzierteres Verständnis der Faktoren erfordert, welche therapeutische Entscheidungen in diesem Bereich beeinflussen. In der Vergangenheit wurde die Behandlung von Straftäterinnen häufig von einem vorwiegend männlichen Ansatz überschattet. Dies führte dazu, dass es an spezialisierten Interventionen fehlte, die auf die besonderen psychologischen und sozialen Bedürfnisse von Frauen eingehen. Es stellt sich die Frage nach der Wirksamkeit bestehender Behandlungsmodelle.

Es gibt vielfältige Faktoren, die den Behandlungsprozess von Frauen im Maßregelvollzug beeinflussen. Ziel ist es, einen gerechteren und wirksameren Ansatz in der forensisch-psychiatrischen Versorgung von Frauen zu etablieren und den Dialog zwischen Forschenden, Praktizierenden und politischen Entscheidungsträgern zu erleichtern, sodass sich die therapeutischen Ergebnisse für Frauen im forensischen-psychiatrischen System verbessern können.

12.1 Geschlechterstereotype

Geschlechterstereotype sind kognitive Strukturen, die sozial geteiltes Wissen über die charakteristischen Merkmale von Frauen und Männern enthalten (Ashmore u. Del Boca 1979; Eckes 1997). Diese Stereotype werden im Laufe der Sozialisation erworben, indem sie durch Eltern, Lehrer, Gleichaltrige und Medien vermittelt werden. Geschlechterstereotype umfassen sowohl positive als auch negative Eigenschaften von Frauen. Positive Eigenschaften können Fürsorglichkeit, Empathie und Kommunikationsfähigkeit sein, während negative Eigenschaften emotionale Instabilität, Schwäche und Abhängigkeit umfassen können. (Schweer u. Feißt 2013). Diese Stereotype sind nicht nur statisch; sie sind dynamisch und verändern sich im Laufe der Zeit in Abhängigkeit von gesellschaftlichen Entwicklungen, wissenschaftlichen Erkenntnissen und kulturellen Veränderungen.

Geschlechterstereotype tragen zur Schaffung gesellschaftlicher Normen bei, die festlegen, was als „typisch“ oder „angemessen“ für jedes Geschlecht gilt. Diese Normen beeinflussen die Erwartungen und Verhaltensweisen von Individuen und tragen zur Aufrechterhaltung von Geschlechterungleichheit bei. (Chrisler et al. 2006). Die Auswirkungen dieser Stereotype sind weitreichend und manifestieren sich in verschiedenen Lebensbereichen, einschließlich Bildung, Beruf, Familie und sozialen Beziehungen.

Frauen verinnerlichen häufig schädliche Rollenbilder, was bei ihnen zu einem frauenfeindlichen Weltbild führen kann. Diese internalisierte Misogynie bewirkt, dass Frauen sich selbst und andere Frauen durch die Brille dieser Stereotype sehen (Gracia 2014). Diese Dynamik trägt maßgeblich zur Aufrechterhaltung von Geschlechterungleichheit bei und zeigt, wie tief verwurzelt diese Problematik in der Gesellschaft ist.

12.1.1 Stereotype Denkmuster im Maßregelvollzug

Stereotype Denkmuster im Maßregelvollzug haben weitreichende Auswirkungen auf die Wahrnehmung und Behandlung von Frauen in diesem System. Diese Denkmuster, die tief in der Gesellschaft verwurzelt sind, beeinflussen nicht nur die Entscheidungen von Fachkräften im Gesundheits- und Justizsystem, sondern auch die Selbstwahrnehmung der betroffenen Frauen. Tief verwurzelte stereotype Überzeugungen können unbewusst das Verhalten und die Entscheidungen von Menschen bestimmen und führen häufig zu Verzerrungen in der Beurteilung von Risiken und Bedürfnissen.

Ein zentrales Problem im MRV ist, dass Frauen oft aufgrund von Geschlechterstereotypen als vulnerabel wahrgenommen werden. Diese unbewussten Vorurteile können dazu führen, dass Frauen im MRV ungerecht behandelt werden und ihre Bedürfnisse und Fähigkeiten nicht angemessen berücksichtigt werden. Diese Sichtweisen können dazu führen, dass Frauen strenger beurteilt werden und ihre Chancen auf eine erfolgreiche Wiedereingliederung

in die Gesellschaft vermindert werden. Ein Beispiel für diese Diskrepanz zeigt sich in der Behandlung von weiblichen Straftätern, die oft als weniger gewalttätig wahrgenommen werden, was dazu führt, dass ihre tatsächlichen Bedürfnisse in Bezug auf Therapie und Unterstützung nicht ausreichend adressiert werden.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass stereotype Denkmuster im MRV erhebliche Auswirkungen auf die Wahrnehmung und Behandlung von Frauen haben. Es ist entscheidend, diese Stereotype zu erkennen und zu überwinden, um eine gerechte und effektive Behandlung und Resozialisierung der Patienten zu gewährleisten.

