

Bernhard Wittmann

Psychodynamische Psychotherapie bei »psychopathy«

Patienten mit Merkmalen von »psychopathy« werfen in der forensischen Therapie besondere Schwierigkeiten auf. In ihrer durchsetzungsbereiten Selbstzentrierung – gepaart mit emotionaler Unbezogenheit – gelingt es ihnen rasch, ein System von Kontrolle, repressiver Angst, beziehungsweise Abhängigkeit zu etablieren. »Schwache« Mitpatienten unterwerfen sich dem vom dominanten Teil der Patientengruppe installierten antitherapeutischen Regime.

Im Bereich der Unterbringung gemäß § 64 StGB führt dies gehäuft zu »Erledigungen der Maßregel« gemäß § 67 d Abs. 5 StGB als letztlich verzweifelter Versuch der Behandlungsverantwortlichen, die Hoheit über den therapeutischen Prozess zurückzugewinnen. Aus diesen Erfahrungen heraus gibt es viele Stimmen, die diesen »psychopathischen« Patienten Veränderungsmöglichkeit und Behandelbarkeit grundsätzlich absprechen.

Auf der Grundlage eines psychodynamischen Verstehenszugangs der psychopathischen Struktur haben wir uns vor einigen Jahren entschlossen, auf einer Station ein spezielles Konzept für diese Patientengruppe anzuwenden und Patienten mit antisozialen »psychopathischen« Eigenschaften dort zusammenzuziehen. Damit sollte auch erreicht werden, dass andere Stationsgruppen von diesen schwierigen Patienten entlastet werden, damit dort wieder ein regulärer therapeutischer Prozess möglich wurde.

Es werden die Erfahrungen einer zweijährigen Evaluationsphase mit 14 Patienten dargestellt. Die Ergebnisse waren so ermutigend, dass die Differenzierungsstation in das reguläre Therapieprogramm übernommen werden konnte.

Schlüsselwörter: § 64 StGB, psychopathy, Psychodynamische Behandlung, Forensik

Psychodynamic psychotherapy of psychopathy

Forensic-psychiatric treatment of inpatients with characteristics of psychopathy according to § 64 StGB (i. e. German penal code) is confronted with major problems. A grandiose sense of self-worth alongside a lack of empathy rapidly creates an institutional system of control, repressive fear and dependence. »Weak« inpatients are prone to submit to the dominant »ringleaders«.

Forensic-psychiatric treatments, directed by a penal court, are frequently terminated by therapists in the desperate attempt to regain control of the therapeutic progress. Patients are subsequently transferred back to prison. Many authors have consequently argued that psychopathic individuals are not accessible by psychiatric or psychotherapeutic treatment.

Based upon a psychodynamic understanding of the psychopathic structure and process, we established a special ward, focussed upon psychopathic characteristics. In consequence, other treatment units were relieved of these troublesome patients, which enabled a regular therapeutic process.

In the paper, the experience of a 2 year evaluation with 14 psychopathic inpatients is presented. The results are so encouraging that the specific ward will be continued within our forensic hospital.

Key words: Psychopathy, psychodynamic psychotherapy, forensic treatment

Bundesweit werden rund 50 % aller Patienten, die gemäß § 64 StGB untergebracht sind, vorzeitig, d. h. ohne dass reguläres Therapieende und angestrebtes Therapieziel erreicht sind, gemäß § 67 d Abs. 5 StGB aus der Therapie entlassen und in aller Regel wieder in Haft zurückgeführt (VON DER HAAR 2008). Die Unterschiede in den Rückführungsraten zwischen den einzelnen »Entziehungsanstalten« sind beträchtlich, es gibt jedoch eine Patientengruppe, die einrichtungsunabhängig große Behandlungs- und Unterbringungsprobleme aufweist: Patienten mit ausgeprägten psychopathischen Zügen.

Die nachfolgenden Erfahrungen und Überlegungen beschäftigen sich mit dieser Kerngruppe der antisozialen/dissozialen Persönlichkeitsstörungen, die seit einigen Jahren als »psychopaths« bezeichnet werden. Bei »psychopathy« handelt es sich um ein relevantes Persönlichkeitskonstrukt, dessen Bedeutung insbe-

sondere im forensischen Kontext durch empirische Untersuchungen belegt ist (ULLRICH et al. 2003). »Psychopathy« ist ein wesentlicher Prädiktor kriminellen Handelns, insbesondere von rezidivierender Gewaltkriminalität (HART et al. 1994).

Klinisch unumstritten handelt es sich bei »psychopaths« um Menschen mit auffallend dominantem Verhalten, gelegentlich bis hin zur Rücksichtslosigkeit, vielfach gepaart mit hohem manipulativem Potenzial, häufig wortgewaltig und sozial gewandt, nicht selten charmant und sympathieerweckend, aber meist wiederum gepaart mit Doppeltzüngigkeit und interaktionellem Trickreichtum.

