

EMDRIA-Tag 2011

Jens Wittfoot, Hannover: EMDR hinter Gittern

"Prisons: mental health institutions of the 21st century?" fragte 2006 das Medical Journal of Australia (White und Whiteford 2006) mit Bezug auf die Ergebnisse einer im selben Jahr veröffentlichten vergleichenden Untersuchung zur Prävalenz von psychischen Störungen bei inhaftierten und nicht-inhaftierten Bürgern (Butler et al. 2006). Danach musste bei 80 % der Inhaftierten eine psychiatrische Diagnose gestellt werden, während dies "draussen" nur bei 31 % der Untersuchten der Fall war. Insbesondere die Häufigkeit von Suchterkrankungen (66 % vs. 18 %) und Persönlichkeitsstörungen (43 % vs. 9 %) war gegenüber der Durchschnittsbevölkerung dramatisch erhöht. Auch Angststörungen, affektive Störungen und Psychosen fanden sich im Gefängnis deutlich häufiger. Bereits die häufig zitierte Metaanalyse von Fazel und Danish 2002 hatte auf der Basis von Einzelstudien an insgesamt fast 23000 Inhaftierten alarmierende Ergebnisse gezeigt. Bei den Männern fanden sich bei 3 bis 7 % Psychosen, bei 11 - 14 % schwere depressive Episoden und bei 38 bis 45 % Persönlichkeitsstörungen (davon 19 bis 23 % antisoziale Persönlichkeitsstörungen). Eine 2006 veröffentlichte deutsche Untersuchung von 139 Inhaftierten einer Bielefelder JVA (von Schönfeld et al. 2006) ergab bei den Männern 72,4 % substanzbezogene Störungen, 17,1 % Angststörungen einschließlich PTBS (davon 11,8 % PTBS), 11,8 % affektive Störungen, 3,9 % psychotische Störungen, 43,4 % Persönlichkeitsstörungen (davon 32,9 % antisoziale Persönlichkeitsstörungen) und 6,6 % Anpassungsstörungen. Die Prävalenz von posttraumatischen Belastungsstörungen bei Inhaftierten wird insgesamt in der Literatur eher wenig untersucht. Eine Metaanalyse von Goff et al. 2007 fand nur vier den zu Grunde gelegten Kriterien entsprechende Studien mit Prävalenzangaben von 4 % bis 21 %. Frauen sind dabei relativ häufiger betroffen. Bei den Angaben für PTBS ist grundsätzlich zu bedenken, dass komplexe posttraumatische Belastungsstörungen nicht miterfasst werden, wenn sie die Kriterien für die einfache PTBS nicht vollständig erfüllen. Komplexe Traumafolgen sind aber für einen großen Teil der Borderline-Persönlichkeitsstörungen anzunehmen (Driessen et al. 2002), die sich einer Übersicht von Sansone und Sansone (2009) zu Folge bei 25 bis 50 % der Inhaftierten feststellen lassen, wobei der Anteil bei den Frauen höher ist, es sich in vielen Fällen um Opfer sexuellen Kindesmissbrauchs handelt und Verurteilungen häufig unter anderem wegen Gewaltdelikten erfolgen. Auch bei der bei Inhaftierten noch häufiger diagnostizierten antisozialen Persönlichkeitsstörung sind regelmäßig erhebliche Traumatisierungen in der Biografie festzustellen (Kopp et al. 2009). Driessen et al. (2006) konnten an einer Zufallsstichprobe mit Hilfe des Childhood Trauma Questionnaire zeigen, dass bei über 50 % der Inhaftierten mit antisozialer Persönlichkeitsstörung schwerwiegende traumatische Erfahrungen bestanden. Im Rahmen meiner Arbeit als Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie im Fachbereich Medizin der JVA Hannover habe ich 2005 mit EMDR-Behandlungen bei inhaftierten Patienten begonnen, die überwiegend unter Traumafolgestörungen leiden, bei denen aber zum Teil auch antisoziale Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert worden waren, und von denen die meisten zusätzlich suchtmittelabhängig sind. Insgesamt habe ich seitdem etwa 40 Fälle mit den einschlägigen EMDR-Techniken zur Stabilisierung, Traumabearbeitung und Suchtdruckbearbeitung behandelt. Die Behandlungen finden integriert in ein psychiatrisch-psychotherapeutisches Setting und ganz überwiegend auf einer auf psychisch kranke Gefangene spezialisierten Haftabteilung statt. Typische Themen bei der Traumabearbeitung sind Misshandlungen, Vernachlässigung und sexueller Missbrauch in Kindheit und Jugend, der Verlust relevanter positiver Bezugspersonen (von denen es oft nicht viele gegeben hat), das Miterleben massiver Gewalt, Unfälle und eigene Straftaten bzw. deren Auswirkungen auf die Beziehung zu anderen Menschen. Die therapeutische Beziehung ist bei diesen Behandlungen deutlich davon beeinflusst, dass die Therapie innerhalb eines Zwangskontextes stattfindet. Zwar ist für die Behandlung - anders als für die vollzuginterne Sozialtherapie oder Tataufarbeitungen durch Anstaltspsychologen - nicht die Zustimmung der Vollzugsanstalt notwendig, der Therapeut ist jedoch mangels Alternative nicht frei wählbar, was zu einem hohen Erwartungsdruck auf beiden Seiten führt. Eine weitere

