

HEIDI MÖLLER

Supervision in Forensischen Psychiatrien

Heilung – sofern man diese durch eine Einweisung in die Forensische Psychiatrie anstrebt – kann nur durch Beziehung erfolgen. Durch Konstanz und Dauer in der Behandlung gilt es, dem Patienten zu helfen, zu innerer Stabilität zu gelangen. G. BENEDETTI (1975) spricht von mehrdimensionaler Übertragung, die durch behandlerische Symbiose zur Integration geführt werden kann. Gelungene Integrationsarbeit ist fast ein Garant für die Abnahme selbst- und fremddestruktiver Verhaltensweisen und insofern der zentrale Pfeiler der therapeutischen Bemühungen in Forensischen Psychiatrien. So kommt der Beziehungsfähigkeit aller Fachgruppen eine besondere Bedeutung zu. Die Fähigkeit, Gegenübertragungspänomene als solche zu erkennen und handhabbar zu machen, stellt ein wichtiges Lernfeld der Supervision dar.

Der gesellschaftliche Auftrag des Maßregelvollzugs

Die Institution hat eine gesellschaftlich zugewiesene, reglementierende Funktion. Die Forensische Psychiatrie ist eingebettet in eine höhergeordnete Institution. Das Strafgericht ordnet die Unterbringung in einer Forensischen Psychiatrie nach § 126a StPO bei denjenigen Männern und Frauen an, deren grobe Verstöße gegen das Strafgesetzbuch durch psychische Krankheit (§ 63) oder Suchterkrankung (§ 64 StGB) motiviert waren. Damit geht die Zuständigkeit der Justiz in die der Gesundheitsbehörden über, aus Gefangenen werden Patienten. Die Strafvollstreckungskammer bleibt jedoch Wächter der Strafzeit. Zu festgelegten Zeitpunkten überprüft die Kammer nach Sichtung der gutachterlichen Stellungnahmen der behandelnden Mediziner oder Psychologen die Möglichkeit der Entlassung. Der Strafvollstreckungskammer obliegt bei Aussichtslosigkeit der therapeutischen Bemühungen die Entscheidung über die Verlegung in das Gefängnis.

Dem Behandlungsgedanken wird eindeutig Priorität vor der reinen Verwahrung der Patienten eingeräumt. Der Konflikt zwischen Sichern und Verwahren ist damit jedoch strukturell angelegt. Das Primat der Behandlung ist weder von der Öffentlichkeit noch von allen in Forensischen Psychiatrien Arbeitenden allgemein anerkannt. Die Leitidee von Sicherheit und Ordnung dominiert häufig die Arbeit. Hiermit ist bereits der Hauptkonflikt zwischen

den unterschiedlichen Berufsgruppen benannt. Ein Großteil der Auseinandersetzungen verläuft immer wieder um die Frage: Wieviel sichernde Verwahrung muß und wieviel risikobehaftete Behandlung darf sein? Der Maßregelvollzug steht regelmäßig in der aktuellen Diskussion um Sexualstraftäter unter Beschuß. Von politischer Seite und auf Druck der Medien und der Öffentlichkeit wird ihm mangelnde Sorgfalt ihrer Beurlaubungspraxis vorgeworfen. Zum Teil wird ihm völliges Versagen, zumindest aber Ineffektivität vorgeworfen. Schuld- und Sühnevorstellung halten durch die Hintertür in den Behandlungsalltag Einzug, und dies, obwohl der Gesetzestext sie explizit ausschließt.

Die in der Forensischen Psychiatrie Tätigen drohen dadurch in ein reaktives Handlungsmuster zu geraten. Es gilt u.U. nur noch, Suizide zu verhindern, Ausbruchsversuche zu vereiteln und neuen Straftaten während der Ausgänge vorzubeugen, d. h. im wesentlichen Ruhe und Ordnung zu garantieren. Die Folge davon ist oftmals die langsame Verkümmern von Kreativitätspotentialen. Die Überbetonung des Funktionierens verhindert ideenreiches, innovatives Handeln. Es fehlen bald die Entwürfe, die Visionen und Ideale, die zu Beginn einer beruflichen Tätigkeit in diesem Feld noch so leidenschaftlich vertreten wurden. Ihr Arbeitsalltag droht sich unter dem Druck der Öffentlichkeit immer mehr einem reaktiven Verhaltensmuster anzunähern.

Die Atmosphäre im Maßregelvollzug ist geprägt von der Psychodynamik und Deliktdynamik der Patienten. Eine reife Entwicklung von Sexualität und Aggression ist bei ihnen mißglückt, so daß Gewalt-, Perversions- und Desintegrationsphänomene dominieren. Gewalt herrscht über Erotik, Hass über die Liebe. Das Leben der Patienten ist gekennzeichnet durch ein Fehlen von Sinnlichkeit, Anonymität der Beziehungen, Promiskuität und Dynamik von Herrschaft und Unterwerfung. Die Delikte haben vernichtet, die Autonomie des anderen total negiert. Vor diesem Hintergrund treten die Behandler forensischer Patienten in den Kampf um Verständigung ein. Ihr Arbeitsalltag ist gekennzeichnet von der inneren Dynamik dieser Patienten. Die berufliche Sozialisation der Menschen, die im Maßregelvollzug arbeiten, hat u.U. einen hohen Preis. Eigene soziale Isolation droht dann, wenn es nicht gelingt, eine Gegenwelt zur Klinikrealität zu bewahren. Man droht, von dem vorgefundenen hohen Spannungspegel und der narzißtischen Zufuhr, die »der Kampf mit der Bestie« verspricht, abhängig zu werden. Mir selbst ging es zu Beginn meiner Tätigkeit in einer Justizvollzugsanstalt so, daß ich viele private Unternehmungen seltsam fad und als wenig aufregend empfand. Gemessen an dem, was mir Tag für Tag in der Anstalt widerfuhr, war das langweilig und uninteressant. Der Erhalt von Sensibilität, von Wahrnehmung von Nuancen in einer Welt der Härte und des Chaos, ist ein schwieriges Unterfangen.

