

**„Was können wir von der forensischen Nachsorge lernen?“**

**AACHENER SOZIALPSYCHIATRISCHER FORTBILDUNGSTAG 2008**

---

Ich muss gestehen, dass ich beim Lesen des Titels zunächst über den Begriff „lernen“ gestolpert bin – angesichts solch demonstrativer Lernbereitschaft der Gemeindepsychiatrie gegenüber der forensischen Psychiatrie vermutete ich gleich Fallstricke.

Die Formulierung lädt ja ein zum Belehren, zum Besserwissen mit all den Abwehrreflexen bei den solcher Art pädagogisch Beglückten: Man reagiert mit genervtem Abwinken, bestenfalls mit Gähnen („das machen wir doch schon alles ewig so ...“) oder aber mit entrüstetem Protest, was sich da einer rausnimmt und den fortschrittlichen Sozialpsychiatern mit den ollen Kamellen einer paternalistischen und auf Zwang basierenden Psychiatrie zu kommen.

„Die Kliniker sehen sich offenbar immer noch als Nabel der Welt, wenn sie von „komplementärer“ Nachsorge sprechen ... .Es ist doch umgekehrt: Die Klinik ist komplementär zur Gemeindepsychiatrie, nur für die Akutbehandlung, für die Krise, und - na ja - und eben für das Thema ‚Gewalt‘ zuständig.“

Und da wären wir schon bei dem Thema.

Aber bestimmt sind das ja alles ideologische, antiquierte Frontstellungen zwischen stationärer und außerstationärer Psychiatrie, die durch eine neue pragmatische Zusammenarbeit anhand konkreter Fragestellungen (eben wie auf dieser Tagung) längst der Vergangenheit angehören!?

Tatsächlich haben die Berührungssperren deutlich – regional unterschiedlich – nachgelassen und praktischen Kooperationen zum wechselseitigen Nutzen Platz gemacht: Eine neue Kollegin in der

**„Was können wir von der forensischen Nachsorge lernen?“**

**AACHENER SOZIALPSYCHIATRISCHER FORTBILDUNGSTAG 2008**

---

Ambulanz berichtet kürzlich geradezu euphorisch von uneingeschränkt positiven Kontakterfahrungen zu Einrichtungen (zum Aachener Verein, natürlich) und kann überhaupt nicht nachvollziehen, dass Einrichtungen forensische Patienten nicht nur ablehnten und ablehnen, sondern forensische Ambulanzen noch vor 15 Jahren (wenn sie ihre Patienten in Heime vermittelten, dabei die Betreuung fortsetzten) einer - gelinde gesagt – Einmischung oder deutlicher: feindlicher Landnahme verdächtigt wurden. „Wir sind doch nicht der verlängerte Arm der Justiz“ – diese auftrumpfende Standard-Ausrede, wenn Heimmitarbeiter den Aufnahmewunsch eines forensischen Patienten ablehnten (oder zumindest massiv problematisierten), höre ich heute tatsächlich seltener.

Der Wind hat sich offenbar gedreht.

Heute werden forensische Patienten zur Stabilisierung der stationären Bewohnerzahl in der Eingliederungshilfe als neue, lohnenswerte Zielgruppe gesehen: Das Sein bestimmt das Bewusstsein!

Auch die schwierigen, hier auf der Tagung schon mehrfach angesprochenen Multiproblempatienten, Systemsprenger, haben wieder ein Bewusstsein dafür geschaffen, dass das Problem von Gewalttätigkeit, das von psychisch Kranken ausgeht, nicht durch Schönrederei oder Verleugnung vom Tisch ist.

Durch die Zusammenarbeit mit forensischen Ambulanzen erhoffen sich Heime zudem Handlungsstrategien auch für solche Bewohner, die übergriffiges und dissoziales Verhalten zeigen und „mit einem Bein im Maßregelvollzug“ stehen.

**„Was können wir von der forensischen Nachsorge lernen?“**

**AACHENER SOZIALPSYCHIATRISCHER FORTBILDUNGSTAG 2008**

---

So diskutiert man nun – nicht nur auf dem Hintergrund der Überfüllung von forensischen Kliniken – wieder das lange Zeit tabuisierte Thema „geschlossene Heime“ und ist offenbar dabei, solche Art Einrichtungen aufzubauen.

Gewalttätigkeit in Einrichtungen nimmt zu (?) so der Begleittext zur Tagung – darüber habe ich keine verlässlichen Zahlen. Erstaunlich allerdings für mich, dass im Rahmen einer Untersuchung zur Vorgeschichte forensischer Patienten vor ihrem Anlassdelikt (das sie in die Forensik geführt hat) deutlich wurde, dass ca. 9% ihr Delikt im Rahmen einer stationären oder ambulanten Betreuungsform der Gemeindepsychiatrie begangen hat!

