

Psychische Belastungen bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der forensischen Psychotherapie

Tilman Kluttig, Karin Lehmann

Zusammenfassung

Im Kontext eines Vortrags zum 10-jährigen Bestehen der Station für forensische Psychotherapie im Zentrum für Psychiatrie Reichenau werden Parameter herausgearbeitet, die nach Auffassung der Autoren maßgeblich für das Erleben subjektiver Belastung bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sein können und denen daher präventiv innerhalb der Institution begegnet werden sollte.

Schlüsselwörter

Forensische Psychotherapie, Belastungsfaktoren für Mitarbeiter, Prävention

Emotional stress of psychotherapy staff in forensic settings

Summary

This paper was presented at the 10th anniversary of a forensic psychotherapeutic unit in Reichenau Psychiatric Centre. The authors focus on parameters which are mostly relevant for the subjective distress of staff members and recommend specific measures for prevention.

Key words

Forensic psychotherapy, subjective distress of staff, prevention

Robert Hinshelwood hat 2004 in einem Buch mit dem Titel „Suffering Insanity“, also Leiden unter oder an einer psychischen Erkrankung, mehrere Essays veröffentlicht, in denen er sich mit der Behandlung von Psychosen beschäftigt. Nun könnte man aus dem Titel entnehmen, dass es um das Krankheitserleben der Psychosepatienten geht, was zum Teil auch stimmt, hauptsächlich aber beschäftigt er sich in diesem Band mit den Auswirkungen der psychotischen Erkrankung auf diejenigen, die sie behandeln, insbesondere auf die Krankenschwestern und -pfleger. Seine Überlegungen können auf den Bereich der forensischen Psychiatrie extrapoliert werden. Ein wesentlicher Faktor der Belastung am Arbeitsplatz ist die damit verbundene Verantwortung, besonders die Verantwortung für andere Menschen. Die Arbeit in der forensischen Psychiatrie und Psychotherapie bedeutet in besonderem Maße – denn dies gilt sicher nicht exklusiv für dieses Feld der Psychiatrie – eine Verantwortung sowohl für die uns anvertrauten Patientinnen und Patienten, aber auch angesichts der Tatsache, dass es sich hier um Menschen handelt, die andere gefährdet, verletzt oder gar getötet, genötigt, geschädigt und missbraucht haben, eine Verantwortung gegenüber der Gesellschaft, und nicht zu vergessen, gegenüber Kollegen und auch anderen Patienten.

Was nun Hinshelwood (2004) für die Behandlung von Psychosekranken feststellt, gilt unserer Meinung nach auch für forensische Patienten: Wir müssen zunächst damit rechnen, dass unsere Helferrolle von denen, denen wir helfen sollen und wollen, nicht anerkannt wird. Mit Dankbarkeit können wir nicht oder zumindest nicht unmittelbar rechnen, zumal gerade die Beziehungsgestaltung dieser Patienten meist schwerstbeeinträchtigt ist und sich damit das Eingehen einer emotionalen Nähe und Verbindlichkeit nicht von selbst versteht, eventuell gar gemieden oder bedrohlich erlebt wird. Elemente dieser Beziehungsgestaltung sind auch das Be- und Ausnutzen, das Manipulieren und Entwerten.

Veränderungsprozesse sind zudem langwierig und verschwinden unter Umständen hinter den von Tag zu Tag gemachten Erfahrungen mit den Patienten. Und die Dynamik der Verläufe psychosekranker und schwer persönlichkeitsgestörter Patientinnen und Patienten kann außerdem mit Rezidiven und Krisen verbunden sein, die eher unvermittelt das klinisch Erreichte scheinbar wieder in Frage stellen, zumindest aber die Kontinuität des Entwicklungsprozesses empfindlich stören. Es geht uns, den Helfern, wohl nicht anders als wohl auch den Patienten: Dies kann Ohnmacht und Resignation erzeugen und lässt die Helfer an ihrer professionellen Wirksamkeit zweifeln. Aus der Arbeitspsychologie wissen wir nun aber, wie wichtig das Erleben von Kontrolle, Wirksamkeit und Kompetenz für die Arbeitszufriedenheit und professionelle Identität ist.

Für unser Arbeitsfeld gilt auch, dass der damit verbundene soziale Status sehr fragil ist. Natürlich erleben wir Anerkennung seitens der Justiz, auch Teilen der Öffentlichkeit und auch innerhalb der Fachwelt. Diese Anerkennung kann aber in der Öffentlichkeit stark in Frage gestellt werden oder völlig fehlen, was ganz erhebliche Probleme für die forensisch Tätigen in ihrem Übertragungserleben mit sich bringen kann. Jeder kennt seine Reaktion auf die Frage, was man denn beruflich so macht. Kran-

kenschwester zu sein, kommt noch recht positiv an. In der Psychiatrie zu arbeiten, geht noch. In der Forensik – das ruft oft entweder voyeuristische oder pauschal entwertende Reaktionen hervor – was soll das, denen kann man doch nicht helfen, besser einsperren und gut. Wie das unter Umständen auf Kolleginnen und Kollegen wirken mag, sei jetzt mal dahingestellt.

Menzies (1960) hat in ihrer grundlegenden Arbeit über die Angstabwehr-Funktion sozialer Systeme auf die Konfrontation mit Leiden, Siechtum und Tod hingewiesen, die Ärzten und Krankenschwestern Angst bereitet, und von ihnen abgewehrt oder bewältigt werden muss. Im Umgang mit psychisch Kranken geht es um die Konfrontation mit der fremden und unzugänglichen Welt des Patienten – Benedetti sprach von den „Todeslandschaften der Seele“ – und um die Konfrontation mit übergroßer Sehnsucht nach Nähe und kalter Distanz und Abweisung (Benedetti, 1991). Bei forensischen Patienten müssen wir uns mit ihren Straftaten und Grenzüberschreitungen auseinandersetzen, die sich mehr oder minder subtil auch im Alltag abbilden und uns ängstigen und einschüchtern können, und deren Korrelate eben nicht primär verbalisiert, sondern – wie für viele unserer Patienten charakteristisch – handelnd in Szene gesetzt werden. Das ist ja auch ein zentrales Therapieziel, dies zu übersetzen und das Reden an die Stelle des Handelns zu setzen.

Ein Beispiel: Einer unserer Patienten mit einer Borderlinestörung, Herr A., war verurteilt worden, nachdem er einer jungen Frau folgte und diese schließlich angriff. Sie setzte sich erfolgreich zur Wehr, so dass er die Tat nicht vollenden konnte. Es stellte sich heraus, dass der vollkommen isoliert lebende Mann seit längerem unsterk mit dem Auto herumfuhr und nach Frauen Ausschau hielt. Er war trotz großer Sehnsucht nicht in der Lage, eine Beziehung zu einer Frau aufzunehmen, bzw., wenn eine mit ihm Kontakt aufnahm, wurde sie sofort entwertet. Eine Frau, die mit ihm Kontakt aufnahm, konnte aus seiner Sicht nichts wert sein. Vor dem Hintergrund dieses Paradoxons hatte er seit langem Bemächtigungsphantasien entwickelt, die er nach seiner Festnahme erstmals mitteilte. Er konnte sich in diesen Phantasien den Kontakt zu einem weiblichen Objekt nur so vorstellen, dass er sie an einem Ort festhielt, sie dabei aber gut versorgte, sie in einem goldenen Käfig halten wollte, wie er es einmal ausdrückte. Wie sich diese Phantasiewelt konkret weiter entfaltet hätte, kann man sich ausmalen. Aus seiner Behandlung bei uns wollen wir nur eine – allerdings in ähnlicher Form wiederkehrende – Episode herausgreifen. Vor allem Krankenschwestern berichteten von einer Irritation, wenn sie mit ihm in seinem Zimmer zu tun hatten. Diese Irritation bestand meist schon länger, bevor sie so stark wurde, dass die Kolleginnen ihr Beachtung schenken und sie als unangenehmes und beklemmendes Gefühl mitteilen konnten. Es gab sozusagen anscheinend keinen wirklichen Grund, sich über den Patienten vermeintlich zu beschweren. Er wurde zunächst eher als kompliziert, fremdartig, eigenartig beschrieben. Im Allgemeinen war er höflich und respektierte die Formen, andererseits konnte er auch im Alltag vulgär und entwertend und ausfallend werden.

