GESTALTTHEORETISCHE PSYCHOTHERAPIE MIT EINEM MINDERBEGABTEN PATIENTEN IN EINER JUSTIZANSTALT

Christine Spraider

1. Einleitung

Im Rahmen meiner mehrjährigen Tätigkeit als klinische Psychologin in einer Justizanstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher in Niederösterreich hat sich für mich die Gestalttheorie mit ihrem Menschenbild und ihren theoretischen Grundlagen als sehr hilfreich und unterstützend erwiesen. Durch Umsetzung der gestalttheoretischen Grundlagen und mit der Tendenz zur guten Gestalt als innere Grundhaltung hat meine Tätigkeit wesentlich mehr an Qualität erlangt. Ich habe es für meine persönliche Weiterentwicklung als Psychologin und gestalttheoretische Psychotherapeutin als sehr bedeutsam erlebt, die 6 Merkmale der Arbeit am Lebendigen von METZGER, sowie die 3 Prozessvariablen LEWINS und ROGERS' Variablen des Therapeutenverhaltens präsent zu haben und in einem ständigen Prozess zu vergegenwärtigen und zu reflektieren, um daraus ein therapeutisches Selbstverständnis entwickeln zu können.

In der Justizanstalt Göllersdorf werden Insassen nach § 21/1 StGB untergebracht. Begeht jemand eine Tat, die mit einer ein Jahr übersteigenden Freiheitsstrafe bedroht ist, und kann er nur deshalb nicht bestraft werden, weil er sie unter dem Einfluss eines die Zurechnungsfähigkeit ausschließenden Zustandes (§ 11)[1] begangen hat, der auf einer geistigen oder seelischen Abartigkeit von höherem Grad beruht, so hat ihn das Gericht in eine Anstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher einzuweisen, wenn nach seiner Person, nach seinem Zustand und nach der Art der Tat zu befürchten ist, dass er weitere strafbare Handlungen mit schweren Folgen begehen werde.

Außerdem sind noch 28 Strafgefangene des Normalvollzugs als Systemerhalter in der Anstalt beschäftigt. Neben den nach § 21/1 angehaltenen Patienten[2] werden in Einzelfällen auch psychisch kranke Strafgefangene aus dem Normalvollzug zur Akutbehandlung oder zur Beobachtung stationär in Göllersdorf aufgenommen und nach Besserung ihres psychischen Zustandsbildes in ihre Stammanstalt rücktransferiert.

2. Meine Tätigkeit als klinische Psychologin aus gestalt-theoretischer Sicht

Zur Behandlung und Betreuung der Insassen sei noch erwähnt, dass diese ähnlich der Betreuung in einem psychiatrischen Krankenhaus ist. Neben der medikamentösen Behandlung kommen sowohl Psychotherapie als auch sozialpsychiatrische Maßnahmen zur Anwendung.

[1] § 11 StGB: Wer zur Zeit der Tat wegen einer Geisteskrankheit, wegen Schwachsinns, wegen einer tiefgreifenden Bewusstseinsstörung oder wegen einer anderen schweren, einem dieser Zustände gleichwertigen seelischen Störung unfähig ist, das Unrecht seiner Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln, handelt nicht schuldhaft.

[2] Aufgrund ihrer psychischen Erkrankung werden Insassen der Justizanstalt Göllersdorf auch als Patienten bezeichnet.

Die Insassen sind in Wohngruppen untergebracht, wo durch einen strukturierten Tagesablauf und eine möglichst kontinuierliche Betreuung versucht wird, bei den einzelnen Insassen psychische Stabilität, Krankheitseinsicht und ein für den weiteren Verlauf des Rehabilitationsprozesses notwendiges Maß an Selbständigkeit und Mitarbeit an der Behandlung zu erreichen.

Die Justizanstalt Göllersdorf ist, wie der Name schon sagt, einerseits ein Gefängnis, andererseits ist die psychiatrische Behandlung der Patienten gefordert. Ich erlebe mich als Teil dieses Spannungsfeldes Justiz-Psychiatrie. Als Teil der multidisziplinären Stationsteams fühle ich mich stets gefordert, mich sowohl mit meinem Fachwissen einzubringen als auch dabei mitzuwirken, ein therapeutisches Klima herzustellen und dieses auch aufrechtzuerhalten. Es ist daher eine umfassende interdisziplinäre Zusammenarbeit gefordert, um der vielfältigen Problematik des Individuums und seiner Umwelt gerecht zu werden (WALTER, 1994). Erst in einer verständnisvollen, annehmenden, wertschätzenden Atmosphäre wird der Insasse Mut fassen können, sich zu verändern und sich mit seinen Lebensschwierigkeiten auseinander zu setzen, um in seiner Persönlichkeit nachzureifen und zu entfalten. Das impliziert, Zusammenhängen zwischen Bedeutungen und Beschaffenheiten der Lebensraumbereiche im ganzheitlichen Kontext nachzuspüren und den Lebensraum prägnanter und differenzierter zu machen (LEWIN, 1963). Erst dann werden die Patienten imstande sein, sich situationsadäquat zu verhalten und auch in einem Leben außerhalb der Justizanstalt zurechtzukommen. So sehe ich es als einen wesentlichen Teil meiner Aufgabe, Insassen zu begleiten und deren Leben in der Justizanstalt aktiv mitzugestalten, um für einen therapeutischen Prozess förderliche Bedingungen herzustellen, sodass schöpferische Kräfte zur Entfaltung kommen können, und Hindernisse wegzuräumen, damit sie, wo sie vorhanden sind, überhaupt wirksam werden können. Man meinte vielfach, „dass solche Kräfte, auch wo sie ganz zu fehlen schienen, in Wirklichkeit stets nur verborgen ... seien, und dass es lediglich darauf ankomme, sie freizulegen“ (METZGER, 1962, S. 14). Auch WALTER schreibt, „dass dem Menschen Kräfte innewohnen, die ihn prinzipiell zur Bewältigung des Lebens befähigen“ (WALTER, 1994, S. 122).

Nach WALTER (1994) geht die Gestalttheorie von der primären Ganzheitlichkeit, Strukturiertheit und Dynamik seelischer Gegebenheiten aus.

Der Mensch hat nur durch seine seelische Wirklichkeit einen indirekten Zugang zur physikalischen Welt in ihrer absoluten Beschaffenheit, der Wirklichkeit im 1. Sinn. Mit seelischer Wirklichkeit ist hier die Wirklichkeit im 2. Sinn gemeint, das ist die anschaulich erlebte Welt. Die Welt, die durch Bilder in uns entsteht, ist unsere phänomenale Welt.

Häufig muss ich bei meiner Tätigkeit daran denken, dass die Welt, die uns umgibt, nicht unbedingt auch so sein muss, wie wir sie wahrnehmen (kritischer Realismus). Die physikalischen Dinge, von denen gewisse Sinnesreizungen ausgehen, sind etwas anderes als die phänomenalen Dinge, die wir wahrnehmen. Aber diese beiden Welten sind, auch wenn es sich um zwei verschiedene handelt, in ihren strukturellen Grundeigenschaften gleichgestaltig (Isomorphie-These). Hinsichtlich ihrer wesentlichen Züge sind die physikalischen und die wahrgenommenen Strukturen gleichgestaltig (isomorph). Eine ganzheitliche Sicht bedeutet auch, den Menschen als psycho-physische Einheit zu betrachten (KÖHLER, 1968).