Ähnlich wie die Allgemeinpsychiatrie scheint Betreuung und Behandlung durch die Gemeindepsychiatrie massive Gewalttätigkeit und entsprechende forensische Karrieren nicht verhindern zu können.

(vergleichbare Zahlen: 11,2% der Patienten kommen direkt aus stationärer Behandlung der Allgemeinpsychiatrie zur Aufnahme in den Maßregelvollzug; 10 Jahre zuvor waren es nur 2,4%.)

„Forensifizierung“ ist ja in aller Munde: Als Schreckgespenst für die einen: Motto: Die Sexualstraftäter kommen! Als Heilmittel für die anderen: Motto: Sichert unsere Arbeitsplätze! (Hier ist zwar ein wenig der Lack ab, denn auch in der Forensik wird massiv gespart) oder:

(3) „Forensifizierung“ – nun eher im Gegenteil - als ein öffentlich kritizierter Trend der Kriminalpolitik: Motto: Richter und Gutachter sind alle zu Sozialverstehern und Behandlungsideologen geworden!

**„Was können wir von der forensischen Nachsorge lernen?“**

**AACHENER SOZIALPSYCHIATRISCHER FORTBILDUNGSTAG 2008**

---

Forensifizierung ist aber zur Zeit (4) vor allem ein Kampfbegriff zur Kritik einer offenbar um sich greifenden Abschiebepolitik von schwierigsten Patienten von der Allgemeinpsychiatrie in den Maßregelvollzug. Aber scheinbar bekommen Sie nur dort eine adäquate Behandlung! In seinem Artikel „Forensik – die Psychiatrie der Zukunft“ analysiert Krause (2005) sarkastisch: der aktuelle Ausbau der Forensik sei der “verzweifelte Versuch des psychisch Kranken und bestimmter Gesellschaftsteile, dafür Sorge zu tragen, dass endlich wieder vernünftig und auf solider Basis behandelt wird“. Dort könne man seine Therapiekenntnisse noch an den Mann bringen, auch die Entlassung kann wohlüberlegt und nicht überhastet vollzogen werden. Parallel zum Abbau stationärer Krankenhausbetten hat sich die Zahl der forensisch-psychiatrischen Betten in den letzten 10 Jahren in etwa verdoppelt: Zu Recht ist von einer Re-Institutionalisierung die Rede.

Die „Politik der offenen Tür“ – auch motiviert durch die „Politik der verschlossenen Geldbeutel“ der Krankenkassen – hat zu dem Ergebnis geführt, dass bestimmte Patienten ausgegrenzt werden, die nicht in das Raster von Freiwilligkeit bzw. „verhandeln statt behandeln“ passen. Die Sichtweise von Patienten als nachfragende „Kunden“ hat vor allem in der forensischen Nachsorge problematische Konsequenzen. Dazu später. An dieser Stelle ließe sich zunächst formulieren, dass analog zum Prinzip von der Erhaltung der Energie die Summe der gewaltsamen Anteile innerhalb des psychiatrischen Systems konstant bleibt. Öffnung der Psychiatrie und Maßregelvollzug verhalten sich demnach gemäß dem Prinzip der kommunizierenden Röhren.

**„Was können wir von der forensischen Nachsorge lernen?“**

**AACHENER SOZIALPSYCHIATRISCHER FORTBILDUNGSTAG 2008**

---

Die Ergebnisse der Enthospitalisierungsprozesse waren sicher für große Gruppen der Patienten ein Segen. Gleichwohl waren sie nicht für alle Patienten ideal, speziell für die chronisch kranken Schizophrenen mit geringen Kooperationsfähigkeiten.

Die Frage, ob diese Entwicklung nun auf eine Abschiebetendenz der Allgemeinpsychiatrie zurückgeht oder aus einer generellen Zunahme von Problempatienten resultiert, ist für Sie, für den praktischen Umgang vor Ort eine vielleicht müßig anmutende Diskussion.

(Die Gruppe der sozial desintegrierten und substanzmissbrauchenden Patienten hat tatsächlich deutlich zugenommen - Häufigkeit des komorbiden Substanzmissbrauches von 29% (1988) über 57% ( 1994) auf 72% (2006) gestiegen.)

Bei näherer Betrachtung (wenn die Diagnose einer zunehmenden Drift im Sinne einer Forensifizierung nur teilweise zutrifft) ist diese Frage alles andere als müßig, tangiert sie doch eine Grundsatzfrage:

Wollen wir eine Aufteilung bzw. Dreiteilung des Versorgungssystems in eine

- (1) „softe“ (progressiv-kundenorientiert-gewaltfreie) Gemeindepsychiatrie für die „besseren Patienten-Kunden“, in eine
- (2) Akutpsychiatrie zur vorübergehenden Krisenintervention und in eine
- (3) immer größer werdende forensische Psychiatrie als long-stay-Einrichtung für solche Patienten, die das Pech haben, sich auf längere Sicht nicht an die Spielregeln halten zu können - oder besser: die die Spielregeln von Angebot und Nachfrage für sich nicht nutzen können?