Aber es fiel dann auf, dass gerade darin sich die Deliktphantasie in subtiler Form wiederholte: Er war zu höflich, zu bemüht, versuchte immer wieder kleine Geschenke und Aufmerksamkeiten zu machen, die aber nie als solche wirkten, sondern immer leicht deplaziert waren, ungeschickt gewählt und ungeschickt übergeben. Aus dieser kondensierten Beschreibung mag deutlich werden, dass das, was diese Krankenschwestern erlebten und richtig spürten, die Übertragung seines Deliktszenarios in die alltäglich klinische Situation war – einerseits der goldene Käfig, andererseits die Entwertung, wenn sie sich ihm zugewandt hatten.

Die Subtilität der Szenerie, das Bedrohliche seines Deliktes und seine scheinbar harmlose Ungeschicktheit, man konnte ihm sozusagen nichts vorwerfen, es auch nicht als feindselige oder übergriffige Attacke einordnen und bewältigen, führten dazu, dass die Angst vor dem Unheimlichen dahinter zunächst bagatellisiert wurde, was es ermöglichte, sein Verhalten als Auffälligkeit abzutun oder als Kollegin den Kontakt mit ihm zu vermeiden. Als die Szenerie im Rahmen der Teamsupervision dann a) als Belastung benannt und b) verstanden wurde, konnte dies als Entlastung erlebt werden.

Ein unseres Erachtens oft unterschätzter Aspekt in der forensischen Psychiatrie ist die jahrelange Dauer der Behandlung bei oft hoher Konstanz der Bezugspersonen, quasi die Unausweichlichkeit der Begegnung zwischen Helfern und Patienten über Jahre. Forensische Behandlung bezieht sich nicht nur auf die Behandlung einer akuten Krankheitsphase, einer Krisenintervention oder bis zu einer Symptombesserung oder -stabilisierung, die die Entlassung in ein ambulantes Netzwerk ermöglicht. Forensische Behandlung ist dann zu beenden, wenn die durch die Tat zutage getretene Gefährlichkeit unter entsprechenden Entlassbedingungen nicht mehr zu erwarten ist. Dies kann bedeuten, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter umgekehrt eben auch über Jahre repetitiv einem schwierigen Verhaltensmuster ausgesetzt sind, in dem sie immer wieder differenzieren müssen, inwieweit sie – und andere Patienten! – zu Darstellern in der Inszenierung der unbewussten Phantasien oder bewussten Manipulationen des Patienten werden. In der Traumaforschung unterscheidet man zwischen der Traumatisierung durch einzelne überwältigende und bedrohliche Ereignisse und der sequentiellen Traumatisierung durch wiederholte Bedrohungen der persönlichen Integrität und Identität, die ggf. auch unterhalb einer Schwelle liegen, die unmittelbar vom Betroffenen als benennenswert eingestuft wird. Letzteres könnte in Langzeitbehandlungen besonders problematisch werden, gelänge es nicht, dieses Erleben im Team aufzufangen, zu verstehen und es zu bewältigen.

Typische Abwehrmechanismen bei Mitarbeitern können meist in ein Spektrum zwischen Resignation und Entwertung bis hin zur Überidentifikation mit Patienten oder narzisstischen Größenphantasien eingeordnet werden. Dagegen müssen wir an einer realistischen Einschätzung der Patienten, des psychodynamischen Geschehens und ihrer Entwicklung arbeiten, uns sozusagen vor der Szylla einer nihilistischen Resignation und der Charybdis eines verführerischen Optimismus freihalten, die allzu leicht in Hass und Resignation umschlägt. Dazu ist hilfreich die Unterstützung durch eine Außenperspektive, eine Beratung oder Supervision. Aber das allein genügt bei

weitem nicht – psychiatrisch-psychotherapeutische Teams benötigen auch intern eine Möglichkeit, sich über solche Prozesse zu verständigen, wie wir an dem vorigen Beispiel ausgeführt haben. Nur so kann es unseres Erachtens gelingen, dass ein Behandlungsteam, gerade auch die im Alltag ständig präsente Pflege, therapeutisch reagieren kann. Hinshelwood (2004, 40) nannte das „reflective space“, also einen Freiraum, in dem nachgedacht, phantasiert und entwickelt werden kann. Häufig lassen sich solche Freiräume nicht ohne weiteres in Tätigkeitsprofile und zunehmend standardisierte Abläufe einplanen. Es scheint uns verdienstvoll, aber nicht ausreichend, Supervision für Behandlungsteams anzubieten, diese müssen auch in die Lage kommen, eine quasi interne Kultur der Supervision untereinander zu entwickeln: „the team must develop a kind of internal consultancy within the team“ (Hinshelwood, 2004, 45).

Aber zurück zu dem, was forensische Psychotherapie für die Mitarbeiter mit sich bringt. Oft sind wir mit einerseits Größenphantasien und andererseits massivster Selbstentwertung konfrontiert, und müssen uns davor hüten, quasi spiegelbildlich zu reagieren, gerade wenn wir uns durch die narzisstische Seite des Patienten verletzt oder bedroht gefühlt haben. Maß halten ist angesagt, und dies gelingt am besten, wenn wir uns unserer Gegenübertragung bewusst sind. Verführung, Grenzüberschreitung und Bedrohung, und zwar eben nicht nur verbal, sondern auch agierend, gehören zum Repertoire unserer Patienten. Dies bedeutet, dass wir aufmerksam auf die Furcht vor möglichen Angriffen, diffuse Angstgefühle, Verletzungen und natürlich auch Gefühle der Faszination und Verführung bei uns sein müssen, diese auch innerhalb des Teams verbalisieren, um das Gefahrenpotential realistisch einschätzen und angemessen reagieren zu können und die Frage zu klären, ob es sich um einen Prozess handelt, der innerhalb des verbalen und szenischen Raums der Therapie bleibt, oder die Gefahr eines tatsächlichen Ausagierens besteht. Furcht vor dem Patienten und dem, was er tun oder was geschehen könnte, kann uns korrumpieren und verstricken, führt dies doch auch zum konkreten Beziehen einer Position mit entsprechenden, ggf. weitreichenden Konsequenzen für den Patienten (von kurzfristigen Einschränkungen bis langfristiger Beeinflussung der prognostischen Einschätzung und damit Unterbringungsdauer), also ggf. zur erheblichen Übernahme einer Verantwortung für den Patienten (und dies sind natürlich auch Aspekte, mit denen Patienten Beziehungen auch gestalten und überprüfen). Das kann zur Verwischung zwischen der Verantwortung des Patienten für sich und unserer Verantwortung für ihn führen.

Veränderungsprozesse bei forensischen Patienten sind langwierige Prozesse (im Rahmen der Beteiligung an einer Studie zur Validierung des Behavioral Status Index stellten wir fest, dass Beobachtungsintervalle kaum unter einem halben, eher bei einem Jahr liegen müssten, da sonst die beschreibbaren Veränderungen zu diskret waren, um signifikant zu werden, vgl. Ross et al., 2007). Umso mehr sind Formen erforderlich, die ein Bewusstsein auch für diskrete Veränderungsprozesse bei den Mitarbeitern ermöglichen, um nicht fälschlich Gefühle der Stagnation und Wirkungslosigkeit zu induzieren (Vgl. Schalast, 1998). Natürlich geschieht es, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Projektion der Gefühle der Hilflosigkeit und Ohnmacht seitens ihrer Patienten ausgesetzt sind, und diese angesichts der schwierigen Behand-

lungsverläufe auch allzu leicht aufnehmen. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter können sich dann selbst ohnmächtig und wirkungslos fühlen, sie stellen ihre professionelle Kompetenz in Frage oder verleugnen und weisen diese Affekte abwehrend zurück, womit letztlich eine realistische gemeinsame Betrachtung der Sache mit dem Patienten erschwert oder verunmöglicht wird. Strasburger (1986) und Meloy (2002) haben schon früh auf diese Gegenübertragungsreaktionen in der Psychotherapie von Patientinnen und Patienten mit antisozialen oder psychopathischen Anteilen hingewiesen. Gerade der reduzierte und symbolarme Kommunikationsstil und das gleichzeitige Acting-out vieler unserer Patienten erschweren unseren typischerweise verbalen und symbolisierenden Zugang zum Patienten (wie ist z.B. eine emotionslose, aber detailreiche und wahrhaftige Deliktschilderung zu bewerten). Wir müssen quasi eine fremde Sprache entziffern lernen. Dies kann dazu führen, dass wir uns in unserer Arbeit behindert fühlen, bis hin zu einem Gefühl des Identitätsverlusts hinsichtlich unserer Berufsrolle. Das, was wir bisher gelernt haben, als Krankenschwester oder Psychotherapeut, also insbesondere der Zugang über Gespräch und Zuwendung, trägt oft nicht soweit, wie wir uns das wünschen.

