



Hoffmann_K_2019

Theoretische und praktische Grundlagen psychoanalytischer Ansätze in der forensischen Psychotherapie – die Sicht der Gesellschaft, der Geschädigten und der Patienten

Klaus Hoffmann

„Theoretische und praktische Grundlagen psychoanalytischer Ansätze in der forensischen Psychotherapie – die Sicht der Gesellschaft, der Geschädigten und der Patienten“, in: Fromm Forum (Deutsche Ausgabe – ISSN 1437-0956), 23 / 2019, Tuebingen (Selbstverlag), pp. 85-96.

Copyright © 2019 by Prof. Dr. med. Klaus Hoffmann, Medizinischer Direktor Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, Zentrum für Psychiatrie Reichenau, Feursteinstraße 55, D-78479 Reichenau; E-Mail: k.hoffmann[at-symbol]zfp-reichenau.de

„Seid nur nicht so faul und so verweicht
Denn Genießen ist bei Gott nicht leicht!
Starke Glieder braucht man und Erfahrung auch;
Und mitunter stört ein dicker Bauch.“

Forensische Psychotherapie hat etwas mit Ich-Reifung, mit dem Erkennen und Durcharbeiten von Abhängigkeiten, mit neuem Körper- und Selbstbewusstsein zu tun – alles Themen, die Bertolt Brecht in seinem ersten Drama „Baal“ 1918 ansprach – ebenso wie das Scheitern eines Lebensentwurfes, der in totaler Rücksichtslosigkeit und Unmoral verharret (Mittenzwei 1987, S.72). Eine große Paradoxie forensischer Psychotherapie liegt darin, dass psychisch kranken Straftätern in der ihnen aufgezwungenen Situation des Maßregelvollzuges mit ihren oft erlittenen Traumatisierungen und ihren erfahrenen Abhängigkeiten positive Lebenserfahrungen ermöglicht werden sollen, damit sie gestärkt im Leben draußen zurechtkommen und ihr Deliktrisiko minimiert ist.

20 Jahre alt, goss Brecht seine biographische Zerrissenheit am Ende des Ersten Weltkrieges in ein lyrisches Drama, das Wesentliche sagte über den Aufbruch zur Selbstverwirklichung, aber die Gruppe, die Welt letztlich *nur* als Feind, die Liebe als Lust, aber letztlich als schutzlose Erniedrigung sah. Brecht wählte die

Figur des Baal, des Fruchtbarkeitsgottes der vorisraelitischen Bewohner Kanaans und der Phönizier, zu dessen Kult Menschenopfer und sakrale Prostitution gehörten. Baal wurde von den Propheten des Alten Testaments bekämpft, weil er sich in der historischen Überlieferung der Göttin Anat unterwerfen und mit ihr schlafen musste, um die Königsherrschaft zu erlangen.

„Und das große Weib Welt, das sich lachend gibt
Dem, der sich zermalmen läßt von ihren Knien
Gab ihm einige Ekstase, die er liebt
Aber Baal starb nicht; er sah nur hin.“

Und wenn Baal nur Leichen um sich sah
War die Wollust immer doppelt groß.
Man hat Platz, sagt Baal, es sind nicht viele da.
Man hat Platz, sagt Baal, in dieses Weibes Schoß.“

Nachdem Baal aus Eifersucht im Suff einen Freund erstochen hat, „verendet er einsam und



verkommen wie ein Tier in der freien Natur“ (Mittenzwei 1987, S. 72). Die Reaktionen der Gesellschaft kennen wir als Reaktionen der Öffentlichkeit auf unsere Patientinnen und Patienten ebenso wie aus den Gruppentherapien, wo immer wieder gegenseitige Abwertungen geschehen:

„Erster Landjäger: Was ist er eigentlich?

Zweiter Landjäger: Vor allem: Mörder. Zuvor Varietéschauspieler und Dichter. Dann Karussellbesitzer, Holzfäller, Liebhaber einer Millionärin, Zuchthäusler und Zutreiber. Bei seinem Mord fassten sie ihn, aber er hat Kräfte wie ein Elefant. Es war wegen einer Kellnerin, einer eingeschriebenen Dirne. Wegen der erstach er seinen besten Jugendfreund.

Erster Landjäger: So ein Mensch hat gar keine Seele. Der gehört zu den wilden Tieren.