Man kann dies so wollen, aus den verschiedensten Beweggründen – aber: das Bild einer besseren, weil gewaltfreieren und „humaneren“ Psychiatrie

**„Was können wir von der forensischen Nachsorge lernen?“**

**AACHENER SOZIALPSYCHIATRISCHER FORTBILDUNGSTAG 2008**

---

ließe sich dann nur durch ein hohes Maß an Realitätsverleugnung aufrechterhalten. Die Tatsache, dass viele Patienten bei der Versorgung durch die Allgemein- und Gemeindepsychiatrie „durch den Rost fallen“ ist eine sehr wirksame, wenn auch passive und damit subtil maskierte Form von Exklusion, von sozialem Ausschluss. Oder wie Steinert (2008) kürzlich pointiert feststellte: „Gewaltfreiheit mit sozialer Exklusion ist keine Gewaltfreiheit – sie bedeutet nur, dass die Gewalt eben woanders stattfindet“.

Auf seiner „Suche nach der versteckten Gewalt in der außerstationären Psychiatrie“ könnten forensische Ambulanzen dem Autor noch reichlich Anschauungsmaterial liefern:

Neben dem einfachen Steuerungsinstrument der Warteliste werden Aufnahmebedingungen in Einrichtungen oftmals so hoch oder spezifisch angesetzt, dass sich daraus mühelos ein Ablehnungsgrund konstruieren lässt. Haben die Mitarbeiter dann auch noch eine persönliche oder grundsätzliche Abwehr gegen kontrollierende Aspekte und möchten sie in ihrem Selbstverständnis nur ein Gutmensch sein, hat der „schwierige“ Patient keine Chance einer Aufnahme.

Auch ein zum Dogma erhobenes Primat der gemeindenahen Versorgung psychisch Kranker kann sich als Erschwernis bei der Vermittlung herausstellen. Aus unmittelbar einleuchtenden Gründen können und sollen forensische Patienten eben nicht in ihr kriminogenes Umfeld zurück. Ganz abgesehen davon kann bei vielen Patienten aufgrund ihrer Entwurzelungs-Biographie von einem Heimatort ernsthaft nicht gesprochen werden. Auf diese Weise wird dann aus dem eigentlich fortschrittlich gemeinten

**„Was können wir von der forensischen Nachsorge lernen?“**

**AACHENER SOZIALPSYCHIATRISCHER FORTBILDUNGSTAG 2008**

---

Konzept der gemeindenahen Versorgung ein „Bumerang“ und ein Instrument der Ausgrenzung.

In der stationären Allgemeinpsychiatrie werden nunmehr zunehmend auch Risikochecklisten erprobt, so z.B. in Bremen, um frühzeitiger so genannte Risikopatienten zu identifizieren.

Unabhängig von der Qualität solcher Listen – der Ansatz, in der AP mit Deliktprävention zu beginnen ist sicher zu begrüßen, denn 80% der forensischen Patienten waren vorher Patienten der AP (mit ca. 7 Aufnahmen)!

Die Bremer Autoren machen dann auch für die AP in einem kürzlich erschienen Aufsatz (von Berg / Haselbeck, 2008) Vorschläge für eine verbesserte Prävention, die sie als Angebote verstehen und – neudeutsch – als „Module“ entwickeln möchten:

- kontinuierliche ambulante Nachsorge, mit Schwerpunkt auf
- Stärkung der compliance
- Sicherstellen der Medikation
- Verhinderung von Substanzmissbrauch
- sozioökonomische Absicherung.

Abschließend kommen sie dann aber selbst auf das zentrale Dilemma zu sprechen: Angebote setzen freiwillige Kooperation der Patienten voraus. Was dann schon die Umsetzbarkeit dieser Angebote nicht unwesentlich limitieren dürfte ... .

Ihre Forderungen an die Kliniken:

„Was können wir von der forensischen Nachsorge lernen?“

**AACHENER SOZIALPSYCHIATRISCHER FORTBILDUNGSTAG 2008**

---

- kompetentes Schnittstellenmanagement zwischen Klinik und ambulanter Nachsorge bedürfe es Behandler, die Sorgfalt und Aufmerksamkeit richten auf:
- ausführliche Anamnese (auch Fremdanamnese, polizeiliche Mitteilungen, Ermittlungsverfahren) hinsichtlich früherer Gewalttätigkeit
- systematisches Erfassen gewalttätiger Gedankeninhalte und Verhaltensweisen ( z.B. auch Tragen von Waffen)
- Kenntnis derjenigen Risikomarker, die eine sorgfältige Prüfung der Gefährlichkeit und des Interventionsbedarfs nahe legen (Kröber, 2008)

[Risikofaktoren, die mit Straffälligkeit assoziiert sind (Kurzf.):

( 1) *Vorgeschichte*: frühere Gewalttaten (bester Prädiktor überhaupt), früher Beginn von Erkrankung bzw. dissozialer Entwicklung

(2) *Erkrankung /Symptomatik*, z. B.