Forensische Psychiatrien sind totale Institutionen, wie sie E. GOFFMAN 1973 beschrieben hat. Die Lebensbedingungen unterliegen der Fremdbestim-

mung, Hierarchie und Kontrolle. Menschliche Bedürfnisse werden durch die bürokratische Organisation, einem hierarchischen Stab von Funktionären, gehandhabt, gleichgültig, ob dies ein notwendiges oder effektives Mittel der sozialen Organisation ist. Nach R. SCHWENDTER (1991) hat die Praxis totaler Institutionen wenig Übereinstimmung mit den allgemeinen Menschen- und Bürgerrechten.

Die Unterbringung in einer totalen Institution bietet wenig Gewähr für psychische Integrität. Die Abschottung von der Außenwelt birgt die Gefahr einer »Diskulturation«, einer zumindest zeitweiligen Unfähigkeit, nach der Entlassung mit den Anforderungen der Gesellschaft fertig zu werden. Dieser Prozeß wurde auch als Hospitalisierung beschrieben. Durch multiple Deprivation und vollkommen externale Bestimmung des »locus of control« entsteht eine maligne Demontierung der Identität. E. GOFFMAN (1973) beschreibt einen Rückkoppelungsprozeß, demzufolge bei den Patienten eine Abwehrreaktion auf die Demütigungen hervorgerufen wird, gegen die dann durch die Institution der nächste Angriff gerichtet wird, um ihm zu zeigen, daß er sich durch ein Entfernen von der demütigenden Situation gerade nicht zur Wehr setzen kann. So ist der Konflikt zwischen dem Personal im Maßregelvollzug und den Patienten schon strukturell bedingt.

Das Strafbedürfnis der Gesellschaft

Psychisch kranken Straftätern soll eine Heilbehandlung zukommen. Auf der anderen Seite dominiert ein massives Strafbedürfnis der Gesellschaft, und zwar so stark, daß die Behandlungsbemühungen stets bedroht sind. Riewald sieht schon 1927 als wesentliche Ursache des Strafbedürfnisses der Gesellschaft die unbewußte Identifizierung auch mit dem psychisch kranken Delinquenten: »Die Wut darüber, daß er sich herausnimmt, was jedermann sich verbietet, solange es verboten und noch nicht befohlen ist, diese Wut kühlt sich, indem sie Gleiches mit Gleichem vergilt, die Tat des Stellvertreters an ihm wiederholt.« Dadurch, daß die kriminelle Tat zur Ausnahme erklärt wird, kann die Gesellschaft ihr Bild von der »heilen Welt« retten. So bedarf es der gesellschaftlich ausgestoßenen Gruppe der psychisch kranken Kriminellen, um die Unterschiedlichkeit zwischen Normalität und Kriminalität zu sichern. Jeder Mensch, der nicht hinter Klinikmauern sitzt, kann sich zum Kreis der »Guten« zählen.

Für E. FROMM (1978, S. 139) stellt die Strafjustiz ein Mittel dar, dessen sich die Protagonisten staatlicher Autorität bedienen, um sich der Bevölkerung als strafende Vaterfiguren aufzudrängen. Die Vaterübertragung auf den Staat und insbesondere auf die Strafjustiz als Inkarnation der Macht des Vaters, strafen zu können, dient der Aufrechterhaltung der gesellschaftlichen Hierarchie.

Auch Forensische Psychiatrien könnte man demnach als für die in Freiheit

Lebenden konstruiert sehen. Sie haben die Funktion, auf Freiheitsentzug zu verweisen und mit ihm zu drohen. Sie halten eher die extramurale Bevölkerung zu normgetreuem Verhalten an, als daß sie für die Patienten sinnvoll sind. Th.W. ADORNO u. a. (1950) führt in seinem Buch *Die autoritäre Persönlichkeit* die aggressive Autoritätssucht der Persönlichkeit als ursächlich für den Fortbestand von sanktionierenden totalen Institutionen an. Die betreffende Persönlichkeit versucht, überall Menschen zu finden, die konventionelle Normen verletzen, um auf Bestrafung zu drängen und zu verurteilen. Nonkonformisten, Minoritäten und Rechtsbrecher werden so zu Sündenböcken der autoritätshörigen Persönlichkeiten, die auf diese Weise ihre stark verdrängten, destruktiven und sadistischen Impulse ausleben.

Der gesellschaftlich geforderte Triebverzicht ist nicht mehr aufrechtzuerhalten, wenn einige wenige sich über diese Forderung hinwegsetzen. »Wenn ein anderer der Strafe entschließt, warum muß ich dann Triebverzicht leisten?« (ALEXANDER/STAUB 1971, S.409). Das Über-Ich vieler Menschen ist nicht so weit verinnerlicht, daß es nicht äußerer stabilisierender Maßnahmen wie der Strafandrohung bedarf, um gesellschaftliche Anpassungsleistung zu erreichen.