Die Überwindung von Stereotypen im Maßregelvollzug und im Rechtssystem ist nicht nur für die betroffenen Individuen von Bedeutung, sondern auch für die Integrität und Effektivität der Institutionen selbst. Der Weg zu einer gerechteren Behandlung und Resozialisierung erfordert ein gemeinsames Engagement aller Beteiligten, um sicherzustellen, dass Vorurteile nicht länger die Entscheidungen und Handlungen in diesen sensiblen Bereichen beeinflussen.

12.2 Weibliche Aggression

Ein Drittel der Frauen weltweit ist von physischer, sexueller, psychischer oder wirtschaftlicher Gewalt betroffen. Diese Gewalt gegen Frauen ist ein Produkt einer geschlechtsspezifischen Ordnung und variiert je nach sozialem Kontext (Hunnicutt 2009). Empirische Beobachtungen zeigen, dass Gewalt in der Partnerschaft die häufigste Form der Gewalt an Frauen ist (Krantz et al. 2005). Diese Form der Gewalt hat schwerwiegende Auswirkungen auf das Wohlbeinden und die Gesundheit der betroffenen Frauen. Die Folgen reichen von psychischen Erkrankungen wie Depressionen und Angststörungen bis hin zu physischen Verletzungen, die im schlimmsten Fall zu dauerhaften Behinderungen oder sogar zum Tod führen können. In patriarchalen Gesellschaften, in denen Männer dominieren und Frauen untergeordnet sind, ist die Prävalenz von Gewalt gegen Frauen höher. Diese Gewalt wird oft durch soziale Normen und Erwartungen legitimiert, die Männer als dominante und Frauen als untergeordnete Wesen betrachten. (Gracia 2014). Diese Normen manifestieren sich in verschiedenen Formen, einschließlich der Akzeptanz von Gewalt als Ausdruck von Männlichkeit oder als Mittel zur Kontrolle von Frauen.

Männer zeigen mehr direkte Aggression, während Frauen häufiger indirekte Aggression zeigen. Direkte Aggression umfasst physische und verbale Angriffe, während indirekte Aggression subtile Formen der Feindseligkeit wie Klatsch, Ausgrenzung und Manipulation umfasst. Diese Unterschiede in der Aggressionsform können auf soziale und kulturelle Normen zurückgeführt werden, die Männer zu direkter Aggression und Frauen zu indirekter Aggression ermutigen (Hale et al. 2022).

12 Strafe, Erziehung oder doch lieber Behandlung? Neue Erkenntnisse zur Therapie von Frauen im Maßregelvollzug

In patriarchalen Gesellschaftsstrukturen tragen die kulturellen Normen dazu bei, dass Gewalt gegen Frauen häufiger vorkommt und oft als legitim angesehen wird. Die soziale Akzeptanz von Gewalt als Mittel zur Wiederherstellung der Ehre des Mannes verstärkt die Geschlechterungleichheit und perpetuiert ein System, in dem Frauen als untergeordnet betrachtet werden. Von Frauen wird jedoch erwartet, dass sie dieser Form der Aggression gegenüber loyal sind (Vandello 2009). Diese Loyalität kann sich in einem Schweigen über erlittene Gewalt äußern, was die Dunkelziffer von Gewalt gegen Frauen weiter erhöht und die gesellschaftliche Wahrnehmung von Gewalt als privates Problem verstärkt.

Dies zeigt, wie tief verwurzelt und komplex die Ursachen von Gewalt gegen Frauen sind und wie wichtig es ist, kulturelle und soziale Normen kritisch zu hinterfragen und zu verändern, um Geschlechtergerechtigkeit zu fördern und Gewalt zu reduzieren (Vandello 2009). Es ist unerlässlich, dass Bildungssysteme, Medien und politische Institutionen zusammenarbeiten, um ein Bewusstsein für die Problematik zu schaffen und gesellschaftliche Normen zu verändern, die Gewalt legitimieren oder tolerieren.