- Schizophrenie vom paranoiden Typus, mit zeitweilig produktiver Symptomatik im Sinne von TCO Symptomen, vor allem mit stark feindseliger manichäischer Wahnthematik und intensivem Erleben existenzieller Bedrohung.
- Gewaltandrohungen, vor allem gepaart mit der Ankündigung finaler Auseinandersetzungen, Besorgen und Tragen von Waffen.
- Geringe Therapeuten- und Medikamentencompliance, geringe Absprachefähigkeit, verschlossen-einzelgängerisch.
- Komorbider Alkohol- und Drogenmissbrauch.
- Dissoziale Störung, meist prämorbid und fortbestehend nach Remission

(3) *Umfeld*

- Soziale Depravation (auch verbunden mit Kleinkriminalität )
- fehlende Integration in psychiatrische Versorgung
- therapiefeindliches soziales Umfeld]



**„Was können wir von der forensischen Nachsorge lernen?“**

**AACHENER SOZIALPSYCHIATRISCHER FORTBILDUNGSTAG 2008**

---

Zwischenfazit:

All das, was hier von der Allgemeinpsychiatrie gefordert wird, ist längst gängige Praxis in der forensischen Nachsorge! Die Ambulanzen liefern nicht nur das nötige Schnittstellenmanagement und das fachliche Know-how. Vor allem durch die Vermittlung der Risikofaktoren - und zwar auf den Einzelfall zugeschnitten – gehen keine Informationen verloren und die Einrichtungen können anhand eines detaillierten Hilfe- und Krisenleitfadens Sicherheit im Umgang gewinnen.

Heute werden die Patienten nicht wie früher in Nacht- und Nebelaktionen „ausgewildert“ oder in Heime abgeschoben nach dem Motto „Nach uns die Sintflut“. Die zur Klinik und zur Ambulanz bestehenden Bindungen des Patienten bleiben weiter aufrecht erhalten im Sinne einer durchgehenden Kontinuität. Zwischen forensischer Ambulanz und den Bausteinen der Gemeindepsychiatrie, aber auch der Justiz, besteht nicht nur eine enge Vernetzung, sondern ständige, fallbezogene Rückkoppelungsschleifen, vor allem hinsichtlich Risikoeinschätzung und Risikomanagement.

Die forensische Ambulanz hat ein „robustes Mandat“.

Forensische Nachsorge hat den systembedingten Vorteil, ambulante Betreuung und Behandlung verbindlich zu regeln d. h. die Annahme von „Angeboten“ nicht in das Belieben der Patienten zu stellen.

Freiwilligkeit und Patientenautonomie sind „heilige Kühe“. Dörner geißelt ein „am Reißbrett konstruiertes Menschenbild des homo selbstbestimmicus“. Dass Patienten in ihrer Motivation sehr ambivalent sind, sich Hilfewünsche oft nicht eingestehen können, geschweige als

**„Was können wir von der forensischen Nachsorge lernen?“**

**AACHENER SOZIALPSYCHIATRISCHER FORTBILDUNGSTAG 2008**

---

mündiger Nutzer von Dienstleistungen diesen Wunsch artikulieren können, ist dann nur schwer zu vermitteln. (Wer wählt auch schon freiwillig Betreuungsformen, die primär mit vielen Einschränkungen der „Freiheit“, mit Unannehmlichkeiten, Beschämungen, auch mit Kontrolle zu tun haben!) Auf diese Weise werden (oder wurden) mit fortschrittlich klingenden Begründungen forensische Patienten wie heiße Kartoffeln weitergereicht. Verleugnet wird dabei, dass viele forensische Patienten auf enge Strukturierungshilfen durch feste Bezugspersonen angewiesen sind, die nicht „kneifen“, sondern auf die Einhaltung von Vereinbarungen bestehen und Regeln durchsetzen.

Dies dient durchaus dem Wohl des Patienten: Auch der Patient will ja nicht rückfällig werden, um dann wieder jahre-, womöglich lebenslang, eingesperrt zu werden.

