

Von guten Mächten treu und still umgeben

Oder: Was ist therapeutische Qualität im Maßregelvollzug?

(Vortrag im Rahmen der 6. Merziger Fachtagung 2014)

Aus Sicht eines Verwaltungsdirektors unterscheidet sich eine forensische Klinik nicht wesentlich von einer Firma, die Autoreifen produziert: vorne kommen Materialien, resp. Menschen hinein, werden dann einem Bearbeitungsprozess unterzogen und am Ende wieder von der Maschinerie ausgespielen. Dazwischen gibt es unterschiedliche Möglichkeiten, die Produktion zu beeinflussen, aber im Wesentlichen hat man eine standardisierte Menge Mitarbeiter, die über standardisierte technische Zwischenschritte ein standardisiertes Endprodukt erstellen. Dafür muss man Ressourcen zur Verfügung stellen, das Ganze lässt sich dann in Zahlen fassen und schon hat man eine funktionsfähige Maßregelvollzugsklinik und kann qualifiziert arbeiten.

Welches Endprodukt, welches Therapieziel müsste man also formulieren, um der Vorstellung eines Verwaltungsdirektors nahe zu kommen? Dazu reicht der kurze Blick ins Gesetz: entweder man reduziert die Gefährlichkeit oder die psychische Störung als Voraussetzung für die Unterbringung entfällt. Das kann nun wirklich nicht so schwer sein. Zwar finden sich am Ende der Produktionskette nicht hunderte von identischen Produkten, wie etwa beim Reifenhersteller. Auch die Maschinen, mit denen gearbeitet wird, sind nicht genormt, sondern in Form der Mitarbeiter höchst individuell. Aber immerhin kann man Medikamente geben, es gibt standardisierte und validierte Therapietechniken, die geschult werden können und es gibt Betriebsgebäude, die sich nach bestimmten Regeln strukturieren und gestalten lassen.

Das Problem: Therapie ist keine messbare Leistung, Therapie hat etwas mit Hingabe zu tun, sowohl auf Seiten des Patienten wie auf der therapeutischen. Wer beim Sex die Hingabe als Leistung definiert, mag ja ausdauernd und potent sein, doch würde man da wohl eher an Pornodarsteller denken als an eine liebevolle Zuwendung innerhalb einer Partnerschaft.

Was also ist good practice im Maßregelvollzug? Was sollte eine moderne Fachklinik für forensische Psychiatrie heute leisten?

Der Mensch ist ein soziales Wesen und auf emotionale Interaktion mit der Umwelt angewiesen. Häufig gelingt dies unseren Patienten nicht bzw. auf eine Art und Weise, die wir als destruktiv bezeichnen und die gewöhnlich Grund für die Unterbringung ist. Ursächlich ist dieses Verhalten als Folge einer gestörten Sozialisation in den ersten Lebensjahren zu suchen, was ja auch zur Begrifflichkeit der Frühgestörten geführt hat. Dass diese Verhaltensweisen einmal Teil einer Überlebensstrategie waren, wird im stationären Alltag leider schnell vergessen. Manch einer wird wünschen, die ständigen Konflikte müssten doch endlich mal ein Ende finden, warum spricht denn keiner ein Machtwort? Wer sich jedoch wie unsere Patienten täglicher Gewalt, sexuellem Missbrauch, Vernachlässigung, Willkür oder Liebesentzug gegenüber sah und auf sich selbst zurückgeworfen wurde, musste andere Strategien entwickeln, wenn er nicht untergehen wollte, und tatsächlich lesen wir in den Medien ja auch immer wieder tragische Geschichten von Kindern, die es nicht geschafft haben. Ich erinnere eine Patientin, deren Lebensdrama eigentlich schon vorgeburtlich anging, weil sie eine Abtreibung überlebte. Dieses Lebensgefühl der täglichen Ablehnung und existentiellen Bedrohung tragen diese Menschen als Erwachsene mit in die Welt und finden dort aufgrund ihres Verhaltens immer wieder Bestätigung.

Wie muss man sich das Erleben eines solchen Über-Lebenden in einer forensischen Klinik vorstellen?

Der amerikanische Soziologe Erving Goffmann beschrieb 1972 in *Asyle*¹ erstmalig, dass sich manche Institutionen auszeichnen durch Beschränkungen des sozialen Verkehrs mit der Außenwelt⁰ und einen *šallumfassenden oder totalen Charakter⁰*. Alles ist durchorganisiert, geregelt, es gibt klare Strukturen und Absprachen, jede Lebensäußerung wird überwacht usw. Die Machtverhältnisse sind eindeutig und einseitig, Abweichungen sind nicht möglich bzw. werden geahndet.

Forensische Kliniken haben wenigstens Aspekte einer solchen totalen Institution. Es verwundert nicht, dass unter solchen Bedingungen die Überlebensinstinkte eines Frühgestörten aktualisiert werden und entsprechende, jahrelang trainierte Verhaltensweisen hervorrufen. Wie viel schöner wäre es hingegen, den Patienten mit einem Kaffee und einer Zigarette zu begrüßen, ihn erst einmal willkommen zu heißen, ihm die Station zu zeigen, vielleicht sogar das Gelände oder das Haus, damit er überhaupt orientiert ist, wo es ihn hin verschlagen hat, welche Möglichkeiten sich ihm eröffnen, und ihn so einzuladen, die Therapie nicht nur über sich ergehen zu lassen, sondern mitzuwirken. Stattdessen ist der erste Eindruck oftmals ein Stahltor, stacheldrahtbewehrte Betonmauern, eiserne Zellentüren mit Versorgungsklappen und gleich mehreren Schlössern sowie hebelartigen Türkliniken und Manches mehr.