Zweiter Landjäger: Dabei ist er ganz kindisch. Alten Weibern schleppt er Holz, daß man ihn fast erwischt. Er hatte nie was. Die Kellnerin war das letzte. Darum erschlug er wohl auch seinen Freund, eine übrigens ebenfalls zweifelhafte Existenz.“ (Brecht 1919, S. 63)

Unsere Patientinnen und Patienten leben mit der erlittenen wie mit der anderen zugefügten Traumatisierung, sie sollen – so will es die Gesellschaft – beides bearbeiten, die – im Freud'schen Sinne buchstäblich anale – Phase der trotzigsten Autonomie, des Verzichts auf Rache wie auf Illusionen des von anderen abhängigen Lebensgenusses erfahren:

*„Der liebste Ort, den er auf Erden hab
Sei nicht die Rasenbank am Elterngrab.*

*Sei nicht ein Beichtstuhl, sei kein Huren-
bett*

*Und nicht ein Schoß, weich, weiß und
warm und fett.*

*Orge sagte mir: der liebste Ort
Auf Erden war ihm immer der Abort.*

Dies sei ein Ort, wo man zufrieden ist

Daß drüber Sterne sind und drunter Mist.

Ein Ort sei einfach wundervoll, wo man
Selbst in der Hochzeitsnacht allein sein
kann.

Ein Ort der Demut, dort erkennst du
scharf:

Daß du ein Mensch nur bist, der nichts be-
halten darf.

Ein Ort der Weisheit, wo du deinen Wanst
Für neue Lüste präparieren kannst.

Wo man, indem man leiblich lieblich ruht
Sanft, doch mit Nachdruck etwas für sich
tut.

Und doch erkennst du dorten, was du bist:
Ein Bursche, der auf dem Aborte – frißt!“

In seiner lesenswerten Einführung in die Psychoanalyse („Therapeutische Methode und Wissenschaft vom Menschen“) formuliert Ludwig Haesler: „Im Aufklären lebensgeschichtlicher Zusammenhänge kann es nicht darum gehen, Eltern und anderen wichtigen Personen der Vergangenheit im Sinne einer Selbstrechtfertigung Schuld zuzuweisen und damit das Annehmen einer Zuständigkeit und Verantwortlichkeit für sich hier und heute zu verweigern. Vielmehr dient die psychoanalytische Aufklärung der Geschichtlichkeit gegenwärtiger Symptome, Probleme und Lebensschwierigkeiten in einer besonderen Weise dem Übernehmen von Zuständigkeit und Verantwortlichkeit für sich selbst im Hier und Heute, im Sinne einer Entwicklung der Befreiung aus lebensgeschichtlich begründeten Verwicklungen und Verstrickungen mit Abhängigkeiten in der Vergangenheit zu größerer Autonomie in Gegenwart und Zukunft, zum Menschen mit aufrechtem Gang – eine emanzipatorische Entwicklung, die Herrschaft des Menschen über den Menschen mindern und aufheben helfen soll und kann.“ (Haesler 1994, S. 91)

Gerade mit der zunehmenden Beschäftigung mit schweren Störungen sowie mit deliktbezogenen Fragen in der forensischen Psychotherapie nahm die Psychoanalyse in den letzten Jahren die frühen Arbeiten Sigmund Freuds und



die Ansätze Karl Abrahams und Sándor Ferenczis wieder auf, dass reale und nicht nur phantasierte Verführungen und Traumatisierungen in der Kindheit eine wesentliche Rolle bei der Verursachung und beim Fortschreiten von Neurosen und Psychosen spielen.

Abraham schilderte bereits den heute allgemein anerkannten Wiederholungszwang, dass psychische Traumatisierungen in der Erkrankung und in der Behandlung unbewusst reinszeniert werden und damit den Behandlungserfolg (übrigens auch auf der pharmakologisch / neurobiologischen Ebene) gefährden (Abraham 1982, S. 125-131), immer wieder aktiv in Grenzüberschreitungen und Delikten sich äußern. Umgekehrt sind Verführung und Grenzüberschreitung Motoren unseres Daseins, durch die Verführung entsteht der Wunsch, das Interesse, die Liebe (Laplanche) – und die Differenzierung im Alltag; was eher destruktiv ist und was nicht, hängt von der Haltung aller Beteiligten und der Kultur in einer Abteilung ab. Verführung und Verliebtheit spielen – allein schon wegen der Zeitdauer – in vielen forensischen Psychotherapien eine wichtige Rolle – bei uns allen hängen Liebes-, Arbeits- und Genussfähigkeit stark mit Anregungen, Kicks, alltäglichen Verführungen zusammen. Psychoanalyse findet nicht nur auf der Couch statt (siehe Racamiers Titel *Psychanalyse sans Divan*), sondern spielt als Methode in Einzel- und Gruppentherapie wie als Grundhaltung des Stationsalltags eine wesentliche Rolle.