In dieser durchsetzungsbereiten Selbstzentrierung gelingt es diesen Menschen häufig sehr schnell, innerhalb der Patientengruppe eine einflussreiche und nicht selten auch unantastbare

4

Sonderrolle einzunehmen. Als unumstrittener, manchmal auch subtil im Hintergrund bleibender inoffizieller Kopf der Gruppe haben sie es weitgehend in der Hand, welche Themen innerhalb der Patientengruppe überhaupt noch therapeutisch aufgegriffen werden und wo die Grenzen dieser Mitteilungsbereitschaft enden. Dabei stehen sie selbst nahezu völlig außerhalb jeglicher Kritik, da sie es verstehen, offen oder verborgen ein System von Kontrolle, repressiver Angst oder auch Abhängigkeit zu etablieren.

In diesen Gruppen kommt der therapeutische Prozess mehr oder minder zum Erliegen, die Diskrepanz zwischen dem »öffentlich« im Therapieraum Geäußerten und dem inoffiziell in der Patientengruppe Kommunizierten wird immer größer, »schwache« Patienten unterwerfen sich dem Regime oder werden ausgeschlossen und an den Rand gedrängt. Nicht selten resultieren aus diesen Prozessen dann von den Patienten gestellte Anträge auf Rückführung in die JVA, da sie dem Druck nicht mehr standhalten und die Rückzugsmöglichkeit in der Haft vorziehen.

Die psychopathischen Protagonisten selbst finden sich aber letztlich auch in einer therapeutischen Sackgasse wieder. Mag es ihnen bisweilen gelingen, sich aufgrund ihrer sozialen Gewandtheit und intellektuellen Alertheit durch das System zu schwindeln, werden sie spätestens bei steigenden Belastungen in der offenen Unterbringung oder in der Dauerbeurlaubung wieder auffällig, hat sich doch an ihrer inneren Dynamik nichts geändert. Trotz ihrer guten Realitätsprüfung neigen sie in ihrer Selbstbezogenheit zur idiosynkratischen Auslegung vieler Regeln in der Überzeugung, dabei nicht erwischt zu werden. Über unsaubere Abrechnungen, fingierte Krankmeldungen, zufällig entdeckte Suchtmittelrückfälle etc. entzaubern sie sich in ihrem Nimbus des Besonderen und zwingen die Einrichtungen, trotz des weit fortgeschrittenen Unterbringungsverlaufes noch die Erledigung der Maßregel und Rückführung in die JVA zu beantragen.

Oder es kommt bei besonders dominanten und kompromisslosen Patienten zu zunehmend unüberbrückbaren Positionsverhärtungen gegenüber dem Team und den übrigen Behandlungsverantwortlichen, sodass eine Compliance zum Behandlungsvertrag nicht zustande kommt und schon früh in der Unterbringung die Rückführung in die JVA beantragt und beschlossen wird. Nicht selten geschieht dies auch in Form projektiver Ausstoßungsprozesse nach initialer Idealisierung des Patienten, der dämonisiert und für alle Schwierigkeiten in der Patientengruppe und auf der Station verantwortlich gemacht wird. Derartige Prozesse sind vielfach beschrieben worden (TRIMBORN 1983; WITTMANN 2008 a). Letztlich münden die Behandlungserfahrungen mit dieser speziellen Gruppe von Patienten in die Überzeugung der forensischen Kliniker von der Unmöglichkeit, diese Patienten zu behandeln.

Fatalerweise finden sie in diesem klinischen (Vor-)Urteil auch Bestätigung durch zahlreiche Expertenmeinungen. Diese stammen aus dem Bereich der analytischen Psychotherapie (KERNBERG 1989) wie auch aus dem Bereich der psychodynamischen Straftätertherapie (LACKINGER & DAMMANN 2005; STONE 2008), und auch im Bereich der stationären forensischen Psychiatrie wird diesen Menschen Therapiefähigkeit, ja sogar Behandlungsnotwendigkeit abgesprochen (zusammengefasst bei SCHMIDT et al. 2004).

Therapeutische Ansätze

Diese Skepsis – insbesondere gegenüber psychodynamischen Behandlungsansätzen – speist sich wesentlich aus dem von RICE, HARRIS und CORMIER 1992 veröffentlichtem Erfahrungsbericht über die Behandlung psychopathischer Patienten im Rahmen einer Therapeutischen Gemeinschaft. Jeder aufmerksame Leser dieses Berichts wird aber unschwer erkennen, dass aufgrund der unzulänglichen Struktur des gewählten Behandlungssettings sowie der unklaren behandlungstheoretischen Konzeption Generalisierungen der recht negativen Erfahrungen oder gar Übertragungen auf andere Settings nicht vertretbar sind. Entsprechend wurde auch Kritik an diesem Diktum der Nicht-Behandelbarkeit geäußert (D'SILVA et al. 2004), und in den letzten Jahren wurden Behandlungsprogramme für psychopathische Störungen veröffentlicht (WONG et al. 2007).