Historische Situation in Moringen

Das Thema der totalen Institution ist ein ureigenes und sehr altes moringer Thema. Bereits seit 1838 werden hier Straftäter untergebracht. 1933 wurde aber auch eines der ersten Konzentrationslager der Nationalsozialisten für Männer, später Frauen eingerichtet; ab 1938 wurden hier Jugendliche ohne rechtliche Grundlage interniert, meist weil sie politisch aktiv waren oder die falsche Musik hörten. So galt der damals aufkommende Swing als *šentartet⁰*, da er überwiegend von *šNegern⁰*, also Angehörigen einer *šminderwertigen Rasse⁰* gespielt wurde. Wer damit sympathisierte, riskierte, als Volksfeind weggesperrt zu werden. Kurz vor der Befreiung 1945 kamen bei einem Gewaltmarsch zur Räumung des Lagers noch etwa 80 Jugendliche unter fragwürdigen Umständen ums Leben. Erst vierzig Jahre später kam es unter schweren Geburtswehen zur Aufarbeitung dieses Themas innerhalb der eher kleinen Ortschaft Moringen. Seitdem gibt es eine Gedenkstätte², mit der das Maßregelvollzugszentrum sehr intensiv zusammenarbeitet. Jeder Krankenpflegekurs besucht die Gedenkstätte, umgekehrt finden zwei- bis dreimal wöchentlich Führungen über das Gelände statt, auf welchem Vergangenheit und Gegenwart so eng verschmolzen sind; viele Gebäude stehen äußerlich unverändert, und noch immer sind Menschen gegen ihren Willen hier. Der Gesamteindruck von 1933 ist allenthalben spürbar, was Eindruck bei den zumeist jungen Besuchern hinterlässt. Die interessanteste Begegnung fand vor einigen Jahren zwischen ehemaligen Lagerinsassen und heutigen Patienten statt, doch das ist eine andere Geschichte.

Die Kapelle der Klinik trägt den Namen Dietrich Bonhoeffers. Bonhoeffer hatte mehrfach die Gelegenheit, Deutschland den Rücken zu kehren, entschloss sich aber immer wieder, sich seiner Verantwortung den Menschen in diesem Unrechtsstaat zu stellen, *ší sich für die Entrechteten und Ins-Schweigen-Gestoßenen ein[zusetzen] ³* Er selbst wurde zum Entrechteten, wurde im KZ Flossenbürg inhaftiert und schließlich einen Monat vor Kriegsende hingerichtet.

Auch wenn Moringen nie ein Vernichtungslager war, verbindet die dortige Geschichte mit der KZ-Erfahrung von Bonhoeffer. Die Besonderheit dieses Mannes für unsere Klinik besteht darin, dass er trotz der eigenen Vernichtung vor Augen bis zuletzt an das Gute im Menschen geglaubt hat, daran, dass bei all dem Terror das Menschliche in der Welt nicht verlorengelht und es (nicht nur Christen-)Pflicht ist, sich dafür einzusetzen, und er glaubte daran, dass es gute Mächte gibt, die sich um uns kümmern.

Die Geschichte des Hauses und die Geschichte des Mannes, der unserer Kapelle den Namen gab, verpflichtet meines Erachtens zu einem besonders sorgsamem Umgang mit den hier Untergebrachten. Natürlich ist die Rechtslage heute eindeutig, gleichwohl liegt das Leben vieler Menschen in den Händen der Behandler. Die Aufgabe der Leitung besteht auch darin, den Geist des Hauses zu spüren und die Geschicke der Klinik im Sinne Bonhoeffers zu leiten.

Das bedeutet vor allem, dass kein Mensch verloren gegeben werden soll, dass man bei allen Schwierigkeiten, bei aller Abscheu manch einer Straftat gegenüber zumindest auf der Suche nach dem Guten in jedem Patienten bleiben soll. Natürlich ist dies nicht immer leicht, auch die moringer Klinik erlebt Rückschläge bis hin zu schweren Straftaten. Dennoch erwächst aus dieser Haltung und Hoffnung auch die Verantwortung, auf allen Ebenen menschlichen Daseins Gutes bereitzustellen, damit Gutes entstehen kann. Aber wie kann so etwas umgesetzt werden?

Therapeutische Grundhaltung

Es ist keine neue Erkenntnis, dass der Mensch auf die Anerkennung durch andere Menschen angewiesen ist. Heinz Kohut hat den „Glanz im Auge der Mutter“ als für eine gesunde Entwicklung eines Säuglings notwendige Voraussetzung geprägt. Zugleich hat er darauf hingewiesen, dass es nicht unbedingt auf die Mutter ankommt, sondern dass im Prinzip jeder als Mutterersatz dienen kann. Wichtig ist, dass der Mensch eine positiv emotionale Reaktion erfährt, die ihm deutlich macht, dass er in seinem Dasein und seinem Tun gewollt ist. Dies gelingt mit abschreckenden Maßnahmen sicher nicht, weil man sich dabei innerhalb der Pathologie des Patienten bewegt, ohne sich dessen bewusst zu sein. Ablehnung und Ausgrenzung sind Teil seiner Lebensgeschichte, die sich in Variation wiederholt. Ob man im Kohlenkeller eingesperrt wird oder im Isolierzimmer, ist letztlich kein wirklich großer Unterschied. Die haltgebende und Destruktivität begrenzende Struktur einer Klinik kann unvermutet zur restriktiven und punisierenden reduziert werden, wenn gesellschaftlich geforderte Sicherheit übererfüllt wird. Für jeden in der Forensik Tätigen ist es eine extreme Herausforderung, die mangelnde Struktur eines Patienten auszuhalten. Umso wichtiger ist es, dass die Kliniken bauliche und organisatorische Kompensationsmechanismen zur Verfügung stellen, aber nicht so, dass die destruktiven Anteile des Patienten getriggert, sondern dass sie im Idealfall überflüssig werden.