Die Arbeit im Maßregelvollzug befindet sich in einem steten Kampf gegen das Strafbedürfnis der Gesellschaft, ihr wird zutiefst mißtraut, sie wird verleumdet und mißachtet. Somit ist der Arbeitsplatz Forensische Klinik emotional stark belastet, er enthält einen zermürbenden Aspekt professionellen Handelns, indem dort auf der einen Seite das Scheitern der Gesellschaft verwaltet, auf der anderen Seite aber angefeindet wird.

Die Rolle der Behandler im Maßregelvollzug

Im Maßregelvollzug arbeiten unterschiedliche Berufsgruppen miteinander. Neben der Verwaltung bilden Pflegekräfte und Ärzte, Sozialarbeiter, Kunst- und Arbeitstherapeuten, Sport- und Bewegungstherapeuten, Psychologen, Lehrer und zuweilen Pfarrer den Personalstab. Dieser ist klar hierarchisch gegliedert. Alle gemeinsam sind arbeitsteilig an der Verwirklichung des gesetzlichen Auftrags, der Heilung der Patienten und des Schutzes der Öffentlichkeit vor weiteren Straftaten, beteiligt. Daraus ergibt sich bereits der Grundkonflikt einer Anstalt. Die Patienten spalten die Behandler in die Guten und Bösen, je nachdem wie hoch der Verwahrungsaspekt in ihrer konkreten Arbeit angesiedelt ist. Ärzten, Sozialarbeitern, Psychologen, Pfarrern etc. wird daher eher, wenn auch nicht immer, die Rolle des Helfers und den Pflegekräften die des »Wärters« zugeschrieben. Dementsprechend herrschen, abgesehen von den praktisch unterschiedlichen Arbeitsbereichen, für beide Personalgruppen unterschiedliche Ausgangsvoraussetzungen zur Kontaktaufnahme.

Es entstehen zahlreiche Verhaltensunsicherheiten, denn die Pflegenden

spüren in ihrer täglichen Arbeit den Widerspruch zwischen Sichern und Verwahren sowie Behandeln. Ihr anfängliches Engagement entwickelt sich mehr und mehr zu sozialem Abstand (GOFFMAN 1973).

Aufgrund der Schwere der Störung herrscht viel Angst in der Beziehungsgestaltung zum Patienten. Die Atmosphäre von Aussichtslosigkeit kennzeichnet gerade die Arbeit im Bereich des §64. Die Behandler resignieren schnell. Es läßt sich eine außerordentlich hohe Mitarbeiterfluktuation feststellen, die nicht nur mit den oft recht unattraktiven Standorten Forensischer Psychiatrien zu erklären ist. Unterschiedliche Bewältigungsstrategien werden »gewählt«: Resignation, »innere Kündigung«, Dienst nach Vorschrift, aggressive Kompensation oder physische und/oder psychische Erkrankung.

Als in früheren Jahren noch die Verwahrfunktion der Forensischen Psychiatrien dominierte, konnten die Pflegenden klaren Regeln folgen. Das ältere Personal war wenig spezifisch ausgebildet und aus der ländlichen Bevölkerung rekrutiert. Das heutige Anforderungsprofil des modernen Psychiatriepflegers überfordert viele langgediente Pflegekräfte, sie halten es für diffus. Damals hatten die »Wärter« die genaue Befolgung der Anstaltsregeln sicherzustellen und zugleich mit gesundem Menschenverstand Bedingungen zu erhalten, unter denen nur ein Minimum an Patienten verärgert und rebellisch wurde. Mit den Worten eines Verwaltungsbeamten: »Der gute Wärter ist derjenige, der die beste Disziplin mit den wenigsten Reibungen erreicht.« (zit. nach MAYNTZ 1968, S. 161). Heute sollen sie »alle Möglichkeiten der Organisation in einem Programm individualisierter Behandlung koordinieren« (ebd., S. 162). Insassen werden zu »Klienten«. Die angewandte Verhaltenstheorie der Pflegenden stellt eine Mischung aus Menschenfreundlichkeit, Mittelschichtwerten und psychiatrischen Prinzipien dar. Proportional zum Anwachsen ihres Ermessensspielraums wächst ihre Verhaltensunsicherheit. In ruhigen Zeiten sollen sie aufnahmefähig und freundlich sein, die Persönlichkeit des einzelnen Patienten respektieren, die Regelverletzungen einzelner eher als Unvermögen, Regeln zu befolgen, denn als eine vorsätzliche und bewußte Überlegung sehen. In unruhigen Zeiten jedoch werden sie an ihre angestammten Pflichten als Aufseher erinnert.

Die Institution versetzt die Angehörigen des Pflegepersonals in eine Art »Vorgesetztenfunktion« den Patienten gegenüber. Es werden Objekt-Subjekt-Relationen geschaffen. Freiheitsentzug *zwingt* das Personal zum permanenten Eingriff in die Selbstgestaltung anderer. Diese Machtbefugnisse sind durchaus geeignet, narzißtische Bedürfnisse nach Grandiosität zu befriedigen; selbst unbewußte sadistische Impulse können ausgelebt werden. Die Angestellten erfahren durch ihre Rolle als unmittelbar dem psychisch kranken Straftäter Übergeordnete zunächst eine Ich-Erweiterung im Sinne einer Steigerung des Selbst- und Eigenmachtgefühls. Sekundär sind sie jedoch der Diskriminierung der Öffentlichkeit ausgesetzt. Die Berührung mit dem ertapp-

ten Täter läßt sie selbst schuldig werden. Ihr sozialer Status ist gering. Stereotype wie »Wärter« führen oft dazu, daß die Angehörigen des Pflegedienstes das Prinzip von Sicherheit und Ordnung überbetonen und die Patienten ihre Rolle als »Zwangsobjekte« besonders kraß spüren lassen.

