



Pfaefflin_F_2019

Möglichkeiten und Grenzen der Psychotherapie im Straf- und Maßregelvollzug

Friedemann Pfäfflin

„Möglichkeiten und Grenzen der Psychotherapie im Straf- und Maßregelvollzug“, in: Fromm Forum (Deutsche Ausgabe – ISSN 1437-0956), 23 / 2019, Tuebingen (Selbstverlag), pp. 65-84.

Copyright © 2019 by Professor Dr. med. Friedemann Pfäfflin, bis 2010 Leiter der Sektion Forensische Psychotherapie an der Universität Ulm, Ulrichstr. 1, D-89077 Ulm; E-Mail: friedemann.pfaefflin[at-symbol]uni-ulm.de

Einleitung

Das Thema „Möglichkeiten und Grenzen der Psychotherapie im Straf- und Maßregelvollzug“ lässt sich sehr unterschiedlich abhandeln, z.B. durch die Darstellung statistischer Daten, die zeigen, wie viele Strafgefangene bzw. Maßregelpatienten wo mit welchen Methoden und mit welchem Erfolg behandelt werden. Das sind wichtige Daten, aber dazu müssten hier sehr viele Tabellen mit ungezählten Daten auf PowerPoint vorgeführt werden. Ich wähle hier einen anderen Zugang und werde anhand meiner eigenen biografischen Entwicklung erzählen, wie ich mit dem Thema in Berührung kam, welche Schwerpunktverschiebungen es dort in den zurückliegenden fast 50 Jahren gab, wo es nach meinem Eindruck Verbesserungen gegeben hat, aber auch, wo es zu deutlichen Verschlechterungen gekommen ist. Dazwischen werde ich vier Kasuistiken einfügen, und hoffe so, das Thema anschaulicher vermitteln zu können als bei einer Präsentation statistischer Daten.

Dass ich schließlich in diesem Arbeitsfeld landete, hat viel mit Erich Fromm zu tun, worüber ich gleich noch mehr sagen werde. Wie schon aus meinem Familiennamen hervorgeht, stehe ich in einer langen theologischen Tradition. Als ich kurz vor dem Abitur zu Hause kundgab, dass ich Medizin studieren wollte, riet mir mein Vater nachdrücklich davon ab. Er sagte: „Wenn du Arzt wirst, kannst du genauso gut einen Milch- und Käseladen aufmachen, wie der hier um die Ecke, wo wir täglich die Milch holen. Es werden Patienten mit Rückenschmerzen, Hühneraugen, Schnupfen und Fieber kommen. Du wirst ein paar Pillen und Pflaster verschreiben und kaum Zeit haben, dich mit dem einzelnen Patienten näher zu befassen. Studiere Theologie, da kannst du was bewegen, da hast du jeden Sonntag ein großes Publikum, dem du die Welt deuten und dadurch Einfluss auf gesellschaftliche Entwicklungen nehmen kannst.“ Das brachte er so nachhaltig vor, dass klar war, ich müsste, so wie bereits drei ältere Brüder von mir, selbstverständlich Theologie studieren und die Sache mit der Medizin könnte ich mir gleich aus dem Kopf schlagen.

Also habe ich Theologie studiert und das bis heute nicht bereut, weil dieses Studium das breite Spektrum der abendländischen Philosophiegeschichte ebenso wie der politischen Geschichte des Abendlandes eröffnete und mich dazu ermunterte, zu fragen und zu untersuchen, welche



Faktoren zu welchen Entwicklungen beigetragen hatten. Als ich nach Abschluss des Theologiestudiums dann doch noch Medizin studierte, merkte ich schnell, wie bereichernd das vorausgegangene Studium war, insbesondere wenn ich die Naivität meiner ca. sechs Jahre jüngeren medizinischen Kommilitonen sah, die nur mit Auswendiglernen beschäftigt waren und sich zufrieden gaben, wenn sie sagen konnten, „da gibt es eine Untersuchung, die belegt, dass ...“, aber auf Nachfrage keine Ahnung hatten, unter welchen Bedingungen die Untersuchung zustande gekommen war, ob ihre Methodik überhaupt geeignet war, die zur Debatte stehende Fragestellung schlüssig zu erfassen, wie groß die Stichprobe war, ob es eine Vergleichsstichprobe gab etc.

Dass ich doch noch Medizin studierte und schließlich Psychoanalytiker wurde, später auch noch Psychiater, hat wesentlich mit Erich Fromm zu tun, wenn auch nicht mit seinen heute schon mehrfach zitierten Arbeiten zum Strafrecht. Gegen Ende des Theologiestudiums hatte ich bei einem Professor für Praktische Theologie, der auch Psychoanalytiker war, Joachim Scharfenberg, Seminare besucht. Er hatte mir einerseits Arbeiten von Erik Homburger Erikson, u.a. *Identität und Lebenszyklus* (1959), und andererseits Erich Fromms Schrift *Die Entwicklung des Christendogmas* (1930a) ans Herz gelegt. Dieser Beitrag Fromms stellte die Weiche, dass ich jetzt Psychoanalytiker werden wollte. Es ist eine so eindrucksvolle kurze Zusammenfassung der christlichen Dogmengeschichte und zeigt, wie die matriarchalen Religionen des Vorderen Orients und Ägyptens vom Juden- und Christentum zunächst verdrängt wurden, dann aber doch wieder in die Trinitätslehre von Vater, Sohn und Heiligem Geist Eingang fanden. Angefangen bei den ersten christlichen Konzilen, dem Konzil von Nicäa im Jahr 325, über die Konzile von Ephesus im Jahr 431 und Chalcedon im Jahr 451, bis hin zu den Mariendogmen aus dem 19. und 20. Jahrhundert rückt Maria als die Madonna an die Stelle des Vaters mit ihrem Sohn auf dem Schoß, ist leiblich in den Himmel gefahren und wird zur Miterlöserin, während sich der Vater zum Heiligen Geist, der Taube verflüchtigt.

Auch als Theologe hätte ich damals noch Psychoanalytiker werden können. Bis gegen Ende der 1960er Jahre gab es noch viele Akademiker aus andern Berufen als Medizin und Psychologie, die das geworden waren, aber das änderte sich damals, als die Psychoanalyse eine Kassenleistung wurde, und da wollte ich dann doch für meine spätere psychotherapeutische und psychoanalytische Tätigkeit die breitere Basis des Medizinstudiums.

Schon sehr früh im Medizinstudium kam ich an das Institut für Sexualforschung des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf, das damals, kurz nach dem Tod von dessen Begründer Hans Giese, noch kommissarisch von Eberhard Schorsch geleitet wurde, der bundesweit sehr viele Straftäter begutachtete und immer wieder sehr kritisch darüber sprach, dass in Strafanstalten und Maßregelvollzugskliniken keine oder kaum Therapie angeboten wurde.¹

¹ Die ersten Sozialtherapeutischen Anstalten waren zwar nach der Strafrechtsreform aus dem Jahr 1969 bereits ab den 1970er Jahren eingerichtet worden, hatten allerdings nur wenig Plätze. Die in Hamburg-Bergedorf gegründete Sozialtherapeutische Anstalt wurde ärztlich von einem Psychiater geleitet, der sich später rühmte, er habe Hamburg „durchkastriert“. Das war damals die dort bevorzugte Behandlung, nicht dagegen Psychotherapie. Noch in der Habilitationsschrift von Norbert Leygraf, die im Jahr 1988 unter dem Titel *Psychisch kranke Straftäter* erschien und der bundesweite Erhebungen im Maßregelvollzug zugrunde lagen, kann man nachlesen, wie wenig Therapie tatsächlich angeboten wurde.



