



Psychotherapie im Dialog

2 · 2018

Psychodynamische Therapie, Systemische Therapie, Verhaltenstherapie, Humanistische Therapien

Das Böse

Forensische Psychiatrie
Deliktrelevante psychische
Störungen und ihre
Behandlung

Seite 17

Täter und Gutachter
Der Wahrheit gemeinsam
ins Auge sehen

Seite 25

Philosophie
Das Böse als Preis der
Freiheit

Seite 30





Dr. phil. Michael Broda,
Dipl.-Psych.
Schriftleitung PiD

Das Böse ist ein verzehrendes Feuer.

Edith Stein (1891–1942)

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

bei dem etwas aus der sonstigen PiD-Tradition fallenden Titelthema erinnere ich mich an eine Begebenheit vor knapp 50 Jahren: Zusammen mit einem Freund entstieg ich nach langer Fahrt am Bahnhof eines Dorfes im Westerwald einem Schienenbus (die älteren von Ihnen kennen solche Fahrzeuge noch), um als Kriegsdienstverweigerer (so hieß das damals) zu einer sogenannten Rüstzeit zu gelangen. Eine Mutter mit zwei Kindern zog diese bei unserem Anblick (lange Haare und Vollbart) zur Seite, worauf das eine Kind fragte: „Mami, sind diese Männer böse?“ Die Antwort der Mutter: „Woll, woll!“

Auch wenn solche Szenen heute eher erheiternd wirken – das Böse gibt es noch, wie Ihnen dieses Heft nahebringt. Möglicherweise in anderer Gestalt, möglicherweise auch in unserem professionellen Umfeld.

Dass Sie sich auf diesen an Aktualität kaum zu überbietenden Grenzbereich einlassen, wünscht Ihnen
Ihr
Michael Broda



Prof. Dr. phil. Maria Borcsa, Dipl.-Psych.

(* 1967) ist Professorin für Klinische Psychologie an der Hochschule Nordhausen. Nach Ausbildung und Tätigkeit an der Psychotherapeutischen Ambulanz der Universität Freiburg i.Br. und einer Psychosomatischen Fachklinik war sie in eigener Praxis als approbierte Psychologische Psychotherapeutin (VT) und Familientherapeutin tätig. Sie ist Dozentin für Systemische Beratung und Therapie im In- und Ausland und Supervisorin in Verhaltens- und Systemischer Therapie.



Dr. phil. Michael Broda, Dipl.-Psych.

Schriftleitung. * 1952, ist Psychologischer Psychotherapeut, Supervisor und Lehrtherapeut für Verhaltenstherapie. Nach universitärer Lehr- und Forschungstätigkeit im Bereich der Rehabilitationspsychologie war er leitend in einer psychosomatischen Fachklinik tätig. Seit 1997 arbeitet er niedergelassen in eigener Praxis in Dahn. Er ist Mitherausgeber der Lehrbücher „Praxis der Psychotherapie“ (mit W. Senf) und „Technik der Psychotherapie“ (mit W. Senf und B. Wilms) sowie Fachgutachter Verhaltenstherapie (KBV).



Prof. Dr. phil. Christoph Flückiger, Dipl.-Psych.

* 1974, ist Psychologischer Psychotherapeut, Supervisor und Referent an Ausbildungsinstituten für kognitive Verhaltenstherapie in der Schweiz, Deutschland und den USA. Er ist Abteilungsleiter des Lehrstuhls für Allgemeine Interventionspsychologie und Psychotherapie an den Universitäten Zürich und Leiter der am Lehrstuhl angegliederten Spezialpraxis für generalisierte Angststörungen.



Prof. Dr. med. Volker Köllner

* 1960, ist Facharzt für Psychosomatische Medizin. Er war u. a. Oberarzt am Universitätsklinikum Dresden und Chefarzt der Fachklinik für Psychosomatische Medizin in Blieskastel. Seit 2015 ist er Chefarzt der Abteilung Verhaltenstherapie und Psychosomatik und ärztlicher Direktor am Rehasentrum Seehof der DRV in Teltow bei Berlin. Er ist Professor für Psychosomatische Medizin an der Medizinischen Fakultät Homburg/Saar und Lehrbeauftragter der Universitätsmedizin Charité, Berlin. Wissenschaftlich ist er in der Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation der Charité aktiv.



Prof. Dr. med. Henning Schauenburg

* 1954, ist Arzt für Neurologie und Psychiatrie, Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychoanalyse. Er arbeitet als Professor für Psychosomatik und Psychotherapie an der Universität Heidelberg sowie als stellvertretender Ärztlicher Direktor der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik am Universitätsklinikum Heidelberg.



Dr. phil. Barbara Stein, Dipl.-Psych.

* 1960, ist Psychologische Psychotherapeutin und seit 2005 Leitende Psychologin der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Klinikum Nürnberg/Paracelsus Medizinische Privatuniversität (PMU). Ihre Schwerpunkte sind tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie, Paar- und Familientherapie, psychologische Beratung und Behandlung von körperlich Kranken, Supervision sowie Fort- und Weiterbildungstätigkeit.



Prof. Dr. rer. nat. Silke Wiegand-Grefe, Dipl.-Psych

* 1964, ist Psychologische Psychotherapeutin (Psychoanalyse, Tiefenpsychologie), Paar- und Familientherapeutin und hat den Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie der MSH Medical School Hamburg, University of Applied Sciences and Medical University, inne. Sie leitet die Forschungsgruppe für Psychotherapie- und Familienforschung am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik. Außerdem ist sie als Dozentin und Supervisorin an mehreren Ausbildungsinstituten tätig.



Dr. med. Bettina Wilms

* 1964, ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie (Systemische Familientherapie und Verhaltenstherapie). Nach 11-jähriger Chefarztstätigkeit am Südharz Klinikum Nordhausen ist sie seit Februar 2016 Chefarztin der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Carl-von-Basedow Klinikum Saalekreis am Standort Querfurt. Ihre Schwerpunkte sind die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung und berufliche Belastungssyndrome.



Dr. phil. Andrea Dinger-Broda, Dipl.-Psych.