Um eigene Diskriminierung zu kompensieren, ihr jede Berechtigung zu nehmen, muß die soziale Distanz zum Patienten in all ihren Merkmalen erhalten, wenn nicht erweitert werden. Die in Forensischen Psychiatrien Arbeitenden, die die Chance hätten, ein realistisches Bild des psychisch kranken Straftäters zu entwickeln, da sie ständig und unmittelbar mit ihm in Kontakt stehen, müssen gerade, um sich sozial differenzieren zu können, einen »Lumpenkomplex« entwickeln und kultivieren, der eine archaische Kategorisierung von Gut und Böse und eine Stereotypenbildung beinhaltet. Gesellschaftliche Vorurteile verschärfen sich, anstatt überprüft zu werden.

Die Überlegenheit den Patienten gegenüber, die das Personal aufgrund ihrer Macht und der Gewißheit hat, der moralisch bessere Mensch zu sein, hat ihr masochistisches Pendant: die gesellschaftliche Diskriminierung und das eigene Eingeschlossensein. R. BINSWANGER (1978, S. 1151) spricht von Kollusion der Personengruppen: »Hinter der oberflächlichen Polarisierung zwischen Insassen und Personal verbirgt sich teilweise eine Kollusion gegenseitiger Befriedigung unbewußter Bedürfnisse.« Auch die Behandler sind acht Stunden lang täglich eingesperrt und können sich nur mit Hilfe des Schlüssels frei bewegen.

Bei der Berufswahl mögen auch Abwehraspekte eigener latenter Kriminalität eine Rolle spielen. Als Mitglied dieser Organisation haben die dort Tätigen die Aufgabe, Kriminalität in Schach zu halten. »Es ist geradezu ein diagnostisches Merkmal starker, unverarbeiteter asozialer Tendenzen, wenn jemand sich allzu eifrig in den Dienst des Sühnedankens stellt. Die oft merkwürdige unterirdische Affinität zwischen Verbrecherwelt und ihren amtlichen Verfolgern ist aus diesem psychischen Vorgang zu erklären. Mit einem Teil seiner Seele, dem unbewußt triebhaften, steht ja jeder Mensch, aber ganz besonders der eifrige Verfolger des Verbrechers, auf dessen Seite. Diese unbewußte Sympathie wird durch die Verdrängungsinstanz am Bewußtwerden verhindert und in der Verfolgung des Täters überkompensiert.« (ALEXANDER/STAUB 1971, S. 410)

Positiv ausgedrückt hieße dies, im Maßregelvollzug Tätige haben einen nahezu »genialen Weg« gefunden, ihre eigene latente Kriminalität zu leben. Für die Effektivität von Behandlungsarbeit sind die oben angestellten Überlegungen von zentraler Bedeutung. Unbewußte Kollisionen verhindern Heilung, wenn Ausbildung und Supervision keine Möglichkeiten schaffen, den unbewußten Motiven der Berufswahl in einem angstfreien Klima auf die Spur zu kommen.

Die Klientel in der Forensischen Psychiatrie

Supervision im Maßregelvollzug ist auch deshalb unter besonderen Vorzeichen zu betrachten, weil die Klientel sehr »speziell« ist. Bei Formen neurotisch bedingter Delinquenz, dem Verbrecher aus Schuldbewußtsein, wie ihn Freud beschrieb, deckt die Unterbringung in einer Forensischen Abteilung das unbewußte Strafbedürfnis im hinreichenden Maß ab. Die Klinik funktioniert wie ein institutionalisiertes sadistisches Über-Ich. Schuldgefühle – bei Freud nicht Resultat, sondern unbewußte Motivation der Delinquenz – werden durch die Tat und deren Sühne, symbolisiert durch den Aufenthalt im Maßregelvollzug, befriedet.

Neurotische Kriminalität ist heute ein weitaus marginaleres Phänomen als zu Lebzeiten Freuds. Dennoch finden sich unter den Tötungsdelinquenten, den Sexualstraf Tätern und vereinzelt auch unter den Eigentumsdelinquenten in Forensischen Psychiatrien immer wieder Patienten mit eindeutig neurotischer Struktur. Diese verarbeiten ihren Aufenthalt sehr oft durch ein hohes Maß an Anpassungsbereitschaft. Sie wirken entlastet durch ihren Aufenthalt in der Klinik. Das drückende Schuldgefühl ist legitimiert, und sie haben ein äußeres Zeichen gesetzt: »Ich bin ein schlechter Mensch.« Diese negative Identitätsbeschreibung entlastet vom enormen Druck des strafenden, rigiden Über-Ichs. Gleichzeitig bringt die passive Unterwerfung unter das Klinikreglement die Sicherheit des »väterlichen« Schutzes. Durch die Anpassung bleiben Entwicklungsaufgaben, die schon in der Herkunftsfamilie nicht angegangen wurden, erneut unbearbeitet. Die Auseinandersetzung wird vermieden und damit männliche Identitätsfindung blockiert. Die Biographie vieler Verurteilter weist an diesem Punkt deutliche Parallelen auf. Väter fehlen ganz, sind unbekannt oder haben sich früh von der Mutter getrennt. Häufig sind sie schwach durch Alkoholismus und/oder aufgrund ihrer Persönlichkeitsstruktur. Selten hatten sie Gelegenheit zur positiven Identitätsfindung durch ein geeignetes männliches Modell.