Es können entweder physiologische oder psychische Aspekte im Vordergrund der Überlegungen stehen, wenn man Gesundheit bzw. Krankheit betrachtet. Leider bin ich häufig mit der Tatsache konfrontiert, dass manche Ärzte die ganzheitlich-dynamische Sichtweise zu vernachlässigen scheinen und den Menschen, wie in der atomistischen Denkweise, als aus einzelnen Bestandteilen zusammengesetzt betrachten. In der Schulmedizin werden oft ganz einfache Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge geknüpft und die medikamentöse Therapie steht im Vordergrund der Behandlung psychiatrischer Patienten. Geht es einem Patienten gut, heißt es oft, „er ist medikamentös gut eingestellt“ und es wird nicht auf die individuelle Lage eines Patienten eingegangen. Blindes Therapieren nach einem gewissen Schema kann hier mehr Schaden als Nutzen anrichten (BERGER-KNECHT, 2000).

Lebensschwierigkeiten werden dadurch nur zu Auslösern von angeborenen oder erworbenen Krankheitsdispositionen und Psychotherapie wird häufig lediglich als unterstützende Begleitmaßnahme gesehen. METZGER schreibt 1996 in Gestaltpsychologie, dass Leib und Seele in einem Gestalt-Zusammenhang stehen. Dieser Zusammenhang besteht grundsätzlich bei jedem Menschen. Für mich von großer Bedeutung ist die Aussage METZGERS, dass bei manchen jede körperliche Störung sofort den Gemütszustand ändert, bei anderen hat jede Schwankung des Gemütszustandes sofort mehr oder weniger auffallende körperliche Folgen. Dieser Zusammenhang wird mir sehr oft bei meinen Patienten in Göllersdorf deutlich.

Bereits GOLDSTEIN sieht organisch bedingte Defizite nicht isoliert, sondern aus einem ganzheitlichen Aspekt heraus. Er beschreibt am Beispiel von Hirnverletzten, dass es sich bei Störungen nicht um einzelne Störungen unabhängig voneinander handelt, sondern um einheitliche Störungsbilder, denn „niemals fallen einzelne Leistungen oder Leistungsgebiete isoliert aus“ (GOLDSTEIN, 1934, S. 18). „Ein jeder Effekt ist eingebettet in ein bestimmtes Gesamtverhalten“ (GOLDSTEIN, S. 23) Der Organismus ist also als Ganzheit zu betrachten, der Gestaltgesetzmäßigkeiten unterliegt.

Für meine Tätigkeit sehe ich es auch als sehr wesentlich, dass einem psychisch Gestörten „nicht mehr der Stempel des Krankseins“ (WALTER, 1994, S. 226) aufgedrückt wird, sondern Ursachen psychischer Erkrankungen eher als sozial bedingt angesehen werden. „Werden psychische Störungen als soziale Phänomene begriffen, so folgt daraus auch, dass die geltenden Normen und Wertvorstellungen des gesellschaftlichen Lebens nicht selbstverständlich die Maßstäbe für psychotherapeutisches Handeln und Forschen abgeben, sondern Gegenstände der kritischen Überprüfung, Erforschung und Veränderung sind (WALTER, 1994, S. 227). Dieser Aspekt ist für mich sehr interessant, da ich gerade in Göllersdorf ständig mit der Frage konfrontiert bin „Wie muss man sich verhalten, um gesellschaftsfähig zu sein?“.

WALTER schreibt, dass selbst ein psychisch Gestörter die selbstverantwortliche Instanz für seine Störung bleibt. Er gilt als befähigt, Einsicht in seine Störung und ihre Ursachen zu gewinnen und sie durch ihm zur Verfügung stehende Kräfte auch zu beeinflussen. Folgender Satz hat mich besonders angesprochen: „... ein lebendiger Mensch, selbst wenn er in psychischer Not ist, immer noch selbst am besten die Möglichkeiten (und wenn nur latent) kennt, diese Not zu überwinden ...“ (WALTER, 1994, S. 140).

3. Falldarstellung von Herrn „S“

Anlässlich meiner Abschlussarbeit habe ich mich intensiv mit der Lebensgeschichte von Herrn „S“ auseinandergesetzt:

Hr. S. wurde am 1973 in Ried im Innkreis als Zweitjüngster geboren. Er ist mit fünf Geschwistern bei den Eltern in deren Gemeindewohnung aufgewachsen. Der Vater sei von Beruf Bauarbeiter gewesen, die Mutter Hausfrau. Hr. S. wurde bereits im Kindesalter als ein schwieriges Kind bezeichnet, er habe mit Dingen um sich geworfen und häufig Wutanfälle gehabt. Diese Verhaltensauffälligkeiten seien immer ausgeprägter geworden und bereits im Vorschulalter sei Hr. S. in einem Kindergarten nicht tragbar gewesen. In der Schule habe er einfach gestreikt und sei nicht mehr zum Unterricht erschienen. Es finden sich auch Hinweise darauf, dass sowohl der Vater als auch die Mutter des Patienten zumindest gelegentlich einen problematischen Alkoholkonsum betreiben. Wohl aus einer Kombination aus Überforderung mit der Situation einerseits und einer Vernachlässigung der Aufsichtspflicht andererseits wurde die Situation schließlich so weit untragbar, dass Hr. S. in weiterer Folge verschiedene Kinderheime besuchte. Insgesamt habe Hr. S. nur 3 Klassen Sonderschule absolviert. Die Heimerziehung wurde schließlich wegen wiederholten Abbruchs und wegen Aussichtslosigkeit aufgehoben und die Schulpflicht wegen Untragbarkeit in der Schule frühzeitig beendet. In Behinderteneinrichtungen habe man den Patienten aufgrund seiner Problematik und wegen seiner Unberechenbarkeit nicht unterbringen können.

Im Laufe der Jahre wurde Hr. S. insgesamt 25 Mal stationär im Wagner-Jauregg-KH aufgenommen, da es wiederholt zu Sachbeschädigungen, unbefugter Inbetriebnahme von Fahrzeugen, Einbrüchen und Diebstählen, sowie zu tätlichen Aggressionshandlungen gegenüber Betreuungspersonal und Mitpatienten, aber auch gegenüber seiner Eltern und auch seinem Bruder kam. Zu Eskalationen mit tätlichen Aggressionshandlungen komme es insbesondere dann, wenn Hr. S. betrunken sei.

1998 wird Hr. S. schließlich mit den Diagnosen Anamnestisch fragliche schizoaffektive Psychose, Persönlichkeitsstörung, Minderbegabung und Polytoxikomanie in Göllersdorf aufgenommen.