Diese Perspektive zeigt, dass weibliche Aggression ein vielschichtiges Phänomen ist, das durch das Zusammenspiel verschiedener Faktoren geprägt wird. Ein umfassendes Verständnis dieser Mechanismen ist entscheidend für die Entwicklung wirksamer Behandlungsstrategien. Nur durch einen interdisziplinären Ansatz, der sowohl individuelle als auch gesellschaftliche Dimensionen berücksichtigt, können nachhaltige Lösungen zur Bekämpfung von Gewalt durch und gegen Frauen und zur Förderung von Geschlechtergerechtigkeit entwickelt werden.

12.3 Frauen im Maßregelvollzug

Nur eine von 14 Personen, die im strafrechtlichen Maßregelvollzug untergebracht sind, sind Frauen. Laut dem Statistischen Bundesamt waren insgesamt 10.362 Personen strafrechtlich untergebracht, darunter waren 762 Frauen, was einem Anteil von 7,4% entspricht. Die häufigsten Diagnosen, die bei Frauen zu einer Einweisung in den Maßregelvollzug führen, umfassen Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, Persönlichkeitsstörungen, Intelligenzminderungen sowie Suchterkrankungen. In vielen Fällen liegt biografisch eine lange Vorgeschichte aggressiven, aber auch antisozialen Verhaltens vor und es können auch psychopathische Merkmale ausgeprägt sein.

In der forensisch-therapeutischen Arbeit mit suchtkranken Patientinnen, die im Frauenmaßregelvollzug behandelt werden, begegnen wir häufig Frauen, die in ihrer Kindheit und Jugend durch ungünstige soziale Bedingungen und Traumatisierung stark vorbelastet sind und deren Suchterkrankung derart ausgeprägt ist, dass Einbußen und Störungen in allen Bereichen des Lebens eingetreten sind bzw. verstärkt wurden. (de Vogel et al. 2015). Dabei zeigen

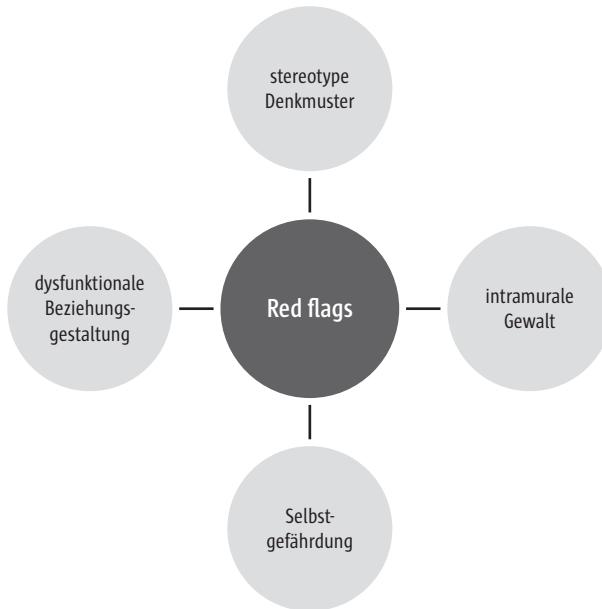


Abb. 1 Risikofaktoren für Frauen im Maßregelvollzug

sich häufig spezifische Risikofaktoren, die das Verhalten und die therapeutische Prognose beeinflussen (s. Abb. 1).

Während weniger Frauen als Männer mit Schizophrenie wegen Verbrechen verurteilt werden und aggressives Verhalten gegenüber anderen zeigen, birgt Schizophrenie bei Frauen ein höheres Risiko für kriminelles Verhalten und Aggressionen im Vergleich zu Männern. Dies kann darauf hindeuten, dass die Symptome, die bei einer Schizophrenie auftreten, und die damit einhergehenden Merkmale, wie kognitive, emotionale und psychosoziale Funktionen, bei Frauen stärker mit aggressivem Verhalten zusammenhängen als bei Männern. Kommen diese Frauen nach einem Gewaltdelikt in den Maßregelvollzug, zeigen sie im Vergleich zu psychisch kranken Straftätern signifikant schwerere und therapierefraktäre Therapieverläufe (Hodgins 2022).

Bei Frauen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS), die im Maßregelvollzug behandelt werden, ist häufig eine lange Geschichte emotionaler Dysregulation, Verhaltensauffälligkeiten, unterdurchschnittlicher kognitiver Fähigkeiten sowie von Versagen in Schule und Beruf, Aggressionen und Kriminalität zu beobachten (Hodgins 2022).