* 1957, ist Psychologische Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie), Supervisorin, Lehrtherapeutin und Dozentin an Weiterbildungsinstituten. Nach wissenschaftlicher Mitarbeit an den Universitäten Freiburg (Rehabilitationspsychologie) und Bochum (Medizinische Psychologie) war sie als Leitende Psychologin an onkologischen, kardiologischen und psychosomatischen Rehabilitationskliniken tätig. Seit 1997 arbeitet sie niedergelassen in eigener Praxis in Dahn.

Gründungsherausgeber

Wolfgang Senf, Essen
Michael Broda, Dahn
Steffen Fliegel, Münster
Arist von Schlippe, Witten
Ulrich Streeck, Göttingen
Jochen Schweitzer, Heidelberg

Beirat

Cord Benecke, Kassel
Ulrike Borst, Zürich
Michael Brünger, Klingenmünster
Manfred Cierpka, Heidelberg

Stephan Doering, Wien
Ulrike Ehlert, Zürich
Michael Geyer, Erfurt
Sabine Herpertz, Heidelberg
Jürgen Hoyer, Dresden
Johannes Kruse, Gießen
Hans Lieb, Edenkoben
Wolfgang Lutz, Trier
Dietrich Munz, Stuttgart
Hans Reinecker, Salzburg
Babette Renneberg, Berlin
Martin Sack, München
Silvia Schneider, Bochum

Gerhard Schüßler, Innsbruck
Bernhard Strauß, Jena
Kirsten von Sydow, Berlin
Kerstin Weidner, Dresden
Ulrike Willutzki, Witten/Herdecke

Leserbeirat

Siegfried Hamm, Köln
Karl Mayer, Freren
Heinz-Peter Olm, Wuppertal
Uta Preissing, Stuttgart
Jessica Schadlu, Düsseldorf

Verlag

Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstraße 14 · 70469 Stuttgart
Postfach 301120 · 70451 Stuttgart
www.thieme-connect.de/products
www.thieme.de/pid

Besuchen Sie die PiD im Internet!
Private Abonnenten können dort alle bisher veröffentlichten Artikel über das Online-Archiv abrufen.

Indexiert in: PSYNDEx

PiD

Psychotherapie im Dialog

Juni 2018 · 19. Jahrgang · Seite 1–124



Das Böse

Das „Böse“ ist ein unabweisbarer Bestandteil der menschlichen Existenz. Im Arbeitsalltag begegnet es immer wieder auch jenen Therapeuten, die nicht in der Forensischen Psychiatrie tätig sind. Doch wie ist damit umzugehen? Dieses PiD-Themenheft versucht nicht, einfache Antworten zu geben, sondern will mit unterschiedlichen Perspektiven eine differenzierte Betrachtung des komplexen Phänomens des „Bösen im Menschen“ ermöglichen.

- 7 **Für Sie gelesen | Missbrauch-Opfer: Therapie festigt die Erinnerung**
- 8 **Für Sie gelesen | Online-Selbsthilfeprogramm: Gute Ergänzung (auch) der stationären Therapie**
- 10 **Für Sie gelesen | Soziale Angststörung: Beeinflusst partnerschaftliche Bindung den Therapieerfolg?**
- 11 **Therapiemethoden | Schreiben in der Psychotherapie oder Wofür es sich lohnen könnte, einen Stift zu haben...**

Das Böse

- 13 **Editorial | Allgegenwärtig – im Leben und in Therapien**
Henning Schauenburg, Bettina Wilms
- 15 **Essentials | Das Böse** Katharina Senger
- 17 **Standpunkte | Die böse Tat – deliktrelevante psychische Störungen und ihre Behandlung** Nahlah Saimeh
- 25 **Standpunkte | Das Böse und die Wahrheit der Tat – Der Gutachter begegnet dem Täter** Hans-Ludwig Kröber
- 30 **Standpunkte | Das Böse in der Philosophie** Christian Kupke
- 36 **Standpunkte | Mythos Todestrieb – Über einen Irrweg der Psychoanalyse** Andreas Peglau
- 42 **Aus der Praxis | Das kollektive Böse – Destruktive Kräfte in Gruppen** Klaus Antons
- 47 **Aus der Praxis | Die antisoziale Persönlichkeitsstörung – Hintergründe von Bösartigkeit** Torvi Abel
- 53 **Aus der Praxis | Teufelspsychose – Verlauf einer Psychotherapie in der Forensischen Psychiatrie** Benno Bartsch
- 58 **Aus der Praxis | Die Dunkle Triade der Persönlichkeit – Ein Korrelat des Bösen?** Emanuel Jauk, Michaela Hiebler-Ragger, Human-Friedrich Unterrainer, Hans-Peter Kapfhammer

- 63 **Aus der Praxis | Wenn Psychotherapeuten schaden – Eine kollegiale Reflexion** Detlev Achhammer, Gisela Krauss, Giulietta Tibone
- 68 **Aus der Praxis | Therapie mit „bösen“ Jugendlichen** Svenja Taubner, Thorsten-Christian Gablonski
- 73 **Aus der Praxis | Zur Psychologie des islamisierten Terrors** Jan Ilhan Kizilhan
- 78 **Aus der Praxis | Das Böse in der Religion – Eine psychotherapeutische Perspektive** Klaus Baumann
- 85 **Aus der Praxis | Arbeitsplatz Forensische Psychiatrie – eine Hölle auf Erden?** Peter Spindler
- 89 **Aus der Praxis | Therapeutische Hilfe für Menschen mit Pädophilie** Stefan Siegel, Klaus M. Beier
- 95 **CME Fragen**
- 99 **Über den Tellerand | Sympathy for the Devil – Wie die neuen TV-Serien das Serienpublikum zum Komplizen des Bösen machen** Andreas Hamburger
- 105 **Interview | „Wer „Böses“ tut, ist nicht automatisch psychisch krank“- Interview mit Prof. Thomas Pollmächer** Bettina Wilms
- 107 **Dialog Links | Die Diversität des „Bösen“** Judith Held



- 111 **Dialog Books | Bücher zum Thema** Katharina M. Gladisch
- 115 **Resümee | Das „Böse“ und die Psychotherapie** Bettina Wilms, Henning Schauenburg

Ein Fall – verschiedene Perspektiven

- 117 **Fallbericht Depression, Zwangshandlungen und Panikstörung – „Reiß dich doch endlich mal zusammen!“**

