



die Psychotherapeutin

Zeitschrift für Psychotherapie

3: Herbst 1995

Herausgegeben von Beatrice Alder, Basel
Ulrike Hoffmann-Richter, Basel
Ursula Plog, Berlin

Unter Mitarbeit von Johanna Lalouscheck, Wien
Almuth Massing, Göttingen
Mariele Ritter-Gekeler,
Müllheim/Baden
Angela Schürmann, Lübeck

Edition Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag



die Psychotherapeutin

erscheint halbjährlich im Frühjahr und im Herbst
in der Edition Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag gemGmbH,
Postfach 2145, D-53011 Bonn

Herausgegeben von Beatrice Alder

Buchhandlung Das Narrenschiff GmbH
Postfach 611, CH-4051 Basel

Dr. Ulrike Hoffmann-Richter (geschäftsführend)
Psychiatrische Universitätsklinik
Wilhelm-Klein-Str. 27, CH-4025 Basel

Dr. Ursula Plog
Tagesklinik Reinickendorf
Romanshorner Weg 165, D-13407 Berlin

Einzelpreis: DM/sFr. 25,- ; ÖS 195,-

Abonnement: jährlich DM/sFr. 45,-; ÖS 360,-

Bestellungen nehmen der Verlag sowie alle Buchhandlungen entgegen.

Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Die Psychotherapeutin: Zeitschrift für Psychotherapie. -

Bonn: Ed. Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verl.

ISSN 0946-3453

ISBN 3-88414-196-1

© Edition Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag, Bonn 1995

Alle Rechte vorbehalten

Druck: Clausen & Bosse, Leck

gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier



Die Psychotherapeutin

freut sich über die Zusendung von Manuskripten. Dies können klinische Beiträge sein ebenso wie theoretische Aufsätze, Buchbesprechungen, Kongreßberichte, Veranstaltungshinweise und anderes mehr.

Die Publikationsprache ist deutsch, Übersetzungen aus anderen Sprachen sind sehr willkommen.

Sprachliche Gleichberechtigung von Mann und Frau wird vorausgesetzt, ohne daß der Sprache Gewalt angetan wird. Dies bedingt einen bewußten und kreativen Umgang mit der Sprache.

Postadresse für Beiträge ist diejenige der geschäftsführenden Herausgeberin

Themen der nächsten Hefte:

4/ Frühjahr 1996

5/ Herbst 1996 voraussichtlich

Verletzliche Beziehungen

Zur Soziologie der Psychotherapie

Inhalt

Editorials:	
Differenz und Gleichheit	4
Alltag, Recht und Psychotherapie	5
Interview mit Vera Schumann, März 1995	
<i>Ulrike Hoffmann-Richter</i>	10
Gedanken zum Problem des Sachverstandes bei der psychiatrischen Begutachtung	
<i>Hilburg Kindt</i>	25
Die Opfer sexueller Gewalt im Strafprozeß Reflexionen einer Oberstaatsanwältin	
<i>Helga Engshuber</i>	33
Die Opfer sexueller Gewalt im Strafprozeß Erkenntnisse einer Gerichtspsychologin	
<i>Ursula Krück</i>	46
Recht vor Psychotherapie. Alltag vor Therapie Über den Versuch einer theoretischen Konzeptionalisierung der Tätigkeit einer Aufnahmestation für den psychiatrischen Maßregelvollzug	
<i>Sabine Eucker</i>	56
Psychotherapie im Maßregelvollzug Spezialstation für Sexualstraftäter in Hessen	
<i>Sara Gonzales Cabeza</i>	71
Als Schwester auf einer Spezialstation für Sexualstraftäter	
<i>Erika Bornwasser</i>	83
Die Begegnung zwischen Puma und Igel Einzeltherapie mit einem Sexualstraftäter	
Birgit Schütte	93
Patientenfürsprecherin in der Forensik	
<i>Aline Weiß</i>	96
Der psychisch kranke Straftäter im Kriminalroman	
<i>Anke Reinbach</i>	102
Forum	
Bücher	106
Autorinnen	126

Differenz und Gleichheit

Editorial der mitherausgebenden Verlegerin

■
Beatrice Alder

Das Verständnis und der Blick für Differenz und Gleichheit in den Lebenswelten von Mann und Frau sind die Voraussetzung dafür, daß reale Ungleichheiten benannt und sichtbar und dadurch Veränderungen zugänglich gemacht werden können. Daß der bewußte Umgang mit der Sprache dazu ein wichtiges Instrument ist, ist spätestens seit den Arbeiten von Luise Pusch und anderen bekannt. Um Sprache im übertragenen Sinn geht es u.a. auch in diesem Heft: nämlich um die Schwierigkeit des Übersetzens zwischen zwei Bereichen, der Justiz und der Psychiatrie. Eberhard Schorsch sagt das so: „Man muß sich mit der Art juristischen Bewertens, mit dem der Rechtsprechung inhärenten Menschenbild auseinandersetzen; man muß Begriffe wie Schuldfähigkeit, Steuerungsfähigkeit erst einmal hinnehmen und deren Bedeutungskontext kennen – nicht um all dies zu übernehmen, sondern um zu überlegen, ob und wann welche Begriffe der Psychiatrie diesen juristischen Begriffen entsprechen können.“*

Differenz und Gleichheit ist auch die Frage danach, wie und ob Ungleiches gleich behandelt werden muß. Diese Frage stellt sich in unserem Heft gleich bei zwei Themen: da nämlich, wo es um die Frage der Behandlung von psychisch kranken Rechtsbrechern geht und da, wo die Straffällig-Gewordenen oder die Opfer Frauen sind.

Zu ersterem wiederum Schorsch: „Es ist erstaunlich und schwer zu begreifen, daß angesichts all dessen, was in den letzten hundert Jahren an Erkenntnissen gewonnen wurde über Delinquenz, psychische Störungen, soziale und psychische Abweichungen, über die Psychologie der strafenden Gesellschaft, über die Sozialpsychologie der Justiz etc., daß trotz dieser Erkenntnisse nach wie vor so gehandelt wird, als gäbe es all dieses Wissen nicht. ... Die Barbarei in diesem Bereich wirkt fort, ... Die Fortschritte der Aufklärung, sofern sie schreitet, sind winzig.“ Frauen sind Beurteilungskriterien ausgeliefert, die aus Männersicht geformten Normen entsprechen. Auch hier gilt es, den Blick für Differenz und Gleichheit zu schärfen. Nur wenn Ungleiches ungleich behandelt wird, ist die Voraussetzung dafür gegeben, daß das Gebot der Gleichbehandlung eingelöst wird. DIE PSYCHOTHERAPEUTIN trägt dazu bei, den Blick für Gleich und Ungleich zu schärfen.

* Schorsch, E.: Kurzer Prozeß? Ein Sexualstraftäter vor Gericht. 1995, Europäische Verlagsanstalt, Hamburg

■ **Alltag, Recht und Psychotherapie**

Wieviele Sprachen braucht der Mensch?

Editorial der geschäftsführenden Herausgeberin



Ulrike Hoffmann-Richter

Als Roman bildet der Krimi eine Brücke zwischen Alltagsverständnis, Psychotherapie und Recht. Er versucht, das Unbegreifliche faßbar zu machen, so Reinbach in diesem Heft. Er sei das einzige Mittel, heutzutage vernünftige Ideen zu popularisieren, so Friedrich Glauser. Gelegentlich haben Psychotherapeuten versucht, ihren „unmöglichen Beruf“ in Romanform der Öffentlichkeit nahe zu bringen (z.B. Wheelis 1987; Yalom 1995). Die Romanform bietet darüber hinaus die Möglichkeit, zu formulieren, was nicht in den Kanon gehört: Phantasien und Begehren des Analytikers; die Umkehrbarkeit der Rollen und die menschliche Nähe der Analytikerin zu ihrem Patienten. Der Krimiautorin ist möglich, was von der Psychotherapeutin erwartet wird: Sich nicht nur außerhalb des Erlebens ihres Patienten, sondern auch ihrer eigenen Gedanken, Phantasien, Wünsche und ihrer Gegenübertragung zu stellen. Die Psychotherapeutin bleibt Teil des Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehens. Diese erwartbare Nähe mag erklären, warum viele Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten forensische Tätigkeiten von sich weisen.

Begutachtung und therapeutische Beziehung

Der Kontakt der forensischen Psychiaterin und Psychotherapeutin mit der unverständlichen Tat beginnt mit der Begutachtung des Täters. Als Beauftragte des Gerichts soll sie dem Gericht Hilfe leisten. Tut sie dies, ereignet sich, was von Rechts wegen nicht geschehen soll: Sie soll Kontakt zum Patienten finden. Will sie etwas von ihm erfahren, tritt sie in eine zwangsläufig auch therapeutisch geprägte Beziehung mit dem Exploranden ein. Sie soll etwas über ihn und seine Tat aussagen. Sie muß die Vernehmungsprotokolle, die Dokumente der Gerichtsmedizin, die Photos von Tatort, Opfer und Tatrekonstruktion und die Geschichte des Exploranden in Augen- und Ohrenschein nehmen. Sie kann ihrer persönlichen Betroffenheit nicht entgehen. Vor der Auseinandersetzung steht die spontane Abwehr oder die (Über)Identifikation, aus der die verübte Tat nachvollziehbar wird. Mit der Auseinandersetzung stellen sich Gefühle der Lähmung, Hilflosigkeit und einer

schweren Depression ein. Teilidentifikationen mit dem Opfer und mit dem Täter, mit den eigenen aggressiven Anteilen wie mit den Ängsten werden nirgendwo als Anforderungen an den Beruf formuliert. All dies mag eine Antwort auf die Frage sein, warum forensische Tätigkeit im psychotherapeutischen Bereich noch viel mehr als im psychiatrischen massiv abgewertet wird.

Im psychotherapeutischen Alltag mit Patientinnen und Patienten, die keine Straftaten verübt haben, erfolgte über lange Jahre nicht selten die Ermunterung, Aggressionen „rauszulassen“, sei es in Form von Schreien, Schimpfen oder Kissenschlachten. Häufig wird die Frage formuliert, wer von uns in der Phantasie nicht längst zur Täterin geworden ist. Aber die Phantasie ist nicht identisch mit der Realität. Die Begegnung mit der Tat, die Auseinandersetzung mit dem möglicherweise sympathischen Täter ist nicht Teil eines Krimis. In der Begutachtung sind beide Beteiligte der Realität der Ereignisse ausgesetzt. Zu den zweifellos therapeutisch wirkenden Anteilen in der Begutachtungssituation gehört das Zuhören. Ohne Zuhören ist keine Exploration möglich. Raum und Zeit sind für den Exploranden häufig die erste Gelegenheit, seine Sicht der Dinge zu formulieren. Wo Fragen über die Informationsbeschaffung hinausführen, können sie dem Exploranden eine Richtung zum Nachdenken weisen, die über die momentane Situation weit hinausgeht. Nach der Tat und fast zwangsläufig mit der Haft hat sich für den Täter ein depressives Syndrom eingestellt, eine bleierne Schwere, die den Eindruck erweckt, daß buchstäblich nichts mehr geht. Begleitende Fragen können diese Lähmung ein Stück weit lösen.

Zeitfragen

Zeitfragen stellen sich in der Haft auf eine ganz neue Weise: Die Straftat will verarbeitet werden mit all ihren Folgen. Der Spannungsbogen bis zur Zeit „hinterher“ muß gefunden werden. Die Zeit im Gefängnis kann Jahre bis Jahrzehnte dauern. Unglück fordert seine Zeit. Die empathische ZuhörerIn wird früher oder später konfrontiert mit Prozessen scheinbaren Stillstandes oder quälender Langsamkeit im eigenen Leben – auch ohne die Gefängnismauern. Wenn die innere Emigration kein Ausweg sein soll, stellen sich Gedanken an Situationen ein, die im eigenen Leben unwiederbringlich verloren sind. Hilfreiches, das wir jahrzehnte- oder gar lebenslang als wirksam erlebt haben, begreifen wir selten in seiner Langzeitwirkung.

Übersetzungsarbeit

Die Brücke zum Täter führt über die eigene Betroffenheit, Identifikation und Abwehr; die Konfrontation mit der Tat, mit zusammengebrochenen Lebenskonzepten und anderen zeitlichen Dimensionen. Die Auseinandersetzung zwischen Psychotherapie und Recht bedarf der Übersetzung von einer Sprache in die andere. Psychotherapie als Teil einer erklärenden Wissenschaft steht gegenüber Recht als normativer Wissenschaft. Juristinnen und Psychotherapeutinnen sprechen nicht dieselbe Sprache. Sie entnehmen dem Alltag, der Tat und der Person des Täters andere Dinge. Es ist wohl kein Zufall, daß sich für die Erörterung dieser Problematik keine Autorin gefunden hat.

Wie weit aber können Psychiatrie und Psychotherapie Straftaten verständlich machen oder erklären? Wie weit und wohin trägt der Anspruch, alles erklären zu wollen? Wie weit sind Straftäter behandelbar? Wann richtet sich der fromme Wunsch aus rechtlicher Sicht an die Psychotherapie, sie möge Hilfe schaffen, wo Recht nicht weiterführt? Wo delegiert Psychotherapie dankbar die rechtliche Verantwortung an das Gericht, weil sie sie selbst nicht tragen kann? Straftaten sind keine Krankheiten. Sie werden nicht selten aus quälend sich zuspitzenden Lebenssituationen heraus verübt. Oder sie ereignen sich auf tragische Weise, z.T. auch dort, wo im nachhinein eindeutig der Täter ausgemacht werden kann. Zu einem gewissen Anteil entstehen sie aus einer kalten Beziehungslosigkeit heraus. Aus ihr hat das Gespür für den anderen nie existiert. Oder es ist abhanden gekommen. Für manche dieser Täter scheint erst in der Qual oder Tötung ihres Opfers eine irgendwie geartete Beziehung aufzublitzen. Fraglich bleibt, ob solche Beziehungslosigkeit überhaupt überwindbar ist, in wieweit und auf welche Weise. Für die Psychotherapie gerät das Böse leicht zur Fata Morgana. Aber Straftaten lassen sich nicht „wegbehandeln“.

Psychotherapie im Maßregelvollzug

Therapeutische, auch psychotherapeutische Behandlungserfolge im Maßregelvollzug existieren zweifellos. Dies geht auch aus verschiedenen Beiträgen in diesem Heft hervor. Der anfängliche Optimismus nach der Einführung des aktiv behandelnden Maßregelvollzugs ist jedoch vorübergehend einem resignativen „nothing works“ gewichen und macht erst langsam realistischer Einschätzung Platz. Was ist im Maßregelvollzug möglich? Wie weit kann anderes Verhalten gelernt werden; wie weit sind Persönlichkeitsveränderungen erreichbar? Was kann Psy-

chotherapie? Und welche Möglichkeiten hat gar die Behandlung wider Willen? Außerhalb forensischer Mauern gilt die Devise, daß Psychotherapie nicht nur freiwillig, sondern auch aufgrund eines persönlichen Leidensdrucks erfolgen muß. Innerhalb forensischer Einrichtungen scheint erstaunlicherweise auch ohne a priori erklärte Bereitschaft zur Psychotherapie einiges möglich. Innerhalb des Maßregelvollzugs wie innerhalb des Strafvollzugs gelten jedoch auch rechtsstaatliche Prinzipien. Patienten können nicht einfach „zu ihrem Glück gezwungen“ werden. Psychotherapeutische Behandlung ist nicht nur von ihren Möglichkeiten her begrenzt, sondern auch von den rechtlichen Rahmenbedingungen (vgl. Wolfslast; 1987 a und b).

Rechtliche Grenzen von Psychotherapie

Schließlich kann selbst das, was innerhalb der Psychotherapie geschieht, strafrechtlich relevant werden: Behandelnden unterlaufen Fehler. Sie leisten sich Übergriffe, die die körperliche und psychische Unversehrtheit ihrer Patienten antastet. Psychotherapie beinhaltet das Angebot der persönlichen Begegnung, des Verstanden-Werdens, der neuen Erfahrung oder nach Freud der „Heilung durch Liebe“. Gerade weil sie über längere Zeit eine persönliche bis sehr nahe Begegnung mit der anderen bedeutet, können Übergriffe und Verletzungen nicht ausgeschlossen werden. (Beiträge zu diesem Thema folgen in Heft 4.)

Die Norm psychischer Gesundheit

Wenig greifbare und juristisch nicht faßbare Kränkungen durch die Psychotherapeutin haben häufig ihren Ursprung in prototypischen Vorstellungen eines gesunden psychischen Empfindens und Verhaltens. Die Neurosentheorie impliziert die Orientierung an einer vermeintlichen Norm psychischer Gesundheit, persönlicher Kontaktaufnahme oder emotionaler und intellektueller Reaktionen. Spuren, die das Leben hinterlassen hat, werden danach als pathologisch eingestuft. Traumatische Erfahrungen, seien dies Naturkatastrophen, Unfälle, Gewalt oder Folter, wollen bewältigt sein. Menschen, die solche Erfahrungen hinter sich gebracht haben, erleben und verhalten sich anders als solche, die unversehrt durchs Leben kamen. Derartige Verhaltensweisen als pathologisch zu bezeichnen, geht am Gegenüber vorbei. Die umgekehrte Herausforderung psychotherapeutischen Denkens und Handelns in der Forensik besteht darin, daß sie vermeintlich pathologische psychi-

sche Reaktionen erklären soll. Manchmal haben gerade „normal-menschliche“ Reaktionen dazu beigetragen, daß Delikte sich ereignen konnten, z.B. durch massive Verdrängung, Verleugnung und Unterlassung. Dem Gericht dies nahe zu bringen ist nicht leicht. Die Vorstellung gesunder psychischer Reaktionen orientiert sich auch vor Gericht am Alltagsverständnis. Zu ihm gehört, daß stabile, gesunde Menschen keine Straftaten begehen und normalpsychologische Reaktionen keine schwer verletzenden oder gar tötenden Ereignisse zur Folge haben. Die unterschiedliche Lebenssituation von Männern und Frauen in unserer Gesellschaft, die manchmal den Eindruck erweckt, sie lebten in verschiedenen Kulturen, gehört zu den weiteren Phänomenen, die vor Gericht wie in der Psychotherapie relevant sind und für deren Verständnis Alltagsvorstellungen nicht ausreichen. Wer kann und muß hier für wen Übersetzungsarbeit übernehmen?

Literatur

- Dannecker, M.; Schmidt, G.; V. Sigusch (Hrsg.): Perversion, Liebe, Gewalt. Eberhard Schorsch. Beiträge zur Sexualforschung Bd. 68, 1993, Enke Verlag, Stuttgart
- Reinbach, A.: Der psychisch kranke Straftäter im Kriminalroman. Die Psychotherapeutin, 3 (1995), S. 102
- Wheelis, A.: Der Doktor und das Verlangen. 1987, Rowohlt-Verlag, Reinbek bei Hamburg
- Wolfslast, G.: Die Haftung des Psychotherapeuten. Recht und Psychiatrie, 5 (1987), S. 2-7
- Wolfslast, G.: Rechtliche Grenzen der Behandlung. In: Therapie im Maßregelvollzug. 2. Eickelborner Fachtagung zu Fragen der forensischen Psychiatrie, 1987, S. 39-52
- Yalom, I.D.: Und Nietzsche weinte. 1995, Ernst Kabel Verlag, Hamburg

Interview mit Vera Schumann, März 1995

Zusammenfassung

Die Autorin gehört als eine der wenigen Frauen zu den Pionierinnen des reformierten Maßregelvollzugs in Deutschland seit der Psychiatriereform. Mit dem Bericht über ihre berufliche Tätigkeit erzählt sie die Geschichte der forensischen Psychiatrie seit den 70er Jahren am Beispiel der forensischen Klinik Eickelborn. Wichtige Etappen waren die Abtrennung einer eigenständigen Klinik und damit die Aufwertung der forensischen Abteilung als therapeutischer Einrichtung; die Verabschiedung der Maßregelvollzugsgesetze in den einzelnen Bundesländern; die Aufstockung von Personal; die Tatsache, daß Frauen im Maßregelvollzug arbeiteten; Lockerungen im Maßregelvollzug und das Angebot vielfältiger therapeutischer Möglichkeiten. Aktuelles und viel diskutiertes dramatisches Ereignis 1994 war der sadistische Sexualmord an einem jungen Mädchen in Eickelborn durch einen beurlaubten Sexualstraftäter. Das Ereignis führte zu vielfältigen Presseberichten, bundesweiten Diskussionen und der Frage, ob der Maßregelvollzug so weitergeführt werden könne. Vera Schumann hat im Gespräch mit Ulrike Hoffmann-Richter auch zu diesem Ereignis Stellung genommen.

Geschichte der forensischen Klinik Eickelborn

Ich habe mich belesen über die Geschichte der psychiatrischen Klinik in Eickelborn. Sie haben hier Aufbauarbeit geleistet. Habe ich richtig verstanden, daß mit Ihnen die Reform des forensischen Teils begonnen hat?

Richtig. Also mit uns, es ist natürlich so, daß wir ein Team waren. Der Maßregelvollzug ist erst Anfang der 80er Jahre ins Interesse der Fachöffentlichkeit und der allgemeinen Öffentlichkeit gerückt. Eickelborn ist über 100 Jahre alt; die Dorfbewohner leben hier seit über 100 Jahren mit den psychisch Kranken und seit 60 Jahren mit den psychisch kranken Rechtsbrechern. Als ich 1970 nach Eickelborn kam, gab es hier 1600 Patienten, davon 900 Männer. Von diesen waren 600 psychisch kranke Rechtsbrecher. Die waren in den gleichen Räumlichkeiten untergebracht, in denen wir heute 350 haben. Das war ein reiner Verwahrvollzug und menschenunwürdig; aber diese Verhältnisse waren nicht spezifisch für Eickelborn, sie waren ähnlich in der ganzen Bundesrepublik.

Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe hatte Prof. Rasch hinzugezogen; Prof. Rasch war damals der einzige forensische Psychiater in der Bundesrepublik, der sich mit der Praxis des Maßregelvollzuges befaßt hat. Rasch wurde beauftragt, ein Gutachten zu erstellen über den Zustand des Maßregelvollzuges und über Verbesserungsmöglichkeiten in Westfalen Lippe, das war 1981/1982. Ich hatte zehn Jahre in Eickelborn gearbeitet und ging 1980 in die Nachbarklinik nach Benninghausen, das ca. 2 km von Eickelborn entfernt ist, als leitende Ärztin. Das psychiatrische Krankenhaus Benninghausen hatte damals 660 Betten. Zur selben Zeit verkleinerte der Landschaftsverband als Träger seine Krankenhäuser: Der Landesdirektor hatte durchgesetzt, daß die großen Bettensäle eliminiert wurden. Das sollte auch für den forensischen Bereich gelten. Dadurch gab es nicht mehr genügend Räume für die Patienten in Eickelborn. Benninghausen wurde angefragt, ob wir bereit wären, 35 forensische Patienten zu übernehmen, was ich als Herausforderung ansah. Als Rasch davon hörte, bot er uns an, uns zu helfen bei dieser Aufbauarbeit.

Das hat er auch getan. Prof. Rasch ist dann mein forensischer Lehrer geworden. Mit ihm zusammen haben wir Konzepte entworfen und eine Art „Trockenschwimmkurs“ gemacht. Das Pflegepersonal konnte sich freiwillig melden. Mit ihnen haben wir eine Schulung durchgeführt, bestimmte Krisensituationen vorweggenommen und besprochen, Wissen aufgefrischt und spezielle Kenntnisse vermittelt. Dann wurde die forensische Station 1982 eröffnet. Rasch bot eine Institutionsberatung an, er kam alle drei bis vier Wochen anderthalb Tage. Die haben wir mit den Teams von den (später) zwei Stationen zusammengesessen. Ich selbst habe sehr viel von ihm gelernt. Rasch ist ein sehr kreativer Mensch, und wir erhielten viele Anregungen.

Parallel dazu lief Raschs Gutachten über die Eickelborner Klinik. Der Landschaftsverband beschloß schließlich, den forensischen Bereich von der Gesamtklinik abzutrennen und als selbständige Klinik zu führen. Die forensische Klinik hatte damit 360 Patienten. Das ist an sich zu groß. Nach wie vor ist Eickelborn die größte Einrichtung des Maßregelvollzuges in der Bundesrepublik. Schon in den 30er Jahren wurden 10 % aller Maßregelvollzugspatienten der Bundesrepublik in Eickelborn behandelt – bis heute.

Eine Chefin für die Forensik: mein eigener Weg

Für die neue forensische Klinik wurde nun ein Leiter gesucht – und keiner gefunden. Das ist nun eine kleine Anekdote: Ich hatte Geburtstag, Rasch war zufällig da, und wir saßen zusammen. Wieder erzählte

er, daß niemand bereit ist, die Klinik zu übernehmen. Davon hinge auch ab, ob es eine selbständige Klinik werden könne oder nicht. Auf einmal sagte er, also wissen Sie, am besten wär's, Sie würden das machen... „Das ist ja überhaupt die Lösung, daß ich da nicht eher drauf gekommen bin. Ich habe Sie hier gesehen in Benninghausen, integriert so zwischen Ihren Patienten, ich habe gar nicht daran gedacht, daß man Sie hier auch rauslösen könnte.“ Ich fand das ganz toll, weil ich das schon einmal überlegt hatte. Ich hatte ja bereits eine forensische Station, in Rasch einen forensischen Lehrer und meine vier Kinder waren inzwischen groß. Ich hatte nicht promoviert, weil ich in meinem letzten Semester – das war damals noch etwas Ungewöhnliches – das zweite Kind erwartete. Die Doktorarbeit konnte ich nicht fertigmachen. Danach habe ich immer gearbeitet, die vier Kinder großgezogen. Eine Doktorarbeit war nicht machbar. Das erste Mal, daß ich überhaupt eine Chance hatte, an die Promotion zu gehen, war, als das jüngste Kind das Abitur gemacht hatte. Das war 1979. Dann habe ich auch tatsächlich – das war auch noch einmal eine extra Geschichte – an der Universität Münster Akzeptanz gefunden. Bedingung war, daß ich über den Maßregelvollzug promoviere. Damals war ich noch in Eickelborn. Prof. Tölle hatte schon lange zu dem alten Chef, Dr. Schneller, gesagt, Sie haben hier so viel Material, wie man selten findet. Das ist alles ungenutzt. Ich war erst gar nicht begeistert, weil ich in den zehn Jahren zwischen 1970 und 1980 eine Frauenstation und nur eineinhalb Jahre eine Männerstation hatte. Ich hatte zwar viele Kontakte zu den psychisch kranken Rechtsbrechern, weil die sehr häufig mit Frauen, die ich behandelte, befreundet waren. Das war bis dahin mein einziger Einblick in die forensische Psychiatrie. An sich war meine wissenschaftliche Tätigkeit der Anfang der Geschichte. Ich hatte die ganzen Patientenakten ausgewertet und gehofft, ich würde später nach Benninghausen gehen, damit ich vorher noch meine Promotion über die Bühne brachte. Aber daraus wurde nichts. Als ich nach Benninghausen ging, war ich noch nicht promoviert. In diese Situation kam Prof. Rasch. Da ich die ganzen Daten über die Patienten aus Eickelborn hatte, hat er mich gebeten, ihm diese zu geben. Ich habe mich geniert, weil sich bis dahin niemand dafür interessiert hatte. Die Promotion war natürlich die dritte Voraussetzung für die Übernahme dieser Klinik. Ich war wissenschaftlich auf dem laufenden. Viel Literatur gab es nicht, so daß auch meine Doktorarbeit sehr gut angekommen ist. Leider wurde sie durch meine Schuld erst Jahre später veröffentlicht. Ich habe die Stelle bekommen. Ich betrachte es als ein ganz großes Glück, daß ich mit dem Pflegedienstleiter, Herrn Trampe, an einem Strick ziehen konnte. Aufbauarbeit kann man alleine nicht leisten. Auch mit dem Verwaltungs-

leiter war die Zusammenarbeit gut, aber die Hauptarbeit war, das therapeutische Klima herzustellen. Die nächste wichtige Voraussetzung war die Zusage von Prof. Rasch, daß er uns die nächsten zwei Jahre weiter beraten würde. Es sind nachher vier Jahre draus geworden. Danach hat er für die Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen, die Erzieher und Erzieherinnen einen sozialtherapeutischen Lehrgang mit eingerichtet und über Jahre mitbegleitet, so daß wir insgesamt mindestens sechs oder sieben Jahre begleitet waren. Ich glaube nicht, daß ich das ohne Rasch gemacht hätte.

Mißtrauen

Ja, und so wurde Eickelborn am 1. April 1984 als selbständige Klinik eröffnet. Sechs Wochen später kam dann schon der erste Zwischenfall: ein Patient entwich, der von meinem Vorgänger Urlaub hatte. Er beging eine schwere Straftat in Düsseldorf. Da waren schon das erste Mal die Puppen am tanzen. Bereits am Tag der Eröffnung stand im „Patriot“, der Zeitung mit 98 % Marktanteil, ein Kommentar, in dem die Frage aufgeworfen wurde, ob jetzt noch Frauen und Kinder sicher sind. Das Mißtrauen gegen das „liberale“ Konzept, gegen Prof. Rasch und eine Frau als Chefin war von Anfang an da.

Tatsächlich?

Ja, das war ganz schlimm. Ich war etwas über drei Jahre leitende Ärztin in Benninghausen, einer großen Klinik mit 660 Betten. Bis dahin habe ich nicht bemerkt, daß ich aufgrund meines Frauseins oder mit Männern als Kollegen Probleme hatte. Bis dahin habe ich mich nicht von Männern angegriffen oder herabgesetzt gefühlt. Aber als ich diesen Posten übernahm, bin ich in eine reine Männerdomäne gekommen. Das war für mich phänomenal. Ich war sprachlos, wie ich das zu spüren bekam, daß ich als Frau in einer Männerdomäne sitze.

Ach was!

Das waren nicht nur die Psychiater, es waren auch die Juristen. Die taten sich zum Teil noch schwerer. Inzwischen gibt es auch Landgerichtspräsidentinnen. Am Landesgericht Paderborn ist auch eine Frau. Damals war es so, daß z.T. versteckt, z.T. offen, z.T. subtil oder auch deutlich geäußert wurde, die kann den Hals nicht vollkriegen. Die ist ja nur ehrgeizig. Wie soll eine Frau so was schaffen. Das ist alles Quatsch, ihr werdet schon sehen.

Nicht alle Männer waren so. Manche sagten, also Frau Schumann, was Sie da machen, das könnte ich nicht. Ich finde das ganz toll, daß Sie das

machen. – Das muß ja auch nicht jeder können. Es ist ein mörderischer Job. Später hat sich das gegeben; vielleicht durch meine Art.

Und wie lange hat das gedauert, können Sie das sagen?

Das läßt sich schwer sagen. Man kriegt nicht alles mit. Vieles wird einem erst später klar und manchmal auch erst hinterbracht. Zwei Jahre hat es sicher gedauert, bis die Akzeptanz kam. Dann wurde ich ziemlich bekannt. Meine Emotionalität fällt natürlich auch auf. Viele lächeln ein bißchen da drüber. Irgendwo gefällt es den Männern auch. Und sie wissen, wo sie dran sind mit mir. Daß ich alles sage, wie es ist, hat natürlich auch seine Vorteile.

Das neue Maßregelvollzugsgesetz

Ja, wenn ich das richtig weiß, ist kurze Zeit danach das Maßregelvollzugsgesetz verabschiedet worden.

Das ist auch eine interessante Geschichte: Auch Patienten, die im Strafvollzug oder im Maßregelvollzug sind, haben Grundrechte. Als das Reichsstrafgesetzbuch 1871 entstand, hat man sich schon darüber Gedanken gemacht. Das „besondere Gewaltverhältnis“ besagte, daß der Staat ein besonderes Gewaltverhältnis besitzt über Personen, die in bestimmten Funktionen für ihn tätig sind oder die ihm in bestimmten Abhängigkeitsverhältnissen unterworfen sind. So konnte etwa ein Anstaltsleiter, – z.B. ein Psychiater, der ein Landeskrankenhaus leitet, ein Verwaltungsbeamter, ein Leiter einer Vollzugsanstalt, oder Direktor einer Schule, Offiziere – mit den Untergebenen weitgehend machen, was er wollte. Es gab keine gesetzliche Regelung, er wurde nicht zur Rechenschaft gezogen. Er war der liebe Gott. Nach 100 Jahren, 1972, hat das Bundesverfassungsgericht das besondere Gewaltverhältnis aufgehoben. So viel ich weiß, hat damals ein Strafgefangener den Anstaltsleiter beleidigt. Daraufhin wurde er in den „Karzer“ gesteckt. Der Gefangene hat eine Verfassungsbeschwerde eingereicht. Daraufhin stellte das Bundesverfassungsgericht fest, daß das besondere Gewaltverhältnis nicht mit unserer Verfassung vereinbar ist.

Das sind alles Einschränkungen von Grundrechten. Die müssen weiter gewährleistet sein, wenn einer im Gefängnis sitzt oder in der Psychiatrie ist. Auch dort dürfen Grundrechte nur durch Gesetz eingeschränkt werden. Für den Strafvollzug trat 1977 das Straf-Vollzugsgesetz als Bundesgesetz in Kraft. Entsprechendes galt für psychisch kranke Rechtsbrecher; im Maßregelvollzug hat das Verfassungsgericht aber die gesetzliche Regelung den Ländern überlassen. Dadurch dauerte die Neuordnung wahnsinnig lange. Das erste Maßregelvollzugsgesetz, das

die Behandlung psychisch kranker Rechtsbrecher in psychiatrischen Kliniken regelt, ist 1979 herausgekommen; das letzte der „Alten Länder“ 1992. In Nordrhein-Westfalen ist das Gesetz im Dezember 1984 in Kraft getreten. Inzwischen haben auch die neuen Länder (der ehemaligen DDR) ihre Maßregel-Vollzugsgesetze.

Die Regelungen über Urlaub z.B. sind in Nordrhein-Westfalen sehr liberal. Die Entscheidungsbefugnis liegt beim leitenden Arzt. Vorher hatte niemand das Recht, einen Patienten zu beurlauben, ohne den Staatsanwalt zu fragen, der für das Verfahren zuständig war. Sie können sich vorstellen, daß das eine sehr schwierige Sache ist. Die Delikte liegen zum Zeitpunkt solcher Anfragen zum Teil mehrere Jahre zurück. Der Staatsanwalt weiß nichts über die Entwicklung, die der Patient gemacht hat. Ich denke nicht, daß es an diesem Gesetz liegt, aber die Bürger meinen, das Gesetz ist zu liberal. Sie wollen das jetzt nach diesem Zwischenfall, also nach diesem Tötungsdelikt geändert haben.

Ist es richtig, daß bis zum Maßregelvollzugsgesetz psychisch kranke Rechtsbrecher mehr oder weniger nur verwahrt wurden?

Das ist richtig. Erst seit etwa 1980 kann man von Behandlung sprechen.

Im Gefolge der Psychiatriereform?

Ja, im Bericht der Psychiatrie-Enquête von 1975 steht, daß der Maßregelvollzug in der psychiatrischen Gesamtversorgung der Bundesrepublik das absolute Schlußlicht einnimmt. Grundsätzlich ist der Maßregelvollzug in der ganzen Bundesrepublik bis etwa 1980 mehr ein Verwahrvollzug gewesen.

Zusammenarbeit

Die Entwicklung in den einzelnen Bundesländern war unterschiedlich. Später haben wir einen Arbeitskreis gegründet von allen im Maßregelvollzug tätigen leitenden Ärzten. Jahrelang war ich die Sprecherin bis ins Frühjahr 1994.

Übrigens hat unsere Klinik die „Eickelborner Fachtagung zu Fragen der Forensischen Psychiatrie“ ins Leben gerufen, wir hatten gerade die 10. Tagung. Sie ist ausdrücklich konzipiert nicht für das sogenannte akademische Personal, sondern auch für Angehörige aller anderen Berufsgruppen, die im Maßregelvollzug tätig sind. Wir haben jedes Jahr konstant etwa 350 Teilnehmer, auch Gäste aus den Niederlanden, aus Österreich und der Schweiz. Ich habe diese Fachtagungen immer mit einem Satz aus den Schmalkaldischen Schriften von Martin Luther beendet, in dem er betont, daß es nicht nur um den Gedankenaustausch

geht, sondern auch um die „Tröstung der Brüder und Schwestern“. Viele Freundschaften haben sich hier entwickelt, wir haben uns gegenseitig geholfen und ermuntert.

Das Zusammenarbeiten stelle ich mir auch nicht ganz einfach vor.

Nein, überhaupt nicht. Das ist ein zentrales Problem. Für die Zusammenarbeit von Pflegepersonal und dem sogenannten akademischen Personal ist viel getan worden, meiner Ansicht nach mit dem Effekt, daß die Entwicklung nach der anderen Seite übergeschwappt ist.

Und wie meinen Sie das?

Die Emanzipation des Pflegepersonals ging m.A. nach zu weit: In vielen Kliniken herrscht nicht unbedingt gegenseitige Akzeptanz. Ich denke, daß das Pflegepersonal in manchen Teilen die Macht an sich gerissen hat. Das ist auch nicht der Sinn der Sache. Letztlich sind die Animositäten zwischen Pflegepersonal und Psychiatern/Psychologen nicht beseitigt: Ich halte das für ein ganz ganz schwieriges Problem.

Spezifitäten

Aber gibt's da Spezifitäten im Maßregelvollzug?

Die Arbeit selber ist äußerst schwierig. Sie müssen davon ausgehen, daß die Patienten alle schwer gestört sind. Bei der Verteilung der Diagnosen gibt es Unterschiede von Klinik zu Klinik. Ich weiß, daß sie in Hessen 60 % Schizophrene haben, wogegen wir nur 27 % haben. Wir haben überwiegend Persönlichkeitsgestörte. In allen Einrichtungen der Bundesrepublik gibt es zwischen 40 und 60 % Persönlichkeitsgestörte. Patienten projizieren ihre enormen Energien auf das Personal. Und die, die bei uns arbeiten, sind zum Teil auch akzentuierte Persönlichkeiten. Diese Arbeit kann man gar nicht machen, wenn man nicht eine bestimmte Struktur hat. Man muß die Patienten annehmen können und selbst bestimmte Ecken und Kanten haben. Herr Trampe hat das einmal so formuliert: Wer hier arbeitet, der muß 'ne Meise unterm Pony haben. Das ist ihm wahnsinnig übelgenommen worden. Aber das trifft das, was ich eben versuchen wollte zu erklären.

Wir haben sehr viel Supervision. Ohne Supervision kann man so etwas gar nicht machen. Aber die Supervision allein genügt nicht. Sie müssen sich vorstellen, das Pflegepersonal hat jahrzehntelang ohne jede Hilfe hier gearbeitet. Niemand hat sich so recht um die Schwierigkeiten gekümmert. Da sind natürlich auch gewisse Strukturen entstanden. Das ist – wie die andern Punkte – nicht Eickelborn-spezifisch. Das liegt am System.

Mit der Reform mußten die meisten umdenken. Das ist schwierig. Jeder konnte sich 1994 entscheiden, ob er weiter im Maßregelvollzug arbeiten wollte oder nicht. Ich selber habe zuerst mit „geborgten“ Ärzten und Psychologen gearbeitet. Das war eine ganz ganz schwierige Zeit. Das Pflegepersonal wurde weitgehend übernommen. Wir haben mit vielen Gespräche geführt. Da gab es auch Äußerungen wie: Geisteskranke und Verbrecher kann man nicht heilen, die bleiben immer so, denen gehört die Faust in den Nacken. Man kann ab und zu mal ein bißchen locker lassen, aber sonst ist nichts. Und das ist zur Zeit auch die Stimmung hier in der Bevölkerung. Daß man diese Patienten therapieren kann, daß sie sich bessern und entlassen werden können, war und ist sehr schwierig nahezubringen.

Mord in Eickelborn

Die Tötungsdelikte Anfang 1985 und 1990 konnte man keinesfalls vorhersehen, sie waren untypisch. Das Delikt von 1994 war ein sadistischer Sexualmord an einem Kind. Zum ersten Mal wurde jemand aus Eickelborn getötet. Und Sie können sich vorstellen, daß das für die Bevölkerung eine ganz große Katastrophe ist. Daß die Bevölkerung darauf so reagiert, kann man verstehen, zumal vier Jahre vorher eine 14jährige umgebracht worden ist. Damals war es kein Sexualtraftäter, das Tötungsdelikt war eine Verdeckungstat. Für Laien ist das schwer zu differenzieren. Ich denke, das einzige, was man Kindern in der heutigen Welt noch mitgeben kann, ist eine Art Urvertrauen. Und wenn ich hier in Eickelborn wohne und muß meinen Kindern, vor allem auch meinen Mädchen beibringen, daß jeder Mann gefährlich ist oder daß ich mich nicht ansprechen lassen darf oder daß hinter jeder Mauer ein Sexualtraftäter steht, finde ich das ganz schlimm. Deshalb kann ich das verstehen.

Damit haben Sie meine nächste Frage schon teilweise beantwortet: Es hat doch vorher schon Ereignisse gegeben.

Natürlich.

Warum sind die Reaktionen jetzt so hochgeschwappt?

Aufregung gab es immer. Aber die Zeiten haben sich geändert. Bürger nehmen nicht mehr alles hin. Bürger wissen, daß sie viel erreichen können. Das haben sie getan. Sie haben vor vier Jahren schon eine Bürgerinitiative gegründet. Ich habe mich bemüht, mit ihnen zu reden, mich ihnen zu stellen. Wir haben schon von Anfang an versucht, den Bürgern die Patienten und die Arbeit nahe zu bringen. Wir haben

damals gesagt, sie könnten die Klinik besichtigen. Zu zwei Terminen standen je zwei Leute da, obwohl sie sich vorher so furchtbar aufgeregt haben, das war nach dem Mord Anfang 1985.

Sie sind damals auch die erste Angriffsfläche gewesen.

Bin ich. Das waren schreckliche Zeiten. Dieser „Patriot“ ist nach dem Mord 1985 über mich hergefallen. Zur Bürgerversammlung in einer Gaststätte haben sie die Türen ausgehängt, weil 400 Leute kamen. Da ging es heiß her. Wenn ich nicht so eine stabile Konstitution hätte, hätte ich damals wahrscheinlich das Handtuch geworfen. Aber das ging nicht. 1990 war die Stimmung moderater. Der Sexualmord an dem Mädchen jetzt ist natürlich eine ganz schreckliche Sache.