Einige Aspekte der moringer Klinik sollen an einem Beispiel verdeutlicht werden: Herr B. hatte riesige Erwartungen an die äußere Umgebung, war gleichzeitig sehr ungeduldig und massiv kränkbar. Wurden ihm äußere Dinge versagt, reagierte er mit großer Enttäuschungswut. Die Leitthemen seiner biographischen Entwicklung, nämlich seine Angst, „verarscht zu werden“, sowie die Frage, wer über wen in welcher Weise Macht hat, prägten nicht nur die unmittelbaren Psychotherapiesitzungen, sondern führten auch im Stationsalltag zum wechselseitigen Ausspielen von Personal und Patienten. Reale Konflikte auf der Station sowie inakzeptables Agieren anderer Patienten und nicht zuletzt einzelner Mitarbeiter der Klinik erschwerten die therapeutische Durcharbeitung von Herrn B.s eigenen inneren und äußeren Konflikten erheblich. Vieles wurde agierend ausgetragen, anstatt innerlich verarbeitet. Ohnmachts- und Allmachtserleben wechselten rasch, sowohl bei Herrn B., der schon kurz nach der Einweisung und nach einer reißerischen Fernsehreportage eine großartige Spendenaktion für eine Behinderteneinrichtung initiierte, als auch auf Seiten des Personals, das sich z. B. durch die Patientenzeitung, die Herr B. mitherausgab, entwertet fühlte.

Emotional war Herr B. in der Anfangsphase der Behandlung extrem labil, bedurfte zwischenzeitlich auch medikamentöser Behandlung. Seine innere Not im direkten therapeutischen Kontakt zu artikulieren, war für ihn sehr schambesetzt. Zuweilen gelang es ihm, aber schon in der nächsten Stunde

konnte er sich dann wieder großartig darstellen und alles Schlechte und Böse außerhalb seiner selbst (in bestimmten Mitpatienten, beim Personal, bei der Klinikleitung etc.) anprangern und verfolgen. Anfangs zeigte er ein hohes Ausmaß manipulativen Verhaltens, das zu Spaltungen im therapeutischen Team führte bzw. dort bereits vorhandene Spaltungen vertiefte. Dazwischen gab es immer wieder Stunden, in denen Herr B. Einsicht zeigte, sich auch mit aktuellen Konflikten oder biographischem Material konstruktiv auseinandersetzte.

Für die Behandlung und prognostische Einschätzung ist es entscheidend, welche Vorstellung man sich von Herrn B. macht, eine Vorstellung, die auch Ausdruck einer diagnostischen Wertung wird. Mit ihr ist dann auch die Frage verbunden, ob man, wie im Falle der Bezeichnung Psychopathy und der Diagnose Dissoziale Persönlichkeitsstörung zur Resignation neigt, oder ob man eher eine Borderline-Persönlichkeit annimmt, deren Symptomatik, wenn auch mühsam, so doch langsam gemildert werden könnte. Die Einteilung nach behandelbar und nicht behandelbar (was dann gleichgesetzt wird mit ungefährlich oder gefährlich) mögen den stationären Alltag erleichtern und die Frage, in wen man investiert. Zugleich gibt man bereits innerlich den schwierigen Patienten auf, wenn er, wie im Falle der Sadisten oder Pädophilen heute gängig, als nicht behandelbar eingestuft wird. Dass es sich hierbei um gefährliches Gedankengut handelt, soll nicht unerwähnt bleiben, vor allem dann wenn ökonomische Aspekte in die Diskussion mit einfließen. Tatsächlich sind auch Sadisten behandelbar, vielleicht nicht alle, aber ganz sicher nur mit vieljährigem Bemühen. Provokativ muss man zudem die Frage stellen, ob wir eigentlich Diagnosen behandeln oder Menschen? Oder ob die Diagnosen nicht lediglich technisches Beiwerk sind, um vor allem für die Justiz den Fall greifbar zu machen: ohne Diagnose, keine Einweisung.

Es gibt überall institutionelle Probleme, einen Patienten wie Herrn B. zu behandeln, aber er hatte auch selbst durch sein Agieren große Schwierigkeiten bereitet. Einerseits hatte er große idealisierende Erwartungen an therapeutische Hilfe, andererseits fiel es ihm sehr schwer, Versagungen zu ertragen. Anderen Patienten gegenüber verhielt er sich manchmal unkollegial, dominierend oder feindselig. Kränkungen beantwortete er nicht selten durch Autoritätsprotest und Drohungen, etwa die Medien einzuschalten. Er vermochte kaum einzusehen, dass ihm der kurzfristige Erfolg dissozial getönten interpersonellen Agierens langfristig Vertrauensverlust und Ablehnung einbrachte. Wenn er dann Ablehnung spürte, empfand er dies oftmals als Verfolgung. So entwickelten sich langjährig systemische Kollusionen, die von Machtkämpfen, gegenseitiger Enttäuschung und Schuldvorwürfen geprägt waren.

Viele Patienten erleben sich als weder liebenswert, noch liebensfähig. Sie selbst stellen allerdings auch immer wieder Situationen her, in denen sie dies bestätigt bekommen. Zu bearbeiten sind also die Formen von Beziehungsgestaltung, das Suchen nach Lösungsmöglichkeiten in konfliktträchtigen Momenten, also Konfliktlösestrategien, die mit einem Erhalt der Beziehung einhergehen, ohne dass Gesichtsverlust droht. Hier kann der Patient gerade im Stationsalltag erkennen, dass er auch in und nach einem Streit noch geliebt und geschätzt werden kann und dies ihm auch mit seinem Gegenüber gelingt.