Extramural fehlt es oft innerlich wie äußerlich an Struktur. Die Patienten kommen oft aus der Arbeitslosigkeit und werden am Ende des Klinikaufenthalts wieder in sie entlassen. Wieder sind sie durch das Vakuum im Alltag überfordert. Hinter Gittern hingegen ist der Tag geregelt: Arbeit, Mahlzeiten und sogar der Freizeitbereich sind genau festgelegt. Die Klinik bietet Struktur und hilft somit, die Desintegration der Persönlichkeit zu verhindern.

Das Leben psychisch kranker, dissozialer Menschen steht unter dem Schatten der ewigen Suche nach Grenzen. Es fehlte an Auseinandersetzung und Reibungsmöglichkeit (mit dem Vater). Sie verschaffen ihrem Leben als Delinquente einen hohen Spannungspegel. Dieser bietet ihnen »Ersatzreibung«. Die permanente Aktion dient der Flucht vor innerer Leere und Hilflosigkeit, die die mißlungene Triangulation hinterließ. Der hohe Spannungspegel hilft

scheinbar über das innere Vakuum hinweg. Für das Agieren und Externalisieren innerer psychischer Konflikte ist in der künstlichen Welt der Klinik ausreichend Raum gegeben, so daß das bedrohte und schwache Ich Stärkung erfährt und das Gefühl inneren Totseins scheinbar überwunden werden kann.

Die Manipulation der Umwelt – auch so kann man Kriminalität begreifen – ist auf der einen Seite determiniert durch die Sehnsucht nach Grenzen. Auf der anderen Seite machen die Dissozialen sich die Welt aufgrund ihres unstillbaren, fast süchtigen Verlangens nach Zuwendung und Bestätigung passend. In extrem alloplastischer Weise wird die Welt der inneren Bedürfnisstruktur entsprechend geformt. Dieser Seinsmodus garantiert sofortige Spannungsabfuhr, ist aber auf der anderen Seite Garant für Einsamkeit. Die Dissozialen treffen in der Manipulation immer nur sich selbst wieder, sie bleiben allein und unbeantwortet. So kämpfen sie mit der Umwelt, statt sich mit ihren inneren Konflikten auseinanderzusetzen. Das Aggressionspotential wird benutzt zur Flucht nach vorn, zur Enttäuschungsprophylaxe. Auf diese Weise müssen sie nicht in Kontakt kommen mit ihren Entbehrungen und Schmerzen. Sie befürchten unbewußt die Desintegration der Persönlichkeit, der sie aktiv zuvorkommen.

Kriminalität – verstanden als Externalisierung innerpsychischer Konflikte – kann somit als die unbewußte Suche nach dem Vater gesehen werden. Die Externalisierung ist ein typisches Merkmal dissozialer Menschen (RAUCH-FLEISCH 1981). Externalisierung ist in interaktionalen Bezügen wie in Partnerschaften, aber auch in Abwehrrangements mit Institutionen möglich. Die Forensische Psychiatrie («Vatersubstitut Klinik») bietet sich an, neurotische, auch paranoide Bedürfnisse zu befriedigen: »Alle wollen mir was!« Sie stellt einen idealen Partner im Abwehrrangement vieler Patienten dar. Die totale Institution garantiert weiterhin den Kampf mit der Umwelt. Sie bietet die Grenzziehung, nach der sich die psychisch kranken Delinquenten sehnen, und ermöglicht zugleich, innere Konfliktfelder nach außen zu verlagern. Die Patienten in Forensischen Psychiatrien waren Zeit ihres Lebens multiplen Entfremdungsprozessen unterzogen. Sie wuchsen (wenn überhaupt) in innerlich gespaltenen Familiensystemen auf. Der Vielfrontenkrieg mit den Menschen in ihrer unmittelbaren Umgebung ist ihnen genauso vertraut wie die inszenierte Auseinandersetzung mit Institutionen.

So finden sich zahlreiche zum Teil kalkulierte, zum Teil unbewußte Vielfrontenkriege zwischen den Beschäftigten und den Patienten. Dies prägt die Arbeitsatmosphäre deutlich.

Supervision im Maßregelvollzug

Supervision hat es nicht leicht, sich in diesen Spannungsverhältnissen inmitten großer Konflikte zwischen den Interessensgruppen, zu etablieren. Im

Maßregelvollzug sollen Menschen mit unterschiedlichstem Status und unterschiedlichen Kompetenzen zusammenarbeiten: Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, die über höhere Freiheitsgrade in der Gestaltung ihres Arbeitsablaufes verfügen, erregen oft den Neid der Pflegekräfte. Sie haben flexiblere Arbeitszeiten, müssen keinen Schichtdienst absolvieren und stehen nicht im unmittelbaren Konkurrenzkampf um die wenigen lukrativen Leitungspositionen. Sie verdienen weitaus mehr und stehen in der Regel der Leitung aufgrund des gemeinsamen Status näher. Hinzu kommt, daß viele, die ihren Arbeitsplatz in dieser totalen Institution wählen, durch Arbeitslosigkeit motiviert wurden. Mißgunst, Rivalität und Neid sind institutionelle Phänomene. Rivalitätsspannungen prägen den Arbeitsalltag.