Dass die Forensische Ambulanz oft in der Nachsorge die Rolle eines Sündenbocks hat: „Ich bin krank, weil ich in der Forensik war“; „Ich bin noch im Heim, weil die Ambulanz das so von mir verlangt“ ist so lange kein Problem, wie die Mitarbeiter in der Lage sind, dies von sich persönlich zu abstrahieren und nicht übel zu nehmen. Das ist „Folklore“, wie unser Supervisor Micha Hilgers aus Aachen zu sagen pflegt; es ist die Aufgabe – nicht nur der Ambulanz! - diesen Selbsterklärungsversuch, der als Schamabwehr des Patienten zu verstehen ist, auszuhalten. Dabei ist das (scheinbare) Paradoxon ja bekannt, dass der Patient wütend-aggressiv, vorwurfsvoll sein darf, um nicht wirklich gewalttätig oder rückfällig zu werden. So lange er in der Beziehung bleibt, die „Reibung“ sucht und dadurch gehalten wird, ist die Gefahr wirklichen destruktiven Agierens außerhalb gering.

**„Was können wir von der forensischen Nachsorge lernen?“**

**AACHENER SOZIALPSYCHIATRISCHER FORTBILDUNGSTAG 2008**

---

Bei näherer Betrachtung wirken die Taten der Patienten oftmals wie ein unbewusster Versuch, die Umwelt zu einer Grenzsetzung und damit zu einer Außenkontrolle zu provozieren, die sie selber nicht schaffen. Sie können sich selber nicht aushalten und bringen sich hinter Mauern in Sicherheit. Sie brauchen daher ein nicht zerstörbares Setting, das eine strukturbildende Funktion entfaltet durch feste Rahmenbedingungen, die natürlich immer wieder neu attackiert werden müssen..

Als illustrierendes Beispiel (habe ich kürzlich gelesen bei einem ebenfalls aus Aachen stammenden Therapeuten Thomas Auchter) können diese Maschinen gelten, die bisweilen im Eingangsbereich eines bekannten nordeuropäischen Möbelhauses stehen. Diese Maschinen belasten unaufhörlich systematisch Möbelstücke, aber nicht, um sie zu zerstören, sondern im Gegenteil, um deren Widerstandsfähigkeit und Strapazierfähigkeit nachzuweisen.

Das Problem der Grenzen, sowohl im eigenen Verhalten der Patienten als auch hinsichtlich der Grenzen zwischen innerer und äußerer Realität, ihre grenzlosen Verfügungsansprüche an andere, ihr grenzlosen Selbstbild, ihre grenzlosen Forderungen sind Ihnen aus der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen sicher bekannt.

Stärkung von Ich-Funktionen als Ziel der Betreuung kann hier nur heißen:

1. Bestehen auf einem vernünftigen Maß
2. Festlegen von zeitlichen und inhaltlichen Zwischenschritten
3. Verpflichtung zu zumutbaren und überprüfbaren Aufgaben
4. Konsequente Handhabung von Regeln

**„Was können wir von der forensischen Nachsorge lernen?“**

**AACHENER SOZIALPSYCHIATRISCHER FORTBILDUNGSTAG 2008**

---

Der Therapeut vertritt die Realität. Das bedeutet, dass er sich nicht zum Opfer machen lässt und z. B. Übergriffe des Patienten sofort klar und deutlich zurückweist. Als Garant für das vereinbarte Maß und das realistische Teilziel sollte er konfrontieren, zumal, wenn der Patient in ein riskantes Agieren gerät.

Die Ambulanz verweist generell mehr auf die Notwendigkeit einer ausreichenden Distanz, auf die Beachtung von „Gegenübertragungen“, auf die Gefahr der Überidentifikation mit dem Patienten und seinen oft trügerischen Selbstkonzepten. Sie weiß, dass die Patienten lügen, betrügen, sadistische Neigungen haben - ohne nun partout jeder Lebensäußerung und Verhaltensweise des Patienten ein solches Motiv zu unterstellen.

Nach unseren Erfahrungen besteht in Einrichtungen oft eine zu einseitige Parteinahme für den Patienten und seine Autonomie mit der Folge einer zu hohen Beschleunigung in Richtung eines „Weniger“ an Betreuung. Damit gibt man einerseits dem Druck des Patienten in diese Richtung nach (obwohl dieser meist viel ambivalenter ist, als es den Anschein hat, und eher nach einer haltenden Antwort verlangt). Andererseits scheint mir das auch Ausdruck eines Progressionsmodells in der Betreuung, nach dem sich jeder Klient „weiterentwickeln“ muss. Statt eine stabile und „ruhige“ Phase als den Ausweis guter Arbeit und eines geeigneten Settings zu verstehen, kommt es dann zu Veränderungen, die heftige Destabilisierungen zur Folge haben können.

**„Was können wir von der forensischen Nachsorge lernen?“**

**AACHENER SOZIALPSYCHIATRISCHER FORTBILDUNGSTAG 2008**

---

Zur Ausgangsfrage: Was können Sie also von der Forensischen Nachsorge lernen?