Grenzüberschreitungen und Verletzungen im therapeutischen Alltag sind mannigfaltig, teils subtil, teils sehr deutlich. Wir achten sehr genau darauf und halten es für wichtig, diese auch unmittelbar zu benennen und zu klären. Im Übertragungserleben können diese einerseits Angst auslösen, andererseits Hass, Zorn und Zerstörungswünsche – Gefühle, die mit unserer Helferrolle schon mal nicht kompatibel sind. Wenn wir nicht angemessen damit umgehen, werden diese Emotionen, die ja Ausdruck eines in der Beziehung agierten Konfliktes unseres Patienten sind, bagatellisierend abgewehrt, können dann zu sadistischen Beziehungsgestaltungen führen oder werden in Form von demütigenden Ritualen und Sanktionen ausagiert. Von Winnicott (1949) stammt die Bemerkung: „Wie sehr der Therapeut auch seine Patienten liebt, kann er es doch nicht vermeiden, sie zu hassen und zu fürchten, und je bewusster ihm dies ist, desto weniger werden Hass und Furcht sein Handeln gegenüber den Patienten leiten“

In der Arbeit mit unseren Patientinnen und Patienten haben wir uns mit Taten zu beschäftigen, die Ekel, Wut, Verachtung und Abscheu bei uns auslösen können, die uns unbegreiflich und unmenschlich vorkommen. Und – dies sei nicht vergessen – auch die Patienten selbst können dies so erleben, und entsprechend schwierig ist es für sie auch selbst, sich mit ihrer Delinquenz zu beschäftigen. Wir beschäftigen uns oft mit kulturell und gesellschaftlich „schmutzigen“ und tabuisierten Inhalten, welche die Gesellschaft zwar gerne auf den Schlagzeilen schauernd und empört liest, oder im Abendprogramm betrachtet. Dies kann zu hoch problematischen Identifikationsprozessen führen, und zwar gerade auch weil wir uns in der forensischen Psychiatrie nicht auf neutralem Boden bewegen, sondern potentiell immer Gefahr laufen öffentlich für das Tun der Täter in die Verantwortung genommen oder gar in gewisser Weise mit den Tätern identifiziert zu werden.

Wenn wir uns mit den Anforderungen und Belastungen befassen, die unser Tätigkeitsfeld an verschiedene Berufsgruppen stellt, kommen wir schnell zu dem Befund,

dass sich hier die Situation der einzelnen Gruppen deutlich unterscheidet. Wir wollen uns hier nur mit der Situation der Pflegekräfte beschäftigen, nicht, um die anderen Berufsgruppen in ihrer Bedeutung zu schmälern, sondern weil sie die größte Gruppe in unserem Team darstellen, unseres Erachtens nach am wenigsten in ihrer professionellen Sozialisation auf diese Tätigkeit vorbereitet sind und gleichzeitig in einer sehr spezifischen und unmittelbaren Form mit Übertragungsphänomenen konfrontiert sein können. Dies zunächst: Das – wenn man das so nennen will – „therapeutische Setting“ psychosozialer Pflege ist ein grundsätzlich wesentlich offeneres und weniger strukturiertes, welches ein Spektrum von der alltäglichen Begegnung, z.B. beim Plaudern im Rahmen der Versorgung der Küche in unserer Trainingswohngemeinschaft, bis hin zum fokussierten und klar definierten Bezugspflegegespräch oder der Gruppentherapie umfasst. Für beide Seiten, Patienten und Pflegenden, ist damit eine abgegrenzte Rollendefinition, ein Erkennen und Verstehen, wer wem gerade in welchem Kontext gegenübersteht, wesentlich schwieriger, als z.B. dem Psychotherapeuten oder Arzt mit seinem klar markierten Setting und Rollenverständnis. Und: Das Pflegeteam ist in einem ganz anderen zeitlichen Kontext mit den Patienten in Interaktion, einmal Tag für Tag, und zum anderen aufgrund seiner Kontinuität, auch während eines häufig Jahre währenden und über den stationären Rahmen hinaus in die extramurale Belastungserprobung gehenden Behandlungsprozesses. Diese Kontinuität, die wir glücklicherweise auch auf Seiten des therapeutischen Personals und der Sozialarbeiter haben, ist von uns auch ausdrücklich so gewünscht. Dies heißt aber eben auch, eine hohe Qualität in der Gestaltung der therapeutischen Beziehung über einen sehr langen Zeitraum hin aufrechterhalten können. Wir glauben, das Gesagte macht schon klar, dass Mitarbeiter der Pflege in einer besonders direkten und ungefilterten Form mit Übertragungsgeschehen konfrontiert sind, und nimmt man dann den Punkt Qualifikation dazu, sie ggf. außerdem eher schwer Zugang zu erforderlichen Qualifikations- und Fortbildungsmöglichkeiten erlangen können.

Psychosoziale Pflege ist auf die Verbesserung der sozialen, emotionalen und interaktionellen Kompetenzen der Patienten ausgerichtet und basiert auf der Vorstellung des stationären Raums als sozialem Lernfeld und der therapeutischen Beziehung als Medium. Gerade hier aber stoßen Pflegekräfte aufgrund der problematischen Beziehungsgestaltung von forensischen Patienten mit antisozialen Zügen auf erhebliche Schwierigkeiten. Diese Patienten erleben ja Beziehungsangebote zunächst mal nicht unter dem Aspekt menschlichen Vertrauens, Sicherheit und wechselseitigem Respekt, sondern gestalten sie aufgrund ihrer Pathologie und Sozialisationserfahrungen nach dem Prinzip Macht/Ohnmacht, missverstehen Vertrauen als Verführung oder Schwäche, und stellen damit die Mitarbeiter vorab schon vor grundlegende Probleme in der Beziehungsaufnahme und -gestaltung, welche ja gelingen sollte, damit weitere Behandlungsschritte möglich werden. Unseres Erachtens sind daher für die Pflegenden supervidierende Fallbesprechungen, in denen das Übertragungserleben im Mittelpunkt steht, unerlässlich, da diese die Pflegenden in ihrer Beziehungsgestaltung und mit ihrem pädagogischen Verständnis unterstützen, und ihnen auch eine Möglichkeit zur Reflektion der in der Interaktion mit den Patienten aufkommenden emotio-

nalen Reaktionen ermöglichen, die dadurch auch den Wert erhalten, den sie im Rahmen eines psychodynamischen Behandlungsverständnis haben sollten. Während solche Fallbesprechungen immer wieder in der Literatur zur psychodynamisch orientierten stationären Psychotherapie (Vgl. Kluttig, 2008) gefordert wurden, wird mittlerweile in einigen Einrichtung der forensischen Psychotherapie in Großbritannien begonnen, mit solchen „Staff Groups“ systematisch zu arbeiten (Vgl. Darnley et al. 2009, Gordon & Kirtchuk, 2008). Eine ähnliche systematische Entwicklung wäre auch in Deutschland wünschenswert.