Klinikmitarbeiter werden oftmals als übermächtig und damit bedrohlich wahrgenommen. Sie sind Teil der staatlichen Exekutive und allein von daher unangreifbar und mächtig. Sie tragen Schlüssel und Notrufsysteme, haben die Macht, Medikamente zu geben oder zu verweigern, Telefonate zu vermitteln oder auch nicht usw. Therapeutisch hilfreich ist es, wenn sie auch menschlich erlebt werden können. Aktivitäten, die über gemeinsames Rauchen auf der Station und gelegentliche Gespräche hinausgehen, bieten hier gute Möglichkeiten. Wer gemeinsam etwas erlebt, wandert, kegelt, zusammen schwitzt oder friert, über einen Dauerregen flucht, Schmerzen hat beim Sport, für die gleiche Fußballmannschaft jubelt oder auch

jammert, wer die frische Luft beim Waldspaziergang atmet oder sich verläuft, sich mit anderen über Blumen und Vogelgezwitscher freut, den verbindet etwas. Dem fühlt man sich aber auch verbunden und damit verpflichtet. Die Gespräche bei einer Wanderung erreichen oftmals eine Nähe und Tiefe, wie man sie im stationären Alltag selten erlebt.

Zur Gestaltung des Lebensraumes

Eine moderne Maßregelklinik muss soziale Begegnungsräume schaffen, in denen die Patienten mit anderen Patienten, Mitarbeitern und Besuchern in Kontakt kommen können. Innerhalb der Begrenzungen der Klinik in Moringen wird versucht, so viel Bewegungsfreiraum zu schaffen, wie aus Sicherheitsgründen möglich erscheint. Die beiden großen Bereiche unseres Hauses haben bspw. jeweils eine Cafeteria bzw. Teestube, in der Patienten mit eigenem Geld einkaufen, sich zum Kaffee oder Essen verabreden oder zu bestimmten Zeiten Besuch empfangen können. Im gesamten Gelände gibt es lauschige Plätze mit Bänken, an denen man sich treffen und verweilen kann, eine Wiese zum Sich-sonnen, ein Volleyballfeld, das zum spontanen Spiel einlädt. Jüngere Patienten bevorzugen natürlich den Basketballkorb, um sich beim Streetball zu treffen. An einem kleinen Teich lassen sich Libellen beobachten oder man kann von einer kleinen Holzbrücke aus mit Blick ins Wasser sinnieren.

Das gesamte Gelände ist sehr grün, es gibt auch höhere Bäume und niemand fürchtet, dass Patienten dort hinaufklettern könnten (was in den letzten 14 Jahren nur einmal vorkam). Ab zeitigem Frühjahr blüht es bis spät in den Herbst hinein. In vielen Beeten finden sich Produkte der Patienten aus der Steinskulpturenwerkstatt. Die Pflege übernimmt die Gärtnerei, in der etwa 20 Patienten beschäftigt werden. Die positiven Rückmeldungen für die Arbeit führen auch zu einer hohen Identifikation mit dem Haus, so dass es keine Probleme mit Vandalismus gibt. Zugleich erfahren sie aber auch Wertschätzung durch die Mitarbeiter, die dieses Blütenmeer jeden Tag erleben dürfen.

Patienten dürfen und müssen schöne Erfahrungen machen. Traurige Innenhöfe mit Beton oder Stacheldraht hinterlassen traurige Bilder und erinnern mehr an die Käfiganlagen alter Zoos und die Hospitalismusschäden der dortigen Tiere (gut nachzulesen in Rilkes *Der Panther*). Patienten benötigen jedoch Erlebnisräume, denn all diesen Plätzen ist gemein, dass man dort auf andere Menschen trifft, mit denen man sich auseinandersetzen, vielleicht sogar reiben kann, letztlich aber wahrgenommen wird und sich spürt. Differenzen, Streitgespräche und Konflikte sind gewünschte Aktionen und Reaktionen. Sie sind Teil der Therapie und keineswegs eine Bedrohung für die Ordnung der Klinik, wenn sie in einem haltgebenden und kontrollierten Rahmen stattfinden. Sie stellen eine §Probephühneö für ein §Probephandelnö dar. Patienten wachsen an der Auseinandersetzung, der Reibung mit anderen. Sie lernen, sich zu behaupten oder auch Frustrationen wegzustecken. Mitunter gibt es keine Lösung oder es benötigt Zeit, einen Kompromiss zu finden, was die Frustrationstoleranz erhöht. Es geht nicht darum, seitens der Klinik rasche Lösungen anzubieten, sondern einen Raum zu schaffen, in welchem Patienten sich ausprobieren können, ohne anderen nachhaltig zu schaden. Die vielerorts propagierte Praxis des Einschlusses steht nach meiner Überzeugung der sozialen Begegnung, dem Miteinander und damit dem sozialen Lernen völlig konträr gegenüber. Konfliktbewältigung kann nur in Konflikten gelernt und trainiert werden. Eine ruhige Klinik mag einen Wert an sich haben, therapeutisch steht sie still.