In den ersten Monaten seines Aufenthalts in Göllersdorf verhielt er sich auf der Station äußerst angepasst. War sehr bemüht keine Schwierigkeiten zu machen, nahm am Stationsprogramm teil, arbeitete sogar regelmäßig in der Tischlerei. Aufgrund seiner Minderbegabung und der Schulverweigerung konnte er seine Wünsche und Bedürfnisse nur mit wenigen, einfachen Worten verbalisieren, wobei er oft bedrohlich wirkte.

Im Sommer 2000 ist Hr. S. mit dem Wunsch nach regelmäßigen Einzelgesprächen an mich herangetreten, weil er darin die Möglichkeit gesehen habe, sich Erleichterung bei seinen Alltagsproblemen zu verschaffen. Er habe Probleme mit einigen seiner Mitpatienten. Weiters meinte er, er möchte einfach reden. Differenzieren konnte er sein Anliegen damals noch nicht, aber er wollte etwas von mir.

Ich war von Anfang an mit einer abwertenden Haltung einiger meiner Kollegen dem Patienten gegenüber konfrontiert. Hr. S. wurde aufgrund seiner Minderbegabung und seines Analphabetismus als zu „dumm“ angesehen, um eine Psychotherapie für sich nutzen zu können. Ich spürte deutlich meinen Ärger darüber, dass ihm die Fähigkeit abgesprochen wurde, sich mit seiner problematischen Situation auseinander zu setzen. Ich denke mir, dass auch er im Rahmen seiner Möglichkeiten einen Weg finden kann, um seine Lebensschwierigkeiten zu erkennen und zu analysieren, sowie Gefühle bewusst zu machen und seine Selbstverantwortung zu stärken und dass auch – oder gerade – ein minderbegabter, emotional verwahrloster Patient die Möglichkeit bekommen soll, seinen Lebensraum differenzierter und prägnanter werden zu lassen und Problemlösungsstrategien zu entwickeln.

Ich wehrte mich innerlich gegen dieses „Abgestempelt-Sein“ und sah trotz seiner reduzierten kognitiven Fähigkeiten und seiner geringen Beweglichkeit des Denkens die Möglichkeit, eine Besserung seines psychischen Zustandsbildes herbeizuführen. Ich merkte zwar, wie viel Kraft mir das kostet, gegen diese abwertende Haltung immer wieder anzukämpfen, ließ mich aber auch von folgender Beschreibung des Patienten in einem Sachverständigengutachten nicht abschrecken: Im emotionalen Bereich äußert sich die Persönlichkeitsstörung durch eine extreme emotionale Labilität mit einer deutlichen Tendenz Impulse abzureagieren, ohne Berücksichtigung von Konsequenzen. Die Fähigkeit vorauszuplanen bzw. vorauszudenken sei kaum vorhanden. Ausbrüche intensiven Ärgers und Frustrationen führen häufig zu gewalttätigem und explosivem Verhalten. Die wesentlichen Charakterzüge seien erhöhte Reizbarkeit, die stark erhöhte Aggressionsbereitschaft sowie ein Mangel an Impulskontrolle. Die Frustrationstoleranz und Belastbarkeit seien äußerst gering. Selbst minimale Anforderungen erzeugen innere Unlust und Unruhe, die, wenn der innere Spannungsdruck weiter wächst, zu aggressiven Reaktionen bzw. Weglaufreaktionen führe.

Neben der globalen Intelligenzminderung sei eine kognitive Funktionsstörung mit zum Teil hochgradigen Leistungsdefiziten im Bereich des Gedächtnisses, der Aufmerksamkeit und der Konzentrationsfähigkeit festzustellen. Darüber hinaus finden sich Beeinträchtigungen in der Reaktionsfähigkeit mit Verlangsamung. Außerdem sei Hr. S. krankheits- und behandlungsuneinsichtig. Beim Patienten handelt sich also um eine minderbegabte, unreife Persönlichkeit, bei der wiederholt deutliche Störungen des Sozialverhaltens in Kombination mit Alkoholmissbrauch auftraten.

An dieser Stelle möchte ich auf die besonderen Bedingungen psychotherapeutischen Arbeitens in einer Justizanstalt hinweisen. Der Patient wird vor der Therapie visitiert und ich habe die Möglichkeit, einen Pfefferspray bei mir zu tragen, nachdem ich mit dessen Handhabung vertraut gemacht wurde. Die Einführung dieser Sicherheitsvorkehrungen erfolgte nach dem Mord an einer Kollegin im Jahr 1995. Die Leibesvisitierung wird von den Insassen häufig als Misstrauen ausgelegt. Umso wichtiger erachte ich es, dass ich die Visitierungen konsequent durchführen lasse um keinen Freiraum für Spekulationen offen zu lassen. Die Insassen fühlen sich im Therapieraum, der vom Dienstzimmer durch eine von beiden Seiten einsichtige Glasscheibe getrennt ist, von der Bewachung beobachtet, was auf den therapeutischen Prozess oft hinderlich wirkt. Dem Insassen fällt es dadurch noch schwerer, sich einzulassen und Emotionen zu zeigen. Störungen treten auch durch laute Gespräche auf der danebenliegenden Station

auf, durch diverse Tätigkeiten im Garten, durch Lautsprecherdurchsagen oder eventuell auch durch einen Hausalarm.

Somit liegt es an mir trotz dieser erschwerenden Bedingungen die therapeutische Situation so zu gestalten, dass sie Ort schöpferischer Freiheit für den Insassen, aber auch für mich, sein kann. Ich kann störende Hindernisse von außen zwar nicht beseitigen, doch ich sehe es als meine Aufgabe, diese in den therapeutischen Prozess zu integrieren, damit beim Patienten die *„Tendenz zur guten Gestalt"* wirksam werden kann.

4. Der therapeutische Prozess

Rückblickend kann ich den therapeutischen Prozess in 3 Phasen unterteilen:

Phase: „Die Angepasste, Brave"

Phase: „Die Aufmüpfige, Provokante, Trotzige"

Phase: „Die Bewusstere, Ruhigere, Einsichtigere"

In der ersten Phase beschäftigen Hrn. S. die verschiedensten Themen. Seine Gedanken sind ungeordnet, er grübelt viel, was er als belastend erlebt und er drückt seinen Wunsch nach Ordnung aus. Er sprach viel über seinen exzessiven Alkoholgenuss und über die Beziehung zu seinen Eltern, die er als sehr problematisch empfindet. Er macht sich große Vorwürfe und leidet unter Schuldgefühlen wegen seiner Delikte. Seine Delikte erfolgten immer nach übermäßigem – häufig exzessivem – Alkoholgenuss. Darauf folgten Schuldgefühle und schlechtes Gewissen, sowie Entsetzen und Scham über die Taten, die er begangen hatte. Meist hatte er große Erinnerungslücken. Mit Gefühlen konnte er nicht umgehen, zur Bewältigung seiner Situation habe Hr. S. wieder Alkohol getrunken und der Kreislauf begann von neuem.