Im Jahr 1969 war die große Strafrechtsreform erfolgt. In diese Zeit fielen auch die Aufsehen erregenden Prozesse im Verfahren gegen Jürgen Bartsch, einem jungen Mann, der vier Kinder ermordet hatte. Im ersten Verfahren war er vom Landgericht Wuppertal 1967 als voll schuldig verurteilt worden. Nach Aufhebung dieses Urteils durch den Bundesgerichtshof war er in einem zweiten Verfahren vor dem Landgericht Düsseldorf im Jahr 1971 in den psychiatrischen Maßregelvollzug eingewiesen worden. (Er starb im Rahmen einer später durchgeführten Kastriationsoperation, vgl. Förster 1984.) Damals las ich das Buch von Tilmann Moser (1971), von Hause aus Soziologe, später auch Psychoanalytiker, *Repressive Kriminalpsychiatrie. Vom Elend einer Wissenschaft. Eine Streitschrift*, worin er sich mit der großen Strafrechtsreform, dem Bartsch-Prozess und dem Mangel an therapeutischen Interventionen im Straf- und Maßregelvollzug auseinandersetzte.

Angeregt durch die Lektüre von Tilmann Mosers Buch sowie durch Gespräche mit Eberhard Schorsch begann ich eine umfangreiche Studie, in der acht vollständige Jahrgänge von Sexualstrafverfahren aus dem Bereich des Oberlandesgerichts Hamburg und insbesondere die Qualität der im Rahmen dieser Verfahren erstellten psychiatrischen Gutachten untersucht wurden. Die Ergebnisse waren ernüchternd.²

Anfänge der Straftäterbehandlung

Historisch gehen die Anfänge der Straftäterbehandlung auf den Pädagogen und Psychoanalytiker August Aichhorn (1925) zurück, der vor hundert Jahren in einem Fürsorgeheim am Stadtrand Wiens mit verwahrlosten Jugendlichen arbeitete und dabei das entwickelte, was später in der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg als „korrigierende emotionale Erfahrung“ zum Stichwort für die psychodynamisch orientierte Straftäterbehandlung wurde, insbesondere in Großbritannien (vgl. Cordess, Cox 1996) und den Niederlanden (vgl. Marle 1995), aber auch in einzelnen deutschen Maßregelvollzugskliniken und Sozialtherapeutischen Anstalten, bevor dort die kognitiv-behaviorale Wende vollzogen wurde. Aichhorns Prinzip bestand darin, die Bestrafungswünsche seiner Patienten zu frustrieren. Zeigten sie erneut delinquentes Verhalten, bemühte er sich gemeinsam mit ihnen darum zu verstehen, was sie zu ihren Handlungen bewogen hatte. Anstatt sie zu bestrafen, entwickelte er zusammen mit ihnen alternative, sozial akzeptable Verhaltensmodelle. Aichhorn war über viele Jahre Vorsitzender der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung und hatte rasch erkannt, dass mit der klassischen psychoanalytischen Methode bei seiner Klientel nichts auszurichten war. Im Vorwort zu seinem Bericht hatte Sigmund Freud geschrieben: „Die Möglichkeit der analytischen Beeinflussung ruht auf ganz bestimmten Voraussetzungen, die man als ‚analytische Situation‘ zusammenfassen kann, erfordert die Ausbildung gewisser psychischer Strukturen, eine besondere Einstellung zum Analytiker. Wo diese fehlen, wie beim Kind, beim jugendlichen Verwahrlosten, in der Regel auch beim triebhaften Verbrecher, muss man etwas anderes machen als Analyse, was dann in der Absicht

² Vgl. Pfäfflin, 1978. – Erst später, als ich mich intensiv mit der Beteiligung der Hamburger Universitätspsychiatrie an Verbrechen während der NS-Zeit befasste, wurde ich darauf aufmerksam, dass zahlreiche Psychiater, die in den 1960er Jahren in Hamburg Sexualstraftäter begutachteten, ihre Karriere als Gutachter im Rahmen von Verfahren nach dem *Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* aus dem Jahr 1933 begonnen hatten, jenem Gesetz, das die Zwangssterilisation so genannter Erbkranker regelte und das in Hamburg in mehr als zwanzig Tausend Fällen zur Anwendung gekommen war.



wieder mit ihr zusammentrifft“ (Zit. nach Aichhorn 1925, S. 5.) Mit diesen Äußerungen hatte er viel von der auch heute immer wieder vorgetragenen Kritik gegen die Psychoanalyse und insbesondere deren Anwendung in der Straftäterbehandlung vorweggenommen. Anknüpfend an Aichhorns Beobachtungen hatte Kurt R. Eissler (1953) erläutert, dass Delinquenten aufgrund ihrer Beziehungsstörungen, ihrer Aggressivität und ihrer narzisstischen Störungen keine positive Übertragung zum Therapeuten entwickeln könnten. Außerdem könnten sie Gefahren nicht differenzieren, reagierten in Situationen, in denen sie Angst erlebten, gleich mit Panik bzw. destruktivem Agieren. Letzteres diene der Angstabwehr. Deshalb müsse ihnen der Therapeut mit besonderem Wohlwollen begegnen, nicht mit analytischer Abstinenz, um ihre Angst zu mindern. Darüber hinausgehend müsse er ihre Neugier wecken, statt ihnen mit vorgefertigten Deutungen zu begegnen, und gelegentlich müsse er ihnen auch reale Befriedigungen gewähren. Erst nach einer solchen Basisbehandlung verwandele sich die Aggression in Angst und könne dann weiter mit psychoanalytischen Methoden bearbeitet werden.

In der weiter entwickelten psychoanalytischen Theoriebildung und Behandlungstechnik kristallisierten sich die folgenden Elemente als für eine psychodynamische Straftäterbehandlung wesentlich heraus: Der Patient braucht eine ihn anerkennende, empathische, ihn fördernde und neugierig machende therapeutische Beziehung und/oder ein therapeutisches Team, die ihm Sicherheit vermitteln, damit seine Angst reduziert wird und er sich der Auseinandersetzung mit inneren Konflikten stellen und äußere Konflikte in sozial verträglicher Weise meistern kann. Neuere Erkenntnisse der Bindungstheorie und deren Anwendung im forensischen Kontext bestätigen diese Grundannahmen (vgl. Fonagy 2004). Auch zeigt die Schulen übergreifende Psychotherapieforschung, dass die wichtigsten Wirkfaktoren der Psychotherapie die Qualität der therapeutischen Beziehung, die affektive Aktualisierung der Konflikte, deren kognitive Verarbeitung, Mastery und Coping, und schließlich die Aktivierung der Ressourcen des Patienten sind, ungeachtet dessen, dass diese Wirkfaktoren in den verschiedenen Therapieschulen jeweils anders benannt werden mögen (vgl. Lambert 2013).

Tatsächlich waren es nur wenige Psychoanalytiker und psychodynamisch arbeitende Therapeuten, die ihr Lebenswerk der Straftäterbehandlung widmeten. Die Gründe dafür sind vielfältig und hängen vor allem mit der langwierigen und teuren Ausbildung, der ärztlichen Standespolitik, der Theorielastigkeit der Psychoanalyse und der Reserve von Analytikern gegenüber deren empirischer Validierung zusammen und nicht zuletzt damit, dass Straftäter die teuren Behandlungen regelhaft nicht bezahlen konnten und es vermögendere Patienten gab, die bevorzugt in Behandlung genommen wurden. Systematische Evaluationen psychodynamisch orientierter Straftäterbehandlung wurden seit vielen Jahren nicht mehr publiziert und wohl auch nicht durchgeführt. In der Fachliteratur finden sich allenfalls gelegentlich Einzelfallstudien.