Im Kontext der bundesdeutschen forensischen Versorgung ist es hingegen bis hinein in die gängigen Lehrbücher beim Postulat der Nicht-Behandelbarkeit von Menschen mit ausgeprägter psychopathischer Charakteristik geblieben. Diese apodiktische Exklusion einer ganzen Patientengruppe aus dem Feld therapeutischer Erreichbarkeit weist in ihrem umfassenden Definitionsanspruch eine frappierende Ähnlichkeit mit dem omnipotenten Machtanspruch dieser Patienten auf. Es gehört schon eine Menge Hybris dazu, Menschen ohne spezifische Kenntnis ihrer individuellen Geschichte und Struktur als dauerhaft nicht behandelbar zu etikettieren. Dabei liegt seit nunmehr 20 Jahren ein empirisch gut unterfüttertes und psychologisch sehr nachvollziehbares Konzept zur Psychodynamik (und auch zu den therapeutischen Ansätzen) psychopathischer Persönlichkeitsstörungen vor (MELOY 1988). Auf Grundlage dieser Konzeptualisierung war es uns in den vergangenen Jahren in Einzelfällen gelungen, Patienten mit psychopathischen Persönlichkeitsstörungen doch so weit therapeutisch zu fördern und zu begleiten, dass eine Entlassung möglich war. Zugegebenermaßen wurden aber auch in unserer Einrichtung (eine 111-Betten-Klinik gemäß § 64 StGB für drogenabhängige persönlichkeitsgestörte Straftäter) die oben beschriebenen Prozesse von therapeutischem Stillstand mit konsekutiver Ausstoßung und Rückführung in die JVA praktiziert.

Auf der Basis des psychodynamischen Ansatzes von Meloy haben wir uns deshalb vor einigen Jahren entschlossen, auf einer Station ein spezielles Konzept für diese Patientengruppe vorzuhalten und sie in einer eigenen Gruppe zu behandeln. Damit sollte auch erreicht werden, dass andere Wohngruppen von diesen schwierigen Patienten entlastet werden, damit dort wieder ein regulärer therapeutischer Prozess möglich wird.

Die grundlegenden psychodynamischen Überlegungen können hier nur in verkürzter Form skizziert werden, sie sind andersorts (WITTMANN 2008 b) ausführlich beschrieben:

- || Der psychopathische Charakter ist eine Sonderform der narzisstischen Persönlichkeitsstruktur und teilt mit dieser die Fähigkeit zur angemessenen Realitätserfassung und Differenzierung von Selbst und Objekt im perzeptionellen Bereich (im konzeptionellen Sinne sind Selbst und Objekt dagegen konfundiert).
- || Der psychopathische Charakter entsteht durch eine unbewusste, aber zugleich allumfassende Identifikation

mit einem omnipotenten gewalttätig-sadistischen Objekt. Diese Identifikation entsteht in (notwendiger) Konsequenz von extrem ungünstigen frühkindlichen Entwicklungsbedingungen mit omnipräsenten Erfahrungen von Vernachlässigung, Gewalt und Missbrauch. In der Folge dieser Identifikation kommt es zu einer Umkehrung der Werthierarchie: Gut ist jetzt, was eigentlich böse ist.

- II Die Prädominanz räuberischer, geplanter Aggression (»predatory aggression«) gegenüber impulsiver Gewaltbereitschaft (»affective rage«) charakterisiert in besonderer Weise das psychopathische Individuum.
- II Die Regulation von Beziehung erfolgt in erster Linie über Dominanz, Kontrolle, Täuschung und Manipulation.
- II In der Gegenübertragung finden sich regelmäßig Elemente atavistischer Relationsmuster aus dem Raubtier-Beute-Repertoire (»frösteln, sträubende Haare«, etc.)

Zusammengefasst kann man sagen, dass die psychopathische Struktur und Dynamik darauf ausgerichtet ist, alles – im wörtlichen Sinne wirklich alles – zu tun, um eine Wiederbelebung der ehemaligen Opfer-Position zu vermeiden. Entsprechend sind die therapeutischen Konzepte zu gestalten, das heißt es muss besondere Achtsamkeit darauf gelegt werden, einen therapeutischen Kontext zu schaffen, in dem diese Menschen – unter Anerkennung und Achtung der Rahmenbedingungen und der Regeln – sich nicht habituell in einer neuerlichen Opfer-Position wiederfinden. Es gilt also ein therapeutisches Feld zu etablieren, in dem Selbst- und Mitbestimmungen der Patienten Raum finden und Ohnmacht- und Inferioritätserlebnisse so weit wie möglich vermieden werden. Gleichzeitig gilt es, die Patienten mit ihren manipulativen Manövern und ihrem Dominanzstreben zu konfrontieren, um so den Boden für wiederkehrende Deutungen der abgewehrten und damit unbewussten Dynamik vorzubereiten.

Das von uns angewandte Konzept basiert auf den Grundprinzipien der übertragungsfokussierten Psychotherapie (TFP) mit entsprechenden Modifikationen für die forensische Anwendung, wie sie von LACKINGER und DAMMANN (2005) beschrieben worden sind. Dies beinhaltet sehr klare, schriftlich fixierte Behandlungsvereinbarungen mit dem Patienten, die klare Anerkennung der Rahmenbedingungen sowohl durch Patienten als auch durch die Behandlungsverantwortlichen, eine klare Priorisierung der therapeutischen Interventionen orientiert am Ausmaß der Gefährdung für den therapeutischen Prozess (Gefährdung des Therapeuten; Gefährdung des Patienten; Gefährdung Dritter; Gefährdung des Rahmens etc.) und hierarchisch abgestufte therapeutische Interventionen von Klärung über Konfrontation zur Deutung.