Sein Selbstwertgefühl ist zu diesem Zeitpunkt noch äußerst gering. Er hat den Eindruck, er sei es nicht wert, dass seine Eltern immer noch zu ihm halten und ihn ab und zu besuchen. Er möchte den Schaden wiedergutmachen, den er ihnen verursacht hat, weiß aber nicht wie. Er kann nicht verstehen, dass sie ihm verziehen haben. In der 3. Stunde meint er, er selbst könne sich das nicht verzeihen, dass er dem Vater wehgetan hat. Er sagt, das deprimiere ihn, er spürt dieses Gefühl im Hier und Jetzt aber nicht. Eine Bestrafung von Seiten der Eltern wäre für ihn jedenfalls stimmiger.

Thema waren auch seine angeblichen Selbstmordgedanken, wobei sich herausstellte, dass es sich dabei eher um Selbstbeschädigungstendenzen handelte. Als er mit diesem Problem zu dem Stationsarzt ging, bekam er ein Medikament, das dämpfend wirkte. Seine Sprache war daraufhin verwaschen und er wirkte müde. Sein Wunsch war es in dieser Zeit, vor allem „stabil" zu sein, ohne zu verstehen, was von ihm erwartet wird.

Im weiteren Verlauf des therapeutischen Prozesses wird deutlich, dass er seine Probleme zu kennen scheint, er aber meint, es müsse alles glatt gehen. Bei genauerem Nachfragen stellte sich heraus, dass er damit meint, es müsse ihm immer gut gehen und er darf nicht wütend

werden. So versuchte er also, sich problemlos zu verhalten und war bemüht, dem Personal keine Schwierigkeiten zu machen. PERLS bezeichnet diese Phase als *Klischeephase* (nach WALTER, 1996), die bei Hrn. S. ungefähr 10 Stunden dauerte. Ich erlebe Hrn. S. von Anfang an zwar als sehr bemüht, sich mit seinen Problemen auseinander zu setzen, doch er verhielt sich in dieser Phase eher unpersönlich und oberflächlich. Rückblickend hat in dieser Zeit ein Klärungsprozess stattgefunden bezüglich der Probleme von Hrn. S. Ich hatte die Rolle der stützenden, motivierenden Zuhörerin und ermutigte Hrn. S., über sich und seine Probleme zu sprechen. Bei seinem Bemühen, seine Probleme zu begreifen und zu hinterfragen, wird deutlich, dass es Hrn. S. äußerst schwer fällt, einen Zugang zu seinen Gefühlen zu finden.

Langsam wird Hr. S. jedoch etwas selbstsicherer und fasste Mut, sowohl in den einzelnen Therapiestunden als auch zum Beispiel in der Alkoholikergruppe einfach mehr anzusprechen, wobei er aber immer noch bemüht ist, eine Rolle zu spielen und seine Fassade des braven Patienten aufrechtzuerhalten, was er im Stationsalltag eine Zeit lang auch recht gut durchhalten konnte. Er scheint in einer stabileren Verfassung zu sein. Es gelang ihm etwas besser, undifferenziert geäußerte Gefühle selbst zu kontrollieren. Konfliktsituationen konnten an der Wohnstation besprochen werden, er zeigte eine etwas verbesserte Impulskontrolle und konnte zu einigen Mitpatienten und auch zu manchen Bediensteten einen guten Kontakt aufbauen, was ihm ermöglichte, sich in Konfliktsituationen entsprechend angepasst zu verhalten. Er arbeitete regelmäßig in der hauseigenen Tischlerei, wo er sich ebenfalls belastbarer zeigte als früher. Hier erinnere ich mich an die *Rollenspielphase*, die bei Hrn. S. ungefähr bis zur 33. Stunde dauerte, wie sie WALTER (1996) anhand von PERLS' Auffassungen beschreibt. Er beschreibt sie als „die Schicht der Spielchen und Rollen, mit denen wir bestimmte Ziele erreichen wollen" (S. 93). Bei meinem Patienten wurde mir klar, wie sehr er bemüht war, mit der Rolle des braven Patienten eine baldige bedingte Entlassung oder zumindest eine Rücktransferierung ins Wagner-Jauregg-KH zu erreichen.

Im Laufe der Zeit wirkte Hr. S. jedoch zunehmend unzufriedener auf mich. Er war sehr bemüht, diese Fassade auch in der Einzeltherapie durch ein übertrieben freundliches Verhalten mir gegenüber aufrecht zu erhalten. Er betonte, wie gut er sich fühle, dass alles in bester Ordnung sei, dass er sich hier sehr wohl fühle und einsehe, warum er noch weiterhin in Göllersdorf bleiben muss. Ich war skeptisch, da er auf mich unecht wirkte, und ging diesem Gefühl nach. Beim Klärungsprozess stellte sich heraus, dass hinter dieser Fassade Traurigkeit, Einsamkeit, Verzweiflung und Resignation steckte.

Hr. S. war in dieser Phase noch stark seinen alten, bekannten Verhaltensmustern verhaftet. Ich erlebte ihn als affektflach, sein Denken war schwerfällig und starr. Mir ging es darum, sein Selbstvertrauen zu stärken, damit er lernt, seinen eigenen Fähigkeiten zu vertrauen, Selbstverantwortung zu übernehmen, eigene Entscheidungen zu treffen und dass er sich selbst auch mit seinen Fehlern und Schwächen akzeptieren kann.

Insgesamt war diese Phase für mich dadurch geprägt mit Hrn. S. gemeinsam Kraftfeldanalyse zu betreiben, um zu klären, welche Kräfte im Lebensraum von Hrn. S. wirken, denn „eine richtige Darstellung dessen, was ist, ist zugleich eine Erklärung dessen, was geschieht" (nach LEWIN in ZABRANSKY und ZOFF).

LEWIN fordert ja, „das Feld durch welches ein Individuum bestimmt ist, nicht in „objektiven, physikalischen“ Begriffen zu beschreiben, sondern in der Art und Weise, wie es für das Individuum zu der gegebenen Zeit existiert“ (LEWIN, 1963, S. 103). Mit dem individuellen Lebensraum ist hier somit die Wirklichkeit im 2. Sinn gemeint, also alles anschaulich Erlebbare (METZGER, 1975). Hr. S. wollte Gefühle in dieser Phase noch nicht als Teil seines Lebensraumes akzeptieren. Er war davon überzeugt, Gefühle verdrängen und verbergen zu müssen, sie also nicht erlebbar zu machen. Sie machten ihm Angst und er erlebte es als Schwäche, Gefühle zu zeigen. Im weiteren Verlauf war ich dann gefordert, die Grenzen zwischen dem individuellen Lebensraum von Hrn. S. und noch nicht oder nicht mehr erfassten Teilen seiner Welt ganz langsam durchlässiger werden zu lassen.

Hr. S. musste aber erst verbale Ausdrucksmitteln kennen lernen und erproben. Eine regelmäßige Betreuung hat Hr. S. bis zu seiner Aufnahme in Göllersdorf noch nicht erlebt. Er hat noch nie in einer Beziehung Akzeptanz und Wertschätzung, Empathie und emotionale Wärme erfahren. Er war auch noch nicht gefordert, an einer solchen Beziehung aktiv mitzuwirken.