Zweiter Ansatz

Vor diesem Hintergrund gab es historisch betrachtet einen zweiten Ansatz der Straftäterbehandlung in der *Verhaltenstherapie* mit einem besonderen Fokus auf der Sexualstraftäterbehandlung. Symptomzentriert wurde ab etwa den 1960er Jahren versucht, unerwünschte sexuelle Phantasien, Reaktionen und Verhaltensweisen durch einfache Konditionierung aversiv zu löschen, z.B. durch dosierte Elektroschocks oder unangenehme Geruchsreize. Reagierten die Patienten auf die Präsentation bestimmter Bilder mit je nach sexueller Präferenz potentiell se-



xuell stimulierenden Inhalten etwa mit einer Volumenzunahme des Penis, wurde diese Reaktion mit einem aversiven Reiz gekoppelt, um dadurch die Spontanreaktion zu löschen. Während anfangs viele Berichte über die Erfolge solcher Aversionsbehandlungen publiziert wurden, gelten sie heute als überholt und sogar schädlich, weil sie langfristig sogar zu einer Verstärkung devianter sexueller Präferenzen und damit zu einer Verschlechterung der Symptomatik führen. Dagegen sind die lerntheoretischen Prinzipien der positiven Verstärkung gewünschter Verhaltensweisen in praktisch allen Psychotherapieverfahren inzwischen zum Allgemeingut geworden, wenn auch nicht mehr in der früher praktizierten einfachen Form der *token-economy* mit einfachen Belohnungen, sondern in Form der Anerkennung prosozialen Verhaltens.

Eigene Beobachtungen

Anfang der 1970er Jahre war die Verhaltenstherapie in der zunehmenden Zahl Psychologischer Studiengänge sehr im Kommen. Die Psychologen, die sich an der Abteilung für Sexualforschung auf Forschungsstellen bewarben, hatten, wenn überhaupt, dann meist nur eine ansatzweise Ausbildung in Verhaltenstherapie, so auch einige der Psychologen, die im Rahmen eines von Eberhard Schorsch beantragten Drittmittelprojekts zur Therapie von Sexualstraftätern eingestellt wurden. Einer dieser Psychologen hatte auch Experimente mit verhaltenstherapeutischer *shame-aversion* gemacht und dabei einen wegen Exhibitionismus behandelten Patienten aufgefordert, beim Verlassen des Behandlungsraums vor zwei im Vorraum sitzenden, zuvor informierten Psychologiestudentinnen zu exhibieren, um ihn zu beschämen.

Auch in einer großen Maßregelvollzugsklinik in Nordrhein Westfalen waren Sexualstraftäter vergleichbaren Experimenten ausgesetzt worden. Man hatte ihnen pornografische Filme gezeigt und ihre Reaktionen phallometrisch gemessen. Wenn sie beim Anblick bestimmter Szenen mit einer Volumenzunahme des Penis reagierten, wurden sie einem unangenehmen Geruchsreiz ausgesetzt, um diese Reaktionen abubrechen. Mir erzählten die Patienten, wie gerne sie an diesen Experimenten teilnahmen, weil ihnen der Leiter des Experiments dabei wiederholt Bier zum Trinken gab, dessen Konsum ansonsten in der Klinik verboten war, um zu erforschen, wie sie unter Alkoholeinfluss bzw. „enthemmten Bedingungen“ reagierten. Wie bereits erwähnt, stellten sich solche aversiven Techniken im weiteren Verlauf nicht als nützlich, sondern im Gegenteil als schädlich heraus, und die Anwendung solcher Techniken an der Abteilung für Sexualforschung blieb auch auf den oben geschilderten Einzelfall beschränkt.

In dem von der Deutschen Forschungsgemeinschaft in den Jahren 1975-1981 und der Charles-Hosie-Stiftung in den Jahren 1981-1983 an der Abteilung für Sexualforschung des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf geförderten Projekt zur Behandlung von Sexualstraftätern fand eine enge Zusammenarbeit von Verhaltenstherapeuten und Psychoanalytikern statt, wovon beide Seiten sehr profitierten. Zeitweilig hatten Patienten zu Anfang sowohl ein psychodynamisches als auch ein verhaltenstherapeutisches Erstgespräch, wonach in einer Teamsitzung besprochen wurde, welche der beiden Vorgehensweisen für den einzelnen Patienten zu bevorzugen sei, und die Gruppe der Verhaltenstherapeuten hatten durchgängig regelmäßige Gruppensupervisionsitzungen mit erfahrenen Analytikern (vgl. Schorsch et al. 1985).



Erste Kasuistik

Den 36jährigen verheirateten Handwerker und Vater eines 7-jährigen Sohnes trieb es sporadisch unter großen Gewissensqualen zum Exhibieren. Er erlebte die entsprechenden Impulse wie Wetterumschwünge, denen er ausgeliefert war. Eines Tages griff er plötzlich nach den Fahrrädern von zwei adoleszenten Mädchen, die bereits zuvor einmal an ihm vorbeigeradelt waren, versuchte eines der Mädchen festzuhalten. Die Mädchen schrien, rissen sich los, entkamen. Der Patient, von der Polizei nicht entdeckt, suchte seinen Hausarzt auf und kam auf diesem Wege zu mir. Über das eben Mitgeteilte hinaus konnte er kaum etwas über sich selbst sagen. Meist saß er schweigend mir gegenüber, brütete stumm vor sich hin oder schaute mich verlegen an. Aber er kam regelmäßig jede Woche einmal. Ich war sehr aktiv, versuchte immer neue Brücken für ein Gespräch zu bauen. Wenn es hoch kam, brachten wir es in einer Therapiesitzung von 50 Minuten auf zehn bis 15 Minuten Gespräch.

Im Verlauf mehrerer Jahre erfuhr ich allmählich etwas über seine aktuelle Situation, seine unglückliche Ehe mit einer fünf Jahre älteren Frau, die aufgrund einer schweren Behinderung und damit verbundener Schmerzen wenig Neigung zu sexuellen Aktivitäten hatte, was der Patient zwar verstehen konnte, ohne allerdings Alternativen entwickeln zu können, sowie über die Beziehungslosigkeit gegenüber seinem Sohn und seinen Arbeitskollegen.

Das Schweigen zwischen uns, das Sich-Anschauen oder auch Aneinander-Vorbeischauen, war oft sehr gereizt, spannungsgeladen, aggressiv. Versuche, dies zu verbalisieren, änderten nichts. Nicht selten verspürte ich eine große Wut auf den Patienten, der nichts an sich heranließ.

Besser verständlich wurde mir diese Spannung erst, nachdem ich mehr über die Bedingungen seines Aufwachsens in einem Barackenlager erfahren hatte, wo viele Familien sehr beengt, meist in jeweils einem Zimmer, gewohnt hatten, so auch er mit seiner Schwester und seinen Eltern. Täglich gab es in der eigenen Familie, aber auch durch die dünnen Wände hörbar in den Nachbarfamilien lautstarke und tätliche Auseinandersetzungen, bei denen er Angst erlebte, sich ohnmächtig fühlte, um sein oder das Leben anderer fürchtete. Als der Patient sieben Jahre alt war, so alt wie sein Sohn zu Behandlungsbeginn, setzte seine Mutter die Scheidung sowie ein Hausverbot für seinen Vater durch. Manchmal kam der Vater mit dem Motorrad vorgefahren, offenbar um seine Kinder zu sehen, stellte sich auf die gegenüberliegende Straßenseite und schaute nach dem Fenster. Die Blicke des Sohnes, der aus dem Fenster schaute, und des Vaters trafen sich, aber Sprechen oder Winken, die Erregung zeigen, ging nicht. Denn die Mutter merkte das sofort, kam drohend an und zog vor der Nase des Sohnes das Rollo herunter. Der Patient kommentierte diesen Kontaktabbruch mit dem Satz: „Damit war die Situation beendet.“ Aber das stimmte natürlich nicht. Vielmehr überfiel ihn eine maßlose Wut gegen die Mutter, der er „es gern gezeigt hätte“, aber angesichts von deren bedrohlicher Haltung nicht zeigen konnte. Erschüttert war der Patient, als er nach diesen Schilderungen plötzlich im Traum Mutters Kopf mit einer Axt spaltete. Er erlebte große Angst und starke Impulse zu exhibieren. Erschrocken über das im Traum Erlebte, äußerte er, dass er dann doch lieber exhibieren wolle.