Auch die gemeinsame Freizeitgestaltung muss geübt werden. Dies kann nicht nur in ergotherapeutisch angeleiteten Gruppen geschehen, es muss Eingang in den stationären Alltag finden. Die Durchsicht der letzten Ausgaben der Patientenzeitschrift MAUERSEGLER hat folgende Angebote der Klinik ergeben, die dort alle in mehr oder weniger langen, immer aber in sehr persönlichen Artikeln beschrieben wurden: Angeln, Bibelkreis,

Skifahren, Literaturgruppe, Basteln für Weihnachten, Teilnahme an Fußballmeisterschaften, X-Box spielen, Boßeltour, Segeltörn, Ausflüge ans Meer, in die Berge oder einen Baumkronenpfad, gemeinsames Musizieren in der Hausband, eigene Texte als Rap vertonen, Theater-, Opern-, Ausstellungsbesuche (man denke an die documenta im letzten Jahr), Pilgerfahrten, Reitfreizeiten und Tierprojekte, Aquarien oder Terrarien mit Stabheuschrecken, Kicker, Schach, Skat, Tischtennis, Badminton, Kochkurse, Sommerfest und Weihnachtsbasar, Kanutouren, Kunstprojekte, Modelleisenbahngruppe, Disco und Faschingsfeier, Kegeln, Mehrtagesfahrten, Zoo- und Konzertbesuche und weitere. Sie alle stellen Möglichkeiten dar, dass Patienten mit anderen und damit auch mit sich selbst, mit ihren Wünschen und Sehnsüchten oder auch Sorgen und Ängsten in Berührung kommen. Zahlreiche Patienten kehrten erfüllt von einer Mehrtagesfahrt zurück, weil sie die Weite der Nordsee und ein herrlicher Sonnenuntergang beeindruckt und erfüllt haben. Die Seele denkt in Bildern, weswegen eine Klinik unendlich viele und vielseitige dieser Begegnungsräume zur Verfügung stellen sollte, damit neue Bilder Eingang in die verletzte Psyche finden und diese Gegenerfahrungen neue Visionen der Lebensgestaltung möglich machen.

Halt- und Orientierung gebende Beziehungen

Viele Patienten wenden sich ausgesprochen intensiv therapeutischen und natürlich auch anderen Kontakten zu, ungeachtet wie ambivalent oder bedrohlich sie diese erleben. Sie haben einen ausgeprägten Objekthunger und scheinen zu spüren, dass das Defizit an Beziehung in früher Kindheit nur durch Beziehung ausgeglichen werden kann. Diesen Patienten zugewandt und in Beziehung zu begegnen, sie im kohut-schen Sinne anzuerkennen und als Menschen wahrzunehmen, ist daher eine therapeutisch äußerst lukrative Angelegenheit. Dabei geht es um die Entwicklung von so basalem menschlichen Erleben, wie der Fähigkeit zu vertrauen und zu lieben bis hin zu der Aufarbeitung verhängnisvoller familiärer Verstrickungen und dem Aufbau eines stabilen und abgegrenzten Selbst. Narzißtische Störungen sind Folgen einer langanhaltenden Beeinträchtigung der Liebesfähigkeit, Beziehung bedeutet für derartige Patienten Ausgeliefertsein und Schwäche. Die Therapie selbst bedroht ihre narzißtische Unverwundbarkeit. Diese Patienten testen die Mitarbeiter täglich auf ihre Belastbarkeit, sie fordern heraus und prüfen, wem sie vertrauen können, wer bereit ist, sie zu halten, komme was wolle. §Verrücktsein ist, wenn man niemanden mehr findet, der einen aushält⁴. Der Patient bedarf der paradoxen Erfahrung, den Therapeuten in seiner Phantasie zerstört und vernichtet zu haben und gleichzeitig erleben zu können, dass dieser in Wirklichkeit die Destruktivität überlebte (ebenda, nach Winnicott).

Aushalten meint auch, Halt geben, begrenzen, Ordnung schaffen. Äußere Grenzen dienen der Trieb-, Impuls- und Affektregulation und dem Realitätsprinzip, indem sie deutlich machen, dass auch der Therapeut oder das Team nicht allmächtig und willkürlich sind, sondern menschlicher Grenzen bedürfen, Grenzen besitzen (ebenda) und diese auch setzen.

Die vertrauensvolle, herzliche und Hoffnung spendende Zuwendung auf vielen Ebenen zwischenmenschlichen Erlebens ermöglicht es Patienten erst, ihre von stetem Untergang bedrohte Insel zu verlassen und sich der Umgebung zuzuwenden. Je schwieriger ein Patient ist, desto dringender ist es erforderlich, die wenigen konfliktfreien oder konfliktarmen Bereiche seiner Persönlichkeit aufzusuchen, um in einen gesunden Kontakt zu kommen. Hier sind am ehesten Einsichten und Veränderungen möglich. Die Selbstwertung des Patienten ist so regelhaft, dass eine frühzeitige Bearbeitung von Defiziten leicht zu einer Symptomverstärkung führt. Dort wo der Patient sich sicher fühlt und kompetent, kann man auch schon mal §Modifikationenö vorschlagen, ohne deshalb gleich zu kränken. Es ist unverstänlich, wieso unverändert von professioneller Seite auf eine unmittelbare Deliktbearbeitung nach Aufnahme gedrängt wird, obgleich

diese für den Patienten gewöhnlich ebenfalls ein Trauma darstellt und daher besonders schützenswert ist. Wie soll es da zu Einsichten kommen?