Supervision findet oft innerhalb einer Fachgruppe statt. Teamsupervision hingegen zu etablieren ist oftmals von viel Widerstand begleitet. Hintergrund dessen sind häufig massive Spannungen zwischen den Berufsgruppen, die den Wunsch nach Kooperation schmelzen lassen. Dabei könnte der gemeinsame Supervisionswunsch, die gemeinsame Definition als »Hilfebedürftige«, einen Beitrag zu mehr solidarischem Miteinander leisten. Ein Konsens darüber, daß eine so schwierige Arbeit mit dem ihr innewohnenden hohen Kränkungs-potential helfende, stützende und erklärende Supervision braucht, ist oftmals nur schwerlich herzustellen.

Das Arbeitsziel

Zur Frage der Besonderheiten in der Supervision im Maßregelvollzug ist zunächst einmal das Arbeitsziel zu nennen. Die Veränderungserwartungen an die Patienten und damit mittelbar auch an die dort Tätigen werden von externen, sozialen Instanzen – wie Gericht, Strafvollstreckungskammer – formuliert. Da Dissozialität u. a. bedeutet, in Konflikt mit gesellschaftlichen Normen geraten zu sein, lautet der oft nicht einmal ausgesprochene Anspruch an die Arbeit im Maßregelvollzug: völlige Symptombefreiheit der Patienten. Die »Symptomatik«, wenn man durch psychische Krankheit motivierte Kriminalität so nennen will, ist unmittelbar erkennbar, die Gefahr eines Rückfalls hat u. U. immense Fremddestruktion zur Folge. Bei Scheitern der Behandlungsmaßnahmen stehen die Behandler unter massivem inneren und äußeren Druck, denn anders als andere Symptome, die eher mit autoaggressivem Verhalten einhergehen, gehört zu antisozialem Verhalten mindestens die Manipulation der Umwelt und schlimmstens die Zerstörung menschlichen Lebens. Der Erfolgsdruck ist in keinem anderen psychosozialen Feld so groß. Entscheidungen wie das Gewähren von Urlauben und Ausgängen bergen auch bei noch so gewissenhafter Prüfung ein Restrisiko. Die vorgesetzten Instanzen ebenso wie die Öffentlichkeit belauern geradezu Fehlentscheidungen.

Für den Supervisor ist es wichtig, darauf zu achten, daß sich bei so viel Gegenwind bei den Behandlern keine unbewußten Verbrüderungstendenzen mit den Patienten verfestigen. Ein Schulteranschluß: »Wir gegen den Rest der Welt«, ist genauso kontraindiziert wie eine übermäßig restriktive Haltung. Es gilt ebenso, feindliche Projektionen auf die Justizorgane zu benennen und zu bearbeiten. Oftmals dienen diese als Sündenböcke für nicht greifende Behandlungsbemühungen.

Der Supervisor muß sich darauf einstellen, daß der Erfolgsdruck an ihn in der Supervisions-sitzung weitergegeben wird. An der Frage nach dem Arbeitsziel entwickeln sich häufig Konflikte zwischen den Pflegekräften und dem akademischen Personal. Durch ihre Rolle verstehen sich die Pflegenden eher als Garanten der inneren und äußeren Sicherheit. Damit entstehen Verfestigungen, die die Kooperation erschweren. Die akademischen Mitarbeiter gelten oft einseitig als zuständig für die Seele, für die Vergünstigungen und die »saubere Arbeit«, die Pflegenden sind diejenigen, die die Räume der Patienten nach Drogen durchsuchen, die schlechten Nachrichten überbringen und Versagungen aussprechen.

Inhalte von Teamsupervision sollten die Auflösung der Stereotypen beider Berufsgruppen sein. Gerade die Frage des gemeinsamen Arbeitsziels, etwa die Behandlungsplanung für einen einzelnen Patienten, bietet sich an, in einen Dialog zu kommen, der Fragen der Sicherheit und der Behandlungsorientierung gleichermaßen berücksichtigt und hilft, Klischees aufzuheben. Erschwerend kommt hinzu, daß Ärzte, Psychologen und Pflegenden häufig nicht über gleiche »Krankheitskonzepte« verfügen. Subjektive Theorien über die Entstehung von psychischer Krankheit, Kriminalität, Perversion und Sucht sind recht unterschiedlich und oftmals ideologisch aufgeladen. Hier kommt dem Supervisor häufig Dolmetscherfunktion zu, um zwischen den unterschiedlichen Sprachen zu vermitteln.

Die Motivation zur Supervision

Die Schwierigkeit, Supervision im Maßregelvollzug als selbstverständlich oder gar obligatorisch einzuführen, läßt sich neben der eher rationalisierenden Begründung durch finanzielle Engpässe auch als Spiegelphänomen der Behandlungsmotivation der Patienten verstehen. Patienten wird die Motivation zu Behandlungsmaßnahmen aller Art (soziales Kompetenztraining, Psychotherapie, Alphabetisierungskurse, Berufsausbildungen u. v. m.) oft deshalb abgesprochen, weil man ihren Leidensdruck vermißt. Sie agieren ihre Bedürfnisse aus und verschaffen sich Befriedigung sofort, so daß aus triebtheoretischer Sicht kaum eine Notwendigkeit zur Arbeit an der Persönlichkeit besteht. Der Begriff der Behandlungsmotivation von psychisch kranken Straftätern muß jedoch anders gefaßt werden.