Bei diesem Patienten waren im perversen Symptom des Exhibierens die aggressiven Impulse gebunden, und seine Unfähigkeit, sich konstruktiv auseinanderzusetzen, war zu einer Zeit aktualisiert worden, in der sein Sohn jenes Alter erreicht hatte, in dem sein eigener Vater die



Familie verlassen hatte. Im Sinne des von Reimut Reiche (2007) beschriebenen Modells der „Perversion in der Perversion“ band das scheinbar harmlose exhibitionistische Verhalten tieferliegende Ängste vor aggressiven Impulsdurchbrüchen. – Insgesamt beanspruchte die Behandlung sieben Jahre und der Patient wurde in den folgenden 13 Jahren, in denen er losen Kontakt mit mir hielt, nicht mehr rückfällig.

Zweite Kasuistik

Hier kam zwar eine konstruktive Behandlung in Gang, blieb aber langfristig ohne Erfolg. Der Patient hatte im Verlauf von sieben Jahren mehrmals Kontakt zu knabenhaft wirkenden Adoleszenten im Alter zwischen 16 und 18 Jahren aufgenommen in der Absicht, sie zu töten, ohne dass diese Absichten von anderen erkannt worden war. Bei der ersten Tat hatte sich das Opfer gewehrt und schließlich gegen Schweigegeld darauf verzichtet, Anzeige zu erstatten. Bei der zweiten Tat hatte er einem Strichjungen mit einem Hammer auf den Kopf geschlagen, den Bewusstlosen in seine Badewanne gelegt, wo er ihn schlachten wollte. Der Junge war zu sich gekommen. Der Patient hatte von ihm abgelassen und ihn am folgenden Tag in ein Krankenhaus gebracht. Dort hatte der Junge ihn gedeckt und erklärt, er sei überfallen worden und der Patient habe ihn aufgefunden. Bei der dritten Tat hatte er einen Strichjungen, den er mit nach Hause genommen hatte und der dort schief, mit einem Messer zweimal in den Hals gestochen, woraufhin der Junge zu sich gekommen war, ihn angesprochen hatte, er von ihm abgelassen hatte. Der Junge hatte sich zum Telefon geschleppt und einen Krankenwagen gerufen. Von der Krankenhausärzten dazu befragt, woher er die Verletzungen habe, hatte der Junge ausweichend geantwortet, woraufhin die Kriminalpolizei eingeschaltet wurde, die nicht lockerließ. Der Patient kam sieben Monate in Untersuchungshaft, aus der er nach einer psychiatrischen Begutachtung ohne weitere Konsequenzen entlassen wurde. Bei der vierten Tat hatte er sein Opfer gewürgt, das sich wehrte und dadurch weitere Handlungen verhinderte. Nachdem ein Ermittlungsverfahren gegen ihn eingeleitet worden war, bemühte er sich um Behandlung.

Über verschiedene Zwischenstufen war er, der in einem entfernten Bundesland lebte, durch einen meiner Supervisoren mir zugewiesen worden. Beim ersten Kontakt stand er unübersehbar unter extremem Leidensdruck, wirkte dabei sehr unruhig, einerseits beherrscht von panischer Angst und gleichzeitig sexuell erregt, als er auf seine kannibalistischen Fantasien zu sprechen kam, die das eigentliche Ziel seiner bisherigen Taten waren, schlug sich dann mit der Hand auf sein erregtes Glied und erklärte hochambivalent, er sei zu jeder Behandlung bereit, auch zu einem hirneingreifenden Eingriff, um weitere Taten zu verhindern. Andererseits artikuliert er seinen unbändigen Lebenswillen, seinen Drang nach Freiheit und Unabhängigkeit. Da er nicht in Untersuchungshaft war und der Ausgang des Verfahrens, das mehrere Hundert Kilometer entfernt geführt wurde, noch völlig offen war, wurden mit ihm zunächst im Sinne einer stationären Krisenintervention tägliche Behandlungstermine vereinbart. Während der sehr dramatischen Sitzungen, in denen seine Stimmung zwischen hochgradiger sexueller Erregung, großer Angst und tiefer Depression fluktuierte, war er bereit, sich trotz aller Widerstände auf eine triebdämpfende Medikation mit Cyproteronacetat und eine konstruktive therapeutische Arbeit einzulassen, so dass wir die Therapie nach Entlassung aus der stationären Krisenintervention fortsetzten. Bis es zum Gerichtsurteil kam, verging viel Zeit. Bis dahin hatten wir bereits weit über einhundert Stunden miteinander gearbeitet, wobei der Patient zwischenzeitlich



mehrfach wegen suizidaler Krisen kurzfristig stationär aufgenommen wurde. Beraten von einem sehr erfahrenen Gutachter, ordnete das Gericht die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus an, setzte diese aber mit diversen Auflagen, darunter die Fortsetzung der triebdämpfenden Medikation und der laufenden Psychotherapie, für fünf Jahre zur Bewährung aus.

Die Therapie war sehr aufwändig und gestaltete sich schwierig, weil der Patient anfangs so gut wie auf jegliche Irritation trotz der Androcur-Medikation weiterhin regelmäßig mit hochgradiger Sexualisierung reagierte. Der Fokus der Behandlung lag daher zunächst darauf, die ihm nicht zugänglichen Affektzustände im Vorfeld solcher Exazerbationen zu identifizieren und mit ihm auszuhalten. Er litt auch darunter, dass er wegen der Therapie mehrere Hundert Kilometer von seinem Lebenspartner entfernt leben musste, in Hamburg nur eine schlichte Unterkunft und eine nicht besonders gut bezahlte Arbeit gefunden hatte, seinen Partner nur an den Wochenenden sehen konnte. Auf Unterbrechungen der Therapie reagierte er ausgesprochen empfindlich, weshalb ich unsere Termine auch dann, wenn er in stationärer Krisenintervention war, trotzdem nicht ausfallen ließ, sondern ihn dort aufsuchte, oder, wenn ich auswärts war, mit ihm zu den festgesetzten Zeiten telefonisch wahrnahm. Nachdem wir bereits um vier Hundert Stunden miteinander gearbeitet haben, verbrachte er seinen Weihnachtsurlaub bei seinem Partner, geriet mit diesem aus nebensächlichem Anlass in einen Konflikt, betrank sich und machte sich in diesem Zustand wieder auf die Suche nach einem Strichjungen. Der Strichjunge, den er fand, konnte seinen Angriff abwehren, ohne nennenswert verletzt zu werden. Er erstattete aber Anzeige mit dem Effekt, dass die Aussetzung des früheren Unterbringungsbeschlusses zur Bewährung vom Gericht widerrufen und der Patient in eine weit entfernte Maßregelvollzugs klinik eingewiesen wurde, so dass wir die Therapie nicht mehr fortsetzen konnten.

In dieser neuen Umgebung wurde über die Naivität der bisherigen psychoanalytischen Behandlung gespottet. Die Androcur-Behandlung wurde entsprechend der Auflage des Gerichts fortgesetzt. Ansonsten lebte der Patient in einem hochgesicherten Trakt der Klinik, nahm etwas an Arbeitstherapie teil, war sehr isoliert, aber eine weitere gezielte Bearbeitung seiner sadistischen Perversion erfolgte nicht. Nach ca. zehn Jahren nutzte er die Ausführung zu einem externen Arzttermin für eine Entweichung, während der er seine kannibalistischen Fantasien in die Tat umsetzte und anschließend bis zu seinem Tode in der Unterbringung verblieb. Es war ein tragischer Ausgang, der meines Erachtens vermieden hätte werden können, wenn die Intensität der initialen Behandlung beibehalten worden wäre. Denn während der vier Hundert Stunden, die wir im ambulanten Setting mit gelegentlichen kurzen stationären Kriseninterventionen gearbeitet hatten, hatte der Patient zumindest zu Beginn wiederholt unmittelbar davor gestanden, seine Fantasien in die Tat umzusetzen, es jedoch nicht getan, weil wir in solchen Situationen im Verlauf der intensiven therapeutischen Kontakte, je länger wir miteinander arbeiteten, umso schneller die vom Patienten in solchen Situationen mittels der Sexualisierung abgewehrten Affekte identifizieren und bearbeiten konnten.