Die Folgen: Hoffen können

Für die anderen Patienten hat der Mord 1994 katastrophale Folgen gehabt. Ich fürchte, daß es nie wieder so wird, wie es war. Die Bürger verlangen, daß kein Patient mehr alleine rauskommt bzw. nur noch in Begleitung von Pflégern. Für diese Arbeit müssen Sie Hoffnung haben können. Sie müssen die Patienten an die Freiheit gewöhnen können. Die Forderung, die Klinik zu verkleinern, ist vollkommen akzeptabel. Ich habe schon seit Jahren gesagt, daß die Klinik zu groß ist, obwohl ich es erst nicht so empfunden habe. In Westfalen gibt es nur zentralen Maßregelvollzug. Im Rheinland haben sie den dezentralen Maßregelvollzug. Der hessische ist auch zentral. Verschiedenes ist dabei zu bedenken: In großen Einheiten können Sie besser differenzieren. Wenn Sie nur 50 Patienten haben oder selbst nur 100, können Sie nicht so viele Angebote machen, als wenn Sie 300 haben. Andererseits stellt sich eben doch heraus, daß das Risiko zu groß ist. Es ist ein Unterschied, ob Sie nun 100 oder 300 Straftäter haben. Es ist klar, daß das Risiko sich dann verdreifacht. Die große Klinik ist nicht so gut handhabbar.

Frauen in der Männerwelt

Der Maßregelvollzug ist eine reine Männerwelt. Lange waren wir die einzigen in der Bundesrepublik mit einer Frauenstation, weil wir so groß waren. Frauen sind weitaus seltener kriminell, und unter dem Personal gab es höchstens mal ein paar Sozialarbeiterinnen. Sozialarbeiterinnen sind traditionell weiblich. Sie waren lange Zeit die einzigen Frauen im Maßregelvollzug. Es gab nur eine Psychologin und keine Krankenschwestern. Schwestern hierher zu bekommen war sehr schwierig.

Ach was?

Das war schwierig, ach du lieber Himmel, das war zunächst eine Art Katastrophe für das männliche Pflegepersonal. Die Frauen in der Klinik haben positiv gewirkt. Die Patienten empfinden das sehr angenehm. Es hat natürlich auch Schwierigkeiten gegeben. Die Schwestern erhielten eine extra Supervision von einer Frau; die Krankenschwestern haben das als Diskriminierung empfunden. Aber andererseits haben sie besondere Probleme. Mich hat das fasziniert, ich konnte nicht verstehen, daß die Frauen sich gekränkt gefühlt haben.

Einrichtung zwischen Justiz und Psychiatrie

Ein anderes Thema. – Der Maßregelvollzug bleibt eine Einrichtung zwischen Justiz und Psychiatrie.

Richtig, richtig.

Wie ist es Ihnen damit gegangen?

(Lacht) Ja, das ist ein ganz spannendes Thema. Ich hatte einen sehr guten Kontakt zur Strafvollstreckungskammer. Dadurch, daß ich versucht habe, diese Arbeit verständlich zu machen, haben die Richter in mancher Hinsicht ihre Meinung über den Maßregelvollzug geändert. Auf der anderen Seite standen engagierte Anwälte, die zum Teil den Maßregelvollzug bekämpft haben. Einen Konsens gab es nicht, aber dann letztlich eine gute Zusammenarbeit und auch eine gegenseitige Akzeptanz. Und wir konnten etwas verändern.

Und wie können Sie im Alltag auf den Stationen trennen zwischen Behandlung und Maßregel?

Das ist ein Problem. Mit Strafe ist das so eine Sache. Patienten sind nicht bestraft, sie sind nur untergebracht, zumindest die Schuldunfähigen. Die anderen, die vermindert schuldfähig sind, haben eine Zeitstrafe. Für den Aufenthalt bei uns wird sie angerechnet. Schwierig ist, daß Sie therapieren und gleichzeitig über Lockerungen entscheiden müssen. In Groningen (in den Niederlanden) wird im Maßregelvollzug ein rein analytisches Konzept vertreten, und da sind Therapeuten und Entscheidende über Ausgänge und Urlaube streng getrennt. Aus meiner Erfahrung läßt sich das in der Praxis unter unseren Bedingungen nicht machen. Mit dieser Situation muß man leben, Patienten wie Therapeuten.

Eines der Hauptprobleme in der Therapie, wenn sich dann ein Thera-

peut oder eine Therapeutin auf die Behandlung einläßt, ist ja wohl, daß eine sehr enge Beziehung entsteht.

So ist es, ja.

Und sich mindestens in Gedanken daraus herauszubeben, ist nicht einfach.

Das Problem von Distanz und Nähe ist im Maßregelvollzug extrem.

Wieviel Kontrolle, wieviel therapeutischer Raum

Ich möchte noch einmal zurückkommen zur Reaktion auf den Sexualmord. Denken Sie, das ist alleine eine politische oder gesellschaftliche Zeitgeist-Entwicklung oder denken Sie, daß man nach den Erfahrungen sagen müßte, man muß vorsichtiger sein?

Ich meine beides. Wenn die sozioökonomischen Verhältnisse allgemein schlechter werden, haben es auch die Randgruppen wieder schwerer. Die Gesellschaft, wie auch immer Sie sie definieren wollen, ist weniger bereit, viel zu investieren. Bei allen Zwischenfällen war bald danach ein Wahlkampf, entweder Landtags- oder Kommunalwahlen. Jetzt haben wir wieder Landtagswahlen. Das spielt sicher eine Rolle. Was die Tat betrifft, ist die Sorgfaltspflicht der Klinikleitung sicher nicht verletzt worden, aber darüber entscheidet das Gericht. Es läuft ein Ermittlungsverfahren. Das ist immer so. Irren kann man sich. Das weiß auch die Justiz. Tatsache ist, daß man eine Entscheidung getroffen hat, die sich im nachhinein, ich weiß nicht, ob man sagen kann, als falsch, aber eben als nicht zutreffend erwies.

Ich bin zu der Überzeugung gekommen, daß man sexuelle Perversionen mit den uns gegenwärtig zur Verfügung stehenden Mitteln und Erkenntnissen nicht behandeln kann. Ein gewisser Prozentsatz der Patienten im Maßregelvollzug ist nicht zu bessern. Da muß man andere Maßstäbe anlegen. Wir hatten einen Patienten, der nach 16 Jahren Maßregelvollzug die gleiche Tat wieder begangen hat. Auch andere Straftäter, die 20 Jahre im Strafvollzug gesessen haben, kommen heraus und begehen ein ähnliches Delikt wie vorher, wenn das auch seltene Ereignisse sind. Ich denke, daß diese ganz schweren und ganz frühen Störungen mit sadistischen Komponenten nicht behandelbar sind. Das sollte man akzeptieren und an die Folgen denken, an die Opfer, die meist Kinder oder Frauen sind.

Pessimisten sprechen von „nothing works“. Das denken Sie nicht?

Nein, das denke ich auf keinen Fall. Das wäre das Schlimmste, was passieren könnte. Wenn man die Biographien dieser Patienten sieht,

haben sie häufig keine Chance gehabt. Natürlich gibt es Menschen mit einer ähnlichen Biographie, die keine Straftaten begehen. Der Mensch ist kein unbeschriebenes Blatt, wenn er auf die Welt kommt. Ich denke, daß er bestimmte Grundeigenschaften mitbringt. Sehr häufig aber waren Straftäter selber Opfer. Da kann man eine ganze Menge machen. Das zeigt die Tatsache, daß die Rückfallquoten aus dem Maßregelvollzug geringer als aus dem Strafvollzug sind.

Es gibt wirklich Patienten, die jahrelang auf der Stelle getreten haben und dann gibt es doch eine Entwicklung. Sie brauchen vor allen Dingen eine Beziehung. Das sind Menschen, die wurden von vornherein diskriminiert. Ihr Selbstwertgefühl ist ihnen systematisch abtrainiert worden oder konnte sich erst gar nicht entwickeln. Sie stammen aus Verhältnissen, wo der Vater die Mutter verprügelt oder beide trinken; sie haben keinen Platz zum Schularbeiten machen, keinen Raum, wo sie geschützt sind. Sie leben, ich weiß nicht, mit acht Kindern zusammen in zwei Zimmern. Das sind keine Einzelfälle. Sie sind von klein auf trainiert, einzuschätzen, was macht der andere, was hat er für Fehler, wo kann ich ihn packen. Sie entwickeln bestimmte Überlebenstechniken. Die beruhen darauf, daß sie keine Gefühle und keine Beziehung zulassen. Weil es tödlich für sie wäre, entwickeln sie kein Gefühl für den anderen. Sie fühlen tatsächlich nichts. Und sie können sich nicht in den anderen hineinversetzen. Ihnen ein Selbstwertgefühl zu geben, halte ich für eines der grundlegenden Erfordernisse.

Alternative Therapien könnten eine Hilfe sein. In staatlichen Einrichtungen sind Sie abhängig von Steuergeldern. Sie können nicht machen, was sie wollen bzw. was sie für erforderlich halten. Sie können nur Leute mit bestimmter Profession einstellen, die Diplompädagogen, Psychiater oder Psychologen sind. Sie können nicht jemanden beschäftigen, der eine ganz andere Profession hat, von dem Sie aber meinen, er könnte andere Denkmodelle einbringen. Wir arbeiten immer wie ein Reparaturbetrieb, aber wir sollten uns nicht nur auf die Defizite konzentrieren. Wir müßten die positiven Kräfte der Patienten mehr aktivieren, ihre positiven Seiten fördern, ihre Kräfte wecken, die sie alle haben. Um straffällig zu werden, braucht man nämlich Power.

Wissenschaft und klinische Versorgung

Wie sehen Sie denn das Verhältnis von universitären Aufgaben, wissenschaftlichen Untersuchungen, empirischen Begleituntersuchungen und der klinischen Versorgung?

Das war das große Elend, daß die Uni sich abgekoppelt hat, nicht nur im Maßregelvollzug. Im Maßregelvollzug hat sich das noch viel schlim-

mer bemerkbar gemacht. Ich halte empirische Forschung für unbedingt notwendig. Viele Dinge, die in Vorträgen über den Maßregelvollzug berichtet werden, sind Alltag. Sie klingen banal. Wenn man sie unter einem bestimmten Blickwinkel zusammenstellt, sieht man Gesetzmäßigkeiten und bekommt einen neuen Zugang dazu. Dazu muß man vor Ort arbeiten, sonst beschäftigen Sie sich mit Fragen, die nicht relevant sind für den Maßregelvollzug. Hauptaufgaben sind Therapiefor schung und Prognosekriterien.

Ich wollte mir einen Überblick verschaffen, was „state of the art“ ist im Maßregelvollzug. Dafür gibt es kaum Standardliteratur und kein Lehrbuch.

Es gibt eins von Rasch; es sind auch inzwischen eine ganze Menge Arbeiten zum Maßregelvollzug erschienen, aber sie sind verstreut. Brennendes Problem sind Prognosekriterien, bedenken Sie, wie brüchig Prognosen sind. Zum Menschsein gehört es, daß Verhalten nicht vorhersehbar ist. Oder nur ein grobes Raster. Die Entlassung des Patienten erfolgt durch das Gericht. Aber der Psychiater sagt, er ist soweit. Wir haben zusätzlich Situationen, in denen Patienten an sich gearbeitet haben, krankheitseinsichtig sind, Medikamente nehmen und entlassen werden könnten. Aber es ist kein sozialer Empfangsraum da. Schizophrene wie Persönlichkeitsgestörte kommen aus einer behüteten und geregelten Welt wieder in die Gesellschaft zurück. Sie werden nicht akzeptiert, diskriminiert, geraten in unvorhersehbare Umstände. Es genügt nicht, daß der Patient an sich gearbeitet hat. Er muß eine Chance haben, das, was er gelernt hat, umzusetzen. Vereinsamung droht, fehlende Arbeit, Probleme mit der Wohnung. Trinken und dann die Langeweile sind häufig die Folgen.

Ausbrennen

Wie ist das auf der Seite der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, wenn sie lange Jahre in so einem Betrieb gearbeitet haben? Wie häufig ist der „Verschleiß“? Ich hatte den Eindruck, daß die Suche nach abstrakten Gebäuden, Philosophien ein Weg ist, zu überleben. Ob er ein nützlicher ist, weiß ich nicht.

Das ist sowieso eine Frage mit dem Überleben und mit dem Ausbrennen. Damit habe ich auch meine Erfahrungen gemacht in diesen Jahren. Ich hatte Therapeuten, die haben nach drei Jahren gesagt, sie könnten nicht mehr, sie müßten etwas anderes machen. Ich habe das immer unterstützt. Ich habe gesagt: Wenn Sie das Gefühl haben, das packen Sie nicht mehr, das ist zuviel, dann ist es gut wenn Sie gehen. Sowohl

für Sie selbst als auch für die Patienten. Niemand muß sich selber aufgeben oder verschleißen. Das wäre eine Katastrophe. Manchen Therapeuten würde man wünschen, sie würden sich entscheiden, etwas anderes zu machen. Sie können niemanden rausschmeißen, das ist klar. Wenn das Gefühl sich einstellt, daß man das nicht mehr kann oder daß man nicht mehr neugierig ist und die Arbeit Routine wird, das Interesse fehlt, ist es allerhöchste Zeit zu gehen.

Ich denke, daß das gar nicht jeder können muß. Manche sind darüber traurig gewesen. Ich habe dann gesagt: Sie waren bereit, zwei oder drei Jahre im Maßregelvollzug zu arbeiten, das ist so eine schwere Arbeit, daß Sie Ihr soziales Soll, erfüllt haben. Ich habe einmal einen ganz begabten Arzt gehabt, der hat mir erzählt, er hätte einen Kollegen wiedergetroffen, der sagte: Was, du arbeitest im Maßregelvollzug, wo du so begabt bist, hast du das denn nötig? Also verstehen Sie, dabei gehören in den Maßregelvollzug meiner Ansicht nach die Besten. Die Frage, wieviel Substanz und psychische Kraft man hat, ist individuell. Ich denke, daß man nach zehn Jahren Maßregelvollzug etwas anderes machen sollte. Sie brauchen eine Menge psychische Kraft. Sie müssen viel über sich ergehen lassen und sehr stabil sein.

Dieses gegenseitige Entwerten ist ansteckend: Die Patienten sind entwertet worden. Sie entwerten sich und die Mitarbeiter. Die verschiedenen Berufsgruppen entwerten sich gegenseitig. Da kommt selbst eine Supervision nicht gegen an. Frage ist, was ist ein therapeutisches Klima und wie stellt man das her? Man braucht natürlich bestimmte Strukturen, aber daß man alles mit Strukturen regeln kann, halte ich für ausgeschlossen. Und das ist meiner Ansicht nach etwas typisch Männliches, wenn die dann sagen, es kommt vor allen Dingen auf die Struktur an. Auf die Leute kommt es an. Alles hängt von den Menschen ab. Da können Sie noch so viel Strukturen haben, wenn Sie nicht die richtigen Leute dazu haben. Ich denke, daß man Therapeuten Mut machen muß, sie unterstützen. Den Therapeuten selbst muß es gut gehen, sonst können sie diese schwere Arbeit nicht machen. Und ein bißchen Humor schadet auch nichts. Und es muß mal was danebengehen dürfen, sowohl für sich selbst wie für die anderen.

Zuhören

Noch eine Frage, Sie haben erzählt, wie Sie Täter im Strafvollzug begutachtet haben. Die hätten so dankbar aufgenommen, alleine angehört zu werden.

Zur Zeit bin ich vom Justizministerium beauftragt, Lebenslängliche vor allfälligen Lockerungen zu begutachten. Ein Psychiater muß sie sehen,

ob sie in den offenen Vollzug verlegt werden, ersten Urlaub kriegen oder mit jemandem von den Fachdiensten ausgehen dürfen.

Das ist sozusagen das Pendant zu unseren Patienten. Sie sind als gesund definiert, sind schuldfähige Straftäter. Es fällt mir auf, daß sie im Strafvollzug viel weniger Ansprechpartner haben. Der Strafvollzug ist keine Behandlung. Es soll ein Behandlungsvollzug sein, aber dort wird das Personal runtergefahren. Die Psychologen haben im Strafvollzug wenig Möglichkeiten, therapeutisch zu wirken, weil sie Stellungnahmen schreiben müssen, Beurteilungen. Damit sind sie voll ausgelastet. Es macht alleine schon das Zuhören, daß Leute erzählen. Bei diesen Begegnungen mit Lebenslänglichen hat mich überrascht, wie oft sie sich bedanken, daß sie so lange reden konnten. Sie sind vereinsamt. Ich komme natürlich auch von außen, auch wenn ich als Gutachterin komme.

Ja. Die Kontaktaufnahme, in irgendeiner Form Beziehungsaufnahme gehört dazu. Trotzdem soll es keine therapeutische Beziehung sein. Aber anders als sich menschlich auseinanderzusetzen ist eine Begutachtung nicht möglich. Wiederum bleibt die Frage, wie persönlich darf ich werden, weil ich den anderen wieder alleine damit lasse.

Richtig, ja das stimmt. Aber wenn Sie jemandem gerecht werden wollen, auch in der Beurteilung, müssen Sie möglichst viel von ihm wissen. Bei der Schuldfähigkeitsbeurteilung geschieht es nicht selten, daß jemand zum ersten Mal über sich spricht. Die kriegen das manchmal gar nicht klar, was geschehen ist. Sie sind froh, wenn jemand zuhört. Das ist eine Chance. Viele sprechen zum ersten Mal über psychische Befindlichkeiten. Sie sind nicht gewöhnt, Gefühle wahrzunehmen, geschweige denn zu beschreiben. Sie leben so dahin, ihren Impulsen ausgeliefert. Ich denke, daß die Begutachtungssituation einen therapeutischen Effekt hat und haben darf.

Gedanken zum Problem des Sachverstandes bei der psychiatrischen Begutachtung

■
Hilburg Kindt

Zusammenfassung

Die grundlegende Bedeutung der freien Willensentscheidung, Kritik und Urteilsfähigkeit sowie Glaubwürdigkeit liegt darin, daß wir sie als tragende Strukturelemente des sozialen Zusammenlebens in einer Solidargemeinschaft betrachten. Die Erhebung des psychischen Befundes ist ein äußerst komplexes Unterfangen, das höchste Anforderungen an den psychiatrischen Sachverständigen stellt. Zugleich gehört diese Aufgabe zu den alltäglichen in der Psychiatrie. Der Befund ist Teil eines physio-psycho-sozialen Kontextes, unverwechselbar mit der Persönlichkeit verknüpft. Im Psychischen sehen wir die Individualität des Menschen verankert. Eine weitere Aufgabe des psychiatrischen Fachverständigen besteht in der Umsetzung dieses Befundes und seiner Auswirkungen auf juristische Sachverhalte. Mit eingeschlossen sind Erkenntnisprobleme; die Frage, was Menschen über andere Menschen mit Bestimmtheit wissen können. Diesen nicht zu überschätzenden Anforderungen gegenüber steht die Tatsache, daß die Weiterbildung für diese Aufgabe nicht ausreicht, die ethische und soziale Verantwortung unterschätzt und Erkenntnisprobleme vernachlässigt werden. Für die Autorin ist Psychotherapie fraglos ein Teil des psychiatrischen Fachgebietes. Psychotherapeutische Aufgaben werden deshalb nicht gesondert erörtert.

Die Aufgaben, Pflichten und Rechte eines forensisch tätigen medizinischen Sachverständigen bedürfen keiner erneuten Erörterung. Aufgrund seines spezifischen Fachwissens soll er dem Gericht allgemeine Erfahrungssätze übermitteln und aus bestimmten, vom Gericht unterbreiteten oder von ihm selbst ermittelten Anknüpfungstatsachen Schlußfolgerungen im Hinblick auf das Vorliegen oder Nichtvorliegen rechtserheblicher Tatsachen ziehen. Er soll über eine besondere Sachkunde (Kompetenz) auf seinem Fachgebiet verfügen und in der Lage sein, Bewertungen eigener oder fremder Wahrnehmungen aufgrund allgemeiner Erfahrungstatsachen darzustellen und zu begründen. Er hat sich dabei kritisch mit auch kontroversen Lehrmeinungen ausein-

anderzusetzen und seine eigenen Interpretationen auf wissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse zu stützen. Er hat dem Gericht die richtige Auswertung und Beurteilung der erhobenen Befunde im Hinblick auf die Fragestellung zu ermöglichen.

Bedeutung der freien Willensentscheidung in Gesellschaft und Gesetz

Der psychiatrische Sachverständige hat als Aufgabe, als seine „Sache“, noch weitergehende Beurteilungen zu treffen: In unserer Rechtsgemeinschaft wird davon ausgegangen, daß ihre Mitglieder grundsätzlich in der Lage sind, ab dem 18. Lebensjahr eigenverantwortlich zu denken, zu wollen, sich entscheiden zu können und aufgrund freier Willensentscheidung zu handeln. Hier wird der „Sachverstand“ des Psychiaters dazu benötigt, zu beurteilen, ob krankheits- oder störungsbedingte Einschränkungen dieser grundsätzlich als gegeben angesehenen Fähigkeiten vorliegen. Wenn den Kriterien wie Willensfähigkeit, Vernunft und Vernünftigkeit, also der Einsichtsfähigkeit in unserem Rechtsstaat ein derart hoher Wert beigemessen wird, liegt das daran, daß Vorsatz, Absicht, Motivation und Wille als tragende Strukturelemente des sozialen Zusammenlebens in einer Solidargemeinschaft angesehen werden. Sind diese Funktionen und Leistungen krankheitsbedingt beeinträchtigt, folgern daraus zwingend Risiken und Gefährdungen des Lebens, der Gesundheit wie auch fremder Rechtsgüter, deren Qualität und Ausmaß vom psychiatrischen Sachverständigen zu beurteilen sind. Funktionen der Vernunft, des Kritik- und Einsichtsvermögens, der Dialogfähigkeit und der Kommunikationsfähigkeit garantieren also das Einhalten rechtsstaatlicher Ordnungen. Sich so zu verhalten, daß ich weder mich selbst noch eine andere Person gefährde, wird als ein „vernünftiges“ und auch moralisch zu forderndes Grundprinzip jeder Rechtsordnung angesehen. Um den üblichen Lebensanforderungen einer Realgemeinschaft gewachsen zu sein, muß deshalb nach folgenden Kriterien in eigener Verantwortung auch gehandelt werden können:

1. Die freie Willensentscheidung mit ihren komplexen Denk- und Handlungsabläufen als dynamisch und prozeßhaft ablaufendes Geschehen.
2. Ein differenziertes Kritik- und Urteilsvermögen mit den Fähigkeiten zu angemessener Realitätseinschätzung, zur Überprüfung, Relativierung und Korrektur gefaßter Entschlüsse aufgrund realer Sachverhalte und Gegebenheiten (Realitätswahrnehmung, Realitätskontrolle, Realitätsanpassung).

3. Glaubwürdigkeit, Eindeutigkeit und Konstanz sowie deren Konsequenzen im Denken und Handeln (Garantie von sozialer Verantwortlichkeit, Dialog- und Kommunikationsfähigkeit).

Sind eine oder mehrere dieser Funktionsbereiche im Zusammenhang mit rechtserheblichen Sachverhalten in Frage gestellt, wird ein psychiatrischer Sachverständiger zu Rate gezogen, von dem eine kompetente Beurteilung einer möglichen Einschränkung oder einer Aufhebung dieser Fähigkeiten aufgrund feststellbarer Befunde erwartet wird. Es geht hier nicht um Vermutungen des jeweiligen psychiatrischen Gutachters, sondern um nachvollziehbare Ergebnisse seiner gezielten und umfassenden psychiatrischen Untersuchung. Daran gebunden sind häufig Aussagen über Normsetzungen wie psychisch gesund, psychisch krank, psychisch gestört, psychisch normal oder abweichend. Beurteilungen dieser Art sind eigentlich nicht erfragt, sie vermitteln aber ebenso wie Krankheitsdiagnosen einen besseren Zugang zum Verständnis des Grades von Funktions- und Leistungseinschränkung psychosozialer Kompetenz.

Der psychische Befund

Ein psychischer Befund wird immer als psychopathologischer Befund erhoben. Er ist die Zusammensicht unterschiedlicher und komplex miteinander verbundener psychischer Funktionen und Leistungen und deren mögliche Störungen. Diese sind in vielgestaltiger Weise mit Bewußtseinsinhalten, mit kognitiven, emotionalen und integrativen Fähigkeiten der Persönlichkeit und ihrer Entwicklung verknüpft und damit immer an intakte Hirnfunktionen gebunden. Bei Erhebung des psychischen/psychopathologischen Befundes ist zu berücksichtigen, daß mit „Psyche“ oder „psychisch“ eben diese Gesamtheit der psychischen Funktionen (Bewußtsein, Erleben, Befinden, Erkennen, Denken, Gestalten, Ausdruck, Umgang mit sich selbst, den anderen Menschen, den Dingen und mit der Umwelt) umschrieben wird. Psychisch ist aber auch das, was dem Menschen selbst nicht unmittelbar zugänglich ist, ihm aber zum Bewußtsein gebracht werden kann. Diese Vielgestaltigkeit ist als Ganzes nicht faßbar, meist können nur Einzelaspekte erkannt, benannt und erlebt werden. „Innen“ Erlebtes und nach „außen“ hin Erkennbares müssen durchaus nicht kongruent oder stimmig sein, sondern können erheblich kontrastieren. Psychisches unterliegt zugleich seiner ständigen Veränderung in der Zeit und damit einer grundsätzlichen Beeinflußbarkeit in jeweils aufzusuchender und spezifischer

situativer Abhängigkeit und Rückbezüglichkeit im Sinne eines offenen Systems.

Die Individualität ist im Psychischen verankert

Alles, was als „Psyche“ bezeichnet wird, ist letztlich unverwechselbar mit Person und Persönlichkeit verknüpft, so daß allein im Psychischen bereits die Individualität des Menschen als verankert gesehen wird.

Psychiatrische Erkenntnisse in Form eines psychischen Befundes im Querschnitt sind als Zustandsbild immer zu erweitern durch Längsschnittbeobachtungen aus der inneren und äußeren Lebensgeschichte, durch Befunde aus der Krankheitsgeschichte und der Konfliktgeschichte. Das bedeutet aber, daß ein feststellbarer psychischer bzw. psychopathologischer Befund immer in einen physio-psychosozialen Kontext gehört, aus dem heraus sich eine der individuellen Biographie angemessene Beurteilung der betroffenen Person, ihrer Persönlichkeit, ihren Defiziten, von Befinden und Verhalten in der Gegenwart ergibt.

Die schwierigste Aufgabe und zugleich psychiatrischer Alltag

Die Fähigkeit (der Sachverstand) eines psychiatrischen Sachverständigen zu einem hierfür notwendigen unterscheidenden, differenzierenden Erkennen und Urteilen kann nicht hoch genug eingeschätzt werden.

So sollte der Sachverständige auch in der Lage sein, ein Vorher und ein Nachher eines Zustandsbildes und seiner Entwicklung zu erkennen. Ein Zustandsbild, dessen Entwicklung und Veränderbarkeit, dessen Konstanz und Beeinflußbarkeit innerhalb der individuellen psychischen Funktionen und Leistungen präzise zu beschreiben, zu benennen, abzugrenzen und zu beurteilen, gehört zu den schwierigsten Aufgaben des psychiatrischen Alltags. Der Schwierigkeitsgrad einer psychopathologischen Befunderhebung mit den daraus resultierenden Schlußfolgerungen wird aber häufig – sogar im eigenen Fachbereich – unterschätzt. So besteht gelegentlich keine klare Vorstellung darüber, wie die Aussagen eines Befundberichtes (der lediglich über einen medizinischen Sachverhalt informiert) abzugrenzen sind gegen Inhalte ärztlicher Atteste oder kurze gutachterliche Stellungnahmen, deren Aussage eine kurze medizinische Beurteilung eben dieses Sachverhaltes aber immer in bezug auf eine spezielle Frage ist, währenddessen in einem psychiatrischen Gutachten Aussagen und Begründungen nach-

vollziehbar sein und den erforderlichen Entscheidungsweg darlegen müssen.

Ärztliches Zeugnis und ärztliches Gutachten unterscheiden sich aber auch juristisch: Ein Zeugnis kann nur von einem Zeugen ausgestellt werden, der etwas beobachtet hat. Ein behandelnder Arzt oder Facharzt ist zunächst ein sogenannter sachverständiger Zeuge, dessen Beobachtungen auf dem dafür notwendigen medizinischen Sachverstand beruhen, und kein Gutachter. Im Zeugnis des sachverständigen Zeugen sind aber regelmäßig eben nicht nur Beobachtungen, sondern auch Bewertungen, z.B. Diagnosen enthalten. Ein ärztliches Sachverständigengutachten sollte eigentlich nicht durch einen sachverständigen Zeugen, d.h. durch den behandelnden Arzt, sondern durch einen unabhängigen medizinischen Sachverständigen abgegeben werden, der frei von therapeutischen Beziehungen und Bindungen zum Untersuchten ist. Der Gutachter muß sich deshalb die Grundlagen seiner Bewertung und Beurteilung immer erst durch eine eigene fachkompetente Untersuchung verschaffen und seine Schlußfolgerungen mit diesen Befundtatsachen angemessen korrelieren.

Im praktischen Ergebnis heißt das, daß ärztliche Zeugnisse – weil kurz – schnell zu beschaffen sind und weniger kosten. Dagegen sind Gutachten langwierig und teuer. Aus Zeit- und Kostengründen hat es sich deshalb eingebürgert, sich über diesen Unterschied zwischen Zeugnis und Gutachten hinwegzusetzen (besonders im Betreuungsrecht ist es durchaus üblich, den behandelnden Arzt mit einem Formulardruck um ein „Gutachten“ zu bitten).

Psychiatrische Befunde und juristischer Sachverhalt

Vom Gericht gesucht wird der Sachverständige, der in absehbarer Zeit den Gutachtauftrag erledigt und in der Lage ist, ein sprachlich lesbares und verständliches Gutachten von angemessenem Umfang vorzulegen. Gesucht ist auch derjenige Sachverständige, der seine Meinung auch wissenschaftlich begründen kann. Von einem Juristen, der Sachverhalte und deren Folgen im Hinblick auf Normatives beurteilt, wird vor allem der Gutachter als „gut“ beurteilt, der in der Lage ist, Gesetzestexte und Ermittlungsergebnisse (die beide in Allgemeinformulierungen gehalten sind) mit den möglicherweise festgestellten medizinischen Sachverhalten zu verknüpfen, um diesen Sachverhalt als rechtserhebliche Befundtatsache für den Richter und dessen Entscheidungen zugänglich zu machen. Das geht aber nur, wenn der psychiatrische Sachverständige die juristische Fragestellung im jeweils konkreten

Fall erfaßt hat und mit den eigenen Anknüpfungstatsachen und deren Beurteilung adäquat zu korrelieren vermag. So ist darauf zu achten, daß die juristische Fragestellung in den verschiedenen Rechtsbereichen durchaus unterschiedlich ist: Bei der Frage nach der Schuldfähigkeit muß der Zustand des Betroffenen zu einem bestimmten Zeitpunkt in der Vergangenheit beurteilt werden. Im Betreuungsrecht muß die Fähigkeit des Betroffenen, bestimmte seiner Angelegenheiten zu besorgen, auch für die Zukunft eingeschätzt werden. In der Unfallversicherung geht es, ebenso wie beim Bundesversorgungsgesetz und bei den Entschädigungsgesetzen rassistisch oder politisch Verfolgter, um die Frage, ob es sich um ein schädigendes Ereignis im Sinne des Gesetzes handelt, das sich in der Vergangenheit ereignet hat und das zu nachweisbaren Folgen in der Zukunft geführt hat. Immer aber müssen Ursachen für Veränderungen in der Person des Betroffenen, in seinem Umfeld und deren Folgeerscheinungen zu einem bestimmten Zeitpunkt sowie ihr Einfluß auf die physio-psycho-sozialen Fähigkeiten des Betroffenen – wie diese oben dargestellt wurden – beurteilt werden. Ein psychiatrisches Gutachten hat außerdem zu beachten, welche Anforderungen an die Sicherheit der Aussagen in den verschiedenen Verfahren gestellt werden (im Strafrecht muß das Gericht sicher sein, daß der Angeklagte schuldfähig ist, ein erheblicher Zweifel wirkt sich zu seinen Gunsten aus. Im Privatrecht dagegen müssen behauptete Zweifel vom Zweifler auch belegt und bewiesen werden).

Was Menschen über andere Menschen wissen können

Die Sicherheit gutachterlicher Aussagen und Beurteilungen ist zwar einerseits abhängig von der Regelmäßigkeit gemeinsamer statistischer Normen, aber eben immer auch von einer ausreichend guten Kenntnis der konkreten Person in ihrer konkreten Lebenssituation. Der psychiatrische Sachverständige trägt darüber hinaus der Erkenntnis Rechnung, daß Aussagen über eine Person und die mit ihr zusammenhängenden positiv gefaßten Fähigkeiten in einer spezifischen Situation weit über das hinausgehen, was Menschen über andere Menschen mit Bestimmtheit „wissen“ können. Aus diesem Grund sind in den Gesetzestexten Kriterien wie Willensfreiheit, Geschäftsfähigkeit, Schuldfähigkeit, Dienst- oder Arbeitsfähigkeit auch niemals positiv definiert, es werden vielmehr Negativ-Formulierungen verwandt, d.h. es sind mögliche Einschränkungen und Beeinträchtigungen oder eben die Auf-

hebung von Grundfähigkeiten oder Eigenschaften des gesunden, mündigen und vernünftigen Menschen zu beurteilen.

Ein Sachverständiger sollte die ihm gesetzten Grenzen der Sicherheit seiner gutachterlichen Aussagen nicht überschreiten. Die eigene Erfahrung im Umgang mit Normenverstößen lehrt, daß bei kritischer Überprüfung auf die Frage: „Hätte X auch anders handeln können?“ eine Antwort immer offenbleiben muß (eher sogar verneint werden muß, vor allem, wenn wir fragen, ob wir die „Freiheit“ hatten, einen Regelverstoß zu einem bestimmten Zeitpunkt – z.B. Parken im Parkverbot – zu vermeiden), ohne daß dies die Schuld- oder Verantwortungsfähigkeit in Frage stellt.

Erkenntnisprobleme

Diese „Freiheitsfrage“, d.h. Fragen nach der sogenannten freien Willensentscheidung sind retrospektiv ohnehin nicht zu beantworten. Freiheit haben wir gleichsam nur nach vorn, auf eine noch offene Zukunft hin, nicht aber rückblickend auf vergangene Zeiten mit ihren bereits stattgehabten situativen, persönlichen und kontextuellen Einflüssen und Veränderbarkeiten, deren Motivations- und Begründungsstrukturen im nachhinein nur erschlossen werden können.

Wenn uns aber schon die eigene Freiheit einer stattgehabten Willensentscheidung nicht sicher zugänglich ist, wie sollen wir uns dann ein „wissenschaftlich begründetes“ Urteil zutrauen über die noch weniger zu differenzierenden Freiheitsgrade eines anderen Menschen, in dessen geschichtlich-individuellen Kontext wir letztlich kaum Einblick haben.

Dennoch werden uns bei der psychiatrischen Begutachtung – wenn auch vorsichtige – Urteile über eben diesen Sachverhalt abverlangt, also Aussagen über Persönlichkeiten, deren Entwicklung, deren Fähigkeiten, Störungen und Defizite. Es werden von uns Analysen von Verhaltens- und Motivationsstrukturen in einem situativen Vorfeld, Analysen von Täterpersönlichkeiten und deren grundsätzliche Entscheidungsmöglichkeiten – immer im Hinblick auf eine zugrundeliegende krankhafte Störung, die sich im sozialen Kontext abbildet – erwartet.

Kein Zweifel, daß diese Erkenntnisprobleme auch im psychiatrischen Alltag schwierig zu bewältigen sind. Bei nahezu allen psychiatrischen Beurteilungen mit ihren auch sozialen Konsequenzen – und was ist eine Sachverständigenaussage letztlich anderes? – haben wir es mit höchst problematischen Abwägungen von unterschiedlichen Risiken

und Gefährdungen im sozialen Umfeld zu tun. Der Jurist, der eine medizinisch-psychiatrische Stellungnahme für seine rechtsrelevante Entscheidung benötigt, tut deshalb gut daran, die Schlüssigkeit psychiatrischer Aussagen und Begründungen daraufhin zu überprüfen, ob sich der Zusammenhang zwischen Befund und Begründung im konkreten Einzelfall auch nachvollziehen läßt. Generalisierungen wie die Aussagen, daß psychische Erkrankungen mit paranoiden Symptomen immer zu einer Leistungsbeeinträchtigung oder zu einer persönlichen Gefährdung oder zur verminderter Schuldfähigkeit führen, oder daß Suizidalität niemals anders als durch Aufnahme in einer psychiatrischen Klinik abzuwenden sei, sind von daher unzulässig. Vielmehr muß – wie erwähnt – in jedem konkreten Einzelfall die unmittelbare individuelle und spezifische psychische Beeinträchtigung mit ihren Auswirkungen differenziert dargestellt werden, um die daraus resultierende Entscheidung schlüssig zu begründen.

Mißachtete Aufgabe des Psychiaters

Einen psychiatrischen „Sachverstand“ für Begutachtungen mit verschiedensten Fragestellungen zu entwickeln, bedarf ebenso der kompetenten Anleitung wie auch der breiten Erfahrung. Für diesen höchst sensiblen Bereich ist in den Weiterbildungscurricula oft nicht genügend Raum ausgewiesen. Zudem besteht offenbar wenig Interesse und Neigung, sich den komplexen Sachverhalten juristischer Fragestellungen und den psychiatrischen Beantwortungsmöglichkeiten zu stellen.

Es gehört aber zur ethischen und sozialen Verantwortung eines Psychiaters, diese grundsätzlichen Erkenntnisprobleme auf seinem Fachgebiet wahrzunehmen und die wechselseitige Beziehung zwischen biologischen Gesetzmäßigkeiten und den daraus resultierenden Einschränkungen von Kritik-, Urteils- und Erkenntnisfähigkeit unter Hinzuziehung neuester wissenschaftlich begründeter Erkenntnisse auch bei gutachterlichen Fragestellungen kritisch zu reflektieren und umzusetzen.

Die Opfer sexueller Gewalt im Strafprozeß

Reflexionen einer Oberstaatsanwältin



Helga Engshuber

Zusammenfassung

Langjährige Ermittlung und Verhandlung über Sexualstraftaten veranlaßten die Autorin, sich in vielfältiger Weise für die Rechte von Frauen und Kindern als Opfer vor Gericht zu engagieren. Aus ihrer Praxis berichtet sie von Beispielen grotesker Verständnissuche von seiten des Gerichts für den Angeklagten, während die Position der Opfer nicht nachvollziehbar und deshalb unberücksichtigt blieb. Sie äußert Zweifel, ob in der bisher üblichen Form Erforschung der Wahrheit vor Gericht überhaupt möglich ist. Sie denkt über Formen eines gesonderten Rechtsschutzes für Frauen und Kinder nach, kritisiert den männlichen Blickwinkel, mit dem das Gericht dem Angeklagten näher steht als den Opfern und fordert für Sexualstraftaten allgemein, insbesondere aber für Kinder als deren Opfer eine intensivere Beteiligung kompetenter Spezialisten durch das Gericht, vor allem Psychologinnen und Erzieher. Schließlich kritisiert sie die verheimlichte emanzipative Haltung mancher Frauen. Sie sorgt dafür, daß sich nichts verändert.

Nach § 244 Abs. 2 der deutschen Strafprozeßordnung hat das Strafgericht die Wahrheit zu erforschen und deshalb die Beweisaufnahme von Amts wegen auf alle Tatsachen und Beweismittel zu erstrecken, die für die zu treffende Entscheidung von Bedeutung sind. Das Urteil ergeht aus der freien, aus dem Inbegriff der Verhandlung geschöpften Überzeugung des Gerichts (§ 261 StPO). Ebenso wie der Richter ist der Staatsanwalt der Wahrheit verpflichtet, und zwar sowohl hinsichtlich der Umstände, die zu Lasten, als auch derjenigen, die zugunsten des Beschuldigten sprechen.

Erforschung der Wahrheit

Die Erforschung der Wahrheit ist ein über menschliche Fähigkeiten hinausgehendes Ziel, und je länger ich als Staatsanwältin tätig bin, desto bedrückender offenbart sich die Unzugänglichkeit des Phänomens

Wahrheit. Die Zweifel wachsen, ob es Wahrheit überhaupt gibt, oder ob nicht jeder Mensch – zu Recht – seine eigene Wahrheit sucht und findet. Dabei konnte es sich der Gesetzgeber aus der positivistischen Auffassung des ausgehenden 19. Jahrhunderts noch einfach machen und die Wahrheit in der Tat und den sie unmittelbar umrankenden Umständen ansiedeln. Im Zuge der Entwicklung zu einer fortlaufenden Akzentuierung der Schuldfrage und ihrer Elemente in unserem Jahrhundert hat aber die subjektive Tatseite ein Übergewicht erhalten, das den eigentlichen Punkt der Untersuchung, nämlich die Tat, färbt und teilweise sogar verschleiert. Das Gericht hat sich also mit der Tat in der Ausprägung auseinanderzusetzen, die der Täter ihr verleiht. Ebenso wie der Täter hat aber auch dessen Gegenüber, nämlich der Verletzte, die Tat nach Maßgabe seiner Persönlichkeit rezipiert und trotz aller Wahrheitsliebe subjektiv gestaltet, woraus folgt, daß die Strafverfolgungsbehörden sich mehreren, subjektiven Versionen der Wahrheit gegenübersehen.