„Erinnern, Agieren und Inszenieren“ heißt von daher nicht zufällig der Titel eines Buches (Streeck 2000). Die Psychoanalyse konzentriert sich wieder stärker auf Handlungen und gesamthaftes szenisches Verständnis, sowohl auf Seiten der Patienten wie auf Seiten der Therapeuten. Bereits vor vierzig bis sechzig Jahren wurde von Ludwig Binswanger, Frieda Fromm-Reichmann und Gustav Bally betont, dass man besonders mit schwer Erkrankten gemeinsam handeln muss, dass Reden allein nicht genügt, zumal die Patienten ihre Anliegen oft gerade durch nicht besprochene Handlungen wie Selbstverletzungen oder Suchtmittelrückfälle

äußern. In der modernen Forschung werden diese Ansätze durch neurobiologische Ergebnisse unterstützt. Wesentliche Beziehungserfahrungen, aber auch körperliche Integrität und Lustempfindung entstehen, bevor die Sprache sich ausbildet. Umgekehrt müssen gerade non-verbale Elemente stark einbeziehende Therapieformen sich immer wieder analytisch hinterfragen, wie sie mit wesentlichen Elementen wie Verführung, Übertragung und Neutralität umgehen.

Unsere Patientinnen und Patienten verbringen täglich 24 Stunden in der Institution, leben miteinander, leben mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der forensischen Abteilung. Aus äußeren Grenzen sollen innere Regeln werden.

Die Behandlung psychisch kranker Straftäter erfolgt grundsätzlich nach denselben Prinzipien wie die Behandlung psychisch Kranker, die keine Straftat begingen. Schizophrene sowie manisch-depressiv Kranke werden mit einer kombinierten pharmakologischen, psychotherapeutischen und sozial stützenden Therapie behandelt, bei Suchtkranken steht die Einsicht in die Notwendigkeit der Abstinenz und deren Sicherung im Vordergrund, bei organisch Kranken die medikamentöse Behandlung, bei Intelligenzgeminderten die Pflege und soziales Training, bei neurotischen und persönlichkeitsgestörten Patienten die aufdeckende sowie deliktnahe Situationen durcharbeitende Psychotherapie. Dazu tritt bei allen Patientengruppen als wesentlicher Bestandteil die Auseinandersetzung mit Grenzen und Sicherheiten – jedes schwere Delikt stellt eine Grenzüberschreitung und eine Traumatisierung dar.

Zu den Grundlagen moderner psychotherapeutischer, pharmakotherapeutischer und milieutherapeutischer Behandlung und Pflege muss die aktive Auseinandersetzung mit erlittenen wie zugefügten Traumatisierungen in Vergangenheit und Gegenwart treten. Entscheidend ist hierbei eine klare Haltung von Therapeuten und Krankenschwestern wie -pflegern. Einerseits ist eine wohlwollende Haltung gegenüber den psychisch kranken Tätern unerlässlich, zumal diese oft unter schweren Traumatisierungen



gen in Elternhaus und/oder Pubertät litten, andererseits muss eine ebenso klare Distanzierung von Übergriffigkeit, Grenzüberschreitungen und Gewalt im Stationsmilieu und in den therapeutischen und pflegerischen Begegnungen erfolgen. Nur so kann eine „korrektive emotionale Erfahrung“ (Franz Alexander) im Patienten eine „umwandelnde Verinnerlichung“ (Heinz Kohut) ermöglichen, die letztlich die Voraussetzung dafür darstellt, dass die psychische Notwendigkeit eines Deliktes relativiert ist. – Diese Haltung ist grundverschieden von Straf- und Rachewünschen in der Gesellschaft, aber auch in vielen Straftätern selbst, die in dem Teufelskreis zwischen zu strengem Über-Ich und Zwang, diese Fesseln zu durchbrechen, verhaftet sind, und viel zu wenig Ich-Stärke erreicht haben. Die intensive Durcharbeitung dieser Straf- und Rache-Phantasien ist andererseits vor allem für persönlichkeitsgestörte Straftäter entscheidend, da Sinngewinn und Lustgewinn oft auf den „Kick“ der gelungenen Ausbeutung anderer beschränkt sind – ein gesellschaftlich übrigens durchaus sanktioniertes Verhalten, solange es nicht zu relevanten Straftaten führt.