Lesenswert

- 121 **Ingeborg Bachmann: „Male Oscuro“ – Aufzeichnungen aus der Zeit der Krankheit**

Backflash

- 122 **Besorgte Bürger...**
- 123 **Vorschau**
- 124 **Impressum**

Titelbild: pixelleo / Fotolia.com

Missbrauch-Opfer: Therapie festigt die Erinnerung

Goodman GS et al. Psychological Counseling and Accuracy of Memory for Child Sexual Abuse. Am Psychol 2017; 72: 920–931

Traumatherapie kann die Erinnerung an ein traumatisches Ereignis verändern. Sind Kinder, die Opfer sexuellen Missbrauchs wurden, deshalb weniger zuverlässige Zeugen, wenn sie bereits in therapeutischer Behandlung waren? Muss eine Therapie ggf. bis nach Prozessende warten? Oder ist die Aussage der Kinder nach einer Therapie schlicht unbrauchbar? Eine US-Langzeitstudie hat jetzt Zeugenaussagen direkt nach dem Ereignis und 10–16 Jahre später verglichen.

Die Studienteilnehmer waren zwischen 1985 und 1987 an Strafprozessen beteiligt. Damals (Zeitpunkt 1) wurden die Aussagen der Kinder sowie andere Belege (Polizeiberichte, medizinische Untersuchungsergebnisse etc.) dokumentiert. 10–16 Jahre (Zeitpunkt 2) später wurden die Betroffenen erneut kontaktiert und befragt.



Missbrauch-Opfer sagen oftmals erst viele Jahre nach dem Ereignis als Zeugen aus. Beeinflusst eine vorangegangene Therapie dabei ihre Aussage? (Quelle: PhotoDisc)

Genauere Erinnerung nach Therapie

Das Ergebnis war erstaunlich eindeutig: Studienteilnehmer, die zu Zeitpunkt 1 eine psychologische Beratung oder Therapie erhalten hatten, gaben zu Zeitpunkt 2 signifikant mehr richtige Antworten auf Fragen zu dem Missbrauch. Vor allem übertriebene Darstellungen des Vorfalls traten bei den ehemaligen Therapie-Nutzern seltener auf. Untertriebene Darstellungen waren in beiden Gruppen gleich häufig.

Die wahrscheinlichste Erklärung: In den therapeutischen Gesprächen wurden die Details des Missbrauchs besprochen und die Erinnerung an sie so gefestigt. Auch das erarbeitete Verständnis des Vorfalls (oder: der Vorfälle) hat vermutlich zu einer kohärenten Schilderung beigetragen, die die Erinnerung festigt und erleichtert. Möglich ist aber auch, dass therapeutische Interventionen zu einer Symptomreduktion geführt und so die Erinnerung an das traumatische Ereignis erleichtert haben – Studien belegen jedenfalls, dass Betroffene mit weni-

ger psychopathologischen Symptomen sich i.d.R. besser erinnern.

Zuverlässige Aussagen – auch Jahre später

Die Autoren haben außerdem andere mögliche Faktoren berücksichtigt, wie die Schwere des Missbrauchs, die Beziehung des Opfers zum Täter, Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD), das Alter des Kindes und ob es eine Zeugenaussage vor Gericht machen musste. Aber keiner dieser Faktoren beeinflusste die Erinnerung der Kinder (später Jugendlichen oder jungen Erwachsenen) – nur eine therapeutische Intervention in der Akutphase.

Dieses Ergebnis ist insbesondere deshalb bedeutsam, weil Missbrauch-Opfer sich oft erst viele Jahre nach dem Ereignis zu Wort melden. Die Studie zeigt: Ihre Glaubwürdig-

keit wird durch eine vorangegangene Therapie nicht beeinträchtigt.

FAZIT

Zwar handelt es sich um eine epidemiologische Erhebung; die Teilnehmer wurden nicht randomisiert einer Therapie zugeordnet. Kausale Zusammenhänge können daher nicht sicher belegt werden. Es spricht jedoch einiges dafür, dass eine frühe therapeutische Intervention weder den Betroffenen schadet noch ihrer Erinnerung an das Ereignis – vorausgesetzt, dass keine Techniken verwendet werden, die die Erinnerung aktiv manipulieren. Die gefestigte Erinnerung könnte auch Zeugenaussagen der Opfer zugutekommen.

Dr. Nina Drexelius, Hamburg

Online-Selbsthilfeprogramm: Gute Ergänzung (auch) der stationären Therapie

Zwerenz R et al. Online Self-Help as an Add-On to Inpatient Psychotherapy: Efficacy of a New Blended Treatment Approach. *Psychother Psychosom* 2017; 86: 341–350

Um die Lücke in der psychotherapeutischen Versorgung zu schließen, wurden in den vergangenen Jahren Online-Selbsthilfeprogramme entwickelt. Für die ambulante Behandlung haben sie sich in Studien bereits als brauchbar erwiesen, besonders wenn sie in Kombination mit einer therapeutischen (Basis-)Unterstützung eingesetzt werden. Eine deutsche Arbeitsgruppe hat ein solches Programm nun erstmals im Rahmen einer stationären Therapie erprobt.

Deprexis ist ein Online-Selbsthilfeprogramm für Patienten mit Depressionen. Es besteht aus 10 Hauptmodulen plus 1 Einführung und 1 Zusammenfassung. Deprexis enthält Anteile u. a. aus kognitiver Verhaltenstherapie, positiver Psychologie, emotionsfokussierter Therapie und Traumarbeit. Der Nutzer wird in Dialogform durch die Intervention geführt, zu der ein Textblock, Grafiken, Audio-Dateien und Antwortoptionen gehören. Jedes Modul kann erst geöffnet werden, wenn das vorangegangene abgeschlossen wurde. So kann jeder Nutzer das Programm in seinem eigenen Tempo erarbeiten.

229 Patienten, die wegen einer Depression in der Psychosomatischen Klinik in Bad Neustadt/Saale stationär in Behandlung waren, wurden – zusätzlich zur üblichen Behandlung – randomisiert entweder Deprexis zugewiesen (Interventionsgruppe) oder wöchentlichen Online-Informationen über Depressionen (Kontrollgruppe). Im Behandlungsplan war wöchentlich eine einstündige Deprexis-Sitzung vorgesehen, die Patienten konnten das Programm zusätzlich auch außerhalb dieser Zeiten nutzen – und nach der Entlassung zu Hause, insgesamt 12 Wochen lang.