Es fragt sich, ob hierin nicht ein wesentlicher Grund für die Täterorientiertheit des Strafprozesses zu sehen ist, ob nicht die überbetonte, objektive Tatelemente fast zurückdrängende Sichtweise des Strafprozesses den Blick auf die subjektive Wahrheit des Verletzten notwendig verstellen muß. Mehrere subjektive Wertungskomplexe kann ein Gericht kaum verarbeiten. Vielleicht würde es einem Psychologen gelingen, die Widersprüche aufzulösen; einem Rechtsgelehrten kann dies kaum glücken. Der Wahrheitsfindung dienlicher wäre also ein auch psychisch determinierter Strafprozeß, erst hierdurch – und nicht nur durch Sachverständigengutachten der „Gerichtspsychose“ – ließen sich sowohl die in der Tat sich ausdrückende Verletztheit des Beschuldigten, als auch die Tatfolgen für das Opfer richtig – ganzheitlich – überschauen. Ich setze mich seit Jahren dafür ein, die gesamte Rechtsordnung von den gegenständlichen, körperlichen, herrschaftsbestimmten Kriterien zu – auch – seelisch determinierten Werten weiterzuentwickeln. Ich kann nicht verstehen, weshalb in unserer Zeit, im Rahmen einer ganzheitlichen Sicht auf den Menschen, die Seele, oder, anders ausgedrückt, die Person als ganzes, völlig außer Betracht bleibt. Im Deutschen Juristinnenbund haben wir uns dafür ausgesprochen, neben der körperlichen Unversehrtheit ebenso die seelische Unversehrtheit des Menschen zu schützen. Aber die Gesellschaft ist noch nicht so weit. Der Vorschlag fand bei den Beratungen zur Neugestaltung des Grundgesetzes kaum Beachtung.

Im Zuge des strengen Schuldstrafrechts bemüht man sich zugunsten des Täters noch am ehesten, seine persönliche Disposition zu erkunden; soweit die gleichen Bemühungen um das Opfer unterblei-

ben, sind Mißverständnisse, Mißdeutungen und Zweifel die Folge, die sich wieder sämtlich zugunsten des Täters auswirken.

Einverständnis des Opfers?

So haben Staatsanwaltschaften und Gerichte sich jahrelang wenig Mühe gegeben, die Gründe zu erforschen, warum Frauen, die später vergewaltigt wurden, dem Täter an einsame Orte gefolgt sind; man deutete dieses Verhalten schlichtweg als Einverständnis mit allem, was ihnen später widerfuhr. So sprachen Gerichte aus Zweifeln an der Gewaltanwendung frei, wenn sich vergewaltigte Frauen mit dem Täter nach der Tat unterhielten. Erst allmählich setzte sich die Erkenntnis durch, daß ein Gespräch nach der Tat als erste Phase der Verarbeitung des ihnen widerfahrenen Unrechts von vielen Frauen mitgetragen wird. Die scheinbar ausweglose Konfrontation beginnt sich aufzulösen.

Viel größere Fragezeichen setzen Tatkomplexe, in denen sich das Zusammenspiel zweier Menschen immer wieder zu Straftaten verknotet und in Intervallen wiederholt zu fast freundschaftlichem Umgang entkrampft. Hier bereitet der Rückbezug des Täterverhaltens aus der Sicht der Reaktionen der geschädigten Frau den Strafverfolgern bei der Bewertung die größten Probleme. Da fährt Frau T, attraktiv, 28, in Scheidung lebend, zwei Kinder, mit Herrn B nach Amsterdam, wo sie sich in einem Hotelzimmer einquartieren und B die T praktisch im Bett festhält. Er läßt mehrere Tage seine Sexualität an ihr aus, füllt insbesondere ihre Scheide immer wieder mit Kokain und leckt es auf. Keiner Betonung bedarf, daß B darüber der Appetit verging, womit auch Frau T nichts zu essen bekam. Sie ist anwesend, als B von seinem Rechtsanwalt Geld abholt und Handschellen, sowie eine Lederpeitsche mit Nieten und Haken kauft. Wieder im Hotel, richtet B den Strahl der Handdusche so lang in Ts Mund und Nase, bis sie ohnmächtig wird. Er schlägt sie grün und blau und vergewaltigt sie. Es gelingt ihr, aus dem Hotelzimmer zu fliehen und ein anderes Zimmer zu bekommen. Als B sie am Folgetag weinend um Verzeihung bittet, kehrt sie zu ihm zurück. Er schlägt sie abermals und würgt sie bis zur Ohnmacht. Sie flieht erneut, läßt sich aber auf ein Gespräch ein, in dem er weinend Besserung verspricht. Er bittet sie um Geschlechtsverkehr, womit sie durchaus einverstanden ist, „weil sie das braucht“. Nach dem Verkehr löst er die Handriemen seiner Tragetasche, nimmt die Handschellen und fesselt T kreuzweise an Armen und Beinen an die Bettpfosten. Er ölt sie am ganzen Körper ein und schabt das Öl keineswegs sanft mit einem Messer ab. Er droht, ihre Brüste abzuschneiden. Die Zeugin

bleibt stundenlang gefesselt, während dessen sich B, Haschischzigaretten rauchend, ausruht. Er sagt: „Jetzt machen wir, was du willst“ – sie hatte vorher beim Geschlechtsverkehr Wünsche geäußert – und bohrt mit voller Wucht den Peitschenstil in ihre Scheide. Die Zeugin blutete stark. Als die Blutungen – Bett und Wände des Zimmers sollen bespritzt gewesen sein – schließlich nachlassen, führt B den Afterverkehr in sehr schmerzhafter Weise aus. Schließlich läßt er die Zeugin auf die Toilette, aber unter Aufsicht und der Pflicht zur Ablieferung des Produkts, welches er austrinkt. Er injiziert ihr ein Rauschgift, das sie stundenlang benommen macht und starke Übelkeit verursacht. Als sie aus ihrem Rausch erwacht, ist er fort. Sie will ihn nun endgültig verlassen, läßt sich aber mit dem Packen ihrer Sachen soviel Zeit, bis er wiederkommt, fährt mit ihm nach Deutschland und holt Geld. Sodann begleitet sie ihn nach Amsterdam zurück. Erst als sie feststellt, daß er ihren Ausweis versteckt hat, wendet sie sich an die Polizei. Nunmehr erklärt sie, sie sei endgültig „mit ihm fertig“ und wolle ihn nicht wiedersehen.

B war aus der Unterbringung abgängig, in die er wegen Schuldunfähigkeit im Anschluß an ähnliche Mißhandlungen von rund zwanzig Frauen gekommen war. Das nun abermals über B eingeholte psychiatrische Gutachten schildert ihn als außergewöhnlich intelligent, gut aussehend und gepflegt. Gegenüber dem Gutachter erklärt er freimütig, daß er nur solche Frauen quäle, die er gut leiden möge. Seine Sexualpraktiken verniedlicht er als Phantasieeichtum. Der Gutachter attestiert ihm ein narzistisch geprägtes extraordinäres Machtstreben.

Die Geschädigte wird nicht psychiatrisch begutachtet. Da sie erwachsen ist, wird nicht einmal ein Glaubwürdigkeitsgutachten in Auftrag gegeben. Klar ist die Folge: Die Zeugin wird nicht in der Lage sein, ihre Motive für ihre wiederholte Gutgläubigkeit und ihre langmütige Sympathie für den Täter dem Gericht plausibel zu machen. Das Gericht wird – sofern überhaupt eine strafrechtliche Verantwortlichkeit des Täters nunmehr in Betracht kommen sollte – das Verhalten der Zeugin beim Angeklagten als erheblich strafmindernd werten. Der Strafprozeß wird auf seiten des Täters unter Verwertung aller psychologischen Erkenntnisse, auf seiten der Zeugin ohne entsprechende Beurteilungsgrundlage geführt werden.

Rechtsschutz für Frauen

Was würde eine Begutachtung der Zeugin ergeben?

Den obigen Fall habe ich auch deshalb so ausführlich geschildert, weil

er zwar besonders kraß, jedoch nicht untypisch ist: Immer wieder kehren mißhandelte und mißbrauchte Frauen zu den Schädigern zurück und versuchen wieder und wieder, ihn durch Liebe und Unterordnung zu gewinnen, mir scheint, auch nach ihren Wünschen zu formen. Auch Selbstaggression der Frauen scheint eine große Rolle zu spielen. Frauen bieten Männern die offene Flanke ihrer Schwächen dar und fordern damit Mißhandlungen geradezu heraus. Sie ordnen das Leiden ihrer Frauenrolle zu.

Die Rechtsordnung müßte diese Frauen besonders schützen, jedoch ist das Gegenteil der Fall. Das wechselhafte Aussageverhalten dieser Frauen, heute der Ruf nach polizeilicher Hilfe, morgen die Zurücknahme der Strafanzeige, jetzt der Gang ins Frauenhaus, alsbald die Rückkehr zum Täter lassen die Polizei besonders unlustig einschreiten und auch die Vernehmungen ohne den nötigen Nachdruck führen. Hinzu kommt, daß Körperverletzungen den Privatklagedelikten zuzuordnen sind und man soeben erst darüber nachzudenken anfängt, ob nicht Mißhandlungen in einer Partnerschaft stets von Amts wegen verfolgt werden sollten.

Eigene Betroffenheit von Ermittlungsbeamten und Juristen

Hinzu kommt die subjektive Einstellung der Ermittlungsbeamten und der Richter, die wiederum ihre eigene Vorprägung in das Tatgeschehen einbringen. Von den Partnerschaftskonflikten ist jeder mehr oder minder betroffen. Die eigenen Erfahrungen der Strafverfolger fließen in die Wertung des Tatgeschehens ein und bewirken eine weitere Entfernung des Sachverhalts von der umfassenden Realität.

Hier geschieht Unfaßbares: Nicht nur werden mißhandelte Frauen eindringlicher und – anders als andere Zeugen – wiederholt auf ihre Wahrheitspflicht hingewiesen; vereinzelt liest sich auch der Zusatz eines Polizeibeamten unter den Niederschriften, daß man ja schließlich „ein Mann“ sei und daher für den Täter vollstes Verständnis aufbringen könne. Es folgt die Empfehlung an die Staatsanwaltschaft, von weiteren Ermittlungen abzusehen. Kein Wunder, daß die aus Beziehungsgeflechten resultierenden Taten besonders schlecht aufgeklärt werden. Die Polizei bemüht sich häufig nur, den augenblicklichen Konflikt zu entschärfen; Ermittlungsvorgänge werden gar nicht angelegt; jeder Anhaltspunkt, der ermöglicht, sich ohne viel Aufwand aus der Affäre zu ziehen – und sei es ein als glaubhaft eingestuftes Leugnen des Beschuldigten – wird zum Anlaß genommen, von weiteren Schritten Abstand zu nehmen. Auch fotografische Aufnahmen von den Verletzungen der

Frauen werden nicht so regelmäßig genommen wie bei Kraftfahrzeugschäden. In den Beweisergebnissen vorgreifender Weise wird zuweilen sogar das Verhalten des Täters als „sozialadäquat“ entschuldigt.

Ähnlich unverantwortlich werden Fälle behandelt, in denen Frauen erst nach geraumer Zeit eine Tat anzeigen. Gründe für die späte Anzeige werden selten erforscht; eher ist man auf Seiten der Polizei – und auch der Staatsanwaltschaft – geneigt, Anzeigen wegen zurückliegender Taten keinen oder jedenfalls nicht vollen Glauben zu schenken und den Umstand der Anzeige einer momentanen Verärgerung über nichtige Anlässe zuzuschreiben. Die Mühe, die Hemmschwelle zu betrachten, die eine Frau zu überschreiten hat, die ihren Ehemann oder Gefährten anzeigt, macht man sich kaum.

Noch ein Beispiel

Bei der Staatsanwaltschaft sieht es nicht viel besser aus. Zwei Schwestern hatten sich an ihre Lehrerin gewandt und vorgebracht, ihr Vater „fasse sie an“. Die Lehrerin vermittelte die Mädchen an das Jugendamt, wo sie unter fachkundiger Befragung Vergewaltigungen durch den Vater schilderten. Bei dem sodann eingeschalteten Vormundschaftsgericht ließen sie es bei der Angabe „sexueller Übergriffe“ bewenden. Der Dezernent der Staatsanwaltschaft stellte das Verfahren auf einen ihm vorgelegten zusammenfassenden Bericht des Jugendamtes, in dem alle drei Versionen der Aussagen aufgenommen waren, ohne weitere Prüfung mit einem Halbsatz wegen Widersprüchen in den Aussagen, die daher ungläubhaft seien, ein. Erst als das Verfahren auf eine Dienstaufsichtsbeschwerde in ein Spezialdezernat zur Verfolgung sexueller Übergriffe gegeben wurde, kam es zur Einholung eines Glaubwürdigkeitsgutachtens, das die Schilderungen der Kinder in der schwersten Form der Vergewaltigung bekräftigte. Hier hat der erste Bearbeiter völlig die Scham der Verletzten negiert, die zwar mit ihrer Offenbarung gegenüber der Lehrerin um Hilfe baten, aber erst bei verständnisvoller Exploration ihren Kummer in vollem Umfang zu offenbaren in der Lage waren.

In einer Strafsache wegen versuchter Vergewaltigung notierte sich der Sitzungsvertreter in die Handakten, der Angeklagte habe der Geschädigten ein Messer an den Hals gehalten, sie aufgefordert, ihren Unterleib zu entkleiden und angekündigt, er wolle sie „bumsen“. Gleichwohl beantragte er, von einer Verurteilung wegen versuchter Vergewaltigung abzusehen, „weil ihm der Einsatz der Gewalt zum Zweck des Geschlechtsverkehrs nicht hinreichend belegt“ zu sein schien. Auch die schließlich beigebrachten Messerstiche hätten sich ihm

„nicht als Mittel zum Zweck“ dargestellt, „sondern als rechtswidrige Reaktion auf Abwehrhandlungen des Opfers“. Der Täter wurde entgegen dem Antrag verurteilt. Das Urteil ist zwischenzeitlich rechtskräftig.

Drittes Beispiel

Ein Mann wurde beschuldigt, seine zwölfjährige Stiefschwester auf einem Sofa vergewaltigt zu haben. Die Ehefrau des Täters bekundete, an dem fraglichen Tage (kurz vor ihrer Niederkunft) ein benutztes Kondom auf jenem Sofa gefunden zu haben. Ein Freund des Täters sagte aus, dieser habe sich mit der Tat gebrüstet (dadurch war die Sache herausgekommen). Nach der Zeugenaussage der „ständigen Freundin“ des Täters sollte die Geschädigte in ihren Stiefbruder verliebt gewesen sein.

Der Dezernent stellte das Verfahren ein mit der Begründung, daß gegen die Angaben der Verletzten die Tatsache spreche, daß sie von sich aus keine Anzeige erstattet habe. Ergänzend führte er aus: „Ich möchte davon absehen, die Personen der Zeugen und ihre Interessenlagen im einzelnen zu bewerten. Anlaß dazu besteht in die eine oder andere Richtung durchaus, ich halte dies jedoch nicht für erforderlich, weil das mitgeteilte Beweisergebnis deutlich zeigt, daß mit einer Überführung des Beschuldigten nicht zu rechnen ist. Im Ergebnis steht nämlich lediglich die belastende Aussage der Verletzten gegen die bestreitende des Beschuldigten.“ Es ist nicht ausgeschlossen, daß die (wörtlich) „Geschädigte möglicherweise aus enttäuschter Zuneigung den Sachverhalt lediglich erfindet“.

Auch hier war eine angemessene Strafverfolgung erst gewährleistet, nachdem die Sache an das Spezialdezernat überwiesen worden war (wohin sie von Anfang an gehört hätte). Das zwischenzeitlich eingeholte Glaubwürdigkeitsgutachten attestierte die Wahrheit der Aussage. Die Geschädigte teilte der Sachverständigen mit, daß die Tat sie besonders verletzt habe, weil sie ihren Stiefbruder so gern gehabt habe. Dieser hatte sich verteidigt, seine Stiefschwester habe ihn angefleht, mit ihr zu verkehren, weil sie ihn so liebe, daß sie nachts immer von ihm träume. Inzwischen hat der Täter gestanden.

Welche Präokkupationen haben hier bei dem im übrigen sorgfältig arbeitenden Staatsanwalt bestanden, daß er das Indiz des Kondoms völlig übersah?

Einfühlungsfähigkeit in die Lage der Frauen und Einsicht in männliche Verhaltensweisen fehlte auch in einem Bericht, in dem es um eine Stellungnahme zu einer geplanten Strafvorschrift für Übergriffe von Ärzten, Psychiatern, Masseuren und verwandten Berufsgruppen

ging. Hier war ausgeführt: Wenn man schon die Frauen als mündige Bürger mit der Fähigkeit zur sexuellen Selbstbestimmung versteht, sollte diese Sicht auch bei der Gestaltung von Strafvorschriften zugrundegelegt werden und die Ausprägung des Gesetzes bestimmen. „Wenn Patientinnen also mit sexuellen Handlungen einverstanden sind, sollte von einer Strafbarkeit der Handlungen abgesehen werden“ (Überraschungsangriffe wurden völlig vergessen). Wissen die Männer, die diese Stellungnahme verfaßt und gegenüber dem Ministerium ausdrücklich gebilligt haben, wirklich nicht, wozu Männer fähig sind, wie hartnäckig mit allen Mitteln sie ihr Ziel verfolgen und Abwehrreaktionen mißdeuten? Konnte man wirklich guten Gewissens übersehen, daß schon gesunde und emotional zufriedengestellte Frauen alle Kräfte aufbieten müssen, um sich zu widersetzen? Hier schlummern unter dem korrekten Ausdruck der Rechtssprache Aggressionen, die kaum die Hoffnung aufkeimen lassen, daß man sich alsbald bemühen wird, den verletzten Frauen gerecht zu werden. Dazu paßt das Gegreine, das über die Vorschrift des Frauenfördergesetzes laut wurde, welche sexuelle Übergriffe am Arbeitsplatz verbietet. Nach Ansicht der männlichen Mitarbeiter diskreditiert diese Bestimmung sie ohne jeden Anlaß. Soweit uns Strafanzeigen wegen solcher Vorkommnisse im öffentlichen Dienst vorliegen, waren die weiblichen Mitarbeiter, sofern nicht mitbetroffen, so doch eingeweiht und aufmerksam. Vorgesetzte und die Mehrzahl der männlichen Kollegen wollen nichts bemerkt haben. Einen solchen Fall, der zur Strafkammer angeklagt war, weil eine Verknüpfung der Übergriffe mit der Drohung dienstlicher Nachteile bestand, hat die Strafkammer – was ganz ungewöhnlich ist – im Zwischenverfahren praktisch voll verhandelt, wobei der Angeschuldigte bei der Vernehmung aller Zeuginnen anwesend war und nunmehr weiß, wie er sich zu verteidigen hat. Sodann eröffnete die Kammer vor dem Schöffengericht, wo die Sache bereits über ein Jahr ruht. Eine umfassende Strafverfolgung war zudem bereits dadurch ausgeschlossen, daß die meisten Frauen keine Anzeige erstattet hatten, so daß der jedenfalls vorliegende Vorwurf der Beleidigung nicht mehr verfolgt werden konnte, nachdem der Sachverhalt durch eine mutige Auszubildende bekannt geworden war.

Spezialdezernate

Es wurde bereits deutlich, wie segensreich sich die Einrichtung der Spezialdezernate zur Verfolgung sexueller Übergriffe ausgewirkt hat. Die Arbeitsweise dieser Dezernate wird von Frauen geprägt. Die Frau-

en haben sich mit der Disposition und den Hemmschwellen der Geschädigten befaßt und sich die notwendigen psychologischen Grundkenntnisse angeeignet. Soweit Männer in diesen Dezernaten tätig sind, ziehen sie mit. Auch die Polizei hat inzwischen Sonderzuständigkeiten in den Händen von Beamtinnen eingerichtet, die sich aber alle nur mit sexuellen, nicht mit sonstigen Übergriffen befassen.

Für Männer ist das Aufgabengebiet der sexuellen Gewalt besonders schwer, weil es Selbstverleugnung fordert. Sie sprechen nicht darüber; aber einer meiner Dezernenten, dem man soviel Sensibilität eigentlich nicht zutraut, erklärte mir fernmündlich – beileibe nicht von Angesicht zu Angesicht –, daß er sich durch die Arbeit im Spezialdezernat als Mann doch sehr gehemmt fühle.

Die Arbeit in diesen Dezernaten fordert großen Einsatz, seelische Stabilität und fachkundige Begleitung. Schon seit einiger Zeit fordern meine Dezernentinnen die Supervision durch eine Psychologin und haben zunächst mangels zugebilligter öffentlicher Gelder auf eigene Kosten psychiatrische Betreuung in Anspruch genommen. Dabei ging es darum, nicht nur selber mit dem Schmutz und den Grausamkeiten in den Akten fertig zu werden, sondern auch eigene Präokkupationen zu erkennen und zu lernen, sie in Vernehmungen und in Fragen der Beweiswürdigung auszuschalten. Zwischenzeitlich hat die Landesregierung Niedersachsen das Projekt aufgegriffen und Gelder für eine Gruppensupervision bereitgestellt. Auch in anderen Bundesländern waren Balint-Gruppen mit demselben Ziel gebildet worden, die jedoch – soweit ich in Erfahrung bringen konnte – weitgehend eingeschlafen sind. Ist es schon unfassbar, daß Männer und Frauen in grundlegenden Fragen der Sexualität nach Jahrtausenden verfaßter Gesellschaft noch keine Einigkeit erzielt haben, erscheint noch unbegreiflicher, wie verbissen sich Männer aller geistigen Stufen den Erkenntnissen zu verschließen wissen, die in den letzten Jahren nach Untersuchungen veröffentlicht und in den Medien mit großem Gewicht verbreitet werden: Einer Freundin, die sich auf eine solche Diskussion einließ, hielt einer der beteiligten Männer entgegen, auch nach Einsatz massiver Mittel vor dem ehelichen Verkehr zeige seine Ehefrau sich nachher immer angetan. Motto: Ich kann mit meiner Frau machen, was ich will, das geht niemanden etwas an.

Eine mutige Bremer Staatsanwältin hat eine Vielzahl von Kommentaren von Männern über Partnerschaftsgewalt – sei es von Beamten der Strafverfolgungsbehörden oder von Beschuldigten – zusammengetragen und eine bessere Koordination der Arbeit an diesen Tatgeschehen zwischen Polizei, Frauenhäusern, Familien- und Vormundschaftsgerichten, Staatsanwaltschaft und Strafgerichten gefordert. Es sollen

Richtlinien für die Bewertung und Bereinigung von Partnerschaftsdelikten ausgearbeitet und auch diese Straftaten in Sonderdezernaten behandelt werden. Sie bemängelt, daß Körperverletzungen in Partnerschaften ohne Zuständigkeitskonzentration häufig auch von Amtsanwälten bearbeitet und viel zu oft auf den praktischen wirkungslosen Weg der Privatklage geschoben würden. Die Landesregierung hat auch diese Vorschläge aufgegriffen. Die Einrichtung von Sonderdezernaten für Partnerschaftsgewalt scheint bevorzuzustehen. Namentlich zum besseren Schutz der betroffenen Frauen sind Sonderdezernate unerlässlich.

Bei den bisherigen Ermittlungen wird auch häufig nicht berücksichtigt, welche Gefährdung eine Strafanzeige oder auch nur ein Hilferuf an die Polizei für die geschädigten Frauen zu Folge hat. In Sonderdezernaten können unter Einschaltung der bereits vorerwähnten Institutionen Taktiken ausgearbeitet werden, um eine Gefährdung zu minimieren. Frauen können unmittelbar nach Körperverletzungen die Wohnung häufig schon der Kinder wegen nicht verlassen. Bleibt die Frau in der Wohnung, setzt sich das Drama häufig unmittelbar anschließend fort. Es ist wiederholt vorgekommen, daß angezeigte Bedrohungen durch den Partner so lange nicht hinreichend beachtet wurden, bis er die Frau erschlagen hatte. Flankierend müßte in geeigneten Fällen eine Einzel- und Familientherapie eingerichtet werden, deren Teilnahme für den Täter strafmildernd berücksichtigt werden kann. Grundlegende Voraussetzung wäre – wie ausgeführt – eine Verfolgung aller Partnerschaftsgewalt als Officialdelikt. Der mit einer strikten Verfolgung verbundene Erziehungseffekt müßte flankierend wirken.

Straftaten an Kindern

Die Aufklärung von Straftaten zum Nachteil von Kindern stellt uns vor kaum lösbare Probleme. Nicht nur spielen bei diesen Delikten alle vorausgeführten Faktoren eine Rolle, sondern auch fehlt den Kindern der Schutz der Mütter, deren eigene Leidensbereitschaft zum Nachteil der Kinder in die Waagschale fällt. Da versteckt ein Vater, der sich bereits vielfache Körperverletzungen zum Nachteil der Kindesmutter hat zuschulden kommen lassen und zuweilen mit der Axt im Wohnzimmer fuchelt, seine elf Monate alte Tochter in einem mit Kleidungsstücken gefüllten Schrankfach, wo sie nur deshalb überlebt, weil die Rückwand ein Loch hat, durch welches Sauerstoff geführt wird. Grund sei gewesen, die Frau zu bestrafen. Der Täter legt sich seelenruhig in seinem alkoholisierten Zustand schlafen. Von der Panik der Frau, der

herbeigerufenen Schwiegereltern und der Suche der schließlich eingetroffenen Polizei läßt der Vater sich immer nur halb aufwecken, erklärt, vom Verbleib des Kindes nichts zu wissen und später, die Polizei habe es entführt und ihn festgehalten. Bis zur Hauptverhandlung hat er seine Lebensgefährtin wieder versöhnt, welche ihn entlastet, indem sie eigene „Vergehen“ behauptet. Er erhält wegen Rauschat sechs Monate Freiheitsstrafe mit Bewährung, welche er durchsteht. Auch die zehnjährige Tochter seiner Lebensgefährtin hat er wiederholt geschlagen. Die „Familie“ ist noch zusammen. Weiteres kann man sich ausmalen. Die selbstschädigende Bindung der Frauen an die Männer schädigt die Kinder in ihrer ganzen Entwicklung.

Die kleine Eva wird – wie weit der Freund der Mutter Mitinitiator ist, ist noch nicht festgestellt – seit ihrem dritten Lebensjahr von der Mutter über zehn Männern zu Sexualspielen zur Verfügung gestellt. Als Fünfjährige kommt sie wegen offensichtlicher Vernachlässigung in eine Pflegefamilie. Nach einigen Monaten vertraut sie sich der Pflegemutter an. Dem Pflegevater bietet sie sich auch sexuell an; sie hat keine Vorstellungen von Zärtlichkeit ohne sexuelle Handlungen. Sie ist ein überaus aufgewecktes und intelligentes Kind und macht präzise und zum großen Teil auch verifizierbare Angaben. Nur mit den Tatzeiten hat sie Probleme. Obgleich die Pflegemutter – als Kindergärtnerin geschult – von sich aus von weiteren Befragungen absieht und auch die Mitarbeiterin des Jugendamtes kaum Fragen stellt, führt das zwölfseitige Glaubwürdigkeitsgutachten nach kaum drei Stunden Exploration auf elfeinhalb Seiten nur Umstände an, die gegen die Zeugin sprechen. Nur auf einer halben Seite wird ausgeführt, daß das Kind ohne Zweifel mißbraucht worden sei (die nicht vorliegende Verletzung des Hymens spreche nach den Tatschilderungen des Opfers nicht gegen den Wahrheitsgehalt der Angaben). Die Sachverständige ist aber der Meinung, daß das fünfjährige Mädchen die Täter der einzelnen Episoden nicht auseinanderhalten könne. Eine Begründung dafür gibt sie nicht. Mir leuchtet das nicht ein: Jeder Hund weiß, wer ihn geprügelt hat; ein aufgewecktes Kind soll weniger Fähigkeiten haben?

Zwar übersehe ich nicht, wie Sachverständige wegen ihrer Gutachten von allen Seiten angegriffen werden, und wie vorsichtig sie ihre Wertungen abgeben, um nicht den Anschein der Befangenheit zu erwecken. Aber schon die räumliche Gewichtung der gegen und für die Angaben des Kindes sprechenden Umstände erscheint mir unproportional. Bedenkt man, daß solch mißhandelte Kinder auch meist in einer sexuell aufgeheizten Atmosphäre leben müssen, in der auch einschlägige Handlungen Erwachsener nicht verborgen und Pornofilme gezeigt werden, steht der Täter um so besser da, je mehr anderweitige ge-

schlechtliche Beobachtungen das verletzte Kind machen konnte. Auch die bereits beginnende Verarbeitung der Tat durch das Kind gab Anlaß zu Bedenklichkeiten: „Sie haben gesagt, das ist gut für Kinder, sie haben es wieder und wieder getan. Ich habe mich gewehrt und gesagt: Nein, das ist nicht gut für Kinder.“ Nachdem aufgrund von Ermittlungsfehlern und einer darauf beruhenden Entscheidung des Vormundschaftsgerichts weitere in dem selben Komplex verletzte Kinder ihren Eltern zurückgegeben worden sind, besteht kaum noch eine Chance, Evas Angaben von Dritten zu bestätigen. Voraussichtlich wird nur einer der Täter – der Gefährte der Mutter – und diese wegen weniger Tattteile verurteilt werden. Ich halte dieses tapfere kleine Mädchen, das sein Schicksal schließlich selbst in die Hand nahm, indem es von der Mutter weglief, für aufrecht und überzeugend, von wirklich kleinen möglichen Übertreibungen abgesehen.

Die Sachverständigengutachten über die Glaubwürdigkeit von Kindern, von denen ich eine Vielzahl gelesen habe, basieren neben den bekannten Kriterien überproportional auf der Prüfung der Phantasiefähigkeit der Kinder. Nur Kindern, die wenig Erfindungsgeist zeigen, wird rückhaltlos geglaubt. Besonders sicher sind sich die Sachverständigen, wenn das Kind zudem noch intellektuell so einfach strukturiert ist, daß eine überzogene Aussage wegen fehlender Durchhaltefähigkeit (Konsistenz) entlarvt werden kann. Nun ist Phantasie geradezu ein Lebenselixier von Kindern; und intellektuell unzureichend ausgestattet sind die meisten von ihnen nicht. Hier würden wir verstärkte Bemühungen der Kinderpsychologen begrüßen, sich mit der Beurteilung der Glaubwürdigkeit von normalen Kindern leichter zu tun.

Von seiten der Strafverfolgungsbehörden sind Bestrebungen zur verbesserten Bearbeitung der Verfahren wegen Sexualdelikten an Kindern angelaufen. Es sollen – unter fachkundiger Beteiligung von Psychologen und Erziehern – Richtlinien ausgearbeitet werden, die sichern, daß in Kinder nichts „hineingefragt“ wird; die die Vernehmungen konzentrieren und den bestmöglichen Zeitpunkt für die Vernehmung festlegen (soweit möglich, solange die Erinnerung an die Tat noch frisch ist und eine etwa verfälschende Verarbeitung der schädigenden Situation noch nicht begonnen hat). Die Festlegung eines solchen Zeitpunktes wird allerdings sehr schwierig sein.

Schon jetzt sind durch örtliche Initiativen Kooperationen zwischen der Polizei, den Staatsanwaltschaften, den Jugendämtern und den Vormundschaftsgerichten entstanden, die sich zum Ziel gesetzt haben, nur eine – gemeinsame – Vernehmung den Kindern zuzumuten.

Zu unterstreichen sind auch die Bemühungen, die Vernehmung des Kindes auf Video aufzuzeichnen, um ihm wiederholte Anhörungen

zu ersparen. Der Anwalt des Kindes ist nur insofern unumstritten, als er dem Opferanwalt gleichgestellt werden soll. Ihn darüber hinaus so zu konzipieren, daß er praktisch alle prozessualen Rechte des Kindes verwalten soll, ist noch umstritten.

Schlußgedanken

Es gibt – auch für die Psychologen – noch unendlich viel zu tun. Insbesondere die Staatsanwaltschaften und Gerichte haben dabei schmerzhafteste Prozesse zu durchlaufen. Die Verfahren wegen Sexualdelikten entlarven den überkommenen Strafprozeß als gesellschaftlich verfehlt. Ein Umdenken hat eingesetzt, muß aber noch alle erfassen. Wir Frauen sind aufgerufen, die Entwicklung voranzutreiben. Unkonventionelle Lösungsansätze können eine gangbare Vorspur zeichnen.

Frauen dürfen sich nicht so verhalten, wie eine Geschlechtsgenossin, die ich auf einer Versammlung traf. Sie schilderte mir die Leiden ihrer Ehe und wie sie sich damit zurechtgefunden habe und schloß ihre Ausführungen: „Und darum bin ich jetzt Emanze, aber mein Mann darf das nicht wissen.“

Literatur

- Hanne Tügel und Michael Heilemann (Hrsg.): Frauen verändern Vergewaltiger, Fischer, Frankfurt 1987
- Yasmina Bauernfeind, Marlies Schäfer: Die gestohlene Kindheit. Sexueller Mißbrauch an Kindern, Droemer Knaur, München 1992
- Rosemarie Steinhage: Sexueller Mißbrauch an Mädchen, rororo Sachbuch, Hamburg 1989

Die Opfer sexueller Gewalt im Strafprozeß

Erkenntnisse einer Gerichtspsychologin



Ursula Krück

Zusammenfassung

Aus ihrer 30jährigen Begutachtungspraxis zu Aussagenpsychologie und Glaubwürdigkeit beschreibt die Autorin subjektive Erwartungen der Opfer von der Anzeige und dem nachfolgenden Gerichtsverfahren, unabhängig davon, ob diese Erwartungen erfüllbar sind. Sie beschreibt, worum die Ängste kreisen und welche Probleme für kindliche, adoleszente und erwachsene Opfer sexueller Gewaltverbrechen in der Begutachtungssituation und in der Gerichtsverhandlung entstehen; welchen Beitrag das Glaubwürdigkeitsgutachten zum Opferschutz leisten kann und welche Möglichkeiten in der gegenwärtigen Situation vor Gericht bestehen, die Opferseite zu würdigen und die Person des Opfers im Strafverfahren gebührend zu berücksichtigen.

Im schwierigen Prozeß der Wahrheitsfindung bedient sich die Justiz u.a. der Mithilfe aussagepsychologischer Sachverständiger. Nach einer Grundsatzentscheidung des BGH von 1955 wird es dem Richter zur Pflicht gemacht, einen aussagepsychologischen Sachverständigen in den Fällen hinzuziehen, in denen Kinder oder Jugendliche als Hauptbelastungszeugen auftreten, der Beschuldigte bestreitet und andere Beweismittel nicht zur Verfügung stehen. Diese Entscheidung betrifft schwerpunktmäßig die sexuell viktimisierten Zeugen. Spielt das Beziehungsgeflecht zwischen Täter und Opfer zum Erhellenden des Tatmotivs eine entscheidende Rolle (Vergewaltigung durch Bekannte/Verwandte; späte Anzeige inzestuöser Handlungen...), werden ebenfalls häufig aussagepsychologische Sachverständige bemüht.

In dieser Eigenschaft konnte die Verfasserin über fast drei Jahrzehnte die meisten der Opfer sexueller Delikte in mindestens zwei Phasen des Strafprozesses erleben: in der psychologischen Exploration und in der Hauptverhandlung. Die hier anzuführenden Erkenntnisse basieren vornehmlich auf den Ergebnissen der Exploration des Opfers: seiner emotionalen Befindlichkeiten, Einstellungen und Meinungen bezüglich der angegebenen Tat und ihrer unmittelbaren Folgen; auf der Analyse der die Erstaussage und Anzeige auslösenden Motivation sowie dem Erkunden bisheriger Erfahrungen mit dem Verlauf des Verfah-

rens, diesbezüglicher Erwartungen, Hoffnungen oder/und Ängsten. Sie basieren auch auf den beim Opfer wahrnehmbaren Auswirkungen der Gerichtsverhandlung.

Das Opfer in der Anzeigesituation

Erwartungen des Opfers

Das jüngere Kind erfaßt noch nicht den eigentlichen Unrechtsgehalt seiner sexuellen Viktimisierung, ihre Strafwürdigkeit und die Bedeutung ihrer strafrechtlichen Ahndung. Eine eigenständige Motivation zur Anzeige besteht daher bei ihm nicht. Entsprechend seiner individuellen Mentalität, verhält es sich bei der polizeilichen bzw. richterlichen Anhörung kindlich-unbekümmert oder auch – wegen der ihm ungewohnten äußeren Situation – gehemmt.

Das ältere Kind zeigt bereits Betroffenheit, über ein tabuisiertes Thema vor Fremden sprechen zu müssen. Die Peinlichkeit der aktuellen Situation der Aussage steht im Vordergrund seines Erlebens. Erst mit zunehmender psychischer Differenzierung und Reflektierfähigkeit wird vom kindlichen oder jugendlichen Zeugen auch das an ihm begangene Unrecht der Tat erfaßt, so daß zur Wiederherstellung seines inneren Gleichgewichts auch Bestrafungswünsche geäußert und damit zugleich Erwartungen an das Strafverfahren gestellt werden. Die Bestrafungswünsche entsprechen dabei häufig nicht dem gesetzlichen vorgegebenen Rahmen. Vielmehr dient die eigene Leiderfahrung als Grundlage einer als gerecht empfundenen Strafe: „Er darf mit niemandem reden; ich durfte auch nicht ‚darüber‘ sprechen.“ – „Er soll ganz lange ins Ausland, wo ihn keiner kennt, damit er sieht, wie es ist, wenn man von der Familie wegkommt.“ (Kind Heimerfahrung)

Reifere Sexualopfer verbinden mit ihrem Entschluß zur Anzeige meistens die Bestrafung des Täters. Sie haben sich oftmals schon über die mit einem Strafverfahren für sie verbundenen psychischen Belastungen informiert und zeigen sich entschlossen, sie auf sich zu nehmen. Das Ausmaß der bei der Tat erfahrenen Traumatisierung durch Gefühle eigener Ohnmacht, Hilflosigkeit und Erniedrigung, gelegentlich auch die nachfolgende soziale Ächtung, die sich mit dem Bekanntwerden ihrer sexuellen Viktimisierung verbindet, scheinen ihnen in keiner Relation zur vorhersehbaren Belastung durch den Verfahrensverlauf zu stehen. Obgleich sie sich der fehlenden Realisierbarkeit der von ihnen erwünschten Bestrafung bewußt sind, erscheinen ihnen lebenslängliche Haft oder Entmannung als eine angemessene und gerechte Strafe.

An den Ausgang des Strafverfahrens stellen diese Sexualopfer überwiegend emotionsbestimmte Erwartungen. Sie dienen der Wiederherstellung des inneren Gleichgewichts, das ihnen durch ihre Opferrolle verloren ging. Wenn weniger die Tat als der Vertrauensbruch des Täters die psychische Traumatisierung bewirkte (etwa bei Inzest, Vergewaltigung durch den Ex-Mann oder Ex-Freund), tritt der Bestrafungswunsch hinter das Bedürfnis zurück, über seine Rolle als Angeklagter das Geständnis des Täters zu bewirken. Idealvorstellungen beziehen auch eine fragliche Erklärung des Täters für seine Handlungsweise und seine Entschuldigung mit ein: „Warum hat er das gemacht? Warum holt er sich ‚das‘ nicht woanders? Ich bin doch seine Tochter!“ Die Wiederherstellung des zerbrochenen Interaktionsgefüges, der Wunsch nach erneutem Achtungsbeweis des Täters, stehen dann im Vordergrund der mit dem Strafverfahren verbundenen Erwartungen des Sexualopfers.

Ein weiteres Motiv zur Anzeige resultiert häufig aus der damit verbundenen Erwartung, das soziale Umfeld auf diesem Weg von der Richtigkeit der Anklagen überzeugen zu wollen. Die Rolle des Lügners und der damit verbundene Verlust der Ehre und Ansehen wiegen dabei schwerer als die Tat selbst: „Sie sollen mir endlich glauben!“

Das Ehrgefühl ist schon beim Kleinkind verletzbar. Die zur Tatzeit dreijährige Paula, die sich unmittelbar nach der Tat spontan den Eltern durch konkrete Angaben mitgeteilt hatte, erfuhr durch zweifelnde Reaktionen im weiteren Verwandtenkreis eine nachhaltigere seelische Belastung als durch die Tat selbst. In diesem Fall wurde die Mutter durch die familiär bedingte Beweisnot zur – relativ späten – Anzeige motiviert. Nach ihrer dann ausnahmsweise immer noch forensischen Ansprüchen genügenden polizeilichen Aussage (die Erinnerung von Kleinkindern pflegt rasch zu verblassen), wirkte Paula auf die Mutter wieder unbeschwert, heiter und wie befreit. Paula soll überall verkündet haben: „Die Polizeifrau hat mir geglaubt.“ Hier nahm die „Polizeifrau“ eine stärkere Autoritätsrolle ein als die Eltern. Mit der polizeilichen Aussage waren zumindest Paulas Erwartungen erfüllt. Ihnen entsprach die Mutter, wenn sie eine erneute Konfrontation ihres Kindes mit der inzwischen neun Monate zurückliegenden Tat nicht wünschte, ihre Einwilligung in die psychologische Exploration versagte und damit möglicherweise auch die Einstellung des Verfahrens in Kauf nahm. Die multipel motivierten Erwartungen, welche die Sexualopfer an das Strafverfahren stellen, widerspiegeln das hohe Ausmaß ihrer Leiderfahrung. Mit der Wahrnehmung ihrer Zeugenrolle erhoffen sie sich eine Minderung des Leidensdrucks.

Ängste der Opfer

Die geäußerten Ängste der Opfer beziehen sich nicht nur auf Zweifel an der Erfüllung ihrer Erwartungen, sondern auch auf den Ablauf des Verfahrens:

- Unsicherheit über den weiteren Verfahrensverlauf und das gerichtliche Procedere;
- die Konfrontation mit dem Täter;
- sein anhaltendes Bestreiten;
- nachlassende eigene Erinnerung;
- allgemeine Unfähigkeit, das Gericht von der Richtigkeit der Anschuldigung überzeugen zu können, vermehrt dann, wenn schon durch die polizeiliche Vernehmung entsprechende Zweifel induziert wurden;
- einschüchternde Fragen des Verteidigers;
- emotionales Nacherleben der Tat.

In der zumeist langdauernden Phase zwischen Anzeige und Gerichtsverhandlung, die außerhalb von Haftsachen mindestens mehrere Monate, nicht selten auch mehr als ein Jahr beträgt, stehen diese Opfer unter zusätzlicher angstvoller Anspannung. Die seelische Verarbeitung der erfahrenen Traumatisierung kann ihnen immer noch nicht gelingen.