Im therapeutischen »approach« macht sich der Therapeut dabei die ausgeprägte Identifikationsneigung der Patienten zunutze. Identifikation ist ein komplexer Vorgang, der über bewusste Imitation, vorbewusste Simulation bis hin zur unbewussten Identifikation reicht. Für die Patienten mit psychopathischen Problemen waren diese Prozessschritte – weit mehr als in einer »normalen« frühkindlichen Entwicklung – selbststretende Vorgänge, sodass eine große psychologische Nähe dazu überdauernd bestehen bleibt.

Es kommt nun darauf an, dass sich der Therapeut wie das ganze Team als starkes, potentes, aber auch weitestgehend berechen-

bares und verlässliches Objekt zur Identifikation anbietet. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass sich – aus der Perspektive der Patienten – nur starke Figuren als Identifikationsobjekte eignen, da vermeintlich schwache ihre abgewehrten Ängste vor der Opferposition zu stark provozieren würden.

Dabei handelt es sich v. a. um eine Frage der Haltung und erst in zweiter Linie der therapeutischen Technik. Therapeut und Team tun gut daran, respektvoll und explorativ vorzugehen, wenn ein Patent damit konfrontiert wird, als manipulativ und lügnerisch wahrgenommen zu werden. Erlebt man in einer Gruppensitzung Unbehagen oder Angst vor Gewalt, ist es sehr hilfreich, wenn es gelingt, dies selbstbewusst zu benennen und die Gruppenteilnehmer zur Exploration der Situation zu ermuntern.

Wenn es insgesamt gut läuft, führt der Prozess letztlich dazu, dass die Patienten Stärke und Selbstbestimmtheit erleben können, ohne im bisherigen Maße zu dominanten, manipulativen und destruktiven Manövern greifen zu müssen. Idealerweise erleben sie, dass man stark sein kann durch Offenheit, Klarheit, Verbindlichkeit, aber auch durch das Eingestehen von Fehlern, Anerkennung von Überlegenheit etc.

Setting

Für die auf zwei Jahre angelegte Erprobungsphase dieses therapeutischen Modells wurde die kleinste gesicherte Wohngruppe unserer Einrichtung mit sechs Behandlungsplätzen ausgewählt, die ursprünglich als Intensiv-care-unit geplant war und so über sechs Einzelzimmer mit guten Sicherungsmöglichkeiten verfügte. Die wichtigsten Settingdaten sind in Abb. 1 dargestellt.

Wohngruppensetting:		
II 6 bzw. 8 Plätze		
II überwiegend Einzelzimmer		
7,5	VK	→ Pflege- und Erziehungsdienst
0,25	VK	→ Sozialdienst
0,5	VK	→ Stationstherapeut
3 x	Gruppentherapie	→ Stationstherapeut ± Kotherapeutin (Σ = 4 Std.)
täglich	Reflexion	→ durch Pflege- und Erziehungsdienst à 50 min.
1 x	Sprechstunde	→ Stationstherapeut à 75 min.
– Alle Therapieangebote der Gesamteinrichtung –		
II Nächtlicher Gruppeneinschluss (23.00 Uhr bis 7.00 Uhr)		

Abb. 1: Stationsdaten – 1

Bei unserer Einrichtung handelt es sich um das LWL-Therapiezentrum für Forensische Psychiatrie Marsberg, eine Einrichtung in Trägerschaft des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe. Dort werden ausschließlich überwiegend drogenabhängige männliche Patienten, gemäß § 64 StGB in 111 stationären Plätzen behandelt. 72 stationäre Plätze befinden sich im hochgesicherten Bereich, verteilt auf neun Wohngruppen. Die Behandlung erfolgt auf der Basis eines psychodynamischen Therapiekonzepts überwiegend im Gruppensetting.

Natürlich bestanden in unserer Einrichtung in den unterschiedlichen Berufsgruppen Skepsis, Bedenken und vereinzelt auch offen geäußerte Angst angesichts der bevorstehenden Massierung derart schwieriger Patienten auf einer Station. Relativiert wurde dies durch die geringe Größe und damit gegebene Über-

6

schaubarkeit der Wohngruppe sowie dadurch, dass ein klinisch wie forensisch erfahrener Pflegedienst zur Verfügung stand, die zuständigen Bereichsleiter das Projekt gut unterstützten und ich als ärztlicher Leiter der Einrichtung die unmittelbare Behandlungsdurchführung und Behandlungsverantwortung übernahm.

Letztlich konnten wir im 2. Quartal 2006 mit dem Behandlungsprojekt beginnen. Dazu mussten Patienten aus anderen Stationen, die in dem o. g. Sinne als »psychopathische« Persönlichkeitsstruktur diagnostiziert worden waren, verlegt werden. Das rief regelhaft Unverständnis und aggressive Ablehnung hervor. Die Erklärung, dass er als dominanter, durchsetzungsstarker Patient eingeschätzt würde, er dadurch eine gewisse Sonderrolle in seiner Heimatstation spielt und er deshalb nur beschränkt von der Therapie profitieren könne, wurde aber fast ausnahmslos von dem jeweiligen Patienten narzisstisch positiv gratifiziert, und die Integration in die Gruppe erfolgte relativ schnell.