Wir finden in der Forensischen Psychiatrie Menschen mit malignen Lebenskarrieren und wenig protektiven Faktoren in ihrer Sozialisation. In der Regel handelt es sich um Ohnmachtssozialisationen, einhergehend mit Entbehrungen nicht nur materieller Art. Die Patienten nehmen eine externe Bestimmung des »locus of control« vor. Ihre Identität ist beschädigt und wird häufig während der Inhaftierung weiter demontiert. Der Anstoß für Behandlungsmaßnahmen im weitesten Sinne ist häufig nicht primär durch den Wunsch des Klienten gegeben. Die Hoffnung auf Vergünstigungen, die Erfüllung des Behandlungsplans, um in den Genuß vorzeitiger Entlassung zu kommen, stehen im Vordergrund. Wobei es unrecht wäre, den Anteil von Patienten nicht zu erwähnen, den heftige Schuld- und Schamgefühle plagen und der aus eigenem Antrieb heraus Hilfe sucht.

Behandler in der Forensischen Psychiatrie sehen sich oft einer ablehnenden Haltung ihren Behandlungsangeboten gegenüber. Diese ist nur dann verstehend und aushaltbar, wenn es dem Supervisor gelingt, immer wieder auf die strukturellen Defizite psychisch kranker, dissozialer Menschen Bezug zu nehmen. Nur so läßt sich das Ausmaß persönlicher Kränkung eingrenzen. Da das Beziehungsgefüge Patient-Behandler nahezu den Charakter einer Bringschuld erreicht – man trägt den Patienten Behandlungsmöglichkeiten hinterher –, besteht die Gefahr von Resignation und/oder Zynismus.

Diese Unlust, die fehlende Motivation der Patienten, ist manchmal eine der Ursachen, gar nicht erst Supervision in Anspruch zu nehmen. Man könnte von einer Art »Infektion« der Unlust sprechen. Die Arbeit mit einer Klientel, die von Aussichtslosigkeit, fehlenden Perspektiven und hoher Rückfallquote gekennzeichnet ist, stellt hohe Anforderungen an die Mitarbeiter. Häufig ist ein Phänomen der Ansteckung mit Resignation zu beobachten. Die Idee, Supervision mit positiven Konnotationen oder gar Visionen zu versehen, fällt auch aufgeschlossenen und engagierten Supervisoren in diesem Milieu schwer.

Gerade aber die Arbeit mit psychisch kranken Dissozialen, deren Kennzeichen es ist, innere Konflikte durch Handlungen zu lösen, braucht ein stabiles Setting. »Nicht zuletzt kommt dem Supervisor die Aufgabe zu, ein Klima zu schaffen, in dem Mißerfolg, Enttäuschung und Kränkungen ausgesprochen werden können, weil nur so die Entstehung von Ressentiments sich verhindern läßt.« (MOSER 1977, S. 179)

Kommt ein Arbeitsbündnis dennoch zustande, wird dem Supervisor höchst ambivalent begegnet. Fragen der Motivation des Erfolgs werden an den Supervisor delegiert. Das Mißtrauen und die Härte der Arbeit in der totalen Institution läßt sich oft atmosphärisch – als Spiegelphänomen – in den Sitzungen spüren. Ebenso wie die Patienten sind die Supervisanden in totalen Institutionen höchst mißtrauisch und wittern fast paranoid hinter dem Beitrag zur Psychohygiene am Arbeitsplatz – der Supervision auch sein sollte – eine weitere Kontrollmöglichkeit oder eine perfide Form der Sanktionierung durch die Leitung.

Die Beziehung zum Supervisor

Im Kontakt zum Supervisor spiegelt sich die oft mühevoll zu gestaltende Beziehung der Pflegekräfte zu den Patienten.

Die Patienten kommen aus deprivierten Milieus und erleben in der Haft mehr als nur eine kommunikative Deprivation. Der Alltag ist geprägt von Monotonie und Kompetenzverlust. Hinzu kommt, daß Kennzeichen vieler psychisch kranker Dissozialer vor allem eine hohe Ambivalenz gegenüber intensiven Beziehungen ist. Die Gefahr von Abhängigkeit wird schnell erlebt, denn der Patient nimmt seine Symbiosewünsche wahr, und dabei werden ungeheure Ängste virulent. Die Angst besagt, daß die bislang notdürftig geflickten Wunden früherer, traumatisch erlebter Beziehungserfahrung drohen wieder aufzureißen.

Der Supervisor in totalen Institutionen sieht sich in einem ähnlichen Dilemma. Die Wünsche der Supervisanden sind oftmals riesengroß, ohne daß sie eingestanden und verbalisiert werden könnten. Sie vermitteln sich eher atmosphärisch. Es fällt gerade Menschen, die im Maßregelvollzug tätig sind, schwer, ihre professionelle Bedürftigkeit zu zeigen. Sind sie doch Tag für Tag mit Suizidhandlungen, gewaltsamer Dekompensation und massiven Auseinandersetzungen einer schwierigen Klientel konfrontiert, die vermeintlich keine »Schwäche« beim Behandler duldet. Es schleicht sich leicht eine narzißtisch überhöhte Haltung des Alleskönners und Souveräns ein, der die Möglichkeiten, Supervision zu nutzen, einschränkt.