Nimmt das Opfer jedoch zur Minderung seines Leidensdrucks psychotherapeutische Hilfe in Anspruch, erleidet die Aussage zumeist einen so erheblichen Qualitätsverlust, daß sie bei Gericht nicht mehr überzeugen kann. TherapeutInnen gehen von einer subjektiven Wahrheit aus und sind an der Sachaufklärung nicht interessiert. Sie werden sicherlich die etwa übertrieben geschilderten Widerstandsmaßnahmen der Patientin nicht anzweifeln, vielmehr die Patientin in ihrer Projektion eines effektiveren Widerstandes, als Beweis für ihre nicht gänzliche Hilflosigkeit und Unterlegenheit während des Tatablaufs, bestärken. Das Dilemma des Opfers ist groß. Entweder verzichtet es auf Hilfen zur Minderung seines Leidensdrucks oder auf die Genugtuung eines ‚gerechten‘ Urteils.

Das Sexualopfer in der Situation der Begutachtung

Einige der von den Sexualopfern genannten Unsicherheiten und Ängste können in der psychologischen Exploration durch sachliche Aufklärung oder Ermutigung zumindest gemindert werden. Ergeben sich bereits nach Aktenlage Zweifel an der Richtigkeit vereinzelter Aussa-

gen (etwa zum Ausmaß erfahrener Gewalt- bzw. ergriffener Widerstandsmaßnahmen, die beim Opfer aber häufig genug erst in der polizeilichen Vernehmung induziert werden), wird auf die Möglichkeit nachträglicher Korrektur verwiesen. Machen die Opfer davon Gebrauch, wirken sie befreiter und sehen der Gerichtsverhandlung mit größerer Gelassenheit entgegen. Ein sachlich und ruhig geführtes, von Empathie getragenes Gespräch, bei dem sich das Opfer verstanden und ernstgenommen fühlt, trägt bereits zur Verarbeitung des Erlebten bei. Keinesfalls selten äußern die Opfer abschließend, relativ entspannt wirkend: „Jetzt geht es mir schon besser.“

Sexuell viktimisierte Kinder, die in der Mehrzahl immer noch der sozialen Randschicht angehören (Richter-Appelt, 1994), genießen die Aufmerksamkeit und Zuwendung, die ihnen durch die längere – auch spielerische – Beschäftigung mit ihnen im häuslichen Umfeld zukommt: „Wann kommst du wieder?“ Nach einer Langzeitstudie von Diesing (1980) empfanden die zehn Jahre nach dem Verfahren befragten Opfer die psychologische Exploration als am wenigsten belastend, einige sogar als erfreulich. Dennoch darf nicht verkannt werden, daß im Fall einer mit der Aussagewiederholung verbundenen emotionalen Reaktualisierung des Erlebten in einigen Fällen auch eine erneute Belastung für die Opfer eintritt.

Wenn nach aussagepsychologischen Erkenntnissen eine forensisch verwertbare Aussage nicht oder nicht mehr vorliegt (etwa weil beim Kleinkind oder Minderbegabten zu große Erinnerungslücken bestehen oder die allgemeine Befähigung zu einer sachgerechten Wiedergabe von Erlebnissen nicht oder noch nicht ausreicht; die Frage der Identifizierung nicht zu klären ist oder – in seltenen Ausnahmefällen – von einer vermutlichen Falschaussage auszugehen ist), bleibt solchen Zeugen zumindest die Erfahrung einer sie in jedem Fall frustrierenden Gerichtsverhandlung erspart. (Bei negativem Ergebnis des Gutachtens wird das Verfahren in der Regel eingestellt, falls der Gutachtenauftrag vor dem Zeitpunkt der ersten Hauptverhandlung erging.)

Die Verfasserin kann die von Helga Engshuber vertretene Auffassung nicht teilen, daß der im Fallbeispiel genannten fünfjährigen Eva durch ein negatives Gutachtenergebnis geschadet wurde (siehe Beitrag in diesem Heft S. 33).

Eva selbst hat keine Einsicht in die Bedeutung der Ausführlichkeit der Darstellung über glaubwürdige und unglaubwürdige Aspekte ihrer Aussage. Sie erfaßt auch nicht die Tragweite eines Gutachtenergebnisses dahingehend, daß möglicherweise nicht alle ihre Angaben zur Benennung verschiedener Täter den forensischen Ansprüchen an eine zuverlässige Identifizierung genügten. Ein fünfjähriges Kind verfügt

eben nicht über die Nase eines Hundes. Darüber hinaus bleibt zu fragen, ob die strafrechtliche Ahndung eines von Familienmitgliedern begangenen Sexualdelikts am Kind überhaupt erstrebenswert ist. (In den von Helga Engshuber genannten Fall soll auch Evas Mutter involviert gewesen sein.) Bemühungen des Deutschen Kinderschutzbundes zielen vielmehr auf eine sozialtherapeutische Intervention ab, die den Erhalt der Familie und den Verbleib des Kindes im Familienverband sicherstellen soll. (Ausführungen zu einem entsprechenden Modell in Belgien, „Kind in Not“, finden sich im ‚Handbuch sexueller Mißbrauch‘.)

Das Sexualopfer in der Situation der Gerichtsverhandlung

Kinder als Opfer

Differenziertere Ausführungen zur Problematik des kindlichen Sexualopfers im Strafprozeß überhaupt, insbesondere in der Gerichtsverhandlung, würden den Rahmen dieses Beitrages weit überschreiten. Keineswegs stellt aber die Gerichtsverhandlung für Kinder ab dem Schulalter in jedem Fall eine unzumutbare Belastung dar. Die Angst vor der Verhandlung wird ihnen vielmehr durch ihr soziales Umfeld vermittelt.

Nach erfolgter Vernehmung äußerte sich ein siebenjähriger Junge erstaunt: „Wie, das war alles?“ Arntzen (1993) führt aus, daß Aussagen über gewaltlose Sexualdelikte bei den betroffenen kindlichen Opfern, selbst bei – anzahlmäßig noch vertretbaren – Aussagewiederholungen, in der Regel kein affektiv-emotionales Nacherleben auslösen, wenn die Befragung behutsam und sachlich geführt wird.

TherapeutInnen kennen die kathartische Wirkung wiederholten Sprechens über eine traumatisierende Erfahrung. Schon Kinder können in der Aussage vor Gericht bereits eine Entlastungsfunktion sehen (Volbert und Pieters, 1993). Gegenüber dem angelsächsischen Prozeßrecht erfahren die Kinder in Deutschland bereits bedeutsame Vorteile. Sie werden in Abwesenheit des Angeklagten vernommen. Das Fragerecht steht ausschließlich dem vorsitzenden Richter zu. Einige Richter treten ihr Fragerecht an die beisitzende Richterin ab, wenn sie sich selbst zu gehemmt fühlen, ein Kind zu sexuellen Details zu befragen oder wenn sich das Kind einem Mann gegenüber nicht äußern kann. Erfahrene Vorsitzende von Jugendschutzkammern stellen im Einzelfall eine gute Kommunikationsebene dadurch her, daß sie ihren Talar ablegen und die räumliche Distanz zum Kind durch Platznahme am Zeugentisch verringern. Allein diese Maßnahmen belegen aber zur Genüge die speziellen Probleme kindlicher Zeugen vor Gericht.

Adoleszente und Erwachsene

Mit der Zeugenrolle des reiferen Sexualopfers verbinden sich nicht immer, aber leider noch zu häufig, viel größere Belastungen als vorhergesehen, nämlich dann, wenn es in seiner Subjektrolle als Opfer nicht ernstgenommen wird. Nach einer häufig quälend langen Wartezeit auf dem Gerichtsflur kann es erfahren, wie sehr sich der Richter durch seine barsche Form der Belehrung zur Wahrheitspflicht oder der Akzentuierung der strafrechtlichen Folgen einer Falschaussage schon zu Beginn der Vernehmung von ihm distanziert.

Eine in der Fachsprache rasch abgeleitete Belehrung, die dem Opfer unverständlich bleibt, trägt ebenfalls nicht zur erwünschten Interaktion der Beteiligten bei.

Ungeschickte Befragung

Die Distanz vergrößert sich durch ungeschickte Befragung: Verunsicherung der Zeugen durch initiale Fragen zu sichtlich schwachen Erinnerungsinhalten (Angaben zu Datierungen oder zur Häufigkeit); schon anfängliche Konfrontation mit Abweichungen oder Unstimmigkeiten in der bisherigen Aussage; ungeduldiges Drängen zur Antwort; wiederholtes Unterbrechen der Spontanaussage, die scheinbar zu viele Nebensächlichkeiten beinhaltet; Blockierung der Spontanaussage durch eine Sequenz „trockener“ Fragen, womöglich noch im Amtsddeutsch; Hilflosigkeit im Umgang mit thematisch oder persönlichkeitsbedingten Hemmungen der Zeugen... Damit werden bereits im Ansatz die in die Gerichtsverhandlung gesetzten Erwartungen der Sexualopfer enttäuscht. Erst recht dienen derartige richterliche Vorgehensweisen nicht der auf Kommunikation aufbauenden Wahrheitsfindung! Jüngere oder geistig schlichtere Zeugen reagieren nicht selten eingeschüchtert oder trotzig, blockieren völlig, erfahren dann scharfe Zurechtweisungen und erleben ihre neuerliche Viktimisierung durch Mißachtung.

Fragliche Empathie

Eine noch schwerwiegendere Belastung bewirkt hingegen der scheinbare Mangel an Empathie für das Opfer, insbesondere das Unverständnis für einzelne tatbezogene Verhaltensweisen. Oft fehlt schlicht das Verständnis des Mannes für Verhaltensweisen der Frau, des jungen Mädchens oder des Kindes, während andererseits den ersichtlich typisch männlichen Sexualphantasien des Angeklagten, etwa in welcher Form das Opfer ihn zu den sexuellen Handlungen provozierte, durch-

aus als realistisch angesehen werden. Wird das Kind mit dem Vorwurf konfrontiert, warum es denn immer wieder zum Angeklagten gegangen sei, blockiert der Vorwurf seine vertrauensvolle Offenheit und Aussagebereitschaft. Bekunden weitere Zeugen ein enges und vertrautes Vater-Tochter-Verhältnis, ergeben sich Zweifel am Wahrheitsgehalt der angelasteten inzestuösen Handlungen.

Pars pro toto

Dem sechzehnjährigen Vergewaltigungsoffer wird das von ihm bestrittene Interesse an der ihm zuvor bekannten Person des Angeklagten nicht geglaubt. Trotz des zuvor vom Opfer abgelehnten Angebots des Täters zu einem Date, hatte es zugegebenermaßen dessen Anwesenheit am genannten Treffpunkt heimlich erkunden wollen. (Nicht zuletzt ist es wohl der beisitzenden Richterin zu verdanken, daß dieser Aspekt sich in diesem Fall nicht auf das Urteil auswirkte.)

Weil ein Dreizehnjähriger trotz vorliegender Beweise hartnäckig bestritt, dem homophilen Täter Liebesbriefchen mit obszönem Inhalt geschrieben zu haben, wurden seine Anlastungen bezweifelt: „Wer die Stirn hat, vor Gericht zu lügen...“ Auch bei anderweitigen partiellen Unrichtigkeiten in der Aussage des Opfers, die überwiegend dem Schutz seines Selbstbildes in der Öffentlichkeit dienen, greift dieses pars-pro-toto Denken.

Männliche Vorstellungen von Opferverhalten

Als typisch männlich müssen wohl die Erwartungen an Verhaltensweisen eines Vergewaltigungsopfers vor, während und nach der Tat bezeichnet werden. In Verkennung des gewachsenen Selbstbewußtseins der heutigen Generation junger Mädchen und Frauen stößt die Tatsache auf Unverständnis, daß sie nach nur wenigen Stunden ihrer Bekanntschaft mit dem ihnen sympathisch erscheinenden jungen Mann sein Angebot annehmen, sie mit dem Auto nach Hause zu fahren oder daß sie einem Lokalwechsel zustimmen, der wiederum eine Autofahrt impliziert. Vor allem erscheint es „doch nur logisch“, daß sich eine Frau bei tätlichem Angriff nach besten Körperkräften wehrt oder zumindest um Hilfe ruft, wenn dies den Umständen nach Erfolg verspricht. Es bedarf dann jeweils einzelheitlicher gutachterlicher Ausführungen, um die kontextabhängigen Variablen von Widerstandsfähigkeit und -bereitschaft im Einzelfall zu erläutern.

Nach-Tat-Verhalten

Helga Engshuber verwies bereits auf das umstrittene Nach-Tat-Verhalten des Vergewaltigungsopfers, das sich auch deshalb nachträglich dem zuvor bekannten Täter gegenüber unauffällig verhält, weil er außerhalb ungewohnt-aggressiven Verhaltens wieder „normal“, nicht bedrohlich und durchaus berechenbar wirkt; weil er aber auch durch ihm erkennbar anhaltende Aversionen des Opfers nicht zu erneuter Aggression provoziert werden soll. Als Folge rauchen Opfer und Täter gemeinsam Zigaretten: Das Opfer läßt sich willig nach Hause fahren und nimmt auch eine Verabredung scheinbar an. Solches Opferverhalten wird jedoch zumeist als Gunstbeweis gegenüber dem Täter interpretiert, so daß die Angaben des Opfers über widerwillig erduldeten, seinen Widerstand mißachtende und gewaltsam durchgeführte sexuelle Handlungen des Angeklagten bezweifelt werden.

Erwartungen an das Gericht

Die Erwartungen des Opfers, zumindest bei einer für die Gerechtigkeit zuständigen Instanz auf Verständnis zu stoßen, werden bitter enttäuscht. Nach der richterlichen Vernehmung erfährt das Opfer vermehrt die fehlende Akzeptanz seiner Rolle, die hinter der stärkeren des Angeklagten zurücksteht. Der Verteidiger äußert Zweifel an der Glaubwürdigkeit oder am Ausmaß des Leidens. Das Opfer muß Verharmlosungstendenzen oder gar Schuldzuweisungen an sich selbst zur Kenntnis nehmen. Vermeintlich mit dem Opfer befreundete Zeugen nehmen unvermutet Partei für den Angeklagten und äußern sich abwertend über die Person der Hauptbelastungszeugin. Eine Achtzehnjährige verlor erstmals die Fassung, nachdem die Freundin nachteilig für sie ausgesagt hatte und damit nicht nur einen schweren Vertrauensbruch bewirkte, sondern dem Opfer auch seine zunehmende soziale Isolation verdeutlichte.

Die förmliche Entlassung aus der Verhandlung, mit dem Hinweis, wo das Zeugengeld abzuholen ist, bestärkt beim Opfer das Gefühl, nicht Subjekt, sondern Objekt des Verfahrens zu sein, als Mensch und in der Rolle des Opfers und in seinem Leiden nicht beachtet, vielmehr als Beweismittel instrumentalisiert worden zu sein. Bei mehrtägigen Verhandlungen erfährt es nicht einmal den Ausgang des Verfahrens. Übernimmt es als Anzeigenerstatter noch die Hauptrolle für die nachfolgende Anklage, bleibt es hernach offenbar auf der Strecke.

Größte Zweifel an der Gerechtigkeit des Verfahrens bewirken

beim Opfer nicht zuletzt Urteile, die nach dem Grundsatz des *dubio pro reo* ausfallen und es zum Opfer der Beweislage machen. Mit solchen Urteilen wird – häufig nicht nur beim Opfer – nicht die *ultima ratio* des Rechtsstaats, sondern eine einseitige Parteinahme für den Täter verbunden. Die enttäuschten Erwartungen der Opfer über Verlauf oder/und Ausgang des für sie leidvollen Verfahrens untergraben ihr Rechtsbewußtsein und das Vertrauen in den Rechtsstaat, bewirken letztlich einen Schwund an Anzeigenbereitschaft und ein Ansteigen der Dunkelziffer: „Ein zweites Mal würde ich nicht mehr anzeigen!“

In günstigeren Fällen kommt der Gerichtsverhandlung die erwartete Entlastungsfunktion durchaus zu, wenn sich das Opfer als Subjekt verstanden fühlt, sich seine Erwartungen hinsichtlich eines Geständnisses des Täters bzw. seiner, wenn auch nur geringfügigen, Bestrafung erfüllen oder ihm – wie im Fall einer zwanzigjährigen, langzeitlich inzestuös geschädigten jungen Frau – Gelegenheit gegeben wurde, der ‚Öffentlichkeit‘ mitzuteilen, welches Leid ihm der Täter zufügte. Selbst ein Freispruch (z.B. wegen Verjährung) bewirkt weniger Verwirrung, falls dem Opfer die Glaubwürdigkeit seiner Anlastung vermittelt wird. Ist es wirklich so schwierig, der Subjektrolle auch des Opfers im Strafverfahren gerecht zu werden?

Literatur

- Arntzen, F.: Vernehmungpsychologie, 1989, Beck Verlag, München
- Diesing: Psychische Folgen von Sexualdelikten bei Kindern: Eine katamnestiche Untersuchung. München 1980
- Engshuber, H.: Die Opfer sexueller Gewalt im Strafprozeß. Reflexionen einer Oberstaatsanwältin; die Psychotherapeutin 3 (1995) S. 33
- Richter-Appelt, H.: Sexuelle Traumatisierung und körperliche Mißhandlungen. Eine Befragung von Studentinnen und Studenten. In: Handbuch sexuellen Mißbrauchs, 1994, Klein Verlag, Hamburg S. 116-142
- Volbert, Peters: Zur Situation kindlicher Zeugen vor Gericht. In: Bundesministerium der Justiz (Hrsg.): „recht“, 1993, Forum Verlag, Godesberg
- Wegener: Sexueller Mißbrauch: Zwischen Therapie und Strafverfolgung. Psychomed 4 (1992).

Recht vor Psychotherapie. Alltag vor Therapie

Über den Versuch einer theoretischen Konzeptionalisierung der Tätigkeit einer Aufnahme-Station für den psychiatrischen Maßregelvollzug



Sabine Eucker

Zusammenfassung

Die praktische Arbeit einer Aufnahme-Station für den psychiatrischen Maßregelvollzug wird (vorläufig) theoretisch konzeptionalisiert. Im Sinne einer Bedürfnistherapie gehen Alltagsbedürfnisse therapeutischen Ansprüchen vor. Seit 1977 hat die ehemalige Männeraufnahme-Station für „schwierige Fälle“ des ehemaligen Psychiatrischen Krankenhauses Haina die Funktion einer Aufnahme-Station für den hessischen psychiatrischen Maßregelvollzug. Drei Quellen erschienen bei dem Versuch einer theoretischen Konzeptionalisierung wichtig: 1. Das Erfahrungswissen der StationsmitarbeiterInnen, 2. Die juristischen Rahmenbedingungen durch die Bestimmungen des StGB, der StPO und des Hessischen Maßregelvollzugsgesetzes, 3. Die Organisationsform der Gesamtklinik (zentrale Durchführung des psychiatrischen Maßregelvollzugs in einer Klinik mit differenzierten Therapiestationen). Durch die letzten beiden Punkte unterscheidet sich der Maßregelvollzug wesentlich von der Arbeit auf einer alltagspsychiatrischen Station. Entsprechend den genannten Quellen sind verhaltenstherapeutische (verhaltensmodifikatorische) Konzepte zur theoretischen Einordnung geeignet. Es werden therapeutische Grundhaltungen und Handlungsmaximen vorgestellt und Methoden zur Erfüllung der folgenden Stationsaufgaben diskutiert: 1. Sicherung, 2. Generelle Indikationsstellung: Prüfung der Voraussetzungen für eine Maßregel gem. § 63 StGB, 3. Beginn der Behandlung im psychiatrischen Maßregelvollzug und 4. Spezielle Indikationsstellung.

Einleitung: Historische Entwicklung

Mit Gründung der Klinik für gerichtliche Psychiatrie Haina wird der psychiatrische Maßregelvollzug gem. § 63 StGB im Bundesland Hessen seit 1977 zentral durchgeführt. Bei Klinikgründung übernahm die

ehemalige Männeraufnahmestation für „schwierige Fälle“ des allgemeinpsychiatrischen Krankenhauses Haina die Aufgabe einer Aufnahmestation für den zentralen Maßregelvollzug in Hessen. Bereits vor Klinikgründung wurden auf dieser Station vereinzelt strafrechtlich untergebrachte psychisch Kranke behandelt.

Auch nach dem Aufgabenwechsel verblieb das ausschließlich männliche Pflegepersonal überwiegend auf dieser Station. Die Anzahl der Mitarbeiter im pflegerischen Bereich stieg 1994 von 15 auf 16 Pfleger. Im Bereich der akademischen Therapeuten (Mediziner, Psychologen) wurde 1987 die Anzahl von 1 auf 2 erhöht, 1991 auf 2,5 Stellen. Einhergehend mit der Steigerung der akademischen Planstellen arbeitete 1987 erstmals eine weibliche Mitarbeiterin ständig auf der Station. Aktuell sind die 2,5 Stellen ausschließlich von Frauen besetzt.

Die räumlichen Bedingungen sind auch nach dem Aufgabenwechsel im wesentlichen unverändert geblieben, wobei die Anzahl der Planbetten von 26 auf 20 reduziert werden konnte. Umbaumaßnahmen sind geplant.

Die Anzahl der Aufnahmen stieg von drei Patienten im ersten Jahr auf über 100 Patienten pro Jahr. Seit 1990 bewegt sich die Anzahl der Aufnahmen zwischen 116 und 134 pro Jahr.

Belegungsstruktur

Mit dem Anstieg der Aufnahmen veränderte sich auch ihre Zusammensetzung. Während bis 1983, soweit es aus der stationsinternen Statistik hervorgeht, ausschließlich Patienten aufgenommen wurden, die bereits rechtskräftig im Bundesland Hessen zu einer Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gem. § 63 StGB verurteilt worden waren, macht dieser Personenkreis seit 1990 nur noch zwischen 13 % bis 25 % aller Aufnahmen aus. Aufgenommen werden weiterhin Patienten, die während des Ermittlungsverfahren gem. § 126a StPO einstweilig in einem psychiatrischen Krankenhaus untergebracht werden, und Patienten, bei denen während der Führungsaufsicht die Sicherungshaft gem. § 453c StPO angeordnet wurde.

In Einzelfällen werden darüber hinaus nach Absprache Patienten gem. § 81 StPO zur Begutachtung, psychisch erkrankte Häftlinge aus hessischen Justizvollzugsanstalten gem. § 65 StVollG und § 57 UVollO zur interkurrenten Behandlung und entwichene Maßregelvollzugspatienten aus anderen Bundesländern in Amtshilfe aufgenommen. Daneben werden Patienten aus der Gesamtklinik zur Krisenintervention auf die Aufnahmestation verlegt.

Frauen werden in der Klinik für gerichtliche Psychiatrie Haina

auf einer gemischtgeschlechtlichen Station aufgenommen und behandelt. Lediglich in sehr seltenen Einzelfällen kommt eine Patientin überhaupt mit der beschriebenen Station in Berührung. Vor diesem Hintergrund wird bei den Ausführungen vom Regelfall, d.h. männlichen Patienten, ausgegangen.

Dies bedeutet, daß seit 1977 im Prinzip alle Männer, die im Bundesland Hessen mit dem psychiatrischen Maßregelvollzug in Berührung kommen, sei es als Neuzugänge, sei es aber auch nach ihrem Scheitern während der Klinikbehandlung und/oder Führungsaufsicht, diese Station passieren. Diese Organisationsform hat zu einem hohen Maß an konzentriertem Erfahrungswissen auf der Station geführt.

Bezieht man Kriseninterventionen aus der Klinik mit ein, kommt es im Jahresdurchschnitt alle zwei Tage zu drei Veränderungen (Aufnahmen, Verlegungen, Entlassungen). Direkt von der Aufnahmestation aus wurden im Zeitraum zwischen 1990 und 1994 zwischen 26 und 39 Patienten pro Jahr entlassen. Die durchschnittliche Verweildauer hat sich bei einer Spannbreite von zwei Tagen bis zu mehr als einem Jahr seit 1990 auf ungefähr sechs Wochen eingependelt. Seit 1990 ist es zu keiner Entweichung mehr von der Aufnahmestation aus gekommen.

Versuch einer theoretischen Konzeptionalisierung und ihr Stellenwert

Wie aus der Beschreibung der historischen Entwicklung hervorgeht, waren zunächst die architektonischen Voraussetzungen und die personellen Voraussetzungen in Form eines Pflegepersonals mit bewährten Arbeitsformen und einem reichhaltigen Erfahrungswissen vorhanden. Auf diese Voraussetzungen trafen eine neue Aufgabenstellung und die spezielle Organisationsform des Maßregelvollzugs in Hessen, nämlich die zentrale Durchführung in einer Klinik (Haina mit den Außenstellen Gießen und Fischbach), wobei seit 1987 in der Klinik damit begonnen worden ist, die Therapiestationen nach und nach zu spezialisieren (Müller-Isberner/Jöckel 1994). Mit der neuen Aufgabenstellung wuchs die Anzahl der Aufnahmen, und ihre Zusammensetzung veränderte sich.

Hierbei erscheint besonders wichtig, daß seit 1990 im Jahresdurchschnitt mehr als 3/4 aller aufgenommenen Patienten mit Rechtsgrundlagen aufgenommen werden (§ 126a StPO, § 81 StPO und § 453c StPO), die vom Gesetzestext her ausschließlich der Sicherung und der Durchführung des Strafverfahrens dienen, nicht aber der Behandlung wie die Unterbringung gem. § 63 StGB.

Als 1992/1993 vor dem Hintergrund, die praktische Tätigkeit auf

dieser Station nach außen hin darzustellen, damit begonnen wurde, die Arbeit theoretisch zu konzeptionalisieren, waren hierfür drei wichtige Quellen vorhanden:

- Das Erfahrungswissen
- Die rechtlichen Rahmenbedingungen
- Das Konzept und die Struktur der Gesamtklinik

Der Arbeitsweise dieser Station und dem Vorgehen in der Gesamtklinik entsprechend erschienen hierfür Konzepte aus der Verhaltenstherapie geeignet.

Allgemeine Rahmenbedingungen und daraus resultierende therapeutische Grundhaltungen und Handlungsmaximen

Die Freiheitsgrade in der konkreten Behandlung und Betreuung des einzelnen Patienten sind durch die juristischen Bestimmungen der StPO, des StGBs und des hessischen Maßregelvollzugsgesetzes eingeschränkt. Hieraus ergibt sich:

- Juristische Entscheidungen dominieren therapeutische Entscheidungen. Vor dem Hintergrund der Belegungsstruktur ist vor allem dem Sicherungsgedanken Rechnung zu tragen.
- Die Betreuung bedeutet gleichzeitig einen Freiheitsentzug für den Patienten.
- Der Patient kommt nicht freiwillig zur Aufnahme und damit zur Behandlung.
- Für einen Großteil der Patienten besteht keine rechtliche Grundlage, um sie gegen ihren Willen zu behandeln.
- Zwischen Patient und MitarbeiterInnen besteht ein deutliches Machtgefälle.
- Die Betreuung und die Behandlung erfolgt unter völlig geschlossenen Bedingungen.
- Anlaß der Aufnahme ist nicht eine psychische Störung, sondern eine Straftat.
- Daraus ergibt sich, daß der Ansatzpunkt aller Bemühungen nicht primär die psychische Störung ist, sondern das delinquente Verhalten.

Diese Einschränkungen oder Besonderheiten klingen einerseits selbstverständlich und banal, bestimmen, regulieren oder beschränken andererseits jedoch in erheblichem Ausmaß die alltägliche Betreuung des Patienten. Beispielsweise hat ein gem. § 126a StPO einstweilig unterge-

brachter Patient, der mit einer Psychose erkrankt ist und dem ein Tötungsdelikt zur Last gelegt wird, bis zu einer rechtskräftigen Anordnung der Maßregel gem. § 63 StGB „das Recht, verrückt zu sein“, solange er auf der Station nicht unmittelbar sich selber oder andere gefährdet. Im entgegengesetzten Fall muß ein vollständig remittierter Patient, der ein Eigentumsdelikt begangen hat, über ein Jahr unter vollständig geschlossenen Bedingungen behandelt werden, falls nicht durch das zuständige Gericht auf Antrag hin Lockerungen genehmigt worden sind.

Behandlung unter diesen Rahmenbedingungen bedeutet, daß die jeweilige Mitarbeiterin oder der jeweilige Mitarbeiter in allen Maßnahmen, die sich auf den Patienten beziehen, einen Kompromiß zwischen der Wahrung juristischer Interessen einerseits und der Anwendung klinisch-therapeutischer Ansätze im Interesse des Patienten und nicht zuletzt im Interesse der eigenen „therapeutischen Ideale“ finden muß.

Im Umgang mit diesem persönlichen Dilemma haben sich in der historisch gewonnenen Erfahrung folgende therapeutische Grundhaltungen oder Prinzipien als hilfreich erwiesen:

- Transparentes, für den Patienten immer berechenbares Vorgehen (z.B. eindeutige Stationsordnung und -regeln, konsequente Einhaltung von Absprachen, und dies umfaßt insbesondere Zusagen, durch die MitarbeiterInnen)
- Hochstrukturierte Gestaltung des Stationsmilieus, so daß soziale Situationen mit wenig Ambiguität entstehen (z.B. eindeutiger Wochen- und Tagesplan)
- Ständiges Bemühen um den Aufbau einer tragfähigen sozialen, noch nicht therapeutischen Beziehung zum Patienten

Hierbei wird im Sinne der Maslowschen Bedürfnishierarchie davon ausgegangen, daß es erst zu einer therapeutischen Veränderung im Sinne einer Persönlichkeitsweiterentwicklung kommen kann, wenn Grundbedürfnisse, zu denen auch das Bedürfnis nach sozialer Nähe gehört, befriedigt sind. Vor diesem Hintergrund wird Hilfestellungen bei der Regelung von Alltagsfragen – so erhält z.B. in der Aufnahmesituation ein Patient zunächst eine Mahlzeit bei langen „Transportzeiten“, bevor mit den Aufnahmeuntersuchungen begonnen wird – eine hohe Priorität im alltäglichen Handeln beigemessen. Hierunter ist auch die aus unserer Sicht besondere Wichtigkeit von sozialarbeiterischen Tätigkeiten wie die Regelung von finanziellen Fragen (z.B. zügige Veranlassung, daß der Patient über eigene finanzielle Mittel verfügen kann, durch Beantragung von Sozialgeld oder Kontoüberweisungen, „Zigarettennotfonds auf Station“), Sorgen für angemessene Kleidung

oder die Regelung von sozialen Verbindlichkeiten aus der Zeit vor der Unterbringung zu subsumieren.

Weiterhin findet kein Einschluß der Patienten statt. Die pflegerischen Mitarbeiter halten sich überwiegend auf Station, nicht im Dienstzimmer auf. Die Patienten müssen regelmäßige Gespräche mit ihrer zuständigen akademischen Therapeutin führen, wobei es die Aufgabe der Therapeutin ist, den Inhalt der Gespräche derart zu gestalten, daß er dem jeweiligen Bedürfnisstand des Patienten angemessen ist.

- Klare, eindeutige Grenzziehungen bei Verhaltensentgleisungen bzw. bei Wünschen des Patienten, deren Verwirklichung aufgrund der situationalen Rahmenbedingungen nicht möglich ist
- Gut abgestimmte und koordinierte Zusammenarbeit in einem multiprofessionellen Team
- Aufklärung und Information des Patienten über seine juristische Situation ohne Beratung mit gleichzeitigem Verweis auf fachkompetente Hilfe (z.B. Hilfestellungen bei der Beordnung eines Pflichtverteidigers)

Da für die meisten Patienten ihr Aufenthalt auf der Aufnahmestation den Beginn ihrer Behandlung im hessischen psychiatrischen Maßregelvollzug bedeutet, folgt die Behandlung entsprechend dem Stufenkonzept (sukzessive Lockerungen) der Gesamtklinik folgenden Handlungsmaximen:

- Von Fremdkontrolle zu zunehmend mehr Selbstkontrolle des Problemverhaltens
- Von extrinsischer bzw. negativer Therapiemotivation (Vermeidung von Sanktionen und Freiheitsentzug) zu echter Änderungsmotivation (Störungs- und Behandlungseinsicht)
- Prinzip der kleinen Schritte

Der Patient beginnt beispielsweise seine Behandlung im Einzelzimmer ohne bewegliche Gegenstände. Um eine Verbesserung seiner Situation zu erreichen, so z.B. die Genehmigung seiner Brille, muß er bereit sein, Verantwortung dafür zu übernehmen, daß er diese Lockerung nicht mißbraucht, und dies in seinem Verhalten unter Beweis stellen.

Aufgabenstellungen und angewandte Methoden

Wie dargestellt, können sich aufgrund der juristischen Rahmenbedingungen und der Implantierung der Station im Gesamtkliniksvorgehen

die Aufgaben im Gegensatz zu allgemeinpsychiatrischen nicht auf eine psychiatrische Diagnostik und Erstversorgung allein beschränken, sondern müssen um weitere Aufgaben erweitert werden. Die nachfolgende Aufstellung dient lediglich einer verbesserten theoretischen Konzeptionalisierung und ist in ihrer Differenziertheit sicherlich „künstlich“. In der Praxis greifen die einzelnen Aufgaben und die hierbei angewandten Methoden wie Bausteine ineinander und beeinflussen sich im Sinne eines rekursiven Modells wechselseitig.

Sicherung

Der Sicherung der Patienten kommt aufgrund der juristischen Rahmenbedingungen (StGB, StPO, Hessisches Maßregelvollzugsgesetz) und der hohen Kriminalitätsbelastung der Patienten (Jöckel/Müller-Isberner 1994) u.E. eine hohe Priorität zu. Umgangssprachlich formuliert: „Ein Arbeiten mit dem Patienten ist erst möglich, wenn er da ist und da bleibt, und wenn sich die befaßten Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, aber auch die Mitpatienten, sicher sein können, daß Konflikte nicht durch einen ‚Schlag auf die Nase‘ gelöst werden.“

Um die Station nach außen zu sichern, d.h. um Entweichungen, erneuten Straftaten, Verdunklung des Ermittlungsverfahren, unter Druck-Setzen von Zeugen, etc. vorzubeugen, kommen folgende Methoden zur Anwendung:

- Unterbringung von jeder Neuaufnahme für die erste Nacht im Einzelzimmer
- Übernahme in die Stationsgemeinschaft nur, wenn im Gesamtteam keine Bedenken bestehen
- Unterbringung von fluchtgefährdeten Patienten im Einzelzimmer, gegebenenfalls Verlegung in das sogenannte feste Haus
- Architektonische Voraussetzungen, insbesondere Übersichtlichkeit der Räumlichkeiten: Hierbei wird Wert darauf gelegt, daß die architektonischen Voraussetzungen (einsehbare Zimmer) so gestaltet sind, daß es für den Patienten konkret erfahrbar und wahrnehmbar ist, daß sein Handeln beobachtet wird. Es wird davon ausgegangen, daß diese Wahrnehmungen bereits verhaltenssteuernd i.S. von Zurücktreten von Fluchtabsichten wegen geringer Erfolgsaussichten wirken. Verdeckte Überwachungsformen in Form von Videokontrollen oder „Zimmerspionen“ erfüllen u.E. diesen Zweck nicht.
- Beobachtung und Überwachung durch MitarbeiterInnen und rasches Reagieren bei Hinweisen auf Fluchtabsichten (z.B. Verle-

gung von Patienten bei Gruppenbildung, Spindkontrollen auf Werkzeuge)

- Soziale Kontrolle durch Mitpatienten. Hierbei geht es in erster Linie um die Möglichkeiten des Modellerns und der Korrektur in der Patientengemeinschaft, weniger darum, daß Mitpatienten Fluchtabsichten dem Team „verraten“. Nach unserer Erfahrung haben sich in den letzten Jahren nur in ganz seltenen Fällen, in denen der jeweilige Patient in Entweichungsplanungen ausweglos verstrickt war, jedoch nicht mehr fliehen wollte, Patienten dem Team anvertraut, während Entweichungsmöglichkeiten durchaus nicht selten unter den Patienten diskutiert werden. An dieser Stelle sei nochmals darauf hingewiesen, daß es seit 1990 zu keiner Entweichung mehr von dieser Station aus gekommen ist
- Ausführung zu Facharztuntersuchungen von Patienten mit hoher Kriminalitätsbelastung, bei denen sich keine positiven Argumente finden lassen, die gegen ein Entweichungsrisiko sprechen, in Handschellen
- Abklären der Unterbringungsmodalitäten (z.B. gemeinschaftliche Unterbringung, Telefonerlaubnis, Besuchskontrolle, Postzensur) mit den zuständigen Gerichten für alle Patienten, die nicht gem. § 63 StGB untergebracht sind
- Kontrolle von Besuchen, Telefonaten und Briefverkehr, falls diese für erneutes delinquentes Verhalten mißbraucht werden, bzw. falls derartige Kontrollen durch die zuständigen Gerichte im Ermittlungsverfahren angeordnet sind

Strategien zur Sicherung der Station nach innen, d.h. Methoden zum Abbau von fremd- und autoaggressivem Verhalten in der Institution, folgen verhaltensmodifikatorischen Ansätzen. Hierbei wird die Bedingtheit des Problemverhaltens V in Form einer funktionalen Bedingungsanalyse S-O-V-K-C (Kanfer et al. 1991) beschrieben. Einzelne Methoden zur Beeinflussung der Bedingungsfaktoren sind:

- Situativ auslösende Reizbedingungen
Zielsetzung ist, die äußeren Stimulusbedingungen auf Station so zu gestalten, daß sie kein fremd- oder autoaggressives Verhalten provozieren. Hierzu gehört, daß durch klare Regeln, Tages- und Wochenstrukturierung, Hilfestellungen bei der Regelung von Alltagsfragen und Anbieten von Problemlösungen beim Erkennen von sich anbahnenden Konflikten versucht wird, übersichtliche und eindeutige soziale Situationen ohne hohe Ambiguität zu schaffen. Der Besitz von potentiell gefährdenden Gegenstände ist verboten. Bei akuter Gefährdung erfolgt eine Unterbringung im gesicherten Ein-

zelzimmer ohne gefährdende Gegenstände. Fixierungen werden nicht durchgeführt.

- Organismusvariable

Die optimale Einstellung mit Psychopharmaka beim Vorliegen einer endogenen Psychose bildet wie die Behandlung der körperlichen Grunderkrankung bei exogenen Psychosen einen Kernpunkt der Betreuung. An dieser Stelle muß nochmals darauf hingewiesen werden, daß bei einstweilig untergebrachten Patienten i.d.R. keine Behandlungsgenehmigung vorliegt. Weiterhin besteht auf Station absolute Drogen- und Alkoholabstinenz.

- Verstärkerplan

Der Lerntheorie folgend wird hier besonders viel Wert darauf gelegt, daß Konsequenzen unmittelbar und zeitkontingent auf das Problemverhalten bzw. auf das erwünschte Verhalten erfolgen und konsequent von allen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen in gleicher Form angewandt werden. Weiterhin soll vermieden werden, daß Problemverhaltensweisen durch soziale Zuwendung verstärkt werden. Patienten mit Suchtanamnese erhalten keine Bedarfsarznei. Gespräche mit den zuständigen Therapeutinnen werden zeitkontingent, nicht ereigniskontingent durchgeführt. Um auch bei hochproblematischen Patienten als zuverlässige Ansprechpartnerin bei auftauchenden Krisen zur Verfügung stehen zu können, kann dieser Grundsatz in der Praxis bedeuten, daß Patienten in Akutsituationen bis zu zwei festen Terminen pro Tag erhalten. Unter Umständen ist es auf die konsequente Einhaltung dieser Grundsätze zurückzuführen, daß autoaggressive Verhaltensweisen (Selbstverstümmelungen, Hunger- und Durststreik) kein großes Behandlungsproblem darstellen.

- Konsequenzen

Im Sinne der Löschung werden dysfunktionale Verhaltensweisen konsequent durch alle MitarbeiterInnen ignoriert. Bei Verhaltensentgleisungen, die als Entweichungsabsichten, fremd aggressives Verhalten und/oder Drogen- bzw. Alkoholkonsum operationalisiert sind, erfolgt als negative Konsequenz die Unterbringung im Einzelzimmer. Sozial angemessenes Verhalten wird durch Zuwendung, Lob und Aufmerksamkeit der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen verstärkt.

Generelle Indikationsstellung

Eine zweite Aufgabe ist bei jedem Patienten, daß, unabhängig davon, ob die Klinik mit seiner Begutachtung beauftragt worden ist oder nicht,

die Frage, ob überhaupt die Voraussetzungen für eine Unterbringung im psychiatrischen Maßregelvollzug gem. § 63 StGB gegeben sind, geprüft wird.

Entsprechend der Gesetzesvorgabe gehört hierzu natürlich in erster Linie eine ausführliche und sorgfältige psychiatrische Diagnostik zur Prüfung, ob überhaupt eine psychische Störung im Sinne der Gesetzesmerkmale der §§ 20/21 StGB vorliegt.

Angewandte Methoden sind Erhebung von Anamnese und Fremdanamnese (falls möglich), allgemein-körperliche und neurologische Untersuchung, Hinzuziehen von Unterlagen aus Vorbehandlungen, Verhaltensbeobachtung im stationären Alltag, Zusatzuntersuchungen (Labor, CCT, EEG, gegebenenfalls Facharztüberweisung, Testpsychologie) und die Anwendung von störungsspezifischen Bedingungswissen.

Die psychiatrische Diagnostik mündet in eine Diagnose in der Nomenklatur der derzeit gebräuchlichen diagnostischen Glossare, aktuell DSM-III-R (1989).

Neben der psychiatrischen Diagnostik kommt jedoch nach unserer Auffassung der fachspezifischen Kenntnis und Anwendung von aktuellen Standards zur Schuldfähigkeitsbeurteilung gem. § 20/21 StGB, von Grundsatzurteilen zur Anwendung der Maßregel gem. § 63 StGB und von der Spruch- und Vollstreckungspraxis eine hervorragende Bedeutung zu.