12.3.1 Behandlung im Frauenmaßregelvollzug

Neben der Suchtbehandlung rückt die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen und komorbiden Erkrankungen, wie beispielsweise ADHS, zunehmend in den Fokus. Hierbei werden evidenzbasierte störungsspezifische Ver-

12 Strafe, Erziehung oder doch lieber Behandlung? Neue Erkenntnisse zur Therapie von Frauen im Maßregelvollzug

fahren aus allen Psychotherapieschulen angewendet, darunter *Mentalization-Based Treatment* (MBT), *Dialectical Behavior Therapy for Families* (DBT-F), *Transference-Focused Psychotherapy* (TFP), Schematherapie u.a.

Ein wichtiger Aspekt der Therapie ist die Förderung der Bindung zu den Kindern der Maßregelvollzugspatientinnen. Durch die gezielte Fokussierung auf die Persönlichkeitsproblematik stellt sich nicht nur ein protektiver Faktor für die Mutter selbst, sondern auch für ihr(e) Kind(er) dar. Diese Überlegungen lassen sich im Übrigen auch auf männliche Patienten übertragen.

Neben der Suchtbehandlung spielt die Milieutherapie auf den Stationen eine wichtige Rolle bei der Behandlung von straffälligen, insbesondere suchtkranken Patientinnen.

In Bezug auf das Risikomanagement zeigen *Level of Service Inventory-Revise* (LSI-R) und der *Historical-Clinical-Risk Management-20 V3* (HCR 20) eine gute prädiktive Validität bei Frauen und unterstützen somit die Entwicklung gezielter Interventionsstrategien.

12.3.2 Medikamentöse Behandlung im Frauenmaßregelvollzug

In der modernen Psychopharmakotherapie erhalten Frauen im Vergleich zu Männern oft eine modernere Behandlung mit Antipsychotika der zweiten Generation. Diese Medikamente gelten als effektiver und haben in der Regel ein günstigeres Nebenwirkungsprofil im Vergleich zu den älteren, typischen Antipsychotika. Trotz der Fortschritte leiden Frauen jedoch signifikant häufiger unter extrapyramidalen Nebenwirkungen insbesondere im Bereich der Gesichtsmuskulatur und dem perioralen Bereich. Ein möglicher Grund für diese erhöhte Anfälligkeit für extrapyramidale Nebenwirkungen bei Frauen könnte in der Dosierung der Antipsychotika liegen. Es wird vermutet, dass die Standarddosierungen von Antipsychotika nicht ausreichend an die biologischen Unterschiede zwischen den Geschlechtern angepasst sind, insbesondere in Bezug auf den weiblichen Zyklus. Hormonelle Schwankungen, die während des Menstruationszyklus auftreten, können die Pharmakokinetik und -dynamik von Medikamenten beeinflussen, was zu einer unterschiedlichen Reaktion auf die Medikamente führen kann. Mayer et al. (2022) weisen darauf hin, dass eine Berücksichtigung dieser hormonellen Faktoren und eine individuelle Anpassung der Dosierung notwendig sein könnten, um die Behandlung für Frauen zu optimieren und das Risiko von Nebenwirkungen zu minimieren.

12.4 Ansätze zur Resozialisierung: Strafe, Erziehung oder Behandlung

12.4.1 Borderline-Persönlichkeitsstörung im MRV: Die Rolle der „Systemsprengerinnen“

Durch komplexe Diagnostik und fehlende *frühzeitige* Behandlung sowie durchschnittlich spätere Verurteilung und Einweisung in den MRV präsentieren sich weibliche BPS Betroffene mit:

- früh gescheiterter Bildungs- und Karrierelaufbahn
- langer Historie emotionaler Dysregulation und gestörtem Bindungsverhalten
- unterdurchschnittlicher kognitiver Funktion
- massiver Verhaltensstörung (suizidale Kommunikation, ausgeprägte Selbstverletzung, Dissoziation etc.)
- besonders aggressivem Verhalten
- ausgeprägter Kriminalität. (Hermann et al. 2009; Nicholls et al. 2009; Belzky et al. 2012; de Vogel et al. 2016; Wertz et al. 2020; Leuschner 2022; Hodgins 2022)

BPS-Patientenklientel weist ein stark erhöhtes Chronifizierungs- und Hospitalisierungsrisiko auf. Dies bedeutet, dass die Symptome der Erkrankung häufig über längere Zeiträume bestehen bleiben und die Betroffenen oft in psychiatrische Einrichtungen eingewiesen werden müssen, um eine intensive Behandlung zu erhalten.