Behandlung

Julia Zeh schreibt in ihrem Roman *Nullzeit: Wer will schon Täter sein? Niemand. Außer vielleicht im Moment der Tat. Aber die Tat ist kurz. Danach beginnt die potentielle Ewigkeit, in der alle Sympathie den Opfern gehört.*⁵

Das Durcharbeiten einer Straftat kann zur quälenden Ewigkeit für Patient und Therapeut werden, wenn der Patient noch nicht in der Lage ist, kritische Inhalte anzunehmen. Dies gelingt jedoch nicht in einer Umgebung, die als feindselig und kalt abgelehnt wird. Dort wird jede Äußerung zur Straftat als Vernichtungsschlag gegen die gesamte Person erlebt. So wenig, wie ein Mitarbeiterführungsgespräch mit Kritik und Forderungen beginnen sollte, so sehr muss dieses auch für die Therapie gelten. Die Patienten benötigen Verständnis durch die therapeutische Umgebung, auch und gerade in der Dynamik des Deliktes. Das muss ja nicht bedeuten, die Straftat gutzuheißen. In Moringen wird die Deliktbearbeitung zunächst in den Hintergrund gestellt. Der Patient muss mindestens so etwas wie Zuverlässigkeit, besser noch Vertrauen im Gegenüber oder zum Haus spüren. Mitunter kann dies Jahre in Anspruch nehmen. Es macht wenig Sinn, ständig Bilder des Deliktes heraufzubeschwören, sei es, weil sie für den Patienten selbst traumatisch sind, sei es, weil er sich weiter daran delectieren könnte.

In den vergangenen Jahren wurden diverse Programme zur Behandlung von Straftätern entwickelt, die sicher ihren Stellenwert haben, aber eben auch alle im Strafvollzug mit den begrenzten therapeutischen Ressourcen entstanden. Es muss jedoch bezweifelt werden, dass sich bspw. Empathie im Rahmen einiger 90-Minuten-Sitzungen ölernen lässt. Schon Goethe wusste im *Faust*: „Wenn ihrs nicht fühlt, ihr werdet nicht erjagen.“ Genau darum geht es aber: dem Patienten eine Möglichkeit zu geben, es zu fühlen. Dazu muss der Patient als erstes mit seiner Tat anerkannt und als das genommen werden, was er ist: ein Mensch. Ein Mensch mit Stärken und Schwächen, wobei das Delikt zunächst einmal nur ein Symptom darstellt, auch wenn es sich in seinem Sinn nicht immer unmittelbar erschließt. In Friesland heißt es, im Moor bewege man sich von Grassode zu Grassode und so sollte Therapie auch sein: wir bewegen uns von einem sicheren Ort zum anderen, um dann feste Stege bauen zu können, von denen aus wir die Tiefe ausloten können, ohne darin zu versinken und gemeinsam mit dem Patienten umzukommen. Die Gefahr, vom Patienten durch detaillierte Erzählungen der Straftat ebenfalls missbraucht zu werden, ist immens, und es erstaunt, was Kliniken ihren Mitarbeitern zumuten, wenn sie auf das Durcharbeiten von Delikten drängen. Im Rahmen einer Fortbildung wurde gar gefordert, man solle die Straftat mit dem Patienten durchspielen, wobei der Therapeut die Rolle des Täters übernimmt, damit der Patient sich einmal in das Opfer einfühlen könne. Mal abgesehen davon, dass die meisten Patienten die Opferrolle sehr gut kennen, stellt sich die Frage, wer als Therapeut bereit ist, auf einen Menschen einzustechen oder ihn zu würgen und zu vergewaltigen, selbst wenn dies nur in Andeutungen geschieht. Wen wundert es, wenn Mitarbeiter da der Forensik den Rücken kehren oder gar nicht erst geworben werden können.

Aus der viel beschworenen professionellen Nähe-Distanz-Regulierung ist in den vergangenen Jahren wohl eher eine professionelle Distanz geworden, die es dem Mitarbeiter nahezu verbietet, einem Patienten auf irgendeiner persönlichen Ebene nahe zu sein. Unter dem Eindruck der Fluchthilfe eines Thomas Holst durch seine Therapeutin 1996 mag man hierfür noch ein gewisses Verständnis entwickeln. Ohne persönliche Nähe, ohne das Gefühl, vom Gegenüber akzeptiert und gemocht und wahrgenommen zu werden, aber eben auch ohne Reibung oder Auseinandersetzung mit der Umwelt wird sich bei forensischer Klientel jedoch wenig regen. Der klinische

Mitarbeiter ist keineswegs ein Dienstleister, der wie der Bahnbedienstete am Schalter sitzt und auf Kundschaft wartet. Er muss auf den Patienten zugehen, sich ihm als Sparringspartner anbieten, denn einen Leidensdruck kann man bei den meisten Patienten nicht erwarten. Soziales Leben und Lernen findet in jeder Zweierbeziehung statt, ob gewollt oder nicht. Das ist die Chance der Stationsteams. Dort lebt der Patient, dort wird er in allen seinen Facetten erlebt und kann Rückmeldungen erhalten, aber auch haltgebende Kräfte spüren. Die Stationsteams sind der eigentliche Motor der Therapie. Sie stellen die Probebühne für den Patienten dar. Sie müssen sich den täglichen Konflikten stellen und mit den Patienten ringen. Gesundes Streiten und produktives Austragen von Konflikten muss geübt werden (Bender/Auchter 2004, a.a.o.).