Sozialtherapeutische Anstalten

Nach der Strafrechtsreform von 1969 wurden zu Beginn der 1970er Jahre, wie bereits erwähnt, in den meisten Bundesländern Sozialtherapeutische Anstalten eingerichtet. Ab 1977 war die Unterbringung in einer Sozialtherapeutischen Anstalt als vollzugsinterne Verlegung in § 9 des



Strafvollzugsgesetzes als Kann-Vorschrift verankert worden. Erst mit dem Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten vom 28.01.1998 (BGBl. I, S. 160) änderten sich die Aufgabenstellungen dieser Anstalten bzw. entsprechender Abteilungen in Justizvollzugsanstalten insofern, dass Sexualstraftäter mit Verurteilungen zu mehr als zwei Jahren Freiheitsstrafe einen Rechtsanspruch auf Verlegung in eine Sozialtherapeutische Anstalt bekamen (§ 9 Abs. 1 StVollzG). Bis zum Jahr 2011 war deren Zahl auf 8 selbständige und 53 unselbständige Einrichtungen mit mehr als 2200 Haftplätzen gestiegen, wovon rund 54 % von Sexualstraftätern belegt wurden, gefolgt von 19 %, die wegen Tötungsdelikten verurteilt waren.

Auch im Maßregelvollzug wurden die Behandlungen ab den 1990er Jahren intensiviert, und es gab auch in den Strafanstalten entsprechende Initiativen, wobei die Intensität solcher Initiativen zwischen den einzelnen Bundesländern weit streute und oft auch davon abhängig war, wer die jeweilige Einrichtung leitete.

Berichte über erfolgreiche oder auch über misslungene Einzelbehandlungen findet man heute nur noch extrem selten, wobei dies einerseits an den heutigen Datenschutzbestimmungen liegen mag, andererseits aber auch darauf zurückzuführen ist, dass sich in solchen Einrichtungen mehr und mehr Gruppentherapien durchsetzten. Nur noch selten und in vergleichsweise wenigen Einrichtungen sind dies psychodynamisch orientierte Gruppen, viel häufiger verhaltenstherapeutische Gruppen mit hoch strukturierten manualisierten Programmen. Gruppenarbeit wird nach meiner Einschätzung aus mehreren Gründen bevorzugt. Sie ist erstens ökonomischer, zweitens öffnen sich manche Patienten gegenüber ihren Peers leichter und nehmen von diesen auch leichter kritische Einwände an als vom Einzeltherapeuten. Drittens lassen sich die Ergebnisse solcher Behandlungen statistisch auswerten und daher auch in angesehenen Fachzeitschriften publizieren. Es gibt allerdings auch Patienten, die in Gruppentherapien nicht gut aufgehoben wären. Das gilt für die beiden oben skizzierten Fälle. Der dort dargestellte erste Mann wäre in einer Gruppe mit hoher Wahrscheinlichkeit gar nie zu Wort gekommen, der zweite hätte eine Gruppe mit ebenso hoher Wahrscheinlichkeit mit seinem dramatischen Agieren dominiert, so dass andere nicht zu Wort gekommen wären.

Manualisierte Gruppenprogramme³

Es gibt zahlreiche manualisierte Behandlungsprogramme für Straftäter. Die ersten *Rückfallpräventionsprogramme für Sexualstraftäter (RP)* wurden bereits in den 1970er Jahren in den USA anknüpfend an die Erfahrungen mit der Behandlung von Alkohol- und Drogenabhängigen entwickelt, bei denen man beobachtet hatte, dass die Patienten zwar während der stationären Behandlungen rasch abstinenter geworden waren, nach Entlassung aber genauso rasch wieder rückfällig, ähnlich wie dies auch bei den mit aversiven Techniken behandelten Sexualstraftätern war. Daraufhin wurden analoge Konzepte für die *Nachbehandlung* von Sexualstraftätern entwickelt, die in der Folgezeit vielfach modifiziert und zur *Hauptbehandlung* ausgebaut wurden. Dabei wurden mit den Patienten die Verhaltensketten durchgearbeitet, sie erhielten soziales sowie Empathie-Training, wobei sich bald herausstellte, dass manche Patienten, insbesondere solche mit einer antisozialen Persönlichkeitsstörung und pädophilen Neigungen, da-

³ Eine ausführlichere Darstellung der im Folgenden genannten manualisierten Programme für Gruppentherapien mit Straftätern findet sich bei Ross et al 2017, S. 603-612.



nach bei ihren Rückfällen nur noch „erfolgreicher“ vorgehen, was wieder neue Modifikationen des Programms erforderte. Die Datenlage bezüglich des Nachweises der Wirksamkeit dieser Programme blieb schmal, weil sehr viele Modifikationen der Programme im Umlauf waren und die Programmintegrität nicht immer garantiert war.

Im kanadischen Justizvollzug wurde das *Reasoning & Rehabilitation Programme* (R&R) entwickelt, das sich nicht an eine bestimmte Tätergruppe richtete, sondern als eine allgemeine *Kriminaltherapie* konzipiert war, d.h. als Verfahren, das die bei Straftätern generell häufig anzutreffenden kognitiven, emotionalen und sozialen Defizite bearbeiten und dadurch zu einer generellen Stabilisierung der Teilnehmer beitragen sollte. Das R&R-Programm wurde im Jahr 1998 in den Maßregelvollzug in Haina übernommen und dort weiter modifiziert. In vorstrukturierten Gruppensitzungen, die in der Regel Vor- und Nacharbeit in Form von Hausaufgaben erfordern, werden anhand audiovisueller Präsentationen, Rollenspielen, Denkaufgaben, und Gruppendiskussionen mit Videofeedback kognitive und behaviorale Fertigkeiten eingeübt, in denen es um Problemlösen, Einüben sozialer Fertigkeiten, Verhandlungsfertigkeiten, Umgang mit Emotionen, kreatives Denken, Entwicklung von Werten und Rücksicht auf die Belange anderer und schließlich kritisches Denken geht.

Im Jahr 1992 wurde in weiten Teilen des englischen Gefängnissystems das *Sex Offender Treatment Programme* (SOTP) eingeführt mit dem inzwischen pro Jahr etwa tausend Sexualstraftäter behandelt werden. Das Basisprogramm umfasst 85 Sitzungen, in denen 20 Themenbereiche bearbeitet werden. Inhaltlich gibt es viele Überschneidungen mit den zuvor genannten Programmen. In Deutschland wurde es zunächst in einer Sozialtherapeutischen Anstalt des Justizvollzugs in Hamburg übernommen und gleichzeitig um psychodynamische Komponenten erweitert. Mittlerweile wird es auch in mehreren deutschen Maßregelvollzugskliniken praktiziert.

Eine verschlankte Version dieses Programms, das *Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter* (BPS), wird in Sozialtherapeutischen Anstalten im Justizvollzug sowie in Maßregelvollzugskliniken praktiziert. Man könnte es eine Sparversion der anderen Programme nennen, denn vor allem der Justizvollzug hat weit geringere Mittel für therapeutische Aktivitäten zur Verfügung als der Maßregelvollzug.