Ich erlebte diese Phase häufig als etwas zu langatmig. In meinem Reflexionsprozess habe ich erkannt, dass ich dem Therapieprozess durch konkretere Interventionen durchaus mehr Prägnanz verleihen hätte können. Wenn ich aber aus meiner eigenen Ungeduld heraus versuchte Hrn. S. zu drängen, doch seine Gefühle zu zeigen, habe ich ihn damit nur überfordert und er reagierte verständnislos und unwillig. Sehr angesprochen hat mich bei meinen Überlegungen der Satz *„Don’t push the river, it flows by itself“* (WALTER, 1994, S. 137). Mir wurde deutlich, dass Hr. S. seine Zeit braucht, um überhaupt einmal Vertrauen zu mir entwickeln zu können. Mir fiel es manchmal schwer, das in meiner Ungeduld hinzunehmen und war versucht, den Verlauf des Therapieprozesses zu beschleunigen, doch „die Wartezeiten sind vielfach lang“ (METZGER, 1962, S. 28).

Hr. S. bringt durch sein lautes, forderndes und provokantes Verhalten gegenüber seinen Mitpatienten viel Unruhe auf die Wohnstation. Ich habe den Eindruck, er befindet sich auf der Suche nach seiner Position innerhalb einer Gruppe, wobei es viele verbale Konflikte mit seinen Mitpatienten und mit dem Personal gibt. Er spielt die Rolle des Starken und des Lässigen und aufgrund seiner körperlichen Statur wirkt er auf andere durchaus bedrohlich.

Hr. S. zeigte typische Verhaltensweisen eines Pubertierenden: er ließ sich abwechselnd einen Hirokesenschnitt oder eine Glatze schneiden, zerriss seine Jeans, wirkte ungepflegt, verhielt sich betont lässig. Hr. S. wirkte auf mich in dieser Phase durch den Wechsel der Gruppenzugehörigkeit orientierungslos. Er war auf der Suche nach einer inneren Ordnung. Ich denke, er befand sich damals in einer Übergangsperiode, die von LEWIN (1963) am Beispiel der Adoleszenz beschrieben wird. Hr. S. befindet sich in einer für ihn neuen Situation, er weiß nicht was auf ihn zukommt.

Hr. S. fühlt sich nach der Verlegung auf die Station noch nicht integriert in die neue Gruppe. Die Gruppe, der ein Mensch angehört, ist ja der Boden seiner Wahrnehmungen, seiner Gefühle und seiner Handlungen. Sie gibt ihm auch Halt und Orientierung. Das psychologisch Unbekannte stellt hier für Hrn. S. eine kognitiv unstrukturierte Region dar. Es besteht daher ein Mangel an kognitiver Klarheit, was zu einem Anwachsen der Unsicherheit des Verhaltens, zu Konflikten zwischen den verschiedenen Haltungen und zu einer affektiven Gespannt-

heit, die aus diesen Konflikten hervorgeht, aber auch zu Aggressivität infolge der Unklarheit und Instabilität des Grundes führen kann.

LEWIN bezeichnet Personen, die sich in einer Übergangsperiode befinden und somit eine unbekannte Region betreten, als Randpersönlichkeiten. Hr. S. zeigte charakteristische Verhaltenssymptome einer Randpersönlichkeit: emotionale Instabilität – er schwankt deutlich von einem Extrem zum anderen, unausgeglichenes Verhalten, Überempfindlichkeit.

Das Verhalten von Hrn. S. erinnerte mich in dieser Zeit stark an die von LEWIN beschriebene Regression des Verhaltens. Er bezeichnet die Regression als eine Primitivierung des Verhaltens, die unter affektiver Belastung auftreten und durch Frustration, Unsicherheit und affektiver Spannung hervorgerufen werden kann.

Bei Herrn S. waren für mich in dieser Zeit Resignation, Verzweiflung, Hilflosigkeit, Ratlosigkeit, aber auch Angst und sehr viel Unsicherheit deutlich spürbar. Sein Verhalten war geprägt von Trotz und Provokation. In dieser Phase kann Hr. S. noch nicht, den Forderungen einer bestimmten Situation entsprechend (Sachlichkeit) handeln und von rein persönlichen Interessen (Ichhaftigkeit) absehen. Er sieht sich noch nicht als Teil eines Ganzen (Wirhaftigkeit). (LUSTIG, 1998)

Im April 2001 drückt Hr. S. deutlich einen Änderungswunsch aus. Er verlässt die Ebene der Rollenspielphase und es kommt bei ihm langsam zum *Erleben* von Spannungen und Ängsten. Die Ungewissheit bezüglich der Dauer seines Aufenthaltes erzeugt eine innere Unruhe und macht ihm Druck. Er fühlt sich hin und her gerissen zwischen dem Wunsch, entlassen zu werden und dem Wissen, noch nicht so weit zu sein. Ihm selbst war klar, dass er sehr schnell rückfällig werden und exzessiven Alkoholmissbrauch betreiben würde. Weitere Gewalttätigkeiten würden folgen. Er selbst weiß nicht was er will, kann keine eigenen Entscheidungen treffen, fühlt sich unsicher. Seine Entscheidungen macht er immer von der Meinung anderer abhängig. Hat große Angst, dass er „es“ nicht schaffen wird. „Es“ bedeutet in diesem Zusammenhang, zu einer inneren Ausgeglichenheit zu finden, um situationsadäquat reagieren zu können. Auch zu der Einsicht zu gelangen, dass es ihm nicht immer gut gehen muss, dass er auch Aggressionen haben darf, es jedoch darauf ankommt, wie er damit umgeht. PERLS bezeichnet diese Phase als *Blockierungsphase*. Diese tritt ein, sobald ein Mensch die Ebene des Rollenspiels verlässt und sich mit seiner eigenen Wirklichkeit konfrontiert fühlt (WALTER, 1996).

Ich erlebe Hrn. S. als traurig und bedrückt, aber auch als nachdenklich und grübelnd. Ich fühle mich mit ihm in Kontakt und erlebe ihn ernsthaft, etwas ruhiger und klarer, spüre aber auch seine Verzweiflung, Hilflosigkeit, Ratlosigkeit und Traurigkeit. In dieser Zeit sind auch wieder Selbstbeschädigungsgedanken aufgetreten. Die Gedanken, er müsse seine Hände in die Kreissäge der Tischlerei halten, waren wohl ein Ergebnis seiner Verzweiflung. Zu seinem eigenen Schutz wurde er daher auf die Akutstation verlegt. Im Mai 2001 fanden die Einzelgespräch somit auf der Akutstation[3] statt.