Dafür müssen sie allerdings gewappnet und ausgebildet sein. Kliniken und Träger tun daher gut daran, ihre Mitarbeiter zu schulen, sie kompetenter zu machen, dann aber auch, mehr Kompetenzen zuzutrauen. Hierzu müssen Ressourcen bereitgestellt werden. Das sind nicht nur eine ausreichende Anzahl an Mitarbeitern, sondern auch Freiräume, die diese selbst gestalten dürfen, ohne sich beständig rechtfertigen zu müssen. Das Gefühl der paranoiden Kontrolle findet sich leider nicht nur bei den Patienten. Es überträgt sich rasch auf die gesamte Organisation, was ein unbeschwertes Zusammenleben und damit einen unverkrampften und echten Kontakt mit Patienten mindestens erschwert, wenn nicht verunmöglicht. Vertrauen allerdings ist die Grundvoraussetzung therapeutischen Erfolges. Im Freud'schen Sinne geht es darum, eine özärtliche Einstellung zum Analytiker zu ermöglichen, in anderen Worten, eine positive Übertragung zum Team. Dies gelingt, wenn der Therapeut authentisch bleibt und dennoch dem Patienten das Gefühl vermittelt, ganz bei ihm zu sein. Der Patient hat mit seiner persönlichen Lebensgeschichte das Recht auf eine eigene Meinung. Er weiß auch gewöhnlich, welche Schuld damit verbunden ist, so dass es wenig hilfreich ist, ihm dies ständig moralisierend vorzuhalten. In den sehr persönlichen Gesprächen mit Mitarbeitern wird ihm hingegen ein Forum geboten, diese Meinung weiter zu entwickeln und daran angelehnt, neue Strategien für eigenes Verhalten zu entwerfen. Manch Mitarbeiter mag klagen, dass dieser oder jener Patient bedrohlich und egoistisch und frauenfeindlich in seinen Äußerungen sei, dass man Zweifel an seiner Aufrichtigkeit habe dass es nichts Positives oder gar Liebenswertes an ihm gibt. Einen Menschen zu lieben im Sinne der Zuwendung, der Aufmerksamkeit, des echten Interesses und der Wertschätzung und nicht im Sexuellen ist im therapeutischen Prozess jedoch unabdingbar. Hier müssen den Teams und Mitarbeitern Supervisionsmöglichkeiten zur Hand gegeben werden, die das Interesse am Patienten wecken und deren Einzigartigkeit herausfinden, vielleicht sein Wissen über Motorräder oder Fußball, sein Humor, seine Sportlichkeit oder gar sein Intellekt, auch wenn er diesen (noch) destruktiv nutzt. Es ist wichtig, sich von Entweder-oder-Vorstellungen in der Therapie und im Umgang mit Patienten zu lösen. Schon das kleine Ziel, mit einem Patienten einigermaßen gut auszukommen, ist wertvoll. In Moringen hat jede Station alle 14 Tage Supervision, aber auch jeder Mitarbeiter kann eine Einzelsupervision in Anspruch nehmen, sei es dauerhaft, was bspw. bei Therapeuten unbedingt erforderlich ist, oder auch passager, wenn es um bestimmte Situationen oder Erlebnisse geht.

Zur Frage der Macht in der Institution

Der Stadtdekan von Frankfurt, Johannes zu Eltz, äußerte in einem ZEIT-Interview vom 3. April 2014: „Wer die Gewissheit des Geliebtwerdens hat, kann barmherzig sein. Wer sie nicht hat, ist ein Getriebener. Er braucht Macht, um sich abzusichern. [] Macht, so heißt es weiter, ist ein potentes Heilmittel für Schmerzen. Süße Rache für erlittene Ohnmacht, eine Abrechnung mit dem Schicksal, mit dem Rausch.“ Wer fühlt sich da nicht an viele seiner Patienten erinnert und an deren Delikte, in denen erlittene Ohnmacht über die Tat in Macht verwandelt wird und sei sie noch so zerstörend.

Konsequenterweise stellt sich damit aber auch die Frage, wie die Mitarbeiter einer Forensik mit ihrer Macht umgehen. Die staatliche Legitimation beinhaltet auch eine besondere Verantwortung anderen Menschen gegenüber, über deren Leben und Freiheit man bestimmt. Nicht erst der Fall Mollath hat gezeigt, dass auch Gutachter und Gerichte irren können, so etwas geschieht immer wieder. So verwundert es doch sehr, dass einige forensische Chefärzte bei einer schriftlichen Befragung im Rahmen einer Doktorarbeit angaben, trotz des Bundesverfassungsurteils vom März 2011 unverändert zwangszumedizieren, weil es medizinisch eben nötig sei.⁶ Man fühlt sich unweigerlich an Zeiten Sauerbruchs erinnert, wo große Mediziner eben auch große Taten vollbrachten, ungeachtet des persönlichen Interesses der Patienten. Ethikdiskussionen in der Psychiatrie sind auf Tagungen interessant, nicht jedoch im eigenen Haus oder dem Träger gegenüber. Wie anders ist es zu erklären, dass Patienten bei den Übergaben in ihre Zimmer eingeschlossen werden, obgleich das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil vom März 2011 sehr klar gestellt hat, dass Zwangsmaßnahmen nicht dazu dienen können, organisatorische oder personelle Mängel zu kompensieren.

Es erfordert viel Aufwand, derlei organisatorische Defizite aufzuspüren. Und noch schwieriger ist es, Änderungen herbeizuführen, die dann auch getragen werden. Aufgrund der Geschichte der moringer Klinik lassen sich derlei Fragen jedoch leichter stellen, auch wenn sie oft auf Unverständnis stoßen. Ein großer Gewinn ist das seit einigen Jahren erfolgreich eingeführte Beschwerdemanagement für Patienten. Hier muss man sich mit noch ganz anderen Fragen beschäftigen, mitunter mit alten Zöpfen, die als Regel fest verankert sind, letztlich aber ihre Grundlage verloren haben. Gerade kritische Fragen lassen aus der totalen Institution einen haltgebenden Raum werden, in welchem Menschen ohne Ängste leben und sich entwickeln können, eine passagere Bleibe, die Hoffnung auf ein selbstbestimmtes und von Straftaten freies Leben im sozialen Miteinander vermittelt.