Auch die zunächst primär für präsuizidale Borderline-Patientinnen von Marcia Linehan entwickelte *Dialektisch-Behaviorale Therapie* (DBT) zielt auf Verhaltensänderung über Entwicklung, Ausprobieren und Bewertung von Handlungsalternativen. Auch sie wurde in Deutschland zuerst im Maßregelvollzug in Haina angewandt und später auch in anderen Maßregelvollzugskliniken. Sie eignet sich insbesondere für Sexualtäter mit komorbider Persönlichkeitsstörung des Cluster B. Für diese spezielle Gruppe kann sie um Module zur Deliktbearbeitung erweitert werden.

Wie die DBT wurde auch die *Übertragungsfokussierte Therapie* (TFP: *Transference Focused Psychotherapy*) primär für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstruktur, narzisstischen und antisozialen Zügen entwickelt. Sie ist psychodynamisch orientiert und wird, anders als die bisher genannten Programme, nicht in der Gruppe, sondern in der Einzeltherapie angewandt und ist weitaus weniger manualisiert, allerdings nicht weniger strukturiert, d.h. die einzelnen Elemente beziehungsweise Module sind in ihrer Anwendung zeitlich nicht fixiert, sondern variabel und jederzeit wiederholbar anwendbar. Angewandt wird die TFP in einigen Maßregelvollzugs-



kliniken, im österreichischen Maßnahmenvollzug (der dort der Justizbehörde untersteht) und im ambulanten Setting des Forensisch therapeutischen Zentrums Wien (FTZW).

Zu nennen ist schließlich das von Antony Bateman & Peter Fonagy entwickelte *Mentalization Based Treatment (MBT)*, das an die Ergebnisse der Bindungsforschung und Psychoanalyse anknüpft. Der Direktor einer großen Maßregelvollzugsklinik in Nordrhein Westfalen berichtete mir kürzlich über eine in seinem Haus durchgeführte Vergleichsstudie zwischen dem BPS und der MBT, wobei letztere zu deutlich nachhaltigeren positiven Entwicklungen der Patienten geführt hatte als das BPS.

Neben den teilweise bereits erwähnten Vorteilen manualisierter Gruppenbehandlungen (ökonomische Applikation, Lernen von Peers, wissenschaftliche Evaluationsmöglichkeiten) sind als weitere Vorteile zu nennen: deren gute Vermittelbarkeit bei der Ausbildung von Therapeuten; der Einbezug von Pflegepersonal bzw. Justizbeamten, was dazu beitragen kann, das therapeutische Milieu einer Einrichtung insgesamt zu fördern. Daher ist z.B. die DBT, bei der das nicht akademische Personal in die Behandlung einbezogen wird, in den Einrichtungen deutlich beliebter als die TFP, die eine Einzeltherapie ist.

Allerdings gibt es auch Nachteile. So wurde aus England berichtet, dass Therapeuten, die wiederholt das SOTP angewandt hatten, danach Burn-Out-Symptome entwickelt hatten, weil sie durch die Anwendung der immer wieder gleichen Module vollkommen erschöpft waren und sich davon erst einmal erholen mussten. Auch konnten sie ihre spezifischen therapeutischen Fähigkeiten oft gar nicht nutzen, weil sie so sehr darauf fixiert waren, mit ihren Patienten die eng getakteten Module abzuarbeiten, was dann sowohl von den Behandlern als auch den Patienten als langweilig erlebt wurde und wenig positive Effekte zeitigte. Das Timing einzelner Module ist nicht Prozess orientiert und kann daher an den Bedürfnissen von Teilnehmern vorbei gehen. Eine Wiederholung des gesamten Programms kann für die Nachzügler aber auch wieder eine Unterforderung darstellen. Nicht selten kommt es vor, dass Patienten oder Häftlinge aufgrund ihres langen Freiheitsentzugs oder weil sie von einer Einrichtung in eine andere verlegt werden, die Programme wiederholt durchlaufen müssen. Muss ein Patient diese Module immer wieder neu durcharbeiten, wird seine Neugier erlahmen und in Widerstand gegen die Therapie umschlagen.

Dritte Kasuistik

Die im Folgenden beschriebene Begegnung erfolgte nicht im Rahmen einer Psychotherapie, sondern im Rahmen der prognostischen Begutachtung, eines zu diesem Zeitpunkt 42-jährigen Mannes, der bereits seit 13 Jahren im Gefängnis war zur Verbüßung einer lebenslangen Freiheitsstrafe, zu der er aufgrund des Mordes eines kleinen Mädchens verurteilt worden war. Bei einer lebenslangen Freiheitsstrafe kann nach zehn Jahren geprüft werden, ob der Gefangene Lockerungen bekommt, und nach 15 Jahren kann er bei guter Führung und positiver Einschätzung seiner Legalprognose entlassen werden. Der Mann, um den es hier geht, war nach zehnjähriger Haft der Aufnahmekommission einer Sozialtherapeutischen Anstalt vorgestellt worden, die ihn jedoch als weder therapiewillig noch als therapiefähig und außerdem als weiterhin gefährlich eingeschätzt hatte. Er musste also im Regelvollzug bleiben, wo er seit drei Jahren mit dem Anstaltspsychologen regelmäßig Gespräche führte und zusätzlich von einer Laienhel-



ferin betreut wurde.

Schon vor dem Alter von 14 Jahren, dem Alter der Strafmündigkeit, war er auffällig geworden, hatte danach mehrere Jahre in Jugendheimen verbracht, war wiederholt wegen Beischlafs mit Mädchen verurteilt, im Alter von 21 Jahren entmündigt und danach mehrere Jahre zivilrechtlich in der Psychiatrie untergebracht worden. Im Zusammenhang mit Verfahren wegen Eigentumsdelikten war er ca. ein Jahr vor dem Mord wieder bemündigt worden, wohl weil man nicht wollte, dass er mit seinen Straftaten immer ungeschoren davonkäme, und auch, weil er sich in begrenztem Maße weiterentwickelt und zeitweise straffrei gelebt hatte. Im Zuge der Ermittlungen in der Mordsache war aufgedeckt worden, das er in den zurückliegenden zwei Jahren über zehn Sexualdelikte an Kindern begangen hatte, je die Hälfte davon vor bzw. nach dem Mord, der erst mit großer Verzögerung aufgedeckt worden war.

In den umfangreichen Gerichtsakten, die ich vor der Untersuchung durchzusehen hatte, war er mit den folgenden Adjektiven beschrieben worden, die ich in alphabetischer Reihenfolge aufführe: abnorm, angeboren schwachsinnig, antriebsarm, beschränkt, dranghaft, dubiös, dumm, gemütsarm, haltlos, gleichgültig, leicht erregbar, kritischschwach, oberflächlich, primitiv, triebhaft, unberührt, verstockt, vertrotzt, verwahrlost, zerfallsbereit und aus einer mit Schwachsinn und Kriminalität belasteten Familie. In der Hauptverhandlung hatte der Gutachter vorgeschlagen, man solle ihn chirurgisch kastrieren (was aber nicht gemacht wurde).

Während der 13jährigen Haft hatte er eine erstaunliche Entwicklung durchgemacht. Von Debität konnte jedenfalls nicht mehr die Rede sein. Er hatte einen IQ von 100, hatte in der Haft erfolgreich zwei handwerkliche Ausbildungen abgeschlossen, wirkte reflektiert, sprach darüber frei und lebendig. Nur bei der Thematisierung der Anlasstat wirkte er sichtlich blockiert, ungeachtet dessen, dass er jeweils die Formulierung „mein Mord“ verwendete, wenn wir auf die Tat zu sprechen kamen. Sobald dieses Thema angesprochen wurde, entwickelte er einen heftigen Juckreiz und Hautausschlag. Die Beschäftigung mit dem Thema errege ihn so sehr, so sagte er, dass er es kaum aushalten könne und in der Anstalt oft seinen Rücken an einem Türpfosten oder an der Wand scheuern müsse, bis er wund sei. Die Frage, warum er „seinen Mord“ begangen habe, beschäftige ihn permanent und an dieser Warumfrage biss er sich fest. Nur stockend waren Bruchstücke erfragbar.