[3] An dieser Stelle möchte ich anmerken, dass ich die Einzeltherapie auch fortführe, wenn Patienten auf die Akutstation verlegt werden. Die Einzelgespräche finden dort allerdings im Aufenthaltsraum statt, wo Störungen durch Mitpatienten und das Personal unmittelbar gegeben

Auf der Akutstation beruhigte sich Hr. S. rasch. Er empfand eine vorübergehende Distanz von der Wohnstation als angenehm. Er äußerte jedoch dem Wunsch, nicht mehr in die Tischlerei gehen zu wollen, da er sich davor fürchte, er könnte tatsächlich einmal in die Kreissäge greifen. Im Gespräch wirkt er recht klar und einsichtig. Nach einiger Zeit wird er unruhig und verlegen, vor ihm auf dem Tisch liegt eine große Tafel Schokolade. Darauf angesprochen, teilt er mir mit, dass er mir diese als Dankeschön für meine Pünktlichkeit und Zuverlässigkeit schenken will. Er meint, ich müsse sie annehmen. Ich erkläre ihm, dass ich prinzipiell keine Geschenke annehme und es meine Arbeitsauffassung ist, zuverlässig zu sein. Ich sage ihm auch, dass es mich freut, wenn er meine Unterstützung annehmen kann. Sich weiterzuentwikkeln ist aber seine eigene Leistung und wie er seinen Weg weitergeht, liegt an ihm selbst. Es tut ihm leid, dass ich die Schokolade nicht annehme. In weiterer Folge war die Auseinandersetzung mit unserer therapeutischen Beziehung gefordert.

Während des therapeutischen Prozesses zeigt sich immer wieder die schwere Beweglichkeit des Denkens. Ich erlebte Hrn. S. als sehr starr. Er geht auf meine Fragen kaum ein, ist fixiert auf die Befürchtung, noch 3 Jahre in Göllersdorf verbringen zu müssen. In diesem Zusammenhang werde ich an eine Beobachtung von LEWIN (1962) erinnert, die er an Kindern gemacht hat, dass der Grad der Starrheit beim schwachsinnigen Kind wesentlich über jene gelegentliche Fixiertheit hinausgeht, die man beim normalen Kind findet. Ich denke mir, dass Hr. S. aufgrund seiner Minderbegabung einen geringeren Differenzierungsgrad der seelischen Bereiche und der Systeme aufweist und somit eine. Im Laufe der Therapie wurde deutlich, dass seine verschiedenen Lebensraumbereiche und seine verschiedenen Bedürfnisse weniger differenziert sind als bei einem durchschnittlich begabten Erwachsenen.

Die Starrheit eines Schwachsinnigen ist nach LEWIN zum Teil auch Ausdruck seiner Hilflosigkeit. Und Hr. S. wirkte auf mich eindeutig verzweifelt und hilflos. Er erlebt auch das von LEWIN beschriebene erlebte „Unglück“, das bei Schwachsinnigen häufiger vorkommt. Er erfährt häufiger als der Normale, dass er der Welt, die er erlebt, nicht trauen kann. Es fällt ihm auch viel schwerer, einen Überblick über eine neue Situation zu gewinnen und sie hinreichend zu durchschauen. Er neigt dann dazu, sich an Hilfsmittel zu klammern, die ihm vertraut sind, was für mich durchaus nachvollziehbar ist. Hr. S. erlebt seine derzeitige Situation als abgeschlossene Ganzheit und handelt daher gemäß den Feldkräften in dieser Situation. Dieser Sachverhalt scheint entscheidend zu sein für die erlebte Ausgeliefertheit und Hilflosigkeit von Hrn. S. Deutlich wird die Schwierigkeit der Umstrukturierung. Ich merke, wie ich mit meiner Geduld während dieses Prozesses manchmal an meine Grenzen gerate. Ich muss mir immer wieder bewusst machen, sachlich zu sein.

Ich empfand diese Unbeweglichkeit und Starrheit im Denken von Hrn. S. oft als sehr mühsam und anstrengend. Sie machte mich hilflos. Ich reagiere dann ärgerlich und frage häufig in etwas zu strengem, belehrendem Tonfall nach. Ich ärgere mich darüber, dass er auf meine Fragen nicht eingeht. Mein belehrendes Verhalten ist jedoch in dieser Situation nicht gefordert. Da das Geschehen in einem therapeutischen Prozess wechselseitig ist, übe ich mit meinem Verhalten eine Wirkung auf Hrn. S. aus, er wird trotzig und unwillig (Wechselseitigkeit

sind. Auch Sicherheitsgründen ist es mir auch nicht erlaubt, mich mit dem Patienten alleine in einem Raum aufzuhalten. Aus diesen Gründen gibt es von den therapeutischen Gesprächen auf der Akutstation keine Tonbandaufzeichnungen.

des Geschehens). Der therapeutische Prozess kommt ins Stocken. Hr. S. äußerte auch den Wunsch, die Einzeltherapie abzubrechen. Es wird seine Enttäuschung deutlich, dass die Teilnahme an der Einzeltherapie nicht zum gewünschten Erfolg – die Entlassung aus der Justizanstalt – geführt hat. Ich denke mir, dass er aus dieser Enttäuschung heraus die Therapie abwertet. Er wirkt sehr verärgert und trotzig auf mich. Ich habe das Gefühl, dass Hr. S. den Entschluss, die Therapie abzubrechen aus diesem Trotz heraus getroffen hat. Mein Anliegen ist es jetzt, seinen vermeintlich gefassten Entschluss mit ihm zu klären und ihm zu zeigen, dass eine bedingte Entlassung von ihm selbst abhängt und nicht nur von äußeren Faktoren.

An dieser Stelle möchte ich das Verhalten von Hrn. S. anhand der Feldtheorie von LEWIN darstellen:

Die Gesamtheit gleichzeitig bestehender Tatsachen, die als gegenseitig voneinander abhängig begriffen werden, nennt LEWIN ein Feld. Das Verhalten muss aus der Gesamtheit zugleich gegebener Tatsachen in dem Feld abgeleitet werden. Das Verhalten (V) ist somit eine Funktion (F) der Person (P) und der Umwelt (U), die als wechselseitig abhängige Variablen betrachtet werden.

$V = F(P,U)$

Solange ein Bedürfnis nicht befriedigt ist, besteht eine Kraft in Richtung auf das Ziel hin. Der Vorsatz, ein bestimmtes Ziel zu erreichen, entspricht einer Spannung in einem bestimmten System innerhalb der Person. Die Spannung löst sich erst, wenn das Ziel Z – für Hrn. S. seine Entlassung – erreicht ist. Solange das nicht gelingt, befindet sich dieses System in Spannung.