*Entschleunigung und Bescheidenheit*

Unsere Patienten werden die Stufe autonomer Selbstverwirklichung im bürgerlichen Sinne nicht erklimmen. Auch der aktuelle selbstkritische Diskurs der Sozialpsychiatrie über soziale Exklusion, neue ambulante Ghettos etc. kommt mir für unsere Patienten geradezu luxuriös vor. Tatsächlich brauchen wir für bestimmte Patienten „ökologische Nischen“, d.h. Rückzugsgebiete und Auffangnetze, in denen sie vor Überforderung und konsekutiver Destruktivität geschützt werden. Rehabilitation bedeutet hier insofern sehr bescheiden: Beheimatung, Aushalten und Verhinderung von Verschlimmerung.

Ein bescheidenes – aber eminent wichtiges – Lernziel heißt auch, die Bereitschaft eines Patienten zur Annahme von Unterstützung, vor allem die Akzeptanz einer Kontrolle von außen als Reifungsschritt zu verstehen. Oft ist vielleicht nicht viel mehr zu erreichen.

Wenn man`s recht bedenkt, ist das gar nicht so bescheiden - weder für Patient noch für seine Betreuer!

Die Hinnahme von gravierenden Einbußen an Selbstbestimmung, das Akzeptieren einer längerfristigen Abhängigkeit vom Hilfesystem, nicht zuletzt die Akzeptanz von tragischen, letztlich nicht zu verändernden Persönlichkeitsdispositionen (Sexualstraftäter) und vor allem: die Verantwortungsübernahme dafür, durch zuverlässige Mitarbeit und Rezidivprophylaxe (insbesondere beim Auftreten von Frühsymptomen) die

**„Was können wir von der forensischen Nachsorge lernen?“**

**AACHENER SOZIALPSYCHIATRISCHER FORTBILDUNGSTAG 2008**

---

Gefahr einer Tatwiederholung zu minimieren - das sind in der Tat Ziele, die beim näheren Hinsehen sehr anspruchsvoll sind.

*Genaueres Hinsehen*

Wenn es eine zentrale Botschaft gibt, dann die: Genaueres Hinsehen. Es gilt die Wahrnehmung zu schärfen für die kritischen „kriminogenen“ Denk- und Verhaltensmuster der Patienten. Das unterscheidet die Patienten ja von den nicht-forensischen: Sie sind bereits in ihrer Vorgeschichte gewalttätig geworden. Was bei anderen Bewohnern vielleicht eine lässliche Sünde darstellt, ist bei forensischen Patienten als Vorläufer-Symptom unbedingt zu beachten. Hilfreich sind hier die von den Ambulanzen in letzter Zeit nach dem „Ampel-Prinzip“ entwickelten Hilfe- und Krisenleitfaden, die Ressourcen, aber auch Risikomerkmale und Umgangsweisen damit beschreiben.

*Aktives Vorgehen*

Wichtig ist eine aktive und offensive Haltung des Betreuers, der nicht auf die Initiative des Patienten wartet. Zwar ist nicht bei jedem Patienten sozialer Rückzug und Isolierung ein Krisenzeichen. Jedoch:

Trotz aller anfänglichen Zusagen des Patienten, sich von sich aus zu melden und insbesondere bei Verschlechterung des Befindens rechtzeitig Bescheid zu geben, sollte man sich nicht zu sehr darauf verlassen – übrigens auch nicht darauf, dass er dann immer vollständige und wahrheitsgemäße Informationen gibt.

Für die forensische Nachsorge ist daher die Arbeit im „Feld“ zentral. Anders als in der „Sprechstundenmedizin“ ist der Patient „vor Ort“

**„Was können wir von der forensischen Nachsorge lernen?“**

**AACHENER SOZIALPSYCHIATRISCHER FORTBILDUNGSTAG 2008**

---

aufzusuchen („mobile forensische Ambulanz Düren“), um kontinuierlich ein genaues und realistisches Bild des Umfeldes zu erhalten .

Hier treffen wir oftmals auf eine Scheu in den Einrichtungen, in den privaten Bereich des Patienten einzudringen, was dann als „Auspionieren“ o.ä. erlebt wird.

Dies scheint mir eher Ausdruck einer typischen, negativen Gegenübertragung der Helfer zu sein: Die Helfer fühlen sich oft von den Patienten als unerwünscht und lästig abgelehnt. Nachgehend-kontrollierende, auch konfrontative Interventionen rufen Scham- und Schuldgefühle hervor, da man sich selbst in der Position des Patienten schämen oder schuldig fühlen würde – was der Patient aber störungsspezifisch in vielen Fällen gerade nicht tut!

*Offene Kommunikation*

Offene Kommunikation meint hier zunächst einfach ein offenes Sprechen-können über Kritisches, auch scheinbar Nebensächliches, was dann aber bekanntlich recht schnell eskalieren kann. Dazu gehört insbesondere auch ein offenes Sprechen-können über Sexualität, auch in Einzelheiten (kann man lernen). Gerade in diesem Bereich ist eine falsche Scheu unangebracht und wiederum eher ein Problem der Behandler als der Patienten. Diese gehen auf entsprechende Nachfragen oft dankbar ein, da das Ansprechen Scham reduzieren hilft und Geheimniskrämerei und Leugnung entgegenwirkt. Gerade bei Psychosekranken lassen sich bei diesem Thema auch Erkenntnisse hinsichtlich der Medikamentencompliance gewinnen.