Methodisch orientiert sich die Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie des Zentrums für Psychiatrie Reichenau an der „therapeutischen Gemeinschaft“, wie sie von den britischen Psychoanalytikern Foulkes, Bion, Rickman und Main in einem psychiatrischen Militärhospital in Birmingham 1944 begonnen und in verschiedenen Institutionen weitergeführt wurde. Theoretische Grundlage ist die gruppenanalytische Annahme, dass demokratisch und funktional geleitete Gruppen Gesundheit, Sicherheit und eine akzeptierende Kultur schaffen können. Da psychische Störungen unterschiedliche Niveaus von Ich-Reifung und Symbolisierung betreffen, müssen sich die therapeutischen und pflegerischen Inhalte darauf einstellen. Für Therapeuten wie Mitarbeiter der Pflege und Sozialarbeiter bedeutet dies eine Orientierung an Gruppenwerten, ohne spezifische professionelle Aufgaben zu entwerfen. Die methodisch fundierte Einzelpsychotherapie mit dem Patienten (in unserer Abteilung ein bis zwei Sitzungen pro Woche) dient der Entfaltung

der Innenwelt des Patienten auch in ihren schambesetzten Anteilen. Im Geist der interpersonellen Psychoanalyse bezieht sie nicht nur die Lebensgeschichte vor der Einweisung, sondern auch die gegenwärtigen Beziehungsmuster sowohl gegenüber dem Psychotherapeuten, vor allem auch gegenüber den Mitpatienten sowie den anderen Mitarbeitern der Abteilung, in ihre Deutungsarbeit ein.

Der Sozialarbeiter berät den Patienten vor allem in finanziellen Angelegenheiten sowie bei der Ausgliederung in Arbeit und Wohnen außerhalb der Einrichtung, spricht sich engmaschig mit Psychotherapeut und Pflege ab, vermeidet eher Deutungen und bleibt auf der Handlungsebene. Die Krankenschwestern und -pfleger gestalten den Stationsalltag mit den Patienten, die sehr zur Selbstständigkeit angeregt werden, beispielsweise durch Koch- und Haushaltstrainings, in der Gestaltung ihrer Zimmer wie auch der Gemeinschaftsräume; ferner arbeiten sie zunehmend psychotherapeutisch in der individuellen Bezugspflege, beziehen hier sowohl die vergangenen als auch die momentanen Interaktionsmuster des Patienten mit ein. Wesentlich in der psychoanalytischen Tradition der therapeutischen Gemeinschaft sind die klar abgegrenzten Funktionalitäten, das heißt, dass in den bisher genannten Begegnungen keine Entscheidungen über Vollzugsänderungen getroffen werden, sondern in einer Gruppenversammlung der Behandler in der Letztverantwortung des in dieser Gruppe anwesenden Abteilungsleiters. Zentral sind ferner Gruppentherapien, in denen die Patienten unter fachkundiger therapeutischer Leitung offen ihre Probleme ansprechen können – wobei auf den Psychotherapiestationen unserer Abteilung die Abteilungs- und Stationsleiter auch die Gruppentherapien leiten. Dies fördert eine gemeinsame Verbindlichkeit der Stationskultur, die sich auf alle Bereiche positiv auswirkt (Hoffmann et al. 1999).

Dieser Ansatz betont auch die Einbettung forensisch psychotherapeutischen Arbeitens in die Matrix sowohl der gesamten Institution als auch der lokalen wie überregionalen Öffent-



lichkeit. Vor allem letztere erwartet optimale Sicherheit – eine Erwartung, die übrigens auch die meisten Patienten voneinander haben. Immer wieder kommt in forensischen Gruppenpsychotherapien zur Sprache, dass die Prinzipien der Gewaltfreiheit, der Alkohol- und Drogenabstinenz und des offenen Ansprechens relevanter Probleme dort besser durchgehalten werden als in der Gesellschaft „draußen“.

Dieser Ansatz bedeutet auch das Akzeptieren der durchaus schmerzlichen Realität, dass bei Delikten in der Region die forensischen Patienten praktisch immer auf ihr Alibi hin überprüft werden, dass sie bei Beginn der außerstationären Unterbringung, das heißt des Lebens und Arbeitens außerhalb der Institution, aber noch in unserer Behandlung und Pflege, ihren Arbeitgebern und Vermietern im Beisein eines Mitarbeiters der Abteilung offen sagen, dass sie forensische Patienten sind – eine meines Erachtens der Sicherheit aller viel dienlichere Maßnahme als das öffentliche Vermelden von Tätern in der Gemeinde, wie es teilweise in den USA praktiziert wird. Sowohl der Patient als auch die Umgebung haben ein Sicherheitsinteresse – und Sicherheit wächst mit gegenseitiger Akzeptanz. Ein Mensch, der sich total ausgeschlossen und angeprangert erlebt, ist ähnlich stark rückfallgefährdet wie ein Mensch, der vor seiner unmittelbaren Umgebung viel von seiner wesentlichen Lebensgestaltung verbergen muss.