Ergänzend zum Setting bleibt nachzutragen, dass nicht durchgängig alle auf dieser Station untergebrachten Patienten eine psychopathische Persönlichkeitsstörung im engeren Sinne aufwiesen. Dies hatte mit Belegungsgründen innerhalb der Einrichtung zu tun, insbesondere wenn Entzerrungen in Cliquenbildung notwendig waren und die Spezialstation im Interesse der Gesamtklinik einen Beitrag leisten musste.

Aus Gründen der notwendigen Steigerung der Erlöse für die Einrichtung angesichts politisch verfügbarer Reduzierungen des Tagessatzes wurde zwischenzeitlich die Platzzahl der Station von sechs auf acht erhöht. Dies machte sich nach einiger Zeit negativ im therapeutischen Prozess bemerkbar: Es war kaum noch möglich, die vielfältigen Interaktionsprozesse ausreichend zu überblicken, da es innerhalb der Patienten zu Subgruppen- bzw. Cliquenbildungen kam. Wir entschlossen uns daher kurzfristig zu einem Umzug in einen anderen Gebäudeteil, wo wiederum eine Station für sechs Patienten zur Verfügung stand, aber mit deutlich geringerem Raum, Komfort und Sicherheitsstandard. Das rief im Vorfeld einigen Widerstand bei allen Beteiligten hervor. Letztlich organisierten die Patienten den ganzen Umzug aber sehr verantwortlich und kompetent und bekundeten im Anschluss mehr oder minder übereinstimmend, dass sie sich in der viel familiäreren und intimeren neuen Wohngruppe wohler fühlten.

Die Behandlung erfolgte gemäß dem allgemeinen Therapiekonzept unserer Einrichtung im Gruppenkontext (dreimal die Woche unter therapeutischer Leitung und tägliche Tagesreflexion durch Pflegepersonal), begleitet durch die stationsübergreifenden Therapieangebote der Gesamteinrichtung (Schule, Arbeit, Sport) sowie indikationsgeleitete Einzeltherapie (Trauma, Kreativ, TFP). Ergänzend wurde eine psychotherapeutische Sprechstunde eingeführt, wo die Patienten mit dem Gruppentherapeuten persönliche bzw. unterbringungsbezogene Probleme besprechen konnten.

Die zweijährige Modellphase wurde einrichtungsintern evaluiert. Dazu wurden neben der üblichen Psychodiagnostik (Intelligenzeinschätzung; SKID-II Persönlichkeitsdiagnostik; Suchtproblematik nach ICD) und eines intern entwickelten Selbstbeurteilungsfragebogens ein Set weiterer Testpsychologie eingesetzt: die Psychopathy-Checkliste in revidierter Form

(PCL-R); die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik, 2. Auflage (OPD-2); die Heidelberger Umstrukturierungsskala (HUS). Das PCL-Assessment erfolgte durch Dipl.-Psych. Hollenberg, der eine einwöchige Schulung bei Steven Hart absolviert hat. Die Einschätzung nach OPD und HUS erfolgte im Therapeutenteam, das in Gesamtheit zwei entsprechende Schulungen durchlaufen hatte.

Resultate

Die zweijährige Modellphase ist mittlerweile seit eineinhalb Jahren beendet, und die Ergebnisse sind ausgewertet. In dieser Zeit wurden 14 Patienten im Durchschnitt 10,5 Monate (range: 5 bis 22 Monate) auf dieser Station behandelt. Alle erfüllten die diagnostischen Kriterien einer antisozialen Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV (SKID-II) und bis auf eine Ausnahme die Diagnosekriterien einer Drogenabhängigkeit im engeren Sinne (weit überwiegend führende Droge: Kokain). Daneben wurden 23 weitere Persönlichkeitsstörungen mit im Vordergrund stehender paranoider Persönlichkeitsstörung und Borderline-Persönlichkeitsstörung diagnostiziert.

Der mittlere PCL-R-Score betrug 27,3 mit einer Varianz von 8 bis 37 (13 Patienten lagen über dem cut-off von 25). Der Patient mit dem niedrigen PCL-R-Score zeigte eine massive zwangsneurotische Abwehr mit passiv-aggressiven Phänomenen und passte insoweit gut in die Patientengruppe. Die intellektuelle Differenziertheit war im Gruppendurchschnitt gut (IQ = 92 bis 118) (siehe auch Abb. 2).

Patientendaten:	
13 männliche Patienten:	gem. § 64 StGB
1 männlicher Patient:	gem. § 63 StGB
Durchschnittliches Alter:	33,5 Jahre (19–49)
Parallele Haftstrafe:	ø 58 Monate (26–126 Monate)
Anzahl Vorstrafen:	ø 11 Eintragungen im BZR (1–20)
Vor Maßregel in Haft verbrachte Zeit:	ø 8,2 Jahre (0,5–27 Jahre)
Diagnosen:	
13 x Drogenabhängigkeit (> 50 % Kokain)	
1 x Drogenmissbrauch	
1 x Pathologisches Glücksspiel	
23 x Persönlichkeitsstörung (SKID II), ohne antisozial:	
paranoid (6 x); BPS (5 x); histrionisch (3 x); zwanghaft (2 x); narzisstisch (2 x); dependent (2 x); passiv-aggressiv; schizoid; depressiv	
PCL-R: Ø 27.3 (8–37)	