**„Was können wir von der forensischen Nachsorge lernen?“**

**AACHENER SOZIALPSYCHIATRISCHER FORTBILDUNGSTAG 2008**

---

Rückfallprävention, aber auch Behandlung wird vielfach missverstanden als eine Art inquisitorischer Prozess, der sich zentral und traumatisierend um die so genannte Deliktbearbeitung dreht, dem die Patienten sich zu unterwerfen haben. Eine Tat eines schizophrenen Patienten, zumal wenn es bei den Opfern um einen nahen Angehörigen geht, lässt sich nicht aufarbeiten!

Dagegen sollten in Gesprächen die typischen Denk- und Verhaltensmuster gespiegelt werden, vor allem solche, die sich potenziell destabilisierend auswirken können. Gefährdungen sind offensiv anzusprechen, Aufmerksamkeit des Patienten immer wieder auf Frühwarnsymptome zu lenken und zu schulen - auf dem Hintergrund einer wohlwollenden Haltung.

*Grenzsetzungen*

Neben einem akzeptierend-stützenden Umgang ist eine eingrenzende-kontrollierende Vorgehensweise als Teil der «Therapeutenvariablen» anzuerkennen und als solche auch zu erlernen.

Auch hier ist wieder auf eigene Gegenübertragungen zu achten: Oft wird das Konfrontieren von Regelüberschreitungen vermieden, großzügig "übersehen" oder sogar mit Augenzwinkern toleriert, um nicht – vor sich selbst - als autoritär, kleinlich, verfolgend etc. zu erscheinen.

Diese Vermeidungshaltung der Mitarbeiter erscheint oft auch in verkleideter Form, indem man versucht, auf provokantes, aggressives, grenzüberschreitendes Verhalten „deeskalierend“ einzuwirken: Man beruhigt und beschwichtigt und geht dem Konflikt damit eigentlich aus dem Weg. Statt bereits in einem Frühstadium des Aggressionsverhaltens oder der Grenzüberschreitung eine deutliche und „klare Kante“ zu fahren.



**„Was können wir von der forensischen Nachsorge lernen?“**

**AACHENER SOZIALPSYCHIATRISCHER FORTBILDUNGSTAG 2008**

---

Solcherart Deeskalierung wird oftmals mit späteren, dann wesentlich heftigeren Konflikten oder sogar Gewalttätigkeiten erkauft.

Konfrontieren ist selbstverständlich nicht gleichbedeutend mit einem Freibrief für respektloses oder überschießendes Gegenagieren des Betreuers, der narzisstische Infragestellungen durch den Patienten dann mit Entwertung, Negativismus oder übertriebener Härte ahndet. Respekt und „klare Kante“ sind kein Widerspruch, sondern ergänzen einander.

So dient eine - auch durchaus heftige - emotionale Reaktion und Grenzziehung einerseits dem Selbstschutz und der Selbstachtung des Mitarbeiters und gibt dem Patienten eine authentische Rückmeldung über die Wirkung seines Fehlverhaltens - was ja nicht zuletzt auch eine Chance zur Veränderung bietet. Solcherart offensives, konfliktfreudiges Verhalten zeigt aber andererseits auch Interesse an Person und Entwicklung des Patienten und fördert die therapeutische Beziehung.

Nicht immer muss auch sofort „die große Keule geschwungen“ werden, es sollte selbstverständlich in dosierter Weise reagiert werden. Die – vorher festgelegten, abgestuften, also auch für alle transparenten – Umgangsweisen bei Krisen sind aber konsequent zu befolgen und eingrenzende Maßnahmen durchzusetzen.

Rehospitalisierung ist rechtzeitig einzuleiten. Wünschenswert wären dabei auch innerhalb des komplementären Systems flexible Möglichkeiten einer – vorübergehenden - Krisenverlegung („time-out-Räume“ o.ä ), um Abschiebeeffekte und das „Durchreichen“ der Schwierigsten zu vermeiden.

*Netzwerkarbeit*

**„Was können wir von der forensischen Nachsorge lernen?“**

**AACHENER SOZIALPSYCHIATRISCHER FORTBILDUNGSTAG 2008**

---

Forensische Nachsorge ist in geradezu paradigmatischer Weise sozialpsychiatrische Tätigkeit, die als Querschnittsaufgabe von verschiedenen Fachdisziplinen getragen wird.

In der forensischen Nachsorge geht es weniger um Individualbehandlung als um Unterstützung von Beziehungen und Systemen.