Die Forschung hat gezeigt, dass bestimmte Prädiktoren, die auf schwierige Verläufe der Erkrankung hindeuten, bei BPS-Patienten häufig vorkommen. Zu diesen Prädiktoren zählen insbesondere Missbrauchserfahrungen in der Kindheit sowie eine hohe Symptomlast (Zanarini et al. 2003; 2006; Gunderson et al. 2006). Studien haben herausgefunden, dass viele Menschen mit BPS in ihrer Kindheit traumatische Erlebnisse gemacht haben, wie körperlichen, emotionalen oder sexuellen Missbrauch. Diese frühen negativen Erfahrungen können die Entwicklung der Persönlichkeitsstörung begünstigen und die Fähigkeit der Betroffenen beeinträchtigen, gesunde zwischenmenschliche Beziehungen aufzubauen und zu pflegen.

Ein weiterer wichtiger Faktor, die Symptomlast, beschreibt die Intensität und Häufigkeit der Symptome, und beeinflusst den Verlauf der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Eine hohe Symptomlast kann durch die verstärkte Belastung im Alltag die Wahrscheinlichkeit von Krisen und Hospitalisierungen ansteigen lassen. Die Symptome können nicht nur das Leben der Betroffenen erheblich beeinträchtigen, sondern auch das Risiko für Komorbiditäten, wie Depressionen, Angststörungen oder Substanzmissbrauch, erhöhen.

Die Kombination aus frühen Missbrauchserfahrungen und einer hohen Symptomlast kann somit zu einem Teufelskreis führen, der die Behandlung und das

12 Strafe, Erziehung oder doch lieber Behandlung? Neue Erkenntnisse zur Therapie von Frauen im Maßregelvollzug

Management der Borderline-Persönlichkeitsstörung erschwert. Insgesamt verdeutlicht die Forschung, dass das Verständnis der zugrundeliegenden Faktoren, die zu schwierigen Verläufen bei BPS-Patienten führen, entscheidend ist, um effektive Behandlungsstrategien zu entwickeln und den Betroffenen eine bessere Lebensqualität zu ermöglichen.

Patientinnen mit Cluster-B-Persönlichkeitsauffälligkeiten profitieren vermutlich am wenigsten vom Maßregelvollzug (Weber et al. 2024). Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass die spezifischen Merkmale dieser Störungen, wie beispielsweise die Neigung zu impulsivem Verhalten und Schwierigkeiten bei der Emotionsregulation, die Wirksamkeit der therapeutischen Interventionen im Rahmen des MRV beeinträchtigen.

Auch die ausgeprägte Störung der interpersonellen Kommunikation erschwert, settingunabhängig, die Gestaltung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung sehr stark. (Horvath et al. 2011; Adshead 2012; Sarkar 2012; Green 2018)

Ambivalente Doppelrollen der behandelnden Person im MRV unterminieren zusätzlich die tragfähige therapeutische Beziehung. Eine duale Verantwortung kann dazu führen, dass sich die Patientinnen und Patienten unsicher fühlen, da sie möglicherweise das Gefühl haben, dass ihre behandelnde Person nicht nur an ihrem Heilungsprozess interessiert sind, sondern auch an einer Überwachung. Diese Wahrnehmung kann das Vertrauen in die therapeutische Beziehung untergraben und die Bereitschaft zur Zusammenarbeit verringern. Um eine tragfähige therapeutische Beziehung zu fördern, ist es entscheidend, dass die behandelnde Person klare Grenzen setzen und transparent kommunizieren, um die unterschiedlichen Rollen und deren Einfluss auf die Therapie zu verdeutlichen (Millar 2011; Adshead et al. 2012; Abel 2012; Vasic et al. 2015, 2016; de Vogel et al. 2016; Marshall et al. 2018; Otte et al. 2019).

12.4.2 Zwangsmaßnahmen im Frauenmaßregelvollzug

Die Reduktion von Zwangsmaßnahmen im forensisch-psychiatrischen Klinikalltag kann dazu führen, dass die Gewaltbereitschaft unter den Patientinnen zunimmt (Lau et al. 2020). Es ist wichtig zu beachten, dass nur eine Minderheit der Patientinnen für die Mehrheit der Vorfälle verantwortlich ist, die zu Zwangsmaßnahmen führen. Diese Gruppe reagiert häufig unzureichend auf deeskalierende Interventionen (Weizmann Henelius et al. 2000; Lussier et al. 2010; Vojt et al. 2010). In der forensischen Population wird diese Minderheit als kleine Gruppe beschrieben, die einen Frauenanteil von lediglich 5 bis 18% aufweist und durch ausgeprägte aggressive sowie antisoziale Tendenzen gekennzeichnet ist. Häufig sind diese Patientinnen auch von einer Borderline-Persönlichkeitsstörung oder Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis betroffen (Hodgins 2022).