Im Unterschied zu anderen Autoren sehe ich keinen grundlegenden Widerspruch zwischen den Zielen der Therapie und der Sicherheit. Dies setzt forensische Einrichtungen voraus, die ein offensives, psychotherapie-freundliches Sicherheitskonzept vertreten – mit einem grundlegend anderen Rahmen, als ihn eine nicht forensische psychotherapeutische Einrichtung schon aus juristischen Gründen bieten darf und kann. Die immer wieder geforderte Behandlung psychisch kranker Straftäter in nicht forensischen psychiatrischen und psychotherapeutischen Abteilungen aus humanitären Gründen – da die Bedingungen im Maßregelvollzug so katastrophal seien – beinhaltet die Gefahr der

Verschleierung und Bagatellisierung der Straftaten, sowohl innerhalb der Abteilung (die Täter sind dort Außenseiter) als auch gegenüber der Öffentlichkeit, die sowieso oft denkt, alle psychisch Kranken seien gefährlich.

Die Betonung der Selbstverantwortung des Patienten in der therapeutischen Gemeinschaft beinhaltet auch eine klare Stellungnahme, welche innerpsychischen Veränderungen im Patienten im Laufe der Behandlung sichtbar werden und welche nicht. Es gibt in allen psychiatrischen Diagnosegruppen Verläufe ohne Besserung, auch in einem stark psychotherapeutisch geprägten Ansatz. Relevant ist, dass die rechtlichen Rahmenbestimmungen der beiden Unterbringungs-Paragrafen (§§ 63, 64 Strafgesetzbuch) durchaus verschieden sind: Die Unterbringung eines Rechtsbrechers, der aufgrund seiner Suchterkrankung delinquierte, erfolgt unabhängig von seiner Schuldfähigkeit, sie wird aber nicht durchgeführt, „wenn eine Entziehungskur von vornherein aussichtslos erscheint“ (§ 64, Absatz II). Der Täter kann sich vor Gericht eher für eine Therapie oder eher für eine Strafe aussprechen, ferner kann bei Aussichtslosigkeit auch eine bereits begonnene Therapie in eine Strafe, damit eine Verlegung in eine Justizvollzugsanstalt, umgewandelt werden. Die Unterbringung eines Rechtsbrechers nach § 63 StGB setzt eine erheblich verminderte (§ 21 StGB) oder aufgehobene (§ 20 StGB) Schuldfähigkeit voraus, sie fragt nicht nach der Therapierbarkeit, sondern ausschließlich nach der Krankheit. Bei aussichtslosen Verläufen kann die forensische Einrichtung zwar die Psychotherapie beenden, muss aber den Patienten behalten – dann steht der Sicherungs- und Verwahrungsauftrag im Vordergrund.

Eine Gestaltung forensischer Arbeit entsprechend den geschilderten Prinzipien setzt voraus, dass der Kostenträger eine entsprechende bauliche wie personelle Ausstattung finanziert – in Baden-Württemberg liefert die Psychiatrie-Personalverordnung „Maßregelvollzug“ aktuelle und meines Erachtens angemessene Grundlagen. Räumlich sollten die Patienten in Ein- oder Zwei-Bett-Zimmern wohnen, ein Thera-



peut sollte für etwa 8 Patienten zuständig sein, der Pflegeschlüssel sollte bei etwa einer Pflegekraft für 1,8 Patienten liegen. Wesentlich ist ferner die ständige fachliche Supervision der Mitarbeiter, da das Hauptinstrument der Psychotherapie die Beziehungsarbeit darstellt und dies menschliche Ressourcen bei allen Mitarbeitern untereinander wie auch oft in ihren privaten Bezügen beeinflusst – letztlich geht es auch hier darum, zerstörenden Kräften entgegenzuwirken und positive Energien zu stärken.