Gegen das rein medizinische oder juristische Modell gewendet soll der Patient nicht nur als Symptomträger bzw. als Risikoträger (oder: nicht nur als Ensemble erworbener Deformation und Gefährlichkeit) gesehen werden, sondern in seinem „System“, seinem Alltag, in seinen aktuellen „Beziehungsnetzwerken“ ergo: in seiner Lebenswelt betrachtet werden.

Ambulanzarbeit ist originäre Arbeit im „Feld“. Versteht sich die Klinik als Hort der Behandlung und die Praxis des niedergelassenen Psychotherapeuten als Hort der Therapie, so fokussiert die forensische Nachsorge auf die Frage:

Wie ist der Patient in seinem „soziodynamischen Fließgleichgewicht“, d.h. wie versucht er sein psychosoziales Gleichgewicht zu regulieren, wieder herzustellen, wie macht er auf Überforderung und die drohende De-Regulierung aufmerksam?

Jenseits der Dyade von Helfer und Patient betrachtet die forensische Nachsorge alle Kontexte, in denen der Patient lebt (in einem systemischen Sinne): Entsprechend dem Prinzip des Mobilès, sind diese Kontexte alle eng miteinander verknüpft, stehen in einem mehr oder weniger ausbalancierten Gleichgewicht. Sobald ein Teil angestoßen wird, zieht dies Veränderungen aller Teile, selbst der entferntesten, nach sich, bis ein neues Gleichgewicht gefunden wird.

**„Was können wir von der forensischen Nachsorge lernen?“**

**AACHENER SOZIALPSYCHIATRISCHER FORTBILDUNGSTAG 2008**

---

Die Wahrnehmungen von Bewegungen in dem System, die sich dann auch als Veränderungen im Helfernetzwerk abbilden und entsprechende Netzwerk- oder auch Kriseninterventionen nötig machen, gehören somit zur Schlüsselqualifikation in der Forensischen Nachsorge. Es gilt die Beziehungskonstellationen des Patienten mit den maßgeblichen Akteuren seines privaten und sozialen Feldes im Blick zu halten, Informationen zu gewinnen und diese - nicht zuletzt im Rahmen von regelmäßigen Zusammenkünften (Helferkonferenzen) - zu beeinflussen.

Im Rahmen eines Case-Managements sollten möglichst viele mit in die Betreuung mit einbezogen werden, um aus linearen Ursache-Wirkungszuschreibungen sowohl der Helfer als auch der Patienten („ich mache das nur, weil Sie ...“) heraus zu treten. Sich auf andere Informationen und Absprachen, vor allem Zusagen von denjenigen zu berufen, die gerade nicht anwesend sind, oder aber auch das „Verschweigen“ von scheinbar unwichtigen Tatsachen wird bekanntlich andernfalls das System schnell sprengen.

Fehlender Informationsfluss gilt zu Recht als einer der wesentlichen Risikofaktoren in der Nachsorge! Ohne „offenen Karten“, also ohne die Sicherstellung eines engmaschigen und regelhaften Informationsaustausches ist jede Nachsorge selbstverständlich auf Sand gebaut.

Die Methodik in der Forensischen Nachsorge ist mithin nicht dogmatisches Anwendungswissen („Was können wir lernen?“), sondern die regelmäßige Herstellung eines stabilen Rahmens, eines strukturellen und reflexiven Rahmens, der durch ganzheitliche Wahrnehmung des Patienten, seiner

**„Was können wir von der forensischen Nachsorge lernen?“**

**AACHENER SOZIALPSYCHIATRISCHER FORTBILDUNGSTAG 2008**

---

Lebenswelt, seines Alltags, seiner Beziehungen, seines Settings präventiv wirkt. Konsequentes Risikomanagement im Bedarfsfall kommt hinzu.

Einzelkämpfer sind also nicht gefragt! Oft sind für die Mitarbeiter im Verlauf risikobehaftete Entscheidungen unausweichlich, die einerseits Fachkunde und couragierte Entschlossenheit erfordern, bei denen aber Professionalität oftmals gerade im Erkennen eigener Grenzen besteht und daher Information und Unterstützung des Helfernetzes einzuholen sind.

Denn auch wir Helfer sind nicht die autonomen Wesen, zu denen wir unsere Patienten gerne machen würden. Wir sollten dagegen Abhängigkeit – auch und gerade im Sinne einer Sozialen Psychiatrie - als menschliches Bedürfnis, ja als Normalzustand rehabilitieren. Jenseits der Dichotomien „Autonomie versus Abhängigkeit (Bedürftigkeit)“ oder „Forensischer Gewalttäter versus kooperativer Psychiatrie-Kunde“ sollten wir ein dimensionales Kontinuum vielfältiger Abstufungen von Autonomie, aber auch von Dissozialität und Gewalttätigkeit im Auge behalten - dabei durchaus auch den berühmten Splitter im eigenen Auge ... .