Literatur

- Benedetti, G. (1991). Todeslandschaften der Seele. Psychopathologie, Psychodynamik und Psychotherapie der Schizophrenie. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht.
- Darnley, B., Doctor, R., Gordon, J. & Kirtchuk, G. (2009). Staff Groups: Reflection, Rupture and Restraint. Vortrag, 18. Jahrestagung der Internationalen Vereinigung für forensische Psychotherapie, 20./21.3.2009, Konstanz.
- Gordon, J. & Kirtchuk, G. (2008). *Psychic Assaults and Frightened Clinicians*. London: Karnac.
- Hinshelwood, R. D. (2004). *Suffering Insanity. Psychoanalytic Essays on Psychosis*. Hove: Brunner-Routledge.
- Kluttig, T. (2008). TFP in der stationären Forensischen Psychiatrie und Psychotherapie. In F. Lackinger, G. Dammann & B. Wittmann (Hrsg.), *Psychodynamische Psychotherapie bei Delinquenz. Praxis der Übertragungsfokussierten Psychotherapie* (S. 245-256). Stuttgart: Schattauer.
- Meloy, J. R. (2002). *The Psychopathic Mind. Origins, Dynamics, and Treatment*. Lanham: Jason Aronson.
- Menzies, I. E. P. (1960). A Case Study in the Functioning of Social Systems as a Defence against Anxiety. A Report on a Study of the Nursing Service of a General Hospital. *Human Relations*, 13, 95-121. Deutsch: Die Angstabwehr-Funktion sozialer Systeme – ein Fallbericht. *Gruppendynamik*, 8, 1974, 183-216.
- Ross, Th., Kluttig, T., Hoffmann, K., Fontao, M., Doenisch-Seidel, U. & Pfäfflin, F. (2007). Der BEST-Index. Ein beobachtungsbasiertes Instrument zur Verhaltensbeurteilung im forensisch-psychiatrischen Feld. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 28(1), 239-255.
- Schalast, N. (1998). Die Erfolgserwartung der Mitarbeiter als Qualitätsaspekt. *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie*, 5, 175-191.
- Strasburger, L. H. (1986). The Treatment of Antisocial Syndromes: The Therapist's Feelings. In H. Reid, D. Dorr, J. I. Walker & J. W. Bonner (Eds.), *Unmasking the Psychopath. Antisocial Personalities and Related Syndromes* (pp. 191-207). New York: Norton.
- Winnicott, D. W. (1949). Hate in the Countertransference. *Int. J. Psychoanal.*, 30, 69-74. (Dt.: Haß in der Gegenübertragung. In D. W. Winnicott, *Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse*. Fischer, Frankfurt /M., 1983).

Die Psychodynamik der Pflege von psychisch Kranken in der Forensik

Anne Aiyegbusi

Zusammenfassung

Die Aufgaben von Pflegekräften, die Straftäter in geschlossenen psychiatrischen Einrichtungen betreuen, sind klinisch komplex und stellen eine ganz besondere emotionale Herausforderung dar. Dies liegt vielleicht an der Art der verschiedenen Rollen der Pflegekräfte und an ihren lang dauernden intensiven und schwierigen Kontakten zum forensischen Patienten, dessen wesentliches Beziehungsmodell sich vermutlich auf schädigende Art und Weise entwickelt hat. Im vorliegenden Beitrag sollen anhand von Fallbeispielen komplexe interpersonelle und emotionale Herausforderungen beschrieben werden, die sich bei der Betreuung von forensischen Patienten stellen, und erklärt werden, dass ein psychodynamischer Rahmen für die Pflegepraxis von Nutzen sein kann.

Schlüsselwörter

Psychotherapie in der Forensik, forensische Pflege, Containment, therapeutische Beziehung

The psychodynamics of forensic mental health nursing

Summary

Nurses who care for offenders in secure mental health services have a task that is clinically complex and in an emotional sense, uniquely challenging. Perhaps this is due to the nature of nurses' roles and their prolonged involvement in intense, difficult human contacts involving or emanating from the forensic patient whose internal working model for relationships may have developed in damaging ways. The article will try to describe with the help of case examples complex interpersonal and emotional challenges faced in forensic nursing, and explain that a psychodynamic framework can support nursing practice.

Key words

Forensic psychotherapy, forensic nursing, containment, therapeutic relationship

In diesem Beitrag werden wir die Bedeutung einer psychodynamischen Sichtweise auf die psychiatrische Pflegepraxis in der Forensik erläutern. Das hier vorgestellte Material stammt aus umfangreicher klinischer Arbeit im Bereich der forensischen Pflege und zielt darauf ab, einen Rahmen für die Erfahrungen zu geben, die den forensischen Pflegekräften gut bekannt sind. Es soll ein Bewusstsein für die Containing-Funktion der zwischenmenschlichen Arbeit der Pflegekräfte geweckt werden und erkannt werden, dass unangenehme Gefühle dazugehören und dass diese Gefühle nutzbringend für die klinische Arbeit verwendet werden können, sofern ausreichend gute Unterstützung und Reflexionsraum in die entsprechenden Strukturen eingebettet sind. Dadurch werden Pflegekräfte die Möglichkeit erhalten, diese schwierigen Gefühle zu verarbeiten, was ihren Patienten selbst nicht gelingt.

Zwischenmenschliche Arbeit in forensischen psychiatrischen Einrichtungen

Forensische Psychotherapeuten haben die Herausforderungen definiert, die mit der engen zwischenmenschlichen Arbeit mit Straftätern einhergehen. Cox (1996) legte nahe, dass Personal, das auf dem Gebiet der Forensik arbeitet, besonders intensiven emotionalen Erlebnissen in Zusammenhang mit den Psychopathologien der Patienten ausgesetzt ist. Insbesondere die Tatsache, dass die meisten Patienten in forensischen Einrichtungen schwere Straftaten verübt haben, bringt das Personal in engen Kontakt mit der verstörenden Tatsache, dass die Patienten die primitivsten menschlichen Phantasien ausgelebt haben, wie z. B. Gewalt und Mord. Wie Cox (1996) hervorhebt, bringt die zwischenmenschliche Arbeit mit dieser Patientengruppe das Personal unausweichlich mit den primitivsten Anteilen ihrer selbst in Berührung, was als sehr aufwühlend empfunden werden kann. Zu der Abwehr gegen die emotionalen Empfindungen, die durch diese zwischenmenschliche Arbeit hervorgerufen werden können, könnte nach Ansicht von Kirtchuk und Haworth (1996) auch die unbewusste Identifikation mit dem Opfer des Patienten gehören. Klinische Reaktionen seitens des Personals könnten auch sein, den Täter-Anteil des Patienten zu verleugnen und sich nur mit den gefälligen, verletzlichen Anteilen zu befassen oder sich aus der zwischenmenschlichen Arbeit emotional herauszunehmen.

Cox (1996) warnt davor, dass Details aus den Indextaten der forensischen Patienten das Potential haben könnten, "Beschäftigung mit lüsternen Gedanken anzuregen oder das Personal so in Entsetzen zu versetzen, dass psychologisches Distanzieren, Verweigerung oder Ablenkung die einzig mögliche Reaktion sind" (Vol II, p 444). Temple (1996) erinnert uns daran, wie schwierig die Arbeit mit forensischen Patienten ist angesichts des großen Ausmaßes, in dem sich Sado-Masochismus in den Interaktionen und den involvierten primitiven Abwehrreaktionen oft zeigt. Zu primitiver Abwehr zählt die Projektion.

Davies (1996) bringt ganz deutlich zur Sprache, auf welche Art und Weise das Drama der inneren Welt des Straftäters durch das multiprofessionelle Netzwerk ausagiert

werden kann. Der Täter sucht eigentlich Containment, wenn aber das Personal nicht willens oder nicht in der Lage ist, sich über unbewusste Prozesse, die die kriminelle Handlung untermauern, Gedanken zu machen, dann ist es wahrscheinlich, dass sie dem Patienten genau das Gegenteil von dem geben, was sie eigentlich wollten. Das heißt, dass das multiprofessionelle Netzwerk, anstatt dem Patienten Containment bieten zu können, sich selbst in eine Neu-Inszenierung verstrickt. Das kann zur Folge haben, dass der Straftäter dazu neigt, sein Verhalten ausufern zu lassen, bis das Containment letztendlich erhalten wird. Davies (1996) veranschaulicht dies folgendermaßen:

“Es wird die Auffassung vertreten, dass Personal, das mit Straftätern zu tun hat, nicht frei handeln kann, sondern möglicherweise als Akteur fungiert, dem Rollen in der eigenen Re-Inszenierung der Dramas der inneren Welt des einzelnen Straftäters zugewiesen worden sind. Das Personal hat die Wahl, diese Funktion abzulehnen, aber es kann diese Entscheidung nur treffen, wenn es eine genaue Vorstellung davon hat, welche Rolle es hier überhaupt zu vermeiden sucht. Bis die forensischen Mitarbeiter soweit sind, können sie leicht in das Spiel hineingezogen werden, unbewusst und daher ohne ihren Willen. Aufgrund dieser Tatsache werden die Mitarbeiter, wenn sie keine Ahnung von dem Druck mitzuspielen haben, glauben, sie würden die Entscheidung selbst treffen.“ (Vol II, p 133)

Wie bereits erwähnt, erleben Pflegekräfte den überwiegenden Teil ihrer zwischenmenschlichen Kontakte mit Patienten in der offenen sozialen Umgebung von Einrichtungen, in denen unbewusste Prozesse schwer zu kontrollieren sind und der emotionale Einfluss oft als unvorhersehbar empfunden wird. Wenn man sehr nahe mit Patientengruppen arbeitet und mit einer relativ großen Zahl von Fachkräften, wird die Aufgabe, emotionale Erfahrungen unter Kontrolle zu haben und die Ursache von Verstärkung zu identifizieren, noch komplizierter. Somit kann es für die Pflegekräfte schwer sein, ihre emotionalen Reaktionen in dem Moment, in dem sie auftauchen, zu verarbeiten. Pflegekräfte in forensischen Settings können jedoch von dem lernen, was die forensische Psychotherapie über die Psychopathologie von Straftätern und die emotionalen Auswirkungen der engen zwischenmenschlichen Arbeit zu berichten weiß.