Bessere Ergebnisse mit Deprexis

Depressive Symptome (gemessen mit dem BDI-II und anderen Messinstrumenten) sanken bis zum Ende der Intervention nach 12 Wochen in der Interventionsgruppe deutlich stärker als in der Kontrollgruppe (Effektstärke $d = 0,44$). Ähnliche Unterschiede zeigten sich zum Zeitpunkt der Entlassung aus der stationären Therapie für Angst ($d = 0,33$), Lebensqualität ($d = 0,34$) und Selbstwertgefühl ($d = 0,38$). (Nach Cohen bedeutet ein d zwischen 0,2 und 0,5 einen kleinen Effekt, ein d zwischen 0,5 und 0,8 einen mittleren Effekt.) Keine statistischen Unterschiede fanden sich für dysfunktionale Einstellungen ($d = 0,14$) und Arbeitsfähigkeit ($d = 0,08$). 42 % der Patienten nutzen Deprexis nach der Entlassung auch zu Hause mindestens einmal wöchentlich.

Keine unerwünschten Wirkungen

Vor der Einführung von Deprexis hatten Therapeuten Sorgen, die Patienten könnten mit der zusätzlichen Aufgabe überfordert sein – schließlich hätten stationäre Patienten ja schon ein Vollzeit-Programm zu absolvieren. Manche fürchteten auch, das Selbsthilfe-Programm könne die therapeutische Beziehung beeinträchtigen. Die Ergebnisse der Studie zur Akzeptanz von Deprexis, die weitere Anwendung durch die Patienten auch nach der Entlassung und die Therapie-Ergebnisse lassen aber vermuten, dass das vielfältige Setting einer stationären Therapie durchaus weitere Bausteine verträgt. Eher als eine Überforderung zeigten sich starke und nachhaltige Behandlungseffekte – und keine unerwünschten Wirkungen, etwa auf das Verhältnis zwischen Patient und Therapeuten.

FAZIT

Das Online-Selbsthilfeprogramm scheint die stationäre Therapie gut zu ergänzen und füllt möglicherweise eine Lücke zwischen stationärer und poststationärer Therapie.

Dr. Nina Drexelius, Hamburg

Soziale Angststörung: Beeinflusst partnerschaftliche Bindung den Therapieerfolg?

Strauss B et al. Partner-Related Attachment as a Moderator of Outcome in Patients With Social Anxiety Disorder – A Comparison Between Short-Term Cognitive-Behavioral and Psychodynamic Therapy. *Psychotherapy* 2017; 54: 339–350

Soziale Phobien gehören zu den häufigsten psychischen Störungen. Kognitive Verhaltenstherapie (kVT) scheint in der Behandlung psychodynamischen Verfahren überlegen zu sein, die Gründe sind bis heute unklar. Strauss und Kollegen haben nun in einer randomisierten Studie mit 412 Patienten den Einfluss der partnerschaftlichen Bindungsqualität auf den Therapieerfolg untersucht. Dabei verglichen sie kVT mit einem psychodynamischen Ansatz.

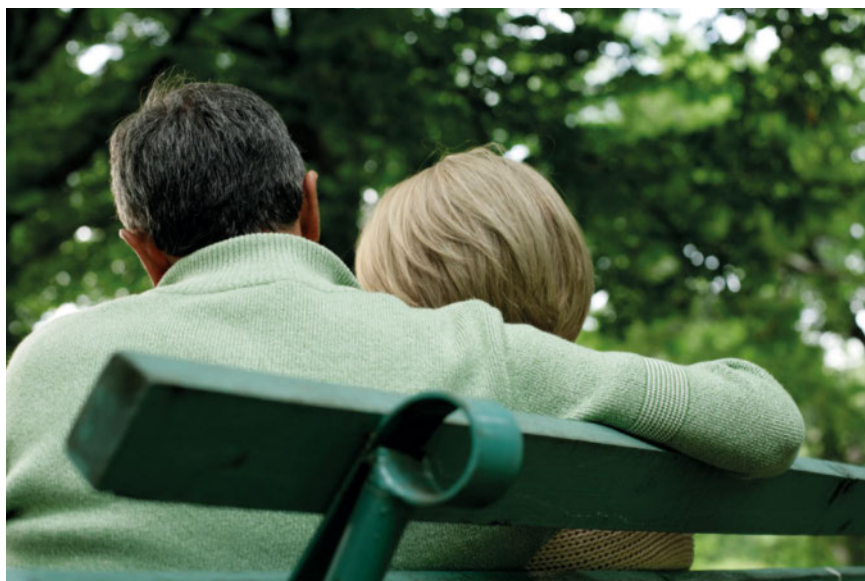
Die randomisierte klinische Studie fand im Rahmen der großen SOPHO-NET (Social Phobie Psychotherapy Network) Studie statt, bei der Patienten mit sozialer Angststörung entweder mit kognitiver Verhaltenstherapie (kVT), mit psychodynamischer Therapie (pdT) oder gar nicht (Warteliste) behandelt werden. In dieser Teilstudie wollten die Autoren herausfinden, ob die Qualität einer partnerschaftlichen Bindung vor Behandlungsbeginn Abbruchquote und Therapieerfolg beeinflusst und ob die Behandlungsart dabei eine Rolle spielen könnte. Einschlusskriterien waren:

- Alter zwischen 18 und 70 Jahren,
- Diagnose einer primären sozialen Angststörung,
- Ausschluss einer schweren weiteren psychischen Störung.

Geeignete Patienten wurden einer von 2 Studiengruppen zugeteilt:

- Gruppe 1: kognitive Verhaltenstherapie nach Clark und Wells,
- Gruppe 2: psychodynamische Therapie.

Vor Therapiebeginn beurteilten die Teilnehmer die Qualität einer partnerschaftlichen Bindung mithilfe der revidierten Fassung des Experiences in Close Relationships Questionnaire (ECR-R), einem Fragebogen zur Selbstbeurteilung. Vor der ersten Sitzung, nach Therapieende und 1 Jahr später wurden krankheitsspezifische Sympto-



Der Therapieerfolg bei sozialen Phobien hängt von verschiedenen Faktoren ab – möglicherweise auch von der Qualität einer partnerschaftlichen Bindung der Patienten (Quelle: STOCK4B).

me über die Liebowitz Soziale Angst Skala (LSAS) erfasst.