Ergibt die sorgfältige Prüfung, daß nach unserer Einschätzung Zweifel an der Indikation für eine Maßregel gem. § 63 StGB bestehen, regen wir im Verfahren an, diese Frage erneut zu prüfen (Müller-Isberner/Graßl/Gliemann 1994). Falls sich das zuständige Gericht unserer Auffassung anschließt, wird eine zügige Entlassung angestrebt. Erfolgt eine Entlassung in die Freiheit, wird der Patient bei der Entlassungsvorbereitung unterstützt (z.B. Nachsorgemöglichkeiten, Aufrechterhaltung von Wohnraum).

Beginn der Behandlung im Maßregelvollzug

Für die Gruppe, für die die psychiatrische und forensische Diagnostik eine eindeutige Indikation für die Maßregel gem. § 63 StGB ergeben hat, stellt ihr Aufenthalt auf der Aufnahmestation den Beginn ihrer Behandlung in der Gesamtklinik dar.

Ziel dieser Behandlung ist entsprechend der Vorgaben des § 67d StGB, in dem die Bedingungen für eine bedingte Entlassung geregelt sind, delinquentes Verhalten außerhalb der Institution Maßregelvollzug zu vermeiden. Dazu gelangen spezielle therapeutische Techniken,

die auf differenzierten Therapiestationen in der Gesamtklinik angewandt werden, zum Einsatz. Die Effizienz dieser Techniken wird im Rahmen der allmählichen Lockerungserprobung evaluiert. Die Behandlung endet mit einer erfolgreichen Bewährung während der Führungsaufsicht. Kommt es zu Zwischenfällen während dieses Ablaufes, kehrt der Patient in der Regel im Rahmen der Krisenintervention oder mit einem Sicherungshaftbefehl gem § 453c StPO aus der Führungsaufsicht wieder an den Anfang seiner Behandlung, nämlich auf die Aufnahmestation, zurück.

Für die theoretische Abbildung des Gesamtklinikvorgehens erscheint das rekursive, methodenoffene, pragmatische und praxisnahe 7-Phasen-Therapiemodell von Kanfer, Reinecker und Schmelzer (1991) geeignet. Aus den ersten zwei Phasen dieses Modells, die mit der vorläufigen Auswahl von Änderungsbereichen enden, sind Ziele und Methoden für das therapeutische Vorgehen auf der Aufnahmestation ableitbar.

Phase 1:

Während der ersten Behandlungsphase geht es darum, günstige Arbeitsbedingungen zu schaffen.

Zielsetzungen sind, daß der Patient akzeptieren kann, daß ihm die Klinik als „professioneller Helfer“ bei der Bewältigung seiner Schwierigkeiten helfen kann, daß hierbei jedoch juristische Bedingungen den Spielraum des eigenen Handelns einschränken, und daß allgemein sozial verbindliche Spielregeln auch im Klinikskontext ihre Gültigkeit haben. Weiterhin wird angestrebt, daß der Patient es akzeptieren kann, daß von ihm für den Fall, daß er eine Veränderung seiner Situation wünscht, so weit wie möglich eine aktive Mitarbeit und die Bereitschaft, Verantwortung für das eigene Handeln zu übernehmen, erwartet wird. (Bildung einer kooperativen Arbeitsbeziehung zwischen Klinik und Patient und Rollenstrukturierung)

Weiterhin wird in dieser Phase mit einer problembezogenen, nicht nur für den/die DiagnostikerIn, sondern auch für den Patienten zugänglichen und verständlichen Informationssammlung begonnen („Wie kam es zur Delinquenz?“), und es wird versucht, die äußere Therapiesituation so optimal wie möglich zu gestalten.

Als Methoden, die während dieser Phase von Bedeutung sind, ist zunächst einmal die Verwirklichung der oben ausgeführten therapeutischen Grundhaltungen und Handlungsmaximen zu nennen. Weiterhin wird versucht, den Patienten für seine Deliktvorgeschichte zu sensibilisieren. Falls eine Behandlung mit Psychopharmaka erforderlich ist, wird eine möglichst nebenwirkungsfreie Einstellung angestrebt.

Hinzu kommt, daß das gesamte Stationsmilieu (die räumlichen

Voraussetzungen, die Stationsordnung und alle Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen) bewußt als „therapeutischer Faktor“ genutzt wird und dadurch die Patienten die Möglichkeit haben, nicht nur durch Einsicht, sondern durch Erfahrung und Handeln zu lernen.

Im Gegensatz zu anderen Maßregelvollzugseinrichtungen, mit denen im Rahmen von turnusmäßigen Dienstreisen aller Stationsmitarbeiter ein Informationsaustausch gepflegt wird, wird, u.U. aus der Not der räumlich sehr beengten architektonischen Voraussetzungen eine Tugend machend, auch bei psychotischen Patienten der Schwerpunkt darauf gesetzt, Rückzugsverhalten zu verhindern und statt dessen eine Integration in die Stationsgemeinschaft zu fördern. Dadurch, daß sich in der Gruppe der Patienten immer Patienten befinden, die bereits länger in der Klinik sind, können Lern- und Veränderungsprozesse bei den neu aufgenommenen Patienten stark durch die Effekte des Modellernens unterstützt werden. Dies ist jedoch nur möglich, weil dem Bilden von kriminellen Subgruppen durch gezielte Verlegungen von primär soziopathischen Patienten in das sogenannte „feste Haus“ vorgebeugt werden kann (seit 1990 werden im Jahresdurchschnitt 14 Patienten in das sogenannte „feste Haus“ verlegt, wobei hierunter auch Patienten – auch Kriseninterventionen aus der Gesamtklinik, nicht nur Neuaufnahmen – fallen, die aufgrund ihrer Erkrankung einer Einzelunterbringung bedürfen).

Das Stationsmilieu wird so gestaltet, daß Übungsmöglichkeiten für in der Regel „sozial erfolgreiches“ Verhalten bereitgestellt, gefördert und unterstützt werden. Es wird versucht, Basisfertigkeiten wie Körperhygiene, Umgang mit Geld, Ordnung halten, Durchhaltevermögen, einen geregelten Schlaf-Wach-Rhythmus, geregelte Ernährung und den verantwortlichen Umgang mit Genußmitteln, v.a. Kaffee, zu vermitteln. Durch das frühzeitige Erkennen von sich anbahnenden Konflikten und der gemeinsamen Erarbeitung von Problemlösungen ohne Gewalt mit dem Patienten wird angestrebt, Konfliktlösungen ohne Gewalt einzuüben. Patienten werden tagesstrukturierenden und rehabilitativ orientierten Maßnahmen wie Arbeits- und Beschäftigungstherapie, Bildungsmaßnahmen, Sportmöglichkeiten und Freizeitangeboten [Brettspiele am Tisch, Spielenachmittage, gezieltes Fernsehen (erst am Abend oder am Wochenende) und Video, Lesen] zugeführt. Im alltäglichen Umgang mit dem Patienten wird frühstmöglich seine Selbständigkeit gefördert.

Phase 2:

Während der zweiten Phase geht es um den Aufbau von Änderungsmotivation und die vorläufige Auswahl von Änderungsbereichen.

Zielsetzungen im einzelnen sind der Aufbau der Erwartung, „daß es nur noch besser werden kann“ (Reduktion von Demoralisierung und Resignation), die Identifikation zumindestens eines Bereiches, in dem dem Patienten eine Veränderung persönlich wichtig ist (z.B. Ausbildung, Drogenabstinenz, Verhinderung von sozialer Verelendung), und in dem er bereit ist, sich auf eine aktive Mitarbeit einzulassen, sowie die Einigung mit dem Patienten auf grobe, für eine Entlassung erforderliche Therapieziele, ungefähre therapeutische Maßnahmen, die hierfür geeignete Therapiestation und die ungefähr zu erwartende Behandlungsdauer.

Methoden, die hier zum Einsatz kommen, sind die Unterstützung und Beratung des sozialen Netzes des Patienten mit dem Ziel, die sozialen Ansprechpartner für eine Kooperation zu gewinnen, die Entwicklung von erreichbaren und realisierbaren Nahzielen und der Einsatz spezieller Motivierungstechniken je nach therapeutischer Ausbildung der zuständigen Therapeutin. Derzeit können Gestalt- und Verhaltenstherapie angeboten werden.

Spezielle Indikationsstellung

Im Idealfall haben Station und Patient Phase 2 des obengenannten Modells erfolgreich absolviert, und der Patient wird auf eine Therapiestation innerhalb der Gesamtklinik, die seiner Behandlungsproblematik aufgrund ihres spezifischen Konzeptes am besten gerecht wird, verlegt.

Praktische Ausgestaltung

Die Station hat 20 Behandlungsplätze, aufgeteilt in ein 3-Bettzimmer, zwei 5-Bettzimmer und ein 7-Bettzimmer für Patienten, die nach der Aufnahme einer erhöhten Betreuung und Bewachung bedürfen. Weiterhin verfügt die Station über vier Einzelzimmer, davon zwei gesicherte.

Zum Stationsteam gehören 16 Pfleger, 0,5 Hausgehilfin, 1,5 Ärztinnen und 1 Psychologin. Die Station wird pflegerisch und psychologisch geleitet.

Mitarbeiter außerhalb der Station sind Oberarzt/Chefarzt, MitarbeiterInnen der Pflegedienstleitung, Arbeits- und BeschäftigungstherapeutInnen, ein Sozialarbeiter, ein Sporttherapeut, Lehrer und eine Physiotherapeutin.

Einzelne Aufgaben im Stationsablauf sind eindeutig und eigenverantwortlich den einzelnen Berufsgruppen zugeordnet. Jeder Patient wird einer akademischen Therapeutin und einem Bezugspfleger (Kriterium: freie Kapazitäten) zugeordnet. Koordiniert werden die Einzel-

maßnahmen in täglich stattfindenden Morgenbesprechungen, einmal wöchentlich stattfindenden Kurvenvisiten, Oberarztvisiten und Klinikkonferenzen, einmal monatlich stattfindenden Mitarbeiterbesprechungen und kurzfristig einberufenen Besprechungen bei außerplanmäßigen Ereignissen (die die Regel sind). Bei Entscheidungen über Maßnahmen werden Konsensentscheidungen im gesamten Team (inkl. der Mitarbeiter außerhalb der Station) angestrebt, was in der Regel auch gelingt. Ist eine Einigung oder eine Entscheidung nicht möglich, gilt das hierarchische Prinzip. Einmal getroffene Entscheidungen sind für alle MitarbeiterInnen handlungsverbindlich.

Diskussion

An dieser Stelle kann sich natürlich die interessierte Leserin fragen, „was soll das alles?“. Bei den turnusmäßigen Dienstreisen aller Stationsmitarbeiter in andere Maßregelvollzugseinrichtungen wurde die Erfahrung gemacht, daß die Art der Tätigkeit und die damit verbundenen Konzepte sehr stark in Abhängigkeit von den architektonischen Voraussetzungen, der Struktur und der Organisation der Gesamtklinik und den Menschen, die dort arbeiten, variieren. Jeder ist der Auffassung, daß das eigene Vorgehen das insgesamt angemessene ist, und kann dafür geeignete Leistungsparameter heranziehen.

Vor diesem Hintergrund werden die Vorteile einer theoretischen Konzeptionalisierung weniger in dem Vergleich von verschiedenen Konzepten gesehen, sondern darin, daß sie das Handeln für die jeweiligen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen klarer und eindeutiger machen, daß das Handeln auf Station gegenüber dritten, und hierunter fallen auch die Patienten und ihre Angehörigen, wesentlich besser kommunizierbar ist, und daß durch die bessere Kommunizierbarkeit das Handeln besser einer internen Evaluation und einer Überprüfung durch Außenstehende zugänglich ist.

Die verschiedenen Aufgaben wie Sicherung neben Diagnostik, Indikationsstellung und Therapie können dadurch besser unterschieden werden. Möglichkeiten und Grenzen der therapeutischen Arbeit werden sichtbar.

Die hohe Anzahl der Entlassungen, die fehlenden Entweichungen seit 1990, die geringe Anzahl von Rückverlegungen (entsprechende Statistiken können bei der Autorin angefordert werden), die geringe Anzahl an meldepflichtigen besonderen Vorkommnissen (zwei seit 1990) und die geringe Anzahl von Patientenbeschwerden (zwei seit 1989) sprechen dafür, daß die gewählten Methoden zur Erfüllung der

Aufgaben allgemeine und spezielle Indikationsstellung sowie Sicherung geeignet erscheinen.

Demgegenüber erscheint die Aufgabe „Beginn der Behandlung im psychiatrischen Maßregelvollzug“ bereits in ihrer theoretischen Konzeptionalisierung „unscharf“ und auch schwer evaluierbar. Nachdem hinsichtlich der erstgenannten Aufgaben auf der Station ein hohes Maß an Routine und Professionalität erreicht werden konnte, wird seit 1994 der Schwerpunkt der Weiterentwicklung des alltäglichen Handelns auf diese Aufgabe gerichtet. Hierzu gehören die Einführung von Arbeitsformen zur Etablierung der Bezugspflege und der Entwicklung einer gemeinsamen Behandlungsplanung durch alle Berufsgruppen sowie eine Supervision.

Literatur

- APA (1989). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, DSM-III-R: Beltz Verlag, Weinheim, Basel.
- Jöckel, D., Müller-Isberner, R. (1994). Entwicklungen im psychiatrischen Maßregelvollzug. *MschKrim* 77, 353-359.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H., Schmelzer, D. (1991). *Selbstmanagement- Therapie*. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York.
- Müller-Isberner, R., Graßl, P., Gliemann, R. (1994). Die Erledigung der Maßregel. *MedR* 8, 319-323.

■ **Psychotherapie im Maßregelvollzug**

Über eine Spezialstation für Sexualstraftäter in Hessen



Sara Gonzales Cabeza

Zusammenfassung

Seit Oktober 1987 werden in der Klinik für gerichtlichen Psychiatrie Haina, die für Hessen einzige Maßregelvollzugseinrichtung, normalintelligente Sexualstraftäter auf einer speziell dafür eingerichteten Station behandelt. Die Arbeit geht auf die Problematik der Psychotherapie dieser Patienten ein und beschreibt detailliert das theoretische Konzept dieser Station. Hervorzuheben ist die Schlüsselrolle, die den nicht-perversen Bewältigungsmechanismen in der Psychotherapie zukommt. Eigene Reflexionen und Wahrnehmungen der Autorin zu dieser Station schließen die Arbeit ab.

Psychiatrischer Maßregelvollzug

Psychisch kranke/gestörte StraftäterInnen, die eine Straftat im Zustand der aufgehobenen oder erheblich verminderten Schuldfähigkeit (§§ 20, 21 StGB) begangen haben und bei denen aufgrund der psychischen Störung in Zukunft weitere, erhebliche Delikte zu erwarten sind, werden in den psychiatrischen Maßregelvollzug (§ 63 StGB) eingewiesen. Die Maßregelunterbringung ist zeitlich unbefristet, wird allerdings jährlich nach Erstellung eines Prognosegutachtens durch die Klinik und Anhörung des Probanden/der Probandin durch RichterInnen von der Strafvollstreckungskammer überprüft. Bei vermindert Schuldfähigen gibt die in der Regel zusätzlich zur Unterbringung verhängte Zeitstrafe einen ungefähren Mindestzeitrahmen für die Behandlung im Maßregelvollzug (Entlassung nicht vor Halbstrafenablauf) vor.

Im Bundesland Hessen ist der Maßregelvollzug seit 1977 zentral organisiert. Behandlungsstätte ist die Klinik für gerichtliche Psychiatrie Haina in dem nord-hessischen Ort Haina/Kloster mit einer Belegkapazität von 190 und einer ihr angegliederten Außenstelle in der mittelhessischen Stadt Gießen mit 90 Behandlungsplätzen.

Die Klientel der Klinik unterscheidet sich in der Diagnoseverteilung deutlich von der der Allgemeinpsychiatrie. Etwa gleich groß (je ca. 40 %) ist der Anteil an Persönlichkeitsstörungen und Psychosen, in

weit geringerem Maße finden sich hirnorganische Störungen und Minderbegabung. Sehr häufig ist das Vorhandensein mehrerer psychischer Störungen, also Multimorbidität im psychischen Bereich.

Die PatientInnen verteilten sich früher undifferenziert über alle Stationen der Klinik. Es fiel auf, daß die normalintelligenten Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung häufig im stationären Alltag den anderen Patienten mit psychotischen Erkrankungen oder Minderbegabungen deutlich überlegen waren. Indem sie ihre gesunden Persönlichkeitsanteile und Fähigkeiten in den verschiedenen therapeutischen Settings einsetzten, nahmen sie schnell entweder die Rolle des Musterpatienten und Lieblings der Station ein oder wurden durch opponierendes und dominantes Verhalten zu nicht integrierbaren Unruhestiftern. Dadurch geriet das zu Behandelnde – die gestörten (perversen) Anteile und die spezifische Delinquenz als Symptom der Störung – aus dem Blickfeld.

Angesichts dieser Situation leitete die Klinik in den letzten Jahren einen Prozeß der inneren, therapeutischen Differenzierung ein. PatientInnen mit über weite Bereiche ähnlichen Behandlungsbedürfnissen und -nöten werden nunmehr auf jeweils einer Spezialstation behandelt. Dabei entstand 1987 als erste davon eine Psychotherapiestation für normalintelligente, persönlichkeitsgestörte Sexualstraftäter.

Die Problematik der Therapie von Sexualstraftätern

Die Situation der normal intelligenten, persönlichkeitsgestörten Sexualstraftäter im Maßregelvollzug war in der Vergangenheit wiederholt kritisiert worden (1, 7, 18, 20). Befriedigende und erfolgreiche Behandlungskonzepte konnte auch der hessische Maßregelvollzug nicht bieten.

Die bereits beschriebene Problematik traf im besonderen Maße auf diese Klientel zu. Darüber hinaus schienen die damaligen Rahmenbedingungen unserer Klinik den spezifischen Ängsten, Abwehrhaltungen und Bewältigungsstrategien dieser Patienten entgegenzukommen, aber auch die unbewußte Abwehrhaltung des Klinikpersonals hinsichtlich der sexuellen Delinquenz zu fördern. Abhängig von der jeweiligen Behandlungsebene kam es zur Aufspaltung des Personals mit kontroverser Einschätzung der Therapieindikation bzw. der Therapiefähigkeit dieser Patienten. Die verbreitete Annahme, daß es den Sexualstraftätern an echtem, innerem Leidensdruck und somit an Therapiebereitschaft fehle, schien sich zu bestätigen. Je nach vorherrschenden Verhaltensmustern des einzelnen Patienten – Anpassung und vordergründige Koope-

ration oder Opposition und Agieren – durchliefen die einen problemlos die Unterbringung und wurden häufig entlassen, ohne daß sich an der Gefährlichkeit hinsichtlich erneuter Sexualdelikte Wesentliches gewandelt hätte. Die anderen wurden häufig von Station zu Station weitergereicht, so daß keine therapeutische Konstanz herzustellen war.

Die positiven Erfahrungen allerdings, die wir mit einer stationsübergreifenden Gruppentherapie persönlichkeitsgestörter Sexualstraftäter über Jahre gemacht hatten sowie ähnliche Erfahrungen anderer (5, 18) führten uns schließlich zu der Überlegung, einen für diese Klientel geeigneten und spezifischen stationären Behandlungsrahmen zu schaffen und eine Station ausschließlich für die Behandlung von Sexualstraftätern einzurichten (14).

Da in unserem Gießener Kliniksteil eine neue Station übernommen werden sollte, konnten wir von vornherein die räumliche Ausgestaltung und die personelle Besetzung auf diese Aufgabe hin planen und ein umfassendes, therapeutisches Konzept erarbeiten.

Kriminaltherapie bei Sexualstraftätern: Der äußere Rahmen

Die geschlossene Station verfügt über 20 Behandlungsplätze in Einzel-, Zwei- und Dreibettzimmern. Es gibt ausreichend Gemeinschaftsräume und einen nur von der Station aus zugänglichen Außenbereich in Form einer weitläufigen Terrasse und eines sich anschließenden Gartens.

Auf der Station arbeiten drei Psycholog(Inn)en, sechs Krankenschwestern und sieben Krankenpfleger. Eine Beschäftigungstherapeutin steht ganztags zur Verfügung, eine Lehrerin, eine Motologin sowie ein Sozialarbeiter stundenweise.

Besondere Außensicherungen sind nicht vorhanden. Die Durchführung der Behandlung erfolgt unter unterschiedlichsten Vollzugslockerungen, die nach therapeutischer Notwendigkeit und Verantwortbarkeit je nach den erreichten Behandlungsfortschritten gewährt werden. Die Vollzugslockerungen sind in einem speziell für die Station entwickelten Stufenplan mit sechs Lockerungsstufen zusammengestellt, der für jeden Patienten explizit und transparent Ausgänge, Beurlaubungen, Freizeitgestaltung, arbeitsbezogene Maßnahmen und außengerichtete Gemeinschaftsaktivitäten regelt. Nach der fünften Lockerungsstufe, die bereits begrenzt Arbeit und eigenverantwortliche Freizeitgestaltung einschließt, wird die Behandlung unter den Bedingungen des offenen Vollzuges mit größeren Freiheiten fortgeführt.

Der theoretische Rahmen

Das Behandlungskonzept orientiert sich am Prinzip der therapeutischen Gemeinschaft und geht von einem pragmatischen, therapieschulen-übergreifenden kognitiven Ansatz aus, der unterschiedliche Ätiologiekonzepte psychischer Störungen und die verschiedenen Interventionsstile in entsprechenden Settings gelten läßt. Theoretisch gehen wir davon aus, daß das Symptom sexuelle Delinquenz der dauerhaft etablierte und mit Lust und/oder Haß assoziierte Versuch ist, zu einem innerpsychischen Gleichgewicht zu kommen, das in der sozialen Interaktion auf emotionaler Ebene immer wieder in Frage gestellt wird. Über den Abwehrmechanismus der Sexualisierung werden in unbewußten und bewußten perversen Phantasien und schließlich in sexualdelinquenten Verhaltensweisen innere Konflikte, Ängste und Spannungen dann kompensatorisch aufgefangen, wenn dieses über andere Abwehrmechanismen und die darauf aufbauenden nicht-perversen Bewältigungsstrategien nicht mehr ausreichend gelingt und das innerpsychische Gleichgewicht bedroht ist. Zugrunde liegen mehr oder weniger tiefgreifende Defizite der männlichen Identität, die Selbsterleben, Aggressionsverarbeitung und Beziehungsfähigkeit nachhaltig beeinträchtigen und ebenso wie die sexualisierten Abwehrebemühungen und nicht-perversen Bewältigungsmechanismen das Resultat der jeweils individuellen Lebens- und Sozialisationsgeschichte sind und die spezifische Pathologie persönlichkeitsgestörter Sexualstraftäter ausmachen (8, 9, 13, 20, 21, 23).

Die nicht-perversen Bewältigungsstrategien müssen vor allem unter dem Aspekt ihrer wesentlichen sozialen Implikationen hervorgehoben werden. In dem Ausmaß, in dem sie psychogenetisch frühe Abwehrformen integrieren, bleiben sie trotz ihrer innerpsychischen Stabilisierungsfunktion letztendlich unreife Kompensationsmechanismen. Sie lassen trotz gegenläufiger Bedürfnisse nur defizitäre und unbefriedigende soziale Bezüge zu, so daß Belastungssituationen und persönliche Krisen perpetuiert werden, für deren Bewältigung wiederum auf sexualisierte Mechanismen zurückgegriffen wird. Das außerpsychische Ausagieren über sexualdelinquentes Verhalten, die den sexualisierten Abwehrebemühungen inhärente Lust sowie die in der Wirkweise der nicht-perversen Bewältigungsformen gründende inadäquate Realitätseinschätzung und die projektive Bearbeitungsweise der weitgehend selbstinduzierten Belastungen und Krisen verhindern in der Regel eine echte Störungseinsicht und lassen kaum inneren Leidensdruck aufkommen.

Lediglich die einschneidende Maßnahme des Freiheitsentzuges

und der Unterbringung zur (unfreiwilligen) Behandlung wird als belastend empfunden.

Durch die Unterbringung ist der persönlichkeitsgestörte Sexualstraftäter nun einem speziellen institutionellen Umfeld ausgesetzt, das er gemäß seiner Vorerfahrung als ablehnend und diskriminierend erlebt und dem er seinerseits aus seiner grundlegenden Mißtrauenshaltung heraus mit Ablehnung gegenübersteht. Auf engstem Raum und einer Vielzahl ungewollter sozialer Kontakte ausgesetzt und darüber hinaus mit aufgezwungenen therapeutischen Anforderungen konfrontiert, deren Notwendigkeit er häufig nicht einzusehen vermag, werden frühe Konflikte und Ängste aktualisiert. Da die Möglichkeit der sexualisierten Abwehr durch die Unterbringung eingeschränkt ist, werden diese nun verstärkt über die ihm eigenen nicht-perversen Bewältigungsstrategien aufzufangen versucht.

Nach unserer Auffassung kommt den nicht-perversen Bewältigungsstrategien in der psychotherapeutischen Behandlung dieser Klientel eine Schlüsselrolle zu. Entgegen der gängigen Einschätzung, daß ein therapeutischer Zugang bei Sexualdelinquenten ausschließlich über das Delikt möglich ist, meinen wir, daß der therapeutisch effektivere Weg über die Bearbeitung der nicht-perversen Bewältigungsstrategien führt. Anders als die sexuelle Devianz sind diese auch unter Vollzugsbedingungen in der sozialen Interaktion und damit auf allen Behandlungsebenen jederzeit präsent. Aufgrund ihres vorbewußten Charakters, im Gegensatz zum weitestgehend unbewußten Vorgang der Sexualisierung, können sie leichter kognitiv zugänglich gemacht und beeinflußt werden.

Erstes Ziel unserer Behandlung ist es daher, dem Patienten die sozial negativen Auswirkungen seiner nicht-perversen Bewältigungsstrategien bewußt zu machen und ihm so ein Störungsbewußtsein zu vermitteln. So kann er die Notwendigkeit der Behandlung auch ohne direkten Bezug zur sexuellen Devianz akzeptieren und die Abwehrhaltung gegenüber der Einrichtung und dem Team aufgeben. Erst wenn dies gelingt, ist nach unseren Erfahrungen über die damit verbundenen emotionalen Auswirkungen Leidensdruck überhaupt herstellbar und ein therapeutischer Prozeß in Gang zu setzen.

In dessen Verlauf lassen sich unter Bezug auf aktuelles Verhalten und mit Hilfe einer Rekonstruktion der individual-geschichtlichen Lebenserfahrungen der einzelnen Patienten die sozialen Skripts bzw. „Überzeugungssysteme“ und „irrationale Überzeugungen“ („belief systems“ und „irrational beliefs“) (4) herausarbeiten, deren Bewußtmachung tieferliegende Ängste und Konflikte ansprechbar und bearbeitbar macht.

In weiteren Behandlungsschritten gilt es dann den häufig tabuisierten Bereich der Sexualität und insbesondere der sexuellen Devianz mit einzubeziehen. Dem Patienten wird so ein Verständniszusammenhang zwischen sexualisierten Abwehrbemühungen und der darin zum Ausdruck kommenden individuellen Grundproblematik vermittelt. Durch kritische Offenlegung „sexueller Mythen“ (25) und andere spezifische therapeutische Maßnahmen (7, 11) wird eine Korrektur seines impliziten „sexuellen Scriptes“ (22) und die Anpassung an reale Gegebenheiten und entsprechende Befriedigungsmöglichkeiten sexueller Bedürfnisse ermöglicht. Zugleich werden dem Patienten reifere und die sozialen Bezüge weniger einschneidende Formen der Lebensbewältigung an die Hand gegeben, die weitestgehend einen Rückgriff auf sexualdelinquente Verhaltensweisen unnötig machen oder zumindest eine weiter fortbestehende sexuelle Deviation in sozialverträglichen Bahnen hält.

Die Behandlung

Die Mindestbehandlungsdauer ist auf drei Jahre angelegt. Das Angebot, verbindlich für alle Patienten, umfaßt pro Patient und Woche zwei Einzelschulstherapiestunden und eine gruppentherapeutische Sitzung. Über das Bezugspflegesystem sind die Patienten in eine Vielzahl verhaltenstherapeutischer und pädagogischer Trainingsgruppen einbezogen, wie Rollenspiel, Sozialtraining, Info-Gruppe, Körperwahrnehmung, Sexualgesprächsgruppe, Kochgruppe. Dabei geht es vor allem um soziale Wahrnehmung und Verbesserung der sozialen Interaktionsfähigkeit und weniger um das Erlernen lebenspraktischer Fertigkeiten. In der Beschäftigungstherapie werden non-verbale Ausdrucksmittel und körperbezogene Techniken für den therapeutischen Prozeß nutzbar gemacht. Diejenigen Patienten, die schulische Defizite haben oder einer Berufsausbildung nachgehen, erhalten entsprechenden Unterricht oder bei Bedarf Nachhilfe. Bei Vorliegen einer Suchtproblematik erfolgt die Vermittlung in eine entsprechende externe Selbsthilfegruppe, sobald die Lockerungsstufe es zuläßt.

Die Behandlung mit Antiandrogenen ist nach dem Therapiekonzept nicht vorgesehen.

Jede Entscheidung, die den Patienten und seine Zuordnung zu therapeutischen Maßnahmen sowie die Gewährung von Lockerungen betrifft, wird gemeinsam in täglichen Teambesprechungen beraten und nach Konsens dem Patienten vermittelt und begründet. In der Besprechungsvisite mit der zuständigen Oberärztin werden ausführlich kritische Situationen besprochen und bei jedem Patienten in regelmäßigen

Abständen der Therapieverlauf rekapituliert und die weitere Planung unter Berücksichtigung der forensischen Aspekte skizziert. Anfallende Konflikte und Spannungen sowohl innerhalb des Teams als auch im Kontakt zum Patienten lassen sich neben anderen therapeutischen Problemen in der Supervision thematisieren, die von einem auswärtigen Psychoanalytiker durchgeführt wird.

Praxiserfahrungen

Auch wenn noch keine dezidierte, die Effizienz unseres neuen Therapiekonzeptes belegende evaluative Aussagen gemacht werden können und insbesondere der längerfristige Behandlungserfolg auf Grund der kurzen Katamnesezeit noch nicht sicher ist, können wir aufgrund der bisherigen Erfahrungen Vorteile für die Gesamtklinik und in der durchaus schweren therapeutischen Arbeit mit dieser Klientel durch diese Spezialstation konstatieren.

Zunächst führte die Zusammenfassung dieser z.T. extrem agierenden und therapeutisch kaum ansprechbaren Patienten zu einer spürbaren Entlastung und Beruhigung der anderen Behandlungsstationen. Darüber hinaus hat die Existenz dieser spezialisierten Station mit entsprechenden Wartezeiten eine gewisse motivierende Wirkung auf die in Frage kommenden Patienten. Die ursprüngliche Befürchtung, daß sich die Patienten durch die Kennzeichnung ihrer Station als Sexualstraftäterstation diskriminiert oder beeinträchtigt fühlen, hat sich nicht bestätigt.

Auf der Station selbst kommen die für diese Klientel typischen gegen Unterbringung und Behandlung gerichteten Verhaltensmuster viel weniger zum Tragen und werden eher aufgegeben. Zum einen wirkt das in sich konsistente, therapeutische Milieu – durch den einheitlichen und von allen Teammitgliedern akzeptierten theoretischen und konzeptionellen Rahmen, den intensiven patientenzentrierten Informationsaustausch und die begleitende Supervision ist ein entsprechend koordiniertes und einheitliches therapeutisches Vorgehen möglich – den Spaltungstendenzen und manipulativen Verhaltensweisen entgegen. Zum anderen sind die Patienten im stationären Alltag, durch die Konzentration ähnlicher Reaktionsmuster, selber den Negativwirkungen ihrer Verhaltensstrategien ausgesetzt und unausweichlich gleichsam spiegelbildlich mit der defizitär-pathologischen Seite der eigenen Persönlichkeit konfrontiert. Hierin liegt nach unseren Erfahrungen eine entscheidende Erweiterung der therapeutischen Interventionsmöglichkeiten, da die sozialen Interaktionen untereinander und deren

wechselseitige Bewußtmachung und Einschätzung die Patienten von ihresgleichen besser akzeptieren können als von der Personal-Ebene.

Ein weiterer Vorteil liegt darin, daß durch die Ausweisung der Station als Sexualstrafäterstation die sexuelle Delinquenz der Patienten jederzeit präsent und bewußt bleibt, unabhängig davon, ob sie bereits im konkreten Einzelfall in die psychotherapeutische Behandlung miteinbezogen ist. Dies hat zu mehr Offenheit vor allem bei dem in der Regel tabuisierten Bereich der Sexualität geführt und bewirkt, daß sich die Patienten auch außerhalb der Therapien gemeinsam in konstruktiver Weise mit ihren Delikten und den Lebenssituationen, in denen es zu diesen Taten kam, auseinandersetzen.

Trotz dieses umfassenden, therapeutischen Konzeptes gelingt es nicht, alle Patienten, die sich zur Behandlung auf dieser Station befinden, therapeutisch zu erreichen. Wenn zusätzlich zur Persönlichkeitsstörung andere Faktoren, wie erhebliche Dissozialität und Hostilität, langjährige Knastsozialisation, hohe Haftstrafen oder Sicherungsverwahrung, sowie häufige Verurteilungen wegen anderer (nicht sexueller) Delikte dazukommen, scheitert über kurz oder lang der Behandlungsversuch auf der Spezialstation.

Auf der anderen Seite erwachsen dieser Spezialstation und allen darin Tätigen, einschließlich Patienten, spezifische Belastungen, Konflikte und Spannungen. Es ist nicht von der Hand zu weisen, daß die Zusammenfassung von Patienten mit mehr oder minder extrem ausgestalteten Persönlichkeitsstörungen ähnlichen Musters und ausschließlicher sexueller Delinquenz – die erfahrungsgemäß bei allen (forensisch Tätigen) eher mit emotionaler Beteiligung und Betroffenheit verbunden ist – in spezifischer Weise auf die Beteiligten wirkt. In einem eigenen Beitrag in diesem Heft gewährt die stellvertretende Stationschwester aus Sicht des pflegerischen Personals und insbesondere als Frau genaueren Einblick darüber.

Eine kritisch-distanzierte Betrachtung

Ich möchte einige – sicherlich subjektive – Eindrücke zu dieser Spezialstation aus der Sicht einer nicht unmittelbar auf Station Tätigen äußern. Ich habe seit August 1994 die Funktion der Oberärztin auf dieser Station (und auf allen anderen Stationen der Außenstelle Gießen) und kenne sie seit 1992. Ich arbeitete damals in unserer klinikseigenen Ambulanz, die unsere PatientInnen nach Entlassung nachbehandelt. Unter anderen sah ich natürlich auch ehemalige Patienten der Sexual-

straftäterstation. Darüber hinaus war ich für ein halbes Jahr die Hausärztin dieser Station.

In dieser Zeit erhielt ich Eindrücke, Informationen und Wissen und nahm diese Station wahr aus verschiedenen Blickwinkeln und Standorten. Zum einen gehörte ich theoretisch zum Team dazu, denn ich war für die medizinischen Fragen zuständig. Als Ambulanzleiterin stand ich in anderer, abgegrenzter, ja gegensätzlicher und selbständiger Position wenn es darum ging, die Behandlung der entlassenen Patienten zu übernehmen und fortzuführen. Dabei gaben das Stationsteam/die Therapeuten uns, dem Ambulanzteam, ein gewisses, spezifisches, auf der Station gewachsenes Bild der einzelnen Patienten mit auf dem Weg, während wir uns in der Zeit der ambulanten Behandlung ein eigenes unter ganz anderen Bedingungen – Leben in Freiheit; fehlende Klinikskontrolle – machen können. Durch die Patienten wiederum erhielten wir Einblick in die Station und deren Eigenheiten aus Konsumenten-sicht und erfuhren, wie sie die Station, die dort Tätigen und die Therapie erlebten. Schließlich bieten die wöchentlichen Klinikskonferenzen und Besprechungen Gelegenheit, die Selbstdarstellung und das Auftreten der Station im Gesamtkontext der Außenstelle/Klinik wahrzunehmen.

Die Station tritt gegenüber und im Vergleich zu den anderen Stationen nach außen als dicht geschlossen und verschlossen auf. Es entsteht zunächst der Eindruck, daß es sich bei dieser Station um eine autonome und elitäre Einheit handelt, die wenig mit Fremden zu tun haben und kommunizieren will, und daß sie sich nicht gerne in die Karten blicken läßt. So fällt sie in den wöchentlichen Konferenzen, in denen stationsweise die Belegung, Aufnahmen, Planungen, Ereignisse und Probleme erörtert werden dadurch auf, daß sie (fast immer) nichts zu besprechen hat. Auch sonst dringt wenig Information über das Geschehen auf Station nach außen.

Als Hausärztin wurde von mir erwartet, daß ich ohne jegliche Information zur Vorgeschichte und zum aktuellen Stand der Therapie die körperlichen Beschwerden der Patienten richtig deutete und entsprechend darauf reagierte, wobei meistens mehrere Teammitglieder dabei waren und genau beobachteten, wie ich mich verhielt. Hatte ich dann eine fachärztliche Abklärung angeordnet, so hörte ich danach mißbilligend des öfteren: Der Patient somatisiert zur Zeit.

Die Station legt auf einen eigenen, separaten Hof/Gartenbereich Wert, damit ihre Patienten keinen Kontakt zu den anderen Patienten haben. Der therapeutische Stationsleiter hält eine oberärztliche Aufsicht für unnötig und möchte die Station gerne davon abkoppeln. Als Oberarzt/ärztin kann man/frau sich tatsächlich damit begnügen, eine Alibifunktion zu erfüllen, wenn man/frau es will.

Die Haltung und Einstellung dem Patienten gegenüber ist im Vergleich zu den anderen Stationen durch eine sehr deutliche Distanz, Sachlichkeit, Kühle, Skepsis und Mißtrauen gekennzeichnet. Während auf den anderen Stationen eigentlich bei fast jedem Patienten/jeder Patientin vom Team auch Positives, Nettes, Menschliches, durchaus auch Liebevollnes wahrgenommen und vermittelt wird, ist mir dies auf dieser Spezialstation in der Form nie aufgefallen. Auch humorvolle sprachliche Äußerungen und Situationen erlebe ich im Rahmen der Besprechungen und Visiten nicht. Auf keiner anderen Station begegnet mir ein solches Maß an Sachlichkeit, Distanz und Ernst, aber auch an Skepsis und Mißtrauen. Im Zweifelsfall erlebe ich die Haltung der Station als vorsichtig, zurückhaltend, ängstlich und streng, so als hätte sie wenig Vertrauen und Gewißheit in die erreichten therapeutischen Fortschritte und sei es nicht möglich, diese sowie an sich bestehende gute, ungefährlichen Anteile der jeweiligen Patienten-Persönlichkeit zu einem Gesamtbild zu integrieren. Möglicherweise ist das ein Effekt des therapeutischen Konzeptes, nach dem ja die Aufmerksamkeit zunächst auf die defizitär-pathologischen und die auf Widerstand ausgerichteten Aspekte der Persönlichkeit gerichtet wird, während die positiven Anteile weniger Beachtung finden.

Die therapeutische (Anspruchs)haltung nehme ich als sehr hoch wahr, während auf der anderen Seite eine große Enttäuschung die Strenge und Radikalität erklären könnte, mit der manchmal auf bestimmte Ereignisse reagiert wird.

Die Phase der zunehmenden Loslösung und Verselbständigung der Patienten von der Station scheint für mich eine kritische Zeit zu sein. Immerhin haben die meisten Patienten mindestens drei Jahre in einer sehr engen, fast ausschließlichen therapeutischen Gemeinschaft gelebt. In meiner Wahrnehmung werden in dieser Zeit der notwendigerweise erfolgenden Ausdünnung der Therapien, geringeren Präsenz der Patienten und abnehmender Kontroll- und Beeinflussungsmöglichkeiten durch die Station Angst und Unbehagen im Team ausgelöst. Gegenüber den anderen Stationen ist hierbei die Tendenz überdeutlich, den Patienten und die Verantwortung zu diesem Zeitpunkt anderen Mitarbeitern der Klinik zu übergeben, aus der Distanz jedoch mit wachendem und warnendem Blick die weitere Entwicklung zu verfolgen.

Atmosphärisch und in der Haltung dem Patienten gegenüber zeichnet sich also diese Station durch eine unterkühlte, distanzierte, skeptische und mißtrauende Art und durch Verslossenheit aus. Trotz erkennbarer Fortschritte in der Behandlung der einzelnen Patienten und Gesamterfolge seit Bestehen der Station steht diese fast jedem

ehemaligen oder aktuellen Patienten grundsätzlich und über die Zeit der stationären Behandlung hinaus sehr kritisch gegenüber.

Meines Erachtens ist dies auf die zwei wichtigsten und kennzeichnenden Faktoren dieser Station zurückzuführen: 1. die allen Patienten gemeinsam individuelle und doch spezifische Persönlichkeitsstörung, 2. die ausschließliche sexuelle Delinquenz.

Das therapeutische Arbeiten mit persönlichkeitsgestörten Menschen im stationären Rahmen ist im Vergleich zur Arbeit mit psychisch Kranken dadurch gekennzeichnet, daß keine klar erkennbare und erlebbare Grenzziehung und Abgrenzung zwischen gesund und krank/gestört besteht. Die Patienten wirken über viele Bereiche normal. In ihnen wird jeder einzelne des Teams viel eher eigenes entdecken.

Die über das Delikt stets präsente Thematik der Sexualität wiederum berührt uns alle. Jeder von uns hat eine ganz eigene Sexualität, eine bestimmte Erfahrung der Sexualität. Durch die Arbeit mit Sexualdelinquenten wird die ohnehin schwierige Frage der Grenzziehung zwischen normal und krank/pervers in der Sexualität jedem von uns immer wieder gestellt. Die individuellen und spezifischen Vorstellungen, Überzeugungen, Haltungen, Erlebnisweisen und Erfahrungen der Sexualität von mann und frau werden zum Bestandteil der alltäglichen Arbeit.

Zum Schluß möchte ich darauf hinweisen, daß diese meine subjektive Wahrnehmung der Station frei von jeder Wertung und Kritik verstanden werden muß. Ich beabsichtige lediglich durch diese deskriptiven Eindrücke das Augenmerk und die Phantasie der Leserin/des Lesers auf mögliche Effekte einer solchen Arbeit mit Sexualstraftätern richten.