Abb. 2: Stationsdaten – 2

Allen Bedenken zum Trotz gab es in der zweijährigen Modellphase (und auch in den seither vergangenen eineinhalb Jahren) keinerlei gravierende Zwischenfälle. Es wurde keine Anwendung körperlicher Gewalt unter den Patienten bekannt, einmal wurde eine schwerwiegende Drohung (zwei Patienten standen Nase an Nase) beobachtet, und von anderen verbalen Auseinandersetzungen berichteten die Patienten selbst. Es gab keinerlei Übergriffe auf Beschäftigte (wiederholt kam es allerdings zu massiven Drohungen gegen stationsübergreifend tätige Fachtherapeuten). Zu keinem Zeitpunkt musste eine Zwangsmedikation verabreicht werden, zwei Patienten hatten vorübergehend eine Psychopharmaka-Medikation (niedrigdosiertes Neuroleptikum; Antidepressivum). In den zwei Jahren wurde an einem einzigen Tag eine Absonderung im Kriseninterventionsraum notwendig, die mehr dem Regelwerk der Einrichtung als einer wirklich eskalierten Situation geschuldet war. Der Patient verhielt sich dabei auch ganz besonnen.

Im stationären Behandlungszeitraum (gesichert wie offen) wurden keine Suchtmittelrückfälle beobachtet. In der Langzeiturlaubung kam es hingegen bei verschiedenen Patienten zu Suchtmittelkonsum. Wir differenzieren in diesem Zusammenhang zwischen *Abstinenzverletzung* im Sinne eines kurzzeitigen, zugleich aktiv beendeten und kommunizierten Konsums einerseits und *Rückfälligkeit* im Sinne eines länger dauernden, sich steigernden und heimlichen Suchtmittelkonsum andererseits.

Die größte Herausforderung im Prozess war zweifellos die Entwicklung eines angemessenen Umgangs mit den ubiquitären Entwertungsmänövern der Patienten bzw. deren Selbstbestimmungs- und Dominanzansprüchen. Gerade das Pflgeeteam als mehr oder minder ständig präsenter Vertreter von Ordnung, Regeln und Rahmen wurde so zur Zielscheibe heftiger Entwertungen und nicht selten auch rüder Beschimpfungen. Initial blieb in solchen Situationen oft nichts anderes übrig als Zurückweisen, Abgrenzen und Aushalten, erst im zweiten Schritt, wenn der Angriff verdaut war, konnte man sich dann an Klärung und Entwicklung von Verständnis machen. Therapeutischerseits musste diese Thematik immer wieder aktiv in den Gruppen im Sinne der oben genannten Priorisierung als Angriff auf den Behandlungsrahmen aufgegriffen werden. Parallel dazu war es uns sehr wichtig, die Kompetenzen des Pflgeeteams im Aushalten, Containing und Vermeiden von Gegenübertragungsgagieren positiv zu kommentieren. Insgesamt hat sich das Stationsklima aber über die Jahre spürbar verbessert, während gleichzeitig ein unüberschbarer Kompetenzzuwachs im Team stattfand.

Von den 14 Patienten befinden sich noch zwei im ursprünglichen Setting auf der gesicherten Station, haben aber bereits weitgehend Lockerungen und stehen vor ihrer Verlegung in den nicht gesicherten Bereich. Ein Patient wurde mit Erreichen der Maßregelvollzugshöchstfrist (TE) in Haft verlegt, nachdem zuvor die bedingte Entlassung mit Erreichen der Höchstfrist von der Strafvollstreckungskammer (StVK) beschlossen worden war. An diesem Termin hatte für den Patienten völlig unerwartet die StVK auf dem Gnadenweg auch noch mehrere Reststrafen aus anderen Verfahren (BtM- und Einbruchsdelikte) erlassen, sodass er sich zum ersten Mal seit vielen Jahren einer persönlichen Freiheit ohne wesentliche Auflagen gegenüber sah (Führungsaufsicht war zum damaligen Zeitpunkt bei TE-Entlassung noch nicht vorgesehen). Diesen »Sechser im Lotto« feierte er mit Kokain, dabei fiel er auf, der Beschluss der StVK – da noch nicht rechtskräftig – wurde widerrufen, und er landete in Haft. Der Kontakt ist seither abgebrochen. Ein Patient wurde aus der offenen Unterbringung in ein EU-Land abgeschoben. Zu ihm besteht telefonischer Kontakt. Nach eigenen Angaben ist er deliktfrei geblieben, arbeitet sozialversicherungspflichtig und konsumiert regelmäßig Cannabis. Zwei Patienten sind gemäß § 67 d Abs. 2 in Freiheit entlassen. Sieben Patienten befinden sich im Status Langzeiturlaub, überwiegend in eigener Wohnung, in geringerer Zahl in Adaptionseinrichtungen. Aus einer dieser Adaptionseinrichtungen ist ein Patient während des Langzeiturlaubs (mittlerweile zum zweiten Mal) entwichen (Abb. 3).

Besonders wichtig erscheint uns, dass weder durch die Einrichtung noch durch einen Patienten ein Antrag nach § 67 d Abs. 5 StGB auf Beendigung der Maßregel und Rückführung in die JVA gestellt wurde. Im gewählten Setting und mit dem angewandten Therapieprogramm konnte folglich eine hohe Haltekraft erzielt werden (Abb. 4).