Psychiatrische Pflege in der Forensik

Pflegekräfte, die in forensischen Einrichtungen arbeiten, werden unbewusst dazu aufgefordert, intensive sado-masochistische Projektionen zu verarbeiten. Diese sado-masochistischen Projektionen spiegeln die Art und Weise wider, wie das innere Beziehungsmodell des Straftäters organisiert ist. Andererseits liegt die Basis für sado-masochistische Beziehungen in der forensischen Population oft in dem Versuch, ein Trauma zu bewältigen, bei dem die Verletzlichkeit in irgendeiner Weise attackiert oder in einer äußerst erschütternden Art und Weise misshandelt worden war. Wenn Pflegekräfte nicht in der Lage sind, diese Projektionen zu verarbeiten, laufen sie

Gefahr, dass diese auf sie einwirken, sodass der klinische Prozess beeinflusst und die Containing-Funktion der Pflegekräfte ausgehöhlt wird. Wenn Personal in forensischen Einrichtungen in das Ausagieren von Szenarien hineingezogen wird, werden die ursprünglichen Traumen des Straftäters unausweichlich neu inszeniert. Fachkräfte und die involvierten Institutionen, in denen sich die Einrichtungen befinden, können diese Neu-Inszenierung unbewusst ermöglichen. Zur Abwehr von unangenehmen Gefühlen können überengagierte oder vermeidende Strategien eingesetzt werden.

Die nachfolgenden Fallbeispiele sollen veranschaulichen, wie Pflegekräfte in die Neu-Inszenierungen während ihrer klinischen Arbeit mit Straftätern hineingezogen werden können.

Fallbeispiel 1

John ist ein 38 Jahre alter Mann, der sich seit vielen Jahren in einem geschlossenen Krankenhaus aufhält. Seine Indextat umfasst Entführung, sexuelle Nötigung und Tötung eines kleinen Jungen. Diagnostiziert wurde eine schwere antisoziale Persönlichkeitsstörung. Seit einigen Wochen beobachtet John einen neuen Pflegeschüler auf seiner Station. Dieser Pflegeschüler, ein junger Mann Anfang zwanzig, bemüht sich sehr, in dieser neuen Umgebung Fuß zu fassen und wird von seinen erfahrenen Kollegen und einigen der anderen Patienten gehänselt, da er offensichtlich etwas langsam ist. Ihm wurden auch offen Streiche gespielt. Aufgrund dieser Streiche und Witze scheint der Pflegeschüler sich bei seinen Aufgaben noch ungeschickter zu verhalten.

John, der mit den Tätigkeiten auf der Station sehr vertraut ist, fängt an, sich dem neuen Pfleger als Hilfe anzubieten, er zeigt ihm, wo die verschiedenen Utensilien auf der Station zu finden sind und erinnert ihn an verschiedene Aspekte der täglichen Routine. Der Pflegeschüler empfindet John als sehr hilfreich, zumal er zum gegebenen Zeitpunkt seine Kollegen nicht um Hilfe bitten kann, und er ist der Ansicht, dass er nicht für diesen Beruf geeignet sei. Er fragt sich, warum John überhaupt in einem geschlossenen Krankenhaus ist. Der Pflegeschüler bittet darum, in John's Pflegeteam integriert zu werden, da er das Gefühl hat, mit dem Patienten eine therapeutische Beziehung zu entwickeln.

John, der bis dahin keine Bindung zum Personal zeigte, hat keine Schwierigkeiten, Einzelsitzungen mit dem Pflegeschüler zu beantragen. Der junge Pfleger führt die Einzelsitzungen bereitwillig durch, trägt sie jedoch nicht vollständig in die Krankenakte von John ein, auch erhält er für diese Sitzungen keinerlei Supervision.

Anlässlich einer routinemäßigen Zimmerdurchsuchung wird eine kleine Anzahl von Benzodiazepinen in John's Toilettensachen gefunden. John erhält keine verordnete Medikation. Er gibt an, dass der Pflegeschüler ihm diese Tabletten gegeben hätte. Bei der disziplinarischen Anhörung gibt der junge Pfleger zu, dass John über schwere, kräftezehrende Angst in den Einzelsitzungen berichtet hatte. John hatte ihm gesagt, dass Pflegekräfte und Ärzte ihm aufgrund seiner Diagnose nicht glauben würden,

dass auch er Kummer empfinden könnte und dass er behandelt werden würde, als wäre er weniger Mensch. John hatte sich unaufhörlich über das „System“ beklagt und wie er darin behandelt werden würde. Der Pflegeschüler hatte das Gefühl, dass er John etwas schuldig sei für seine Hilfe zu der Zeit, als er sich als neuer Pflegeschüler verletztbar gefühlt hatte. Der Pflegeschüler hatte für John Benzodiazepine, die seiner eigenen Mutter gehörten, mitgebracht und sie ihm in der Hoffnung gegeben, dass dieser sich weniger bedrückt fühlen würde. John hatte den jungen Pfleger darum geben, nachdem er und der Pflegeschüler über die emotionalen Probleme und die Behandlung von dessen Mutter diskutiert hatten, da John Interesse am familiären Hintergrund des Pflegers gezeigt hatte.

Diskussion zu Beispiel 1

Das Fallbeispiel 1 zeigt, wie die Beziehung zwischen einer unerfahrenen Pflegekraft und einem forensischen Patienten korrumpiert werden kann. John könnte man als rücksichtslos bezeichnen in seiner „Fürsorge“ für einen jungen Pflegeschüler, der anscheinend von seiner Berufsgruppe entfremdet war. In der Tat hatte er das Opfer seiner Indextat in ähnlicher Weise isolieren können. Der Pflegeschüler identifizierte sich unbewusst mit John's Opfer, indem er von der mehr dominanten Persönlichkeit überwältigt worden war und John's Hilfe gesucht hatte zu einem Zeitpunkt, als er sich in seiner beruflichen Rolle als verletztlich empfunden hatte. Da er die Psychopathologie eines Mannes wie John nicht kannte und auch die professionellen Grenzen nicht wahren konnte sowie keinerlei Supervision erhielt, war der Pflegeschüler nicht in der Lage, die Rolle einer Pflegekraft auszufüllen. Für John war es einfach, ihn aus dieser Rolle herauszuziehen und davon zu profitieren. Aus professioneller Sicht heraus missbraucht der Pflegeschüler den Patienten, indem er ihm nicht verordnete Medikamente gab, und er verletzte die Sicherheitsvorschriften des Krankenhauses sowie seine Berufsordnung. Er tat dies jedoch, da der Patient ihn davon überzeugt hatte, dass er ihm, einem Opfer eines entwürdigenden Systems, damit helfen würde. Durch Identifikation mit dem, was John berichtet hatte, hatte der Pflegeschüler das Gefühl, während seiner ersten Zeit am Krankenhaus ebenso menschenunwürdig behandelt worden zu sein.