Literatur

- 1 Berner; E. Karlick-Bolten: Verlaufsformen der Sexualkriminalität. Enke 1986, Stuttgart
- 2 Th. Bronisch; M. Berger; G. Kockott: Integratives Therapiekonzept bei stationärer Behandlung von Sexualdelinquenten. Psychiat. Praxis 10,1983, S. 83-87
- 3 Th. Bronisch: Auswirkungen neuerer psychoanalytischer Theorien und Therapiekonzepte auf die Behandlung von Sexualdelinquenten. Psychiat. Praxis 10,1983 S. 75-77
- 4 A. Ellis: Die rational-emotive Therapie. Pfeiffer 1989, München
- 5 U. Giese; E-M. Kober: Ambulante Gruppentherapie mit Sexualdelinquenten. Psychiat. Praxis 10,1983 S. 88-92
- 6 W. Goudsmith; J.W. Reicher: Sozialtherapie schwerst-gestörter Delinquenten auf psychoanalytischer Grundlage. In Sigusch (Hrsg): Therapie sexueller Störungen. Thieme 1980, Stuttgart, New York

- 7 L. Gretenkord: Mehrdimensionale Therapie eines Sexualdelinquenten in einer forensischen Klinik. MschrKrim 64, 1981 S. 353-360
- 8 N. Groth; W.F. Hobsen: Die Dynamik sexueller Gewalt. In Heinrichs (Hrsg): Vergewaltigung. Holtzmeier 1986, Braunschweig
- 9 U. Hartmann: Inhalte und Funktionen sexueller Phantasien. Enke 1989, Stuttgart
- 10 S. Jacobs; J. Hoyer: Psychotherapie mit psychisch kranken Delinquenten. GwG-Zeitschrift 80, 1990
- 11 G. Kockott: Verhaltenstherapie bei sexuellen Deviationen-Ein orientierender Überblick. Psychiat. Praxis 10. 1983 S. 78-82
- 12 G. Kockott: Die Behandlung sexueller Delinquenz mit Antiandrogenen. Psychiat. Praxis 10, 1983 S. 158-164
- 13 F. Morgenthaler: Homosexualität, Heterosexualität, Perversion. Qumran 1984, Frankfurt, Paris
- 14 R. Müller-Isberner: Neue Wege der Behandlung von Sexualstraftätern im Maßregelvollzug in Hessen. In: Wille et al. (Hrsg): Zur Therapie von sexuell Devianten. Diesbach 1990, Berlin
- 15 U. Rauchfleisch: Dissozial. Vandenhoeck & Ruprecht 1981, Göttingen
- 16 H. Saß: Psychopathie, Soziopathie, Dissozialität. Springer 1987, Berlin
- 17 Th. Schelp; L. Kemmler: Emotion und Psychotherapie. Huber 1988, Bern, Stuttgart, Toronto
- 18 E. Schönhage; W. Schzman: Therapie von Sexualstraftätern in einem psychiat. Landeskrankenhaus. Psychiat. Praxis 10, 1983 S. 93-96
- 19 E. Schorsch et al: Ist der Gefängnispsychologe schuld? Psychologie Heute 3, 1982 S. 39-45
- 20 E. Schorsch et al: Perversion als Straftat: Dynamik und Psychotherapie. Springer 1985, Berlin
- 21 W. Schumacher: Zur Typologie und Dynamik delinquenter Sexualabweichungen. In: Wille et al (Hrsg). Zur Therapie von sexuell Devianten. Diesbach 1990, Berlin
- 22 W. Simon; J.H. Gagnon: Sexual Scripts: Performance and Change. Archives of Sexual Behavior 15, 1986
- 23 R.J. Stoller: Perversion. Die erotische Form von Haß. Rowohlt 1979. Reinbeck
- 24 P. Wachtel: Psychoanalyse und Verhaltenstherapie. Klett-Cotta 1981, Stuttgart
- 25 B. Zibergeld: Männliche Sexualität. Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, Bd 5, Steinbauer und Rau, München 1983

Anmerkung

Die Ausführungen über den theoretischen und konzeptionellen Rahmen folgen weitgehend einer früheren Darstellung dieser Spezialstation (R.Müller-Isberner, V. Thomas: Psychotherapie von Sexualstraftätern im Maßregelvollzug, Recht & Psychiatrie, 1992)

Als Schwester auf einer Spezialstation für Sexualstraftäter

Erika Bornwasser

Zusammenfassung

Pflegerische Aufgaben in der forensischen Psychiatrie reichen vom Schließerdasein bis zum therapeutischen Pflegeverständnis. Angesichts dieser Spannweite muß das Selbstverständnis wiederholt geklärt werden. Der Doppelauftrag „Sichern und Bessern“ ist bei weitem breiter als in der Allgemeinpsychiatrie und kann gelegentlich auseinanderklaffen. Am Beispiel der Bezugspersonenpflege mit einem pädophilen Patienten beschreibt die Autorin nicht nur ihre verschiedenen Funktionen, sondern darüber hinaus ihre persönliche Auseinandersetzung als Frau und Mutter mit der Tat und dem Täter. Sie berichtet von der belastenden Vorstellung, in die sexuellen Phantasien straffällig gewordener Patienten eingebaut zu werden und über das Unbehagen von Begegnungen im Nachtdienst.

Die ärztliche Bereichsleiterin meiner Station, Frau Dr. Gonzales Cabeza fragte an, ob ich Lust habe, in dieser Zeitschrift über meine pflegerisch-psychiatrische Arbeit mit persönlichkeitsgestörten Sexualstraftätern zu berichten. Ich habe spontan zugesagt, da ich schon häufig mit Fragen konfrontiert wurde, die die Aufgaben einer Krankenschwester in einer solchen Behandlungseinheit betreffen.

Es dauerte jedoch längere Zeit bis ich mir darüber klar war, mit welchem Anspruch und in welcher Form ich diesen Artikel schreibe.

Ich hatte mich mit der Unsicherheit bezüglich meiner Wahrnehmung und den daraus resultierenden Gefühlen auseinanderzusetzen, da diese Form der Öffentlichkeit eine andere ist als die, in der ich vertraut bin zu reflektieren. Die Tatsache, daß ich von der Notwendigkeit dieser Behandlungseinheit und der Sinnhaftigkeit meiner Arbeit überzeugt bin, erleichterte mir die Abfassung des Berichtes.

Mein Weg zur Station

Nach einem sozialen Jahr im Altersheim und der einjährigen Krankenpflegehilfeausbildung machte ich eine dreijährige Ausbildung zur

Krankenschwester an einer Universitätsklinik. Die Unzufriedenheit über die Tatsache, daß sich die Therapie in Allgemeinkrankenhäusern fast ausschließlich auf den medizinisch-technischen Bereich reduziert, war das Motiv zum Wechsel in die psychiatrische Krankenpflege.

Meine erste Berufsstation war eine Behandlungseinheit für allgemein-psychiatrische Erkrankungen. Im Laufe von sechs Jahren lernte ich dort alle klassischen Krankheitsbilder der Psychiatrie kennen. Ich hatte in diesem Arbeitsbereich auch häufig mit Frauen und Männern zu tun, die Opfer verschiedenster Art sexuellen Mißbrauchs geworden waren.

Der gleiche Krankenhausträger eröffnete 1987 in unmittelbarer Nachbarschaft eine forensische Station für normalintelligente verhaltensgestörte Sexualstrafäter. Durch Kolleginnen und Kollegen, die dort arbeiteten, wurde ich auf die Station aufmerksam und auf das Behandlungskonzept neugierig.

Die Arbeit mit den Opfern von Sexualdelikten und die Tatsache, daß ich als Frau und Mutter auch betroffen sein könnte, förderte mein Interesse an den dort zwangseingewiesenen Tätern.

Ich hatte bis zu dem Zeitpunkt, als ich die Station zum ersten Mal betrat, ein voreingenommenes Bild von einem Sexualstrafäter. Ich mußte erkennen, daß die Gewalt ein Alltagsgesicht hat. Ich setzte mich 1989 über meine eigenen und die Bedenken von Kollegen und mir nahestehenden Personen hinweg und wechselte in das pflegerische Team dieser Station. Ich arbeite bis heute dort.

Die Gruppe der Krankenschwestern/-pfleger

Das Pflgeteam besteht zur Zeit aus 15 festen Mitarbeitern mit unterschiedlichen Qualifikationen von der Fachkrankenschwester/-pfleger für Psychiatrie bis zur Krankenpflegehelferin/-helfer. Elf dieser Mitarbeiter haben eine Berufspraxis von über fünf Jahren. Sechs Mitarbeiter arbeiten seit der Stationseröffnung dort.

Durch Personalwechsel hat sich das Team als Gruppe immer wieder verändert. Sieben Frauen haben das Team zum Teil nach kurzer Zeit aus Gründen, die sich aus dem spezifischen Tätigkeitsbereich ergaben, wieder verlassen. Die männlichen Kollegen schieden im Gegensatz hierzu überwiegend aus beruflichen Gründen aus dem Team aus.

Das Pflegeleitbild der Station

Vor der Erarbeitung einer Methodik psychiatrischer Krankenpflege steht zunächst eine Klärung der speziellen Pflegesituation in der foren-

sischen Psychiatrie. Das Handlungsspektrum, das auf den Maßregelvollzug zutrifft, reicht vom Schließerdasein bis zum therapeutischen Pflegeverständnis. Je größer die möglichen Handlungsbereiche sind, um so wichtiger ist es, daß wir als Krankenpflegepersonal eine Klärung des eigenen Selbstverständnisses vorantreiben.

Die Aufnahme eines Patienten auf der Station erfolgt nicht wegen eines Leidens, sondern wegen einer Tat. Ohne diese Tat wäre der Patient vermutlich nie in die Psychiatrie gekommen. Das Aufnahmekriterium wird also von einer normverletzenden, vorwerfbaren, mit moralischen Bewertungen und Strafsanktionen verbundenen Handlung bestimmt. Diese Bedingungen erschweren es, eine wertneutrale helfende Haltung zu finden.

Doppelrolle Bewacher – Therapeut

Als Ausgangspunkt für pflegerisch-therapeutisches Handeln steht das Wissen, Wahrnehmen und Aushalten der Widersprüche, die der Doppelauftrag (Sichern und Bessern) als Realität in sich trägt. Unabhängig von seinem Handeln ist der einzelne Mitarbeiter als Bestandteil der Klinik Bewacher, Kontrollierender, Pfleger, Rehabilitierender und vieles mehr. Das Erkennen dieser Widersprüche, die den Umgang zwischen Pflegemitarbeitern und Patienten erschwert, ist die Voraussetzung zum ganzheitlichen Erkennen eines Patienten und Basis von milieu- und soziotherapeutischem Handeln.

Als Krankenpflegemitarbeiter sind wir auf der einen Seite mit den offensichtlichen Handlungserwartungen wie Einschluß, Sicherung beauftragt. Auf der anderen Seite gibt es nur wenig deutlich beschriebene Handlungsaufträge bezüglich Behandlung und therapeutischem Umgang. Darüber hinaus müssen wir uns mit unseren eigenen inneren Widersprüchen in der Einstellung zu psychisch kranken Straftätern und den sich daraus ergebenden Verhaltensweisen auseinandersetzen.

Die Pflege und Versorgung der Patienten als Teil der gesamten Behandlung

Die Station verfügt über ein multiprofessionelles Behandlersteam. Der Behandlungsplan wird unter Mitwirkung aller Mitarbeiter erstellt. Es findet regelmäßiger Wissens- und Erfahrungsaustausch statt, um eine ganzheitliche, alle Bereiche berücksichtigende Behandlung zu ermöglichen. Ein wichtiger Bestandteil des Behandlungskonzeptes ist die

pflegerisch-psychiatrische Versorgung der Patienten. Wenn man davon ausgeht, daß bei der hier zu behandelnden Klientel die Beziehungen zu anderen Menschen sehr oberflächlich, ambivalent und von grundsätzlichem Mißtrauen erfüllt sind, kommt dem Beziehungsprozeß zwischen pflegerischem Mitarbeitern und Patienten eine entscheidende Rolle zu. Der Beziehungsprozeß ist hier identisch mit dem Problemlösungsprozeß.

Folgende speziellen Problemkreise der Patienten sind nur in der Organisationsform der Bezugspflege zu bearbeiten:

- ausgeprägte Selbstwertproblematik
- tiefgreifendes Mißtrauen gegenüber Mitmenschen
- Unfähigkeit, tragfähige persönliche Beziehungen und echte personale Bindungen zu entwickeln
- große Intoleranz gegenüber Angst, Spannung und jeglicher Form von Frustration
- Unvermögen, die Befriedigung von Wünschen hinauszuschieben
- Fehlende Selbstkritik
- Abnorme Kränkbarkeit bei jeglicher Form von Kritik
- Fehlende realistische Einschätzung der eigentlichen Möglichkeiten
- Unbestimmte Verstimmungen mit depressiven Zügen auf der Grundlage eines instabilen Selbstwertgefühles

Ziele der Bezugspflege sind eine stark patientenbezogene Ausrichtung der Arbeit, eine Verbesserung der Milieubedingungen für den Patienten durch Verfügbarkeit einer Vertrauensperson für alle Alltagsbelange und daraus resultierend eine stärkere Einbindung der pflegerischen Mitarbeiter in den therapeutischen Prozeß.

Damit steht dem Patienten unabhängig von seiner persönlichen Attraktivität eine Vertrauensperson sowohl als Identifikations- als auch als Projektionsobjekt zur Verfügung.

Für den einzelnen Mitarbeiter bedeutet dies, daß er die Beziehung zum Patienten aktiv herstellen und halten muß, um einer eventuellen Störung entgegenzuwirken. Die Bezugsschwester und der Bezugspfleger ist Informationsmittler zwischen dem Patienten und anderen Mitarbeitern und auch Objekt für Übertragungs- und Gegenübertragungsmechanismen. Damit können Probleme und Fähigkeiten des Patienten besser erkannt und für die Behandlungsplanung genutzt werden.

Für den Mitarbeiter bedeutet Bezugspflege auch eine Verantwortung bezüglich Behandlungsplanung und Dokumentation.

Basis der Behandlung ist die „Soziotherapie“, die Auseinander-

setzung mit dem „Normalen“, mit den alltäglichen Bedürfnissen, Regeln und Notwendigkeiten.

Ein Einblick in die pflegerisch-psychiatrische Bezugsarbeit mit einem pädophilen Patienten

Herr A. wurde 1971 in der früheren DDR geboren. Nach der Scheidung seiner Eltern wuchs er bei seiner Mutter auf. Im Alter von 15 Jahren kam er nach Konflikten mit seiner Mutter auf eigenen Wunsch in ein Kinderheim.

Ab diesem Zeitpunkt kam es wiederholt zu sexuellen Kontakten mit minderjährigen Mädchen. Er wurde zu einer Haftstrafe verurteilt. 1992 wurde nach § 63 StGB die Unterbringung in einer psychiatrischen Anstalt angeordnet, da der begutachtende Sachverständige eine behandlungsbedürftige Pädophilie feststellte. Es konnte nicht ausgeschlossen werden, daß Herr A. bei Begehung seiner Straftaten vermindert schuldfähig war. Er wurde nach einem kurzen Aufenthalt auf der Aufnahmestation unserer Klinik auf unsere Spezialstation überwiesen.

In meinen Erstgesprächen mit dem Patienten berichtet er viel über seine Biographie. Zu Mutter und Bruder hat er keinen Kontakt. Er beschäftigt sich häufig gedanklich mit dem Tod seines Vaters. Sein Vater sei unter dubiosen Umständen in seiner Wohnung an Sauerstoffmangel verstorben. Er habe mit einem Gaskocher seine Wohnung beheizt und angeblich sei er hierdurch ums Leben gekommen. Herr A. macht für den Tod seines Vaters die Stasi verantwortlich. Herr A. beginnt mit Nachforschungen über die Gauck-Behörde. Über Details will er nicht mit mir, seiner Bezugskrankenschwester, reden. Es sei ihm unangenehm. Nach einigen Briefwechseln mit der Behörde scheint sein Verdacht nicht bestätigt worden zu sein.

Seine Körperpflege läßt zu wünschen übrig. Ich muß ihn öfters darauf ansprechen. Er versucht, eine angemessene Regelung zu finden.

Der Patient erzählt in weiteren Gesprächen, daß er in der Aufnahmestation eine Patientin kennengelernt habe. Er schreibt und telefoniert mehrmals mit seiner Freundin, die noch verheiratet ist. Kurze Zeit später ist der Patient sehr durcheinander, weil ihm seine Freundin am Telefon unmißverständlich mitgeteilt hat, daß sie bei ihrem Verlobten, dem Vater ihrer Kinder, bleiben will. Es dauert einige Zeit, bis der Patient dies verarbeitet hat.

Mitte Mai 1993 setzt sich der Patient infolge der Schadensansprüche seines letzten Opfers mit seinen Schuldgefühlen gegenüber seinen Opfern auseinander. Er erkenne diese materielle Schuld an, könne

jedoch gegenwärtig nichts davon abtragen, da er über keine Einkünfte verfüge. Die Schuld, die er durch seine Taten auf sich geladen habe, beschäftige ihn jedoch immer wieder. Sie ist häufig Thema unserer Gespräche. Diese Tatsache ziehe ihn stimmungsmäßig sehr herunter.

Wie sehr Herr A. von seinem pädophilen Erleben bestimmt wird, zeigt sich in Versuchen, Kontakt zu der Mutter eines seiner Opfer in der ehemaligen DDR aufzunehmen. Es wird ihm untersagt. Einige Monate später versucht er, über eine ehemalige Lehrerin Informationen über dieses Mädchen zu erhalten. Er wolle um dieses Mädchen werben und, wenn es erwachsen ist, eine Partnerbeziehung zu ihm aufnehmen. Als ich ihm als Vertreterin des Teams die Regel klar machen möchte, daß dies nicht geht, versucht er es hinter meinem Rücken. Dies hat zur Folge, daß ihm das Telefonieren nur noch in Anwesenheit von Pflege-mitarbeitern erlaubt wird. Zunächst versucht er, zwischen mir und seinem Psychologen zu spalten. Ich bin die Böse. Er wirft mir Vertrauensbruch vor und versucht, sich mir zu entziehen. Es folgen viele Gespräche über Normen in unserer Gesellschaft und den Sinn einer Behandlung (Verhandlung).

Beispielsweise war Herr A. nach dem Telefonierverbot, das ich aus der Situation heraus (Kontaktaufnahme über Dritte zu Opfern) spontan verhängt habe, bis im Team weitere Maßnahmen besprochen werden konnten, so gekränkt, daß er behauptete eine „normale“ Beziehung zwischen uns wäre nicht mehr möglich. Ich habe versucht, ihm zu erklären, daß man manchmal zu solchen Maßnahmen greifen muß. Ich erklärte mich dafür verantwortlich, daß ihm und auch der Gesellschaft keine Schäden zugefügt werden. Er konnte nur schwer überzeugt werden, das ich deshalb im Team nicht weniger für ihn eintreten werde und daß sein Verhalten keine Nachteile auf die Qualität unserer Beziehung habe.

Herr A. hat in seinem Leben andere Erfahrungen gemacht. Als Bezugsschwester bin ich Partnerin in seinem Sozialisationsprozeß. Ziel dieser Maßnahme ist, daß Herr A. seine bisherigen Erfahrungen überdenkt und sein daraus resultierendes Verhalten ändert.

Mitte 1993 nervte der Patient das therapeutische Team sehr mit seinen finanziellen Transaktionen und seinen wenig erfolgreichen Versuchen, seine Schulden zu begleichen. Weil zunächst niemand so richtig durchblickt – auch der Patient selbst nicht – wird vereinbart, daß er diese Dinge ausschließlich mit mir als seiner Bezugsschwester regeln soll. In besonders komplizierten Fällen wird der Sozialarbeiter hinzugezogen.

Sein pädophiles Erleben steht in diesen Monaten wieder ganz im Vordergrund. Er zieht sich vermehrt zurück, führt Tagebuch und be-

richtet in seinen Gesprächen, wenn man ihn nicht strukturiert und lenkt, fast ausschließlich von seinen Träumen, in denen Szenen mit kleinen Kindern vorkommen.

Er wird in die Kochgruppe und das pädagogische Rollenspiel eingeteilt. An der Beschäftigungs- und Bewegungstherapie nimmt er schon seit einiger Zeit teil. Er ist in diesen Gruppen aktiv. Er entzieht sich aber dem sonstigen Stationsleben, indem er versucht, sich auf sein Zimmer zurückzuziehen.

Zu dieser Zeit sagt er, sein Therapieziel sei, seine Selbstdisziplin zu steigern. Er sagt, er meine damit sein pädophiles Erleben und sein Unvermögen, mit Geld umzugehen. Ein weiteres Therapieziel sei für ihn, mehr Selbstachtung zu gewinnen. Er fühle sich oft wertlos, und das mache ihn depressiv.

Der Patient soll lernen, die Behandlungsstätte als soziales Lern- und Übungsfeld zu nutzen. Herr A. neigt zeitweise dazu, sich nicht an Absprachen zu halten bzw. sie zu seinem Vorteil fehlzuinterpretieren. Gewisse höfliche Umgangsformen sind ihm sehr fremd.

Herr A. überfällt mich mit seinen Anliegen beispielsweise häufig in Situationen, in denen ich anderweitig beschäftigt bin. Er betritt ohne anzuklopfen das Stationszimmer und will mir von seinen Träumen erzählen, obwohl er sieht, daß ich mit administrativen Aufgaben beschäftigt bin. Wenn er einen Wunsch hat und ich mit anderen Personen beschäftigt bin, stellt er sich einfach neben mich und merkt nicht, daß er stört. Er neigt dazu, meine Kollegen und mich von der Seite anzusprechen und hat kein Gespür dafür, daß dies nicht der richtige Rahmen für das Vorbringen seiner Wünsche ist. Ich fühle mich zeitweise so sehr von Herrn A. in Anspruch genommen, daß ich dieses Gefühl in der kollegialen Beratung thematisiert habe. Gemeinsam erarbeiten wir als Beratungsergebnis, daß es günstig für mich sei, mit Herrn A. Termine in Form von Einzelgesprächen oder gemeinsamem praktischen Tun auszumachen. Er hat außerdem noch zweimal wöchentlich therapeutische Einzelgespräche mit dem Psychologen. In der Zwischenzeit soll Herr A. sich auch mit seinen Mitpatienten einzeln oder in den Sozialformen der Groß- oder Kleingruppe auseinandersetzen.

Reflexion meiner Bezugsarbeit unter Anwendung der
Prozeßschritte sozialer Interaktion nach Dörner/Plog

Selbstwahrnehmung: Suche bei mir selbst (Gegenübertragung)

Herr A. ist nicht nur wegen eines Leidens, sondern auch wegen einer Tat auf Station. Ich mußte mir zu Anfang die Frage stellen, wie komme

ich mit seinen Täteranteilen zurecht. Kann und will ich als Frau, Mutter und Krankenschwester mit diesem Menschen eine konstruktive Beziehung erarbeiten? Bin ich frei, über meine eigenen zwanghaften, sexuellen, gewaltsamen, minderwertigen Handlungsanteile nachzudenken und kann ich eine Suchhaltung bei Herrn A. auslösen? Einen Zugang zu meinen Gefühlen eröffnete mir die Frage: „Warum suche ich mir Herrn A. als Bezugspatienten aus?“ Ich merke, daß ich mich gerade aufgrund der Tatsache, daß ich Frau und Mutter bin, für seine Opferanteile besonders interessiere. Dies hat sicherlich auch damit zu tun, daß ich meine Kinder davor bewahren will, jemals Opfer oder Täter zu werden.

Der Wunsch, Herrn A. als Patienten zu sehen, stand vor dem Wunsch, ihn nur als Täter abzustempeln. Ich sprach mit dem Patienten über meine schwankenden Gefühle (Wut, Angst, Ekel, Unsicherheit, Betroffenheit) und denke, daß es mir damit gelungen ist, die Suchhaltung auch bei ihm selbst auszulösen.

*Vervollständigung der Wahrnehmung –
Meine Rolle als Ersatzspielerin: Übertragung*

Wie oben beschrieben geht Herr A. mit seinen kranken Anteilen und mit mir als Partnerin so um, als ob er mit mir wichtige Aspekte seiner früheren Beziehungen wiederhole. Meine Aufgabe ist es, ihm dies aufzuzeigen und ihm meine Rolle als Ersatzspielerin zu verdeutlichen. Er muß erkennen, wie die eigentlichen Spieler in seinem Leben mit ihm zusammenspielen. Herr A. soll wissen, was von ihm und was von den anderen kommt und infolgedessen nach neuen Handlungsweisen und Spielräumen suchen.

Beispielsweise reagiert er auf das Telefonierverbot mit ausgeprägtem Schwarz-Weiß-Denken. Die Grautöne, die dazwischen liegen, hat er nicht kennengelernt. Meine Aufgabe besteht unter anderem darin, ihm die vielen Facetten der sozialen Interaktion aufzuzeigen und ihn zu veranlassen, nach anderen Lösungsmöglichkeiten zu suchen.

Für mich ist es sehr wichtig, daß ich Feedback aus dem Team erhalte und genügend Reflexionsmöglichkeiten (Supervision, kollegiale Beratung) habe. Meine Mitarbeiter machen mir meine Rolle als Ersatzspielerin in einigen für mich schwierigen Situationen bewußt. Herr A. wirft mir beispielsweise vor, ich verhalte mich wie seine Mutter. Er hat für viel Geld Kristallminiaturen bestellt, obwohl er hoch verschuldet ist. Herr A. will die Bestellung aufrechterhalten, so daß ich ihn mit Nachdruck auffordern muß, sie rückgängig zu machen. In der Folgezeit wirft er mir wiederholt vor, wie seine Mutter gehandelt zu

haben, die ihn immer nur bevormundet habe. Es nimmt viel Zeit in Anspruch, mit ihm dieses scheinbare Unrecht zu bearbeiten und ihm klarzumachen, daß ich nicht die Rolle seiner Mutter übernommen habe, sondern daß er versucht, sie auf mich zu projizieren.

Normalisierung der Beziehung

Ziel ist eine Normalisierung des Be- und Verhandeln. Durch die gleichzeitige Einbeziehung der kranken und gesunden Anteile, der Symptome und der Person des Herrn A. möchte ich unsere Beziehung vervollständigen. Wenn ich meinen Anteil an der Begegnung und die Bedingungen des bisherigen Problemlösungsverhaltens des Herrn A. besser verstehe, so sind die Voraussetzungen für die Normalisierung der Beziehung geschaffen.

Für mich scheint es noch ein langer Weg bis dorthin zu sein. Das Lösungsverhalten, ein Delikt zu begehen und die Art des Delikts sind mir fremd. Ich werde es für mich immer wieder klären müssen. Ich hoffe auf die Unterstützung meiner Mitarbeiter.

Reflexion meiner Tätigkeit unter Berücksichtigung meiner Rolle als Frau

Meine Mitarbeiterinnen und ich spielen in der Therapie eine besondere Rolle. Wir ermöglichen es, daß die Patienten die in der Behandlung erworbenen Fähigkeiten des gebräuchlichen Umgangs mit Frauen im täglichen Kontakt erproben und dadurch an Selbstsicherheit gewinnen können. Dies stellt an uns eine außergewöhnliche Anforderung als Projektionsobjekte. Das Milieu dieser geschlossenen Station wird entscheidend durch die Tatsache geprägt, daß hier ausnahmslos Männer behandelt werden.

Der Nachtdienst wird entweder gemischtgeschlechtlich oder mit zwei Männern besetzt. Wenn eine Krankenschwester Nachtdienst hat, ist sie allein unter Männern. Beim gemeinsamen Fernsehen im Aufenthaltsraum nimmt die Frau Zweideutigkeiten oder sexuelle Anspielungen in einem Kriminalfilm oder einer Fernsehkomödie in dieser Situation intensiver wahr. Sowohl unter den Kolleginnen als auch im gesamten Team wurde diese veränderte Wahrnehmung häufig kontrovers diskutiert.

Trotz aller Professionalität der Mitarbeiterinnen beeinflusst die Vorstellung, in die sexuellen Phantasien der straffällig gewordenen Patienten eingebaut zu werden, immer wieder das Handeln der Frauen.

Ich selbst versuche, den Kontakt mit den Patienten während des Nachtdienstes auf das absolut Notwendige zu beschränken.

Auch während der Freizeitaktivitäten verhalte ich mich eher burshikos als feminin. In Gesprächen und Diskussionen mit Kolleginnen wird die Problematik von Distanz und Nähe häufig thematisiert. Wir alle neigen dazu, uns in Situationen, in denen uns der Kontakt zu dicht, zu eng und dadurch unangenehm wird, hinter Regeln zu verstecken.

Die Supervision und die kollegiale Beratung sind für uns Frauen wichtige Reflexionsorte, an denen wir unsere Wahrnehmungen, Empfindungen und Gefühle, die sich aus dem Umgang mit diesen diffizilen Patienten ergeben, artikulieren können.

Die Patienten sind betroffen, wenn man mit ihnen über die von ihnen ausgelösten Ängste und hervorgerufenen Gefühle der behandelnden Frauen spricht. Es ist deshalb wichtig, den Patienten ihr Verhalten in ständiger Wiederholung zu spiegeln.

Meine Einstellung zu der Station, dem Stationskonzept und den Patienten veränderte sich im Laufe der Jahre. Nach einer anfänglichen Orientierungsphase und dem folgenden wenig reflektierten Engagement, resignierte ich nach ungefähr zwei Jahren. Ich hatte erhebliche Schwierigkeiten, eine adäquate therapeutische Beziehung zu den Sexualstraftätern, die gegen ihren Willen hier untergebracht sind, zu gestalten. Ich spielte mit dem Gedanken, auf eine andere forensische Station mit Patienten mit klassischen psychiatrischen Erkrankungen zu wechseln.

Gleichzeitig hatte ich mich für die zweijährige Weiterbildung zur Fachkrankenschwester für Psychiatrie beworben. Nach intensiver Diskussion im Team entschied ich, einen eventuellen Stationswechsel auf einen Zeitpunkt nach der Weiterbildung zu verschieben. Ein wichtiges Argument in der Diskussion und der Entscheidungsfindung war, daß durch das neu erlernte Wissen in der Weiterbildung der Umgang mit den persönlichkeitsgestörten Sexualstraftätern besser gelingen würde. Dies hat sich bestätigt. Trotzdem werde ich im nächsten Jahr die Station verlassen, da sich für mich eine neue, herausfordernde berufliche Perspektive ergeben hat. Ich nehme von dieser Station wichtige berufliche Erfahrungen mit.

Die Begegnung zwischen Puma und Igel

Kreative Einzeltherapie mit einem Sexualstraftäter

Eine Kasuistik



Birgit Schütte

Am Beispiel eines Patienten aus dem forensisch-psychiatrischen Bereich möchte ich meine therapeutische Arbeit vorstellen, da sich im Verlauf der Therapie eine interessante Entwicklung abzeichnete. Welche Rolle mein „Frausein“ dabei spielte, möchte ich lediglich am Rande erwähnen. Dieses Thema wäre meines Erachtens einen eigenen Artikel wert.

Herr I., ein 26jähriger Patient mit einer Persönlichkeitsstörung, war seit fünf Jahren wegen aggressiver Sexualdelikte auf verschiedenen geschlossenen Stationen untergebracht. Er beging seine Straftaten jeweils nach einem stereotypen Muster, indem er von einer ihm fremden Frau „einen Kuß“ verlangte, und diese Forderung jeweils nach der zu erwartenden Ablehnung mit Gewalt durchsetzte. Dabei biß oder würgte er die (meist älteren) Frauen, in einem Fall bis zur Bewußtlosigkeit. Herr I. kann sich seine sexuell-aggressiven Durchbrüche bisher nicht erklären. Er sieht zwar das Unrecht seines Verhaltens ein, erlebt seine Aggressivität jedoch als etwas ihm Fremdes.

Im alltäglichen Stationsleben gilt Herr I. als ruhig und angepaßt. Im Kontakt wirkt er sehr unsicher und gehemmt, wozu sicher auch sein erhebliches Stottern beiträgt. Nach vier Jahren signalisiert Herr I. ernsthaftes Interesse, sich mit seiner ihm fremden, „dunklen“ Seite zu beschäftigen, was sich auch an seiner Auseinandersetzung mit dem über ihn angefertigten Gutachten zeigt.

Bei Herrn I., wie auch bei anderen Patienten mit einer Reihe von abgespaltenen Persönlichkeitsanteilen, stößt jedoch meines Erachtens ein rein sprachlicher Zugang oft an enge Grenzen. Infolge seiner Minderbegabung wird ein verbales Vorgehen zusätzlich erschwert. Darüber hinaus hielt ich wegen seiner begrenzten Integrationsfähigkeit ein zu erlebnisintensives Arbeiten für kontraindiziert und entschloß mich für eine Arbeit auf der symbolischen Ebene: Das heißt, der Patient kann über Symbolgegenstände, wie z.B. Steine, Tiere, Bilder o.ä., die z.B. bedrohliche Persönlichkeitsanteile repräsentieren, phantasieren. Eine sichere Distanz wird dadurch gewahrt, daß er über das Symbol reden kann, ohne sich direkt mit dem Symbol identifizieren zu müssen:

Bei einem gemeinsamen Spaziergang im Garten bitte ich ihn

darum, nach einem Gegenstand o.ä. Ausschau zu halten, der ihn an seine ihm vertraute, ruhige und bedächtige Seite erinnert. Er hebt spontan ein kleines Birkenblatt mit feinen Zäckchen auf: „Dies läßt sich vom Wind bewegen und schützt sich mit den Zäckchen davor, daß ihm jemand zu nahe kommt.“ Nach einer längeren Zeit vergeblicher Suche nach einem Symbol für seine fremde, dunkle Seite äußert er plötzlich: „Wissen Sie was, Frau Schütte, ich könnt mich grad selbst nehmen, ich bin mir fremd.“

Im Therapiezimmer phantasiert er dann ein Raubtier für seine dunkle Seite, einen Puma, sowie als weiteres Symbol für seine ihm vertraute Seite einen Igel. Den Puma malt er auf ein Papier. Er versteckt ihn anschließend unter einem Schrank im hintersten Ende des Raumes, so daß er ihn nicht mehr sehen kann. Für ihn äußere sich darin der Abstand, den er zu seiner dunklen Seite habe. Auf ein weiteres Blatt zeichnet er den Igel und beschäftigt sich in den nächsten Therapiestunden ausführlich mit ihm: Dem Igel malt er eine weitverzweigte Schutz- und Vorratshöhle, ein Blätterversteck, holt ihm Gesellen, wie einen Hasen und ein Reh als gelegentliche Begleiter usw. Er weist dem Igel einen sicheren Platz zu, an dem er sich genügend geschützt fühlt und wagt sich anschließend zögerlich an das Raubtier heran. Zunächst wird ihm dies zu unheimlich („ich halte dieses Fremdheitsgefühl nicht aus“). Er legt eine zweiwöchige Pause wegen vermehrter Schweißausbrüche und Kopfschmerzen ein, berichtet statt dessen über nächtliche Alpträume. Er hat Angst vor der Beschäftigung mit dem Raubtier aus dem Versteck. Den Igel bringt er durch einen Platzwechsel in Sicherheit. Über das Raubtier phantasiert er: „Es ist völlig allein, hat kein Zuhause, alle Tiere haben Angst vor ihm. Tagsüber schläft es, solange bis es Hunger bekommt. Dann allerdings geht es auf die Jagd nach Kleintieren, z.B. Igel, indem es diese von hinten anfällt, mit seinen versteckten Krallen zupackt, und mit den Zähnen reißt.“

Als Herr I. sich mit den Zähnen beschäftigt, malt er dem Puma einige scharfe „Reißzähne“. Unterdessen hält er sich krampfhaft den eigenen Mund zu, was er selbst jedoch nicht registriert.

In dieser Therapiephase wird mir sehr bewußt, daß ich als Frau auch potentiell Opfer sein könnte. Zudem habe ich den aggressiven Teil jetzt spürbar in den Raum geholt.

Im weiteren Verlauf nimmt seine innere Spannung deutlich zu, vor allem, als Herr I. sich überlegt, wie, ob und wann der Igel zum Raubtier Kontakt aufnehmen könne. „Der Igel hat Angst, von dem Puma vernichtet zu werden, ist mißtrauisch wegen seiner Unberechenbarkeit.“ Parallel dazu äußert er, er habe vermehrt Fluchtgedanken, die er jedoch auf keinen Fall in die Tat umsetzen will. Dies fällt ihm um so

schwerer, als er noch einen enttäuschten Wunsch nach mehr Nähe zu einer Patientin verarbeiten muß. Anstatt der üblicherweise von ihm gezeigten Rückzugstendenzen oder sexuell-abwertenden Äußerungen gegenüber Frauen gelingt ihm eine Benennung der inneren Spannungen. Nach der Begegnung zwischen Puma und Igel äußert er: „Die Angst vor seiner dunklen Seite hat abgenommen, das Fremdheitsgefühl ist schwächer geworden.“

Vor allem das räumlich nach außen verlagerte Raubtiersymbol ermöglichte als Projektionsfigur eine gewisse Distanz zu den bedrohlichen, aggressiven Selbstanteilen. Teilweise gelingt Herrn I. eine bewußte Hereinnahme dieser aggressiven Strebungen, so daß er sie anschließend wahrnehmen und in Form von verbesserter Durchsetzungsfähigkeit oder Abgrenzung einsetzen kann. Diese Entwicklung läßt auf einen längeren Prozeß hoffen, in dem er lernt, Aggressionen konstruktiver umzusetzen. Die Arbeit mit Symbolen schafft meines Erachtens eine neue Zugangsmöglichkeit zu Patienten, die über die sprachliche Ebene in zentralen Themen nicht erreichbar sind. Ich habe mich zu dieser Vorgehensweise durch Polina Hilsenbeck vom Frauentherapiezentrum in München, die Symbolarbeit seit Jahren erfolgreich bei Frauen mit psychotischen Symptomen praktiziert, anregen lassen. Meines Erachtens ist diese Arbeit auch für Mensch mit Persönlichkeitsstörungen oder Minderbegabung geeignet.

Patientenfürsprecherin in der Forensik



Aline Weiß

Zusammenfassung

Nach dem Berliner Psychisch-Kranken-Gesetz gehört die Patientenfürsprecherin zu den sachkundigen Personen. Aufgrund ihrer langjährigen Erfahrung mit Problemen von Patientinnen und Patienten in der Psychiatrie im allgemeinen und der forensischen Psychiatrie im besonderen berichtet die Autorin über ihre Tätigkeit und den Patientenblickwinkel einer Institution – von der Forensik zwischen Sicherungsanstalt und Behandlungseinrichtung über das Spannungsverhältnis zwischen Sicherung und Gewährleistung von Menschenrechten bis hin zu menschlichen Schwierigkeiten und räumlichen Gegebenheiten.

Ist ein Bewohner der „Forensik“ – sein Platz wird als „Bett“ gezählt – ein gefangener Kranker oder ein kranker Gefangener (offiziell „Häftling“)? Zuständig sind zwei Behörden, in Berlin die Senatsverwaltung für Gesundheit und die Senatsverwaltung für Justiz. Richtig ist, daß er als psychisch Kranker im Maßregelvollzug der forensischen Psychiatrie „untergebracht“ ist – mit allen Sicherungen der Unterbringung wie sie auch für den Strafvollzug gelten, also hinter Schloß und Riegel; aber auch mit der breiten Möglichkeit ärztlich zu verantwortender „Lockerungen“ und mit gerichtlicher Überprüfung in jährlichem oder zweijährlichem Abstand.

Ich gehe gerne in die Forensik. Viele kennen mich und freuen sich, wenn ich komme, vor allem die Naiven, Kindlichen. Manche schauen mich auch feindselig an oder blicken vorbei. Immer wieder komme ich mit einigen ins Gespräch.

„Niemand kennt mich hier, wie ich wirklich bin“, sagt einer; oder „Wer interessiert sich hier schon für mich?“; oder „Es passiert nichts außer einer Therapiestunde wöchentlich“.

Wenn solche Äußerungen sich häufen, kümmere ich mich darum, wo im System der Station am „Regler“ etwas nicht stimmt. Subjektive Äußerungen, gewiß, aber wo erfahren wir sonst im Leben wahrhaft „Objektives“ von Menschen?

Eigentlich bin ich gar keine Patientenfürsprecherin; laut Berliner Psychisch-Kranken-Gesetz bin ich eine der vier „sachkundigen Perso-

nen“ (Landeskrankenhausgesetz § 25, PsychKG § 40). In unserem Team ist von fünf nur einer der Patientenfürsprecher. Aber dieser Boß ist kein Boß: Wir teilen uns die über 30 Stationen, schreiben den jährlichen Bericht für die Bezirksverordneten-Versammlung gemeinsam und führen gemeinsam die anschließenden Diskussionen mit der Krankenhausleitung und dem Gesundheitsausschuß der Bezirksverordneten-Versammlung. Meist sind die Frauen in der Überzahl.

Der gesetzliche Rahmen

Die Krankenhausleitung hat bei Neubesetzung der Patientenfürsprecherinnen und der sachkundigen Personen das Vorschlagsrecht. Von der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft wird die gewählte Person begutachtet (gelegentlich auch mal abgelehnt). Der Befund geht schriftlich an den Dezernenten, von dort an den Bezirksverordneten-Vorsteher, der den Gesundheitsausschuß um Überprüfung bittet. In der nächsten Bezirksverordneten-Versammlung wird sie dann gewählt. Da der Vorschlag Ruhezeiten auf Schreibtischen und Wartezeiten auf die monatlich tagenden Gremien durchstehen muß, kann bis zur Berufung ein halbes Jahr vergehen. Obwohl es das Gesetz so nicht will: wenn alles nach dem Gesetz geht, bleiben die Stationen oft unbefragt.

Die Ehrenamtlichen kommen aus unterschiedlichen Motiven und Zufällen zu dieser Arbeit, die mit einer Aufwandsentschädigung belohnt wird. Psychiatrische Erfahrung ist meist nicht vorhanden, Interesse an Menschen immer. Ich wurde gebeten, weil ich der Krankenhausleitung als Kommunalpolitikerin bekannt geworden war. Die Forensik interessierte mich, weil ich schon 1983 acht Jahre „Knasterfahrung“ hatte.