Primäre Endpunkte waren die Abbruchquoten beider Gruppen sowie Therapieerfolg nach Abschluss sowie 1 Jahr danach im Sinne einer Symptomreduktion auf der LSAS. Um den Einfluss der Bindungsqualität einschätzen zu können, rechneten Strauss und sein Team ein lineares Regressionsmodell.

Abbruchquote vergleichbar

412 Patienten nahmen an der Studie teil, 57 % von ihnen weiblich. Das Durchschnittsalter lag bei 35,4 Jahren, die ECT-R und LSAS Ausgangswerte waren für beide Studiengruppen vergleichbar. 23,2 % aller Patienten brachen die Therapie vorzeitig ab. Bei 22,3 % in Gruppe 1 und 24,2 % in Gruppe 2 konnten die Autoren keine bedeutsamen Unterschiede feststellen. Auch für die anderen Endpunkte ergaben sich keine bedeutsamen Differenzen.

Die Qualität der Partnerschaftsbindung hatte keinen Einfluss auf die Abbruchquote, ein niedriges Bildungsniveau schien allerdings hierbei ein relevanter Faktor zu sein. Patienten mit höherer Symptombel-

astung auf der LSAS profitierten in dem statistischen Modell eher von pdT, während Mitpatienten mit hohen Werten für Vermeidungsverhalten in partnerschaftlichen Beziehungen bessere Erfolge nach einer kVT erzielten. Strauss und Kollegen erachten die Erhebung der partnerschaftlichen Bindungsqualität für durchaus relevant. Für das Verständnis der komplexen Zusammenhänge seien aber weitere Untersuchungen erforderlich.

FAZIT

Die Qualität einer partnerschaftlichen Bindung vor Behandlungsbeginn hat bei Patienten mit sozialen Phobien keinen Einfluss auf Abbruchrate oder Therapieerfolg. Patienten mit starkem Vermeidungsverhalten scheinen besonders von kognitiver Verhaltenstherapie zu profitieren. Nach Meinung der Autorinnen und Autoren sind weitere klinische Studien erforderlich, um genaue Einflussfaktoren und Moderatoren benennen zu können.

Dipl.-Psych. Annika Simon, Hannover



Schreiben in der Psychotherapie oder Wofür es sich lohnen könnte, einen Stift zu haben...

Das Schreiben von Listen, Zertifikaten, Briefen und anderen Schriftstücken durch Therapeuten und Patientinnen und Patienten wird in verschiedenen therapeutischen Verfahren genutzt: oftmals eher „nebenbei“ und selten als zentrales Element von Veränderungsprozessen bei der Behandlung krankheitswertiger Störungen. Dennoch bietet therapeutisches Schreiben an sich Möglichkeiten, die zeigen, dass in der Therapie entstehende und entstandene Texte als spezifische Therapiemethode verstanden und genutzt werden können.

Unterschiedliche Einsatzmöglichkeiten Schreiben kann in einigen therapeutischen Situationen hilfreich und sinnvoll sein. Es kann heilende Wirkung verstärken, indem beispielsweise erarbeitete Lösungen schriftlich verankert oder externalisierte Probleme beschrieben werden. Ebenso bietet sich bei der Arbeit mit Metaphern oder bei Teilarbeit der Griff zum Stift oder zum Tablet an. Wenn in Therapien Ausnahmen vom Problem eruiert oder Experimente und Beobachtungen zwischen den Therapiesitzungen empfohlen werden, sorgt das Verschriftlichen des Erfahrenen und des Erkannten für eine nachhaltige Wirkung.

Unterschiedliche Textsorten Sind Listen und Beobachtungsbögen oft nicht vom Patienten produzierte Texte, sondern eher als strukturierte Dokumentation gedacht, ist dies bei Briefen, autobiographischen Texten, Therapietagebüchern, Gedichten und Kurzgeschichten anders: Hier kommt der Unterscheidung therapeutisch wirksamer Texte gegenüber der Produktion literarischer Arbeiten eine wesentliche Bedeutung zu. Ziel des Schreibens in der Therapie ist die Begleitung des Veränderungsprozesses und dessen Verankerung im Erleben und Denken der Betroffenen. Die Wirkung auf Dritte, z. B. im Sinne einer künstlerischen Qualität, spielt keine Rolle. So können literarische Erfahrungen der Betroffene

nen mit einer Fokussierung auf sprachliche Finesse sich durchaus als hinderlich erweisen [1]. Andererseits ist eine bereits bestehende Affinität zum Schreiben eine günstige Voraussetzung, Patientinnen und Patienten für das Schreiben in der Therapie zu gewinnen.

Tagebücher und Briefe werden am häufigsten im therapeutischen Kontext genutzt. Therapeutinnen und Therapeuten können jedoch auf eine weitaus größere Vielfalt von Textsorten zurückgreifen. Es empfehlen sich ebenso „Gebrauchstexte“ wie die Herstellungsanleitung einer Depression oder die Gebrauchsanweisung bei Magersucht als Rückfallprophylaxe. Der Beipackzettel bewährt sich beispielsweise bei Suchterkrankungen. Betroffene beschreiben die Beschaffenheit der Substanz, die Art der Einnahme, ihre Indikation und ihre Kontraindikation, ihre Wirkung und ihre Nebenwirkungen, ihren Nutzen, ihren Schaden. Wird mit inneren Anteilen, mit inneren Stimmen gearbeitet, kann das Verfassen von Dialogen Patientinnen und Patienten wichtige Erkenntnisse bringen.