Die Veränderungen bei Herrn B. kamen auf vielerlei Ebenen. Im Wesentlichen gelang es, dass der Patient erleben konnte, dass seine Meinung und seine Vorstellungen zunehmend in die Therapiegestaltung mit einfließen konnten, nämlich immer dann, wenn sie nicht von Destruktivität gekennzeichnet waren oder unverhältnismäßige Lockerungen einforderten. Viel später wurde er im Rahmen einer Arbeitsamtsmaßnahme in die Werkstatt für behinderte Menschen WfBM integriert, von wo aus er sich einen eigenen Arbeitsplatz auf einem Bauernhof organisierte. Sowohl die WfBM als auch die Behandler waren zunächst ziemlich überrascht, denn Absprachen hatte er nicht getroffen. Als sich zeigte, dass dies gut überlegt und auch organisiert war, konnte die Klinik den Wunsch mittragen. Einige Wochen später beendete Herr B. seinen Arbeitsversuch, der ihn wegen seines Körpergewichtes völlig überfordert hatte. Er kehrte zurück an seinen alten Arbeitsplatz in der Druckerei, war aber hochzufrieden. Die Klinik hatte ihm vertraut, er durfte sich ausprobieren, eigene Erfahrungen sammeln und niemand begegnete ihm mit Hohn und Spott, weil er es nicht geschafft hatte. Herr B. konnte erfahren, dass er Einfluss auf sein Leben hatte, es aktiv gestalten konnte, dass er selbstwirksam war. Nach 23 Jahren Unterbringung und vieljährigem Probewohnen konnte er inzwischen in eine gemeinsame Wohnung mit der Ehefrau entlassen werden. Auch die Partnerin wurde im Rahmen einer Paartherapie in die Behandlung integriert und sogar eine Therapeutin zur Seite gestellt. Beide gehen einer Arbeit nach und wirken sehr zufrieden. Der Kontakt zur Ambulanz und zum ehemaligen Therapeuten besteht weiterhin und ist sehr herzlich. Hätte man sich allein auf die Lebensgeschichte und gängige Prognoseinstrumente verlassen, so wäre dieser Mann dauerhaft in der Forensik verblieben.

Es erscheint notwendig, darauf hinzuweisen, dass Viele an diesem Erfolg beteiligt waren, keineswegs nur der Einzeltherapeut. Alle Professionen müssen sich um einen Patienten bemühen. Und dass sie gewöhnlich nicht

falsch liegen, konnte Dieter Seiffert aus Münster in seiner Katamnesestudie über nunmehr 7,5 Jahre zeigen⁷. Das sogenannte §Bauchgefühl der Teams war den forensischen Checklisten mindestens ebenbürtig, mitunter hinsichtlich der langjährigen Prognose oftmals überlegen (mündliche Mitteilung am Rande einer Tagung). Das lässt hinsichtlich der Zukunft von Herrn B. gelassen bleiben.

Good practice

Ein gutes Team, in dem restriktive, aber auch liberale Kräfte walten und nicht nur zwanghaft kontrollierende, schizoid verfolgende Systeme den Alltag beherrschen, wird zu einer ausgewogenen Meinung über einen Patienten kommen und so einen Fortschritt ermöglichen, ohne deshalb den Sicherungsauftrag aus den Augen zu verlieren. Wenn man es nur lässt. Die Übertragung von Verantwortung stärkt dabei nicht nur das Selbstbewusstsein und die Identifizierung mit den Zielen der Klinik bei Mitarbeitern, sie gilt in gleichem Maße für Patienten. In einer Klinik, die die Größe von Moringen erreicht hat, ist es als Vollzugsleiter unmöglich, alle Patienten und deren spezifische Geschichte zu kennen. Man muss sich darauf verlassen, dass die Teams wissen, was sie tun. Dieser Vertrauensvorschluss hat sich über viele Jahre bewährt und sollte auch weiterhin so sein, selbst wenn es immer mal wieder schwierige Phasen zu überwinden gilt.

Der bereits erwähnte Dekan Johannes zu Eltz schließt mit der Forderung, §Menschen von Kind an frei [zu] erziehen und [zu] ermächtigen, damit sie zur Hingabe fähig werden und Macht preisgeben können.ö

Good practice in einer forensischen Klinik heißt wohl vor allem, menschlich zu bleiben, barmherzig, seine Patienten zu lieben und sich aufrichtig um jeden Einzelnen zu bemühen.

Eine gute Klinik stellt zahlreiche Ressourcen bereit, schafft Freiräume und Begegnung, hält sich aber dezent im Hintergrund und greift nur im äußersten Notfall ein. Sie ist zuverlässig, berechenbar und nicht willkürlich; sie moralisiert nicht, ist aber ethisch sicher verankert; sie missbraucht ihre Macht nicht, aber sie macht und lässt machen und dient so als gutes Vorbild; sie eröffnet dem Patienten Wege zur Selbstwirksamkeit; sie bietet eine kontinuierliche, vertrauensvolle und solide therapeutische Beziehung auch in schwierigen Phasen und auch nach der Entlassung.

Kurz: Sie ist die gute Macht, die den Patienten treu und still umgibt, behütet und wunderbar tröstet.

Dr. Hesse, 2014

¹ Erving Goffman *Asyle . Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*, Suhrkamp 1973

² Weitere Informationen finden Sie unter www.gedenkstaette-moringen.de

³ D. Bonhoeffer, aus Sabine Leibholz-Bonhoeffer *svergangen erlebt überwunden%*,GTB Siebenstern 1976

⁴ *Destruktiver Wahn zwischen Psychiatrie und Politik*, Thomas Bender und Thomas Auchter, Psychosozial Verlag 2004, S.141 ff

⁵ Julia Zeh, Nullzeit, Schöffling & Co, 2012

⁶ Noch unveröffentlichtes Material einer Promotionsarbeit am Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Göttingen 2014

⁷ Seiffert D & Knarren A *Therapeutische Aspekte zur Vorhersage von Gefährlichkeit behandelter forensischer Patienten* (§ 63 StGB). Werkstattsschriften 2013, S. 261-280, Pabst-Verlag