Die Region Z ist für Hrn. S. anziehend und hat somit einen positiven Aufforderungscharakter. Kräfte in Richtung auf das Ziel mit positivem Aufforderungscharakter nennt LEWIN treibende Kräfte. Ganz gleich, in welcher Region seines Lebensraums (Wohnstation, Einzeltherapie, Sozialtraining, Fördergruppe, Alkoholikergruppe etc.) sich Hr. S. befindet, er wird versuchen, sich dem Ziel, eine bedingte Entlassung, anzunähern. Auf dem Weg zu seinem Ziel stößt er auf Barrieren. Solche Barrieren entsprechen hemmenden Kräften und führen zu einer Konfliktsituation. Eine Barriere für Hrn. S. ist zum Beispiel das Fehlen der Fähigkeit, sich der Gefordertheit der Lage entsprechend zu verhalten und sich angemessen auszudrücken. Auch gibt es räumliche Barrieren in einer Justizanstalt durch versperrte Türen, Gitter und Zäune. Die verzweifelten Versuche, an diesen Barrieren vorbeizukommen führen zu Spannung und Resignation und Hr. S. versucht, das Feld zu verlassen, indem er die Therapie abbrechen will. Mit Strafandrohung kann man eine Flucht verhindern (LÜCK, 1996), doch wird man mit einer solchen Drohung keine innere Einsicht erreichen. Das Aus-dem-Felde-Gehen erfolgt umso eher und häufiger, je negativer die Aufforderungscharaktere sind und je einfacher es ist, sich dem Konflikt nicht zu stellen. Hr. S. wirkte in dieser Zeit auf mich sehr rigide, wodurch eine Auseinandersetzung mit den gegebenen Lebensumständen kaum möglich war.

Die Konkretheit des Denkens und des Handelns von minderbegabten Patienten bedeutet, dass jedes Ding und jedes Ereignis seine spezifische Bedeutung in besonders hohem Maß aus der jeweiligen Situation heraus erhält. Es kommt beim Minderbegabten nur sehr schwer zur Ausbildung der gleichzeitigen Existenz zweier oder mehrerer sich schichtweise überlagernder

Situationen. Er erweist sich daher als sehr empfindlich gegenüber Störungen. Die verschiedenen Teile des Gesamtsystems hängen so unmittelbar zusammen, dass bei allem was die Person tut, die ganze Person beteiligt ist. Diese Einheitlichkeit bedeutet, dass die „innerseelischen" und die „körperlichen" Systeme der Gesamtperson besonders eng zusammenhängen. Sie bedeutet auch, dass die dynamische Grenze zwischen Person und Umwelt relativ schwach ist. Ist die Person ärgerlich, wird nicht mehr differenziert und die ganze Umwelt wird momentan von Ärger überschwemmt. Die größere Ganzheitlichkeit führt auch dazu, dass Schwachsinnige unter bestimmten Umständen besonders leicht und unter anderen Umständen besonders schwer beeinflussbar sind (LEWIN, 1962).

Mir war es in diesem Zusammenhang ganz besonders wichtig, dass Hr. S. seine Entscheidung alleine für sich trifft.

Ich habe hier LEWINS „Dynamische Theorie des Schwachsinnigen" etwas ausführlicher dargestellt, weil ich sie bei meiner Arbeit mit Hrn. S. als sehr unterstützend erlebt habe. Sie hat mir dabei geholfen, die Starrheit und Unbeweglichkeit von Hrn. S. zu erklären, die ich oft als sehr mühsam erlebt habe. Es konnte ihm dann mit mehr Verständnis begegnen und ihm auch mehr Geduld und Wertschätzung entgegenbringen.

Ich empfinde es als schwierig, mit Hrn. S. in Kontakt zu bleiben. Ich fühle mich enttäuscht, dass er die Therapie abbrechen will. Für mich bedeutet das ein Aufgeben und ein In-Sich-Zurückziehen. Meines Erachtens spürt Hr. S. große Angst. Es kommt zum Erleben von Gelähmtsein aufgrund von entgegengesetzt wirkenden Feldkräften im Lebensraum von Hrn. S. PERLS bezeichnet diese Phase als *Implosionsphase*. Die Erfahrung der Implosion wird erst durch die Aufgabe der Klischees und der Rollenspielphase möglich. Hr. S. wirkt resigniert, ängstlich und ratlos. Ich versuche ihn zu ermutigen, die Therapie fortzusetzen. Für mich wird die tiefe Verzweiflung und Ratlosigkeit von Hrn. S. spürbar. Die Ungewissheit bezüglich der Dauer seiner Anhaltung in Göllersdorf wirkt auf ihn belastend, was ich sehr gut nachvollziehen kann. Ich denke, er kann noch nicht akzeptieren, die nächsten Jahre in Göllersdorf verbringen zu müssen. Es wird ihm langsam klar, dass er mit seinem angepassten Verhalten ausschließlich den Zweck verfolgt hat, von Göllersdorf wegzukommen, hat dabei jedoch nicht auf sich selbst geschaut. Nun hat er die Möglichkeit, die Therapie für sich zu nutzen, um aus seinem Trotz herauszukommen und sein Leben selbst in Griff zu nehmen.

Noch am selben Tag bat mich Hr. S. aufgeregt um ein kurzes Gespräch, in dem er mir mitteilte, dass er die Therapie weiterführen möchte. Erstmals ist es ihm gelungen, nach einem langen inneren Kampf eine eigene Entscheidung zu treffen. Er macht somit die neue Erfahrung, selbstverantwortlich zu handeln und bewusste Schritte zu setzen.

Solange er glaubt, er habe keinen Einfluss auf sein Handeln, habe er auch keine Freiheit, sich für bestimmte Handlungen zu entscheiden und könne daher auch keine Verantwortung für sein Tun übernehmen. „Dann wird er sich auch gar nicht bemühen, das Richtige zu tun, sondern er wird sich als passives Produkt seiner Vergangenheit, seiner Umwelt und seiner Gefühle begreifen und sich entsprechend treiben lassen" (WALTER, 1996, S. 44).

Nach dieser Therapiestunde hat sich der therapeutische Prozess entscheidend verändert. Er ist wesentlich mehr in Kontakt mit sich, wehrt seine Gefühle und Empfindungen nicht mehr

so massiv ab. Auf mich macht er einen zugänglichen Eindruck und ich erlebe mich in Kontakt mit ihm. Er erkennt die Notwendigkeit der Auseinandersetzung mit seinen Schattenseiten, was bei ihm Druck erzeugt. Er erlebt diese Auseinandersetzung als sehr gefährlich. Wenn er seinen Aggressionen zu nahe kommt, besteht die Gefahr, dass er durchdreht.

Weiters wird Hrn. S. deutlich, dass ihm sein früheres Verhalten mehr Schaden als Nutzen zugefügt hat. Er habe das zwar gewusst, habe aber keinen anderen Weg gesehen. Ich spüre auch diese Einsicht bei Hrn. S. Mir ist bewusst, dass er aufrichtig meint, was er sagt. Im weiteren Verlauf kläre ich mit ihm, ob er andere Möglichkeiten sieht, mit seinen Problemen umzugehen. Hr. S. braucht dabei sehr viel Unterstützung, doch er kann sich langsam seiner Spannung und seinen Aggressionen annähern. Seine Bereitschaft, sich auf seine Gefühle einzulassen, wird ganz langsam größer. Er erkennt, dass die Verantwortung für sein Tun bei ihm liegt. Er bleibt jedoch skeptisch, ob es ihm auch konsequent gelingt, eigene Entscheidungen zu treffen. Deutlich spürbar ist für mich, seine Angst zu versagen. Hier sehe ich es als gefordert an, sein Selbstwertgefühl zu stärken.