Für wen bin ich Fürsprecherin?

Ein potentieller Patient der Forensischen Psychiatrie kommt nach Verhaftung und Verhör oftmals gar nicht erst in Untersuchungshaft, sondern durch Gerichtsbeschuß auf die Aufnahmestation der Forensischen Psychiatrie. Dort gelten verschärfte Haftbestimmungen bis Gutachten und gerichtliches Urteil entscheiden, ob Knast oder Klinik. In diesem Fall wird er endgültig nach § 63 oder § 64 StGB in die Abteilung Forensische Psychiatrie aufgenommen und ist nun in erster Linie Patient. Jetzt hat laut Strafvollzugsgesetz die „Besserung“ Vor-

rang vor der „Sicherung“. Alle Gesetze, die für ihn gelten, räumen ihm selbstverständlich Rechtsmittel ein.

Was unterscheidet die Forensik von der Strafanstalt?

- Die Vielfalt der Patienten, trotz mannigfacher früherer Sozialisationschäden
- Das Fehlen jedes Gedankens von Strafe und Sühne
- Die therapeutischen Ziele: die Hilfe beim Finden von Selbstakzeptanz mit der beschädigten Seele, beim Zurechtfinden in einer neuen, ganz anderen Wirklichkeit, bei der Auseinandersetzung mit den eigenen Schwierigkeiten

Wie er sich fühlt, der verurteilte Kranke? Gerd Laatsch hat hierfür einen Ausdruck gefunden:

Zum Traumhaus

Das ist es,
 was mich ständig angreifbar macht,
 daß mein Gewissen
 mich nicht schlafen läßt,
 wenn ich zum
 Traumhaus möchte.
 Verloren
 in meinen Gefühlen,
 durchlöchert
 von meinen Niederlagen,
 suche ich verzweifelt
 den Schlüssel.

So spricht einer mit sich, dem die Freiheit nur ein ganz vages, ganz fernes Ziel sein kann; welcher Gutachter, welcher Richter verantwortet es? Und leider zählt im bundesdeutschen Strafgesetz immer noch die „Schwere der Tat“, wie lange sie auch zurückliegt, wieviel älter, reifer, ruhiger der Mensch auch geworden ist.

Wie schwer ist es wohl, eine Tat zu akzeptieren, die man selber nicht mehr begreift? Wie schwer, mit dieser Last zu neuem Lebensmut zu finden? Geht es überhaupt ohne eine bedeutende Verdrängungsleistung, ein Stück Selbsttäuschung?

Ein Beispiel

Eine jüngere intelligente Patientin, die wegen Suicidgefahr mehrere Monate eine Sonderwache für sich beanspruchte, hatte, als es ihr im ganzen schon besser ging, einen schlechten Tag, wie sie meinte. „Es ging mir nicht gut.“ Sie bat gegen 11.00 Uhr morgens um ärztlichen Beistand. Der wurde ihr nach mehrmaligem dringendem Nachfragen gegen 19.00 Uhr abends zuteil. Zu einem etwas späteren Zeitpunkt trat dieser Zustand erneut ein. Diesmal kam die Hilfe sofort, in Form der vom Pfleger angebotenen starken Erhöhung (Vermehrfachung) ihres Medikaments. Die drastische Erhöhung wollte sie aber nicht akzeptieren. Ohne Umstände führte das zur Zwangsmedikation: Zwei Pfleger, männlich, sperrten ihr den Kiefer auf und flößten das Medikament ein.

Den ersten Fall ließ sie vorübergehen, im zweiten Fall klagte sie wegen Körperverletzung. Von Therapeutenseite wurde ihr nahegelegt, die Klage zurückzuziehen – in Betrachtung der Folgen. Ich riet ihr, dies nicht zu tun. Die seelische Beschädigung der Patientin, der Bruch des Vertrauens in Rechtsgrundlagen und Therapieziele, die Demütigung im Gefühl totaler Hilflosigkeit, die Vermehrung von Ängsten nicht nur bei ihr – es gab Augenzeugen und natürlich wußte es die Station sofort –, alles das schlägt nicht nur jeder Therapie ins Gesicht, es verstößt auch gegen die Menschenwürde nach Artikel 1 der Verfassung. Gerade diese Patientin hätte, so glaube ich, lediglich des verständnisvollen therapeutischen Zuspruchs bedurft. Man kann zu der Auffassung kommen, daß Patienten öfter klagen sollten, damit sich bei der zwingend notwendigen Rechtsbelehrung des Pflegepersonals etwas ändert. Dieser Fall ereignete sich im Jahr 1995.

Zum Leben auf der Station

Geheimnisvollerweise teilt sich die Stimmung auf einer Station dem Besucher sehr schnell, fast körperlich, mit, als könne man sie riechen. Mir scheint, den stärksten Einfluß auf die Atmosphäre haben die Mitarbeiter im Pflegedienst. Aber sind sie für ihre schwierige Aufgabe immer ausreichend aus- und fortgebildet? Wer leitet sie an? Die Stationschwester, der Stationspfleger natürlich. Aber was ist, wenn er/sie selber die Menschen nicht eigentlich liebt? Wenn die Motive bei der Einstellung und die eigenen Motive für die Arbeit woanders liegen? Es besteht kein Andrang von gut qualifizierten Kräften für Stellen in der Forensik.

Dazu kommt, daß reine Männergruppen etwas Ungutes sind. In

der Forensik sind Frauen wie ja auch im Justizvollzug nur mit einem Anteil von weniger als 10 % vertreten. Sie leben in unserem Fall auf einer Station. Vier Stationen sind bis auf die Schwestern rein männlich besetzt. Wenn die Beziehungen auf einer Station nicht stimmen, ist jede Bewohnerin wie Mitarbeiterin daran beteiligt. Gleichgültige Mienen, Rückzug in das Zimmerchen, wenig positive Mitteilungen von hoffnungsvollen Bewohnern. In der Patientenversammlung (idealiter Pflicht für alle) mehr Entwertendes, mehr böses Schimpfen, weniger Engagement der Mitarbeiter, dünne Besetzung durch Therapeutinnen und Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten. Die Werkstätten sind leider nie vertreten.

Beobachtungen zum Milieu

Das Wilhelm-Sander-Haus, hochgelobt in der Architektur-Fachwelt, viele Hoffnungen weckend in der Psychiatrie-Lobby, mit vielen phantasievollen Lösungen, hell und durchgrünt und der Himmel sichtbar im dreigeschossigen luftigen Wohnbereich, wunderbar auch mit seinem schönen, großen, zu vielerlei Aktivitäten einladenden Park im Innenhof, mit Enten und Gans Martina, individuellen Gärtchen und Fußballfläche – dieses schöne Haus erfüllt dennoch nicht alle Träume engagierter Psychiater und Psychologen (übrigens hier auf jeder Station eine Psychologin). Es hat seine Schwachpunkte, unter denen alle leiden. Pate gestanden bei der Planung der Stationen hat in erster Linie die Sicherheit, nicht die Ermöglichung von viel Kommunikation zwischen den Basistherapeuten des Pflegedienstes und den Hauptpersonen, den Patienten. Sie wird im Gegenteil erschwert, behindert, gehemmt. Das „VZ“, das Verordnungszimmer, lädt zum Rückzug ein und sperrt die Patienten total aus, macht sie zu Bittstellern vor der Tür und ein wenig zu den gefährlichen Objekten, die aus der schwebenden Höhe des VZ beobachtet werden. Beobachtung durchs Panzerglas schafft keine Nähe, weder verbal noch averbal. Ohne sonstige akustische oder visuelle Zeichen bummert der Patient (und auch ich, wenn ich wieder hinaus will) an das dicke Glas und hofft auf Öffnung.

„Wir kennen sie oft nicht so gut“, sagte eine Patientin zu mir, als ich sie wegen eines besonders sympathischen Pflegers ansprach. Es gibt Bemühungen in der Abteilung, diesen Mißstand zu beheben. Wir haben es immer wieder angemahnt im jährlichen Bericht. Kontakte entstehen nicht zufällig, sie haben etwas Verkrampftes. Nur einzelnen Schwestern und Pflägern gelingt es, diese gegenseitige kränkende Isolierung immer wieder zu durchbrechen. In zwei Fällen wird ein Gruppenraum im

Bewohnerbereich umfunktioniert zum VZ, auch er wird dann lieber von innen zugesperrt, man muß vorsichtig sein. Die Aggression gegen die, die ja auch disziplinierend eingreifen müssen, kann sich sehr wohl plötzlich entladen. Ich habe es da einfacher als willkommener und meist verständnisvoller Gast von draußen, der die Internanie ganz durchschaut.

Warum mache ich es mit 72 immer noch?

Es gibt keine andere Antwort außer: ich mag sie, diese Schwierigen und Beladenen. Ich mag diese ganze Klinik mit all ihren Konflikten und Ärgernissen und mit ihren vielen engagierten Mitarbeitern (von anderen war schon die Rede).

Der Abschied eines Tages wird mir schwer werden.

Der psychisch kranke Straftäter im Kriminalroman

Anke Reinbach

Zusammenfassung

Kriminalromane haben weit mehr zu bieten, als Spannung und kurzweilige Unterhaltung. Der Kriminalroman entwickelte sich als Genre parallel zur Kriminalistik und Verbrechensbekämpfung. Der Detektiv wurde zum Helden. Anspruchsvolle Krimiautorinnen und -autoren versuchen, das Monströse und Unbegreifliche faßbar zu machen, das Unerklärliche zu erklären. Darüber hinaus, so zitiert die Autorin Glauser, sind sie „heutzutage das einzige Mittel, vernünftige Ideen zu popularisieren“.

„Wie der starke Mann sich seiner körperlichen Kraft freut..., so erfreut sich der Analytiker jener geistigen Fähigkeit, die das Verworrene zu lösen vermag; ... Er liebt Rätsel, Wortspiele, Hieroglyphen und entwickelt bei ihrer Lösung oft einen Scharfsinn, der den mit dem Durchschnittsverstände begabten Menschenkindern unnatürlich erscheint.“

Erstaunlich trocken führt 1841 Edgar Allan Poe so in eine Erzählung ein, die als „Der Doppelmord in der Rue Morgue“ alle wesentlichen Kennzeichen der später sogenannten „Kriminalromane“ beinhaltet und damit ein eigentlich wegen seiner Spannung beliebtes Genre begründen wird.

Es hatte zuvor bereits Mordgeschichten oder Sammlungen authentischer Kriminalfälle gegeben. Ein Kriminalroman jedoch konnte erst auf dem Boden eines neuen Zeitgeistes entstehen, dessen deutlichster Niederschlag die Abschaffung der Folter als bisher probates Mittel der Wahrheits- und Rechtsfindung war.

Damit war in der konkreten Verbrechensbekämpfung des beginnenden 19. Jahrhunderts rasch der vernunftorientierte Analytiker gefragt, der aus kluger Beobachtung und logischer Verknüpfung aller ihm bekannten Fakten den Täter überführen konnte.

Das Berufsbild des Detektivs war realiter geboren und fand sein Spiegelbild in den berühmten Detektivfiguren, die eines der wesentlichen Kennzeichen der „criminal stories“ werden sollte. Die damals rasch einsetzende und bis heute ungebrochen große Beliebtheit dieser Geschichten erklärt sich zum Großteil aus eben diesem logischen Ratespiel, das den Leser reizt, seine geistigen Kräfte mit denen des fiktiven Detektivs zu messen. Für so wichtig erachtete man die Nachvollzieh-

barkeit des Handlungsstranges, daß 1928 der exklusive London „Detection Club“ festlegte: Der Detektiv muß das Verbrechen selbständig aufklären, ohne Hilfestellung durch „göttliche Offenbarung, weibliche Intuition, faulen Zauber, Hokuspokus, Zufall oder einen Akt Gottes“ (nach Ulrike Leonhardt, Mord ist ihr Beruf, S. 126).

Selbstredend bedarf ein berühmter Detektiv eines ebenbürtigen Gegners, eines ähnlich vernunftbegabten, wenn auch aus niederen Motiven so doch rational operierenden Verbrechers, der mitunter das Verbrechen nur verübt, um eigene Geistesschärfe mit der des Gegners zu messen.

Dies erklärt, warum im klassischen Kriminalroman der psychisch kranke Mensch als Täter nicht auftaucht. Er kann mit seinen komplizierten Motiven und der zum Teil vernunftmäßig nicht zugänglichen Tat für den glänzenden Showdown zweier antipodisch angelegter Geistesgiganten nicht herhalten.

Dies ändert sich grundlegend, als 1950 Patricia Highsmith mit „Zwei Fremde im Zug“ einen Krimibestseller verfaßt, der erstmals den Täter und nicht die Tat in den Vordergrund stellt. Entschlüsselt wird nun nicht mehr der Tathergang, interessant ist nicht die Frage: Wer war es? Vielmehr werden die auf den ersten Blick unverständlichen Motive wichtig.

Highsmith verleiht dem Täter Gestalt und Gesicht, macht ihn dem Leser seltsam vertraut und verwandt, so daß dieser nicht mehr so leicht in eine heile Welt zu entkommen vermag, in der die eigene Integrität unangefochten bleibt.

Im folgenden sollen zwei Kriminalromane in ihrem Versuch, das Monströse und Unbegreifliche faßbar zu machen, beispielhaft vorgestellt werden. In Margarete Millars „Die Feindin“ enthüllt sich erst nach und nach die grausame Tat Charlie Gowens, der als Minderjähriger ein Mädchen vergewaltigt und schwer verletzt hat. Die Tat selbst ist bereits abgebußt, die Behandlung des Täters in einer Nervenheilanstalt abgeschlossen. Der Roman beginnt im Leben des erwachsenen Gowen. Besorgt beobachtet dieser spielende Kinder bei waghalsigen Turnereien, warnt in anonymen Briefen die Eltern und wird folgerichtig als erster verdächtigt, als eines der Kinder vermißt wird. Die Erzählung beeindruckt durch die präzise Schilderung eines Mannes, der in berechtigter ständiger Angst vor sich selbst lebt.

Der Schreck darüber, daß der sympathische Gowen vielleicht erneut eine unbegreifliche Tat begangen haben könnte, sitzt beim Leser tief, hat er doch dessen beharrlichen Kampf mit sich selbst erlebt und seine positive Entwicklung wohlwollend verfolgt.

Ganz so sympathisch will Arthur Johnson in Ruth Rendells

„Dämon hinter Spitzenstores“ nicht erscheinen: Der biedere Buchhalter, der bei seiner Tante lebt, betreibt ein seltsames „Freizeitvergnügen“. Immer wieder treibt es ihn in den Keller, wo er eine dort von ihm versteckte Schaufensterpuppe „erwürgt“. Als diese eines Tages verschwunden ist wird Johnson seiner inneren Spannungen nicht mehr Herr. Er sucht sich ein lebendes Opfer.

Doch seine Leidensgeschichte gestattet nicht den Fluchtpunkt der Dämonisierung des Täters, wie es der Titel noch verheißen mag. Durch eine bigotte Erziehung gequält und geschunden, bleibt Johnson nur die Wahl zwischen zwanghafter Pedanterie und eruptiven, nicht kontrollierbaren Triebabwürfen. Durch Gewaltausübung erfährt er sexuelle Befriedigung, Mitleid und Anteilnahme kennt er nicht. Nach all den erfolgten Morden steht der Suizid des Mörders, der rational das Monströse seiner Taten begreift, der Automatie seiner Perversion jedoch nichts entgegenzusetzen vermag.

Der Versuch, sich das Unerklärliche erklären zu wollen, hinter dem Monster den Menschen zu entdecken, ähnelt den Bemühungen der forensisch-psychiatrischen Arbeit. Bleibt der Kriminalroman als Kunstform dem Fiktionalen verhaftet und bietet deshalb – trotz aller Beklemmung – eine sichere Möglichkeit der Distanzierung, kann dies von der forensisch-psychiatrischen Arbeit nicht behauptet werden. Ihre „Kriminalfälle“ sind schlicht Realität. Sie werden nicht durch literarische Kunstgriffe geschmeidiger und verbleiben in der belastenden Spannung zwischen unverständlicher Tat und verstehbarem Täter.

In der forensischen Psychiatrie ist die tiefe Kluft zwischen dem menschlichen Gesicht des psychisch kranken Straftäters und der gesellschaftlichen Notwendigkeit, Sicherheit und Ordnung zu gewährleisten, spürbar gegenwärtig. In diesem Spannungsfeld ist die Frage nach Gerechtigkeit schwer zu beantworten. Die genannten Krimiautorinnen waren kaum, diese Frage in ihren Romanen zu stellen.

Es hält sich hartnäckig das Vorurteil, daß weibliche Krimiautoren ganz im Stil Agatha Christies dem sogenannten „cosy murder“ verpflichtet sind. Sie entwerfen angeblich ein behagliches Ambiente, in dem ein Mord als peinlicher Zwischenfall nur kurz die Ruhe zu stören vermag. Es fließt kein Blut, Dienstboten beseitigen diskret die entstandene Unordnung, ein Schuldiger wird gefunden und die Welt ist wieder intakt. Demgegenüber läßt der männliche Krimiautor seine Detektive oft als „hardboiled dicks“ aufmarschieren, die gewalttätig zur Sache gehen und die Mordaufklärung meist durch gezielte Faustschläge beschleunigen.

Wer die Romane der berühmten drei Autorinnen Highsmith, Rendell, Millar gelesen hat, muß von dieser Einteilung Abstand neh-

men. Die von ihnen erzählten Morde sind alles andere als „cosy“. Und – im Stil der vorgestellten beiden Psychothriller schreiben beinahe ausschließlich Frauen. Wie diese erstaunliche Beobachtung zu erklären ist, muß vorerst offen bleiben.

Jedenfalls mag die Beliebtheit dieser aus weiblicher Sicht geschriebenen Romane die mit der eigenen unpopulären Arbeit als oft zwischen allen Stühlen sitzende forensische Psychiaterin versöhnlich stimmen.

„Spotten sie nicht über den Kriminalroman!“, läßt Friedrich Glauser in seinem Erstlingskrimi „Der Tee der drei alten Damen“ die Nervenärztin Madge rufen, „Sie sind heutzutage das einzige Mittel, vernünftige Ideen zu popularisieren“.

(Zitiert nach Leonhardt, S. 113)

Literatur

Highsmith Patricia: Zwei Fremde im Zug, Zürich (Diogenes)

Leonhardt Ulrike: Mord ist ihr Beruf, Eine Geschichte des Kriminalromans, München (C.H. Beck) 1990

Millar, Margaret: Die Feindin, Zürich (Diogenes) 1965

Poe, Edgar Allan: Der Doppelmord in der Rue Morgue, in: ders.: Die schwarze Katze und andere Verbrechergeschichten, Zürich (Diogenes) 1984

Rendell, Ruth: Dämon hinter Spitzenstores, Reinbek bei Hamburg (Rowohlt) 1984

Bücher

■
Wiese, Annegret: Mütter, die töten. Psychoanalytische Erkenntnis und forensische Wahrheit. 366 Seiten, DM 58,- Wilhelm Fink Verlag, München 1993

Dieses Buch scheint auf den ersten Blick aus der Fülle der Publikationen, die in den letzten Jahren zum Thema Gewaltkriminalität erschienen sind, herauszuragen: Eine Frau schreibt über Frauen, die ein sehr seltenes Delikt begehen (jährlich kaum mehr als zehn Fälle in Deutschland) und zudem über Taten, die zu den am stärksten tabuisierten gehören. Auf eine kompetente Darstellung dieses Themas haben die forensisch-psychiatrischen und die juristischen Praktikerrinnen und Praktiker seit langem gewartet.

Was befähigt die Autorin, sich zu dieser Problematik auf über 300 Seiten zu äußern? Annegret Wiese ist Frau, Juristin, Psychologin und hat in einer sozialtherapeutischen Anstalt für Frauen gearbeitet. Dem Rezensenten kommen beim Lesen Zweifel, ob der Erfahrungshorizont der Autorin wirklich ausreicht, um der gestellten Aufgabe gerecht zu werden. Die persönliche Erfahrung von Frau Wiese beruht nämlich im „empirischen“ Teil auf der Darstellung eines (!) Einzelfalles, gestützt auf Interviews mit einer Mutter, die ihr Kind getötet hatte. Die forensische Problematik in Teil II der Arbeit erschließt

sie – ebenfalls „empirisch“ – mit Hilfe einer Aktenanalyse von Gutachten der forensischen Abteilung eines psychiatrischen Krankenhauses. Hier wurden während 16 Jahren (von 1971-1987) ganze zehn(!) Fälle von Müttern, die ihre Kinder töteten, durch drei Psychiater bearbeitet.

Mag man angesichts der Seltenheit des Deliktes die geringe Fallzahl im „empirischen“ Teil der Arbeit hinnehmen, so stimmt doch der grundlegende Ansatz von Frau Wiese bedenklicher, auch wenn sie im Gegensatz zu zahlreichen anderen Autoren bereits zu Anfang des Buches deutlich offenlegt, worum es ihr geht: „Psychoanalytische Erkenntnis wird mit juristischer Kenntnis verknüpft, verwoben mit Fäden psychiatrischen Wissens.“ In der psychiatrischen Literatur will sie eine „feststellbare Distanz zum Objekt tödende Mutter“ gefunden haben. Sie selbst habe eine binokulare Betrachtungsweise, die ein „tieferes“ Bild entstehen lasse.

Dieser binokulare Tiefenblick erschließt sich durch Anwendung psychoanalytischer Theorien. In der Einleitung kündigt Frau Wiese wohl an, daß sie das Phänomen „unter ethnologischen, historischen, literarischen, statistischen, kriminologischen sowie allgemeinpsychologischen Gesichtspunkten“ zu analysieren gedenkt, von diesem angekündigten Methoden- und Ansatzpluralismus ist aber im weiteren nicht mehr viel zu finden, heißt es doch bereits auf Sei-

te 30: „In der vorliegenden Arbeit möchte ich darauf verzichten, die psychiatrischen Erklärungsmodi im einzelnen darzustellen, da sie meines Erachtens für das Anliegen dieses Themas nicht sehr hilfreich sind.“ In Erinnerung an die Begutachtung schwer depressiv oder schizophoren erkrankter Täterinnen hat der Rezensent Mühe weiterzulesen. Es handelt sich also wieder einmal um eine „monokulare“ Betrachtung aus psychoanalytischer Perspektive, und dies unter nochmals eingeschränktem Blickwinkel: „Meine Arbeit handelt nur von tötenden Müttern und deren Verhältnis zur eigenen Mutter unter Einbeziehung gesellschaftlicher Aspekte. Ich widme mich nicht den tötenden Vätern, die es genauso gibt, noch stelle ich den Einfluß des Vaters in der Entwicklung der tötenden Mutter dar.“

Ein ganzes Kapitel ist der Deutung „Tötung des Kindes als Selbsttötung“ gewidmet, ein weiteres der „Tötung des Kindes als weiblicher Widerstand“. Erst ab Seite 112 folgen „Gespräche mit einer Täterin“.

Teil II trägt den zunächst rätselhaften Titel „Forensische Wahrheit“. Dieser Abschnitt wird „getragen von der Hypothese, daß weder über dieses (psychoanalytische) Mutterbild noch über dessen Verankerung in der Lebensrealität der tötenden Mutter eine Auseinandersetzung in der forensischen Praxis stattfindet“. Auch die Gerichtsverhandlung selbst wird unter psychoanalytischen Aspekten betrachtet. Unter anderem ist zu lesen über den „mythischen Gehalt des Strafrechts“ und „Strafjustiz als Abwehrsystem“.

Auf Seite 306, am Ende des Textes angeht, waren die meisten meiner Erwartungen enttäuscht worden. Vielleicht bin ich der Autorin gegenüber auch nicht ganz gerecht, geprägt durch fast 20 Jahre forensischer Tätigkeit und zahlreiche, oft hitzige, noch öfter aber fruchtlose Diskussionen mit theoriebeladenen Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytikern, deren eigene forensisch-psychiatrische Erfahrung zumeist außerordentlich dürftig war.

Versöhnlicher stimmte mich der Schlußsatz von Frau Wiese. Er stammt (natürlich) von Sigmund Freud aus seinen Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse, 1916/17: *Ich will keine Überzeugung erwecken, ich will Anregungen geben und Vorurteile erschüttern*. Der Rezensent hat sich erlaubt, einmal mehr auf das psychoanalytische Vorurteil gegenüber der forensischen Psychiatrie hinzuweisen. ■

Volker Dittmann,
Basel

■
*Rasch, W.: Tötung des Intimpartners; 112 S; DM 48,-
Edition Das Narrenschiff im
Psychiatrie-Verlag, Bonn, (1964)
Reprint 1995*

Raschs 1964 erstmals publizierte Untersuchung zur „Tötung des Intimpartners“ ist zum Klassiker geworden. Sie berührt mehrere aktuelle Diskussionen: Die Affektdelikte; die Tatsache, daß von den Partnertötungen von Männern etwa 95 % und nur etwa 5 % von Frauen verübt werden; das methodische Vorgehen in Form einer vergleichenden Kasuistik.

Rasch hatte damals eine größere Serie von Tötungsdelikten untersucht, die in den Hamburger Kliniken begutachtet worden waren. Er hatte zusätzlich die Gerichtsakten ausgewertet. 50 der Delikte betrafen die „Tötung der Intimpartnerin“. Rasch unterteilte sie noch einmal folgendermaßen: In die Geliebten-tötung durch den verlassenen Partner; die Gattentötung durch den verlassenen Partner; die Elimination des ehestörenden Partners und die Tötung einer flüchtigen Partnerin.

Die Form der Untersuchung begründete Rasch mit der entwickelten Erkenntnis, daß es keinen besonderen Tätertyp des Mörders gäbe. Töten liege „in den Breiten menschlichen Handelns“. Die Tat erscheine nur als merkwürdig, „solange ein Handlungs- und Motivschema herangezogen wird, das an einem idealtypischen Normbegriff orientiert ist“. Ebenso unzureichend sei die Suche nach einem Motiv, da dieses in eine „abstraktive Formel“ gefaßt würde. Vielmehr müsse man von seiten des Täters zunächst eine Grundverfassung von seinem aktuellen Tun oder Lassen unterscheiden. Dieses entspreche etwa einem Teppich. Das aktuelle Geschehen, das in die Tat münde entspreche in diesem Bild einer „Aufzipfelung des Gewebes“. Damit sei auch erklärbar, „daß eine Tat quasi spurlos in der Persönlichkeit verschwinden kann“. Der Teppich zeige als Ganzes ein Muster. Dies bedeute jedoch eine enorme Verdichtung der Fäden, die in ihrem ganzen Längsschnitt aufgerollt werden müssen: „Sich von der Tat herkommend auf die Ausgangsposition

des Täters vorzuarbeiten, wird wohl in jedem Fall notwendiges Bestreben sein; aber man muß dann wieder den Weg zurückgehen, um zu verstehen, wie und warum ein so konstituierter Mensch zu dieser Tat kam.“ Neben Grundverfassung und Analyse der Dynamik bedürfe es der Untersuchung der vorbestehenden Täter-/Opferbeziehung und des Opfers. Dieses könne höchst individuell mit dem Täter verknüpft sein, für ihn aber auch eine bloße Abstraktion in einer bestimmten Situation, einer Person oder einer Handlung bedeuten. Schließlich sei der Weg zur Tat doch nicht beliebig vielfältig, sondern zeige sich in typischen Ausprägungen, die durch eine bestimmte Dynamik und eine spezifische Täter-Opferbeziehung gekennzeichnet sei.

Vergleichende Kasuistik war die Standardmethode Ende der 50er und Anfang der 60er-Jahre in der Psychiatrie. Die notwendige Entwicklung eines breiten Methodenspektrums hat sie vollständig zurückgedrängt. – Zu Unrecht. Neben Epidemiologie und quantitativen klinischen Verfahren werden in den letzten Jahren wieder Einzelfall- und vergleichende Kasuistiken herangezogen, durch die wesentliche Erkenntnisse möglich sind. Die Untersuchung von Rasch zeigt dies eindrücklich.

Gemeinsam ist diesen Entwicklungen und Tötungssituationen, daß sie auf dem Hintergrund eines vertrauten und intimen Umgangs mit einem Menschen geschehen. Das sich wiederholende Muster kann überindividuelle Prägung annehmen, so daß der Täter nur als „Funktionsgröße in

einem über ihn selbst hinweggehenden Geschehen“ erscheint. Die weiteren Überlegungen Raschs bedeuten eine historische Etappe, indem sie nicht nur die Begutachtung der Täter erschwerte, sondern vor allem auch Fragen an die Rechtsprechung aufwarf: Wie weit ist es überhaupt möglich, Motiv und Zweck einer Tat aus der Täterpersönlichkeit abzuleiten? Nicht alle Aussagen des Täters, er sei nicht in der Lage, eine vernünftige Erklärung oder Rechenschaft über sein Handeln abzugeben, sind Verleugnungen. Es gelingt selten, eindeutige Angaben über die Tat und die Absicht des Täters zu erhalten. Dies geschieht insbesondere dann, wenn keine Handlungskette erkennbar wird, sondern vielmehr widersprüchliches Tun, Unentschlossenheit und sich gegenseitig aufhebende Aktivitäten. Im nachhinein stellt sich die Tat als sinnloser, ungewollter Zwischenfall dar. Der Täter erlebt nicht eine auf den anderen gerichtete Aggression, sondern die eigene Hilflosigkeit, Verzweiflung, Isolierung und das Gefühl der Ausweglosigkeit. „Der Zustand der Tatbereitschaft wird gelebt, aber nicht in der Selbstreflexion mit Einsicht nachvollzogen.“

Die von Rasch 1964 aufgeworfenen Fragen sind zu einem großen Teil bis heute nicht beantwortet. Seine Reflexionen sind in der Auseinandersetzung mit Tat und Täter äußerst hilfreich, gerade weil sie sich darum bemühen, den Beziehungshintergrund und die Dynamik zu beschreiben und weil sie sich der Moral ebenso enthalten, wie der sofortigen Umsetzung in rechtliche Fragen oder

pragmatische Entscheidungen für das Gutachten. ■

Ulrike Hoffmann-
Richter, Basel

■
Kirchhoff, Sabine: Sexueller Mißbrauch vor Gericht. Band 1: Beobachtung und Analyse; Band 2: Fünfzehn Gerichtsprotokolle. 317 S. und 303 S., je DM 29.80 Verlag Leske und Budrich, Opladen, 1994

Die Autorin hat für ihre Dissertation fünfzehn Verhandlungen über sexuellen Mißbrauch an Kindern und Jugendlichen eigenhändig protokolliert. Band 2 der umfangreichen Arbeit enthält die vollständigen Gerichtsprotokolle. Die Lektüre bestätigt Annahmen, die über solche Prozesse wiederholt geäußert wurden und von denen auch Kirchhoff ausgegangen ist: Gerichte sind geschlechtsgeprägte Institutionen. Trotz zunehmend mehr Juristinnen sind nach wie vor viele Verhandlungen von Männern und ihren Vorstellungen als Männer geprägt. In die Entscheidungsfindung gehen Stereotype aus dem Alltag ein, von denen sich auch Juristen leiten lassen. Neben der Rechtsstaatlichkeit, für deren Gültigkeit während der Verhandlung die Strafprozeßordnung zuständig ist, ist das Prinzip „im Zweifel für den Angeklagten“ handlungsleitend. Die Opfer sexueller Mißhandlungen, in diesem Falle Mädchen, Jungen und Jugendliche beider Geschlechter, werden als Zeugen vernommen und ihre Aussagen als Beweismittel herangezogen. Die psychische Belastung, der

sie durch die Verhandlung ausgesetzt sind und die verschiedensten Konflikte, die durch den Prozeß entstehen können, können durch die seit 1987 gültigen Opferschutzgesetze nur sehr begrenzt eingedämmt werden. Hinzu kommt, daß das Prinzip des Opferschutzes die Komplikationen durch die Strafprozeßordnung verschärft und in Konflikt mit der Beweiserhebung geraten kann. Die stärker werdenden Erwartungen an das Gericht als moralische Instanz kann ein Prozeß nicht erfüllen. Rechtsprechung kann nur aufgrund der prozessual erhobenen Wahrheit stattfinden.

Die Gerichtsprotokolle sind erschütternde Berichte über das, was Erwachsene Männer Mädchen und Jugendlichen an sexueller Gewalt angetan haben. Mit relativ bescheidenen Methoden hätte Kirchhoff das, was sie zeigen wollte, darstellen können. An den vielfältigen Ansprüchen, denen sie mit ihrer Arbeit offensichtlich genügen wollte, ist sie jedoch gescheitert. Ihre Auswertungsversuche sind zu komplex, ihre Interpretationen nicht immer nachvollziehbar.

So beschreibt sie das Verhalten der Kinder und Jugendlichen geprägt vom Rechtfertigungsdruck während der Aussage, von der belastenden Situation, von Gefühlen wie Ohnmacht, Hilflosigkeit, Scham und Pein. Zweifellos ist dies der Fall. Aber nicht nur die Opfer, sondern ebenso sehr Richter, Staatsanwalt und manchmal auch Verteidiger sind hilflos und nicht selten im Ungeschick ihrer Fragen von Scham geleitet. Der Leitsatz „in dubio pro reo“ schließt ein, daß das Verfahren „in dubio con-

tra victimam“ erfolge, da aufgrund verschiedenster Stereotype bei den Kindern und Mädchen der Vorwurf im Raum bleibe, sie hätten den Erwachsenen verführt, ihr Vergnügen an der Tat gehabt, bereitwillig mitgemacht oder seien nun gar dabei, den Angeklagten zu verleumdern. Auch hier ist Kirchhoff mit ihrer Interpretation kurzschlüssig vorgegangen: Dieser Effekt der „sekundären Viktimisierung“ ist zweifellos vorhanden. Er entsteht jedoch nicht aufgrund des rechtlichen Vorgehens, z.B. der bestehenbleibenden Zweifel, sondern aufgrund jener Stereotype, die die Verfasserin anprangert. Es ist unmöglich innerhalb einer solchen Arbeit, Stereotype allgemeingültig zu beschreiben und aus dem Prozeßverlauf herauszuarbeiten. Auf indirekte und sehr einfache Weise wäre es jedoch möglich gewesen, einige solcher sozialen Repräsentationen auf die Spur zu kommen, z.B. indem Kirchhoff darauf hingewiesen hätte, welche Dinge im Verlauf der Beweiserhebung nicht thematisiert werden. Dazu gehört vor allem das Machtgefälle zwischen einem Kind und einem Erwachsenen. Dazu gehört ebenso die Tatsache, daß für die Sexualisierung einer Beziehung zwischen einem Kind und einem Erwachsenen die Verantwortung beim Erwachsenen liegt, daß Juristen den Ausführungen des Angeklagten eher folgen können als denen der Kinder und anderes mehr. Frageform wie inhaltliches Springen von einer Detailfrage zur anderen hätte Kirchhoff in einfacher Weise darstellen können.

Im kurzen Vorwort zum Materialienband, schreibt Kirchhoff, er gäbe

Aufschluß über das Gerichtsverfahren; über verschiedene Strategien, wie sich Täter ihre späteren Opfer suchen oder wie sich Mütter gegenüber ihren Kindern oder gegebenenfalls angeklagten Ehemännern verhalten. Insgesamt dienten sie als Quelle für weitere Kenntnisse zum sexuellen Mißbrauch. Dieses Vorhaben ist Kirchhoff geglückt. Ihre Arbeit enthält insgesamt viel Diskussionswürdiges. ■

Ulrike Hoffmann-
Richter, Basel

■
Beier, K.M.; Hinrichs, D.
(Hrsg.): *Psychotherapie mit
Straffälligen. Standorte und
Thesen zum Verhältnis Patient –
Therapeut – Justiz.* 211 S., DM 68
Gustav-Fischer-Verlag,
Stuttgart, 1995

■
*Steller, M.; Dable, K.-P.; Basqué,
M.* (Hrsg.):
*Straftäterbehandlung.
Argumente für eine
Revitalisierung in Forschung und
Praxis.* 309 S., DM 49,90
Centaurus Verlags Gesellschaft,
Pfaffenweiler, 1994

Der Behandlung von Straftätern wird zunehmende Bedeutung beigemessen. Von juristischer Seite wird erwartet, daß durch die Behandlung weitere Straftaten verhindert werden. Von psychiatrisch-psychotherapeutischer Seite ist die Behandlung von Straftätern nur im von der Rechtsprechung vorgegebenen Rahmen möglich. Trotz der Hoffnungen, die aus

beiden Fachgebieten mit der Behandlung von Straftätern verknüpft wird, spielt sie in der allgemeinspsychiatrischen Ausbildung keine Rolle; in der psychotherapeutischen Ausbildung kommt sie bis heute nicht vor. Statt dessen existieren gesonderte Einrichtungen des Maßregelvollzug, in denen die Behandlung, aber auch die Ausbildung der Spezialistinnen und Spezialisten erfolgt.

Die Diskussion in der Öffentlichkeit entzündet sich zumeist an Straftaten, die zur Sensation werden: beispielsweise das Schäuble- oder Lafontaine-Attentat oder ein sadistischer Sexualmord. Dabei stellt sich regelmäßig heraus, daß auch grundlegende Informationen, z.B. darüber, was im Strafvollzug, was im Maßregelvollzug an Behandlungen möglich ist, fehlen: wer diese Behandlung unter welchen Bedingungen durchführt; welche Einrichtungen existieren; wer für Beurlaubung, Straffentlassung, Aufhebung von Maßnahmen zuständig ist.

Die Diskussion über Möglichkeiten der Straftäterbehandlung ist eng begrenzt auf den forensischen Bereich. Verständigungsmöglichkeiten und Gesprächsbereitschaft zwischen Psychotherapie und Recht sind noch verhältnismäßig jung. Der Austausch bedarf einer Grundmenge gemeinsamen Wissens, Denkens und einer gemeinsamen Sprache.

Da zudem die Behandlung von Straftätern kein hohes Prestige genießt, sind die Bedingungen für Forschung und Praxis der Straftäterbehandlung eher ungünstig. Die begrenzte Literatur zum Thema spiegelt diesen Zustand. Die beiden

Tagungsbände aus diesem Bereich sind deshalb besonders zu begrüßen:

Der Band zur Straftäterbehandlung umfaßt im wesentlichen Vorträge und Diskussionen der vierten Arbeitstagung der Fachgruppe Rechtspsychologie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, die im Oktober 1991 in Berlin stattfand. Autorinnen und Autoren kamen aus dem Fachgebiet der forensischen Psychologie und Psychiatrie, der Soziologie und der Justiz. Die Perspektiven bewegen sich zwischen Hoffnung und kritischen Reflexionen, z.B. zur Frage, ob die Behandlung eine Legitimation für Freiheitsentzug sein kann. Nach der Strafrechtsreform und der Einführung der Maßregelvollzugsgesetze in den einzelnen Bundesländern Ende der 70er, Anfang der 80er Jahre richteten sich viele hoffnungsvolle Erwartungen an die Behandlungsmöglichkeiten. Aus den USA kamen in den folgenden Jahren kritische Berichte mit dem Resümee, „nothing works“. Rückfälle und verschiedene dramatische Zwischenfälle führten neben der politischen Entwicklung und der Rezession in den letzten Jahren eher zur Zurückhaltung und Vorsicht. Deshalb ist ein Überblick über den Stand des Wissens ebenso unerlässlich wie die Auseinandersetzung mit den realistischen Möglichkeiten und der Information und Diskussion in der Öffentlichkeit.

Der Tagungsband zur Psychotherapie mit Straffälligen entstand aus zwei Tagen in der Akademie Sandelmark in Schleswig-Holstein Ende 1993 und Anfang 1994. Das besondere dieser Tagungen lag in dem Ziel, daß Fachvertreter aus forensischer

Psychiatrie und Psychologie zusammen mit Vertretern der Justiz Thesen zur Psychotherapie mit Straffälligen verabschiedeten, auf die sich beide Fächer einigen konnten. Auf den ersten Blick klingen die Ergebnisse bescheiden: Sie fassen in eher vorsichtigen Formulierungen den rechtlichen und psychotherapeutischen Stand des Geschehens zusammen. Auf den zweiten Blick ist die Tatsache dieses Treffens und die Form der Publikation doch ein wesentlicher Schritt in die Richtung unerläßlicher gemeinsamer Grundlagen von Psychotherapie und Justiz und der Möglichkeit eines fortgesetzten gemeinsamen Gespräches.

Der Band enthält nicht nur Vorträge zu Leitgedanken aus den verschiedenen Etappen, er enthält auch die Diskussionen zur den einzelnen Bereichen und die wesentlichen Inhalte der Diskussion zu den verabschiedeten Thesen. Aus ihnen geht hervor, wieviel an offener, kritischer Auseinandersetzung zwischen Psychotherapie und Justiz weiterhin nötig ist. Auf dieser Tagung war solch eine Auseinandersetzung möglich. Wer sich in der Problematik auskennt, hört die vielfältigen Bedenken, möglichen Mißverständnisse und die Schwierigkeit, den eigenen fachlichen Standpunkt in die Möglichkeiten des anderen Fachgebietes zu integrieren. Das Ergebnis der Tagung läßt auf weitere Entwicklungsmöglichkeiten hoffen. ■

Ulrike Hoffmann-Richter,
Basel

■
von Géliou, Claudia: Frauen in Haft. Gefängnis Barnimstraße – Eine Justizgeschichte. 239 S., DM 29,90
Elefanten Press, Berlin, 1994

■
Berthold, Erika; von Zglinicki, Claudia: Ich will nicht mehr vor mir selber fliehen. Frauen zwischen Schuld und Vergeltung – Authentische Berichte. 174 S., DM 25,-
Aufbau-Verlag, Berlin und Weimar, 1994

Die beiden Bücher beschäftigen sich auf ganz unterschiedliche Weise mit der Geschichte von Frauen in Haftanstalten:

„Frauen in Haft“ von Claudia von Géliou ist ein klassisches Geschichtsbuch. Die Autorin zeichnet die Entwicklung des Frauenstrafvollzugs nach und geht dabei teilweise bis ins Mittelalter zurück, wie etwa bei den Fragen nach frauenspezifischen Delikten – Prostitution, Abtreibung und Kindesmord (im Sinne von „Abtreibung nach der Geburt“) – und frauengemäßer Bestrafung. Interessant ist ihre These, daß Frauen weniger Kriminalität zugetraut werde als Männern. Und da weibliche Kriminalität nicht zu der Frauen gesellschaftlich zugeschriebenen Rolle passe, werde diese oft eher als Krankheit gewertet. Leider geht sie dieser These nicht weiter nach und untersucht auch nicht, ob sie für alle Epochen gleichermaßen zutrifft. Sie stellt jedoch fest, daß die in Frauengefäng-

nissen angeordneten Arbeiten fast durchgängig „frauentypische“ Arbeiten waren bzw. sind: anscheinend solle den Frauen so die ihnen zuge dachte Rolle antrainiert werden.