Ich schrieb damals in mein Prognosegutachten: „Sein Blick scheint lange nach innen gekehrt, als habe er sich in die Tatsituation zurückversetzt. Nach langen Pausen schließt er das Schweigen mit Achselzucken und Anhebung der Hände, wie in einer Geste der Ratlosigkeit ab...“ Letztlich kam ich zu dem Ergebnis, man solle schrittweise erweiterte Vollzugslockerungen erproben, und ich begründete dies damit, dass er erleben sollte, dass die Übernahme von Verantwortung für sein Tun und seine innere Auseinandersetzung damit honoriert werden. Der Schlusssatz meines Gutachtens lautete: „Im übrigen halte ich häufigere Beurlaubungen in strukturierte Situationen für vertretbar und sinnvoll.“

Dreieinhalb Jahre später wurde ich zum Gericht bestellt, um als Zeuge angehört zu werden in einer Hauptverhandlung, in dem der Mordfall erneut untersucht und beurteilt werden sollte. Nachdem der Mann die Lockerungen bekommen hatte, hatte er mit Unterstützung seiner Laienhelferin einen Anwalt gewonnen, dem es gelungen war, das Wiederaufnahmeverfahren in Gang zu bringen, und, was sehr selten geschieht, es auch zu gewinnen, insofern festgestellt



wurde, dass der Mann die Tat, für die er ca. 16 Jahre zuvor verurteilt worden war, gar nicht begangen hatte. Die Polizei hatte das von ihm früher vorgelegte Alibi, die Bescheinigung seines Zahnarztes, dass er zur Tatzeit dort in Behandlung war, verschwinden lassen, wohl weil sie selbst unter großem Druck gestanden hatte, den bisher unaufgeklärten Mord aufzuklären. Er war aufgrund seiner Vorstrafen mit in die Ermittlungen einbezogen worden. Aufgrund seiner damaligen sozialen Inkompetenz hatte er sich in dem Ermittlungsverfahren mit seiner Erklärung, er habe die Tat nicht begangen, nicht durchsetzen können. Man hatte ihm nicht geglaubt, sein Bestreiten der Tat als das übliche Leugnen eines Täters gewertet, ihn zum Tatort geführt und ihn dort und danach so lange verhört, bis er schließlich klein beigegeben und eingeräumt hatte, dass er die Tat begangen habe.

Ich fand diesen Verlauf sehr eindrucksvoll, insbesondere angesichts seines Verhaltens bei der dreieinhalb Jahre zurückliegenden prognostischen Begutachtung durch mich. Ich fragte ihn, warum er mir von diesem Alibi damals nichts gesagt hatte. Er antwortete mit einer Gegenfrage: „Was hätten Sie wohl gemacht, wenn ich damals gesagt hätte, ich war es nicht. Sie hätten dann ins Gutachten geschrieben, ‚er hat sich mit der Anlasstat noch nicht auseinandergesetzt‘.“ Diese Einschätzung war nachvollziehbar. Als Gutachter muss man sich zwar an die Feststellungen des rechtskräftigen Urteil halten und es macht wenig Sinn, es pauschal in Frage zu stellen, weil das nicht Aufgabe des Gutachters ist und allenfalls dazu führt, dass das Gutachten ebenso pauschal verworfen und gleich der nächste Gutachter beauftragt wird. Mir sind allerdings schon mehrfach Fälle begegnet, bei denen ich bestimmte Feststellungen des Urteils für sehr fragwürdig hielt, was ich dann in meinen Gutachten auch ausgeführt hatte. Dies bezog sich in der Regel jedoch auf Einzelheiten, und auch Richter sind sich dessen bewusst, dass die eine oder andere Einzelheit in einem rechtskräftigen Urteil nicht den Tatsachen entsprechen mag. Eine andere Sache ist es, wenn die zentrale Feststellung, diejenige der Täterschaft, nicht stimmt, was nur in einem Wiederaufnahmeverfahren geprüft werden kann.

Dieser Patient hat nicht von spezifischen Therapien profitiert, sondern von seiner schulischen und beruflichen Förderung während des Gefängnisaufenthaltes und von den Kontakten zu seiner Laienhelferin, der es, wie sie mir sagte, ebenso gegangen war wie mir, nämlich dass sie über seine ungewöhnliche Formulierung „mein Mord“ irritiert war und dies zum Anlass genommen hatte, häufig mit ihm darüber zu sprechen, bis er ihr in vielen Bruchstücken die Details über seine Vernehmungen anvertraut hatte, was sie veranlasst hatte, den Anwalt einzuschalten, der dann das Wiederaufnahmeverfahren in Gang gebracht hatte.

Zu den Wirkfaktoren

Man muss weit ausholen, wenn man alle Wirkfaktoren von Psychotherapie auflisten will, die generell und die speziell bei der Behandlung von Straftätern von zentraler Bedeutung sind. Hier werden in eher formaler Weise nur die wichtigsten aufgelistet. Karasu hatte aus Sicht der *Client Centered Psychotherapy* nach Rogers (in Deutschland üblicherweise als Gesprächspsychotherapie nach Rogers bezeichnet) bereits 1986 die folgenden drei Faktoren genannt: erstens die affektive Beteiligung von Therapeut und Klient, zweitens die kognitive Bewältigung der Konflikte und drittens die Verhaltensänderung. Aus verhaltenstherapeutischer Sicht hatte Grawe im Jahr 1997 die folgenden vier Faktoren genannt: erstens die Aktualisierung des Problems, zweitens die Klärung bzw. Interpretation des Problems, drittens die Problemlösung und



viertens die Aktualisierung der Ressourcen des Patienten. Zwischen diesen beiden zusammenfassenden Statements lagen die Ausführungen von Luborsky, die sich auf psychodynamische Vorgehensweisen bezogen und erstens die Qualität der therapeutischen Beziehung, zu der sowohl der Patient als auch der Therapeut beitragen müssen, in den Mittelpunkt stellten; zweitens die Genauigkeit und Treffsicherheit der vom Therapeuten gegebenen Deutungen; drittens die Tiefe der Einsicht auf Seiten des Patienten, abhängig vom Schweregrad von dessen Störung, und seine Bereitschaft, sein Verhalten zu ändern.

Man sieht an diesen aus unterschiedlich konzeptualisierten Behandlungsansätzen und daran anknüpfenden Wirksamkeitsuntersuchungen hergeleiteten Faktoren, wie sehr sie sich überschneiden bzw. ähneln. Meines Erachtens ist hier auch der schon lange bekannte Faktor hinzuzufügen, dass der Therapeut die Behandlung so gestalten muss, dass der Patient Neues über sich und seine Interaktionen erfährt, sich in der therapeutischen Beziehung sicher aufgehoben erlebt und sich daher von den aus den Interventionen des Therapeuten ergebenden Überraschungen nicht überfahren fühlt, sondern in seiner Neugier gefördert, wie er sein Verhalten in positiver Weise ändern kann.

Vierte Kasuistik

Es gibt bei der Behandlung von Straftätern auch Grenzen, was bereits bei der zweiten Kasuistik zur Sprache gekommen war und hier an einem weiteren Beispiel erläutert werden soll. Es geht um einen Mann, der bereits als 18-Jähriger wegen mehrerer Fälle von Vergewaltigung und versuchter Vergewaltigung zu einer auf Bewährung ausgesetzten Freiheitsstrafe von einem Jahr und sechs Monaten verurteilt wurde mit der Auflage, sich einer Psychotherapie zu unterziehen. Noch während der Bewährungszeit beging er erneut zwei solche Delikte, wurde deshalb als 20-Jähriger unter Einbezug des früheren Urteils zu einer Freiheitsstrafe von vier Jahren verurteilt bei gleichzeitiger Anordnung der Unterbringung im psychiatrischen Maßregelvollzug. Zwei Jahre später bekam er erstmals Urlaub zu seinen Eltern, den er dazu missbrauchte, erneut eine junge Radfahrerin unter Todesdrohung anzuhalten in der Absicht, sie zu vergewaltigen, wobei sie sich allerdings glücklicherweise losreißen und entkommen konnte.