Dabei zeigt sich, dass nicht immer die Schwere der Kernsymptomatik entscheidend ist, sondern vielmehr die Komplexität im Umgang mit dem Einzelfall, die im Klinikalltag eine erhebliche Sprengkraft entfalten kann (Waltereit

12.5 Fazit: Ganzheitliche, individualisierte und geschlechtersensible Behandlung als Schlüssel zur erfolgreichen forensisch-psychiatrischen Therapie

et al. 2019). Diese Herausforderungen verdeutlichen, wie wichtig ein differenziertes Verständnis der individuellen Bedürfnisse und Verhaltensweisen von Patientinnen ist, um angemessene therapeutische Strategien zu entwickeln und die Sicherheit innerhalb der Klinik zu gewährleisten.

12.5 Fazit: Ganzheitliche, individualisierte und geschlechtersensible Behandlung als Schlüssel zur erfolgreichen forensisch-psychiatrischen Therapie

Zunächst geht es darum, die Patientin zur Mitarbeit zu motivieren und ihre Bereitschaft zu fördern, sich auf therapeutische Maßnahmen einzulassen. Eine gemeinsame Erstellung des Therapieplans und der Fokus auf eine partizipative Entscheidungsfindung, während des Behandlungsverlaufs sind zur Förderung der eigenen Verantwortungsübernahme sind unerlässlich. Eine traumaorientierte Psychotherapie sowie Milieutherapie, aber auch stützende, krisenbearbeitende oder konfliktlösende Gespräche spielen zudem eine bedeutende Rolle.

Am Beginn jeder psychiatrischen Behandlung stehen eine ausführliche Aktenanalyse, die Erhebung der „Vorgeschichte“ sowie umfangreiche klinische, laborchemische, apparative und psychodiagnostische Untersuchungen, die in der Überprüfung und Erstellung einer psychiatrischen Diagnose, eines Risk Assessments und eines Therapieplanes münden.

Ziel ist es, die Patientin in allen Aspekten zu erfassen und Ursachen sowie Neuorientierungsmöglichkeiten ihrer Lebensentwicklung zu klären. Geschlechterstereotypes Denken wird ebenso reflektiert wie Entwicklungsperspektiven auch unter Abwägung des Familiensystems etc.

Außerdem ist es wichtig, besonderes Augenmerk auf die psychische Erkrankung (Psychopathologie!) und die damit verbundene Delinquenz zu legen. Zum Beispiel erfolgt dies über ein täglich stattfindendes Screening zu psychopathologischen Auffälligkeiten, möglicher intramuraler Gewalt anhand von *Dynamic Appraisal of Situational Aggression* (DASA), nach der Stabilisierungsphase ehestmöglicher Beginn der deliktpräventiven Therapie mit ausführlicher Delinquenzhypothese, Anwendung des LSI-R, um Problembereiche zu detektieren (und zu bearbeiten) und Anwendung des HCR20 v3 für Risikoszenarien (vor allem relevant beim Rahmen des Settingwechsels). Es ist entscheidend möglichst früh realistische Optionen für den sozialen Empfangsraum mit der Patientin zu entwickeln um Hospitalisierung zu vermeiden und Zukunftsperspektive im Sinne einer Resozialisierung aufrechtzuerhalten.

In den themenzentrierten und psychoedukativen Gruppentherapien sowie dem sozialen Kompetenztraining steht die Förderung von Kontaktfähigkeit und das Training sozialer Fertigkeiten im Vordergrund, aber auch die Bearbeitung gruppendifferenzialer Prozesse. So sollen bei den Patientinnen Einsicht in ihre Erkrankung und in problematische Verhaltensweisen gefördert wer-

den, gleichzeitig müssen auch neue Strategien für Verhalten in Krisensituat-
ionen, auch in der Patientinnengruppe, erlernt werden.

Bei Patientinnen, die an medikamentös behandlungsbedürftigen Störungen (z.B. Psychosen, Depressionen) leiden, ist es ein Ziel, individuell und in enger Absprache mit der Patientin (auf Wunsch auch mit ihren Angehörigen) vorzugehen, um eine bestmögliche Medikamentenadhärenz zu entwickeln. Aufgrund des hausinternen internistischen und gynäkologischen Dienstes ist zudem eine enge Zusammenarbeit gewährleistet.