Mit der Zeit kann er selbst seine positive Entwicklung benennen. Noch vor einigen Wochen hat er seinen ganzen Ärger, seine Frustration und Verzweiflung und seine Angst nach außen verlagert und durch sein trotziges, unreifes und aggressives Verhalten ausgelassen. Er sieht, dass er durch sein lautes, provokantes Verhalten auf seine Mitpatienten bedrohlich gewirkt hat. Und er kann akzeptieren, dass jeder Mensch seine eigene Wahrnehmung der Welt hat. Auch wenn er niemandem etwas tun wollte, habe er so gewirkt. Rückblickend meint er, er hätte von Anfang an alles anders machen können. Ich erkläre ihm, dass eine Phase des Eingewöhnens eine Phase des gegenseitigen Kennenlernens ist und seine Zeit braucht – und man darf dabei auch Fehler machen. Die entscheidende Frage dabei ist, wie gehe ich mit Problemen um und was lerne ich daraus. Hrn. S. gelingt es jetzt, sich ruhiger und angemessener zu verhalten, auch wenn der Druck noch da ist und er sich angespannt fühlt.

Für mich wird auch klar, dass er *einsieht*, dass er alle seine Delikte ausschließlich in alkoholisiertem Zustand begangen hat, dass somit der exzessive Alkoholkonsum sein größtes Problem ist, weil er dann die Kontrolle über sich verliert. Und er weiß, dass nach einem Rückfall die bedingte Entlassung schnell widerrufen ist und er wieder in Göllersdorf eingewiesen wird. Weiters hat er vor, endlich sein Leben zu ändern.

Ich erlebe ihn als ernsthaft bemüht, sich mit sich und seinen Problemen auseinander zu setzen. Er bleibt in Kontakt mit sich und mit mir. Er sagt, dass er diesen Weg weitergehen möchte. Ich spüre deutlich die Entschlossenheit, die hinter diesem Vorhaben von Hrn. S. steckt. Er weiß auch, dass es nur schrittweise vorwärts geht und er viel Geduld braucht. Er hat aber mit Schrecken die Szenen in Erinnerung, als er zu Hause „ausgezuckt“ ist und seinem Vater sowohl finanziellen als auch physischen Schaden zugefügt hat. Als er in einem Film im Fernsehen eine ähnliche Szene gesehen hat, war seine Betroffenheit so groß, dass er aufstehen und weggehen musste. Er kann sich eingestehen, dass er in diesem Film sich selber sieht und genau das nicht aushält. Die Konkretheit dieser Erfahrung macht es ihm möglich zu erkennen, dass er sich sehr davor fürchtet, jemals wieder selbst in eine solche Situation zu kommen, was er unbedingt vermeiden möchte.

Abschließend möchte ich erwähnen, dass Hr. S. nun durchaus in der Lage ist, Gefühle und Empfindungen wahrzunehmen und diesen adäquat Ausdruck zu verleihen. Er hat in einem mehrere Jahre dauernden Prozess gelernt, Verantwortung für sich selbst zu übernehmen und Entscheidungen zu treffen. Er ist delikt- und krankheitseinsichtig und er erkennt die Notwendigkeit einer medikamentösen Behandlung. Trotz seiner kognitiven Beeinträchtigung erscheint die Bindung an soziale Normen und Werte ausreichend, so dass eine bedingte Entlassung im Jahr 2004 geplant ist. Die Entlassung wird in eine psychiatrische Nachbetreuungseinrichtung erfolgen, da dem Patienten durchaus bewusst ist, dass er Strukturen und eine Ordnung braucht. Er ist sich der Gefahren bewusst, die durch Alkoholkonsum für ihn entstehen.

Ich denke, dass Hr. S. in der Lage ist, sein Leben auch außerhalb der Justizanstalt bis zu einem gewissen Grad selbständig zu bewältigen, wenn es ihm gelingt, sich weiterhin bewusst mit seinen Problemen zu beschäftigen.

Trotz der spezifischen Bedingungen psychotherapeutischen Arbeitens im forensischen Setting besteht für mich kein Zweifel, dass wir auch mit minderbegabten Patienten psychotherapeutisch arbeiten können. Gerade die starke Beeinträchtigung der kognitiven Fähigkeiten ist im forensischen Setting bei der Behandlung geistig abnormer Rechtsbrecher besonders stark vertreten.

Doch die Feststellung einer psychiatrisch relevanten, behandlungsbedürftigen Störung und deren Behandlung allein ist keinesfalls ausreichend, um den gesetzlich definierten Behandlungsauftrag der Ausschaltung der zukünftigen Gefährdung der Allgemeinheit gerecht zu werden. Antisoziales Verhalten verschwindet nicht einfach dadurch, dass eine Psychose mit Neuroleptika oder die Intelligenzminderung mit Edukation behandelt wird.

4. Literaturverzeichnis

BERGER-KNECHT, R.: Gestalttheoretische Psychotherapie unter besonderer Berücksichtigung meiner Arbeit in einer nervenärztlichen Praxis, ÖAGP-Information, 2/2000

GOLDSTEIN, K.: Der Aufbau des Organismus, Den Haag, 1934.

KÖHLER, W.: Werte und Tatsachen, deutsche Übersetzung, Springer-Verlag, Berlin, 1968).

LEWIN, K.: Feldtheorie in den Sozialwissenschaften, Verlag Hans Huber, Bern, 1963.

LEWIN, K.: Eine dynamische Theorie des Schwachsinnigen, Werkausgabe Band 6, Psychologie der Entwicklung und Erziehung, Stuttgart, 1962.

LÜCK, H.E.: Die Feldtheorie und Kurt Lewin, Eine Einführung, Psychologie Verlags Union, Weinheim, 1996.

LUSTIG, B.: Stichworte zu ausgewählten Begriffen in der Gestalttheoretischen Psychotherapie (1), ÖAGP-Information 1/98.

METZGER, W.: Schöpferische Freiheit, Frankfurt/M., 1962.

METZGER, W.: Psychologie, 1. Kapitel: Das Problem des seelisch Wirklichen, Darmstadt, 1975.

METZGER, W.: Psychologie, 8. Kapitel: Das Leib-Seele-Problem, Darmstadt, 1975.

METZGER, W.: Gestaltpsychologie, Kapitel IV: Innere Psychophysik, Frankfurt/M., 1986.

WALTER, H.-J.: Gestalttheorie und Psychotherapie, Zur integrativen Anwendung zeitgenössischer Therapieformen, Westdeutscher Verlag, Opladen, 1994.

WALTER, H.-J.: Angewandte Gestalttheorie in Psychotherapie und Psychohygiene, Westdeutscher Verlag, Opladen, 1996.

ZABRANSKY, D.: Der Wirklichkeitsbegriff in der Gestalttheoretischen Psychotherapie, ÖAGP-Information, 1/2000

ZABRANSKY, D. & SOFF, M.: Einführung in die Grundlagen Gestalttheoretischer Psychotherapie