1 Patient	→ Entlassung zur Höchstfrist (TE) in Haft; Abstinenzverletzung (AV) im Langzeiturlaub (LZU)
2 Patienten	→ Entlassung in Freiheit; Betreuung durch Forensische Nachsorge-Ambulanz (FNA) jeweils AV (2 x Alkohol; 1 x Kokain; 1 x pathologisches Spielen) 1 Patient mit stationärer Krisenintervention (KI)
1 Patient	→ Abschiebung in Freiheit; nach eigenen Angaben »weicher Konsum«
8 Patienten	→ LZU: 5 x eigene Wohnung; 1 x Adaptionseinrichtung; 2 x ambulant betreutes Wohnen 4 Patienten ohne Auffälligkeiten 1 Patient mit Rückfällen und zweimalige KI 1 Patient mit 2 x AV 1 Patient mit Entweichung während Probewohnens
1 Patient	→ Entweichung aus LZU in Adaption; 2. derartige Entweichung
1 Patient	→ gesicherte Unterbringung: mit begleiteten Ausgängen

Abb. 3: Verlauf – 1

12 Patienten erreichten mindestens Status LZU durchschnittliche »time at risk« = 1 Jahr 5 Monate
Keine Gewalt gegen Mitpatienten und Beschäftigte (häufige Drohungen)
Bis auf eine Ausnahme keine Absonderungen im Krisenraum
Keine Drogenrückfälle im stationären Setting
Keine Anträge auf Rückführung in die JVA (§ 67 d Abs. 5 StGB), weder durch Einrichtung noch durch Patient
Keine Straftaten während stationärer Behandlung bzw. im LZU-Status

Abb. 4: Verlauf – 2

Diese überwiegend positiven Verlaufsergebnisse werden auch bestätigt durch psychodiagnostische Erhebungen. So konnten sowohl das durchschnittliche Strukturniveau nach Achse 4 der OPD als auch die durchschnittliche Therapiemotivation gemäß der Heidelberger Umstrukturierungsskala erheblich verbessert werden (Abb. 5 u. 6.).

	gut	1,5	mäßig	2,5	gering	3,5	desintegriert	nicht beurteilbar
Struktur gesamt	φ	□	κ	□	λ	□	μ	ν
	Beginn: ø 3.0 (2.25 – 3.5) Abschluss: ø 2.5 (2.0 – 3.0)							

Abb. 5: OPD – 2; Achse IV-Struktur

2. Ungewollte Beschäftigung mit dem Fokusbereich	Tendenz ↑	← Beginn (1+ bis 3+)
	2-	
	stimmt	
	2	
	genau	
3. Vage Fokuswahrnehmung	2+	← Abschluss (3 bis 5-)
	Tendenz nach oben	
	Tendenz ↑	
	3-	
	stimmt	
4. Anerkennung und Erkundung des Fokusbereichs	3	← Abschluss (3 bis 5-)
	genau	
	3+	
	Tendenz ↓	
	Tendenz ↑	
4. Anerkennung und Erkundung des Fokusbereichs	4-	← Abschluss (3 bis 5-)
	stimmt	
	4	
	genau	
	4+	
4. Anerkennung und Erkundung des Fokusbereichs	Tendenz ↓	← Abschluss (3 bis 5-)

Abb. 6: Die Heidelberger Umstrukturierungsskala

Die gemessenen Veränderungen sind gemäß den Autoren der Instrumente als Ausdruck erfolgter struktureller Veränderungen im Rahmen eines produktiven Therapieprozesses zu werten.

8

Die Patienten selbst beurteilen ihren Therapieverlauf überwiegend positiv sowohl was den Therapieverlauf als auch speziell ihre persönliche Entwicklung betrifft (Abb. 7), sie führen das in nicht unerheblichem Maß auf die Beziehung zum Therapeuten zurück (Abb. 8). Daneben spielen noch die Beziehungen zum Mitarbeiterteam und die Psychotherapieinhalte in den Gruppensitzungen eine besondere Rolle. Speziell in den Bereichen Verständnis (für sich und andere), Verhaltenskontrolle und positive Zukunftseinschätzung sehen die Patienten die wesentlichsten Veränderungen (Abb. 9).