Die Behandlung suchtkranker Rechtsbrecher folgt den Konzepten der Suchtkrankenbehandlung; die Aufrechterhaltung und Kontrolle der Abstinenz ist zentral und unerlässlich. Die Abhängigkeit wird psychoanalytisch als hartnäckige Regression und Fixierung auf frühe versorgende und strafende Bezugspersonen interpretiert – die „korrektive emotionale Erfahrung“ bedeutet somit eine neue Fixierung auf erwachsene Gruppennormen und damit die Ermöglichung erwachsener zwischenmenschlicher Beziehungen. Dies beginnt häufig mit einer allgemeinmedizinischen Stabilisierung (Zahnsanierung, Narbenversorgung bei Fixern), Unterrichtung und Praxis gesunder Ernährung. In unserem Konzept der therapeutischen Gemeinschaft stehen dann die hochfrequente (4mal pro Woche je 90 Minuten) Gruppenpsychotherapie sowie die an der Einzelfallförderung orientierte Arbeitstherapie im Vordergrund. Die Krankenschwestern und -pfleger übernehmen in der individuellen Bezugspflege die dyadischen Beziehungsangebote. Intensive Freizeitangebote in der Gruppe (Radtouren, Wanderungen, Segelfahrten) üben Gruppenverhalten und wecken neue Interessen außerhalb des „Szene“-Verhaltens.

Psychotherapie ist kein schlauer Lenz gegenüber dem Justizvollzug, sondern ein dornenreicher Weg, seine eigenen Schwächen wie Stärken schonungslos anzusehen und zu bearbeiten. – Behandlungsabbruch und der Wunsch, in den Justizvollzug verlegt zu werden, ist immer wieder Thema. Gerade die standardisierte stufenweise Vorbereitung auf sinnvolle Arbeits- und Freizeitgestaltung, die auch in der Bewäh-

rungszeit von uns sozialpädagogisch, bezugs-pflegerisch und psychotherapeutisch begleitet werden kann (und immer wieder durch gerichtliche Auflagen auch muss), erfordert, dass die Patienten nach Absolvierung unserer Maßregel nicht in den Justizvollzug zurück müssen, sondern dass ihre Perspektive im ambulanten Rahmen stattfindet. Praktisch alle unsere Patienten absolvieren berufsvorbereitende Praktika während der Unterbringungszeit. Sie verbringen dann bereits den größten Teil ihrer Zeit außerhalb der Institution, können cleane und nicht dem Knast-Milieu zugehörige Beziehungen mit Kollegen aufbauen, was für die Sicherheit in puncto Delikt sicher sehr viel besser ist als eine folgende Haftstrafe mit ihren Milieu-Problemen.

Die anderen Psychotherapie-Stationen arbeiten stärker individualisiert, da sowohl die Taten (sexuelle Übergriffe, Brandstiftungen, schwere Körperverletzungen und Tötungen) als auch die psychopathologischen Störungen stärker variieren. Zentral ist auch hier die „korrektive emotionale Erfahrung“ durch ein gewaltfreies, individuelle Subjektivitäten und Unterschiede wohlwollend akzeptierendes Milieu. Die dyadischen Beziehungsangebote sind wesentlich vielfältiger (Einzelspsychotherapie, Bezugspflege), die Gruppenpsychotherapie ist niederfrequent (1x pro Woche 50 Minuten pro Patient). Wesentlich ist die individuelle psychotherapeutische Begleitung auch aus der Abteilung hinaus in die vom Gesetzgeber vor einer Entlassung durchzuführende außerstationäre Maßnahme, in der der Patient das Draußen-Wohnen-und-Arbeiten praktiziert und trainiert, hierbei von Gruppenpsychotherapie, Einzelspsychotherapie, Bezugspflege und Sozialarbeit unterstützt und begleitet wird. Idealerweise bleiben Einzelspsychotherapeut, Bezugsschwester und Sozialarbeiter während der gesamten stationären und ambulanten Behandlung konstant, so dass sich meist mehrjährige relevante Beziehungen entwickeln, in denen auch peinliche, schambesetzte Inhalte gut durchgearbeitet werden können.

Diese enge Verzahnung stellt auch einen Forschungsschwerpunkt in unserer Abteilung dar,



da bislang zwar zahlreiche Ergebnisse aus nicht-forensischen Einzel- und Gruppentherapieverläufen vorliegen, aber die Einflüsse von Einzelpsychotherapie und Bezugspflege aufeinander und auf den Verlauf der Durcharbeitung beim Patienten in langjährigen forensischen Therapien nicht empirisch untersucht wurden. Bei unserer gesamten Arbeit wie auch bei diesem Forschungsansatz gehen wir davon aus, dass inhaltlich feststellbare Verinnerlichungsprozesse letztlich relevantere Aussagen über die Deliktbereitschaft des Patienten, damit die Sicherheit und die Prognose, ermöglichen (verändert nach Hoffmann 2000, S. 866-870).