Beispiel 1 wirft Fragen zum therapeutischen Milieu auf der Abteilung von John auf. Das Fehlen eines Modells, um eine Pfleger-Patient-Beziehung mit einer Patientengruppe aufzubauen, die so gefährliche Männer umfasst, wie John es ist, bedeutet, dass der Pflegeschüler keine Möglichkeit hatte, zu verstehen, was er – zwischenmenschlich gesehen – zu tun hatte, um professionell sicher zu bleiben. Die defensiven Beziehungen innerhalb des Personals umfassten das häufige Streichespielen, das eigentlich dazu diente, die Aufmerksamkeit von der todernsten Art der Psychopathologien ihrer Patienten abzulenken. Auch wenn Streiche traditionell als Teil eines Systems von betrieblichem Humor angesehen werden, weisen sie jedoch auch ganz deutlich auf das Versagen hin, professionelle Grenzen einzuhalten, und auf eine Geringschätzung von Verletzbarkeit und spiegeln damit Aspekte von Sado-Masochismus wider, die

zwar zunächst einmal aus der Patientengruppe heraus entstanden sind, aber vom Personal ausagiert werden. Supervision hätte eine erfahrenere Pflegekraft bereits zu einem frühen Zeitpunkt auf die ungute Art der Beziehung zwischen dem Pflegeschüler und John aufmerksam machen können, da eine Supervision jedoch nicht in die Struktur der Station integriert war, ließ man den Pflegeschüler sich naiv in eine abgekartete, pathologische Beziehung mit einem gefährlichen Patienten hineinziehen. Dieses Beispiel wirft auch Fragen in Bezug auf die Verletzbarkeit des Pflegeschülers auf und auf die Reaktion seiner Kollegen und von John, die vielleicht unbewusst zusammengewirkt und so ein Drama aus John's innerer Welt re-inszeniert haben.

Wenn es – aus einer dynamischen Perspektive betrachtet – für jede Opfer-Täter-Dyade also eine dritte Partei gibt, die unbewusst mitspielt, indem man absichtlich wegschaut, dann muss das Stationsteam in diesem Fallbeispiel sicherlich den Pfleger repräsentieren, der zu schützen versagt hat. Als Neuling auf der Station war der Pflegeschüler gefährdet, dies setzte sich aber aus persönlichen Eigenschaften zusammen, die ihn als eine Person darstellten, die besondere Unterstützung und Hilfe seitens seiner erfahrenen Kollegen benötigte. Es scheint, als hätte das etablierte Stationspersonal keinerlei Zeit für diese Verletzlichkeit – die sie durch Scherze und Ähnliches direkt attackierten – und sie schienen auch nicht dazu in der Lage zu sein, dem Pflegeschüler an seinem Arbeitsplatz Sicherheit zu geben. Er war einem gefährlichen Patienten ausgesetzt, ohne dass er dazu die Erfahrung, die Fertigkeiten oder das Wissen um eine sichere Vorgehensweise gehabt hätte. Man könnte also argumentieren, dass – aus der Perspektive einer Re-Inszenierung – der Pflegeschüler, John und das etablierte Stationspersonal alle in die Wiedererschaffung des Aspektes von John's Indextat hineingezogen wurden, der aus dynamischer Sicht den in der Kindheit erlebten Missbrauch widerspiegelt. Das Versagen aller beteiligten Fachkräfte, John's Psychopathologie unter Kontrolle zu halten, ist aus diesem Fallbeispiel ebenso ersichtlich. Wenn John durch seinen Druck auf den Pflegeschüler unbewusst Containment gesucht hatte, erhielt er es erst, als die Zimmerdurchsuchung sein Medikamentenlager ans Licht brachte. An diesem Punkt war es John in der Tat möglich, die Aufmerksamkeit auf die unsicheren Praktiken auf der Station zu ziehen, die es ihm erst möglich gemacht haben, die Sicherheitssysteme zu umgehen und sein eigenes missbräuchliches Verhalten im Stationssetting an den Tag zu legen. Wie so oft in der Dynamik der forensischen Pflege wird zu jedem gegebenen Zeitpunkt mehr als ein Szenario präsent sein, wobei die Rollen des Opfers, des Täters und der nicht schützenden Betreuungsperson immer wieder wechseln.

Fallbeispiel 2

Richard ist ein 27-jähriger Mann, der in Pflege aufgewachsen war. Er war ein Jahr lang in einer halboffenen Einrichtung untergebracht. Seine Diagnose lautet paranoide Schizophrenie und die Indextat umfasste Schlägerei und Bedrohung von Personen mit einem Messer in Reaktion auf akustische Halluzinationen, bei denen er Stimmen

hörte, die ihm sagten, dass Ladenbesucher verkleidete Teufel wären. Richard sprach gut auf seine Medikamente an, er fühlte sich dabei aber lethargisch. Richard weiß, dass er bald aus der halboffenen Station entlassen wird und er ist sehr in Sorge darüber, wie er für den Rest seines Lebens mit einer schweren psychischen Krankheit leben sollte.

Richards Bezugspflegekraft ist ein junger Mann vergleichbaren Alters, der vor kurzem geheiratet hatte. Richard ist der Meinung, dass er eine gute Beziehung zu diesem Pfleger hat, der freundlich zu ihm ist und sich um sämtliche täglichen Belange kümmert. Es ist Richard jedoch aufgefallen, dass dieser Pfleger mit ihm über nichts tiefer gehend sprechen möchte. Das ist frustrierend für Richard, der sich immer mehr Sorgen darüber macht, dass er bald ein unabhängiges Leben führen muss. Vor seiner Indextat verlief sein Leben recht chaotisch und es hatten sich eine Menge Schulden angesammelt. Er hatte seine Sozialwohnung verloren und hatte zur Tatzeit ein hartes Leben. Richard macht sich große Sorgen darüber, sich bald wieder in einer ähnlichen Situation wiederzufinden, jetzt da er sich auf der halboffenen Station sicher und stabil zu fühlen begonnen hatte. Der Sozialarbeiter der Station hatte Richard mehrere Male darauf hingewiesen, dass er noch über sehr lange Zeit hinweg umfangreiche Unterstützung erhalten würde, dies konnte ihn aber nicht beruhigen. Als psychotischer Patient, der auf Medikamente anspricht, wird Richard vom multidisziplinären Team nicht als jemand angesehen, der psychologische Behandlungen benötigt. Er hat regelmäßige Termine beim Stationsarzt und diese Gespräche konzentrierten sich auf sein psychisches Befinden und seine Medikamente.

Eines Abends versucht Richard, seinem Pfleger seine Befürchtungen mitzuteilen. Er sagt, dass er darüber nachdenke, seine Medikamente abzusetzen. Der Pfleger antwortet ihm, dass dies ein großer Fehler sei, und erinnert ihn an alles, was er verlieren würde, einschließlich der Tatsache, dass es schließlich dazu kommen würde, dass Richard noch viel länger im Krankenhaus bleiben müsste. Der Pfleger gibt Richard auch die Information, dass es möglich wäre, falls es durch das Absetzen der Medikamente zu einem Rückfall in seine paranoide Schizophrenie kommen würde, dass er das bis jetzt erreichte hohe Funktionsniveau niemals wiedererlangen würde. Beim nächsten Treffen des klinischen Teams wird Richard von seinem zuständigen Amtsarzt darüber informiert, dass man über seine Behandlungcompliance besorgt sei und daher eine zweite Meinung eingeholt werden würde, sodass ihm die Medikamente auch ohne seine Zustimmung verabreicht werden könnten. Richard wird ebenfalls darüber in Kenntnis gesetzt, dass seine orale Medikation auf eine Depotbehandlung umgestellt wird, um eine zuverlässige Einnahme zu gewährleisten.

Diskussion zu Beispiel 2

In diesem Beispiel bleiben die Sorgen eines Patienten in Bezug auf dessen Überleben außerhalb einer geschlossenen Einrichtung vom verantwortlichen Pfleger unbemerkt. Der Patient wurde hinsichtlich seiner schweren psychiatrischen Erkrankung medizinisch behandelt und seine zugrunde liegenden menschlichen Gefühle in Bezug auf

sein weiteres Leben mit einer derart kräftezehrenden Krankheit scheinen zu unangenehm zu sein, um sie zum Thema zu machen. Er fühlt sich nicht dazu imstande, in Worte zu fassen, wie er sich fühlt, und kommunizierte seine Ängste stattdessen durch die Andeutung, dass er eventuell seine Medikation absetzen würde – vielleicht damit sein Pfleger darauf aufmerksam werden sollte, wie verzweifelt er sich fühlte. Dieser Mitteilungsversuch schlug jedoch komplett fehl und im Gegenzug wurden verstärkte Restriktionen angewendet. Darüber hinaus wird ihm intramuskulär verabreichte Medikation verschrieben. In der Zwischenzeit bleiben seine Ängste bestehen.