Die Klammer für die vorliegende Untersuchung bildet die Geschichte des Berliner Frauengefängnisses in der Barnimstraße. Die Autorin geht zurück bis zum Bau des Gebäudes und zur Eröffnung des Gefängnisses im Jahre 1864 (zunächst als Schuldgefängnis, erst nach Abschaffung der Schuldhaft im Jahre 1867 dann Einrichtung als Frauengefängnis) und zeichnet chronologisch die Entwicklungen im Gefängnis nach – bis zur Verlegung der Inhaftierten und dem Abriss des Gebäudes 1973/74. Dabei gibt sie dem Blick von außen Vorrang: Wie spiegeln sich die verschiedenen Gesellschaftsepochen in der Haftanstalt (im Umgang mit den Inhaftierten wie auch in den Richtlinien für das [weibliche] Personal) wider? Zitate aus Justizakten, Gefängnisvorschriften und Presseberichten machen hierbei die wesentlichen Quellen aus, und auch Erfahrungsberichte einzelner Frauen werden hauptsächlich auf diese Frage hin zitiert. Wir finden Briefe und Berichte ehemaliger Häftlinge und anderer Zeitzeuginnen – wie etwa die Briefe von Rosa Luxemburg, der wohl bekanntesten Insassin der Barnimstraße – und Auszüge aus literarischen Werken über dieses Gefängnis.

Sehr deutlich beschreibt die Autorin, wie besonders in der Zeit des Nationalsozialismus und in der DDR das Gefängnis zum Machtinstrument des Staates wurde. Die Nazis führten viele Strafvverschärfungen ein, wie

etwa die politische Schutzhaft, die Durchführung von Zwangssterilisationen bei „Gewohnheitsverbrechern“ und die ungeheure Ausdehnung der Todesstrafe. Viele politische Gegnerinnen wurden von den Nazis im Frauengefängnis Barnimstraße festgehalten, darunter so namenhafte Widerstandskämpferinnen wie Lilo Herrmann und Olga Benario oder die Frauen der jüdischen Widerstandsgruppe „Baum“.

Nach dem Krieg gab es interessanter Weise kurze Zeit Bestrebungen, sozialpolitische und erzieherische Aufgaben in den Vordergrund zu stellen. Diese Bestrebungen wurden aber spätestens mit der Übernahme des Strafvollzugs durch die Volkspolizei (1951) rückgängig gemacht, und an Stelle von „Humanitätsduselei“ und „Versöhnertum“ traten wieder Ordnung und Disziplin und zunehmende ideologischer Terror.

Das Buch von Erika Berthold und Claudia von Zglinicki ist ein Geschichtsbuch ganz anderer Art; es bezieht sich durch seine Lebendigkeit. Die beiden Autorinnen lassen ohne viel eigene Kommentare vier Frauen zu Wort kommen, die Gefängnisalltag aus ihrem eigenen Erleben heraus schildern – ihre langjährigen Erfahrungen in verschiedenen DDR-Gefängnissen (u.a. Frauengefängnis Hoheneck, Stasigefängnisse Berlin-Hohenschönhausen und Pankow) und in der Westberliner Justizvollzugsanstalt für Frauen in Plötzensee. So entstand ein beeindruckendes Zeitzeugnis: Das erschreckende Gesicht der DDR und ihrer Stasi in ihren Gefängnissen, die Wendezeit Herbst 1989 im Stasiknast erlebt und schließlich der

direkte Vergleich von Ost- und Westknast (und damit auch der jeweils dahinter stehenden Gesellschaft).

Schon der Vergleich zwischen gewöhnlichen Haftanstalten der DDR und Stasigefängnissen ist äußerst spannend (kriminelle Häftlinge wurden in Stasigefängnissen als „Hausarbeiter“ gebraucht: zur Verpflegung politischer Häftlinge während der Untersuchungshaft und zur Reinigung der Büroräume). Der gewöhnliche Knast war gekennzeichnet von menschenunwürdiger Unterbringung und von ständiger Gewalt und Schikane, und der Stasiknast bot eine angenehmere Unterbringung, dafür aber ein Milieu von Mißtrauen, Verschwiegenheit und absoluter Kontrolle. Interessant ist die unterschiedliche Bewertung durch die Frauen. Bea: „Hohenschönhausen wirkte auf mich, verglichen mit Hoheneck, wie ein Paradies.“ (S. 66); Ina: „Das Klima in Hohenschönhausen war furchtbar für mich, zehnmal schlimmer als in Hoheneck.“ (S. 73)

Zeitlich schließen sich die Berichte ungefähr an das eben vorgestellte Buch an: Die Gefängnisgeschichten der Frauen beginnen Ende der 70er bzw. Mitte der 80er Jahre. Zu Wort kommen hier Frauen, die wegen schwerer Gewaltverbrechen verurteilt wurden: Ina erschlug ihren Mann, Bea mißhandelte ihr ältestes Kind, Michaela stieß ihrem Bekannten ein Messer in den Leib und Nelly ließ ihr Baby verhungern. Gewaltkriminalität macht bei Frauen einen eher geringen Prozentsatz aus. Daß dennoch gerade diese Frauen befragt wurden, hat sicherlich zwei Ursachen: Zum einen konnten sie durch

ihre lange Haftzeit besonders viele Gefängniserfahrungen sammeln – und zwar über den Zusammenbruch der DDR hinaus – und zum anderen erlauben ihre Geschichten den Blick auf eine weitere Frage, auf welche schon der Untertitel des Buches hinweist: wie erlebten und erleben die Frauen ihre Haftzeit zwischen der eigenen Schuld und deren Vergeltung?

Der geschichtliche und der individuelle Aspekt sind eng miteinander verknüpft. Unter dem Strich kommt heraus: Im DDR-Knast konnten sich die Frauen nicht mit ihrer Schuld auseinandersetzen, sie wurden abgelenkt durch Schikanen und Akkordarbeit. Nelly beschreibt das so: „Ostkast bedeutete: Schuften, nicht denken. Vergessen und verdrängen, warum man sitzt. Durch die Arbeit habe ich das tatsächlich geschafft. (...) Über das Delikt sprach in all den Jahren nie einer mit mir. Ich dachte auch selber nicht darüber nach, mein Leben zu verändern. Ich lernte nichts in der Zeit. Für mich gab es nichts als die Schufferei. Ich war im Kopf eingeschlafen.“ (S. 90f) Erst im Westknast, aber dort wohlgermerkt auch erst so recht auf der Sozialtherapeutischen Station (die bislang nur 15 von 330 Haftplätzen in Plötzensee ausmacht), kommen die Frauen zu sich und lernen, wie Konflikte auch gewaltfrei ausgetragen werden können. Erst dort beginnen sie, sich auf ihr Leben „nach dem Knast“ vorzubereiten.

Die Berichte der Frauen sind sehr erschütternd. Mit erstaunlicher Offenheit schildern sie auch ihr Leben vor der Haft und lösen trotz der Grausamkeit ihrer Taten Verständnis aus. Denn es wird deutlich, daß die

Anwendung von Gewalt jeweils Ausdruck der Verzweiflung war und ein mißlungener Versuch, sich aus unhaltbaren Zuständen zu befreien – eine „unglückselige Verkettung von Kindheit, Beziehung und Tat“. (S. 52)

Genau dies wurde in der DDR bei der Verurteilung nicht berücksichtigt und spielte auch während der Haftzeit keine Rolle. Kriminell gewordene Menschen wurden weggeschlossen, ihre Arbeitskraft wurde (aus)genutzt, und wenn sie ihre Strafe abgesehen hatten, mußten sie zusehen, wie sie draußen klarkamen. Bea: „In der DDR wurde man nach der Knastzeit einfach vors Tor gestellt. Sie besorgten zwar eine Wohnung und 'ne Arbeitsstelle. Aber wie man sich zurechtfindet, danach fragte keiner.“ (S. 126)

Durch den Blick auf die extremen Verhältnisse in der DDR regt dieses Buch zum Nachdenken über den Umgang mit Straftätern in unserer heutigen Gesellschaft an – und geht damit weit über das geschichtliche Interesse hinaus. ■

Cornelia Weiß,
Berlin

- *Schorsch, E.; Dannecker, M.; Schmidt, G.; Sigusch, V. (Hrsg.): Perversion, Liebe, Gewalt. Aufsätze zur Psychopathologie und Sozialpsychologie der Sexualität 1967-1991. 191 S, DM 78,-*
Enke-Verlag, Stuttgart, 1993

Die Herausgeber haben sich bei der Zusammenstellung der wieder abgedruckten Aufsätze und bisher nicht publizierten Vorträge an Notizen ori-

entiert, die Eberhard Schorsch hinterlassen hat. Der Sammelband umreißt das Lebenswerk Schorsch in gelungener Weise. Er gibt nicht nur Einblicke in die Sexualwissenschaft und Forensik. Aus den Vorträgen wird die engagierte Stellungnahme Schorsch zu forensischen, strafrechtlichen und gesellschaftspolitischen Fragen deutlich. Sexualität ist für Schorsch ein lebendiges Geschehen, das weder moralisch eingrenzbar, noch wissenschaftlich oder medizinisch faßbar ist. Er wendet sich ebenso gegen sinnlose Pathologisierung wie Gewalt in den Beziehungen der Geschlechter. In einem BGH-Urteil zur Peepshow macht er „höchstrichterliche Männerphantasien“ aus. Er erschrickt selbst, in welchem überwiegenden Ausmaß Gewalt im allgemeinen und sexuelle Gewalt im besonderen von Männern ausgeht. Von verschiedener Seite versucht er, sich dem Phänomen mit Sexualität verknüpfter Gewalt zu nähern. Wiederholt beschreibt er, daß sich Sexualstraftäter in seltensten Fällen sexuelle Befriedigung unter Gewaltanwendung und auf Kosten der Frauen verschaffen. Vielmehr üben sie Gewalt aus, quälen oder unterdrücken ihre Opfer im Bereich der Sexualität. Und nicht selten durchzieht die Biographie der Täter fehlende menschliche Wärme und die eigene Erfahrung von Unterdrückung und Entwertung. Schorsch unterliegt nicht der Versuchung, alle Sexualstraftaten, die er über seine vielfältige Gutachtentätigkeit in ihrer schlimmsten Ausprägung kennenlernte, erklären zu wollen. Aber es gelingt ihm, sich trotzdem diesen Menschen, ih-

rem Erleben, Denken und Handeln zu nähern und ihnen als Menschen zu begegnen.

Ganz offensichtlich hat sich Schorsch dieser Begegnung nicht entzogen. Vielmehr beschäftigen sich verschiedene Vorträge und Aufsätze mit der Frage der Beziehung in der Gutachtensituation. Schorsch macht in ihr psychotherapeutische Aspekte aus und tritt entschieden für sie ein, entgegen der Anforderung des Gerichts an den Gutachter, neutral zu bleiben. Die Kluft zwischen einer ärztlichen oder psychiatrischen Haltung gegenüber der Justiz verschärft sich noch in der Gegenüberstellung von Psychoanalyse und Justiz. Die spontane Abneigung ist beidseitig. Dabei könnte der gegenseitige Nutzen sich in vielfältiger Weise als hilfreich zeigen. Schorsch hat darüber nicht nur nachgedacht, sondern versucht, psychoanalytisches Denken im Umgang mit den Tätern, bei der Begutachtung und vor Gericht anzuwenden.

Der Band enthält neben den editorischen Nachweisen ein Verzeichnis der Schriften von Eberhard Schorsch. Die abgedruckten Arbeiten sind chronologisch geordnet. Die meisten der aufgeworfenen Fragen sind nach wie vor aktuell. Den Herausgebern sei für diese Zusammenstellung gedankt. ■

Ulrike Hoffmann-Richter,
Basel

■
*Heyne, Claudia: Täterinnen:
 Offene und versteckte
 Aggression von Frauen. 360 S.,
 DM 36,-; Kreuz-Verl., Zürich,
 1993. ISBN 3-268-00145-9.*

Dies ist ein Buch, das ich einfach dringend empfehlen möchte! Eingenommen und am Lesen gehalten hat mich insbesondere die durchgängig kritische Betrachtungsweise verbreiteter feministischer Auffassungen zum Thema, ohne daß die Autorin in den Verdacht gerät, sich vollständig auf die Seite des Patriarchats geschlagen zu haben. Hier mag manche Frau/Therapeutin anderer Meinung sein – die Diskussion wäre damit jedoch eröffnet. Die Autorin, geb 1950, ist Sozialwissenschaftlerin und hat sich lange mit dem Thema des sexuellen Mißbrauchs und der Opferrolle der Frau beschäftigt (Veröffentlichung u.a.: *Tatort Couch, sexueller Mißbrauch in der Therapie*).

Zum Inhalt: Das Buch gliedert sich in drei Abschnitte. Den ersten Teil hat C. Heyne unter die Überschrift „Frauen, das friedliche Geschlecht?“ gestellt. In diesem Abschnitt sind ihre zentralen Betrachtungen zusammengefaßt, die in den beiden folgenden Teilen über „weibliche Aggression und Gewalt im gesellschaftlich-politischen Raum“ und über „die Macht der Mütter – Macht der Ohnmächtigen“ weiter illustriert bzw. differenziert werden. Auf der Grundlage einer breiten Literaturübersicht werden zunächst idealisierte Frauenbilder („Die Friedfertige und das Biest“) dargestellt. Zwei grundsätzlich unterschiedliche Positionen innerhalb der Frauenbewe-

gung stehen einander gegenüber: auf der einen Seite wird der Gleichheitsgedanke und die Ähnlichkeit von Mann und Frau betont, die Bedeutung biologisch bedingter Geschlechtsunterschiede minimiert und die Verschiedenheit sozialer Geschlechtsrollen vor allem als Ergebnis unterschiedlicher Sozialisation erklärt. Demgegenüber steht eine Strömung in der feministischen Diskussion, die von einer wesensmäßigen Andersartigkeit der Frau ausgeht. Die Frau wird hier gesehen als durch Fürsorge, Hingabe und Bezogenheit auf andere; sie ist liebes- und bindungsfähig, Leben gebend, schützend und erhaltend und daher in umfassendem Sinne konstruktiv und friedfertig. Das weibliche Prinzip ist hier das gute, das männliche das schlechte und zerstörerische mit genau gegenteiligen Eigenschaften. Männer sind Täter, Frauen sind Opfer – überall in der Welt, und Frauen sind bessere Menschen. Daraus folgt eine Bewertung von weiblicher und männlicher Gewalt und Aggression mit zweierlei Maß: wenn Frauen denn mal gewalttätig sind, dann nur, weil sie ihrerseits Opfer von männlicher Gewalt wurden – und damit sind wieder die Männer Schuld. Allenfalls erscheinen Frauen auch als Kämpferinnen – dann aber für eine „gute Sache“ (z.B. in sog. Befreiungskriegen).

Ausführlich setzt die Autorin sich mit der Opfer-Täter-Dynamik auseinander und mit den Vorteilen der Opferrolle. These: ein System (hier das seit Jahrhunderten währende patriarchalische) kann sich nur über so lange Zeit halten, wenn alle Beteiligten davon profitieren – auch die Opfer.

Sehr gelungen erscheint mir der Abschnitt zu Bedingungen und Formen offener destruktiver und indirekter destruktiver Aggression, in dem besonders die uns Frauen so vertrauten indirekten Formen ausführlich beschrieben werden, als da wären: Delegation von Gewalt; Opferhaltung, Unterwerfung und Märtyrerrolle; Rückzug und Depression; Entwertung; Überforderung und perfektionistische Ansprüche; Überbehütung als Form der Kindesmißhandlung; narzistische Ausbeutung; latenter Inzest.

Zahlreiche Beispiele von Frauen, die ihre Macht in gleicher Weise mißbrauchen wie Männer, werden im zweiten Abschnitt gegeben, in dem es um Sklavenhändlerinnen, Frauen in den Kolonien, Frauen im bewaffneten Kampf (Soldatinnen, Kämpferinnen in Revolutionen, Bürgerkriegen, Befreiungsbewegungen und terroristischen Organisationen) und Täterinnen im Dritten Reich geht. Wie zerstörerisch aber auch die indirekten und versteckten Formen weiblicher Aggression wirken können, zeigt C. Heyne schließlich im dritten Teil des vorliegenden Buches zum mütterlichen Machtmißbrauch im Rahmen der Familie auf.

These und Anliegen der Autorin: Für uns Frauen ist der Zeitpunkt gekommen, die Verantwortung für das eigene Handeln, im Guten wie im Schlechten, zu übernehmen. Auch dies gehört zur Emanzipation. Und nur so kann der Dialog unter Frauen und auch zwischen Frauen und Männern auf die Dauer fruchtbar sein. ■

Angela Schürmann, Lübeck

■
*Wood Middlebrook, Diana:
Zwischen Therapie und Tod. Das
Leben der Dichterin Anne
Sexton. 603 S., DM 72,-
Arche-Verlag, Zürich, 1993*

Her Kind

*I have gone out, a possessed witch,
[...]*

*A woman like that is misunderstood.
I have been her kind.*

(Anne Sexton, 1960)

1993 erschien im Arche-Verlag Zürich – weitgehend ignoriert von der hiesigen Literaturkritik – die Biographie der renommierten US-amerikanischen Lyrikerin Anne Sexton, die in den 60er Jahren zum Mittelpunkt der US-amerikanischen Literaturszene zählte. Bis heute ist das sehr versierte Dichterin-Porträt von Diane Wood Middlebrook, Professorin für Englisch an der Stanford University (Kalifornien) und Leiterin des „Center for Research on Women“, hierzulande kaum auf Resonanz gestoßen. Im Gegensatz zur (Wieder-)Entdeckung einer anderen ‚großen‘ Zeitgenossin Sextons durch die biographische Frauenforschung der achtziger Jahre – der Dichterin Sylvia Plath – gelingt es Wood Middlebrook damit leider nicht, Sextons Dichtung, die im deutschsprachigen Raum noch immer in keiner Übersetzung vorliegt, über den Weg der Biographie einen größeren LeserInnenkreis zu erschließen.

Die Gründe für das hartnäckige Desinteresse sind wohl in erster Linie der Person Anne Sexton selbst zuzuschreiben. Denn diese Dichterin eignet sich weit weniger zur LeserInnen-Identifikation als beispielsweise

ihre SchriftstellerInnenkollegin Sylvia Plath. Während Sylvia Plath in den bisher über sie erschienenen Biographien weitgehend als das nette All-American-Girl charakterisiert wird, das an der frauenverachtenden, repressiven Gesellschaft der fünfziger Jahre krankt, so erscheint Anne Sexton sehr viel weniger durchgängig als das Opfer gesellschaftlicher (Miß-)Verhältnisse. Zwar leidet auch Anne Sexton ähnlich wie Plath und viele andere Frauen in vergleichbarer sozialer Lage an ihrer gesellschaftlichen Verortung und damit Reduzierung auf die Rolle der biedereren Hausfrau und Mutter, doch Sextons Rückzug in die Krankheit – später wird sie den gesellschaftlichen Ein-/Beschränkungen durch Schreiben begegnen – bleibt nicht die einzige Verweigerungshaltung gegenüber dem ihr zugedachten gesellschaftlichen Part: Sie stürzt sich daneben in zahllose Liebesaffären mit Menschen beiderlei Geschlechts. Anne Sexton ist die Femme fatale – das suggeriert auch der Buchumschlag, der eine sehr schöne junge Frau in Abendrobe und Mannequin-Pose zeigt, berüchtigt für zahlreiche Skandalgeschichten und -geschichtchen. Ihr promiskues Verhalten sowie das radikale Ausleben ihrer Person, welches Sexton sich selbst und ihrer Umwelt gegenüber meist mit ihrem Dichterin-Status zu rechtfertigen suchte, ging v.a. auf Kosten ihres Ehemanns Kayo Sexton sowie ihrer beiden Töchter Linda Gray und Joyce Ladd und macht sie beim Lesen der Biographie nicht immer sympathisch.

Sicherlich aber ist es ein Stück weit auch der Biographie selbst zuzu-

schreiben, daß Diane Wood Middlebrooks Buch von der literarischen Öffentlichkeit gar nicht oder nur sehr zögerlich angenommen wurde, genauer gesagt der Forschungsmethode, mit der Wood Middlebrook den Lebensweg Anne Sextons nachzuzeichnen sucht. Sextons Biographin stand hierbei äußerst vielfältiges und ungewöhnliches Material zur Verfügung: Sie hatte zum einen über die literarische Nachlaßverwalterin bzw. älteste Tochter der Dichterin, Linda Sexton, uneingeschränkter Zugang zu den umfangreichen privaten Unterlagen der Künstlerin, zum anderen durfte Wood Middlebrook Psychotherapie-Akten von Sextons langjährigem Psychiater sowie Tonbänder von über 300 Therapiesitzungen (1961-1964) auswerten – Dokumente, die ein absolutes Novum innerhalb literaturwissenschaftlicher Untersuchungen bedeuten. Gerade die literaturwissenschaftliche Verwendung der Tonbänder wirbelte in den USA nach Erscheinen des Buchs (1991) viel Staub auf. Sowohl Diane Wood Middlebrook als auch Anne Sextons Therapeut, Dr. Martin Orne, wurden heftig angegriffen, da Wood Middlebrooks biographische Forschungsarbeit als anstößig empfunden und als unseriös zurückgewiesen wurde. Über die Beweggründe Ornes mag sich in der Tat streiten lassen, Diane Wood Middlebrook hingegen ist kein Vorwurf zu machen, setzt sie die Aufzeichnungen der Therapiestunden doch äußerst sparsam und nur dann ein, wenn diese auch wirklich Zusammenhänge beleuchten können. Sie beutet die ihr zur Verfügung gestellten Unterlagen an keiner Stelle in ei-

ner Weise aus, die das Auge der voyeuristischen LeserIn befriedigen könnte. Der äußerst sensible Umgang mit dem biographischen Material gelingt Diane Wood Middlebrook aufgrund ihrer Vorgehensweise: Sie betrachtet Anne Sextons Leben gerade nicht – wie die Forschungsquellen durchaus vermuten ließen – aus der Perspektive einer Krankengeschichte. Vielmehr bemüht sie sich darum, eine Beziehung zwischen Sextons psychischer Erkrankung und ihrer Kunst herzustellen; oder etwas salopper formuliert: Wie „eine verrückte Hausfrau aus einer US-amerikanischen Vorstadt“ zur Avantgarde der Lyrikszene avancieren konnte.

Anne Gray Sextons Weg zu einer anerkannten „Dichterin des Unbewußten“ war ihr alles andere als vorgezeichnet. 1928 wird sie als jüngste von drei Töchtern der wohlhabenden Kaufmannsfamilie Harvey in Newton/Massachusetts geboren. Ihre späteren Kindheitserinnerungen sind v.a. geprägt von Gefühlen der Einsamkeit und Verlorenheit: Sie leidet sowohl unter der physischen und psychischen Abwesenheit der Mutter, als auch unter dem alkoholkranken Vater, dessen verbalen Attacken und Haßtiraden ganz besonders Anne ausgesetzt gewesen zu sein scheint. Hinzu kommt, daß Harvey sich in betrunkenem Zustand seiner Tochter des öfteren sexuell näherte. 1939 zieht Annes Großtante und Patin Anna Ladd („Nana“) Dingley in das Haus der Harveys ein. Sie bemüht sich im folgenden, Anne die schmerzlich vermißte elterliche Liebe und Nähe zu ersetzen, doch sind ihre Beweggründe hierbei nicht ganz un-

eigennützig. Anne Sexton war rückblickend, das ist sowohl ihrer Dichtung als auch ihren Äußerungen zu entnehmen, davon überzeugt, daß ihre tägliche „Schmusestunde“ mit „Nana“ sexuell konnotiert war.

Diane Wood Middlebrook arbeitet im folgenden – in diesem Zusammenhang setzt sie dann vorwiegend die Therapiedokumente ein – deutlich heraus, daß mit dem Einzug der Großtante schließlich die Familien- oder vielmehr Beziehungsstrukturen hergestellt waren, die Anne Sexton als erwachsene Frau immer wieder schmerzlich durchleiden und durch Übertragungsmechanismen stets aufs neue reinszenieren sollte. Zugleich dienten ihr diese kindlichen Erfahrungen und Verletzungen aber auch als unerschöpfliche Quellen ihrer künstlerischen Kreativität und flossen motivisch in ihre Dichtung ein.

Liest sich Anne Sextons Lebens- und damit letztendlich vor allem auch Krankheitsgeschichte nachfolgend insbesondere vor dem Hintergrund individueller psychodynamischer Konstellationen, so sieht Sextons Biographin Diane Wood Middlebrook neben einer möglichen biologisch bedingten Veranlagung der Dichterin in den beengenden Strukturen der US-amerikanischen Nachkriegsgesellschaft eine weitere mögliche – soziologische – Auslöserin für Sextons spätere psychische Erkrankung. Mit der Heirat (1948) des Handelsvertreters Alfred „Kayo“ Sexton scheint ihr das Leben einer US-amerikanischen Vorstadthausfrau fast ‚zwangsläufig‘ vorgeben; doch Anne Sexton ist den Rollenanforderungen der guten Ehefrau und Mutter nicht gewachsen:

Nach der Geburt ihres zweiten Kindes erkrankt sie an einer schweren Depression, die letztlich in einem Selbstmordversuch gipfelt. Von nun an sollte sie Zeit ihres Lebens in psychotherapeutischer Behandlung bleiben, gefesselt von einer Krankheit, die sich der damaligen Diagnose und Heilung innerhalb der psychiatrischen Theorie und Praxis entzog.

Ermutigt durch ihren langjährigen ersten Therapeuten, Dr. Martin Orne, beginnt Anne Sexton schließlich, während ihrer Therapie zu dichten. Das kreative Potential, das sie dadurch in sich entdeckt, gibt ihr nicht nur den Willen weiterzuleben, sondern auch die Kraft, an Lyrik-Workshops teilzunehmen. Mit der Hilfe ihrer MentorInnen, keine geringeren als die versierten LyrikerInnen Maxine Kumin, W.D. Snodgrass, Robert Lowell, George Starbuck und James Wright, erlernt Anne Sexton die notwendigen formalen Techniken des Gedichteschreibens. Über ihre Fähigkeit, „aus dem Unbewußten zu schreiben“, entwickelt Sexton eine Poetologie, die als sogenannte Bekenntnislyrik in die Literaturgeschichte eingehen sollte. In ihren insgesamt acht zu Lebzeiten veröffentlichten Gedichtbänden, einem Bühnenstück sowie der postum erschienenen Lyrik verarbeitet sie immer wieder die traumatischen Erlebnisse ihrer Kindheit und Jugend. Ihre Werke kreisen um die Motive Liebe, Sexualität, Inzest, Ehebruch, Krankheit und Drogenabhängigkeit.

Vor dem Hintergrund ihrer psychischen Erkrankung durchläuft Sexton in den folgenden Jahren eine beispiellose Schriftstellerinkarriere. In

ihren achtzehn Jahren als Schriftstellerin erhält sie fast alle wichtigen Auszeichnungen, die es für US-amerikanische DichterInnen zu erringen gibt, darunter den Pulitzer-Preis (1967). Sie gehört bald zum Mittelpunkt der US-amerikanischen Literaturszene, befreundet sich u.a. mit Adrienne Rich, Erica Jong und anderen Vorkämpferinnen der Frauenbewegung. Darüber hinaus schafft sie es trotz ihrer geringen formalen Bildung (Sexton besaß lediglich einen High School-Abschluß), Professorin an der Boston University zu werden, wo sie das Handwerk des Schreibens unterrichtet.

Anne Sextons „Wiedergeburt als Dichterin mit neunundzwanzig“, wie sie ihre allmähliche Gesundung selbst zu stilisieren pflegte, sowie ihre Bilderbuchkarriere dürfen jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, daß sie – und die Menschen, die mit ihr zusammenlebten – Zeit ihres Lebens unter Sextons psychischer Erkrankung zu leiden hatten. Phasen relativer gesundheitlicher Stabilität, die wesentlich von ihrer Familie, insbesondere aber von ihrem Mann Kayo Sexton getragen wurden, folgten psychische Einbrüche begleitet von schweren Depressionen, aus denen sie sich oft nur noch über Selbstmordversuche befreien zu können glaubte. Doch verdankte Sexton paradoxerweise gerade ihren psychischen Zusammenbrüchen ihre unglaubliche dichterische Kreativität. Ihr Leben spielte sich irgendwo zwischen den Aufenthalten in psychiatrischen Kliniken und der Imago der strahlend schönen und erfolgreichen Dichterin ab.

Letztlich konnten weder das Schrei-

ben noch ihre Therapie, weder ihr Erfolg noch ihre zahlreichen Affären Anne Sexton vor dem Selbstmord bewahren. Als sie in einer schwierigen Lebensphase einige ihrer engsten Bezugspersonen verlor, hatte Anne Sexton nicht mehr die Kraft weiterzumachen. Im Alter von 46 Jahren nahm sich die Künstlerin das Leben, ausgehöhlt vom Leiden und ihrer langjährigen Alkohol- und Tablettensucht, die längst ihre Kreativität zerstört hatten.

Zur anregenden Lektüre sei auf folgende englischsprachige Ausgabe verwiesen: *Selected Poems of Anne Sexton*. Hg. von Diane Wood Middlebrook und Diane Hume George. Boston: Houghton Mifflin, 1988. ■

Anke Heimberg, Marburg

■
Harding, Sandra:
Das Geschlecht des Wissens,
 359 S., DM 49,80
Campus, Frankfurt/M., 1994

Sandra Hardings Buch über den Beitrag feministischer Erkenntnistheorien zur Demokratisierung der Wissenschaften liest sich – entgegen der Verlagsankündigung – nicht ganz einfach. Die radikale Infragestellung bisheriger erkenntnistheoretischer Ansätze und ihre Bereicherung aus feministischer Perspektive verlangen der nicht-fachkundigen Leserin Mühen ab, die sich jedoch bezahlt machen.

S. Harding beschäftigt sich vor allem mit der Frage, wie wissenschaftliche Erkenntnis zustande kommt, welche Fragestellungen aufgegriffen werden, wessen Erkenntnisse ge-

nutzt werden und wofür. Sie räumt mit konservativer Wissenschaftsgläubigkeit an wertneutrale, objektive (natur-)wissenschaftliche Erkenntnisse auf. Sie zeigt, daß und wie Wissenschaft von den herrschenden historischen und sozialen Verhältnissen mitbestimmt wird und in deren Dienst gestellt wird. Beeinflusst durch marxistische Erkenntnistheorie, den Konstruktivismus und die Systemtheorie zeigt sie im ersten Teil des Buches, daß auch die Naturwissenschaft nicht so objektiv ist, wie sie sich gerne den Anschein gibt.

Die feministische Perspektive führt nach Harding zu einer Bereicherung und größeren Objektivität von Wissenschaft. Die Rollenaufteilung zwischen Männern und Frauen, die dazu geführt hat, daß Frauen für das alltägliche Leben und Männer für das abstraktere kulturelle Leben zuständig sind, hat zu einer Abspaltung und Abwertung des alltäglichen Lebens beigetragen. Harding plädiert dafür, diese Abwertung aufzuheben, die Perspektive dieser „anderen“ nicht an Wissenschaft und Forschung beteiligten Frauen kennenzulernen und diese als „Fremde“ zu nutzen, die denjenigen im System blinde Flecken und eben auch die andere Seite deutlich machen können.

Dies demonstriert Harding an verschiedenen Beispielen. Harding macht nicht vor einseitigen Ausrichtungen des „eurozentrierten Feminismus“ halt. Am Beispiel der Hochschulzugangsmöglichkeiten und der Reproduktionsmedizin zeigt sie, wie benachteiligt schwarze Amerikanerinnen sind (S. 219 f.): So wurden neue Verhütungsmittel zunächst

in Puerto Rico getestet. Unter Frauen, die in den USA ohne Einwilligung sterilisiert wurden, fanden sich überdurchschnittlich häufig Schwarze. Das staatliche amerikanische Gesundheitsvorsorgeprogramm Medicaid zahlt keine Abtreibungen. Auf Medicaid wiederum sind überproportional schwarze Frauen angewiesenen. Durch größere Armut, schlechteren Bildungszugang und schlechtere Kontrollmöglichkeiten über ihre Reproduktion sind schwarze Frauen gegenüber weißen benachteiligt. Viele Fragestellungen des dominierenden eurozentrischen Feminismus werden den basalen emanzipatorischen Bedürfnissen und der Lebenswirklichkeit schwarzer Frauen nicht gerecht.

Die Auseinandersetzung mit den „anderen“ trägt zu einer vollständigen und angemesseneren Sichtweise von Realität und zu objektiverer wissenschaftlicher Erkenntnis bei. Dadurch tauchen neue Fragestellungen und Perspektiven des Eigenen auf.

Dabei konzentriert Harding sich nicht nur auf die Geschlechterdifferenzen und polemisiert nicht gegen die Männer oder die „Herrschenden“, sondern es geht ihr um die Anerkennung der Differenzen und die Nutzung für eine ganzheitliche und realitätsgerechtere Betrachtung von Wirklichkeit. Sie plädiert nicht für die Auflösung von Widersprüchen zugunsten einseitiger Betrachtungsweisen. Vielmehr möchte sie, daß das Bewußtsein für die Gründe und Auswirkungen des wissenschaftlichen Forschens mehr in das Bewußtsein der Wissenschaftler selbst und der Gesellschaft rücken. Folgerichtig

und radikal fordert Harding, die Naturwissenschaften einer kritischen Analyse zu unterziehen.

Die verschachtelten langen Sätze und der dialogische Schreibstil machen das Buch nicht zu einer einfachen Lektüre. Trotzdem wünsche ich der Autorin viele Leserinnen für ein Buch, daß zur Anerkennung von Differenzen und Widersprüchen aufruft, anstatt diese zu negieren und zu beiseitigen. ■

Mariele Ritter-Gekeler,
Müllheim

■
Fredersdorf, Frederic: Leben ohne Drogen. Zwei Jahrzehnte Synanon. Eine Dokumentation. 234 Seiten, DM 44,- Deutscher Studien Verlag, Weinheim, 1994

Wie schon früher in der Schweiz haben sich in den letzten Jahren auch in Deutschland die niederschweligen Angebote der Drogenhilfe praktisch wie politisch durchgesetzt. Ihr erklärtes Ziel ist die sogenannte Harm Reduktion, also die Verhinderung der Folgeschäden und -problemen durch Drogenabhängigkeit wie HIV-Infektion, Beschaffungskriminalität und die zunehmende Verelendung der Gruppe der Süchtigen. Mittel der Wahl sind Beratungsstellen vor Ort mit „Fixerstuben“, Kondom- und Spritzenvergabe und ärztlicher Notversorgung für die üblichen Abszesse o.ä. Und meist gibt es irgendwo im Hintergrund neben der Waschmaschine auch ein Beratungsangebot für den Ausstiegswilligen.

Diese Seite der Suchtarbeit ist lo-benswert und notwendig, und den-

noch ist sie auch etwas, was niemand gern zugibt: Sie ist suchtverlängernd. Synanongründer Ingo Warnke geht davon aus, daß durch Methadonvergabe viele Süchtige länger auf der Szene bleiben, bevor sie sich zum Beispiel an die Selbsthilfeorganisation wenden.

Zwanzig Jahre Synanon: Notgemeinschaft, Sekte, Drogentherapie, Arbeitslager, Lebensgemeinschaft, kibbuzartige Kommune. Es gibt viele Beschreibungen der Suchthilfe Synanon, nicht alle sind richtig. Seit seiner Gründung im Jahre 1971 beeinflusste Synanon stark die drogentherapeutische Arbeit in Deutschland, wobei Freunde wie Gegner nie müde wurden, sein eigenwilliges Konzept zu diskutieren. Doch Tatsache bleibt: Nahezu 500 Personen, Männer, Frauen und Kinder, leben drogenfrei zusammen und sorgen in eigener Regie für die Durchsetzung ihres Nüchternkonzeptes, die Führung ihrer Betriebe und die Organisation der persönlichen und allgemeinen Belange.

Autor Fredersdorf kennt Synanon aus seiner Sicht als Lehrer. Diese Position ermöglicht es ihm, sowohl vertraut mit den Abläufen doch außerhalb von ihnen stehend, eine Bestandsaufnahme zu machen, die Stärken und Schwächen der Gemeinschaft für zukünftige Belastungen auszuloten. Wie kann, soll und wird sich das komplexe Gefüge Synanon weiterentwickeln? Kann die Organisation auch noch morgen die zu erwartende Arbeitslast bewältigen und den immer steten Zustrom Hilfesuchender verkraften? Diese Fragen bilden den Ansatz der Dokumentation: Synanon auf dem Prüfstand!

Zunächst gibt Fredersdorf einen historischen Überblick, sowohl über die Wurzeln der Gruppe (sie reichen in die USA) als auch über die Geschichte der Gemeinschaft von 1971 bis 1991. Den Hauptteil bildet das sogenannte Synanon-ABC. Thematisch und alphabetisch sortiert, erfährt der Leser detailliert, wie das Leben in der Gemeinschaft konkret aussieht. Die Betriebe, der Tagesablauf oder persönliche Hintergründe werden ebenso ausführlich dargestellt wie Freizeitaktivitäten, Probleme oder die therapeutische Feinarbeit im Synanon-Spiel. Der letzte Teil enthält zukunftsrelevante Fragen.

Das Synanon-Modell hat immer eine andere, und oft auch unpopuläre Richtung vertreten. Als reine Selbsthilfeorganisation fühlt sie sich nicht zuständig für die Fixer auf der Straße, die nicht aufhören wollen, sondern Synanon versteht sich als Möglichkeit für jemanden, der tatsächlich und sofort und konsequent heraus will aus dem Kreislauf Straße/Gefängnis/Therapie/Straße. Und dazu reicht es nicht, den Stoff einfach wegzulassen oder ihn gar durch einen anderen, kaum weniger harmlosen zu ersetzen. Der „Neue“ wird bei Synanon an die Hand genommen, und in einem durchstrukturierten Rahmen lernt er, sein Leben neu und vor allem anders als bisher zu organisieren. Dazu trennt er sich nicht nur rein äußerlich von seinem Fixerimage und muß sich – so mancher das erste Mal in seinem Leben – mit anderen Menschen konstruktiv auseinandersetzen. Für Niederschwelligkeit oder „ein bißchen Drogen“ ist hier kein Platz, entweder ist man clean oder

man muß die Gemeinschaft verlassen. Doch dauerhafte Nüchternheit haben hier schon viele gelernt, nicht von ungefähr stand Synanon jahrelang unter dem Motto: Leben lernen!

Meiner Ansicht nach ist es gut, daß es so unterschiedliche Angebote für den Süchtigen gibt. Schon lange hat die Suchthilfe erkannt, daß es keinen Königsweg gibt. Doch nur, weil derzeit niederschwellige Suchtarbeit die bessere Lobby hat, ersetzt sie nicht die anderen, weniger bequemen Angebote. Und noch ein letztes Wort, es gibt tatsächlich keine bequeme oder einfache Art für einen Süchtigen, um zu lernen, nüchtern und eigenverantwortlich zu leben. Dies wird immer ein schwieriger und oft auch

schmerzhafter Prozeß sein. Ob er sich lohnt, hängt von der persönlichen Zielsetzung ab. Wem sein täglich Methadon oder Bier reicht, dem mag dieser Aufwand zu groß erscheinen, doch wer leben und sich selbst spüren will, der kann dies nur ohne Dauerbetäubung – und die gilt nicht nur für die Drogenabhängigen.

Vita: Ingeborg Faulkner, 40 Jahre, war sieben Jahre drogenabhängig und lebte sechs Jahre bei Synanon. Zur Zeit macht sie ihr Diplom als Psychologin, arbeitet in der Suchthilfe und in der Redaktion der Zeitschrift Sucht-Report. ■

Ingeborg Faulkner, Berlin

Die Autorinnen

- Erika Bornwasser
Alte Gasse 15
D-35625 Hüttenberg
Fachkrankenschwester für Psychiatrie
z.Zt. in der Forensik tätig
- Dr. Helga Engshuber
Waageplatz 7
D-37073 Göttingen
leitende Oberstaatsanwältin,
Staatsanwaltschaft Göttingen
- Sabine Eucker
Diplom-Psychologin
Klinik für gerichtliche Psychiatrie
D-35114 Haina (Kloster)
- Sara Gonzales Cabeza
Klinik für gerichtl. Psychiatrie Haina
Licherstraße 106
D-35349 Gießen
- Prof. Dr. Hildburg Kindt
Klinikum der A.-Ludwigs-Universität
Abteilung Allgemeine Psychiatrie
Hauptstraße 5
D-79104 Freiburg
Fachärztin und habilitiert für
Neurologie und Psychiatrie;
Psychotherapie; Leiterin der Poliklinik
- Dipl. psych. Ursula Krück
Goldammerweg 4
D-45134 Essen
freie Mitarbeiterin am Institut für
Gerichtspsychologie Bochum; eigene
Praxis für forensische Psychologie
- Anke Reinbach
Anzengruberstraße 23
D-12043 Berlin
Psychiaterin i.A. der
Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik;
z.Zt. in der Gerontopsychiatrie tätig
- Birgit Schütte
PLK Weissenau
Weingartshofer Straße 2
D-88214 Ravensburg
Klinische Psychologin/
Psychotherapeutin (BDP)
- Dr. Vera Schumann
ehemalige leitende Ärztin des
Westfälischen Zentrums für
Forensische Psychiatrie, Lippstadt
- Aline Weiß
Elsestraße 12
D-13467 Berlin
Patientenfürsprecherin