Dies verweist auf eine Qualifizierungsnotwendigkeit an der Basis, welche aber fundiertes Wissen um das „Wie“ pflegerisch psychotherapeutischen Handelns voraussetzt. Mit einem solchen empirisch gewonnenem Wissen wäre dann eine Funktionsbestimmung pflegerisch-psychotherapeutischen Handelns im Rahmen eines stationären Settings und eines multiprofessionellen Teams eher leistbar. Pflegerisch-psychotherapeutisches Handeln muss in seiner Wechselwirkung mit anderen Handlungselementen des komplexen Instrumentes der stationären psychotherapeutischen Behandlung erkennbar und überprüfbar werden. In unserem Projekt versuchen wir dem nahezukommen, indem wir den empirisch zu untersuchenden Ausschnitt von der Pflege auf deren Wechselwirkung mit der Einzelpsychotherapie ausweiten. Ein Ergebnis wäre eine Klärung von Vorannahmen anhand einer kleinen Fallzahl, welches exemplarisch das Wie pflegerischen Handelns in den sonst nicht abbildbaren pflegerischen Gesprächen in Wechselwirkung mit der Einzelpsychotherapie darstellt und so einen Ansatz liefern kann, die Qualität und Funktion des pflegerischen Gesprächs zu verbessern und im Sinne eines Transfers auch zu vermitteln.

Liebes-, Arbeits- und Genussfähigkeit sind wichtige Elemente unserer Haltung und Arbeitsweise – ich glaube, wir können Racamier's Feststellung bestätigen: „... de dégager leurs investissements professionnels bloqués dans une passivité masochique et secrètement agressive que

toute la situation entretenait très effectivement, de transformer d'abord le style de leurs relations avec les médecins d'une part et les malades d'une autre (en sachant que ceci dépend de cela)...“ (Racamier 1970, S. 202). Wir können aber auch bestätigen, dass es Widerstände und Abwehr gegen diese Haltung und Praxis gibt – wir sehen dies momentan in unseren Diskussionen über ausreichend viele und ausreichend qualifizierte pflegerische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter –, aber auch in Diskussionen, in denen Patientenauswahl als unseriös deklariert wird und nur in masochistisch anklingenden Ideen, man müsse für alle Probleme gerüstet sein, die wahre Psychiatrie definiert wird.

Als Folgen einer therapeutischen Gemeinschaft beschrieb Racamier (S. 209 f.): seltenere direkte Aggressionen, seltenere Fluchten und Behandlungsabbrüche; aber mehr verbale Aggressionen, deutlich bessere Eigeninitiativen, größere Frustrationstoleranz. Gerade in einem offeneren Milieu werden aber auch hartnäckige Defizite in Liebes-, Arbeits- und Genussfähigkeit deutlich:

Herr A, einer unserer Patienten, überraschte mich auf dem Segelboot auf meine Frage, wie es ihm heute gehe, mit der Aussage, das ganze Segeln gefalle ihm gar nicht, er mache dies nur gezwungen mit, er würde lieber Federball spielen. Die anderen Patienten auf dem Boot waren begeistert von dem Wetter, von unserem Segelangebot im speziellen und von unserer Freizeitgestaltung im Allgemeinen. Herr A blieb völlig unbeeindruckt davon, schwenkte von seiner Haltung nicht um, wurde auch nicht wütend oder depressiv, unser Gespräch blieb freundlich. – In unserer Stellungnahme an die Justiz wiesen wir darauf hin, dass eine grundlegende Einsamkeit, ein sich nicht auf Beziehungen einlassen können bei großer Sehnsucht nach einer Liebesbeziehung als wesentlicher Risikofaktor für Sexualdelikte bestehen bleibt – hier zeigte sich kein wesentlicher Fortschritt in der Genussfähigkeit, dass er aber bei Kränkungen nicht gleich bei Alkohol sowie destruktiven und gewalttätigen Phantasien Zuflucht suchte, son-



dern im Kontakt blieb – somit wichtige Schritte in Richtung Liebesfähigkeit erreichte, wobei wesentlich ist, dass wir seine Rückzüge nicht mit Ablehnung straftan (wie er es bislang inszeniert und erlebt hatte).