Forensische Patienten teilen ihre emotionalen Bedürfnisse oftmals auf eine indirekte Art und Weise mit. Das kann daran liegen, dass sie bereits früh in ihrem Leben gelernt haben, dass ein direktes Aussprechen von Bedürfnissen nicht dazu führt, dass sie das erhalten, was sie brauchen. Dieses Kommunikationsmuster kann umso mehr noch bei Menschen gesehen werden, die in Institutionen aufgewachsen sind und die keine hingebungsvolle zugängliche Betreuungsperson an ihrer Seite hatten, die sich um ihre Bedürfnisse gekümmert hätte. Wenn Menschen mit einem solchen Hintergrund in forensische Einrichtungen aufgenommen werden, besteht die Gefahr, dass die Art von Betreuung, die sie als Kinder erhalten hatten, von den Pflegekräften, den Ärzten usw. neu inszeniert wird.

Richards Bezugspfleger war ein netter Mann und eine engagierte Fachkraft, aber er war nicht in der Lage, sich auf Richards Bedürfnisse einzustimmen sowie auf die Art und Weise, wie er diese Bedürfnisse mitteilte. Es wurde bei Richard keine psychotherapeutische Behandlung in Betracht gezogen, was seine Erfahrung als Kind widerspiegelt, als er nie eine persönliche Betreuungsperson hatte, die sich um seine Bedürfnisse kümmerte. Richard, der seine Bedürfnisse nicht in direkter verbaler Kommunikation mitteilen konnte, mag in der Übertragung erwartet haben, von seinem Bezugspfleger zurückgewiesen zu werden, und er wird vermutlich unbewusst versucht haben, auf seine Sorgen in Bezug auf die bevorstehende Entlassung von der Station aufmerksam zu machen, indem er über ein eventuelles Absetzen seiner Medikamente gesprochen hat. Dies könnte dahingehend interpretiert worden sein, dass Richard sich nicht bereit fühlte, für sich selbst zu sorgen, und dass er sich darüber Sorgen machte, ob es ihm gut gehen würde. Stattdessen reagierte sein Bezugspfleger in der Gegenübertragung auf Richards Bitten ähnlich wie das Betreuungspersonal damals in seiner Kindheit, indem eher praktische anstelle emotionaler Unterstützung angeboten wurde. Wenn der Bezugspfleger verstanden hätte, dass die Ängste, die Richard auf ihn projiziert hatte, indem er über ein eventuelles Absetzen der Medikamente gesprochen hatte, eine Spiegelung von Richards eigener Besorgnis war, hätte man darüber nachdenken können. Stattdessen reagierte der Bezugspfleger auf die projizierten Ängste, ohne darüber nachzudenken, und er beeilte sich, einen mehr kontrollierenden invasiveren Behandlungsplan für Richard aufzustellen.

Richard ist nach wie vor genauso besorgt über seine Zukunft und es bleibt abzuwarten, wie er seine Kommunikationsversuche eskalieren lässt, um seinen Sorgen endlich Gehör zu verschaffen und das nötige Containment zu erhalten. Eine Frage, die

im Beispiel 2 aufgeworfen wird, ist, warum der Bezugspfleger Richards Mitteilungen nicht „hören“ konnte. Könnte es sein, dass es für einen Mann gleichen Alters einfach zu schmerzhaft war, sich emotional auf Richards Notlage mit solch einer kräftezehrenden Erkrankung einzulassen? Was immer auch die Ursache dafür war, dass der Bezugspfleger Schwierigkeiten hatte, sich auf Richards Nöte einzulassen, so dient dieses Fallbeispiel doch als Erinnerung daran, wie wichtig es ist, sich der eigenen unbewussten Motivation bewusst zu werden, warum wir uns für die Arbeit entschieden haben, die wir leisten, und wie wir sie im Rahmen unserer beruflichen Rollen ausüben.

Fallbeispiel 3

Julienne ist 31 Jahre alt und lebt seit 18 Monaten auf einer speziellen geschlossenen Frauenstation. Ihre Indextat lautete Brandstiftung. Als primäre psychiatrische Diagnose ist eine Borderline-Persönlichkeitsstörung angegeben. Julienne wurde als Kind sich selbst überlassen und missbraucht. Ihre eigene 10-jährige Tochter wurde in Pflege gegeben und bereits als Baby zur Adoption freigegeben, da Julienne nicht in der Lage war, für ihr Kind zu sorgen. Julienne zündete einen Container vor dem Familiengericht, an dem über die Adoption ihrer Tochter entschieden wurde, an. Einer der wesentlichen Bereiche, in denen Julienne Hilfe benötigt, sind ihre ständigen Beschwerden über ihre Behandlung auf der Station. Sie beklagt sich über alle Berufsgruppen, fühlt sich aber besonders gekränkt durch die Pflegekräfte, denen sie Inkompetenz und fehlende Eignung für ihre Arbeit vorwirft. Julienne verfasst oft schriftliche Beschwerden an leitende Angestellte der Verwaltung, in denen sie Beispiele von schlampiger Arbeitsweise seitens der Pflegekräfte der Station beschreibt. Sie macht oft Vorschläge, wie die Pflegekräfte geschult werden sollten. Auf den Stationstreffen, die Julienne meistens leitet, listet sie alle ihre Beobachtungen in Bezug auf die Arbeit der Pflegekräfte in der vergangenen Woche auf, sie beschreibt ihre Versäumnisse und von ihr so bezeichnete „Bereiche, in denen schlecht gearbeitet wird“. Das Personal fühlt sich oft angegriffen, wenn Julienne sie beim Namen nennt, und die Pflegekräfte verteidigen dann ihre Arbeit und erinnern Julienne oft daran, dass kein anderer Patient auf der Station sich dermaßen beklagt – was auch stimmt. Die Pflegekräfte beklagen sich auch untereinander über die Art und Weise, wie Julienne immer wieder nach Fehlern im Umgang mit betreuungsbedürftigeren Patienten Ausschau hält, manchmal werden sie in der direkten Pflege beobachtet. Sie machen für dieses Verhalten von Julienne deren Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung verantwortlich.

Dieses Muster, nach dem Julienne sich beschwert und nach dem das Personal sich selbst verteidigt, sei es in der Interaktion mit Julienne oder als Teil von internen Nachforschungen seitens der Verwaltung, dauert schon seit Juliennes Aufnahme auf die Station an. Es hat sich ein Mechanismus eingestellt, mit dem versucht werden sollte zu gewährleisten, dass alle ihre Beschwerden auf Stationsebene behoben wer-

den sollten. Es hat sich jedoch eine negative Stimmung unter vielen Pflegekräften entwickelt, die sich demoralisiert und entwürdigt fühlen, da sie sich bei ihrer Arbeit ständig auf dem Prüfstand empfinden.

Diskussion von Beispiel 3

Bei Julienne liegt als persönlicher Hintergrund eine misslungene Fürsorge vor. Sie wurde von ihrer Mutter verlassen und in der Kindheit missbraucht. Als sie selbst Mutter wurde, war sie unfähig, für ihr Kind zu sorgen, das dann von jemandem adoptiert wurde, den das Gericht als fähig einschätzte, dem Kind richtige mütterliche Liebe zu geben. Das Thema der misslungenen Fürsorge durch die Mutter scheint von zentraler Bedeutung zu sein, um ihre innere Welt zu verstehen. Darüber hinaus bezog sich ihre Indextat auf Brandstiftung an einem Container, der vor dem Gerichtsgebäude stand, in dem über die Adoption ihrer Tochter entschieden wurde. Dies weist auf die Wut hin, die Julienne darüber empfindet, dass sie nicht in der Lage ist, für ihr Kind zu sorgen, und über die Art und Weise, wie dies auf die Behörden projiziert wird. Auf der geschlossenen Station setzt sich diese Dynamik fort, Julienne projiziert ihre Wut, ihre Demütigung und ihre Demoralisierung darüber, dass sie nicht für ihr Kind sorgen kann, und vielleicht auch die Tatsache, dass man sich nicht um sie selbst kümmert, auf das Personal der Station. Indem sie dieses beschuldigt, „nicht für seine Arbeit geeignet zu sein“, distanziert sie sich selbst von ihrer eigenen Erfahrung, als ungeeignete Mutter beurteilt worden zu sein. Dies passt auch gut zu ihrem Kummer darüber, dass sie selbst eine „ungeeignete Mutter“ gehabt hatte. Ihre Bemühungen, die Klinikleitung auf den Schulungsbedarf des Personals aufmerksam zu machen, könnte als Versuch erklärt werden, ihrem Umfeld mitzuteilen, wie sie selbst dafür kämpft, Mutter zu sein, auch wenn sie selbst keine ausreichende mütterliche Zuwendung erhalten hatte.