Unterschiedliche Autoren Nicht alle in der Therapie genutzten Textformen müssen oder sollen von Patienten verfasst werden. Briefe werden in Familientherapien auch von Therapeutinnen und Therapeuten geschrieben, um Abwesende zu weiteren Kontakten zu motivieren und/oder in den Prozess der Teilnehmer einzubeziehen. So schrieb beispielsweise die Pionierin der Familientherapie, die Mailänderin Mara Selvini Palazzoli und ihr Team Briefe, wenn die Sitzungsintervalle in einer Familientherapie lang waren und sie vermuteten, die in der letzten Stunde gesetzte Abschlussintervention könnte die Familie vergessen. Gleichmaßen können teilnehmende Familienmitglieder quasi als Botschafter zu Autoren werden, die an andere, möglicherweise verhinderte Teilnehmer verschickt werden. Der Virtuosität therapeutischen Einfallsreichtums sind auch bei an Patientinnen ge-

richtete Postkarten und Briefe kaum Grenzen gesetzt. Vielfach dienen diese Formen der Verankerung von erreichten Therapiezielen, wenn etwa im Rahmen der Behandlung vom Patienten selbst verfasste Texte zu einem vereinbarten Zeitpunkt nach der Therapie als Erinnerung oder Verstärkung von Therapeuten verschickt werden.

Unterschiedliche Therapieverfahren

Zur Tagesstrukturierung bei depressiven Patientinnen und Patienten, zur Unterstützung des Belastungs- und Entlastungsmanagements sowie im Zusammenhang mit Problemlösetechniken sind der Gebrauch von Tagesplanungen und Pro-Kontra-Listen insbesondere bei Verhaltenstherapeuten beliebt. Hausaufgaben beinhalten vielfach Dokumentationen von Beobachtungen, wobei Patienten hierzu oft vorstrukturierte Materialien erhalten. Verschriftlichte und vorgelesene Geschichten, die Patienten über bestimmte Lebensphasen erzählen, können als Grundlage sich verändernder Sichtweisen und Lösungsgeschichten dienen. Festgefahrene Problemgeschichten auf diese Weise zu verändern und im Prozess des Schreibens als transformierte Lösungsgeschichten zu verankern, kombiniert das Wissen der kognitiven Therapie mit dem narrativen Ansatz systemischer Konzepte. Aber auch in tiefenpsychologisch fokussierten Ansätzen spielen z. B. Lebensberichte in der stationären Psychotherapie am Beginn der Behandlung eine wesentliche initiiierende Rolle sowie im Verlauf in Form von Therapie- oder Traumtagebüchern.

Unterschiedliche Settings Therapeutisches Schreiben eignet sich in verschiedenen Settings. In der Einzeltherapie ist es ein gutes Medium für die Zeit zwischen den Therapiesitzungen, in der Paartherapie kann Schreiben eine konfliktlösende und entschleunigende Funktion haben. Aber auch in der Arbeit mit Gruppen ist Schreiben eine bewährte Methode. Nur wenige Therapeuten beschäftigen sich mit dem

Schreiben als Kernelement von gruppen-therapeutischem Arbeiten. Unterholzer [1] beschreibt verschiedene Konzepte für geschlossene Gruppen, in deren Therapie-verlauf unter anderem auch mit Veränderungen und Entwicklungen von Texten oder Textelementen der Teilnehmer gearbeitet wird. Thematisch und methodisch stehen Ressourcen- und Lösungsorientierung sowie das Reframing von Narrationen über die eigene Biographie im Vordergrund.

Unterschiedliche Wirkungen Heimes erforschte die Wirkweise therapeutischen Schreibens [2]. Sie teilt die Wirkung von Schreiben in drei Kategorien ein:

- Schreiben hilft Klientinnen und Klienten bei der Regulierung ihrer Emotionen,
- es erhöht die Selbstwirksamkeit und
- es fördert die soziale Integration.

Unterholzer [1] hält weitere Wirkungen fest. Schreiben verändert das

- Zeitempfinden von Klientinnen und Klienten und hat somit meditative Wirkung
- es wirkt beim Unterbrechen von Mustern und
- es hat dokumentarische Wirkung bzw. Zeugnisfunktion.

Texte halten fest, was nicht vergessen werden soll. Erkenntnisse und Erfahrungen bleiben auf diese Weise sichtbar. Es kann immer wieder nachgelesen werden und so nachhaltig wirken.

Wichtige Ziele des Aufschreibens in der Therapie sind das Festhalten und Verankern von Inhalten, gewonnenen Erkenntnissen und Veränderungen. Allerdings kann genau dieses Festhalten und Verankern potenziell auch negative Effekte zeigen: Wenn nämlich Problemgeschichten durch diese Vorgehensweise akzentuiert werden, Inhalte nicht in veränderte Zusammenhänge gestellt werden können und letztlich eine Verfestigung dysfunktionaler Lösungsmuster damit gebahnt wird. In diesen Fällen empfiehlt Unterholzer [1] ein aktives Therapeutenverhalten in Richtung einer veränderten Fokussierung eines Textes. Klienten werden beispielsweise gebeten, andere Schwerpunktsetzungen vorzunehmen und unberücksichtigte Blickwinkel in Betracht zu ziehen. Ziel ist, dass die Teilnehmenden ihre

eigenen Texte unter Beachtung dieser Hinweise verändern. Der Therapeut oder die Therapeutin selbst greifen jedoch nicht von sich aus in den Text und seine Formulierungen ein.

Schreiben in der Therapie ist allerdings kein Allheilmittel – der Einsatz will gut überlegt sein. Sinnvoll ist es bei motivierten Patientinnen und Patienten. Wer sich noch in einer Problemtrance befindet, sollte vom Schreiben eher Abstand nehmen. Wenden sich Patientinnen und Patienten hingegen Lösungen zu, kann therapeutisches Schreiben großzügig eingesetzt werden – vorausgesetzt es liegt den Patientinnen und Patienten.

Autorinnen/Autoren



Bettina Wilms

Dr. med., Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie (Systemische Familientherapie und Verhaltenstherapie); nach 11-jähriger Chefarztstätigkeit am Südharz Klinikum Nordhausen seit Februar 2016 Chefarztin der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Carl-von-Basedow Klinikum Saalekreis am Standort Querfurt; Schwerpunkte: psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung und berufliche Belastungssyndrome.



Carmen C. Unterholzer

Dr. phil., systemische Einzel-, Paar- und Familientherapeutin am Institut für Systemische Therapie, Wien. Lehrtherapeutin der ÖAS – Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für Systemische Therapie und Studien, Wien. Weiterbildung in Poesie- und Bibliothherapie (Fritz-Perls-Institut, Düsseldorf) und Hypnotherapie (nach Milton H. Erickson). Mehrjährige Lehrtätigkeit an der Universität Innsbruck und langjährige Erfahrung in der Fort- und Weiterbildung von PsychotherapeutInnen. Coaching- und Supervisionstätigkeit im Bildungs- und Sozialbereich und Autorin zahlreicher Fachartikel und von „Es lohnt sich, einen Stift zu haben.“ Schreiben in der systemischen Therapie und Beratung (Carl-Auer Verlag 2017).