Oftmals ist es der Supervisor, der durch sein Modell Werte wie Verbindlichkeit, Stabilität von Kontakt und nicht mißbräuchliche Beziehung repräsentieren muß. Er steht oft für ein Gegenmodell von Arbeitsbeziehung, ist Garant für ein kleines bißchen Normalität in dieser fremden Welt hinter Gittern. Er kann helfen, daß auch für Behandler Mord ein Tabu und regelkonformes Leben kein seltsames Phänomen darstellt.

Der Supervision im Maßregelvollzug wohnt ein hohes Kränkungspotential inne. Es ist für alle schwierig, längere Zeit ohne spektakuläre Erfolge zu leben und die sadomasochistischen Gegenübertragungsphänomene sowie viel Arbeit in der negativen Übertragung auszuhalten. Dem Supervisor kommt in diesem Übertragungsgefüge eine besonders pflegerische Rolle zu. Er muß vielfältig unterstützen und anerkennen, um den Behandlern eine Möglichkeit der Psychohygiene durch Supervision zu ermöglichen. Die schwere Arbeit ist ohne rückgratstärkende Funktion der Supervision fast nicht zu leisten.

Schlußbemerkungen

«Dissoziale lassen einen niemals kalt, sie zwingen den anderen, affektiv zu ihnen Stellung zu nehmen.» (RAUCHFLEISCH 1981, S. 138) Dabei lassen sich meiner Erfahrung nach zwei konträre Affekte finden: hohes emotionales Engagement versus rigide Ablehnung. Diese dichotome Haltung den Patienten gegenüber finde sich sowohl bei den Professionellen (Richtern, Sozialarbeitern, Psychologen etc.) als auch in gerichtlichen Gutachten, der Presse und auch in wissenschaftlichen Publikationen.

Das Spaltungsphänomen läßt sich zurückführen auf voneinander getrennte Gefühlsanteile des psychisch kranken, dissozialen Menschen. Er inszeniert seinen Innenkonflikt in der Außenwelt. So braucht er seine Zerrissenheit nicht innerlich zu spüren, sondern trennt die Mitmenschen in ganz gute und ganz böse. So kommt es dazu, daß in Teams der Kliniken, aber auch in Supervisionsgruppen immer wieder Spaltungsphänomene zu finden sind.

Die Behandler sind oft hin und her gerissen zwischen Optimismus und Anteilnahme auf der einen sowie Hilflosigkeit und Resignation auf der anderen Seite. Der strukturelle Zielkonflikt der Institution spiegelt sich überindividuell im supervisorischen Setting wider. Die emotionale Haltung der Behandlung von psychisch kranken Dissozialen unterliegt meist einem phasischen Verlauf in der Einschätzung der eigenen Effektivität. Realistische Zielfindung mit Hilfe des Supervisors dient oftmals der Burnout-Prophylaxe. Es gilt zu verhindern, daß sich die typischen Reaktionsmöglichkeiten des Klinikpersonals verfestigen:

- Rückzug, das heißt Trennung von der Institution.
 - Manipulation, das heißt äußere Gefügigkeit gegenüber der Institution und innerer Widerstand durch Identifikation mit der Ohnmacht der Patienten.
- Der eine Ausweg ist ebenso wenig wünschenswert wie der andere. Berechtigte Hoffnung, diese Wege könnten dauerhaft vermieden werden, besteht nur, wenn genügend Möglichkeit zu konstruktiver Auseinandersetzung sowohl auf der Ebene mit gleichrangigen Kolleginnen und Kollegen als auch mit übergeordneten Instanzen besteht.

Literatur

- ADORNO, Th. W. u. a. (1950): *The Authoritarian Personality*. New York.
- ALEXANDER, F.; STAUB, H. (1971): *Der Verbrecher und seine Richter*. In: MOSER, T. (Hg.): *Psychoanalyse und Justiz*. Frankfurt a. M., S. 205–321.
- BENEDETTI, G. (1975): *Ausgewählte Aufsätze zur Schizophrenielehre*. Göttingen.
- BINSWANGER, R. (1978): *Rahmenbedingungen analytisch orientierter Psychotherapie im Strafvollzug*. In: *Psyche*, 32, S. 1148–1166.

- FREUD, S. (1982): Einige Charaktertypen aus der psychoanalytischen Arbeit. Studienausgabe Bd. 10. Frankfurt a. M.
- FROMM, E. (1978): Analytische Sozialpsychologie und Gesellschaftstheorie. Frankfurt a. M.
- GOFFMAN, E. (1973): Asyle. Frankfurt a. M.
- MAYNTZ, R. (Hg.) (1968): Bürokratische Organisationen. Köln/Opladen / Berlin.
- MENTZOS, S. (1990): Interpersonale und institutionalisierte Abwehr. Frankfurt a. M.
- MOSER, T. (1977): Zum Problem psychoanalytisch orientierter Supervision. In: *Forensische Sozialtherapie*, 16, S. 177–182.
- RAUCHFLEISCH, U. (1981): Dissozial. Göttingen.
- REIK, T. (1971): Geständniszwang und Strafbedürfnis. In: Moser, T. (Hg.): *Psychoanalyse und Justiz*. Frankfurt a. M.
- SCHWENDTER, R. (1991): Totale Institutionen. In: *Gestaltbulletin*, 1, S. 64–72.