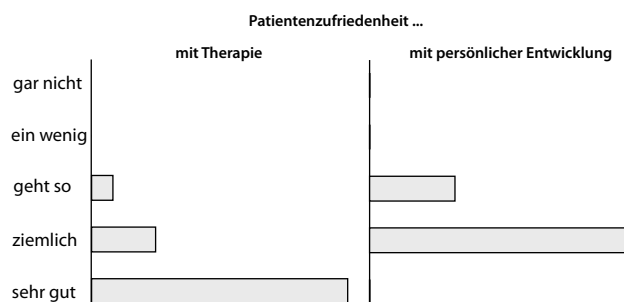


Abb. 7: Patientendaten 1 – Patientenzufriedenheit

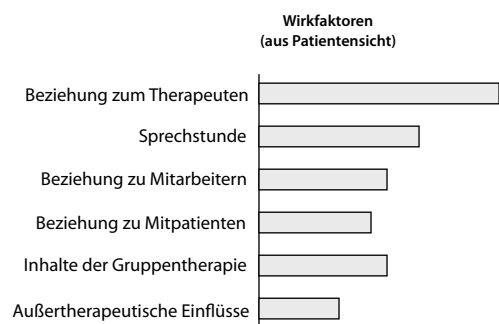


Abb. 8: Patientendaten 2 – Wirkfaktoren aus Patientensicht

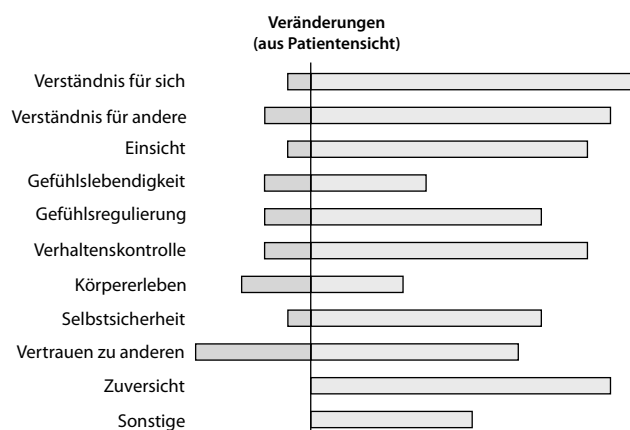


Abb. 9: Patientendaten 3 – Veränderungen aus Patientensicht

Resümee

Die erfreulich positiven Erfahrungen sehen wir als Bestätigung unserer Skepsis gegenüber globalen negativen Prognosezuschreibungen. Sie bestätigen zudem unsere Auffassung, dass durch ein angemessen differenziertes Therapieangebot auch schwierige

Patienten zu erreichen sind, wenn die therapeutische Ausrichtung speziell auf deren psychologische Problemfelder abzielt. Ähnlich positive Erfahrungen haben wir mit speziellen therapeutischen Angeboten für ADS-Patienten gemacht und sind außerdem im Moment dabei, eine Station für die Einführung mentalisierungsfördernder Psychotherapien zu qualifizieren. Entscheidende Bedeutung kommt dabei der Frage zu, wie viel Vertrauen und Kohärenz innerhalb des multiprofessionellen Pflorgeteams aufrechterhalten werden kann. Gerade die Mitarbeiter im Pflegedienst sind bei diesen Patienten häufigen Versuchen von Entwertung, Verführung und Manipulation ausgesetzt. Folglich muss alles vermieden werden, um an dieser Stelle ein Empfinden von Benachteiligung und Hilflosigkeit aufkommen zu lassen, das die Gefahr kompensatorischer Machtdemonstration in sich birgt. Das Pflorgeteam muss deshalb auch Entscheidungskompetenz in vielen Alltagsfragen haben, ohne Gefahr zu laufen, in der therapeutischen Hierarchie dafür abgestraft zu werden. Dabei muss für alle Beteiligten gelten, dass in diesem schwierigen Kontext therapeutische Fehler (im Sinne von Nachlässigkeiten, Grenzüberschreitungen, Gegenübertragungsagieren etc.) unvermeidbar sind, was aber auch ein beständiges Bemühen erfordert, über alles möglichst offen zu reden und sich von der Grundhaltung her unterstützend zu begeben.

In unserem Behandlungsteam kam es nach zwei Jahren zum Ausscheiden des ärztlichen Leiters als Therapieverantwortlichen, bedingt durch externe Gründe. Ansonsten hat sich nur eine Mitarbeiterin des ursprünglichen Pflorgeteams auf eine andere Station beworben; die übrigen Teammitglieder sind mit ihren Arbeitsprozessen und dem Stationsklima weiterhin recht zufrieden. Die als Modell angelegte Differenzierungsstation für psychopathische Patienten wurde deshalb auch in das Regelbehandlungsprogramm der Einrichtung übernommen.

Literatur

- HART SD, HARE RD, FORTH AE (1994) Psychopathy as a risk marker for violence: Development and validation of a screening version of the Revised Psychopathy Checklist. In: MONAHAN J, STEADMAN HJ (Hg.) Violence and Mental Disorder: Developments in risk assessment. Chicago: University Chicago Press, 81–98
- D'SILVA K, DUGGAN C, MCCARTHY L (2004) Does treatment really make psychopaths worse? A review of the evidence. In: Journal of Personality Disorders 18 (2): 163–177
- KERNBERG OF (1989) Die narzisstische Persönlichkeitsstörung und ihre differentialdiagnostische Abgrenzung zum antisozialen Verhalten. In: KERNBERG OF (Hg.) (1996) Narzisstische Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart, New York: Schattauer, 52–70
- LACKINGER F, DAMMANN G (2005) Besonderheiten der Behandlungsbedingungen bei der übertragungsfokussierten Psychotherapie (TFP) persönlichkeitsgestörter Delinquenten. In: Recht & Psychiatrie 23: 103–115
- MELOY JR (1988) The Psychopathic Mind. Origins, dynamics and treatment. New Jersey: Aronson
- RICE ME, HARRIS GT, CORMIER CA (1992) Psychopathy and violent recidivism. In: Law and Human Behavior 16: 399–412
- SCHMIDT AF, SCHOLZ OB, NEDOPIL N (2004) Schuldfähigkeit, Dissozialität und Psychopathie – eine Gutachtenanalyse. In: Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform 87: 103–116