Korrespondenzadresse

Carmen C. Unterholzer

Institut für Systemische Therapie (IST)
Am Heumarkt 9/2/22
1030 Wien
E-Mail: unterholzer@ist.or.at
www.ist.or.at

Literatur

- [1] Unterholzer CC Es lohnt sich, einen Stift zu haben. Schreiben in der systemischen Therapie und Beratung. Heidelberg: Carl Auer; 2017
- [2] Heimes S. Warum Schreiben hilft. Die Wirksamkeitsnachweise zur Poesietherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 2012

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-0556-1075> PiD - Psychotherapie im Dialog 2018; 19: 11–12
© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
ISSN 1438–7026

Das Böse



Prof. Dr. med. Henning Schauenburg

Zentrum für Psychosoziale
Medizin, Universitätsklinikum
Heidelberg
henning.schaenburg@med.
uni-heidelberg.de



Dr. med. Bettina Wilms

Carl-von-Basedow-Klinikum
Saalekreis GmbH, Klinik für
Psychiatrie, Psychotherapie
und Psychodynamik,
Querfurt
b.wilms@klinikum-saalekreis.
de

Allgegenwärtig – im Leben und in Therapien

Dieses Heft hat ein ungewöhnliches Thema, das andererseits jeden von uns seit Urzeiten bewegt: das Phänomen des „Bösen im Menschen“. Dieses Thema beschäftigt auch uns Therapeuten. Wir erleben unseren beruflichen Alltag – Gott sei Dank – meist so, dass wir gegenüber unseren Patienten Fürsorge und Verständnis angesichts von Entbeh- rungen und psychischem Leid verspüren. „Böses“ sehen wir eher in den Schilderungen unserer Patienten als Opfer und, bei psychoanalytischer Sozialisation, in den vermuteten kindlichen und unreifen unbewussten Impulsen oder als reaktiven Teil misslingender In- teraktionsmuster. Auf der anderen Seite erlebt jeder von uns auch Patienten, bei denen destruktive Impulse, offen geäußert oder nur von uns gespürt, eine Intensität haben, die weit über eine spielerische Phantasie hinausgeht. Und dies manchmal auch so, dass wir uns nicht sicher sein können, ob wir oder andere da am Ende unversehrt herauskom- men. Nicht immer ist es dann ausreichend, solche Erlebnisse allein im Rahmen einer „verständlichen“ Psychodynamik zu sehen. Es mag da auch eine Qualität des „Bösen“ geben, die sich unserer freundlichen Zuwendung entzieht.

Dennoch: bewusst „Böses“, also Patientenverhalten im Sinne einer absichtsvollen Schä- digung anderer Menschen, sehen wir eher selten. Und doch sind böse Handlungen un- abweisbarer Bestandteil der menschlichen Existenz. Verharmlosen wir vielleicht? Und wie sehr machen wir unsere Patienten in solchen Fällen individuell verantwortlich? Was „tragen wir mit“, wo intervenieren wir begrenzend? Die hier entstehenden therapeu- tischen Dilemmata waren uns Anstoß für dieses Heft.

„Böse“ oder einfach nur krank?

In der Beschäftigung mit dem Thema des Bösen, das uns natürlich rasch als ein bisschen zu groß und vielleicht sogar anmaßend erschien, stießen wir offensichtlich in ein weites Feld vor. Naheliegend beginnen wir bei den Patienten, denen „böses Handeln“ von Ge- richtern als solches attestiert wurde und die durch die Annahme krankheitsbedingter Hintergründe ihres Handelns in die Kompetenz therapeutischer Experten gelangten. Wir freuen uns, dass es uns gelungen ist, zwei namhafte forensische Psychiater bzw. Gut- achter dafür gewonnen zu haben, ihre Erfahrungen mit uns zu teilen. An dieser Stelle: unser aller Dilemma mit dem „Bösen“ konnten wir selbst erleben, als eine weitere an- gefragte Kollegin sich außerstande sah, über ihre Patienten in einem Heft unter der Überschrift des „Bösen“ zu berichten. Für sie, die täglich mit ihnen auf einer menschl- ichen Ebene umgeht, sind sie Kranke, die ihrer Fürsorge bedürfen und nicht der Verteu- felung, die sie mit unserer Anfrage offensichtlich assoziierte.

Es war deshalb unvermeidlich, dass wir uns selbst auf den Weg der Begriffsklärung mach- ten, der uns zu Religion und Philosophie führte. Wir finden die diesbezüglichen Beiträ- ge ausgesprochen differenziert und informativ.

Die Vielfalt der anderen Artikel – zu speziellen Fällen der Forensik, zur therapeutischen Arbeit mit schwierigen Jugendlichen, zum Bösen in der therapeutischen Interaktion auch von Gruppen, zu „bösen“ Therapeuten und zu aktuellen Persönlichkeitsmodellen mit Bezug zum Thema – macht deutlich, wie allgegenwärtig im Alltag und in der therapeu-

tischen Arbeit, in der Gesellschaft und in der Politik das Thema ist. Für uns Therapeuten ist die Frage des Bösen in der Persönlichkeit, hier als der „dunklen Triade“, also dem Zusammenwirken von Narzissmus, Gefühlskälte und Manipulation natürlich ganz im Zentrum. Hier ergeben sich tiefreichende Fragen, wo solche Züge, denen wir ja viel häufiger begegnen, als dem Vollbild des böartigen Verbrechers, uns herausfordern und an Grenzen bringen.

Toleranz, Empathie und Rücksichtnahme

Wie wichtig ist es, hier eine klare ethische Position als Therapeutin zu haben und gleichzeitig, nicht selten aus Not gewachsenen, Konstellationen anzuerkennen, wenn auch nicht zu billigen oder zu fördern. Wir hoffen, im Rahmen dieses Heftes auch immer wieder zeigen zu können, dass nur aus solcher Anerkenntnis und dem Verstehen der bösen Seiten des Menschen die Möglichkeit erwächst, Empathie, Rücksichtnahme, Toleranz als uns alle bestimmende Werte aufrechtzuerhalten.