Wenn das Personal auf Juliennes Station dazu in der Lage gewesen wäre, die Psychodynamik ihrer Beziehungen mit Julienne zu erforschen, wäre es ihm leichter gefallen, sie in ihrem Kummer zu unterstützen, indem ihm bewusst geworden wäre, dass die von Julienne beim Personal erzeugten Gefühle eine ungelöste, unvorstellbare Notlage der Patientin widerspiegeln. Dies hätte ihr helfen können, darüber nachzudenken, warum sie sich so sehr mit misslungener Fürsorge beschäftigte. Unter den gegebenen Umständen war es letztlich so, dass die Pflegekräfte Juliennes Notlage insofern spiegelten, als dass sie wütend wurden und sich durch die ständigen Beschuldigungen gedemütigt fühlten. Auf eine gewisse Weise gab das Personal ihr Containment in dem Sinne, dass Julienne dadurch, dass die Pflegekräfte sich immer Gedanken machten, wie die Patientin mit ihnen umging und wie es ihnen selbst dabei erging, von ihrer wesentlichen Notlage etwas distanziert bleiben konnte. Diese Art von Containment besitzt jedoch langfristig wenig therapeutischen Wert, da niemand dabei etwas lernt. Stattdessen halten alle Beteiligten den Zustand durch Re-Inszenierung aufrecht.

Schlussfolgerung

Es kann schwer zu ertragen sein, die äußerst schmerzlichen emotionalen Umstände zu erfahren, die das Leben der forensischen Patienten in ihrer frühen Entwicklung oftmals charakterisieren. Vernachlässigung, Verlassenwerden und Misshandlung der Schutzlosen durch diejenigen, die sich eigentlich um sie kümmern und ihnen Liebe, Fürsorge, Sicherheit und Schutz geben sollten, sind immer schwer zu verstehen, egal ob wir diese entsetzlichen Beziehungskontexte aus der Perspektive des Opfers oder aus der Perspektive des Täters betrachten. Wenn wir im Bereich der Forensik arbeiten, bleibt dieses perverse Beziehungsmaterial lebendig und wird tagtäglich ausagiert. Unter diesen Umständen ist es Aufgabe der klinisch Tätigen, diesen schwierigen Aspekt des Menschseins zu verarbeiten, um die Fürsorge, Unterstützung und Behandlung geben zu können, die forensische Patienten benötigen, wenn sie ihr Leben sicher wiedererlangen sollen oder zumindest etwas Stabilität in einem geschlossenen Setting gewinnen sollen, falls eine Entlassung vom Gesetz her nicht erlaubt ist. Für das Personal bedeutet das, ein Pflegekonzept zu haben, das es ihm möglich macht, mit den verletzenden Gefühlen therapeutisch zu arbeiten, die oft infolge des engen zwischenmenschlichen Bezuges zu den Patienten entstehen. Eine in die Arbeit integrierte psychodynamische Perspektive könnte hilfreich sein, um dem emotionalen Kontext ihrer Arbeit insoweit einen Sinn zu geben, wie es anderweitig nicht gelingen würde. Dies liegt daran, dass ein großer Teil der emotionalen Probleme, die das Personal bei ihrer Arbeit empfindet, unbewusst von Patienten kommuniziert wird, die keinen anderen Weg wissen, den Pflegekräften mitzuteilen, mit welchen Problemen sie emotional kämpfen. Ein Verständnis der Projektion hilft dem Personal, einen Einblick in die Bedürfnisse ihrer Patienten zu gewinnen. Der klinische Einsatz von psychologischem Containment in der Pflege verstärkt die Fürsorgefunktion, während das Ausagieren reduziert wird, mit dem das therapeutische Milieu untergraben werden kann. Patienten mit besonders komplexen Bedürfnissen könnte dieses Paradigma Hoffnung geben und einen Weg bieten, vorwärtszukommen, wenn viele andere Behandlungsmodalitäten allein nicht ausreichend waren, um sie in ihren Bedürfnissen zu unterstützen. Den Pflegekräften könnte der Einsatz von psychologischem Containment Gelegenheit geben, ihre Kreativität bei ihrer Arbeit zu verstärken, und eine Chance bieten, etwas für Patientengruppen zu bewirken, die aufgrund ihres komplexen Hilfesuchverhaltens als besonders herausfordernd gelten.

Damit Pflegekräfte den Projektionen der Patienten Halt geben und ihre emotionalen Erfahrungen verwenden können, um geeignete Behandlungspläne auszuarbeiten, benötigen sie haltgebende Strukturen, die in das klinische Umfeld als Teil der Gesamtbetreuung der Patienten eingebettet sein müssen. Klinische Supervision und reflektive Praxis sind Räume, in denen über klinische Erfahrung nachgedacht werden kann. Indem emotionale Reaktionen auf Patienten in diesen Räumen verarbeitet werden, kann das Personal die Dynamik der therapeutischen Beziehung erkennen und das daraus erworbene Wissen nutzen, um es in ihrer Arbeit mit den Patienten einzusetzen. Wenn den Pflegekräften diese Art von unterstützender haltgebender Struktur

fehlt, besteht das Risiko, dass sie den zwischenmenschlichen Kontakt mit Patienten meiden und emotional nicht mehr zur Verfügung stehen. Andererseits kann es aber auch dazu kommen, dass die Pflegekräfte von ihren zwischenmenschlichen Erfahrungen am Arbeitsplatz überwältigt werden. Da der emotionale Inhalt der Projektionen der Patienten in forensischen Einrichtungen meistens mit Missbrauchserfahrungen zu tun hat, ist dies besonders schwierig zu verarbeiten, insbesondere dann, wenn das Personal diesbezüglich seine eigenen ungelösten Verwundbarkeiten aufweist.

Pflege findet in einem Team-Kontext statt. Das Ausmaß, in dem Pflegekräfte in zwischenmenschlichem Kontakt mit Patienten bleiben, macht jedoch deren Rolle einzigartig. Damit die Rolle der Pflege effektiv gestaltet werden kann, muss die Arbeit im multidisziplinären Team die Rolle der Pflege unterstützen, indem beispielsweise an gemischtheruflichen Supervisionsgruppen und an Stationstreffen teilgenommen wird. Diese Vorgehensweisen hätten zum Ziel, die emotionale Belastung zu teilen und die Wahrscheinlichkeit negativer Projektionen innerhalb des Teams zu verringern, durch die das Risiko besteht, dass die dysfunktionale Familiendynamik, die diese Patienten in ihrer frühen Entwicklung erfahren hatten, wiederholt wird. Zudem kann die Leitung dieser Einrichtungen die Arbeit des Pflegepersonals unterstützen, indem ihre Arbeit als eine emotionale Herausforderung anerkannt wird und folglich unterstützende Strukturen erarbeitet werden und diesen dann Priorität eingeräumt wird, um eine effektive klinische Arbeit in dieser emotional komplexen Welt der forensischen Psychiatrie zu ermöglichen.

Literatur

- Cox, M. (1996). Psychodynamics And The Special Hospital 'Road Blocks And Thought Blocks'. In C. Cordess & M. Cox (Eds.), *Forensic Psychotherapy: Psychodynamics And The Offender Patient* (pp. 433-448). Bd. II. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Davies, R. (1996). The Interdisciplinary Network and the Internal World of the Offender. In C. Cordess & M. Cox (Eds.), *Forensic Psychotherapy: Psychodynamics And The Offender Patient* (pp. 133-143). Bd. II. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Kirtchuck, G. & Haworth, H. (1996). Psychodynamics and the Regional Secure Unit. In C. Cordess & M. Cox (Eds.), *Forensic Psychotherapy: Psychodynamics And The Offender Patient* (pp. 423-432). Bd. II. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Temple, N. (1996). Transference and Countertransference: General and Forensic Aspects. In C. Cordess & M. Cox (Eds.), *Forensic Psychotherapy: Psychodynamics And The Offender Patient* (pp. 23-40). Bd. II. London: Jessica Kingsley Publishers.