Die Mutter-Kind-Gruppe beschäftigt sich mit Erfahrungen und Lösungsansätzen für Mütter, die forensisch-psychiatrisch untergebracht sind (konkrete Erziehungsfragen, Vermittlung altersentsprechender kindlicher Entwicklungs-
schritte, Erklärungsmöglichkeiten bzgl. psychischer Erkrankungen und der strafrechtlichen Unterbringung, Hilfe zur adäquaten Kontaktpflege mit den Kindern). Es gilt zu beachten, dass das Jugendamt für das Wohl des Kindes zuständig ist. Der bayerische MRV versorgt die (bayerischen) Frauen/Mütter und befähigt diese, adäquat in die Mutterrolle zu gehen. Zur Behandlung von Müttern mit ihren Kindern (bis zum Alter von drei Jahren) besteht ein *Taufkirchner Konzept*, das regelmäßig evaluiert und weiterentwickelt wird.

Für die Patientinnen mit Migrationshintergrund stellt Deutschunterricht häufig eine wichtige Voraussetzung dar, sowohl für eine Teilnahme an unseren Behandlungsangeboten als auch für eine langfristige Resozialisierung. Eine neu etablierte Arbeitsgruppe beschäftigt sich klinikintern mit Prozessen rund um ausländerrechtliche Fragen, Abschiebungen etc. – auch aus einer ethischen Perspektive.

Literatur

- Abel KM (2012) Gender differences in schizophrenia and forensic outcomes. In: Adshead G, Brown C (Hrsg.) *Ethical issues in forensic mental health research*, 122–138
- Adshead G (2012) The role of mentalizing in the management of patients with borderline personality disorder. *Advances in Psychiatric Treatment* 18(5), 352–360
- Ashmore RD, Del Boca FK (1979) Sex stereotypes and implicit personality theory: Toward a cognitive-social psychological conceptualization. *Sex Roles* 5(2), 219–248
- Attwood M, Willmott D, Winder B (2021) Women in secure settings: Psychological experiences and gendered practice. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 32(3), 435–453
- Baker J, Johnston E, Kennedy H (2022) Trauma-informed care in forensic mental health settings: A review. *Journal of Forensic Nursing* 18(1), 4–12
- Belzky M, Holtfreter K, Miller H (2012) Gender differences in recidivism: An examination of the role of mental illness. *Criminal Justice and Behavior* 39(3), 297–320
- Chrisler JC, Ferguson S, McCreary DR (2006) Violence against women as a public health issue. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1087(1), 235–249
- de Vogel V, de Vries Robbé M, de Ruiter C, Bouman Y (2016) SAPROF for Women: Guidelines for the assessment of protective factors in female forensic psychiatric patients. *Forum Educatief*
- Eckes T (1997) Geschlechterstereotype: Von Rollen, Identitäten und Vorurteilen. In: Becker R, Kortendiek B (Hrsg.) *Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung*, 171–182. Springer

12.5 Fazit: Ganzheitliche, individualisierte und geschlechtersensible Behandlung als Schlüssel zur erfolgreichen forensisch-psychiatrischen Therapie