In den mehr als 25 Jahren seiner Unterbringung wurde er mehrfach von Psychiatern prognostisch begutachtet. Die Diagnosen lauteten Pädophilie mit sadistischen und fetischistischen Neigungen sowie Narzisstische Persönlichkeitsstörung. Bei der ersten dieser externen Begutachtung schrieb der Gutachter, bisher habe er sich nicht geändert und es sei eine antiandrogene Medikation zu empfehlen. Als er schließlich 40 Jahre alt war, kam ein weiterer Gutachter zu dem Ergebnis, der Patient habe eine deutliche Nachreifung gemacht. In den folgenden sechs Jahren bekam er schrittweise erweiterte Lockerungen, konnte z.B. weite Strecken mit dem Fahrrad zurücklegen, um seine Freundin zu besuchen.

Er stand kurz vor der Entlassung, als ein anonymes Hinweis einging, in dem gesagt wurde, es gebe da noch einen ca. 20 Jahre zurückliegenden, noch immer unaufgeklärten Mord, und man solle doch noch einmal untersuchen, ob jener Mord nicht von diesem Patienten begangen worden sei. Tatsächlich war der Patient zu jenem Zeitpunkt zusammen mit einer Gruppe anderer Patienten aus der Klinik in der Nähe des damaligen Tatorts zu einer Freizeit gewesen, wobei die dort anwesenden Patienten damals auch verdächtigt und befragt worden waren, ohne



dass man ihnen etwas hatte nachweisen können. Bei der neuen Überprüfung fand man in den asservierten Körperteilen der damals getöteten Frau Spuren, die mittels DNA-Analyse eindeutig ihm zuzurechnen waren.

Auf die damalige Verdächtigung hatte er sehr ärgerlich reagiert und danach seine intensive Therapie bei einem sehr erfahrenen Therapeuten abgebrochen, später bei einem gleichermaßen erfahrenen Therapeuten über viele Jahre die Therapie fortgesetzt und sich weiterentwickelt, was schließlich auch dazu beigetragen hatte, dass er im Laufe der Jahre prognostisch sehr viel günstiger eingeschätzt worden war als früher und inzwischen sogar mit einer bedingten Entlassung rechnen konnte.

Nach den neuen Untersuchungsergebnissen war dies jedoch nicht mehr der Fall. In einem neuen Verfahren wurde er wegen Mordes zu einer weiteren langen Freiheitsstrafe verurteilt mit anschließend vorbehaltener Sicherungsverwahrung. Aus therapeutischer Sicht musste man meines Erachtens die Erfolge der bisherigen Behandlung infrage stellen, da er während der jahrelangen intensiven Therapien seine schwerwiegendste Tat durchgängig geleugnet hatte.

Abschließende Bemerkung

Therapie im Straf- und Maßregelvollzug ist eine herausfordernde Aufgabe. Wer sich darauf einlässt, muss damit rechnen, dass sie nicht immer zum Erfolg führt, was sie aber von Psychotherapien in anderen Kontexten nicht grundsätzlich unterscheidet. Führt sie aber zum Erfolg, dann ist damit sehr viel gewonnen. Wenn man sich als Therapeut darauf einlässt, sollte man die Möglichkeiten der Intervention mit Kolleginnen und Kollegen, die ebenfalls in diesem Feld arbeiten, nutzen. Zusätzlich zur Teilnahme einer in kürzeren Intervallen tagenden Interventionsgruppe empfiehlt sich die Teilnahme an internationalen Kongressen entsprechender Fachgesellschaften, z.B. der *International Association for Forensic Psychotherapy (IAFP)*, die ihre Kongress in jährlichem Rhythmus abhält, oder der *International Association for the Treatment of Sexual Offenders (IATSO)*, deren Kongresse alle zwei Jahre stattfinden.

Literatur

- Aichhorn, A. (1925): *Verwahrloste Jugend. Die Psychoanalyse in der Fürsorgeerziehung*. 10 Aufl., Bern (Huber), 1987.
- Cordess, C., Cox, M. (Eds.) (1996): *Forensic Psychotherapy. Crime, Psychodynamics and the Offender Patient*, London (Jessica Kingsley).
- Eissler, K. R. (1953): "The effect of the structure of the ego on psychoanalytic technique", in: *Journal of the American Psychoanalytic Association*, Band 1, S. 104-143.
- Erikson, E. H. (1959): *Identity and the Life Cycle*, New York (W: W. Norton), 1959; deutsch: *Identität und Lebenszyklus*. Drei Aufsätze, Frankfurt a. M. (Suhrkamp) 1966.
- Fonagy, P. (2004): "The developmental roots of violence in the failure of mentalization", in: F. Pfäfflin, G. Adshead (Eds.): *A Matter of Security. The application of attachment theory to forensic psychiatry and psychotherapy*, London, Bristol (Jessica Kingsley), S. 13-56.
- Föster, M. (Hg.) (1984): *Das Buch zum Film von Rolf Schübel: Jürgen Bartsch, Nachruf auf eine „Bestie“*. *Dokumente – Bilder – Interviews*. Mit einem Vorwort von Wilfried Rasch, Essen (Torso Verlag).
- Fromm, E. (1930a): *Die Entwicklung des Christusdogmas. Eine psychoanalytische Studie zur sozialpsychologischen Funktion der Religion*, in: *Imago. Zeitschrift für Anwendung der Psychoanalyse auf die Natur- und Geisteswissenschaften*, Wien 16 (1930), S. 305-373; Erich Fromm Gesamtausgabe, Band VI, S. 11-68.
- Lambert, M. J. (Ed.) (2013) *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 6th Ed., New York (John Wiley & Sons).



Property of the Erich Fromm Document Center. For personal use only. Citation or publication of material prohibited without express written permission of the copyright holder.

Eigentum des Erich Fromm Dokumentationszentrums. Nutzung nur für persönliche Zwecke. Veröffentlichungen – auch von Teilen – bedürfen der schriftlichen Erlaubnis des Rechteinhabers.

-
- Leygraf, N. (1988): *Psychisch kranke Straftäter*. Epidemiologie und aktuelle Praxis des psychiatrischen Maßregelvollzug. Berlin etc. (Springer).
- Marle, H. J. C. van (1995): *Een gesloten systeem. Een psychoanalytisch kader voor de verpleging en behandeling van TBS-gestelden*, Arnhem (Gouda Quint).
- Moser, T. (1971): *Repressive Kriminalpsychiatrie. Vom Elend einer Wissenschaft. Eine Streitschrift*, Frankfurt am Main (Suhrkamp).
- Pfäfflin, F. (1978): *Vorurteilsstruktur und Ideologie psychiatrischer Gutachten über Sexualstraftäter*, Stuttgart (Enke).
- Reiche, R. (2007): „Psychoanalytische Therapie sexueller Perversionen“, in: V. Sigusch (Hg.): *Sexuelle Störungen und ihre Behandlung*, 4. Aufl. Stuttgart (Thieme), S. 276-293.
- Ross, T., Urbaniok, F., Pfäfflin, F. (2017): „Straftäter und forensische Aspekte“, in: S. Herpertz, F. Caspar, K. Lieb (Hg.): *Psychotherapie. Funktions- und störungsorientiertes Vorgehen*, München (Elsevier), S. 603-612.
- Schorsch, E., Galedary, G., Haag, A., Hauch, M., Lohse, H. (1985): *Perversion als Straftat. Dynamik und Psychotherapie*. 1. Aufl. Berlin etc. (Springer); 2., unveränderte Auflage, Stuttgart (Enke), 1996.