Es bleibt am Ende die Frage, wann (sehen wir von absichtsvollen Dingen ab) Unachtsames, Egozentrisches oder schlicht Gedankenloses in Böses umschlägt. Sie wird nie leicht zu beantworten sein. In Grauzonen menschlichen Verhaltens braucht es eben Regeln, Strukturen und klare Haltungen des Umfeldes, die Einzelnen helfen können, „böses“ Handeln zu vermeiden. Insofern finden wir uns als Psychotherapeuten auch hier mit Existenzuellem befasst.

Wir wünschen vielfältige Anregung!

Henning Schauenburg
Bettina Wilms

Das Böse

Forensische Psychiatrie

Die forensische Psychiatrie als ein psychiatrisches Spezialgebiet befasst sich mit Begutachtungsfragen sowie der Behandlung psychisch kranker Rechtsbrecher. Dabei bestehen Überschneidungsbereiche zu anderen Disziplinen wie Rechtswissenschaften, Kriminologie, Psychologie, Soziologie und Rechtsmedizin. Auch Zwangsmaßnahmen zum Schutz eines Patienten oder der Allgemeinheit sind Aufgaben der forensischen Psychiatrie.

Maßregelvollzug

Maßregeln orientieren sich an der Gefährlichkeit des Täters, die durch die begangene Tat zum Ausdruck kommt. Entscheidend ist also die Frage: Ist die Sicherheit der Allgemeinheit durch einen Täter gefährdet? Die unterschiedlichen Maßregeln sind im Strafgesetzbuch geregelt:

Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 StGB): Ist die Schuldfähigkeit durch eine Erkrankung oder Störung erheblich vermindert oder vollkommen aufgehoben, gilt es zu prüfen, ob diese nicht nur vorübergehend bestand sowie ob weitere Delikte zu erwarten sind. Die Dauer dieser Maßregel ist unbegrenzt.

Unterbringung in einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB): Die Anordnung einer Suchtbehandlung ist auf 2 Jahre begrenzt, unabhängig von der Schuldfähigkeit des Täters und sollte nur bei hinreichender Aussicht auf Behandlungserfolg passieren.

Einstweilige Unterbringung (§ 126 a StPO): Diese Maßregel soll eine möglichst frühzeitige Behandlung des psychisch kranken Täters sichern. Sie wird angewandt, wenn die Voraussetzungen für eine Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus erfüllt sind und dauert bis zur Hauptverhandlung oder endet dann, wenn die Voraussetzungen für die Unterbringung entfallen.

Sicherungsverwahrung (§ 66 StGB): Sicherungsverwahrung kann bei wiederholter Straffälligkeit neben der Strafe angeordnet werden und dient dem Schutz der Gesellschaft vor gefährlichen Hangtätern. Die Unterbringung ist – ähnlich der nach § 63 StGB – prinzipiell zeitlich unbefristet.

Im Anschluss an die genannten Maßnahmen tritt i. d. R. Führungsaufsicht ein – eine Art Nachbetreuung mit Auflagen unter Führung der Staatsanwaltschaft.

Schuldfähigkeit

Eine Aufgabe des psychiatrischen Sachverständigers ist es, die Voraussetzungen der Schuldfähigkeit des Täters zu beurteilen.

Diese wird im Strafrecht geregelt: § 20 Schuldfähigkeit wegen seelischer Störungen sowie § 21 verminderte Schuldfähigkeit. Dabei ist es zunächst wichtig zu prüfen, ob überhaupt zum Zeitpunkt der Tat eine psychische Störung vorlag, die berücksichtigt werden kann. § 20 StGB benennt hierzu 4 psychische Merkmale:

krankhafte seelische Störung: alle Krankheiten, bei denen eine organische Ursache vorliegt oder zumindest vermutet wird – u. a. organische, endogene Psychosen (z. B. Schizophrenie), degenerative Hirnerkrankungen, Alkoholrausch, Drogen- oder Medikamentenintoxikation, epileptische Erkrankungen, körperliche Abhängigkeiten oder genetisch bedingte Erkrankungen (z. B. der Mongolismus);

tiefgreifende Bewusstseinsstörung: Bewusstseinsveränderungen, die so intensiv sind, „dass das seelische Gefüge des Betroffenen zerstört oder im Falle des § 21 StGB erschüttert ist“ – u. a. Schlaftrunkenheit und Somnambulismus;

Schwachsinn: intellektuelle Minderbegabung unbekannter Ursache; Dabei ist der IQ-Wert im Hamburger-Wechsler-Intelligenztest von 80 als oberste Grenzen anzusehen, wobei der Intelligenzquotient nicht alleine entscheidend ist, sondern auch nach Täterpersönlichkeit und Sozialisation geschaut wird.

schwere andere seelische Abartigkeit: Sammelbegriff, unter dem alle Störungen subsumiert werden, die nicht mit den ersten 3 Merkmalen erfasst werden können. Dazu gehören Persönlichkeitsstörungen, Neurosen, sexuellen Deviationen sowie chronische Missbrauchsformen.

Wichtig ist, dass die Schuldunfähigkeit für den Zeitraum der Tat nachgewiesen werden muss und keine generelle, tatunabhängige Aussage möglich ist. Wird festgestellt, dass eines oder mehrere der oben aufgelisteten Merkmale gegeben waren, muss geprüft werden, ob die psychischen Störungen rechtlich relevante Auswirkungen auf die Fähigkeit des Täters hatten, das Unrecht der Tat einzusehen (Einsichtsunfähigkeit besteht, wenn die kognitiven Funktionen nicht ausreichen, um eine Einsicht in das Unrecht eines Handelns zu ermöglichen) sowie die Steuerungsfähigkeit (d. h. es besteht kein bewusster Zusammenhang zwischen antizipierender Planung und Handlung).

Dissoziale Persönlichkeitsstörung

Persönlichkeitsstörungen sind unter strafrechtlich verurteilten Menschen überproportional häufig zu finden, wobei nicht alle Kriminellen eine dissoziale Persönlichkeitsstörung haben. Es ist daher wichtig, zwischen dissozialen Persönlichkeitszügen und kriminellen Handlungen zu unterscheiden.