- Evans C (2007) Gender and forensic mental health: A review. *The British Journal of Forensic Practice* 9(1), 23–29
- Gracia E (2014) Internalized misogyny and its impact on women's mental health. *Journal of Gender Studies* 23(2), 145–160
- Green J (2018) Difficult patients, disturbed relationships: Psychodynamic perspectives. *BJPsych Advances* 24(3), 151–161
- Gunderson JG, Stout RL, McGlashan TH, Shea MT, Morey LC, Grilo CM, Skodol AE (2006) Ten-year course of borderline personality disorder: Psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Archives of General Psychiatry* 63(7), 761–768
- Hale L, Nelson DA (2016) Relational aggression across cultures and continents. *Journal of Undergraduate Research* (1), Article 41
- Hermann D, Kröber H-L, Saß H (2009) *Forensische Psychiatrie*. Springer
- Hodgins S (2022) Female forensic patients may be an atypical sub type of females presenting aggressive and antisocial behavior. *Frontiers in Psychiatry* 13, Article 809901
- Horvath AO, Del Re AC, Flückiger C, Symonds D (2011) Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy* 48(1), 9–16
- Hunnitt G (2009) Varieties of patriarchy and violence against women: Resurrecting “patriarchy” as a theoretical tool. *Violence Against Women* 15(5), 553–573.
- Krantz G (2005) Violence against women: a global public health issue. *Scandinavian Journal of Public Health* 33(1), 1–4
- Lau S, Brackmann N, Mokros A, Habermeyer E (2020) Aims to reduce coercive measures in forensic inpatient treatment: A 9 year observational study. *Frontiers in Psychiatry* 11, 465
- Leuschner F (2022) Geschlechtsspezifische Unterschiede bei forensischen Therapieprozessen. In: Jehle H, Rettenberger M (Hrsg.), *Forensische Psychiatrie im Wandel*, 115–132. Psychiatrie Verlag
- Lis E, Greenfield B, Henry M, Guilé JM, Dougherty G (2013) Neuroimaging and borderline personality disorder: A review. *Canadian Journal of Psychiatry* 52(8), 478–487
- Lussier P, Verdun-Jones S, Deslauriers-Varin N, Nicholls T, Brink J (2010) Chronic violent patients in an inpatient psychiatric hospital: Prevalence, description, and identification. *Criminal Justice and Behavior* 37(1), 5–28
- Marshall LA, Solomon P (2018) Rebuilding therapeutic relationships following patient assault: The role of mental health professionals' self-care. *Issues in Mental Health Nursing* 39(2), 108–115
- Mayer A, Schmidt B, Weber F (2022) The impact of menstrual cycle on pharmacokinetics and pharmacodynamics of antipsychotic medications: Implications for individualized treatment in women. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 42(3), 215–223
- McCarrick U, Völlm B, Long C (2022) Women in forensic care: gendered pathways and outcomes. *Criminal Behaviour and Mental Health* 32(1), 1–15
- Millar H (2011) Understanding trauma and violence in women's secure mental health services. *Journal of Forensic Practice* 13(3), 175–184
- Mistry D (2021) Exploring experiences of women in secure mental health settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 28(3), 408–416
- Müller-Isberner R, Born P, Eucker S, Eusterschulte B (2017) Implementation of evidence-based practices in forensic mental health services. In: Roesch R, Cook AN (Hrsg.) *Handbook of forensic mental health services*, 443–469. Routledge
- Nicholls TL, Brink J, Greaves C, Lussier P, Verdun-Jones S (2009) Gender differences in forensic psychiatric patients: A review of the literature. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 20(3), 440–473
- Otte S, Dittmann S, Vasic N (2019) Borderline personality disorder and psychotherapy outcome: A systematic review. *Der Nervenarzt* 90(1), 15–22

12 Strafe, Erziehung oder doch lieber Behandlung? Neue Erkenntnisse zur Therapie von Frauen im Maßregelvollzug

- Rodwell M (2021) Gender-sensitive forensic mental health care: A scoping review. *International Journal of Forensic Mental Health* 20(3), 245–262
- Sarkar SP (2012) The use of psychological formulation in forensic psychiatry. *Advances in Psychiatric Treatment* 18(2), 117–123
- Schweer MKW (2013) Aggression im Geschlechterverhältnis: Unterschiede zwischen direkter und indirekter Aggression bei Männern und Frauen. In: Abele-Brehm AE (Hrsg.) *Aggression und Gewalt in der Gesellschaft*, 123–145. Springer.
- Schweer MKW, Feißt M (2013) Geschlechterstereotype und ihre Auswirkungen auf die Wahrnehmung und Behandlung von Frauen. In: Becker R, Kortendiek B (Hrsg.) *Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung*, 171–182. Springer
- Vandello JA (2009) Stand by your man: Indirect prescriptions for honorable violence and feminine loyalty in Canada, Chile, and the United States. *Journal of Cross-Cultural Psychology* 40(5), 748–762
- Vasic N (2015) Therapeutic alliance and symptom change in psychotherapy of borderline patients. *Journal of Personality Disorders* 29(4), 482–499
- Vasic N (2016) Rebuilding therapeutic alliance in borderline personality disorder. *Psychotherapy Research* 26(5), 568–578
- Vojt G, Marshall LA, Thomson LD G (2010) The assessment of imminent inpatient aggression: A validation study of the DASA-IV in Scotland. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology* 21(5), 789–800
- Walterreit B, Schneider F, Müller J (2019) Bezugsprobleme der forensischen Psychiatrie: Handlungsunsicherheiten und Komplexität im Einzelfall. In: Stichweh X (Hrsg.) *Forensische Komplexität verstehen*, 213–234. Springer.
- Weber K, Morier S, Menu C, Bertschy P, Herrmann FR, Giannakopoulos P (2024) Court ordered forensic psychiatry treatment in prison: Determinants of outcome and risk mitigation. *Frontiers in Psychiatry* 15, 1436962
- Weizmann Henelius G (2009) Violence in a Finnish forensic psychiatric hospital. *Nordic Journal of Psychiatry* 54(4), 269–273
- Wertz M, Püschel K, Briken P (2020) Forensisch-psychiatrische Versorgung in Deutschland – eine kritische Analyse. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie* 14(1), 23–32
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Silk KR (2003) The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 160(2), 274–283
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G (2006) The 10-year course of psychosocial functioning among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 114(2), 103–109