Herr B fühlte sich schon als Kind gegenüber seinen Geschwistern benachteiligt, wurde von seinem Vater häufig körperlich gezüchtigt, trank schon als Jugendlicher, wurde nach einer Vergewaltigung eines pubertären Mädchens unter Alkohol ein Jahr psychiatrisch untergebracht. Danach schloss er eine Lehre ab und fand über eine Kontaktanzeige eine Partnerin; die beiden bauten ein Haus, bekamen zwei Kinder, er arbeitete zuverlässig und verdiente einen soliden Lebensunterhalt für die Familie – die Arbeit wurde seine wesentliche Stütze, zumal die Ehe wegen seiner Anhänglichkeit und Unselbständigkeit zu Hause – und wegen des damit zusammenhängenden bevormundenden Verhaltens seiner Ehefrau – immer schwieriger wurde. Alkohol wurde für Herrn B wieder wichtiger, ein erstes Nötigungsdelikt führte zu einer Bewährungsstrafe, als die Partnerin ihn wegen wiederholter Vergewaltigungen unter Alkohol anzeigte, erfolgte die Unterbringung in unserer Abteilung. Genuss erleben wir bei Herrn B bei der Arbeit – dies blieb erhalten – und dann, wenn er Gesprächspartner überzeugen kann, wenn er die Macht behält. Sobald er – typischerweise in der Gruppe – mit immanenten Widersprüchen konfrontiert wird, reagiert er gereizt, verwickelt sich in Widersprüche, weiß nicht mehr, was für ihn richtig und falsch ist. Er kann zwar im Mannschaftssport (Volleyball) mittlerweile gut mitspielen, aber im Bereich der Liebe kann er nicht spielen, ist weiterhin dem Teufelskreis von Macht und Entwertung verfallen (wie Baal).

Psychoanalyse heißt immer wieder Partei ergreifen für das Unterdrückte, gegen das Destruktive, eben für Liebes-, Arbeits- und Genussfähigkeit, heißt aber auch immer wieder, die eigenen biographischen Grenzen wie die unserer Patienten zu respektieren. Für den Philosophen Baruch Spinoza war Freiheit die Einsicht in die Notwendigkeit, die eben immer

wieder Beschränkungen mit sich bringt. Hans Loewald formulierte Freuds Ziel der Psychoanalyse (Wo Es war, soll Ich werden) um und sagte: Wo Ich war, soll Es werden. Dieses Spiel mit psychoanalytischen Strukturbegriffen deutet an, dass Gesundheit regressive und progressive Zeiten kennt – dass Krankheit viel mit Abhängigkeit, Verhaftet-Sein zu tun hat. Freud selbst schrieb am 28. Mai 1911 an Binswanger: „...Ich tröste mich oft mit der Idee, wenn wir therapeutisch so wenig leisten, so erfahren wir wenigstens, warum nicht mehr geleistet werden kann. Unsere Therapie scheint mir die einzig rationale in diesem Sinne.“

Literatur

- Abraham, K. (1907): „Über die Bedeutung sexueller Jugendtraumen für die Symptomatologie der Dementia praecox“. Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Frankfurt. In: Karl Abraham: *Gesammelte Schriften*, Frankfurt am Main (Fischer), 1982, Band I, S. 125-131.
- Brecht, B. (1919): *Baal*. In: *Gesammelte Werke*, Band I, Stücke I. Frankfurt am Main (Suhrkamp), 1967, S.1-67.
- Haesler, L. (1994): *Psychoanalyse – Therapeutische Methode und Wissenschaft vom Menschen*. Stuttgart (Kohlhammer).
- Hoffmann, K. (2000): „Behandlung psychisch kranker Straftäter – zukunftsweisende therapeutische Ansätze“. In: G. Heiß (Hg.): *Wie krank ist unser Gesundheitswesen?* Mainz (Merz), S. 863-870.
- Hoffmann, K., Kluttig, T., Lehmann, K. (1999): „Gruppenpsychotherapie auf einer forensischen Psychotherapiestation als Widerspiegelung der Entwicklung einer therapeutischen Gemeinschaft“. In: *Recht & Psychiatrie*, Band 17, S. 80-84.
- Mittenzwei, W. (1987): *Das Leben des Bertolt Brecht*. Frankfurt am Main (Suhrkamp).
- Racamier, P. C. (1970) : *Le psychanalyste sans divan – La psychanalyse et les institutions de soins psychiatriques*. Paris (Payot).
- Streeck, U. (Hg.) (2000): *Erinnern, Agieren und Inszenieren*. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht)..