Schwierigkeit ist die Kopplung der zur Verfügung stehenden Zeit an die (Rest-)Dauer der Haft. Mit dem Entlassungszeitpunkt endet jede hier begonnene Behandlung bzw. führt zumindest zu einem Behandlerwechsel. Der deutliche Kontrast, den speziell EMDR-Behandlungssitzungen zum üblichen distanziert-abgrenzenden Umgang zwischen Inhaftierten und Beschäftigten darstellt, ist sicherlich noch stärker als "draussen" mit der Gefahr der gegenseitigen Idealisierung in der therapeutischen Beziehung verbunden, was vor allem bei Regelverstößen von drogenabhängigen Patienten Probleme bereitet. Der Verlauf der Behandlungen ist in vielen Fällen durch die Notwendigkeit einer sehr ausführlichen und mehrdimensionalen (sozial, medizinisch, psychisch) Stabilisierungsphase geprägt. Inhaltlich stellt das kriminelle Fehlverhalten der Patienten auch bei eigentlich davon unabhängig erscheinenden Traumatisierungen, praktisch immer einen wichtigen Aspekt im Traumnetzwerk dar, da es regelmäßig retrospektiv mit den erlittenen Traumata verknüpft wird ("Wenn ich später schuldig geworden bin, bin ich damals auch daran schuld gewesen" und/oder "Bei dem, was mir angetan wurde, musste ich ja auf die schiefe Bahn kommen"). Daher wird häufig die eigentliche Traumabearbeitung auch zur Aufarbeitung der eigenen kriminellen Entwicklung mit sehr komplexen Beziehungen zwischen der Opfer- und Täterseite des Patienten, was bei den strukturell stärker gestörten Betroffenen manchmal auch in entsprechenden Ego states zum Ausdruck kommt. Eine weitere Besonderheit des Behandlungsverlaufs stellt die durch das Setting des geschlossenen Vollzuges bedingte Einschränkung einer wirklichen Erprobung veränderter Haltungen und Sichtweisen dar. Zusammenfassend ist nach meiner Erfahrung EMDR auch hinter den Gittern des Justizvollzuges eine effiziente und einem Großteil der vorzufindenden Störungsbilder sehr entsprechende Behandlungsmöglichkeit für eine psychotherapeutisch ausgesprochen vernachlässigte Patientengruppe.

Korrespondenzadresse: Dr. Jens Wittfoot, JVA Hannover, FB Medizin, Schulenburg Landstr. 145, 30165 Hannover, jens.wittfoot@justiz.niedersachsen.de

Literatur:

Butler T et al. (2006) Mental disorders in Australian prisoners: a comparison with a community sample. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, Vol. 40, pp. 272-276

Driessen M et al. (2002) Ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine komplexe posttraumatische Störung? Zum Stand der Forschung. *Der Nervenarzt*, Vol. 73, pp. 820-829

Driessen M et al. (2006) Childhood trauma, psychiatric disorders, and criminal behavior in prisoners in Germany: a comparative study in incarcerated women and men. *The Journal of clinical psychiatry*, Vol. 67, pp. 1486-1492

Fazel S, Danesh J (2002) Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet*, Vol. 359, pp. 545-550

Goff A et al. (2007) Does PTSD occur in sentenced prison populations? A systematic literature review. *Criminal behaviour and mental health*, Vol. 17, pp. 152-162

Kopp D et al. (2009) Psychiatric disorders and childhood trauma in prisoners with antisocial personality disorder. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, Vol. 77, pp. 152-159

Sansone RA, Sansone LA (2009) Borderline personality and criminality. *Psychiatry*, Vol. 6, No. 10., pp. 16-20

Von Schönfeld C et al. (2006) Prävalenz psychischer Störungen, Psychopathologie und Behandlungsbedarf bei weiblichen und männlichen Gefangenen. *Der Nervenarzt*, Vol. 77, pp. 830-841.

White P, Whiteford H. (2006) Prisons: mental health institutions of the 21st century? *The Medical journal of Australia*, Vol. 185, pp. 302-303